



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

“Wirkungsmächte von Anspruchskonstellationen
am Beispiel diplomierter Gesundheits- und
Krankenpflegekräfte”

verfasst von / submitted by

Vinzenz Schicho BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2023 / Vienna 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Jörg Flecker

EINLEITUNG	1
THEORIE UND KONZEPTE	6
ANSPRÜCHE	7
ANERKENNUNG	8
STAND DER FORSCHUNG	14
ARBEITSZEITMODELLE	14
ARBEITSZEIT	15
PERSONALMANGEL	16
PHYSISCHE UND EMOTIONALE KONSEQUENZEN	16
ARBEITSDICHTE	17
BELASTUNGEN	17
TAYLORISIERUNG UND BÜROKRATISIERUNG	18
WIRKEN VON BERUFSANSPRÜCHEN UND BETRIEBLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN	20
BEWERTUNG DER ARBEIT UND ARBEITZUFRIEDENHEIT	21
ANERKENNUNG	24
(VERLETZTE) ANSPRÜCHE UND GEPLANTER AUSSTIEG	25
VORZEITIGER BERUFS AUSSTIEG	26
EMPIRISCHER ZUGANG	28
PROBLEMZENTRIERTES INTERVIEW	28
GRUNDPRINZIPIEN DES PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS	28
INSTRUMENTE DES PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS	30
AUFBAU/ABLAUF DES PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS	30
GROUNDLED THEORY	31
KODIERVERFAHREN	32
MEMOS UND DIAGRAMME	37
SAMPLING UND FELDZUGANG	38
THEORETISCHES SAMPLING	39
VORABÜBERLEGUNGEN	39
ANZAHL DER INTERVIEWS	39
PRAKTISCHE VORGEHENSWEISE	40
SAMPLE BESCHREIBUNG	41
EMPIRISCHE ERGEBNISSE	43
DYNAMIK DER ANSPRUCHSKONSTELLATIONEN	44
ANERKENNUNG	44
ANSPRUCH DIE EIGENE ARBEIT GUT ZU MACHEN	54
ANSPRUCH AUF ERHALT DER EIGENEN GESUNDHEIT	55
ANSPRUCH AUF VEREINBARKEIT VON BERUFS- UND PRIVATLEBEN	57
KONTEXT	58

VERHÄLTNIS ZU DEM ÄRZTLICHEN FACHPERSONAL	58
BEZIEHUNG UND UMGANG MIT PATIENTINNEN UND PATIENTEN	59
RAHMENBEDINGUNGEN DER STATIONÄREN PFLEGE	62
ARBEITSBEDINGUNGEN	65
STATIONSBEDINGUNGEN	69
ARBEITSALLTAG UND TÄTIGKEITSFELD	71
EIGENSCHAFTEN UND WERTE	77
URSÄCHLICHE BEDINGUNGEN	78
EMPFUNDENE BERUFLICHE ALTERNATIVLOSIGKEIT	78
(VERLETZTE) ERWARTUNGEN UND VORSTELLUNGEN	79
FEHLVERHALTEN DER POLITIK	81
STRATEGIEN	82
STRATEGIEN ZUM UMGANG MIT HERAUSFORDERUNGEN	82
ADAPTION DER ARBEITSWEISE	85
FEHLENDE INTERESSENSVERTRETUNG ALS FEHLENDE STRATEGIE	86
BINDUNGSKONSTELLATIONEN	87
STOLZ	87
BERUFSBEGEISTERUNG	88
KONSEQUENZEN	89
EINSCHÄTZUNG, ZUKÜNFTIG IM BERUF ZU BLEIBEN	89
KRITIK AN DER AKADEMISIERUNG DES PFLEGEDIPLOMS	90
ILLUSTRATION DER ZUSAMMENHÄNGE	92
FAZIT	95
<hr/>	
LITERATURVERZEICHNIS	105
<hr/>	
ZUSAMMENFASSUNG	108
<hr/>	
ABSTRACT	109
<hr/>	

Einleitung

„Mit Applaus ins Burn-out: Droht jetzt der Pflegenotstand?“ (Bachmayr-Heyda 2022), „Hälfte der Pflegekräfte denkt an Jobwechsel“ (orf.at 2021), „Pflegepersonalmangel zwingt Spitäler zur Sperre von 2.775 Betten“ (Krutzler 2023) und „Die große Angst vor dem Pflegenotstand“ (Hager und Bachner 2020) sind einige Beispiele der medialen Repräsentation der Pflege. Insbesondere während der herrschenden Covid-19 Pandemie wurde den Pflegenden und ihren Arbeitsbedingungen viel mediale Aufmerksamkeit geschenkt. Bei diesen stehen vor allem die schlechten bzw. belastenden Arbeitsbedingungen und Personalmangel im Vordergrund. Während der Pandemie wurde das Bild der systemerhaltenden Berufe gezeichnet, das neben Supermarktmitarbeitenden, vor allem Pflegekräfte umfasst. Eine gesellschaftliche Reaktion, um Dankbarkeit und Anerkennung auszudrücken, war das tägliche Applaudieren für die systemerhaltenden Berufe. Im Verlauf der Pandemie sank das Interesse für die Pflegenden und deren Arbeitsverhältnisse, auch die symbolischen Ausdrücke der Anerkennung nahmen wieder ab.

Im Pflegebereich ist Anerkennung von großer Bedeutung. Diese kann sowohl von Ärztinnen und Ärzten, innerhalb des Teams oder der Stationsleitung als auch von Patientinnen und Patienten und der Gesamtgesellschaft vermittelt werden. Auch das Respektieren der Grenzen zwischen Arbeits- und Privatzeit und das Miteinbeziehen in Entscheidungen wird von den Pflegenden als Anerkennung verstanden (Hegermann und Zago 2015).

Neben der (Nicht-)Anerkennung der Pflegenden durch die Gesellschaft, steht die Pflege auch vor einem großen Personalproblem, das sich massiv auf die Arbeitsbedingungen auswirkt. Die niedrige Anzahl an Pflegekräften ist kein rein österreichisches Phänomen, sondern ist mit wenigen Ausnahmen (besonders Norwegen) in weiten Teilen Europas verbreitet (Eurostat 2014). Aus den Daten von 2014 geht hervor, dass pro 100.000 Einwohner*innen etwa 700 diplomierte und insgesamt etwa 200 (nicht akademisierte Fach-)Pflegekräfte aktiv waren. Es gilt zu beachten, dass es sich hierbei um Daten von 2014 handelt und von einer starken Verschiebung des Verhältnisses zwischen den Diplomierten und Nicht-Diplomierten mit einer deutlichen Erhöhung der Nicht-Diplomierten ausgegangen werden kann. Die Daten verdeutlichen, dass der unterbesetzte Pflegebereich keine Konsequenz der Covid-19-Pandemie ist. Die Pandemie kann lediglich als Verschärfung bzw. als Indikator auf den stark unterbesetzten Pflegebereich verstanden werden (Özlu 2020). Die Personalknappheit führt auch zu einer vermehrten Übernahme von Schichtdiensten (Breinbauer 2020; Bourgault 2022;

Mairhuber 2019). Die Pflegenden gehen auch davon aus, ihre gesammelten Überstunden in näherer Zukunft nicht abbauen zu können (Breinbauer 2020). Weder Nacht- noch Wochenenddienste werden von den Pflegenden per se als belastend wahrgenommen, solange ihre Wünsche und Bedürfnisse bei der Dienstplaneinteilung mitberücksichtigt werden (Mairhuber 2019).

Auch der sich zunehmend intensivierende Arbeitsdruck wird immer deutlicher spürbar, was dazu führt, dass ein Drittel der in Österreich Befragten angibt, sich durch den steigenden Zeitdruck belastet oder sehr belastet zu fühlen (Mairhuber 2019; Schönherr 2021). Ein Viertel gibt an, auf Grund der Arbeitsdichte nicht verschlafen zu können (Schönherr 2021). Nach einer subjektiven Einschätzung der Befragten geben 18% an, sich von der Arbeitsdichte belastet zu fühlen. Werden auch jene dazugezählt, die sich „mittel“ belastet fühlen, steigt dieser Prozentsatz auf etwa 70% (Schönherr 2021). Diese Belastungen äußern sich sowohl physisch als auch psychisch. Zu den körperlichen Konsequenzen zählen Muskel-Skelett- und psychosomatische Beschwerden wie Schlafstörungen (Auffenberg und Heß 2021). Andere physische Konsequenzen, die häufig auftreten, sind Muskelverspannungen, Kreuz- und Kopfschmerzen sowie auch Migräne, Erschöpfung und Müdigkeit (Mairhuber 2019). Knapp die Hälfte fühlt sich auch seelisch und emotional belastet (Mairhuber 2019; Schönherr 2021).

Die durch die hohe Arbeitsdichte evozierte Belastung führt häufig zu einem frühen oder temporären Ausscheiden aus der Pflege oder einem Wechsel in die Teilzeitarbeit, wenn dies finanziell möglich ist (Dieterich et al. 2019). In Österreich geben 61%, der in der Krankenpflege und medizinischen Betreuung Tätigen, an, ihre Tätigkeit voraussichtlich nicht bis zur Pensionierung durchhalten zu können. Aber nur 13% geben an, ihren Beruf tatsächlich wechseln zu wollen (Schönherr 2021). Auch die Diskrepanz zwischen den eigenen Berufsansprüchen und den betrieblichen Rahmenbedingungen wirkt sich negativ auf die Absicht aus, im Beruf zu bleiben. Die zunehmende Dokumentationsarbeit gepaart mit dem Personalmangel erschwert die tatsächliche Pflegearbeit und verletzt damit das eigentliche Berufsbild (Auffenberg und Heß 2021; Bobbert 2019; Mairhuber 2019; Marrs 2007; Rothgang et al. 2020; Schultheis und Gemperle 2014).

Trotz der hohen Arbeitsdichte und daraus folgende Belastungen sowie der innerlichen Diskrepanz, weisen die in der Pflege Tätigen eine hohe Arbeitszufriedenheit auf. Diese basiert besonders auf der Wahrnehmung des Pflegeberufs, welcher als wertvoller und zukunftssicherer bewertet wird. Weitere wichtige Einflussfaktoren auf eine hohe Arbeitszufriedenheit sind eine

gute Beziehung sowohl zu den Kolleginnen und Kollegen und Patientinnen und Patienten sowie zur Leitung, aber auch Anerkennung und persönliche Weiterentwicklungen (Lu et al. 2019). Die an den Pflegeberuf gestellten Ansprüche umfassen das berufliche Selbstverständnis und diesem in ausreichender Form gerecht werden zu können – also hilfsbedürftigen Menschen „am Bett“ zu helfen. Dieser Anspruch wird durch die Zunahmen an Dokumentationsarbeit und Personalknappheit häufig verletzt (Auffenberg und Heß 2021; Bobbert 2019; Marrs 2007). Auch wird ein Anspruch an die Anerkennung der Fachlichkeit des Berufs formuliert, der aber sowohl im Hinblick auf Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten sowie gesamtgesellschaftlich häufig verletzt wird (Auffenberg und Heß 2021). Es werden Ansprüche auf Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben wie auch den Erhalt der eigenen Gesundheit formuliert (Auffenberg und Heß 2021; Breinbauer 2020; DeCola und Riggins 2010; Sasso et al. 2019; Schönherr 2021). Mit der Formulierung des Anspruchs an eine höhere Bezahlung, geht es nicht nur um eine finanzielle Besserstellung, sondern auch um eine symbolische Wirkung, welche die hohe Verantwortung, von Pflegenden übernommen wird, anerkennt und wertschätzt (Auffenberg und Heß 2021).

Im Rahmen dieser Masterarbeit wird die Krankenpflege aus einer arbeitssoziologischen Perspektive betrachtet. Der Fokus liegt auf der Subjektperspektive in Form der Ansprüche, welche die diplomierten Pflegenden an ihren Beruf stellen. Besonders in Hinblick auf die Subjektivierung der Arbeit, ist der Anspruch auf Anerkennung hervorzuheben.

Das Konzept der *Subjektivierung der Arbeit* dient der Beschreibung des Verhältnisses zwischen Erwerbsarbeit sowie der Erwerbsperson und damit die menschliche Subjektivität der Arbeitenden im Arbeitsprozess (Kleemann 2012). Die normative Subjektivierung des Arbeitsprozesses kann als eine Verschiebung oder Aufweichung der bisherigen Regulationsmuster in den Betrieben verstanden werden. Das damit veränderte Arbeitsbewusstsein wirkt sich zwar nicht auf die Fremdbestimmung der Arbeit aus, verändert aber die Ansprüche, welche die Arbeitenden an ihren Beruf stellen. Die Arbeitenden drücken zunehmend das Bedürfnis aus, ihre Subjektivität in die Erwerbsarbeit einbringen zu können. Gleichzeitig bringt die Subjektivierung der Arbeit neue Strategien der betrieblichen Nutzung menschlicher Subjektivität im Arbeitsprozess (Baethge 1991). Sie läuft demnach entlang zweier Dimensionen: Auf der einen Seite stehen die subjektiven Ansprüche der Erwerbstätigen, sich in bzw. durch ihre Erwerbsarbeit zu verwirklichen. Auf der anderen Seite steht die betriebliche Nutzung der Potenziale menschlicher Subjektivität (Kleemann 2012). Dazu zählen neben den ohnehin geforderten Qualifikationen zunehmend auch Motivation,

Kreativität und Selbstorganisation. Die betriebliche Nutzung der Subjektivität dient den Betrieben zur Steigerung von Flexibilität und Effizienz im Arbeitsprozess (Hirsch-Kreinsen und Minssen 2017).

Das Verständnis von Ansprüchen in der vorliegenden Arbeit basiert auf dem Konzept von Hürtgen und Voswinkel (2016). Ansprüche unterscheiden sich von Wünschen durch ihre normative Legitimation. Die Anspruchsstellenden müssen sich den Normen und Regeln des Gesellschaftsgefüge, in dem die Ansprüche gestellt werden, bewusst sein. Zu den am meisten verbreiteten Ansprüchen in der Arbeitswelt zählen unter anderem ein Gehalt, das eine gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht wie auch Arbeitsbedingungen, die den Erhalt der eigenen Gesundheit ermöglichen. Ansprüche zielen auf Erhalt oder Veränderung der normativen Ordnung ab, während bei der Äußerung von Wünschen eher Partikularinteressen verfolgt werden.

Für Arbeitende in der modernen westlichen Gesellschaft wird Anerkennung der bzw. durch die Erwerbsarbeit häufig als Anspruch formuliert. Mit der Zuschreibung von Anerkennung durch Erwerbsarbeit, bietet die Erwerbsarbeit eine Grundlage zur Einordnung in die soziale Ordnung/ in das soziale Gefüge.

Anerkennung wird im Rahmen dieser Masterarbeit in der Konzeption von Axel Honneth (2021) verstanden. Demnach kann Anerkennung über drei verschiedene Dimensionen wahrgenommen werden: *Liebe*, *Zuerkennung von Rechten* und *soziale Wertschätzung*. Liebe als Dimension der Anerkennung bezieht sich sowohl auf Eltern-Kind-Beziehungen als auch Freundschaften und erotische Beziehungen. Diese Form der Anerkennung kann nicht normativ eingefordert werden, sie ist aber für das das Selbstverständnis der Subjekte äußerst wichtig.

Zuerkennung von Rechten bzw. rechtliche Anerkennung umfasst Rechte, die den Subjekten zustehen und sind einem ständigen Aushandlungsprozess unterworfen. Diese weisen einen universalen Charakter auf und wirken vom sozialen Status losgelöst. Sie bezieht sich damit auf die allgemeinen Eigenschaften der Subjekte, die sie zu Personen machen. Durch ihren universalen Charakter kann die rechtliche Anerkennung im Normalfall von Subjekten eingefordert bzw. sogar eingeklagt werden (Honneth 2021).

Anerkennung in Form sozialer Wertschätzung wird für konkrete Eigenschaften und Fähigkeiten zugesprochen. Welche Eigenschaften und Fähigkeiten gesellschaftlich relevant sind, unterliegt einem ständigen Aushandlungsprozess (Honneth 2021). Durch Erwerbsarbeit

erhaltene soziale Wertschätzung kann in Form von Würdigung oder Bewunderung auftreten. Würdigung bezieht sich auf Leistungen, die Ergebnis gemeinschaftlich begründeter Verpflichtungen sind, Bewunderung wird für besondere ausgesprochen (Voswinkel 2012).

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wird untersucht, welche Ansprüche die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte an ihren Beruf stellen und inwiefern diese zusammenwirken, und welche Konsequenzen die Erfüllung bzw. Missachtung dieser Ansprüche hat.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

„Inwiefern kann die Erfüllung von Ansprüchen bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften zur Absicht im Beruf zu bleiben beitragen?“

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden problemzentrierte Interviews nach Andreas Witzel (2000) mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften geführt. Das problemzentrierte Interview wurde als Erhebungsinstrument gewählt, da es den Befragten eine eigene Schwerpunktsetzung ermöglicht. Gleichzeitig können mit dem problemzentrierten Interview jene Themenbereiche abgedeckt werden, die sich im Rahmen der Literaturrecherche als relevant herausgestellt haben. Bei der Leitfadenerstellung wurde der Fokus einerseits auf die Ansprüche und Wünsche gelegt, welche die diplomierten Gesundheits- und Pflegekräfte an ihren Beruf stellen. Andererseits aber auch auf Formen der Anerkennung innerhalb des Krankenhauses, womit sowohl die Beziehungen innerhalb des Teams und zur Stationsleitung als auch zu den Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten gemeint sind.

Die geführten Interviews werden mittels der Grounded Theory ausgewertet. Die Methode der Grounded Theory basiert auf dem Aufbrechen der Daten in Konzepte, um die Daten auf einem höheren Abstraktionsniveau zu betrachten und anschließend neu zusammensetzen. Beim In-Beziehung-Setzen der Konzepte werden Kategorien gebildet, die auf einem noch höheren Abstraktionsniveau verbunden werden. So können Beziehungen zwischen verschiedenen Phänomenen aufgedeckt werden. Diese Beziehungen umfassen die Bewertung einer Situation, den Ursprung der Situation, Handlungsstrategien, die von den Betroffenen gesetzt werden und die Konsequenzen bzw. die erwarteten Konsequenzen ebenjener Handlungsstrategien (Corbin und Strauss 2015). Da sich die Arbeit mit der Wahrnehmung von Erfüllung und Missachtung von Ansprüchen beschäftigt und wie damit umgegangen wird bzw. welche Konsequenzen in

letzter Folge gezogen werden, bietet sich die Grounded Theory gut für das Forschungsvorhaben an.

Theorie und Konzepte

In diesem Kapitel werden die für diese Masterarbeit relevanten Konzepte, Begriffe und theoretischen Vorannahmen erläutert. Zu Beginn soll das im Vordergrund stehende Konzept der *Ansprüche* vorgestellt werden. Dafür werden die Konzeptualisierungen von *Ansprüchen* und *Wünschen* übernommen, wie sie von Hürtgen und Voswinkel (2016) gedacht wurden.

Zu den besonders wichtigen *Ansprüchen* zählt die *Anerkennung*. Was unter Anerkennung zu verstehen ist, und in welchen Formen diese auftritt, wird im zweiten Abschnitt dieses Kapitels in Anlehnung an Honneth (2021) erläutert und im Anschluss daran in einen Arbeitskontext gesetzt. Besonders in den letzten Jahrzehnten hat sich in der Arbeits- und Industriesoziologie eine Perspektive der *Subjektivierung* der Arbeit durchgesetzt. Damit werden die von den Arbeitenden formulierten Ansprüche zur Selbstverwirklichung durch den Beruf erklärt. Gleichzeitig wird unter Subjektivierung der Arbeit auch die betriebliche Nutzung der menschlichen Subjektivität im Arbeitsprozess verstanden (Baethge 1991).

Auch der Anspruch auf gute Arbeitsbedingungen wird häufig formuliert. Das Konzept *Arbeitsbedingungen* ist nicht klar abgegrenzt, weshalb an dieser Stelle darauf verwiesen wird, was im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit unter Arbeitsbedingungen verstanden wird. Einerseits werden unter Arbeitsbedingungen Einkommen und Arbeitszeit verstanden andererseits aber auch Formen der Belastungen und der Personalauslastung und der damit verbundenen Arbeitsintensität.

Weiters ist auf das Konzept der *Berufsbindung* zu verweisen, wodurch der Bezug zur Arbeit besser verständlich wird. Die Berufsbindung fasst dabei sowohl eine Subjekt- und eine Arbeitskraft-Perspektive als auch das Ethos des öffentlichen Dienstes mit ein. Die Subjekt-Perspektive fasst subjektive Interessen, wie das Verständnis der eigenen Arbeit als sinnhafte und subjektive Tätigkeit, der Arbeitenden. Unter Arbeitskraft-Perspektive werden die objektiven Interessen der Arbeitenden verstanden und umfassen unter anderem Einkommen, Arbeitszeit und Erhalt der eigenen Gesundheit. Ethos des öffentlichen Dienstes bezieht sich auf weitergehende gesellschaftliche Zusammenhänge wie beispielsweise das Gemeinwohl (Flecker et al. 2014).

Ansprüche

In diesem Abschnitt wird das Konzept beschrieben, das hinter dem Begriff *Anspruch* steht. Zur Definition wird die Konzeptualisierung des *Anspruchs* nach Hürtgen und Voswinkel (2016) herangezogen. Diese beschreiben *Ansprüche* als normativ legitimierte Anliegen, denen *Wünsche* als nicht legitimierte Anliegen gegenüberstehen. Es können also beinahe alle Anliegen als *Wünsche* formuliert werden, sei es eine nette Führungskraft, schönes Wetter oder ein Lottosechser. Alle drei Fälle haben gemein, dass kein *Anspruch* darauf besteht, die Erfüllung dieser *Wünsche* also nicht normativ legitimiert ist. Als Beispiel für *Ansprüche* im Arbeitskontext können unter anderem eine existenzsichernde Bezahlung oder auch eine Tätigkeit, die in geeignetem und nicht schädlichem Ausmaß ausgeführt werden kann, angeführt werden. Anhand dieser Beispiele kann ein weiteres Definitionsmerkmal der *Ansprüche* verdeutlicht werden, die Möglichkeit zur Einforderung dieser *Ansprüche*.

Um *Ansprüche* stellen bzw. diese einfordern zu können, muss die betroffene Person über die gesellschaftlichen Regeln und Normen Bescheid wissen und sich selbst als Teil des gesellschaftlichen Gefüges verstehen. *Ansprüche* sind also immer in einen gesellschaftlichen Kontext eingebettet. Die normative Ordnung der Gesellschaft wird durch die Erfüllung von *Ansprüchen* erhalten oder auch verändert, was an der Verallgemeinerung der Normen liegt. Dies ist ein weiterer Unterschied zu den *Wünschen*, die als Partikularinteressen verstanden werden können.

Eine Unterscheidung in legitimierte und nicht legitimierte Anliegen ermöglicht auch die Betrachtung, inwiefern sich die Betroffenen selbst als denkende und handelnde Subjekte verstehen und damit deren Potenzial, wie aktiv sie auf die (Arbeits-)Welt zugehen können (Hürtgen und Voswinkel 2016).

Anliegen können in der Arbeitswelt, so Hürtgen und Voswinkel (2016), über drei verschiedene Dimensionen legitimiert und damit zu *Ansprüchen* werden. Die Legitimationen gehen über die Arbeitswelt hinaus und erfolgen vom Standpunkt eines ganzheitlichen Subjekts, das Arbeit und Leben vereinigt: 1) als klassische normative Vorstellung, die sich besonders auf Leistungsgerechtigkeit in der Arbeit beziehen. Als Leistung wird ein „wirklicher“ und sinnvoller Beitrag verstanden, der sich von der offiziellen Leistungsdarstellung unterscheiden kann. Normen der Leistungsgerechtigkeit sind zwiespältig, da sie häufig auch rhetorischer oder faktische Bestimmungen enthalten wer (nicht) genug leistet. Damit werden besonders Anliegen der Bezahlung und entsprechende Arbeitsbedingungen legitimiert. 2) eine zweite normative

Dimension in Form von Ansprüchen an die Arbeit, basiert auf der Behandlung als Mensch und damit die Gleichbehandlung aller. Sowie auch die Ermöglichung der gesellschaftlichen Teilhabe und die damit verbundene Möglichkeit, ein menschenwürdiges Leben zu führen, sowohl finanziell als auch kulturell. „Mensch“ zu sein umfasst alle, unabhängig von Geschlecht, äußeren Merkmalen, Herkunft und Alter. Über diese Dimension wird besonders *Anspruch* nach Erhalt der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie die Integrität formuliert. 3) Die dritte Dimension bezieht sich auf das Selbstverständnis, als soziales Wesen auf der Welt zu sein, das nicht als reine Leistungskraft verstanden werden will, sondern als sozial und gesellschaftlich eingebundener Mensch. Die Vorstellung ein Sozialwesen zu sein, das über das Recht auf soziale Existenz und Selbstsorge verfügt, legitimiert Anliegen zur Begrenzung von Arbeit und Arbeitszeit sowie von ausreichend Entlohnung, aber auch Kollegialität und Vorgesetztenverhalten, wie Zeit und Möglich für soziale Kommunikation am Arbeitsplatz zu haben (Hürtgen und Voswinkel 2016).

Um *Ansprüche* für diese Masterarbeit greifbarer zu machen, werden diese unter anderem in Form von Arbeitszufriedenheit oder vielmehr in Form von Arbeitsunzufriedenheit verstanden. So können Studien herangezogen werden, die sich mit der Absicht beschäftigen, den ausgeübten Beruf zu verlassen. Besonders in der Pflege wird ein frühes Ausscheiden aus dem Beruf auf belastende Arbeitsbedingungen zurückgeführt. Dabei wird argumentiert, dass Ansprüche auf Arbeitsbedingungen, die ein menschenwürdiges Leben ermöglichen, dann verletzt werden, wenn die Betroffenen ihren Beruf auf Grund belastender Arbeitsbedingungen verlassen. Die Argumentation beruht also besonders auf der in Punkt 2 angeführten Legitimation von Ansprüchen auf seelische und körperliche Gesundheit.

Anerkennung

In der modernen Gesellschaft des Westens ist *Anerkennung* eine der wichtigsten *Ansprüche* an die Erwerbsarbeit. Denn über Erwerbsarbeit ist es Individuen möglich, Antworten auf die Fragen „Wer bin ich?“ und „Wo stehe ich in der Gesellschaft?“ zu finden (Jahoda 1995 zit. nach Flecker 2017 S. 30). Erwerbsarbeitslose Individuen werden daher vor große Herausforderungen gestellt. Doch auch die Ausführung einer Erwerbstätigkeit führt nicht gleichermaßen zu *Anerkennung*. Denn die *Anerkennung*, die man in den diversen Berufen erhalten kann, ist gesellschaftlich geprägt. Das bedeutet, dass Berufe je nach historischer Epoche ein unterschiedliches Maß an *Anerkennung* erhalten. Die Aushandlungsprozesse um *Anerkennung* durch Erwerbsarbeit spielte schon bei Hegel eine Rolle, bei dem gefordert wurde,

dass Erwerbstätige genügend Pflege und öffentliche Aufmerksamkeit erhalten, um über ihre Tätigkeit allgemeine Wertschätzung erlangen zu können (Honneth 2009, S. 222).

Im Rahmen dieser Masterarbeit wird unter dem Begriff der *Anerkennung* die von Honneth (2021) ausgearbeiteten Konzepte verstanden. Demnach kann *Anerkennung* über drei Dimensionen erreicht werden: *Liebe*, *Zuerkennung von Rechten* und eine *gemeinsame Orientierung an Werten* bzw. *soziale Wertschätzung*. Diese drei sollen im Folgenden erläutert werden, wobei der Fokus auf der *sozialen Wertschätzung* liegt.

- 1) *Emotionale Bindungen*: bei der Ausarbeitung der Anerkennungsform zu emotionalen Bindungen folgt Honneth besonders der psychoanalytischen Argumentation Donald Winnicotts. Der zufolge Liebe – unabhängig davon, ob es sich um Freundschaften oder erotische Beziehungen handelt – von der Fähigkeit zum Alleinsein rekonstruiert werden kann. Diese Fähigkeit ist vom Vertrauen des Kindes an die Dauerhaftigkeit der mütterlichen Zuwendung abhängig. Das Anerkennungsverhältnis der Liebe ist somit auch eine Art Selbstbeziehung, in der die Subjekte wechselseitig ein elementares Vertrauen zu sich selbst entwickeln. Deshalb ist dieses Anerkennungsverhältnis als Voraussetzung für andere reziproken Anerkennungen zu verstehen. Emotionale Sicherheit – die durch intersubjektive Erfahrung von Liebe entsteht – gilt sowohl als Basis für Erfahrungen und Äußerungen der eigenen Bedürfnisse und Empfindungen sowie als psychische Voraussetzung für die Entwicklung aller weiteren Einstellungen der Selbstachtung. Liebe gilt als eine partikulare Form der Anerkennung, die eine wichtige Rolle für das Selbstverständnis der Subjekte spielt, auf die aber kein normativer Anspruch besteht.
- 2) *Rechtliche Anerkennung*: das Besondere an der rechtlichen Anerkennung ist ihr universaler Charakter, der Ergebnis eines historischen Prozesses ist. Der Prozess der Ausweitung rechtlicher Anerkennung ist insbesondere durch die zunehmende Trennung von Anerkennung als Rechtsperson und dem sozialen Status gekennzeichnet, wodurch individuelle Rechte von konkreten Rollenerwartungen losgelöst wurden. Dieser Prozess ist nach wie vor nicht abgeschlossen. Es geht etwa um die Frage nach Sozialleistungen und den daran geknüpften Bedingungen, diese zu erhalten. Mit dieser Trennung kann die Frage, was an einem Menschen geachtet werden kann, sowohl mit rechtlicher Anerkennung sowie mit sozialer Achtung bzw. Wertschätzung beantwortet werden. Während rechtliche Anerkennung also unabhängig von Status allen gleichermaßen zusteht, wird bei der sozialen Achtung die individuelle Leistung

und dem damit verbundenen gesellschaftlichen Wert anerkannt. Das bedeutet, dass Menschen im Falle rechtlicher Anerkennung für ihre allgemeinen Eigenschaften, die sie zu einer Person machen, geachtet werden. Bei sozialer Wertschätzung auf der anderen Seite werden jene besonderen Eigenschaften, die das Subjekt von anderen unterscheidet, anerkannt. Es zeigt sich also, dass soziale Wertschätzung eine andere Art von Anerkennung ist, die im Anschluss ausführlicher erläutert wird. Jedes menschliche Subjekt, das als Mitglied einer Gesellschaft oder eines Gemeinwesens anerkannt wird, hat Rechte, die ihm zustehen. Die Einhaltung dieser Rechte kann im Normalfall von den Subjekten über, mit Sanktionsgewalt ausgestatten, Autoritäten eingeklagt werden. Rechtssubjekte kennen einander dadurch an, dass sie dem gleichen Gesetz gehorchen und geben einander so die Möglichkeit, in individueller Autonomie über moralische Normen vernünftig zu entscheiden.

- 3) *Soziale Wertschätzung*: die dritte Form von Anerkennung, die im Rahmen dieser Masterarbeit die höchste Relevanz aufweist, ist die Anerkennungskategorie der sozialen Wertschätzung. Soziale Wertschätzung bezieht sich auf konkrete Eigenschaften und Fähigkeiten, die den Individuen zugeordnet werden können. Um soziale Wertschätzung für konkrete Eigenschaften und Fähigkeiten werten zu können, wird ein Beurteilungsrahmen gebraucht, der einem intersubjektiv geteilten Wertehorizont entspringt. Wird Anerkennung im Rahmen eines gesellschaftlich ausgehandelten Wertehorizontes verteilt und zugesprochen, liegt nahe, dass auch die Anerkennungsform der sozialen Wertschätzung – wie die der rechtlichen Anerkennung – Ergebnis eines Aushandlungsprozesses ist. Dieser Prozess zeichnet sich besonders im Strukturwandel von einer traditionellen zu einer modernen Gesellschaft ab. Während in einer ständisch gegliederten Gesellschaft soziale Wertschätzung hierarchisch in mehr oder weniger wertvolle Verhaltensweisen gegliedert war, wird soziale Wertschätzung in modernen Gesellschaften zunehmend horizontal zugesprochen. In modernen Gesellschaften nimmt Anerkennung als soziale Wertschätzung zunehmend einen individualisierten Charakter an, während diese in ständisch gegliederten Gesellschaften eher einen kollektiven Charakter haben. Die ständisch geprägten Anerkennungen waren nach innen (also innerhalb einer Klasse) und nach außen (also zwischen den Klassen) aber asymmetrisch. Mit dem Übergang zur Moderne entstanden Konflikte, die einerseits zur Durchsetzung neuer Werteprinzipien, andererseits aber auch zur Auseinandersetzung

um den Status dieser Werteprinzipien selbst führten. Damit wurde soziale Anerkennung von den Erwartungen an ganze Kollektive losgelöst und so das Subjekt, als lebensgeschichtliche individuierte Größe, in den Mittelpunkt der Kämpfe um soziale Wertschätzungen gerückt.

Durch die Individualisierung der Leistung verändern sich auch gesellschaftlichen Wertevorstellungen zur persönlichen Selbstverwirklichung, die einem kulturellen Orientierungsrahmen folgt, der sich aus einem klassen- und geschlechterspezifisch bestimmten Wertpluralismus zusammensetzt. Da soziale Wertschätzung aber an Leistung gebunden ist, bedarf es auch hier ein Maß bzw. eine Skala für erbrachte Leistung, um diese „angemessen“ Wertzuschätzen zu können. Weil es sich hierbei aber um gesellschaftliche Bewertungen handelt, folgt auch die „neutrale“ Idee, Wertschätzung an Leistung zu binden, kulturellen Einflüssen. Daraus lässt sich ableiten, dass Gruppen, die über ein höheres symbolisches Kapital verfügen auch höhere Erfolgchancen haben, ihre Leistungen und Lebensformen als besonders wertvoll auszulegen. Der Erfolg ist neben der symbolischen Gewalt auch vom Klima der öffentlichen Aufmerksamkeit abhängig. Als Lösungsmodell dieser Konflikte kann die Kategorie der „Solidarität“ verstanden werden. Bei ständischen Gesellschaftsformen bezieht sich die Wertschätzung auf die kollektive Identität und kommt somit nicht dem Subjekt allein, sondern der ganzen Gruppe zugute, was sich in Gruppenstolz und kollektiver Ehre ausdrückt. Damit wird dem Einzelnen versichert, Teil einer Gruppe zu sein, deren gemeinsam erbrachte Leistung von allen anderen anerkannt wird. Damit weiß sich jedes Mitglied gleichermaßen wertgeschätzt und so nehmen die Interaktionsformen den Charakter solidarischer Beziehungen an. Sie bilden dadurch einen gemeinsamen Wertehorizont aus, der aus einer Übereinstimmung in einem gemeinsamen praktischen Ziel entsteht. In diesem Wertehorizont werden die Eigenschaften und Fähigkeiten aller gleichermaßen anerkannt. Im Rahmen der zunehmenden Individualisierung von sozialer Wertschätzung, wird Anerkennung aber eben nicht mehr einem ganzen Kollektiv, sondern nur noch den einzelnen Individuen zugeschrieben. So kann das wertgeschätzte Individuum davon ausgehen, dass seine Fähigkeiten und Eigenschaften für die Gesellschaft „wertvoll“ sind, was wiederum als Basis für die Ausbildung von Selbstwertgefühl verstanden werden kann. Eine Solidarität in einer modernen Gesellschaft ist allerdings nur möglich, wenn die sozialen Verhältnisse eine symmetrische Wertschätzung zwischen

individualisierten Subjekten erlauben. Das bedeutet, dass die Fähigkeiten und Eigenschaften der anderen als gleichermaßen bedeutsam für die gesellschaftliche Praxis verstanden werden müssen. Diese Beziehungen hätten einen solidarischen Charakter, da sich die Subjekte einander nicht nur gegenseitig passiv tolerieren, sondern das individuell Besondere der anderen Personen aktiv wertschätzen. Eine symmetrische und damit wechselseitig gleichmäßige Wertschätzung ist aber aufgrund der Deutungsoffenheit der gesellschaftlichen Werthorizonte schwer denkbar. So stellt Honneth die Aufforderung, „>>symmetrisch<< muß vielmehr heißen daß jedes Subjekt ohne kollektive Abstufung die Chance erhält, sich in seinen eigenen Leistungen und Fähigkeiten als wertvoll für die Gesellschaft zu erfahren.“ (Honneth 2021, S. 210) Womit auch verbunden ist, dass der Konkurrenzkampf um soziale Wertschätzung schmerzfrei, im Sinne von Erfahrungen von Missachtung, geführt werden müssen (Honneth 2021).

Der soziologische Begriff der *Anerkennung* kann zur Analyse in drei Ebenen unterteilt werden: Mikro-, Meso- und Makroebene. Auf der Makroebene wird untersucht, wodurch *Anerkennung* erworben und wodurch diese vorenthalten wird. Eine Analyse der gesellschaftlichen *Anerkennungsverhältnisse* auf der Makroebene untersucht damit Legitimationsverhältnisse. Auf der Mesoebene wird *Anerkennungszuweisung* in Organisationen oder Communities auf Regeln und Muster untersucht. Auf der Mikroebene wird *Anerkennung* bezüglich der *Anerkennungskommunikation* also der interaktiven Form der *Anerkennung* analysiert (Voswinkel 2013).

Anerkennung in Form von *sozialer Wertschätzung* kann in zwei unterschiedlichen Formen auftreten: in Form von *Würdigung* sowie als *Bewunderung*. *Anerkennung* in Form von *Würdigung* schätzt Leistungen, die als Ergebnis von gesellschaftlich begründeten Verpflichtungen verstanden werden können und weisen damit einen Reziprozitätscharakter auf. *Bewunderung* erhalten die Individuen für ihre besonderen Leistungen. In der Arbeitswelt werden Bemühungen, also das Erledigen der „normalen“ Erwerbsarbeit, deren Basis die Zugehörigkeit zu einer Arbeitsgemeinschaft ist, gewürdigt und *Bewunderung* kommt Spitzenkräften und Erfolgreichen zu (Voswinkel 2012).

Im Zuge der Individualisierung lässt sich eine Bedeutungsabnahme der *Würdigung* beobachten, Voswinkel (2013) spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer Erosion der

Würdigung. Damit geht ein Bedeutungsgewinn der *Bewunderung* einher. Diese ist normativ weniger gehaltvoll, fluide und variabel, da sie nicht in langfristige Reziprozitätsbeziehungen eingebettet ist. Da *Bewunderung* auf Differenzierung basiert und damit *Anerkennung* der einzelnen Leistungen ermöglicht, kommt sie jenen Bedürfnissen der Beschäftigten entgegen, die für ihre jeweils spezielle Leistungen und Erfolge *Anerkennung* erwarten – wie auch bei Honneth (2021) beschrieben – und sich bei Nichterfahrung missachtet fühlen (Voswinkel 2013).

Damit zeigt sich schon, dass sich bei verschiedenen Akteuren und Akteurinnen unterschiedliche *Anerkennungserwartungen* beobachten lassen. Während sich qualifizierte Angestellte eher Anerkennung in Form von Karriere und individueller Form erwarten, erwarten sich Arbeiterinnen und Arbeiter einen entsprechenden Lohn sowie Sozialleistungen (Voswinkel 2012). Dies kann durch die verschiedenen Formen von Ansprüchen erklärt werden. Weiter unten wird noch einmal genauer darauf eingegangen, welche sozialen Merkmale einen potenziellen Einfluss auf die *Anerkennungserwartungen* haben können.

Nicht nur die *Ansprüche* der Seite der Arbeitnehmenden unterscheidet sich, sondern auch die Bereitschaft der Organisation *Anerkennung* zuzugestehen unterscheidet sich. In vielen Organisationen wird *Anerkennung* mit Beurteilung gleichgesetzt, wobei eine gute Beurteilung als Wertschätzung identifiziert wird. So wird eine *Anerkennungshierarchie* geschaffen, die für die Angestellten gleichzeitig auch eine Bedrohung darstellt, da die Platzierungen in der Hierarchie weder selbstverständlich noch fix sind (Voswinkel 2012). Besonders jenen, die von der Organisation als Leistungskraft wahrgenommen werden, wird ein hohes Maß an *Anerkennung* ermöglicht, um diese so bestmöglich an die Organisation „zu binden“. Dem gegenüber stehen insbesondere Aushilfen, befristete Beschäftigte sowie Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter (Voswinkel 2013).

Doch nicht allen Berufsgruppen wird die gleiche Form der Anerkennung gewährt. So kann Anerkennung einerseits verwehrt werden, wenn die Arbeitstätigkeit nicht sichtbar ist, wie dies beispielsweise bei Büoreinigungskräften außerhalb der Büroarbeitszeiten der Fall ist. Andererseits kann der Beruf sogar aktiv sozial missachtet werden, was insbesondere bei „schmutzigen“ Tätigkeiten der Fall ist, was heute besonders bei Personen zutrifft, die mit Abfall arbeiten oder in der Sexarbeit tätig sind (Flecker 2017).

Stand der Forschung

In diesem Kapitel werden aktuelle und für diese Masterarbeit relevante Forschungsergebnisse vorgestellt. Um die von den Pflegekräften gestellten Ansprüche besser kontextualisieren zu können, wird zu Beginn ein Überblick zu den Arbeitsbedingungen und im Anschluss daran zur Arbeitszufriedenheit gegeben. Denn die Arbeitszufriedenheit ist trotz hoher Arbeitsbelastungen und teils schlechten Arbeitsbedingungen sehr hoch. Trotzdem geben viele Pflegerinnen und Pfleger an, ihren Beruf nicht bis zur Pension ausüben zu können. Eingebettet in diese Rahmenbedingungen werden anschließend die Forschungsergebnisse zu Ansprüchen aber auch die Forderungen der in der Pflege Tätigen.

Die für den folgenden Forschungsstand herangezogenen Studien beziehen sich auf diverse Pflegebereiche, um so einen breiteren Überblick geben zu können. Wenn mehrere Pflegebereiche in den herangezogenen Studien vorkommen, werden die Ergebnisse für Gesundheits- und Krankenpflegekräfte präsentiert, dies wird im Text explizit angemerkt.

Auch wenn sich die vorliegende Masterarbeit nicht dezidiert mit Arbeitsbedingungen beschäftigt, werden diese trotzdem als relevant erachtet und bieten wichtige Kontextinformationen. Denn häufig stellen Arbeitnehmerinnen und -nehmer Ansprüche an gute Arbeitsbedingungen. Was unter guten Arbeitsbedingungen verstanden wird, kann variieren. Ein Merkmal könnte zum Beispiel sein, den gewählten Beruf bis zur Pension ausüben zu können. Ein Großteil der Pflegekräfte geht allerdings davon aus, ihren Beruf nicht bis zur Pension ausüben zu können (Filipič 2019; Breinbauer 2020; DeCola und Riggins 2010; Heinen et al. 2013). Aus einer Studie, die im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durchgeführt wurde, geht hervor, dass 65% der befragten Pflegekräfte es für unwahrscheinlich halten, ihren Beruf bis zur Pension durchzuhalten (Schönherr 2021).

Arbeitszeitmodelle

Der Pflegesektor in Österreich ist durch einen hohen Anteil an Schichtarbeit sowie einen hohen Anteil an Teilzeitarbeit gekennzeichnet, der im Vergleich zum Durchschnitt sonstiger Berufe in Österreich mit über 40% (Stand 2011) deutlich höher ist. Österreich lag damit europaweit an vierter Stelle. Innerhalb Europas lassen sich insgesamt drei Arbeitszeitregime in der Pflege unterscheiden. Das in Österreich, der Schweiz, Schweden, Norwegen und den Niederlanden vorherrschende Arbeitszeitregime ist sowohl durch hohe Anteile an Schicht- und Teilzeitarbeit geprägt. Italien, Dänemark und Finnland weisen auch ein hohes Maß an Schichtarbeit, aber ein

geringes Maß an Teilzeitarbeit auf. Frankreich, Spanien und Irland weisen weder hohe Anteile an Teilzeitarbeit noch an Schichtarbeit auf (Schönherr 2021).

Vor allem Frauen und die im Privatsektor Arbeitenden mit maximal mittlerer Ausbildung sind als Teilzeitkräfte angestellt (Schönherr 2021). Außerdem steigt der Anteil, der in Teilzeit Beschäftigten mit dem Alter linear an, je älter bzw. je länger Personen im Pflegeberuf tätig sind, umso eher sind sie als Teilzeitkräfte angestellt (Breinbauer 2020).

In der Pflege ist es nicht unüblich, dass das Personal für eine bestimmte Zeit „pausiert“ (Mairhuber 2019; Schönherr 2021). So haben 36% der diplomierten Pflegekräfte mindestens einmal unterbrochen. In Tirol gaben 16% der diplomierten Pflegekräfte an, sich eine selbstgewählte Auszeit zu nehmen, die auch in Form von Arbeitslosigkeit auftrat (Mairhuber 2019).

Arbeitszeit

Da Menschen nicht nur tagsüber und unter der Woche Hilfe benötigen, sind Randarbeitszeiten, am Wochenende und in der Nacht, in der Pflege üblich. Aus der Befragung von Schönherr (2021) geht hervor, dass 78% der in der Krankenpflege Tätigen sonntags und 70% nachts gelegentlich oder häufig arbeiten. Die Qualifikationsniveaus haben darauf keinen Einfluss. In der stationären Pflege hat Breinbauer (2020) zwei Schichtmodelle untersucht, einerseits die Unterteilung in Tag- und Nachtschichten andererseits ein „drei-Schichten-Modell“, das sich in Früh- Spät- und Nachtschicht unterteilen lässt. Die Bewertung der Schichtarbeit wird von den Befragten mittelmäßig beurteilt. Bei der Untersuchung Mairhubers (2019) geben die Befragten eine niedrige Belastung durch die Tag-, Nacht- und Wochenendarbeit an, wenn sich die Erstellung der Dienstpläne an den Beschäftigten orientiert und besonders die Wochenenddienste selbst gewählt oder ausgehandelt werden können.

Schichtarbeit wird von Krankenpflegerinnen und -pflegern häufig als isolierend und verein-samend wahrgenommen. Häufig wünschen sie sich aber langfristige Beziehungen, sowohl zu ihren Kolleginnen und Kollegen als auch zu den Patientinnen und Patienten (Carlson et al. 2014 zit. nach Schönherr 2021).

Besonders vor dem Hintergrund von Covid-19 haben in den Vereinigten Staaten von Amerika 12-Stunden-Schichten – die in Österreich Standard sind – zugenommen. Bei diesen Schichten kommt es zusätzlich zu einer hohen Arbeitsauslastung mit Patientinnen und Patienten kommt, die einen hohen Akuitätsgrad aufweisen. Durch die Mehrbelastungen kommt es auch beim Pflegepersonal zu einem erhöhten gesundheitsbedingten Ausfall, der durch Überstunden vom

Pflegepersonal ausgeglichen wird, die gerade selbst eine Krankheit auskurieren (Bourgault 2022). Ähnliches stellt Mairhuber (2019) in ihrer Erhebung fest, wenn die Befragten beschreiben, dass sie häufig länger arbeiten, als vertraglich vereinbart. Auch bei Breinbauer (2020) beschreiben die Befragten, dass sie häufig aus gesundheitlichen Gründen für Kolleginnen und Kollegen einspringen müssen. Dabei gaben 43% der Befragten an, dass sie häufig Sonderschichten oder Dienste übernehmen müssen und 80% beschrieben, dass sie ihre gesammelten Überstunden in näherer Zukunft voraussichtlich nicht abbauen können. Neben Überstunden, Wochenend- und Schichtarbeit werden auch unverlässliche Dienstpläne, die sich immer wieder ändern, als belastend wahrgenommen, sowie das Ausfallenlassen (müssen) von Arbeitspausen (Auffenberg und Heß 2021; Bobbert 2019; Marrs 2007)

Personalmangel

In den Vereinigten Staaten herrschte auf Grund der Covid-19 Pandemie in 24% der Krankenhäusern ein kritischer Personalmangel (Bourgault 2022). Der Personalmangel gilt aber allgemein als ein großes Problem des Pflegesektors. Der Personalmangel im Pflegebereich kann als eine der Ursachen für die hohe Arbeitsbelastung gedeutet werden. So geben 75% der von Breinbauer (2020) Befragten an, dass nicht genügend Personal vorhanden ist, um ihre Arbeit adäquat zu erledigen. Dies äußert sich auch in teils enorm hohen Betreuungsverhältnissen, in der stationären Pflege kann das Betreuungsverhältnis 1:28 pro Schicht betragen. Eine Pflegekraft ist demnach für insgesamt 28 Patientinnen und Patienten verantwortlich (Breinbauer 2020), was wiederum zu starkem Zeitdruck führt, dem die Pflegenden ausgesetzt sind (Roth et al. 2022). Außerdem müssen Pflegekräfte häufig extra Schichten machen und für krankheitsbedingte Ausfälle einspringen.

Physische und emotionale Konsequenzen

Das Pflegepersonal ist im Allgemeinen schweren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, was einerseits der hohen Arbeitsdichte, andererseits aber auch dem ständigen Umgang mit kranken Menschen geschuldet ist. In Deutschland liegen die Krankenstände im Pflegebereich um etwa 6% höher als in den anderen Branchen, was unter anderem daran liegt, dass sie häufiger an die Grenzen ihrer eigenen Leistungsfähigkeit gehen müssen, körperlich erschöpft sind und beispielsweise an Muskel-Skelett-Beschwerden leiden sowie an psychosomatischen Beschwerden wie nächtlichen Schlafstörungen. Hauptursachen dafür werden in der Arbeitsverdichtung, den längeren Arbeitszeiten, der Verantwortungsausweitung und dem Fachkräftemangel vermutet (Auffenberg und Heß 2021). Zu weiteren körperlichen Belastungen zählen Muskelverspannungen mit 71% und Kreuzschmerzen mit 67%. An

Kopfschmerzen, Migräne, Erschöpfung und Müdigkeit leiden jeweils 47% (Mairhuber 2019). Auch in Österreich gaben 68% an, nach der Arbeit körperlich erschöpft zu sein, was im Vergleich zu Skandinavien sehr hoch ist, deren Wert etwa bei 33-50% liegt. In Österreich geben 14% der Befragten in der Krankenpflege an, durch Unfall- und Verletzungsgefahr sehr oder ziemlich belastet zu werden (Schönherr 2021).

Diese Beschwerden werden durch den in der Pflege verbreiteten Präsentismus häufig lange hinausgezögert bzw. sogar verschlimmert, da die betroffenen Pflegekräfte krank weiterarbeiten oder wie oben schon erwähnt frühzeitig die Arbeit wiederaufnehmen (Auffenberg und Heß 2021). In Österreich geben ca. 45% der gesamten Pflegekräfte und etwa 40% der Beschäftigten in Gesundheitsberufen an, auch krank zu arbeiten, der Durchschnitt aller Branchen liegt dabei bei etwa 34%. Grund dafür ist für 71% der Befragten die Rücksicht auf Kolleginnen und Kollegen und für 43%, dass zu wenig Personal vorhanden ist, um die Ausfälle aufzufangen (Mairhuber 2019). Auch seelische und emotionale Belastungen können als Kernmerkmal der Pflege verstanden werden, etwa 46% gaben an ziemlich oder sehr an seelischen oder emotionalen Belastungen zu leiden, da sie in ständiger Interaktion mit den Patientinnen und Patienten stehen (müssen) (Schönherr 2021). Auch in der Studie von Mairhuber (2019) gaben 44% an starker oder sehr starker seelischer Belastung ausgesetzt zu sein, der Branchendurchschnitt liegt bei etwa 12%.

Arbeitsdichte

Hand in Hand mit dem Personalmangel geht die hohe Arbeitsdichte, die von 46% höher eingeschätzt wird als in den fünf Jahren zuvor (2005-2010) (DeCola und Riggins 2010). Die steigende Arbeitsverdichtung sowie die Erhöhung des Arbeitstempos wurde von Marrs (2007) mit der Einführung des DRG-Systems in Verbindung gebracht. DRG steht für *Diagnosis Related Groups* und erleichtert bzw. ermöglicht den Zugang zu ökonomischen Krankenhauszahlen, wodurch aus der Abrechnung der Fallpauschalen Gewinne oder Verluste erkenntlich werden (Dieterich et al. 2019). Eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem DRG könnte aber Gegenstand einer alleinstehenden Masterarbeit sein und wird deshalb nicht weiterausgeführt. Wichtig ist im Rahmen dieser Masterarbeit nur anzumerken, dass die Einführung des DRG-Systems als wegweisend für die Ökonomisierungsprozesse der Krankenhäuser verstanden werden kann.

Belastungen

Auch die so entstehende Arbeitsverdichtung und -intensität wird von vielen Pflegekräften als belastend wahrgenommen. Dazu zählt auch der häufige Wechsel der Arbeitsschritte und -

abläufe. Nach einer subjektiven Einschätzung der Betroffenen fühlen sich etwa 18% dadurch belastet, werden auch jene dazu gezählt, die sich dadurch etwas oder mittel belastet fühlen, steigt der Anteil auf 70% der Krankenpflege. Dabei wurde nicht das objektive Vorhandensein von Belastungsfaktoren gemessen, sondern die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen (Schönherr 2021).

Wie weiter oben bereits angeschnitten, ist es den Pflegekräften aufgrund der hohen Arbeitsverdichtung und des Zeitdrucks oft nicht möglich, ihre gesetzlich vorgegeben Pausen einzuhalten. Die Hälfte der in Deutschland von Breinbauer (2020) Befragten können ihre Pausen eher nicht oder ganz und gar nicht einhalten. Für Österreich verweist Schönherr (2021) darauf, dass etwa 25% auf Grund des hohen Arbeitsdrucks keine Zeit haben, um zu Verschnaufen. Sowohl Mairhuber (2019) wie auch Schönherr (2021) beschreiben auf Basis eines Arbeitsklima-Indexes, dass sich die Pflegekräfte durch den hohen Zeitdruck belastet fühlen. Ein Drittel der Befragten gab dabei an sich durch Zeitdruck stark oder sehr stark belastet zu fühlen. Branchenübergreifend liegt dieser Wert bei rund 22%. Bedingt durch den demografischen Wandel kann davon ausgegangen werden, dass der jetzt schon als belastend wahrgenommene Zeitdruck in Zukunft voraussichtlich nicht besser, sondern zunehmend höher wird (Breinbauer 2020).

Taylorisierung und Bürokratisierung

Der starke Zeitdruck kann unter anderem durch Unterbesetzung und Personalmangel erklärt werden. Daneben spielen aber möglicherweise auch andere Faktoren eine Rolle, wie beispielsweise die zunehmende Zerstückelung des Arbeitsprozesses und damit auch die Neuaushandlungen von Tätigkeitszuständigkeiten und Aufgabenverteilungen. Wie schon oben beschrieben kann die Erhöhung des Arbeitstempos und der Arbeitsdichte mit der Einführung des DRG-Systems in Verbindung gebracht werden (Marrs 2007). Da das System darauf ausgerichtet ist, Daten in Form wirtschaftlicher Kennzahlen zu produzieren, geht damit auch ein „Datenerhebungsprozess“ einher. Die Daten werden in Form von Patientinnen- und Patientendokumentation erhoben. Damit wird den Pflegekräften eine neue Tätigkeit übertragen: die Dokumentation. Neben der Sicherung und Optimierung der Erlöse sollen mit Hilfe des DRG-Systems auch die rechtlichen Absicherungen gegenüber den Ansprüchen von Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen gewährleistet werden. Dafür muss beinahe jeder Handgriff extra dokumentiert werden, im Extremfall sogar die Seitenlagerung inkontinenter Patientinnen und Patienten oder das Kämmen ihrer Haare. Die akribische Dokumentation wird also zu einer der Hauptaufgaben der pflegerischen Leistung. Diese Form

der Bürokratisierung und Dokumentationsschwall wird in der Pflege überwiegend negativ bewertet (Marrs 2007; Schultheis und Gemperle 2014). Bei den diplomierten Pflegekräften nehmen neben den Tätigkeitsdokumentationen auch Managementtätigkeiten zu. Damit wird deren Aufgabenbereich in Richtung Patientinnen- und Patientenmanagement gerückt, was weniger Anwesenheit „am Bett“ zur Konsequenz hat. Dies führt zu einer zunehmenden „Arbeitsteilung am Patienten bzw. an der Patientin“, worauf auch die folgenden Aussage gegenüber Mau und Wagner (2014) schließen lassen: *„Also man ist nicht mehr wirklich, man tut den Patienten nicht mehr ganzheitlich erfassen können, man tut ihn immer teilen“* (Mau und Wagner 2014, S. 115).

Die zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht wird allerdings nicht nur als lästig bewertet, sondern auch als (große) Belastung wahrgenommen, da sie auf Kosten der ohnehin schon knappen Zeit für Pflege und Betreuung getätigt wird (Mairhuber 2019) und damit auf Kosten des Kernbereichs des eigenen Berufsbildes: dem Dienst am Menschen ohne tayloristisches Zeitmanagement (Schultheis und Gemperle 2014). Eine Reduktion der Dokumentation könnte demnach zu mehr Zeit für die Betreuung der Patientinnen und Patienten bedeuten.

Eine weitere Konsequenz der zunehmenden Zerstückelung und Standardisierung der Arbeitsschritte ist der massive Eingriff in die Autonomiebedürfnisse der Pflegerinnen und Pfleger, die ihrerseits ein hohes Maß an Flexibilität in Bezug auf Arbeitszeit und Einsatzbereitschaften aufweisen sollen. Dabei handelt es sich nicht um ein privatwirtschaftliches Phänomen, sondern ist sowohl in der privaten wie auch in der öffentlichen Sphäre vertreten (Schönherr 2021). Trotz Kritik an Standardisierung und Zerstückelung der Arbeitsschritte sind die in der Krankenpflegebeschäftigte mit ihren Möglichkeiten zur Mitbestimmung (58%) und Gestaltung (64%) ziemlich oder sehr zufrieden. Eine Unzufriedenheit damit hat allerdings in Kombination mit dem hohen Zeitdruck fatale Auswirkungen: Pflegekräfte, die neben dem Zeitdruck auch mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten unzufrieden sind, geben zu 79% an, es für unwahrscheinlich zu halten, ihren Beruf bis zur Pension durchhalten zu können. Dem gegenüber geben „nur“ 60% an, dass sie es für unwahrscheinlich halten ihren Beruf bis zur Pension auszuüben bzw. ausüben zu können. Neben Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten werden auch Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten als Ressourcen zur Aufrechterhaltung der

Arbeitszufriedenheit in der Pflege verstanden. Auch hier geben etwa zwei Drittel an sehr oder ziemlich zufrieden zu sein (Schönherr 2021).

Wirken von Berufsansprüchen und betrieblichen Rahmenbedingungen

Der durch Personalmangel und Dokumentationspflichten entstehenden Zeitdruck führt bei vielen der Pflegekräfte zu einem inneren Konflikt mit ihrem beruflichen Selbstverständnis. So verweisen Auffenberg und Heß (2021) darauf, dass die Diskrepanz zwischen den individuellen Berufsansprüchen und den betrieblichen Rahmenbedingungen zu den häufigsten Ursachen sowohl für Langzeiterkrankungen als auch einen frühzeitigen Berufsausstieg zählen. Würden das Niveau der Arbeitsunfähigkeit und frühzeitigen Berufsausstiege der in der Pflege Tätigen mit dem Normalmaß übereinstimmen, stünden in Deutschland 26.000 mehr Pflegekräfte zur Verfügung (Rothgang et al. 2020, S. 213).

Die entstehende Diskrepanz zwischen dem beruflichen Selbstverständnis und der „Abfertigung“ der Pflegebedürftigen geht nach Bobbert (2019) gegen den ureigensten Anspruch der Pflegenden: hilfebedürftigen Menschen zu helfen und „am Menschen“ zu arbeiten. Dadurch verändert sich auch die berufliche Identität der Pflegenden. Diese war von hohen ethisch moralischen Ansprüchen geprägt. Diese berufliche Identität gerät in einen systematischen Konflikt mit den Ökonomisierungstendenzen des Krankenhauses. Denn für die Pflegekräfte selbst steht nicht die Gewinnorientierung im Mittelpunkt, sondern das Wohl der Patientinnen und Patienten (Marrs 2007; Schultheis und Gemperle 2014). Dadurch finden sich die Pflegekräfte in einer anderen Berufsausführung wieder, als sie sich bei der Berufswahl vorgestellt haben und auch die Patientinnen und Patienten fühlen sich dadurch Objekt einer Dienstleistung (Bobbert 2019). So formuliert eine Pflegekraft den Unterschied zwischen der Ausbildung und der praktischen Arbeit: *„... Aus dem Grund, weil die in der Ausbildung sehr, sehr viel lernen [...] welche tollen Modelle und Instrumente ... Aber dann in der Praxis, spätestens beim ersten großen Praktikum, merken sie – ah, die Realität schaut überall anders aus“* (Mairhuber 2019, S. 9).

Durch den Arbeits- und Zeitdruck sowie durch die administrativen Tätigkeiten entstehen Frustration und Unzufriedenheit, da den Pflegekräften nicht genug Zeit zur Verfügung steht, sich tiefgehend mit den Patientinnen und Patienten zu beschäftigen und sich um diese zu kümmern.

Bewertung der Arbeit und Arbeitszufriedenheit

Trotz der körperlichen und emotionalen Belastungen, denen die Pflegekräfte durchgehend ausgesetzt sind, und dem hohen Risiko den eigenen Beruf nicht bis zur Pension auszuführen bzw. ausführen zu können, ist die Arbeitszufriedenheit höher als der Durchschnitt aller Berufsgruppen (Mairhuber 2019). Nach Standardisierung (von 0 als sehr unzufrieden bis 100 als sehr zufrieden) eines Indexes liegt der Mittelwert der Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich bei 54,8. Die ambulante, stationäre und teilstationäre Pflege erreicht einen Wert von etwa 65, in der Akutpflege liegt der Wert bei 50. Auch zwischen den Geschlechtern kann unterschieden werden, Männer erreichen einen Wert von 52,9, Frauen 62,7. Die Arbeitszufriedenheit scheint bei den Befragten durchaus gegeben zu sein (Breinbauer 2020).

Der Pflegeberuf wird auch als ein wertvoller und zukunftssicherer Beruf wahrgenommen. Trotzdem beginnen sehr wenige junge Menschen die Ausbildung als Pflegekraft bzw. nehmen den Beruf nach Abschluss der Ausbildung nicht wahr oder üben diese nur eine kurze Zeit aus. Unter anderem kann dies auf die schlechten und belastenden Arbeitsbedingungen zurückgeführt werden. Die Arbeitszufriedenheit ist trotz sich verschlechternden Arbeitsbedingungen hoch. In den letzten sechs Jahren stellen ein Großteil der Pflegerinnen und Pfleger aber eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen fest. In der Steiermark wie auch in Tirol nehmen etwa ein Viertel eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wahr. Dem gegenüber stehen 54% der steirischen Beschäftigten und 40% der in Tirol Tätigen, die eine Verschlechterung wahrnehmen. Eine Stagnation wird von 27% in der Steiermark und ca. ein Drittel in Tirol wahrgenommen (Mairhuber 2019).

In einer Metastudie untersuchen Lu et al. (2019) die Arbeitszufriedenheit von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen. Zu den wichtigen Faktoren der Arbeitszufriedenheit zählen die Arbeitsbedingungen sowie die Beziehungen zu Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen als auch zur Managementebene. Auch die Arbeit selbst spielt eine wichtige Rolle, wobei besonders die Arbeitsdichte, der Dienstplan, Herausforderungen in der Arbeit, Routinisierungen und Tätigkeitsanforderungen wie Skills und Fähigkeiten hervorgehoben werden. Ebenfalls eine Rolle spielen Lob und Anerkennung sowie Bezahlung und Jobsicherheit. Auch die Möglichkeit Kontrolle zu haben und Entscheidungen zu sowie Führungsstil und organisatorische Richtlinien beeinflussen die Arbeitszufriedenheit. Daneben zählen auch persönliche Weiterentwicklung und Aufstiegsmöglichkeiten als relevante Gründe für Arbeitszufriedenheit, dabei werden professionelle Weiterbildungen, persönliche Erfolge sowie Aufstiege im Beruf mitgedacht.

Auch aus dem Eurofound (2006, S. 31f.) geht hervor, dass eine gute Beziehung zu den Pflegebedürftigen und deren Familien, positives Feedback aber auch Wertschätzung und Anerkennung durch die Gesellschaft und Öffentlichkeit als wichtige Einflussfaktoren für die hohe Arbeitszufriedenheit zu verstehen sind. Zusätzlich dazu wird auch der positive Einfluss von Unabhängigkeit und das autonome Arbeiten in professionellen Teams sowie Weiterbildungs- Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten sowohl in Bezug auf Aufgaben als auch auf Tätigkeiten verstanden. Entwicklungsmöglichkeiten und Gestaltungsmöglichkeiten wie auch Mitsprachemöglichkeiten und Autonomie im Arbeitsalltag werden also als wichtige Ressourcen für Pflegekräfte verstanden. Denn eine Kombination dieser Ressourcen erhöht die Chancen auf einen längeren Verbleib im Beruf (Schönherr 2021).

Dabei wird deutlich, wie auch von Caricati et al. (2014) festgestellt, dass sowohl strukturelle als auch individuelle Variablen einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit haben. Neben der Unterscheidung in individuelle und strukturelle Faktoren kann auch zwischen intrinsischen und extrinsischen Variablen unterschieden werden. Unter extrinsischen Faktoren bzw. extrinsischer Motivation werden materielle Anreize verstanden, dazu zählt neben der Entlohnung unter anderem auch die Arbeitsplatzsicherheit und Karrieremöglichkeiten. Als intrinsische Motivation werden Anreize verstanden, die direkt mit der Arbeit selbst in Verbindung gebracht werden können wie Selbstverwirklichung, aber auch Autonomie und Kreativität.

Einen besonders hohen Einfluss haben das Arbeitsklima und das berufliche Engagement. Ein gutes Arbeitsklima interagiert mit dem beruflichen Engagement und erhöht die intrinsische Motivation. Auch die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten einzusetzen, und der Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen erhöht das Verfolgen immaterieller Aspekte, was durch eine starke Bindung an den Beruf noch einmal verstärkt oder erhöht werden kann (Caricati et al. 2014). Das Verfolgen intrinsischer Aspekte ist nicht nur für das Management wertvoll, sondern erhöht auch indirekt, über das berufliche Engagement, die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten (Caricati et al. 2014).

Auch Hebson et al. (2015) beschreiben trotz schlechten Arbeitsbedingungen eine hohe Arbeitszufriedenheit bei Pflegekräften. Die Relevanz dieser Studie für diese Masterarbeit liegt in der Erklärung einer hohen Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich. Neben der Erklärung durch Geschlecht wird auch die Klassenherkunft als Erklärung herangezogen.

Die hohe Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich kann durch altruistische Motivationen und dem Gefühl, etwas Gutes zu tun erklärt werden. Die Arbeit wird als erfüllend wahrgenommen

und die Beschäftigten haben das Gefühl einen Unterschied zu machen, was die negativen Aspekte des Berufs, besonders die schlechte Bezahlung, bis zu einem gewissen Grad ausgleicht. Dahinter stehen soziale Geschlechternormen, welche die intrinsische Motivation prägen, anderen zu helfen. Die gesellschaftlichen Normen führen dazu bzw. ermöglichen es, dass die in der Pflege Tätigen die schlechte Bezahlung hinnehmen und altruistische Motivation über finanzielle Entlohnung stellen (Atkinson und Lucas 2013; Folbre 2012). Durch kulturell bedingte weibliche Care-Arbeit im privaten Bereich lernen Frauen, dass Care-Arbeit eine altruistische Motivation zugrunde liegt (Palmer und Eveline 2012). So werden altruistische Motivationen an die Care-Arbeit gekoppelt, was bei bezahlter Care-Arbeit dazu führt, dass Pflegekräfte geringere Löhne zu Gunsten von emotionalen „Entlohnung“ hinnehmen.

Aus einer von McClimont und Grove (2004, zit. nach Hebson et al, 2015) durchgeführten Befragung von 3000 Pflegekräften geht hervor, dass anderen zu helfen, die Freude an Care-Arbeit und die flexiblen Arbeitszeiten die drei Hauptgründe sind, im Pflegesektor tätig zu sein.

Ein anderer erweiterter Erklärungsansatz für die Arbeitszufriedenheit in der Pflege wird von Hebson et al. (2015) zur Verfügung gestellt. Wie auch in den anderen Studien wird das Geschlecht und damit besonders die weiblichen Rollenerwartungen mitberücksichtigt. Diese werden aber um Kapital und Habitus in Bourdieus Verständnis erweitert. Durch das Einbeziehen dieser beiden Konzepte kann die Geschlechterperspektive, und den damit verbundenen Normen und Dispositionen, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, die durch andere Ungleichheiten wie Klassenherkunft beeinflusst werden, kombiniert werden. Das kulturelle Kapital, in dem sich Wissen und Fähigkeiten der Care-Arbeit akkumulieren, kann als Erklärung herangezogen werden, wieso vor allem Frauen dazu tendieren, einen Pflegeberuf in Betracht zu ziehen. Besonders in Verbindung mit sozialem Kapital kann ein signifikanter Einfluss betrachtet werden. 70% der Interviewten gaben an, dass mindestens eine Person aus dem Freundes- oder Verwandtenkreis im Pflegesektor tätig ist (Hebson et al. 2015, S. 323). Hier muss berücksichtigt werden, dass sich diese Studie auf Altenbetreuung bezieht und viele der Befragten ein niedriges formales Ausbildungsniveau aufweisen. So kann die hohe Arbeitszufriedenheit auch dadurch erklärt werden, dass Pflegearbeit als eine attraktivere und erfüllende Alternative gesehen wird zu anderen Niedriglohnarbeiten wie Reinigung, Service oder Verkauf. Anhand eines Fallbeispiels wird der Eintritt in die Pflege als eine Kombination aus begrenzten Möglichkeiten, der informalen Pflegeausbildung durch private Pflgetätigkeiten und dem sozialen Kapital skizziert (Hebson et al. 2015, S. 24).

Anerkennung

Im Pflegebereich spielt Anerkennung eine große Rolle, wobei sich – wie auch im Theoriekapitel umfassender erläutert – verschiedene Dimensionen der Anerkennung unterscheiden lassen. Anerkennung kann durch Interaktion mit Patientinnen und Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen oder Führungskräfte erfahren werden. Besonders in der ambulanten Pflege ist die unmittelbare Anerkennung durch die Patientinnen und Patienten sehr wichtig. Zu den wichtigsten Formen der Anerkennung, auch durch die Führungsebene, zählt die Anerkennung bzw. das Respektieren der Grenze zwischen Arbeits- und Privatleben. Wie auch schon weiter oben erwähnt, ist die Planbarkeit des Berufslebens für die Pflegenden wichtig und ein gemeinsames Erarbeiten der Dienstpläne unter Berücksichtigung individueller Interessen wird als Form der Anerkennung verstanden. Dafür werden beispielsweise individuelle Zeitspannen pro Tag genannt, in denen die Pflegenden ohne Probleme eingesetzt werden können. Außerdem wünschen sich die Pflegekräfte mindestens einen Tag vorher über die genauen Arbeitszeiten informiert zu werden (Hegermann und Zago 2015). Auch bei Auffenberg und Heß (2021) wird der Respekt vor dem Privatleben als wichtige Form der Anerkennung genannt. Dabei sind besonders verlässliche Arbeitszeiten relevant, die Überstunden ausschließen und Pausen erlauben sowie eine Reduktion der Wechselschichten, Nacht- und Wochenendarbeit. Auch eine stärkere Berücksichtigung individueller Arbeitszeitwünsche und kein Einspringen aus der Freizeit sind Formen der Anerkennung, was von einer ausgestiegenen Krankenpflegerin folgendermaßen zusammengefasst wird: *„Es braucht mehr Anerkennung und dies zeigt sich nicht nur mit einem höheren Gehalt, sondern auch im Umgang mit Work-Life-Balance. Es kann nicht sein, dass heute auf morgen Schichten geändert werden/freie Tage entfallen. Wir brauchen viel mehr Erholungsphasen nach den Schichten als in anderen Berufen. Wir sind keine Maschinen.“* (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege aus Auffenberg und Heß 2021, S. 28). Damit wird auch die Anerkennung der berufsspezifischen Belastungen verdeutlicht, die sich Pflegekräfte wünschen. Eine weitere Form der Anerkennung, die aus dem Zitat hervorgeht, ist die Entlohnung. Dabei geht es allerdings nicht nur um die direkte finanzielle Entlohnung, sondern auch die symbolische Wirkung der Anerkennung der hohen Verantwortung, die die Pflegekräfte in ihren Tätigkeiten übernehmen (müssen). So vergleichen viele der von Auffenberg und Heß (2021) Befragten ihre Tätigkeiten und der damit verbundenen Verantwortung mit jenen der Polizei und Feuerwehr. Auch geht mit dieser Forderung der Wunsch einher, dass durch eine Aufwertung des Gehalts auch der Status des Berufs angehoben könnte. Außerdem würde es den in der Pflege Tätigen zeigen, dass sie und das was sie tun wertgeschätzt werden (Roth et al. 2022).

Die hohen fachlichen Anforderungen werden auch mit den Tätigkeiten in Metallverarbeitungsberufen verglichen. Ganz allgemein wird die Wahrnehmung der Fachlichkeit des Berufs als Form der Anerkennung bzw. Missachtung verstanden. Denn ein Großteil der Befragten, besonders im Krankenpflegebereich, nimmt eine Missachtung der Fachlichkeit im Vergleich zur Ärzteschaft wahr. Das äußert sich einerseits im Verhalten der Patientinnen und Patienten, aber auch im Machtverhältnis mit den Ärztinnen und Ärzten sowie begrenzten Entscheidungsbefugnissen (Auffenberg und Heß 2021). Auch die Missachtung notwendiger Kenntnisse und der Mangel an Anerkennung für die erbrachten Leistungen in der Gesellschaft werden in der Pflege als sehr belastend wahrgenommen (Auffenberg und Heß 2021; Breinbauer 2020). Aus der Studie von Roth et al. (2022) geht hervor, dass die Pflegenden das öffentliche Bild des Pflegeberufs häufig als nicht gut genug einschätzen und die Pflege nicht in ihrer Gänze wahrgenommen wird, was als eine Missachtung des Berufsbildes wahrgenommen wird. Das bringt viele dazu, sich ein besseres „Marketing“ für den Pflegeberuf zu wünschen, dazu zählt unter anderem das Aufzeigen was die Pflege alles leistet und wie die Welt ohne Pflegenden aussehen würde (Roth et al. 2022). Weiters beschreiben Roth et al. (2022) aber auch einen Berufsstolz der Pflegenden, der auf der Wichtigkeit ihres Berufs beruht. Neben der Wichtigkeit des Berufs kann der Berufsstolz auch durch die Professionalisierung des Pflegeberufs erklärt werden. Während die Akademisierung der Pflege Großteils als positiv wahrgenommen wird, taucht damit auch der Wunsch, für die gleiche Form der Anerkennung für diplomierte Pflegende, auf.

(verletzte) Ansprüche und geplanter Ausstieg

In diesem Abschnitt werden die Ansprüche der Pflegekräfte diskutiert. Der vorzeitige Berufsausstieg kann als letzte Konsequenz verletzter Ansprüche verstanden werden. Im folgenden Abschnitt werden einige der erwähnten Ansprüche aufgegriffen und mit dem Konzept Anspruch (Hürtgen und Voswinkel 2016) in Verbindung gebracht. So soll verdeutlicht werden, dass eine langandauernde Verletzung von Ansprüchen zu Berufsausstieg führen kann. Anschließend werden Forschungserkenntnisse präsentiert, die als Einflussfaktoren für einen frühzeitigen Berufsausstieg verstanden werden können.

Der „ureigenste Anspruch“ des Pflegeberufs, hilfebedürftigen Menschen zu helfen und „am Menschen“ zu arbeiten (Bobbert 2019, S. 296f; Marrs 2007) wird durch die Zunahmen an Dokumentationspflichten und Zeitdruck zunehmend häufig verletzt. Der Anspruch, anderen zu helfen und damit der Fachlichkeit des Berufs nachzukommen, wird vorrangig durch das Leistungsverständnis legitimiert, einen „wirklichen“ und sinnvollen Beitrag zu leisten. Denn

wie oben erwähnt, werden Dokumentationspflichten als belastende Extraaufgaben auf Kosten der wichtigen, ohnehin schon knappen Zeit „am Bett“ wahrgenommen. Mit dem beruflichen Selbstverständnis geht auch der Anspruch an die Anerkennung der Fachlichkeit des Berufs einher, deren Verletzung sowohl im Verhältnis zur Ärzteschaft aber auch zu Patientinnen, Patienten und Gesellschaft wahrgenommen wird, was sich unter anderem durch die nach wie vor gängige Bezeichnung „Schwester“, anstatt der wie bei Ärztinnen und Ärzten übliche Ansprache mit dem Nachnamen, äußert (Auffenberg und Heß 2021, S. 27).

Neben den Ansprüchen, ihre Arbeit gut zu machen und vor allem gut machen zu *können*, ist auch der Anspruch, die Arbeit mit dem Privatleben zu vereinen, weit verbreitet (Auffenberg und Heß 2021; Breinbauer 2020; DeCola und Riggins 2010; Sasso et al. 2019; Schönherr 2021). Dieser Anspruch wird vor allem durch das Selbstverständnis als soziales Wesen, und damit nicht als reine Leistungskraft verstanden zu werden, legitimiert. Bis zu einem gewissen Grad kann dies aber auch durch die Dimension der Behandlung als Mensch legitimiert werden und damit als Anspruch, ein menschenwürdiges Leben zu führen. Die Legitimation über die zweite Dimension ist damit sehr stark mit dem Anspruch an Gesundheitsschutz verbunden. Auch der Anspruch auf Gesundheit erscheint in der Literatur immer wieder und reicht bis zu eigenen Burnout-Studien im Pflegebereich. In der Stichprobe von Breinbauer (2020) sind etwa ein Drittel der Befragten einem hohen und nur etwa 16% einem geringen Burnout Risiko ausgesetzt. Das hohe Burnout-Risiko ist unter anderem durch die hohen Belastungen, wie das Arbeiten unter ständigem Zeitdruck und Personalmangel, zu erklären. Auch dieser Anspruch kann über die Forderung nach der Behandlung als Menschen legitimiert werden, über den auch der Erhalt der körperlichen und seelischen Gesundheit legitimiert wird.

Vorzeitiger Berufsausstieg

Ein vollständiger oder teilweiser Berufsausstieg ist häufig Konsequenz einer zu hohen Arbeitsbelastung, die zu einer Arbeitsüberlastung führt und schlussendlich die Gesundheit schädigt oder dient der Verhinderung der erwarteten Schädigung der eigenen Gesundheit (Dieterich et al. 2019). In der Krankenpflege und medizinischen Betreuung geben 61% an, dass sie es für unwahrscheinlich halten, ihren Beruf bis zur Pension durchzuhalten. Aber nur 13% gaben an, auch ihren Beruf wechseln zu wollen (Schönherr 2021, S. 11).

Die Absicht den Pflegeberuf zu verlassen, ist bei Frauen schwächer als bei Männern. (Heinen et al. 2013, S. 180; Schönherr 2021). Trotzdem ist der Anteil bei der Bewertung, ob das

Durchhalten bis zur Pension unwahrscheinlich ist, bei den Frauen (71%) deutlich größer als bei den Männern (45%) (Schönherr 2021, S. 28). Auch das Alter beeinflusst die Absicht, den Beruf zu wechseln. Hierbei zeigt sich in der Befragung, in zehn europäischen Ländern ohne Österreich, von Heinen et al. (2013), dass ältere Pflegekräfte eine höhere Chance aufweisen, die Intention zu haben, den Pflegeberuf zu verlassen. Bei Schönherr (2021) ist der Anteil von bis 25-Jährigen der Größte bei der Frage nach der Absicht den Beruf zu wechseln, mit steigendem Alter sinkt die Absicht zum Berufswechsel. Auf der anderen Seite steigt aber mit zunehmendem Alter das Gefühl, den Pflegeberuf nicht bis zur Pension durchzuhalten. Ein anderes Bild zeichnet Breinbauer (2020). Hier geben 62% der 20-29-Jährigen, 75% der 30-39-Jährigen und 65% der 40-49-Jährigen die Möglichkeit eines vorzeitigen Berufsausstiegs an. Im Alter von 50-59 geben nur 37% an, über einen vorzeitigen Berufsausstieg nachzudenken. Bei den Befragten ab 60 stieg der Wert wieder auf 46% an.

Personen mit einem maximal mittleren Abschluss gaben zu 13% an, einen Berufswechsel zu beabsichtigen. Eine Matura oder Hochschulabschluss erhöht diesen Wert auf 18% (Schönherr 2021). Heinen et al. (2013) haben den Einfluss eines Bachelortitels überprüft, konnten aber keinen signifikanten Einfluss feststellen.

Zu den vielgenannten Gründen, welche die Absicht, den Beruf vorzeitig zu verlassen, beeinflussen, sind Personalmangel (75%), zu große psychische (69%) und körperliche (68%) Belastungen, das Gefühl keiner finanziellen Verbesserung (60%) und zu viele Dienste an Feiertagen oder am Wochenende (55%) sowie zu wenig Zeit für die Patientinnen und Patienten (54%) und ein schlechtes Betriebsklima (52%). Weiter Gründe, die allerdings seltener als 50% genannt wurden, sind das ständige Einspringen für Kolleginnen und Kollegen (48%) und damit eng verbunden die schlechte Planung von Schichten und Arbeitszeiten (45%). Jede vierte Person gab als möglichen Grund zu einem vorzeitigen Ausstieg, die schlechte Ausstattung des Krankenhauses und 14% den anstrengenden Umgang mit Angehörigen, an (Breinbauer 2020).

Empirischer Zugang

Im vorliegenden Kapitel werden die empirischen Zugänge beschrieben und methodischen Entscheidungen erläutert. Dazu werden zuerst Erhebungsinstrument und Auswertungsmethode beschrieben. Im Anschluss daran werden Feldzugang und das Sampling beschrieben. Als Erhebungsinstrument wurde das problemzentrierte Interview nach Witzel (2000) gewählt, da das problemzentrierte Interview einen spezifischen Fokus ermöglicht. Zur Auswertung wird die Grounded Theory nach Strauss und Corbin (2010) herangezogen. Dazu zählt neben der Auswertung mittels Kodierverfahren auch eine spezifische Form des Samplings, das eher einen Prozess darstellt, wie auch die Gleichzeitigkeit von Erhebung und Arbeit am Material, all das wird im Kapitel der Grounded Theory noch einmal verdeutlicht. Zum Abschluss werden Feldzugang und das Sampling erläutert.

Problemzentriertes Interview

Zur Datengewinnung für diese Masterarbeit werden problemzentrierte Interviews nach Andreas Witzel (1985, 2000) geführt. Das problemzentrierte Interview ist durch eine narrative Einstiegsfrage, der ein leitfadengestütztes Nachfragen folgt, gekennzeichnet. Damit ist das problemzentrierte Interview strukturierter und fokussierter als ein narratives Interview, ermöglicht dem Interviewpartner bzw. der Interviewpartnerin dennoch eine selbstgewählte Schwerpunktsetzung.

Ein weiteres Merkmal des problemzentrierten Interviews ist das zyklische Vorgehen. Dazu wird ein vorläufiges Problemfeld formuliert, das die Wahrnehmung des Forschenden sensibilisieren soll. Dabei ist es wichtig, sich seinem Vorwissen bewusst zu sein und sowohl die theoretischen als auch die begrifflichen Bestimmungen am empirischen Material zu kontrollieren und dieses möglicherweise zu überdenken. So entsteht neues fundiertes Wissen, das im weiteren Forschungsprozess als neues Vorwissen zu bedenken ist bis der Gegenstand in seiner Gänze erfasst wurde (Witzel 1985, S. 231). Das verdeutlicht die Orientierung des problemzentrierten Interviews an der Grounded Theory (Witzel 2000).

Grundprinzipien des problemzentrierten Interviews

Das problemzentrierte Interview folgt drei Grundprinzipien: der Problemzentrierung, der Gegenstandsorientierung und der Prozessorientierung. Was unter diesen Grundprinzipien zu verstehen ist, wird im Folgenden zusammengefasst.

Unter *Problemzentrierung* wird eine gesellschaftlich relevante Problemstellung verstanden, die als Ausgangspunkt für die Forschung dient. Dies setzt häufig eine Vorab-Auseinandersetzung mit dem Gegenstandsbereich voraus. Dabei ist es wichtig, das so entstehende Vorwissen, sowohl aus theoretischen Überlegungen als auch aus empirischen Erkenntnissen, offenzulegen und zu systematisieren. Eine reflexive Auseinandersetzung mit dem Vorwissen ist wichtig, um sich seiner Vorannahmen bewusst zu werden (Witzel 1985).

Mit der *Gegenstandsorientierung* wird auf die Flexibilität der Methode, je nach Entwicklung des Untersuchungsgegenstandes, verwiesen (Witzel 2000). Dies geschieht durch die Anpassung und Gewichtung der einzelnen Methoden, die im Laufe des Forschungsprozesses verändert werden können. Damit soll gewährleistet werden, dass die Teilelemente des problemzentrierten Interviews einen zuverlässigen Zugang zu Handlungs- und Bewusstseinsanalyse bieten (Witzel 1985). Dazu zählt beispielsweise auch die Möglichkeit, die Interviewform an die Bedürfnisse bzw. Fähigkeiten zur Reflexivität der Befragten anzupassen und verstärkt auf Narrationen zu setzen oder die Befragten mit Nachfragen in Dialogverfahren zu unterstützen (Witzel 2000).

Die flexible Analyse in Form von schrittweiser Gewinnung und Prüfung von Daten wird unter dem Begriff der *Prozessorientierung* gefasst. Die Theorien werden nicht schon vorab mit der Idee, diese am empirischen Material zu verifizieren, konstruiert, sondern entstehen aus einem organisierten Prozess der Datensammlung und -auswertung. Der Forschungsprozess ist eine Abfolge von induktivem und deduktivem Vorgehen, wobei die Deduktion der weiteren Induktion dient. Die für das problemzentrierte Interview beschriebene *Prozessorientierung* ist also eng mit dem Vorgehen der Grounded Theorie verbunden. Neben dem Verweis den Forschungsprozess zyklisch zu gestalten, meint *Prozessorientierung* im Zusammenhang mit dem problemzentrierten Interview aber auch, die Interviewsituation als Prozess zu verstehen. Mit der Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zu den Befragten können Erinnerungsfähigkeit und Motivation zur Selbstreflexion verbessert werden. Damit entfalten die Befragten gemeinsam mit dem Interviewer bzw. der Interviewerin die eigene Problemsicht, die sich im Gesprächsverlauf verändern kann, in dem getätigte Aussagen korrigiert oder neue Informationen hinzugefügt werden. Dabei können auch Redundanzen oder Widersprüchlichkeiten entstehen, die relevant sein können. Widersprüchlichkeiten können Zeichen von Missverständnissen bezüglich der Frage sein, sie können aber auch als Orientierungsproblemen oder Interessenswidersprüche gelesen werden. Die Interviewsituation ist damit auch ein Selbstverständigungs- und Verstehensprozess für die Befragten, wie auch

eine Entwicklung vom Verstehensprozess bis hin zu einer Absicherung und Erweiterung der Interpretation für den Interviewer bzw. die Interviewerin (Witzel 1985, 2000).

Instrumente des problemzentrierten Interviews

Witzel (2000) hebt vier Instrumente hervor, welche die Durchführung eines problemzentrierten Interviews unterstützen bzw. ermöglichen: ein Kurzfragebogen, ein Aufnahmegerät, der Leitfaden und Postskripte. Mit dem *Kurzfragebogen* werden Sozialdaten erhoben, das *Aufnahmegerät* ermöglicht eine genaue Erfassung des Kommunikationsprozesses und dienen der im Anschluss folgenden vollständigen Transkription des Interviews. So kann die gesamte Aufmerksamkeit auf das Gespräch und Beobachtungen nonverbaler Äußerungen gewidmet werden. Postskripte werden unmittelbar nach dem Gespräch aufgezeichnet und können Anmerkungen zu situativen und nonverbalen Aspekten, gewählten Schwerpunktsetzungen sowie erste Interpretationsideen enthalten. *Postskripte* sind auch ein Bestandteil der Memos, die im Kapitel der Grounded Theory näher erläutert werden.

Der *Leitfaden* ist, anders als in quantitativen Fragebögen, nicht als starre Vorgabe für ein strukturiertes Interview zu betrachten, sondern dient der Organisation des Hintergrundwissens der Interviewerin bzw. des Interviewers. Damit ist der Leitfaden als eine Gedächtnisstütze zu verstehen, die den Problembereich abdeckt. Dafür werden Stichworte oder ausformulierte Fragen zu den interessierenden Themenbereichen zusammengefasst. Wichtig ist es dabei zu betonen, dass nicht an der vorformulierten Reihenfolge des Fragebogens festgehalten werden darf, sondern der Gesprächsablauf von der Relevanzsetzung bzw. dem roten Faden der Befragten bestimmt wird. Der Leitfaden dient damit nur dem Nachfragen, wenn interessierende Themen von den Befragten nicht oder nicht ausreichend behandelt wurden (Witzel 1985).

Aufbau/Ablauf des problemzentrierten Interviews

Das problemzentrierte Interview kann grob in zwei Teile unterschieden werden. Zu Beginn wird den Interviewten eine offene Einstiegsfrage gestellt, der im Anschluss ein genaueres Nachfragen folgt.

Die *vorformulierte Einstiegsfrage* orientiert sich an der erzählgenerierenden Einstiegsfrage eines narrativen Interviews und soll möglichst offen formuliert sein, um den Befragten die Schwerpunktsetzungen zu überlassen und eine narrative Gesprächskultur aufzubauen. Um von den möglichen Erwartungen eines Frage-Antwort-Spiels seitens der Interviewten vorzubeugen, können am Ende der Frage Phrasen wie „erzählen Sie doch mal“ verwendet werden, um die Befragten zur Eigenständigkeit aufzufordern (Witzel 2000). Zusätzlich ist es sinnvoll, den

narrativen Charakter des Interviews und das Prinzip des Erzählens vor dem Interview anzusprechen (Witzel 1985).

Nach dem Abschluss der Haupterzählung dienen *allgemeine Sondierungen* einer weiteren Offenlegung der subjektiven Problemsicht. Dabei werden thematische Aspekte aus dem Erzählstrang aufgegriffen, um mit spezifischem Nachfragen einen höheren Detaillierungsgrad zu erreichen. Die Bitte auf konkrete Erfahrungsbeispiele oder biografische Episoden einzugehen, regt die Erinnerungsfähigkeiten der Befragten an, verdeutlicht abstrakte, fehlende oder unklare Begriffe und gibt konkrete Bezüge zu Kontextbedingungen (Witzel 2000). Andere Fragemuster umfassen beispielsweise „Was passierte da im Einzelnen?“ oder „Woran denkst du insbesondere?“ (Witzel 1985, S. 247)

Werden bestimmte Themenbereich in der Erzählung nicht erwähnt, können diese im Nachhinein von *Ad-hoc-Fragen* abgedeckt werden. Diese stehen im Leitfaden als Stichworte oder in Form standardisierter Fragen. Um den Gesprächsfluss der Befragten nicht zu stören und in ein Frage-Antwort-Spiel zu verfallen, werden die *Ad-hoc-Fragen* am Ende des Gesprächs gestellt (Witzel 2000).

Im Anschluss daran kann zu den *verständnisgenerierenden Kommunikationsstrategien* übergegangen werden. Damit ist eine spezifische Sondierung gemeint, die auf Deduktion bisherigen Wissens beruht. Dieses Wissen kann entweder aus dem aktuellen Interview oder aus früheren Interviews hervorgehen. Dafür werden bei Witzel drei verschiedene Strategien vorgestellt: die *Zurückspiegelung*, *Verständnisfragen* und *Konfrontationen*. Eine *Zurückspiegelung* von Äußerungen kann zur Selbstreflexion animieren und gibt den Befragten die Möglichkeit ihre eigenen Sichtweisen zu behaupten. *Verständnisfragen* kommen besonders bei ausweichenden oder widersprüchlichen Antworten zum Einsatz und sollen die Alltagsselbstverständlichkeiten der Interviewten aufbrechen. Für eine *Konfrontation* muss zwischen den Interviewten und der Interviewerin bzw. dem Interview ein gutes Vertrauensverhältnis hergestellt worden sein, dann können durch *Konfrontationen* weitere Detaillierungen von Sichtweisen der Befragten gefördert werden, ohne, dass sich die Befragten zur Rechtfertigung gezwungen fühlen (Witzel 2000).

Grounded Theory

Im vorliegenden Kapitel werden die Grundzüge und -annahmen der Grounded Theory nachgezeichnet. Im Laufe der Zeit haben sich innerhalb der Grounded Theory diverse Strömungen entwickelt (Tie et al. 2019). Für die vorliegende Masterarbeit wird im Verständnis

der Grounded Theory, besonders im Kodierprozess, von Corbin und Strauss (2015) gearbeitet. Im Folgenden Abschnitt werden die Schritte des Kodierverfahrens sowie Memos und Diagramme im Kontext der Grounded Theory beschrieben und wie diese zu verwenden sind.

Kodierverfahren

Der Analyseprozess der Grounded Theory besteht aus dem Aufbrechen des Materials, um so auf einer abstrakteren Ebene, Zusammenhänge zu erschließen, die direkt aus dem Material emergieren. Beim Aufbrechen des Materials werden Konzepte bestimmt – *kodiert* – und später zu Kategorien zusammengefasst. Während die Konzepte noch spezifisch sein können, müssen die Kategorien, zu denen sie zusammengefasst werden, abstrakter sein.

Der Kodiervorgang kann in drei Schritte unterteilt werden: *offenes Kodieren*, *axiales Kodieren* und *selektives Kodieren*. Als erstes wird der Text mittels *offenen Kodierens* aufgebrochen, anschließend werden die gebildeten Kategorien im Rahmen des *axialen Kodierens* in Verbindung gebracht. Dabei bewegen sich die Forschenden ständig zwischen dem *offenen* und *axialen Kodieren* hin und her. Im weiteren Verlauf kristallisiert sich eine Hauptkategorie heraus, die im Mittelpunkt steht, welche die anderen Kategorien um sich gruppiert. Diese drei Schritte werden im Folgenden erläutert.

Offenes Kodieren

Unter dem offenen Kodieren wird der Prozess des Aufbrechens der Daten verstanden. Das ist wichtig, um das Material auf einer abstrakteren und konzeptuellen Ebene zu interpretieren. Der Prozess des offenen Kodierens dient damit, die Daten von ihrer Spezifität auf eine abstraktere Ebene zu heben.

Dafür bieten Straus und Corbin (2010; 2015) diverse Techniken an wie die Flip-Flop-Technik, bei der die Konzepte umgedreht werden, um eine neue Perspektive zu erlangen oder das genauere Betrachten von Sprache, ausgedrückten Emotionen, erlebten Erfahrungen etc. (Corbin und Strauss 2015). Die „Haupttechniken“ sind aber das *Stellen von Fragen* und das *ständige Vergleichen*. Beim *Stellen von Fragen* können neben den Fragen „wer?“, „was?“, „wann?“, „wieso?“, „wie?“, „mit welchen Konsequenzen?“... auch Fragen in vier verschiedene Richtungen gestellt werden: sensibilisierende Fragen, theoretische Fragen, praktische Fragen und leitende Fragen. Sensibilisierende Fragen an das Material fragen danach, worauf das Material hinweist. Dazu zählen unter anderem: „Was passiert hier?“ also „welche Probleme und Anliegen gibt es?“, „welche Akteure bzw. Akteurinnen sind beteiligt?“, „wie definieren sie die Situation?“, „definieren sie die Situation gleich?“ „wann, wie und mit welchen

Konsequenzen handeln die betroffenen?“ (Corbin und Strauss 2015, S. 93). Theoretische Fragen zielen auf eine abstraktere Ebene ab und Fragen nach den Prozessen, Variationen und Beziehungen zwischen Konzepten. Theoretische Fragen gehen in Richtung: „was wäre, wenn?“ „wie verändern sich die Handlungen oder Ereignisse im Laufe der Zeit?“ oder „was sind die strukturellen Einflüsse, die die Situation oder die eigene Wahrnehmung der Situation beeinflussen?“ (Corbin und Strauss 2015, S. 94). Die Antworten auf praktische Fragen dienen den weiteren Entscheidungen zum theoretischen Sampling wie auch der Entwicklung von Struktur der entstehenden Theorie und beinhalten unter anderem Fragen wie: „Welche Konzepte sind gut ausgearbeitet und welche noch nicht?“ „Wo, wann und wie erhebe ich weitere Daten, um meine Theorie weiterzuentwickeln?“ „Welche Genehmigungen brauche ich? Und wie lange dauert es, diese zu bekommen?“ „Macht meine entwickelte Theorie Sinn? Wo hat meine Theorie logische Lücken?“, „Habe ich theoretische Sättigung erreicht?“ (Corbin und Strauss 2015, S. 94). Die leitenden Fragen unterstützen Interviews, Beobachtungen und deren Analyse.

All diese Fragen werden durchgehend gestellt und verändern sich im Laufe des Forschungsprozesses. Meistens sind die Fragen zu Beginn sehr offen und werden mit zunehmendem Fokus des Forschungsprozesses spezifischer (Corbin und Strauss 2015).

Das zweite wichtige Vorgehen ist das *Vergleichen*. Es gibt zwei verschiedene Formen des Vergleichens als Teil der Datenanalyse: das ständige Vergleichen und das theoretische Vergleichen. Beim ständigen Vergleichen werden Datenausschnitte untersucht und mit anderen Datenausschnitten, sowohl innerhalb eines als auch mit anderen Dokumenten, verglichen. So werden Daten nach konzeptueller Gleichheit und Verschiedenheit sortiert. Daten, die konzeptuell ähnlich sind, werden unter einem Konzept zusammengefasst. Durch das Vergleichen innerhalb eines Konzepts können Eigenschaften und Dimensionen des Konzeptes aufgedeckt werden. Jeder Fall, der einem Kode zugeschrieben wird, kann andere Aspekte zur Beschreibung des gleichen Phänomens liefern (Corbin und Strauss 2015).

Das ständige Vergleichen ist damit Hauptgegenstand des Kodierens. Die Ähnlichkeiten, Einzigartigkeiten und Unterschiede spielen in der Theoriebildung eine wichtige Rolle, da sie den Forschenden ermöglichen, zwischen den verschiedenen Konzepten zu unterscheiden, diese aber am Ende unter einer Kernkategorie zu fassen. Demgegenüber steht das theoretische Vergleichen, das eher als Hilfestellung für die Forschenden gedacht ist. Dafür wird ein, aus den Daten emergiertes, Konzept aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Um eine andere

Perspektive einzunehmen, können Situationen aus dem eigenen Leben oder aus der Literatur herangezogen werden, die einen ganz anderen Kontext aufweisen, die aber unter dem gleichen Konzept gefasst werden können. Die dabei erreichten Erkenntnisse werden nicht in die Ergebnisse aufgenommen, da sie nicht in den Daten vorkommen. Die Forschenden werden damit gezwungen auf einer abstrakteren Ebene zu denken (Corbin und Strauss 2015).

Das theoretische Vergleichen hilft damit, den Forschenden ihre Sensibilität für die Konzepte zu erhöhen und deren Lücken zu verdeutlichen. Mit den neuen Erkenntnissen können die Forschenden noch einmal vorhandenes Material, mit einem Fokus auf einzelne Dimensionen oder Eigenschaften, durchgehen oder für weitere Datenerhebung, im Sinne des theoretischen Samplings, nutzen (Corbin und Strauss 2015).

Die so erreichten Konzepte können als Bausteine der Grounded Theory bezeichnet werden. Durch das Gruppieren der Konzepte ähnlicher Phänomene entstehen die Kategorien, auf einem höheren Abstraktionsniveau. Kategorien bestehen damit aus ähnlichen Phänomenen, die durch weitere Konzepte näher beschrieben werden. Zur Beschreibung werden die Kategorien entlang ihrer Eigenschaften und Dimensionen weiterentwickelt. Eigenschaften sind die Charakteristika, welche die einzelnen Konzepte beschreiben und unterscheidbar machen. Die Dimensionen sind die Ausprägungen der Eigenschaften und verleihen den Konzepten Spezifität und Reichweite. Dieser Prozess wird auch während des axialen Kodierens weitergeführt. Deshalb wird die Grounded Theory nicht als linearer Forschungsprozess verstanden, bei dem zuerst offen, dann axial und zum Abschluss selektiv kodiert wird. Viel mehr können die Schritte als Voraussetzung für die darauf folgenden verstanden werden, die einzelnen Schritte greifen im Laufe des Forschungsprozesses aber zunehmend ineinander.

Axiales Kodieren

Im weiteren Interpretationsprozess werden die aufgebrochenen Daten beim axialen Kodieren auf einem höheren Abstraktionsniveau wieder zusammengeführt. Wie oben angemerkt, löst das axiale Kodieren das offene Kodieren nicht ab, das offene Kodieren wird lediglich um das axiale Kodieren ergänzt. Das axiale Kodieren ist durch das Hinzufügen von Kontext geprägt. Dafür werden die Kategorien mit Hilfe des Paradigmas in Beziehung zueinander gesetzt, wodurch sich die reine Beschreibung in Richtung einer erklärenden Theorie entwickelt. Kontext ist ein breiter Begriff und umfasst Ereignisse, Umstände bzw. Bedingungen, die eine Situation definieren. Auch die Interpretation der Situation (Ziel, Problem etc.) sowie die Aktionen und Interaktionen, welche die Person wählt, um die gewünschten Ausgänge zu

erreichen sowie auch die tatsächlichen Konsequenzen der gesetzten Handlungen bzw. Interaktionen (Corbin und Strauss 2015). Oder wie Corbin und Strauss (2015) es zusammenfassen: “From an analytic standpoint, context often is expressed in the explanations or reasons that persons give for what they say, think, feel, and do (action-interaction) in response to the problematic situations or events that occur in their lives.” (Corbin und Strauss 2015, S. 155).

Das Paradigma ist ein analytisches Werkzeug, das verwendet wird, um die Kategorien in ihrem Kontext weiter auszuarbeiten. Dabei wird zwischen Bedingungen, Handlung-Interaktion und Konsequenzen bzw. Ausgang unterschieden. Im Folgenden wird erläutert, was unter den Bedingungen, der Aktion-Interaktion und den Konsequenzen bzw. dem Ergebnis zu verstehen ist:

Bedingungen beschreiben, was wieso und wie zustande kommt. Die Bedingungen sind also das, was Personen als Grund für das Entstehen von Situationen wahrnehmen und damit die auch die Erklärung für die gewählten Handlungen. Im Material können diese Erklärungen sowohl implizit als auch explizit gegeben werden.

Die *Aktion-Interaktion* bzw. die Handlungsstrategien sind die Antwort auf die Ereignisse oder (problematische) Situationen, die im Leben der Betroffenen auftreten. Der Zusammenhang zwischen der auftretenden Situation und der gewählten Aktion-Interaktion ist nicht immer durch eine einfache Ursache-Wirkung-Beziehung zu erklären. Durch die Bewertung der Situation, wird sie als Herausforderung, Problem oder Ziel definiert, worauf in Form einer Aktion-Interaktion reagiert wird. Diese werden durch Beantwortung von Aktion-Interaktion-Fragen aufgedeckt. Diese können unter anderem folgendermaßen formuliert werden: „Welche Bedeutung wurde den Bedingungen bzw. der Situation zugewiesen?“, „welche speziellen Aktionen-Interaktionen wurden gewählt, um mit dem Problem umzugehen/das Ziel zu erreichen...?“.

Konsequenzen fassen sowohl die erwarteten als auch die tatsächlichen Ergebnisse einer Aktion-Interaktion. Die Konsequenzen können wie erwartet ausfallen, können aber auch unerwartete Ergebnisse verursachen, was eine Anpassung der Aktion-Interaktion erforderlich macht, um mit der neuen bzw. sich entwickelten Situation umzugehen. Eine Anpassung der Aktion-Interaktion kann auch auf Grund hervorgerufener Emotionen erforderlich werden. Bevor Personen eine Aktion-Interaktion starten, werden die möglichen Folgen abgeschätzt und nach einer Bewertung werden die Aktion-Interaktionen gewählt. Konsequenzen können die eigene

Person oder andere Personen treffen und können sowohl psychisch, physisch oder sozial sein (Corbin und Strauss 2015).

Dabei kann auch der *Prozess* beobachtet werden. Der Prozess beschreibt, wie Personen ihre Aktion-Interaktion bzw. Handlungsstrategien adaptieren, um mit der sich verändernden Situation umgehen zu können. Ziel ist dabei, die gewünschten Ergebnisse zu erreichen. Der Prozess fasst also die Veränderung bzw. Anpassung der Verhaltensweisen an den sich ändernden Kontext (Corbin und Strauss 2015).

Selektives Kodieren/Integration

Im letzten Schritt werden all die gebildeten Kategorien über eine Kernkategorie verbunden, auf der die entstehende Theorie basiert. Im Prozess der Integration bzw. dem selektiven Kodieren wird eine Kernkategorie gewählt, welche die Ergebnisse des Forschungsprozesses beinhaltet. Die Kernkategorie ist eine abstrakte Kategorie, welche alle anderen Kategorien um sich und miteinander verbindet, welche die meiste Erklärungskraft aufweist und bei allen Teilnehmenden vorkommt. Zusammengefasst muss eine Kernkategorie laut Corbin und Strauss (2015) die folgenden Kriterien aufweisen können, um als Kernkategorie herangezogen zu werden:

“1. It must be sufficiently abstract so that it can be used as the overarching explanatory concept tying all the other categories together.

2. It must appear frequently in the data. This means that within all, or almost all, cases there are indicators that point to that concept.

3. It must be logical and consistent with the data. There should be no forcing.

4. It should be sufficiently abstract so that it can be used to do further research leading to the development of general theory.

5. It should grow in depth and explanatory power as each of the other categories is related to it through statements of relationships.” (Corbin und Strauss 2015, S. 189).

Der Vorgang des selektiven Kodierens unterscheidet sich wenig von dem des axialen Kodierens, spielt sich jedoch auf einem noch abstrakteren Niveau ab. Die Komplexität des Integrationsprozesses liegt besonders in der Bestimmung der Kernkategorie. Dafür bieten Strauss und Corbin (2010; 2015) beispielsweise das Erzählen einer Geschichte an. Dabei handelt es sich um „eine beschreibende Erzählung oder Darstellung über das zentrale Phänomen der Untersuchung“ (Strauss und Corbin 2010, S. 94). Die Geschichte muss nicht in

Form von Konzepten verfasst werden, sondern soll beschreibend erzählt werden. Das Verfassen der Geschichte kann mehrere Versuche erfordern, die in Form eines beschreibenden zusammenfassenden Memos festgehalten wird. Wenn sich die Hauptidee des Materials herausbilden und als Kernkategorie festgestellt werden, kann das konzeptuelle zusammenfassende Memo verfasst werden. Dabei werden die Ideen in den Kategorien beschrieben, die aus den Daten hervorgehen und beinhalten Aussagen zur Beziehung der Kategorien zur Kernkategorie wie den Beziehungen der Kategorien untereinander. Das Memo beinhaltet also eine abstrakte Geschichte, die ausreichend Informationen enthält um als Grundlage zur Verfassung des Textes zu dienen und gleichzeitig schlank und nicht zu viele spezifische Details enthält. (Corbin und Strauss 2015).

Das so formulierte Abbild der Wirklich, das konzeptuell, nachvollziehbar und gegenstandsverankert ist, kann mit Hilfe des folgenden Prozesses erreicht werden: zu Beginn wird der rote Faden der Geschichte (also die Konzeptualisierung der Geschichte) offengelegt. In einem weiteren Schritt werden ergänzenden Kategorien mit Hilfe des Paradigmas um die Kernkategorie sortiert. Der dritte Schritt ist die dimensionale Verknüpfung der Kategorien, die gebildeten Beziehung werden im vierten Schritt validiert. Der letzte Schritt beinhaltet das Auffüllen jener Kategorien, die noch weitere Spezifizierungen bedürfen. Auch hier muss wieder die Gleichzeitigkeit und ein Hin-und-her-Bewegen zwischen den einzelnen Schritten betont werden (Strauss und Corbin 2010).

Memos und Diagramme

Memos und Diagramme sind eine große Erleichterung bei der Arbeit mit der Grounded Theory und erleichtern sowohl die Interpretationsschritte als auch das spätere Verfassen der Ergebnisse. Was bei Memos und Diagrammen zu berücksichtigen ist, wird im folgenden Abschnitt kurz erläutert.

Memos sind nicht nur ein Speicher der Interpretationsschritte, sondern sind vielmehr auch als Bestandteil des Analyseprozesses zu verstehen. Einerseits ermöglichen sie einen Dialog mit den Daten, andererseits zwingen Memos die Forschenden dazu, verstärkt in Konzepten zu denken, um sich nicht in spezifischen Beispielen zu verlaufen. Memos dienen damit dem Festhalten der analytischen Gedanken und unterstützen diese zu ordnen. Da die Gedanken beim Niederschreiben organisiert sein müssen, werden beim Verfassen von Memos Lücken in der Logik deutlich. Außerdem geht aus den Memos hervor, ob die Kategorien im Hinblick auf ihre Dimensionen und Eigenschaften ausreichend ausgearbeitet oder unvollständig sind. Damit

bieten die in den Memos festgehaltenen Überlegungen die Grundlage für weitere Datenerhebung. Weiters ermöglichen Memos, den Überblick über den Analysefortschritt sowie die akkumulierten Konzepte und Kategorien zu behalten. Abschließend gilt es festzuhalten, dass Memos von Forscherin zu Forscher unterschiedlich sind und je nach Stand des Interpretationsprozesses unterschiedlich lang und ausführlich sind. Mit fortschreitenden Erkenntnissen und Ideen gewinnen Memos tendenziell an Länge und Präzision (Corbin und Strauss 2015).

Ähnlich wie Memos unterstützen auch Diagramme die Forschenden dabei konzeptionell zu Denken und Unklarheiten bei Kategorien aufzuzeigen. In Diagrammen werden Beziehungen zwischen Kategorien festgehalten und kann auf weitere Beziehungen verweisen.

Die konzeptuellen Visualisierungen in Form von Diagrammen unterstützen die Forschenden außerdem dabei, von einer reinen Beschreibung der Daten wegzukommen, da die Daten in Diagrammen auf ihre Essenz reduziert werden (müssen).

Eine weitere Gemeinsamkeit mit Memos ist, dass auch Diagramme zu Beginn sehr simpel sein können und im Verlauf des Forschungsprozesses an Komplexität und Erklärungskraft gewinnen und die Integration der verschiedenen Kategorien unterstützen (Corbin und Strauss 2015).

Sampling und Feldzugang

Die Auswahl des Samplings spielt eine essenzielle Rolle. Mit den ersten Fällen wird eine Entscheidung getroffen, welche die Richtung der weiteren Ergebnisse vorgibt und in welche Richtung diese später verallgemeinert werden können. Die Fragen des Samplings sind in der qualitativen Sozialforschung ebenso relevant wie in der quantitativen. Die Fälle stehen hierbei allerdings nicht für sich selbst, sondern stehen als Repräsentation, für Strukturprobleme, Milieus, Generation etc. (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014).

Bei qualitativer Sozialforschung gibt es verschiedene Sampling-Vorgehensweisen. Das Sampling kann vorab nach spezifischen Kriterien und Eigenschaften bestimmt werden. In einem schwer zugänglichen Feld bieten sich Schneeballverfahren an, bei dem die Interviewpartner bzw. Interviewpartnerinnen weitere Kontakte vermitteln. Das Schneeballverfahren kann allerdings dazu führen, dass man in einem sozialen Netz „gefangen“ bleibt. Eine weitere Form des Samplings ist das, in der Grounded Theory genutzte, theoretische Sampling. Dabei wechseln sich Datenerhebung und -auswertung ab, und es wird nach Personen

gesucht, die zur weiteren Ausarbeitung von Konzepten beitragen können. (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014).

Theoretisches Sampling

Das Theoretische Sampling ist eine besondere Form der Datenerhebung und ein wichtiger Bestandteil der Grounded Theory.

Anders als in der quantitativen Sozialforschung wird beim theoretischen Sampling nicht auf Repräsentativität von Personen einer Population gesetzt, sondern auf die Repräsentativität der Konzepte geachtet, um diese weiter auszuführen und zu entwickeln.

Dabei hängt die weitere Datenerhebung von der Analyse des bestehenden Datenmaterials ab. Die Datenerhebung und -auswertung wechseln sich ab, wobei die Auswahl neuen Datenmaterials von den in der Analyse entwickelten Konzepten abhängt. Die Auswahl der ersten Datenerhebung kann Konzepten aus der Literatur oder eigenen Erfahrungen folgen.

Vorabüberlegungen

Vor der ersten Erhebung sollten die folgenden drei Punkte berücksichtigt werden, da die erste Datenerhebung Auswirkungen auf den weiteren Forschungsverlauf hat, sie gibt die Richtung der Forschung an: 1) Entscheidungen zur interessierenden Gruppe bzw. Feld die von der Forschungsfrage abhängen; 2) Entscheidungen, mit welchem Datenmaterial vorrangig gearbeitet werden soll, um das Feld möglichst gut abzudecken; 3) Entscheidungen zur Dauer, diese kann im Laufe des Forschungsprozesses allerdings noch angepasst werden. In diesem Fall wird ein gewisses Maß an Flexibilität vorausgesetzt, da weder Personen noch Felder, sondern Konzepte im Zentrum der Analyse stehen werden so lange neue Daten gesammelt, bis die Konzepte vollständig gesättigt sind und neue Daten keine weiteren Dimensionen oder Ausprägungen der Kategorien bieten. Wenn alle wichtigen Kategorien ausreichend integriert sind, wird dies theoretische Sättigung genannt und der Forschungsprozess ist abgeschlossen. Um die gewünschte Dichte zu erreichen, müssen die Forschenden beim theoretischen Sampling nach Fällen suchen, die den Konzepten entweder maximale Ähnlichkeit oder maximale Unterschiede und damit Tiefe verleihen (Corbin und Strauss 2015).

Anzahl der Interviews

Daraus ergibt sich auch die Frage nach der optimalen Fallzahl der Interviews, die von Corbin und Strauss (2015) mit „*Only when a researcher has explored each category or theme in some depth, identifying its various properties and dimensions under different conditions, can the researcher say that the research has reached the level of saturation.*“ (Corbin und Strauss

2015, S. 139) beantwortet wird. Es werden also so viele Fälle benötigt, bis keine neuen Konzepte bzw. Kategorien mehr aus den Daten entstehen und die Erklärung des Phänomens vollständig ist und keine Lücken aufweist. Früher oder später muss von den Forschenden aber die Entscheidung getroffen werden, dass die Konzepte für das Forschungsprojekt ausreichend ausgearbeitet sind. Alles, was in dem Forschungsprojekt nicht abgedeckt werden konnte, kann in den Limitationen besprochen werden.

Zu den Vorteilen des theoretischen Samplings zählt die strenge Orientierung am Material. Den Konzepten, die direkt aus dem Material hervorgehen und im weiteren Verlauf auch am Material überprüft werden, kann die Relevanz für die interessierende Population zugeschrieben werden. Da beim theoretischen Sampling kumulativ vorgegangen wird, baut jeder Fall auf die bereits erstellten Konzepte auf. Die neuen Daten können die bestehenden Konzepte verändern oder ihnen Dichte und Variation verleihen oder zu neuen Konzepten führen. Dies zeigt auch die Flexibilität, die das theoretische Sampling ermöglicht. Gleichzeitig fordert das theoretische Sampling die Suche nach Konzepten bzw. Erweiterungen von Konzepten anstatt einer Suche nach bestimmten Personen. Einzig die Rahmenbedingungen und eine definierte Population sind vorgegeben, der Rest – also Anzahl, Merkmale etc. – müssen flexibel gehalten werden (Corbin und Strauss 2015).

Praktische Vorgehensweise

Zu Beginn wurden weibliche diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte befragt. Als weitere Einschränkung soll die Berufserfahrung etwa fünf bis 15 Jahre betragen. Denn damit geht die Tendenz in Richtung jüngere Pflegekräfte, die im Beruf gehalten werden sollen, wodurch deren Ansprüche mehr Relevanz zukommt. Andererseits sind diese lange genug in ihrem Beruf tätig, um viel erlebt und eine ausreichende berufliche Sozialisation durchgemacht zu haben. Als weiteren Grund für die Entscheidung, die Berufserfahrung auch nach unten einzuschränken, gelten die Erfahrung, die sowohl während als auch vor der Covid-19 Pandemie in der Pflege gesammelt wurden. Ich gehe davon aus, dass es pandemiebedingt zu einer verstärkten Arbeitsbelastung gekommen ist. Dabei kann sowohl auf die erhöhte Bettenauslastung verwiesen werden als auch auf krankheitsbedingte Ausfälle bei dem Pflegepersonal selbst.

Auf die ersten zwei Interviews folgte eine erste Transkriptions- und Analysephase. Im Anschluss daran wurde der Leitfaden leicht adaptiert. Aus forschungspragmatischen Gründen folgte eine Erhebungsperiode, in der sechs Interviews geführt wurden. Nach einiger Zeit und

weiteren Analysen wurden die letzten beiden Interviews geführt. Um Interviewpartnerinnen und -partner zu erreichen wurde Kontakt mit der Pflegedirektion aufgenommen.

Die ersten beiden Interviews wurden mit diplomierten Pflegerinnen der gleichen Station geführt. Dabei wurde einerseits die Relevanz und der Zusammenhalt des eigenen Teams betont, andererseits wurden Schwierigkeiten mit Leitungspersonen beklagt. Für die weitere Erhebung ergab sich daher, dass es unabdingbar ist, auch Pflegende anderer Stationen zu interviewen. Wie bereits erwähnt musste der Großteil der Interviews aus Zeitgründen nach der ersten Analyse geführt werden. Daher wurde darauf geachtet die Interviewpartner*innen so zu wählen, dass dadurch eine möglichst große Vielfalt im Sample repräsentiert wird, um in der nächsten Analyseschleife eine Vielzahl an Konzepte weiterentwickeln und ausarbeiten zu können. In der „Haupterhebungsphase“ wurden Interviews mit vier Pflegerinnen (drei davon, die auf verschiedenen Bettenstationen tätig sind und eine auf einer Ambulanz) geführt sowie mit einer Stationsleitung und einer Stationsleitung-Stellvertretung. Während der Erhebungsphase wurden die Interviews transkribiert und „voranalysiert“, um mögliche Konzepte oder relevante Themenbereiche in den weiteren Interviews berücksichtigen zu können. So konnten beispielsweise Themen wie Unterschiede von Ausbildung und Praxis oder auch Kritik an der neuen Ausbildung in der weiteren Erhebung beachtet werden. Für die letzten zwei Interviews wurden ein Mitglied des Betriebsrats interviewt sowie ein Interview nachgeholt, das krankheitsbedingt verschoben wurde. Aus dem Material ging auch ein Mangel an Interessensvertretung hervor bzw. der Bereitschaft von Pflegenden sich für eigene Interessen einzusetzen und dafür auf die Straße zu gehen, weshalb ein Interview mit einem Betriebsratsmitglied vereinbart wurde. Zusätzlich konnten auf diese Weise ein breiterer Überblick zu den Anliegen der Pflegenden gewonnen werden.

Sample Beschreibung

Die Auswertungen beruhen auf einem Sample, das insgesamt zehn Personen umfasst, die alle im selben Krankenhaus arbeiten. Zwei der zehn Interviewpartner*innen arbeiten gemeinsam auf einer Station, der Rest arbeitet auf unterschiedlichen Stationen. Der Großteil der Befragten arbeitet auf einer Bettenstation, eine der Befragten auf einer Ambulanz, also einer Tagesklinik. Auch in Bezug auf die Tätigkeiten wurde auf Variation geachtet. Dafür wurden sieben Interviews mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegenden geführt, eines mit einer Stationsleitung und eines mit einer stellvertretenden Stationsleitung sowie ein Interview mit einem Betriebsratsmitglied. Alle drei haben ebenfalls die Diplomausbildung an der Pflegeschule gemacht. Zwei der zehn Interviewten haben vor der Diplomausbildung an der

Pflegeschule einen anderen Beruf ausgeübt, eine arbeitete davor in der Langzeitpflege und eine hat als Pflegehelferin angefangen und im Laufe der Zeit sowohl das Diplom als auch Matura nachgeholt. Die Berufserfahrung der Befragten reicht von 4 bis 15 Jahren, das Alter von 25 bis 46 Jahren. Es wurden zwei Männer und acht Frauen befragt.

	Alter	Jahre im Beruf	Geschlecht
Interview 1	27	6	weiblich
Interview 2	36	15	weiblich
Interview 3	37	7	weiblich
Interview 4	25	4	weiblich
Interview 5	37	13	männlich
Interview 6	43	13	weiblich
Interview 7	46	10	weiblich
Interview 8	27	6	weiblich
Interview 9	31	6	männlich
Interview 10	36	15	weiblich

Empirische Ergebnisse

Das untersuchte Phänomen der vorliegenden Masterarbeit sind dynamische Anspruchskonstellationen. Diese beschreiben welche Ansprüche die Pflegenden stellen und, dass die Ansprüche nicht als statisch und gleichbedeutsam verstanden werden können. Je nachdem wie die Erfolgsaussichten der Erfüllung der Ansprüche eingeschätzt werden, werden ihnen unterschiedliche Relevanzen zugeschrieben. Trotzdem können sie nicht unendlich verletzt werden. Die gestellten Ansprüche beziehen sich sowohl auf *Anerkennung*, einen *Respektvollen Umgang* und *als eigene Berufsgruppe wahrgenommen zu werden* als auch die Möglichkeit, die *eigene Arbeit gut zu machen*, sie *mit dem Privatleben zu vereinbaren* und dem *Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit*, der eng mit dem *Anspruch auf Erholung* verbunden ist. Die Anspruchskonstellationen variieren je nach gebildeten Kontextkategorien. Diese fassen das *Arbeits- und Stationsbedingungen*, die *Rahmenbedingungen der stationären Pflege* dem *Arbeitsalltag und Tätigkeitsfeld* sowie den *Werten und Eigenschaften der Pflegenden*. Außerdem wirken auch sowohl das *Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten* als auch die *Beziehung zu und der Umgang mit den Patientinnen und Patienten*. Sowohl der Kontext als auch die Anspruchskonstellationen werden von einer *wahrgenommenen beruflichen Alternativlosigkeit*, (*verletzten*) *Erwartungen und Vorstellungen* sowie einem *politischen Fehlverhalten* bedingt. Um mit verletzten Ansprüchen umzugehen können unterschiedliche Strategien ausgebildet werden, die dem *Umgang mit Herausforderungen* unterstützen. Dabei kann besonders eine *Adaption der Arbeitsweise* hervorgehoben werden. Weiters ist mit der fehlenden Interessensvertretung auf eine fehlende Strategie zu verweisen. Als Konsequenzen der Zusammensetzung der Anspruchskonstellationen kann die *Einschätzung, zukünftig im Beruf zu bleiben* sowie die *Kritik an der Akademisierung des Pflegeberufs* verstanden werden. Die Beziehung zwischen den Anspruchskonstellationen und den Konsequenzen wird auch von Bindungskonstellationen beeinflusst, die sich aus *Stolz* und *Berufsbegeisterung* zusammensetzen.

Im Folgenden werden die gebildeten Kategorien präsentiert und mit den zugrundeliegenden Überlegungen und Zusammenhängen sowie Interviewpassagen näher erläutert. Die Zusammenhänge der einzelnen Kategorien werden abschließend anhand einer Grafik und einem Fallbeispiel noch einmal verdeutlicht.

Dynamik der Anspruchskonstellationen

Das Hauptergebnis der Masterarbeit lässt sich mit der Hauptkategorie *Dynamik der Anspruchskonstellationen* erklären. Die Kategorie setzt sich aus Anspruchskonstellationen zusammen und beschreibt inwiefern diese, je nach variierendem Kontext, an den Beruf binden können. Unter Anspruchskonstellationen ist das dynamische Verhältnis der einzelnen Ansprüche zu verstehen, die aufeinander wirken und nicht als unabhängig oder nebeneinander existierend verstanden werden dürfen. Die Dynamik der Ansprüche ist von der Möglichkeit der Erfüllung einzelner Ansprüche abhängig. Das Material lässt darauf schließen, dass sich die Relevanzsetzung der einzelnen Ansprüche je Chance auf Erfüllung verändert. Es lässt sich jedoch nicht nur eine Dynamik zwischen den unterschiedlichen Ansprüchen, sondern auch innerhalb der jeweiligen Ansprüche entlang ihrer Dimensionen feststellen.

Die aus dem Material hervorgehenden Ansprüche umfassen den *Anspruch auf Anerkennung*, *Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit* und dem damit eng verbundenen *Anspruch auf Erholung*. Weiters werden der *Anspruch auf Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben* sowie der *Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen* formuliert. Diese werden im folgenden Abschnitt näher erläutert.

Anerkennung

Das Gefühl einen sinnvollen Beruf auszuüben ist wichtig, aber auch die gesellschaftliche Bestätigung dafür wird von den Pflegenden als relevant bewertet, was sich in Form von Anerkennung ausdrückt.

Anerkennung wird auf verschiedenen Dimensionen wahrgenommen, welche abstrakt in eine materielle und eine immaterielle Anerkennung unterteilt werden. Zu Beginn soll die materielle, im Anschluss die nichtmaterielle Dimension der Anerkennung dargestellt werden. Abschließend werden Ausdrücke der Anerkennung beschrieben, die als nicht brauchbar oder sogar unangenehm verstanden werden.

Materielle Anerkennung

Die materielle Anerkennung drückt sich besonders in der Höhe des Gehalts aber auch in Formen von Förderungen und Zulagen aus. Auf die materielle Ausprägung der Anerkennung wird besonders oft verwiesen, wenn die anderen Ansprüche nicht erfüllt werden können. Besonders die Verletzung bzw. Nichterfüllung von dem *Anspruch auf Erholung* und dem *Anspruch auf Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben* führt dazu, dass den Ansprüchen auf

materielle Anerkennung mehr Bedeutung zu kommt. Anhand der folgenden Interviewpassage lässt sich diese Verschiebung besonders gut nachvollziehen:

„Weil mehr Personal kann man mir nicht geben, wo sollen sie es hernehmen? [...] aber dann sollen die Leute eben wenigstens einen besseren Urlaub machen können oder ich sperr zumindest Betten, was natürlich auch nicht geht ich mein die Leute sind krank, wie soll ich Betten sperren? Es ist alles so schwierig also was ich mir wünsche, bin ich mir schon dessen klar und deswegen komm ich halt immer wieder auf das Geld zurück. Weil das ist das einzige, was man mir geben kann. Oder wenn wir zu wenige im Dienst sind, kriegt jeder 50€ Bonus, sowas. Ich weiß schon, sie können mir die Pflegekraft nicht herzaubern. [...] Deswegen komm ich immer wieder aufs Geld, bitte Ich bin nicht geldgierig oder so“ (Interview 2, Pos. 69).

Das Gehalt, variierend zwischen den Stationen auf Grund verschiedener Weiterbildungen, lässt sich aber auch in ein altes und ein neues Schema unterscheiden. Das alte Gehaltsschema ist durch ein niedriges Einstiegsgehalt gekennzeichnet, das mit jedem weiteren Berufsjahr steigt. Das neue Gehaltsschema ist von Beginn an hoch, hat aber eine deutlich flachere Kurve. Die Einführung des neuen Schemas bedeutete aber keine allgemeine Umstellung, was von länger Bediensteten als Missachtung wahrgenommen wird, da die Jungen von Beginn an beinahe dasselbe Gehalt beziehen, wie jene, die schon deutlich länger im Dienst sind.

Abgesehen davon wird das Gehalt aber als sehr gut bewertet, mit dem man gut leben kann. Trotzdem wird ein Anspruch auf leistungsgerechtes Gehalt formuliert. Obwohl das Gehalt per se als gut bewertet wird, wird es nicht als leistungsgerecht, also den Tätigkeiten entsprechend wahrgenommen. Diese werden besonders im Hinblick auf Arbeitsbedingungen, der übernommenen Verantwortung, aber auch der Zusatzausbildungen bewertet. Bei der übernommenen Verantwortung wird der Vergleich zu anderen Berufsgruppen der gleichen Gehaltsklasse gezogen, die keine Verantwortung für Menschenleben übernehmen, was als ungerecht empfunden wird. Das kann beispielsweise aus einer Interviewpassage mit dem Betriebsratsmitglied entnommen werden: *„Wenn du das große Tätigkeitsprofil hernimmst, ist das Gehalt eher niedrig. Ich kenne nämlich auch Sekretärinnen, die das gleiche verdienen wie ich. Da muss ich halt sagen, die hat keine Patienten-Verantwortungen und da sind wir eher niedriger, aber trotzdem ist es ein Gehalt, mit dem man gut leben kann.“ (Interview 9: 143).*

Auch Weiterbildungen können sich auf die (Un-)Zufriedenheit mit dem Gehalt auswirken. Fachliche oder praktische Weiterbildungen, wie Spezialisierungen für das eigene Arbeitsgebiet oder auch die Weiterbildung zur Praxisanleitung, werden gefördert.

Besonders die Ausbildung zur Praxisanleitung wird in diversen Interviews aufgegriffen. Sie dauert etwa ein Jahr und ermächtigt die Absolventinnen und Absolventen, die angehenden Pflegekräfte einzuschulen und anschließend zu bewerten. Dafür stehen offiziell 5h pro Monat zur Verfügung, in Realität sind diese 5h aber oft nicht möglich:

„Ich möchte auch ausreichend Zeit für meine Schüler haben. Die habe ich leider nicht. Mir stehen normalerweise 5 Stunden im Monat zu, in denen ich Schüler beurteilen kann, mich damit befassen kann, wenn ich untertags keine Zeit hab. Die habe ich nicht einmal gescheit, die 5 Stunden. Das heißt ich mach das in meiner Arbeitszeit, in den 12,5 beurteile ich sie“ (Interview 7, Pos. 30).

Mit extra Gehalt werden die Tätigkeiten als Praxisanleitung nicht entgolten, es kann also als eine Ausbildung zur Übernahme freiwilliger Tätigkeiten verstanden werden. Die Weiterbildungen zur Praxisanleitung werden teilweise kritisiert, da die Anleitungstätigkeit, abgesehen von der Bewertung, ohnehin von allen übernommen werden muss. Fehlende Zulagen werden als Missachtung verstanden. Es werden daher mehr Zulagen sowohl für die Weiterbildungen als auch für Dienstübernahmen gefordert. Dienstübernahmen können freiwillig oder angeordnet sein. Bei Freiwilligkeit handelt es sich häufig um einen Diensttausch, oder wird in Form von Überstunden angerechnet. Der angeordnete Dienst wird deutlich besser bezahlt. Das führt dazu, dass manche auch nur angeordnete Dienste übernehmen.

Es werden aber auch Forderungen nach Zulagen für Schwerarbeit formuliert, die derzeit auch von diversen Bewegungen, aus der Politik, Arbeiterkammer und Privatpetitionen unterstützt werden.

Immaterielle Anerkennung

Immaterielle Anerkennung bezieht sich vor allem auf Wertschätzung. Im folgenden Abschnitt werden die wertschätzenden also erfüllte Ausdrücke der Anerkennung getrennt nach Gruppen (Ärztinnen und Ärzte, Leitung, Patientinnen und Patienten, Öffentlichkeit und Team) erläutert. Im Anschluss daran wird dargestellt, was die Pflegenden als verletzend bzw. missachtend wahrnehmen, wieder nach denselben Gruppen.

Im Umgang mit den *Ärztinnen und Ärzten* ist die Basis für eine sich gegenseitig anerkennende Beziehung ein respektvoller und rücksichtsvoller Umgang miteinander. Das Anerkennen der

pflegerischen Tätigkeiten wird von den Pflegenden als äußerst wichtig verstanden, was sich auch im *Anspruch als eigenständige Berufsgruppe wahrgenommen zu werden*, widerspiegelt. Dazu zählt beispielsweise das Um-Hilfe-bitten oder Fragen um medizinischen Rat, gleich, ob es sich um junge Ärztinnen und Ärzte handelt, die sich nicht auskennen oder Erfahrene, die wissen, dass die Pflegenden gut sind in dem, was sie machen. Auch das Zugestehen einiger ehemals ärztlicher Tätigkeiten, die jetzt von den Pflegenden besser ausgeführt werden als von den Ärztinnen und Ärzten selbst. Damit gehen sowohl lobende und wertschätzende Worte als auch das Ernstnehmen der Pflegenden einher. Auch die Verfügbarkeit, wenn die Pflegenden Hilfe brauchen oder das Gefühl haben, ein Arzt oder eine Ärztin müsse eingreifen sowie ein gegenseitiges Unterstützen – unabhängig davon, ob es sich um private oder dienstliche Angelegenheiten handelt – werden als wertschätzendes Verhalten verstanden.

Anerkennung von *Patientinnen und Patienten* äußert sich in verschiedenen Dimensionen. Den Pflegenden ist es verboten, Geschenke anzunehmen, die aber, wie in den meisten Dienstleistungsberufen, eine gängige Form der Anerkennung sind. Es fällt ihnen daher oft schwer kleine Aufmerksamkeiten wie Schokolade, Chips oder „Zuschüsse für die Kaffeekassa“ abzulehnen. Anerkennung durch zu Betreuende äußert sich aber nicht nur auf materieller Ebene. Auch Dankbarkeit stellt eine wichtige Form der Wertschätzung dar, die sowohl verbal als auch nonverbal ausgedrückt wird. Dazu zählt das Äußern von Freude, wenn bestimmte Pflegende im Dienst sind, oder Besuche auf der Station nach Entlassung. Unter anderem wird die Dankbarkeit auch in Form von Dankesbriefen, Anzeigen in Zeitungen oder Widmungen in Bücher ausgedrückt. Eine spezielle Form der Anerkennung ist das Bitten um Hilfe in schwierigen Situationen, wie beispielsweise das Fragen nach Informationen und Regelungen bei Sterbehilfe.

Innerhalb des *Teams* bezieht sich Anerkennung vor allem auf einen wertschätzenden und respektvollen Umgang, was auch als Anspruch formuliert wird. Dazu zählen Rücksichtnehmen und einander unterstützen. Auch Feedback innerhalb des Teams wird häufig als wertschätzend wahrgenommen. Die Möglichkeit, Kritik zu geben bzw. zu erhalten, variiert jedoch stark und ist auch von den jeweiligen Personen sowie der persönlichen Beziehung abhängig.

Anerkennung von der *Leitung* äußert sich bei den Pflegenden durch Lob und gegenseitigen Respekt. Sowohl die Wertschätzung der eigenen Meinung durch die Leitung als auch die

Möglichkeit, Entscheidungen der Leitung zu hinterfragen, wird von den Pflegenden als sehr wichtig wahrgenommen. Gleichsam wird die Verfügbarkeit der Stationsleitung und ihrer Stellvertretung, in Form von einem „offenen Ohr“, ausreichend Feedback, aber auch Einspringen bei unbesetzten Diensten von den Pflegenden als Anerkennung wahrgenommen. Abschließend wird auch das Eingehen auf eigene Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung oder Mitbestimmung, in Form von Mitgestaltung bei Einrichtungen und in Extremfällen auch bei der Zukunft der Station, als wichtige Form der Wertschätzung wahrgenommen.

Wie die Pflegenden die Anerkennung der *Öffentlichkeit* empfinden, hängt vor allem davon ab, wie sie das öffentliche Bild der Pflege einschätzen. Das Bild basiert meist auf einer falschen oder unvollständigen Vorstellung der Tätigkeiten des Pflegeberufs. Die Anstrengungen und Belastungen sind für Außenstehende schwer vorstell- und nachvollziehbar, was möglicherweise an der medialen Berichterstattung liegt, die meist nur den Tagesablauf eines einzelnen Dienstes umfassen. Der Alltag ist aber von Unberechenbarkeit und Unplanbarkeit geprägt, was ihn umso anstrengender und belastender macht. Das unvollständige Bild des Pflegeberufs beschränkt sich aber nicht nur auf die Öffentlichkeit und damit Personen, die nichts mit der Pflege zu tun haben, sondern ist teilweise auch bei Ärztinnen und Ärzten vertreten.

Weiters verweisen einige der Interviewten auf eine veränderte Wahrnehmung des Ansehens durch die breite Medienpräsenz während der Covid-19 Pandemie. Die meisten beschreiben, dass sie sich durch die verstärkte Berichterstattung besser verstanden, gefühlt und mehr wertgeschätzt gefühlt haben.

Die meisten nehmen eine Veränderung des Bildes der Pflege wahr, die besonders durch die Covid-19-Pandemie angetrieben wurde. Die Veränderung wird Großteiles in einem positiven Licht gesehen, gleichzeitig wird deren Kurzlebigkeit beklagt. Mit dem Abflachen der intensiven Berichterstattung zum Zustand der Pflege lässt auch das öffentliche Interesse nach und damit auch der Prozess der Veränderung. Die Aufmerksamkeit wird als schon wieder schwindend und die Pflege wieder in Vergessenheit geratend wahrgenommen. Trotzdem wurde das Bild deutlich positiver empfunden, wie aus den folgenden Aussagen hervorgeht: *„Naja es wurde mehr wertgeschätzt. Dann war auf einmal die Krankenschwester auch eine Superheldin, das war vorher nicht so.“* (Interview 10, Pos. 20); *„Früher war es so, wenn du sagt du gehst in die Pflege: >> du tust ja nur Kaka putzen und Speibe putzen na pfui, wer geht denn in diesen Beruf? << das war früher so. Jetzt ist es schon höhergestellt eben durch die*

Corona-Zeit“ (Interview 7, Pos. 48); „Am Anfang war ich sehr erfreut wie Covid aufkam und auf einmal alle geschrien haben, wie toll die Pflege ist“ (Interview 6, Pos. 74). Außerdem wird auf die falsche Berichterstattung verwiesen, dass es erst durch die Pandemie zu den katastrophalen Zuständen der Pflege kam, diese haben sich durch die Pandemie allerdings wenig verändert:

„Ich habe das Gefühl, dass das jetzt schon wieder so ein bisschen abflaut irgendwie. Also am Anfang hat man überall in den Medien gehört, dass die Pflege am Ende und am Limit ist und die Krankenhäuser haben keine Betten mehr aber in Wirklichkeit: es war vor Corona auch schon so und das hat keiner gesehen“ (Interview 8, Pos. 74).

Die intensive Berichterstattung und das immerhin kurzzeitig gestiegene Ansehen wird von einigen Betroffenen dadurch erklärt, dass durch die Pandemie ein größerer Anteil der Gesellschaft potenziell auf das Krankenhaussystem angewiesen waren.

Gleichzeitig werden mit dem Verweis auf Impfgegner*innen und die Angriffe sowohl auf ärztliches als auch Pflegepersonal Probleme angedeutet, die mit der Covid-19 Pandemie einher gingen. Die mediale Berichterstattung über den Arbeitskräftemangel in der Pflege wird von den Pflegenden häufig genutzt, um mit ungeduldigen Patienten umzugehen und Geduld einzufordern.

Als positiven Bewertungen des Berufs wird die Rolle als systemerhaltender Beruf wahrgenommen, worauf sich die Pflegenden auch selbst immer wieder beziehen, wobei sie sich dabei teilweise von anderen systemerhaltenden Berufsgruppen wie Supermarktmitarbeiter*innen distanzieren. Auch Phrasen wie: „ah super, dass du das machen kannst!“ oder „ich könnt das ja nicht“ werden von den Pflegenden als positiv und anerkennend wahrgenommen.

Oft werden Pflegende als allwissend wahrgenommen, was auch auf die Unklarheit des genauen Tätigkeitsbereichs des Pflegeberufs verweist. Somit kann die Wertschätzung als „alles könnende Berufsgruppe“ auch als eine Form der Missachtung verstanden werden, da nicht ausreichend Wissen über den Pflegeberuf und den Tätigkeitsbereich besteht.

Auch die Darstellung der Pflege als ein systemerhaltender Beruf, der nicht in Kurzarbeit geschickt wurde oder der „Krankenschwester als Superheldin“ (Interview 10, Pos. 120) wurde als positiv und wertschätzend wahrgenommen.

Missachtung oder verletzte Anerkennung muss nicht explizit ausgesprochen werden, sondern kann entlang verschiedene Handlungen oder Verhaltensweisen wahrgenommen werden.

Als Missachtung durch die *Ärztinnen und Ärzte* wird beispielsweise das Nicht-Ernstnehmen von Hinweisen wahrgenommen. Das kann sich auf Hinweise zu Zuständen oder Verhaltensweisen bei Patientinnen oder Patienten beziehen. Häufig wird das als Infragestellen der pflegerischen Expertise verstanden, was, wie das folgende Beispiel verdeutlicht, bis zum Versterben von Patientinnen oder Patienten führen kann:

„Ich kann mich zum Beispiel auch an einen Fall erinnern, der ist auch noch nicht so lang her. Da hat mir eine Patientin, die postoperativ zurückgekommen ist, ich glaube sie hatte ein Ileus und hatte eine Drainage. Und die Drainage war bumvoll mit Blut also es waren wirklich 500ml, die da rausgekommen sind. Ich habe den Oberarzt direkt angerufen und hab gesagt da stimmt irgendwas nicht, die hat einen niedrigen Blutdruck, einen hohen Puls was alles auf eine Nachblutung hindeutet. Und er sagt, na das passt schon also so quasi, das gehört so. Und in der Nacht darauf ist sie verstorben und das ärgert mich, weil das hätte nicht sein müssen weil der Arzt hätte einfach nur kommen sollen, hätte mich ernstnehmen müssen und sich das anschauen sollen. Und das sind einfach Dinge, die mich dann noch sehr beschäftigten und frustrieren eigentlich.“ (Interview8: 32).

Auch nehmen die Pflegenden Respektlosigkeit und Arroganz von ärztlicher Seite wahr:

„Das Einzige, was mich verletzt oder kränkt ist, wenn so eine übertriebene Überheblichkeit im Raum ist. Das kränkt mich dann schon.“ (Interview 6: 58); „Er hat das EKG angepickt, da kann ich [Infusionen] auch anhängen nebenbei. Also das ist jetzt nichts Schlimmes und ich habe ihn dann vor der Tür gefragt, ob er mich nicht gehört hat und er hat gesagt, er war beschäftigt und was ich jetzt will von ihm. Und dann hatten wir noch eine Konfrontation, das war im Nachtdienst, und dann hat er ernsthaft, ich meine das ist ein erwachsener Mensch, der hat zu mir gesagt: >>du gehst mir auf die Nerven, das was du redest ist nur Scheiße<<“ (Interview 2: 26).

Häufig wird diese ärztliche Überheblichkeit auf das alte Bild der „kleinen Schwester“ oder als „rechte Hand“ der *Ärztinnen und Ärzte* zurückgeführt: *„Ich glaub sie sind schon auch bisschen im alten Schema drinnen, dass sie glauben, dass wir ihre rechte Hand sind.“ (Interview 6: 60).*

Auch seitens der *Patientinnen und Patienten* wird Respektlosigkeit als sehr verletzend wahrgenommen. Dazu zählt beispielsweise eine unterschiedliche Behandlung von Pflegenden und den *Ärztinnen und Ärzten*, sowie die Vermittlung des Gefühls, dass der Stationsaufenthalt als Hotelaufenthalt verstanden wird. Das äußert sich beispielsweise durch ununterbrochenes Läuten für Erledigungen, die eigentlich selbst erledigen werden können. Auch unangebrachtes Fordern, Unverständnis, Undankbarkeit und Ungeduld werden von den Pflegenden oftmals als

verletzend empfunden. Unfaire Behandlungen der Pflegenden werden als missachtend wahrgenommen, wozu die Reduktion auf die äußerliche Erscheinung sowie das Verantwortlich-gemacht-werden für Abläufe, auf welche die Pflegenden keinen Einfluss haben, zählen.

Neben Respektlosigkeit und Unhöflichkeit sind die Pflegenden auch Beleidigungen und verbalen Aggressionen ausgesetzt. Dazu kommen teils auch physische Übergriffe, deren Intensität stark nach Station variieren. Physische Übergriffe umfassen auf das Personal Losgehen, das Werfen von Gegenständen und sexuelle Übergriffe. Hier gilt es allerdings anzumerken, dass es vor allem bei Deliranten zu Übergriffen kommt, denen von den Pflegenden mit mehr Nachsicht begegnet wird.

Auch innerhalb des *Teams* kommt es zu verletzendem Verhalten. Dazu zählt eine unfaire Behandlung, ein nicht empathischer Umgang untereinander sowie das hinterrücks reden und Lästern, was aus der folgenden Aussage hervor geht:

*„Und Pflege ist sowieso ganz eigen, da gibt es IMMER Gruppierungen. Pflege ist der ASOZIALSTE Beruf auf Gottes Erden, es gibt keinen asozialeren Beruf als die Pflege. Es ist keiner untereinander so böse, wie in der Pflege. Es ist keiner untereinander so hinterlistig wie in der Pflege. Es ist keiner so neidig und eifersüchtig aufeinander wie in der Pflege“
(Interview 3: 50).*

Nicht ausreichende Wertschätzung und unangebrachte Kommentare seitens der *Stationsleitung* werden von den Pflegenden als missachtend wahrgenommen wie auch die Suche nach Fehlern bei der Arbeit. Dem gegenüber wird aber auch Desinteresse der Stationsleitung als mangelnde Anerkennung verstanden. Fehlende Einbindung in Entscheidungsprozesse wird von den Pflegenden als Missachtung wahrgenommen, was sowohl die Dienstplangestaltung betreffen kann als auch das Übertragen von Verantwortung zu Einschulung ohne Rücksprache.

Von der *Öffentlichkeit* wird besonders das wahrgenommene falsche Bild der Pflege als verletzend empfunden. Dazu zählt das schon beschriebene Bild der „kleinen Schwester vom großen Arzt“, aber auch das Bild der „Kaffee trinkenden und frustrierten – meist weiblichen – Schwester, deren Hauptaufgabe es ist, die Hintern fremder Leute zu putzen (*Anmerkung: Begriffe wurden aus verschiedenen Interviews zusammengefasst*)“. Dies führt zu Frustration, da es den Pflegeberuf in einem falschen Licht darstellt und nicht in seiner Vollständigkeit fasst.

Dies wird durch die Vorstellung, dass die Pflege ein reiner Hilfs- bzw. Zudienst des ärztlichen Fachpersonals ist, intensiviert, was den *Anspruch als eigene Berufsgruppe wahrgenommen zu werden* verletzt. Weiters wird dem Pflegepersonal meist nicht der gleiche Respekt wie den Ärztinnen und Ärzten gezollt.

Wie erwähnt basieren sowohl die positiven als auch die negativen Bewertungen des Pflegeberufs auf einer falschen oder zumindest unvollständigen Vorstellung.

Es wird betont, dass die Öffentlichkeit keine Vorstellung der Abläufe und der eigentlichen Tätigkeiten hat, worauf das Unverständnis der Öffentlichkeit für Forderungen nach mehr Gehalt zurückgeführt wird. Eine Interviewte geht auch davon aus, dass auch der Personalmangel einen Einfluss auf das Ansehen der Pflege hat, dass das Bild der Pflege negativ durch den Personalmangel beeinflusst wird, wenn die Arbeitenden nicht mit ihrer Arbeit zurechtkommen.

Aus dem Material geht hervor, dass die Pflegenden mit ihrem Verhalten selbst häufig nicht zu einer Verbesserung beitragen, sondern eher zur Reproduktion des alten Rollenbildes der „Krankenschwester“ beitragen. Dazu zählt beispielsweise das Infragestellen der eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen: *„Weil viele sich selber kleinreden. Also ich hatte eine Kollegin, die gesagt hat: >>na das kann ja jeder Affe<< und das sehe ich persönlich gar nicht so, da gehört einfach so viel mehr dazu.“* (Interview 8, Pos. 72). In einem anderen Kontext wird unangebrachtes bzw. verletzendes Verhalten von Patientinnen und Patienten beschrieben und dass es auch in der Verantwortung liegt, etwas dagegen zu tun: *„Präpotenz und Arroganz? Das ist teilweise, und das habe ich den Kolleginnen und Kollegen auch oft gesagt, selbst gezüchtet.“* (Interview 3, Pos. 74).

Insgesamt wird das Bild häufig als veraltet und überholt beschrieben, was sich beispielsweise durch das Festhalten des Begriffes „Krankenschwester“ sowohl gesellschaftlich als auch von den Pflegenden selbst äußert.

„Es gibt aber nach wie vor, auch auf Grund der entsprechenden Kollegenschaft, diese Ansicht >>naja, das sind die Krankenschwestern<< das sage ich jetzt bewusst, weil gerade in der Klientel immer noch „Krankenschwester“ verbreitet ist. Obwohl das eigentlich vom Hitler kommt, diese Bezeichnung. Das heißt jetzt lange nicht mehr Krankenschwester. Egal: die um den Oberarzt herumschwänzelt und ihm den Kaffee herrichtet und vielleicht sogar umrührt und er nur trinken muss und der Zucker schon schön aufgelöst ist oder so. Das habe ich auch alles noch erlebt, dass es das gibt.“ (Interview 5, Pos. 58)

„Ich glaube bei manchen Menschen ist eben, dass sie glauben, dass wir die Helfer von den Ärzten sind, obwohl das glaube ich eh schon weniger wird“ (Interview 2, Pos. 59).

Im Krankenhaus werden Hierarchien wahrgenommen, die als unangenehm oder missachtend empfunden werden, da sie ein ungleiches Machtverhältnis ausdrücken. Die Hierarchie stellt Ärztinnen und Ärzte an die Spitze, gefolgt von den Diplomierten, im Anschluss die Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz. Darauffolgend kommen die in Pflegeheimen tätigen Heimhilfen und ganz unten das Reinigungspersonal. Wie aus den Interviews hervorgeht, sind alle Berufsgruppen gleichermaßen relevant für den Erhalt des Krankenhausalltags. Ein hierarchiereproduzierendes Verhalten wird häufig als unangenehm und verletzend wahrgenommen.

Auch falsche Unterstellungen zu Absichten, wie die folgenden, werden als äußerst geringschätzend wahrgenommen: *„Es gibt Ärzte, die behaupten, dass wir wollen, dass Leute sterben, was nicht stimmt. Aber wir wollen keine Leute quälen“ (Interview 2: 20).* Diese Aussage bezieht sich auf das Künstlich-am-Leben erhalten von Kranken, die fast ausschließlich leiden. *„Und weil es heißt: Diplomierte haben keine Gefühle oder irgendwas: ich weine auch bei Patienten, wenn sie sterben, und traure mit den Angehörigen. Das kannst du nicht abstellen, ich bin keine Maschine.“ (Interview 7, Pos. 42).*

Unbrauchbare Form von Anerkennung

Einige Verhaltensweisen, die Anerkennung zum Ausdruck bringen sollen, werden eher als missachtend oder als Hohn wahrgenommen.

Das Paradebeispiel für Handlungen, die anerkennend gemeint, aber nicht als solche verstanden wurde, war die vom Fenster bzw. vom Balkon aus applaudierende Gesellschaft. Die Kritik an dem Applaus soll mit den folgenden Interviewpassagen verdeutlicht werden: *„Ich meine uns wurde applaudiert, aber da haben wir uns wenig kaufen können.“ (Interview 1: 21); „Nein, nichts und dieses Applaudieren, das war Hohn.“ (Interview 3: 54); „Dieses Klatschen ganz ehrlich, so lieb das ist, aber mit dem kann sich halt auch kein einziger irgendwie was kaufen, der hat ja nichts davon.“ (Interview 4: 54); „Wobei ich das Klatschen sowas von peinlich gefunden habe, weil ich mir gedacht habe >>redets einfach nicht blöd über uns und sparts euch das Klatschen<< es bringt mir ja eh nichts. Ich habe nichts davon, dass jetzt um 18h alle beim Fenster rausklatschen. Es hat aber eh nicht lang angehalten“ (Interview 6: 74).*

Die empfundene Missachtung liegt nicht im Applaus selbst, sondern viel mehr in der Diskrepanz zwischen dem anerkennenden Applaudieren und dem Nichtstun der Politik sowie

der weiteren Reproduktion falscher Vorstellungen der Pflegearbeit durch die applaudierende Bevölkerung. Aus einem Interview geht aber hervor, dass das Applaudieren nicht nur negativ aufgefasst wurde:

„[Das Applaudieren] war schön. Es sagen natürlich viele Kritiker es wäre gescheiter es würde die Bezahlungen stimmen. Ja, die die geklatscht haben, haben nichts mit dem Besoldungssystem zu tun. Es war eigentlich eine Anerkennung derer, eine kleine Anerkennung derer, die trotz Pandemie mit Schutzkleidung ihren Dienst verrichten. Weil es keine Bereiche sind, die man nicht zusperren kann für zwei, drei Wochen, sondern die halt rund um die Uhr weiter versorgen müssen. Also das habe ich durchaus eine schöne Geste gefunden, das würde ich jetzt auch nicht schlechtreden im Nachhinein.“ (Interview 5: 64).

Auch die Auszahlung des Bonus, wurde zwar als eine Form der Anerkennung wahrgenommen, die späte Auszahlung (nach allen anderen) wurde aber als Missachtung verstanden. Auch die Besteuerung des Pflegebonus wird als sehr negativ wahrgenommen (Interview 7: 120).

Ein weiteres Beispiel für Verhaltensweisen, die als anerkennend „getarnt“ aber eher als Belastung wahrgenommen werden, ist das Zutrauen, Hauptdienste allein zu machen. Das führt dazu, dass bestimmte Personen regelmäßig allein Dienste machen, während für andere Krampfhaft nach Beidiensten gesucht wird. Das wird als „positives Feedback“ oder als „Kompliment“ vermittelt, führt aber dazu, dass die doppelte Arbeit übernommen werden muss, dies sich aber nicht im Gehalt widerspiegelt. Das verdeutlicht auch die Forderungen nach finanzieller Vergütung, wenn die Umstände nicht verbessert werden können:

„Ich habe halt auch immer das Gefühl, das habe ich auch mit der Oberschwester besprochen einmal. Es wird bestimmten Leuten eher zugetraut allein einen Hauptdienst zu machen als anderen. Und wenn gewissen Leute im Dienst sind, denen das nicht zugetraut wird, dann wird wirklich unter Zwang geschaut, dass man noch wen auftreibt und ich sehe halt oft nicht ein, warum ich dann wirklich immer alleine dastehen muss. Weil sie mir eben keinen zweiten zur Verfügung stellen und dann hör ich halt so >>ja das darf man so nicht sehen, das muss man halt irgendwie als positives Feedback betrachten oder als Kompliment<<. Aber ich denke mir es sind trotzdem meine Nerven, die da drauf gehen und im Endeffekt verdienen halt alle dasselbe und ich sehe dann auch nicht ein, warum ich dann die Arbeit für zwei erledigen sollte wenn es nicht notwendig ist.“ (Interview 8: 70)

Anspruch die eigene Arbeit gut zu machen

Der Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen kann als Anspruch an sich selbst verstanden werden. Nichtsdestotrotz liegt die Erfüllung bzw. Missachtung des Anspruchs nicht allein in

der Hand der diplomierten Pflegekräften, sondern wird von externen Faktoren beeinflusst. Dieser umfasst damit sowohl einen Anspruch an sich selbst als auch an die Arbeit, das eigene Wissen und die eigenen Kompetenzen umsetzen zu können. Im Rahmen dessen kann auch auf den Anspruch verwiesen werden als eigenständige Berufsgruppe, und damit als ausgebildete Fachkraft, wahrgenommen und als solche behandelt werden zu wollen. Dazu zählen auch das Einsetzen können von stationsspezifischen Spezialisierungen als auch die Möglichkeit selbstständig zu arbeiten. Besonders das selbstständige Arbeiten wird zunehmend durch sogenannte SOPs (*standard operating procedures*) erschwert. Im Laufe des Arbeitslebens verändern sich die Ansprüche an die eigene Arbeit, während der Fokus anfangs noch darauf liegt, alle Aufgaben „irgendwie“ zu erledigen, steigen die Ansprüche auf Durchführung, Erfolg und Verfeinerungen des theoretischen Wissens im Laufe der Zeit. Viele fühlen ihren Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen, durch den Personalmangel verletzt.

Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit

Der Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit ist unter den Pflegenden weitverbreitet. Dabei kann zwischen physischer und psychischer Gesundheit unterschieden werden. Neben der andauernden Konfrontation mit diversen Schicksalen der Patientinnen und Patienten wirken auch die häufigen Anfragen bezüglich Dienstübernahmen als äußerst belastend für die Pflegenden.

Das häufige Einspringen (müssen) führt häufig zu dem Gefühl ununterbrochen in Bereitschaftsdienst zu sein. Dies wird als ständige Belastung und „Psychoterror“ wahrgenommen. Die Dienstübernahmen werden unter anderem über Messenger-Gruppen, die das ganze Team einschließen, geregelt. So werden die Pflegenden auch in den Ruhezeiten, im Urlaub oder auch im Dienst damit konfrontiert. Die Nichteinhaltung (ob freiwillig oder nicht) der Ruhezeiten kann sich auch auf die physische Gesundheit auswirken. In den meisten Teams gibt es Personen, die häufiger und welche die weniger häufig einspringen.

Anzeichen von physischer Belastung – die im Rahmen der Arbeitsbedingungen näher ausgeführt werden – können sich beispielsweise in großer Erschöpfung nach den Diensten ausdrücken. Auch ein häufiges Wechseln zwischen Tag- und Nachtschichten kann sich auf die physische Gesundheit auswirken, besonders dann, wenn die rechtlich vorgesehenen Ruhephasen nicht bzw. erst verspätet eingehalten werden.

Die Pflegenden wünschen sich mehr Unterstützung beim Erhalt der eigenen Gesundheit. Dazu zählen Wünsche nach Supervisionen und damit mehr Psychohygiene. Wünsche zur Unterstützung beim Erhalt der physischen Gesundheit äußern sich durch Wünsche nach

finanzieller Förderung von Sport oder auch das zur Verfügung stellen von Trinkflaschen um ausreichend zu hydrieren.

Ansprüche zum Erhalt der eigenen Gesundheit können auch nach ihrer (nicht) Beeinflussbarkeit unterschieden werden. Der Wunsch nach Reduktion des, sich auf Gesundheit auswirkenden Arbeitsdrucks, kann geäußert werden, der dafür verantwortliche Personalmangel kann aber nicht direkt beeinflusst werden, sondern muss auf struktureller Ebene gelöst werden. Dem gegenüber stehen Möglichkeiten zur Beeinflussung von sowohl körperlichen als auch kognitiven Belastungen, die durch einen Stationswechsel gelöst werden können, da sowohl kognitive also auch körperliche Belastungen zwischen Stationen variieren. Auch regelmäßiges Betreiben von Sport wird immer wieder genannt, um den körperlichen Belastungen entgegenzuwirken bzw. vorzubeugen.

Eng mit dem Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit ist auch der *Anspruch auf Erholung* verbunden. Dieser umfasst sowohl Anspruch auf Erholung in Form der gesetzlich festgelegten Wochenruhe als auch dem Anspruch auf Freizeit, sowohl in Form freier Tage als auch des Urlaubs. Dieser Anspruch wird durch das Anfragen zur Übernahme von Diensten verletzt, egal ob durch Umgehung der Wochenruhe mittels Ersatzruhe oder durch die Anfrage nach einer frühzeitigen Beendigung des Urlaubs, um einen Dienst zu übernehmen. Auch wenn die Anfragen keine Anordnungen sind, werden diese als sehr belastend wahrgenommen werden. Das ist besonders auf das Gefühl, die anderen im Stich zu lassen zurückzuführen, was im Extremfall dazu führen kann, dass ein Urlaub vorzeitig abgebrochen wird. Die Verletzung des Anspruchs auf Erholung soll mit Hilfe der folgenden Interviewpassage verdeutlicht werden:

„Es gibt ja diese Wochenruhe bei uns, wir dürfen maximal 60h in der Woche arbeiten und müssen dazwischen aber 36h am Stück freihaben. Ein freier Tag und ein paar Stunden vorne, ein paar Stunden hinten. Und man denkt sich dann, ich habe Wochenruhe, da kann mich keiner anrufen. Doch, das geht auch, weil wenn ich in der Wochenruhe arbeite, bekomme ich die Woche darauf Ersatzruhe, also das kann man auch umgehen, also bin ich auch nicht sicher. Dann denke ich mir ich habe Urlaub, da kann mich auch niemand anrufen. Doch, die rufen dich an. Da bist du auch nicht sicher, bist auch in Bereitschaft und vor allem man liest ja dann auch immer. Ich habe jetzt seit ein paar Wochen erst meine Messenger-Gruppe auf lautlos,

dass ich nicht immer die Erste bin, die es sieht weil ich mache mir dann schon Gedanken: >>puhh wie könnt ich das drehen, dass ich es mach? << Weil ich will ja auch niemand enttäuschen. also das ist wirklich Psychoterror. Die meinen das ja nicht böse, aber es ist halt der einfachste Weg: Du schreibst in die Gruppe irgendwer fehlt. Ich fühl mich da immer gleich persönlich angesprochen, als wären da nicht 20 andere Leute in der Gruppe. Im Urlaub wurde ich auch mal angerufen. Also IM Urlaub: >>Wann kommst du vom Urlaub zurück? wann bist du in Wien? << Also im Urlaub bist du auch nicht sicher, wenn du frei hast, bist du nicht sicher und WR bist nicht sicher. Und dann habe ich mir noch gedacht, wo du wirklich gesichert bist und da war ich dann geschockt, dass ich trotzdem angerufen worden bin war im Krankenstand.“ (Interview 1, Pos. 104).

Anspruch auf Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben

Der *Anspruch auf Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben* wird deutlich schwächer eingefordert als ursprünglich erwartet. Im Material wird auf die Nichtvereinbarkeit hingewiesen, die jedoch bedauert wird. Anscheinend wird die Vereinbarkeit als Luxus gesehen, den man mit einer Arbeitszeitverkürzung „erwerben“ kann. Da mit einer Stundenreduktion auch eine Gehaltsreduktion einhergeht, muss man sich eine Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben leisten können bzw. wollen. Die Schwierigkeiten den Beruf als Pflegekraft mit dem Privatleben zu vereinen soll anhand der folgenden Interviewpassagen verdeutlicht werden:

„Ich habe oft mein Kind eine Woche nicht gesehen, die war dann eine Woche bei meiner Mutter. Familienfreundlich ist es nicht.“ (Interview 7, Pos. 40)

„Wie gesagt: mein Partner und ich wir haben oft Wochen in denen wir uns wirklich drei, vier Tage am Stück nicht sehen können, weil ich im Dienst bin und wenn er nach Hause kommt, muss ich gehen und umgekehrt. Ja es ist schon schwierig es ist auch oft so in der Familie. Meine Schwester fragt mich immer wieder, ob wir etwas unternehmen wollen, weil sie in Karenz ist und ob ich Zeit mit meinem Neffen verbringen möchte. Und natürlich möchte ich, aber es geht leider einfach oft nicht, was ich dann auch sehr schade finde.“ (Interview 8, Pos. 94)

„Also es kommt immer drauf an, wie der Partner ist, weil wenn er es nicht einsieht, dann funktioniert das Ganze nicht und wenn man dann auch noch Kinder hat, dann wird es überhaupt schwierig, weil man einmal Tag hat und einmal Nacht. Die wissen nicht, wann die Mama jetzt wirklich daheim ist. Das kann auch Beziehungen zerstören, so ein Schichtdienst. Weil das halt schon sehr anstrengend ist und wenn man daheim ist am Abend und dann wird man auf einmal angerufen, weil wer krank ist.“ (Interview 10, Pos. 136)

Wie eingangs erwähnt stehen die Ansprüche nicht statisch nebeneinander, sondern können als dynamisch verstanden werden. Welche der beschriebenen Ansprüche verfolgt werden hängt von der Chance deren Erfüllung ab. Wirken die gestellten Ansprüche, den Pflegenden, unter den gegebenen Bedingungen als (quasi) unerfüllbar, rücken diese in den Hintergrund. Besonders der Anspruch auf materielle Anerkennung wird immer wieder aufgegriffen und als Kompensation für die Verletzung der anderen Ansprüche verstanden. Wenn die diplomierten Pflegekräfte häufig einspringen müssen, was sich sowohl auf den Anspruch auf Erholung, durch die Unplanbarkeit aber auch auf die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben auswirkt, wird immer wieder mehr Entlohnung für die übernommenen Dienste gefordert.

Kontext

Welchen Ansprüchen eine besondere Bedeutung zu kommt, ist stark von dem Kontext abhängig in dem sie formuliert werden. Im folgenden Abschnitt werden jene Kategorien beschrieben, die als Kontext für die Anspruchskonstellationen verstanden werden können. Dafür werden die Kategorien erläutert und mit Zitaten aus dem Interviewmaterial näher veranschaulicht und in Verbindung mit den Ansprüchen gebracht, auf die sie wirken. Zu den Kontextkategorien zählen das *Verhältnis zu dem ärztlichen Fachpersonal*, die *Beziehung und Umgang mit den Patientinnen und Patienten*, die *Rahmenbedingungen der Stationen Pflege*, der *Arbeitsalltag und Tätigkeitsfeld*, die *Arbeits- und Stationsbedingungen* sowie die *Werte und Eigenschaften der Pflegenden*. Dabei ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die verschiedenen Ansprüche nicht unabhängig voneinander sind, sondern sind. Die Wirkungsmächte der einzelnen Kontextkategorien wirken entweder direkt auf einzelne Ansprüche oder wirken indirekt über andere Kontextkategorien oder Ansprüche auf die Dynamik der Anspruchskonstellationen.

Verhältnis zu dem ärztlichen Fachpersonal

Das Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten ist eine wichtige Kontextkategorien, die sich besonders auf den Anspruch auf Anerkennung auswirkt. Als Teil des Anspruchs auf Anerkennung wird auch der Anspruch auf respektvollen Umgang sowie der Anspruch als eigenständige Berufsgruppe wahrgenommen zu werden formuliert, die ebenfalls von der Beziehung zu den Ärztinnen und Ärzten beeinflusst werden.

Von den Pflegenden wird eine gegenseitige Anerkennung gefordert, die unter anderem auf dem Wissen der gegenseitigen Abhängigkeit beruht. Sie äußert sich beispielsweise in Aussagen wie: „*Ich freu mich, dass du heute da bist*“ (Interview1, Pos. 46), in gemeinsamen Unternehmungen

oder einem gemeinsamen Miteinander und guter Zusammenarbeit, die nicht durch ein „versuchen dem anderen den schwarzen Peter zuzuschieben“ (Interview 3: 62) geprägt ist. Wenn Ärztinnen oder Ärzte um Hilfe bitten, wird das als eine Form der Anerkennung verstanden, wie die folgende Interviewpassage verdeutlicht: „*Ich weiß nicht, ob es positiv ist oder schön. Die jungen Ärzte, auch nicht alle, aber es gibt halt viele, die glauben, weil sie jetzt den Arzttitel haben, wäre es sehr peinlich zu einer Schwester zu gehen, um sich etwas zeigen zu lassen. Aber mir fällt auf, es gibt jetzt schon wieder viele die sagen: >>Du, könntest du mir das zeigen? Weil ich glaub von der Pflege kann ich das wirklich lernen<<*“ (Interview 6: 56). Auf der anderen Seite wird dieses Bitten um Hilfe jedoch auch als Mehraufwand verstanden, den die Pflegenden betreiben.

Wie wertschätzend der Umgang seitens des medizinischen Fachpersonals ist scheint altersabhängig zu sein, wobei manche den wertschätzenden Umgang eher seitens der Jüngeren andere der Älteren wahrnehmen.

Die Zusammenarbeit wird von den Befragten unterschiedlich wahrgenommen, die meisten nehmen sie aber durchaus positiv wahr. Die Zusammenarbeit wird durch die gegenseitige Abhängigkeit beeinflusst, die besonders durch die unterschiedliche Nähe zu den Patientinnen und Patienten erklärt wird. Deshalb werden Pflegende häufig in Entscheidungen eingebunden, was als wichtige Form der Anerkennung empfunden wird.

Für die Zusammenarbeit ist es wichtig, dass sich die Pflegenden auf die Ärztinnen und Ärzte verlassen können und dass diese, wenn sie gerufen werden, auch kommen. Wie weiter oben erwähnt kann dies andernfalls fatale Konsequenzen haben. Eine schlechte Verfügbarkeit des medizinischen Fachpersonals kann dazu führen, dass sich die Pflegenden im Stich gelassen fühlen, was sich auch auf deren Vertrauen auswirkt.

Die Beziehung und Zusammenarbeit zwischen der Pflege und den Ärztinnen und Ärzten hat sich im Laufe der Zeit verändert. Während die Pflege früher lediglich die Aufgaben des Zuarbeitens hatten, sind sie heute eigene und unabhängige Berufsgruppe, als die sie auch wahrgenommen werden möchten. Die Diplomierten übernehmen zunehmend medizinische Aufgaben, was dazu führt, dass ihre Kompetenzen bei manchen Tätigkeiten, die des ärztlichen Fachpersonals übersteigen.

Beziehung und Umgang mit Patientinnen und Patienten

Die Kategorie *Beziehung und Umgang mit Patientinnen und Patienten* beschreibt wie eine gute Beziehung aufgebaut werden kann und wieso diese wichtig ist. Im Umgang werden sowohl

Handlungsweisen aber auch Erwartungen gefasst, die an die Patientinnen und Patienten gestellt werden.

Wie die das Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten wirken auch *Beziehung und Umgang mit den Patientinnen und Patienten* als wichtiger Kontext der Anspruchskonstellationen. Sie wirken besonders auf den Anspruch auf Anerkennung sowie auch auf den Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen.

Vielen Pflegenden ist die Arbeit mit Menschen besonders wichtig an ihrem Beruf, eine gute Beziehung spielt daher eine äußerst wichtige Rolle.

Die Pflegenden zeigen sich meist nachsichtig mit den Patientinnen und Patienten „*Wir haben schon großes Verständnis dafür, dass viele in einer Ausnahmesituation sind. Also wenn einmal der Tonfall ein anderer ist, sind wir sicher nicht so, dass wir gleich eingeschnappt sind*“ (Interview 6: 72).

Trotzdem haben die Pflegenden bestimmte Erwartungen an das Verhalten der zu Pflegenden. Dazu zählen ein respektvoller Umgang und mehr Verständnis sowie ein gewisses Maß an Mitarbeit.

Die Mitarbeit ist ein wichtiger Bestandteil des Genesungsprozesses und beinhaltet sowohl wie Kommunikation von Schmerzen sowie die Einhaltung von Vorgaben und Empfehlungen: „*Wenn man so zusagen, als schlecht eingestellter Diabetiker zwar da liegt, weil der Blutzucker so hoch ist aber dauernd Punschkräpferl isst, das bringt nicht viel.*“ (Interview 5: 26).

Die erwartete Mitarbeit variiert je nach Mobilitätsgrad der Patientinnen und Patienten. Als Daumenregel was erwartet werden kann, gilt: „*Was sie zu Hause noch konnten, dass sollen sie auch im Krankenhaus machen. Oder auch läuten: ich brauch ein Taschentuch. Und auch der Willen, dass sie wieder etwas dazulernen, der geht auch oft verloren*“ (Interview 9: 80). Es wird also sowohl der Wille erwartet, wieder gesund zu werden, als auch damit verbunden die Bereitschaft etwas dafür zu tun.

Zur Wertschätzung zählt Dankbarkeit und Freude, dass bestimmte Pflegende im Dienst sind aber auch Dankbarkeit im Nachhinein für „strengeres“ Verhalten der Pflegenden, dass zu einem Genesungsprozess geführt hat. Vielen Pflegenden genügt es zu wissen, dass sich die Patientinnen und Patienten wohlfühlt haben. „*Oder Leute, die entlassen werden und sich noch einmal bedanken für alles. Allein das ist schon viel wert, find ich. Oder sie müssen sich nicht einmal bedanken aber einfach, dass sie einem das Gefühl geben, dass sie sich gut behandelt gefühlt haben, das reicht eigentlich schon.*“ (Interview 8: 42). Weitere beschriebene

Gesten umfassen beispielsweise einen Autor, der der Station mit Dank ein Buch gewidmet hat oder auch in Form einer Anzeige in einer Zeitung.

Es scheint den Pflegenden bei der Wertschätzung also nicht rein um die Dankbarkeit zu gehen, sondern auch um das Wahrgenommen werden und damit die Pflege und deren Arbeit nicht als selbstverständlich anzusehen.

Weiters erwarten sich die Pflegenden auch einen respektvollen und höflichen Umgang, was als Anspruch auf respektvollen Umgang formuliert wird. Dazu zählen „guten Morgen“, „guten Tag“, „bitte“ und „danke“. Zu dem respektvollen Umgang zählt auch das Weglassen von Kosenamen wie „Schatzi“ oder ähnlichem. Ein respektvoller Umgang wird bis zu einem gewissen Grad auch eingefordert: *„Ich bin freundlich zu Ihnen und so erwarte ich mir das auch von meinem Gegenüber. Wenn man auf dieser Ebene [z.B. Schatzi] miteinander redet, habe ich nicht notwendig, dann dreh mich um und geh.“* (Interview 6: 66).

Auch erwarten oder wünschen sich die Pflegenden ein bisschen mehr Verständnis von den Gepflegten. Das umfasst einen Sinn für Realität und Geduld, besonders für Vorgänge, die außerhalb des Handlungsspielraums der Pflegenden liegen wie stationsübergreifenden Vorgängen. Da den Patientinnen und Patienten aber meist Einblick „hinter die Kulissen“ verwehrt wird, herrscht hier oft Ungeduld. Respektlosigkeit seitens der Patientinnen und Patienten wird als unangenehm bis hin zu verletzend wahrgenommen. Dazu zählt beispielsweise Gegenstände absichtlich fallen zu lassen, die die Pflegenden anschließend aufheben müssen, verbale Aggressionen in Form von Beleidigungen, Arroganz und Präpotenz sowie das Infragestellen der pflegerischen Kompetenzen.

Die unterschiedliche Behandlung von ärztlichem Fachpersonal und Pflegepersonal wird von den Pflegenden als Missachtung und respektlos wahrgenommen. Eine weitere Ausprägung respektlosen Verhaltens ist die Erwartung wie in einem Hotel bedient zu werden und sich dementsprechend zu verhalten.

Immer wieder kommt es auch zu physischen Übergriffen. Physische Übergriffe treten meist bei deliranten Patienten auf, denen die Pflegenden – je nach Übergriff – schnell verzeihen, nichtsdestotrotz können physische Übergriffe rechtliche Folgen nach sich ziehen. Zu diesen Übergriffen zählen Schläge, Bisse sowie Spucken und geworfene Dinge. Zusätzlich kommt es immer wieder auch zu sexuellen Übergriffen.

Da den Pflegenden die Arbeit mit Menschen sehr wichtig ist, wird viel Wert auf gute Beziehung zu dem Patienten und Patientinnen gelegt. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten und

Strategien. Dazu ist es wichtig, auf die zu Pflegenden einzugehen, wie das Wahrnehmen ihrer Bedürfnisse und das Ernstnehmen, wenn sie Schmerzen haben. Auch das Verfügbarsein und gegebenenfalls zu „Du“ wechseln kann sich positiv auf die Beziehung auswirken.

Das Unterstützen bzw. Fördern von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit ist sowohl für die Beziehung zwischen Pflegenden und Patientinnen oder Patienten als auch deren Genesungsprozess äußerst wichtig. In diesem Kontext wird häufig von „nicht ins Bett pflegen“ gesprochen. Die Patientinnen und Patienten müssen zwar unterstützt werden, wichtig ist es jedoch ihnen nicht die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung bzw. Selbstständigkeit zunehmen. Um auf die zu Betreuenden eingehen zu können ist es auch wichtig, sich ausreichend Zeit zu nehmen, was aber häufig unmöglich ist: *„Im Moment geht das nicht, mit den 5-10min Zeitnehmen, das ist ein Ding der Unmöglichkeit, leider.“* (Interview 8: 12). Was sich besonders auf den Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen auswirkt.

Die Schwierigkeit sich ausreichend Zeit zu nehmen, wird von vielen Pflegenden als äußerst belastend wahrgenommen. Wieviel Zeit pro Patienten oder Patientin aufgewandt wird, ist eine Entscheidung der Pflegenden, die meist nach Krankheitsverlauf oder auch nach Vorhandensein von Angehörigen getroffen wird.

Interesse am Leben der Patientinnen und Patienten, Höflichkeit und Geduld sowie auch „Schmäh führen“ und Offenheit wirken sich positiv auf die Beziehung aus. Während es wichtig ist, eine gute Beziehung zu den Patientinnen und Patienten aufzubauen ist auch die Wahrung einer gewissen Distanz äußerst wichtig. Aus dem Material wird dafür die Relevanz des „Sies“ hervorgehoben. Die Distanz kann je nach Aufenthaltsdauer variieren und ist damit auch Stationsabhängig. Manchmal ist es aber auch wichtig sich nicht zu distanzieren, sondern sich auf das Schicksal einzelnen Patienten oder Patientinnen einzulassen. *„Da will ich mich auch nicht distanzieren. Also von solchen Sachen möchte ich mich nicht distanzieren. Obwohl der Ausgang traurig ist, ist es trotzdem eine Bereicherung für mich. Da irgendwie einen Teil dazu beitragen zu können.“* (Interview 6: 68). Sich auf einzelne Schicksale einzulassen, wird auch als Strategie verstanden, um nicht mit allen mitleiden zu müssen und kann damit die allgemeine Distanzierung unterstützen.

Rahmenbedingungen der stationären Pflege

Unter der Kategorie *Rahmenbedingungen der stationären Pflege* sind die aktuellen Gegebenheiten zu verstehen, mit der sich die stationäre Pflege konfrontiert sieht. Dazu zählen die zunehmende Standardisierung aber auch der Ressourcenmangel in Form von Betten und Zimmern wie auch der Mangel an Personal und Zeit. Die Kategorie der Rahmenbedingungen

wirkt auf diverse Ansprüche. So wirken sowohl die zunehmende Standardisierung als auch Personal- und Zeitmangel negativ auf den Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen. Die Arbeit unter ständigem Zeitstress kann den Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit verletzt werden. Der, mit dem Personalmangel eng zusammenhängende Zeitmangel führt dazu, dass die Pflegenden ihre Tätigkeiten oft gehetzt durchführen, was sich beispielsweise durch falsches Heben auch auf die eigene Gesundheit auswirken kann. Die Rahmenbedingungen wirken jedoch nicht nur direkt auf die Anspruchskonstellationen, sondern auch indirekt, indem sie andere Kontextkategorien beeinflussen. So führen Personal- und Zeitmangel häufig zu einer „Abfertigung“ der Patientinnen und Patienten, was sich wiederum auch auf die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Patientinnen und Patienten auswirkt.

Die Rahmenbedingungen verändern sich immer wieder durch gesetzliche Vorgaben. Zu den letzten großen Veränderungen für die diplomierten Pflegekräfte zählen die Einführung und Digitalisierung der Dokumentationsarbeit und die Akademisierung des Pflegediploms. Mit der Akademisierung geht auch eine Veränderung des Tätigkeitsfeldes mit ein, die nicht von allen als positiv bewertet wird.

Aus dem Interview mit einer Stationsleitung geht auch Kritik hervor, die sich auf die abnehmende Transparenz, die Tendenz zur Absicherungsmedizin wie auch die zunehmende Standardisierung der Vorgänge, sogenannte SOP (standard operating procedure), bezieht.

Zur Veranschaulichung, wie die Pflegenden die aktuellen Rahmenbedingungen wahrnehmen, können die folgenden Interviewpassagen dienen: *„Ja Tiefs gibt es genug und die gibt es auch immer wieder und in letzter Zeit sehr viele“* (Interview 6: 10) *„Es arbeiten derzeit Leute in diesem Beruf, die sollten nicht mehr da arbeiten, das ist gefährlich. Aber wir haben halt keine Leute. Und deswegen arbeitet halt jeder weiter, kriegt gezahlt. Ich will meine Oma jetzt nicht im Spital wissen.“* (Interview 1: 96)

Aus dieser Passage lässt sich einerseits ein Verweis auf Personalmangel entnehmen, andererseits aber auch die damit verbundene Problematik, dass Fehlverhalten teilweise gar keine oder nicht ausreichende Konsequenzen nach sich ziehen.

Die in der Gesellschaft verbreitete Annahme, dass sich die Covid-19 Pandemie negativ auf die Situation der Pflege ausgewirkt hat ist falsch: *„In Wirklichkeit: es war vor Corona auch schon so und das hat keiner gesehen“* (Interview 8: 74).

Die Unzufriedenheit mit der aktuellen Pflegesituation ist besonders auf fehlende Ressourcen, sowohl in Form von Betten- bzw. Zimmer- als auch Zeit- und Personalmangel, zurückzuführen.

Der *Betten- und Zimmermangel* ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass viele Betten von „falschen“ Patientinnen oder Patienten belegt sind. Viele Betten werden von Patientinnen oder Patienten belegt, die noch nicht nach Hause gehen können, aber keine spezifische Pflege mehr benötigen. Deshalb sind auf der Station oft nicht ausreichend Betten vorhanden, die Pflegenden müssen mehr Tätigkeiten übernehmen, was zu Ressourcenmangel an anderen Stellen führt. Außerdem erhalten die zu Betreuenden keine bedürfnisgerechte Pflege, da es zu einer „Abfertigung“ kommt, um die Betten möglichst schnell freizubekommen. Dies führt in weiterer Konsequenz bei allen Beteiligten zu Unzufriedenheit. Das führt zu einer Forderung nach mehr Kurzzeitpflege, die auf Körperpflege spezialisiert sind.

Der *Zeitmangel* ist vor allem auf den Personalmangel zurückzuführen. Dieser führt dazu, dass sich die Pflegenden nicht ausreichend Zeit für die Patientinnen und Patienten nehmen können, was verheerende Konsequenzen haben kann, wie das folgende Beispiel illustriert:

„Ja das hat auch mit dem Personalmangel zu tun. Wir hatten auch eine Patientin, die noch nicht alt war und die eigentlich keine schlechte Diagnose hatte, keine schlechte Prognose hatte und die aber letzten Endes doch verstorben ist. Einfach aus dem Grund, weil sowohl die Pflege als auch die ärztliche Seite zu wenig auf den Patienten geschaut hat also die Patientin ist dann schlussendlich verstorben. Das wäre einfach nicht passiert, sie hatte eine Drainage, wenn irgendwer mal ein, ein- zweimal öfter auf diese Drainage geschaut hätte und geschaut hätte was da raus kommt und dass das übel riechend ist, dass das nicht gut aussieht. Das war aber sowohl pflegerisches Versagen also auch ärztliches Versagen, weil beide einfach nicht drauf geschaut haben. Da hinterfrag ich dann oft wirklich alles. Weil ich mir denk, es kann nicht sein, dass ein Mensch verstirbt, einfach weil die Situation leider so ist wie sie ist.“ (Interview 8: 14)

Hinzu kommt, dass auch den Auszubildenden nicht jene Zeit ermöglicht wird, die sie benötigen bzw. die ihnen zusteht. Um mit dem Zeitmangel umgehen zu können, spielt das Zeitmanagement der Pflegenden eine wichtige Rolle.

Der *Personalmangel* hat sowohl Pensionierungen als auch das frühzeitige Verlassen des Berufes vieler zur Ursache. Zusätzlich kommt deutlich weniger Personal nach. Das nachkommende Personal reicht weder aus, um die Verlassenden zu ersetzen, geschweige denn, den ohnehin veralteten Personalschlüssel zu verbessern.

Es gibt verschiedene Ausprägungen, nach denen der Personalmangel variiert. So schwankt die Personalauslastung bzw. der Personalmangel sowohl zwischen verschiedenen Krankenhäusern also auch zwischen Stationen. Meist wird von einem allgemeinen Pflegemangel gesprochen,

dieser bezieht sich aber besonders auf die diplomierte bzw. akademisierte Pflege. Wie belastend die Personalausfälle empfunden werden, hängt auch vom Personalschlüssel und der Normalbesetzung einer Station ab. Je größer die Station, umso weniger problematisch werden einzelne Ausfälle wahrgenommen. Aus dem Material geht zusätzlich hervor, dass es immer wieder Phasen gibt, in denen es zu Extremausfällen kommt. Besonders auf kleineren Stationen können Krankenstände in den Sommer- also Urlaubsmonaten für die „übriggebliebenen“ diplomierten Pflegenden eine große Belastung sein.

In Phasen von Extremausfällen können Betten gesperrt oder auf anderen Stationen nach Personal gesucht werden, die (noch) einspringen können. Auch die Stationsleitung und deren Stellvertretung springen je nach Station im Notfall ein. Zu den Konsequenzen des Personalmangels zählen unter anderem die Unmöglichkeit, die Nachtgut- oder normalen Überstunden abzubauen oder das nicht zur gewünschten Zeit auf Urlaub fahren zu „dürfen“. Ein starker Personalmangel kann auch dazu führen, dass Pflegende aus rechtlicher Sicht nicht mehr einspringen dürfen, da sonst die Wochenruhe, im Extremfall auch die Ersatzruhe, nicht eingehalten werden kann. Weitere Konsequenzen sind „gefährliche Pflege“ und milde Konsequenzen bei Fehlverhalten der Pflegenden. Auch das Gefühl, im Stich gelassen zu werden und Verzweiflung werden durch den Personalmangel verstärkt.

Arbeitsbedingungen

Die Kategorie *Arbeitsbedingungen* umfasst sowohl die Arbeitszeit als auch die erlebten Formen der Belastung durch den Beruf. Die Arbeitsbedingungen wirken als Kontext besonders auf den Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit sowie den Anspruch auf Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben. Die Arbeitsbedingungen wirken vor allem, durch die geringer Chance der Erfüllung – unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen, denen die Pflegenden ausgesetzt sind – dieser beiden Ansprüche und verschiebt so die Forderung dieser beiden Ansprüche zu einer Forderung nach mehr Entlohnung, sofern die anderen Ansprüche nicht erfüllt werden können.

Die Arbeitsbedingungen werden von den Betroffenen oft als grenzwertig und belastend beschrieben, was sich in Gefühlen äußert an manchen Tagen nur noch eine Maschine zu sein. Auch der Verlust von Zeitgefühl scheint bei Pflegenden, die im Schichtdienst arbeiten nicht unüblich: „Zu Dienstbeginn gehe ich in die Zimmer und sage, >>guten Morgen<< oder >>guten Abend<<. Manchmal verwechsle ich auch, was gerade ist.“ (Interview 1: 90).

Schichtdienste sind körperlich sehr anstrengend was durch Probleme bei der Umstellung von Tag und Nacht erklärt wird und zu Herzrhythmusstörungen führen kann. Dazu kommen

Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und den Schichtdiensten, was – wie weiter oben bereits erwähnt – bei nicht „kooperativen“ Partnerinnen oder Partner zu einem Zerbrechen der Beziehung führen kann. Aus dem Interview mit dem Betriebsratsmitglied aber auch mit Pflegenden geht hervor, dass der Schichtdienst nicht nur negativ bewertet wird. Besonders freie Tage zu haben, während alle anderen Arbeiten wird, beispielsweise in Hinsicht auf Termine bei einem Arzt oder Ärztin oder Thermenbesuche als positiv bewertet.

Auf Stationsebene lassen sich Unterschiede in den Arbeitsbedingungen feststellen, wie beispielsweise in Form einer (nicht) vorhandenen Klimaanlage. Es gibt Stationen, die in allen Krankenhäusern durchgehend klimatisiert sind und welche, die je nach Krankenhaus klimatisiert sind oder nicht, was besonders in den heißen Sommermonaten als große Belastung wahrgenommen wird.

Die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf die Arbeitsbedingungen umfassen einerseits Extrastationen und verschobene OPs etc. andererseits aber auf nicht direkt von Covid betroffene Stationen wurden die Arbeitsbedingungen erschwert, zum Beispiel durch das Tragen von Schutzkleidung. Das Tragen einer Maske in Kombination mit dem Nichtvorhandensein einer Klimaanlage erschwert die Arbeit deutlich.

Aus dem Interview mit einer Stationsleitung geht hervor, dass die Covid-19 Pandemie zu Unmut bzw. der Unzufriedenheit der Pflegenden beigetragen hat, und als eine „Ausrede“ verwendet wird, um sich über die Gegebenheiten zu beschweren.

Unter weiteren Rahmenbedingungen sind Hygienevorgaben, aber auch Abläufe, die durch bürokratische Vorgaben stark verkompliziert werden zu verstehen.

Auch die Ausstattung und/oder Räumlichkeiten werden als problematisch beschrieben. Dazu zählen teilweise veraltete Geräte und zu kleine Räume bzw. zu viele Betten für die Raumgröße.

Die Arbeitszeit ist ein äußerst wichtiges Merkmal der Arbeitsbedingungen der Pflege. Wie schon weiter oben erwähnt, gehen verschiedene Probleme, wie Vereinbarkeit mit Familie (*„Weil wenn Sie 12h im Dienst sind, sind Sie nicht 12h noch einmal zu Hause.“ (Interview 5, Pos. 16)*), aber auch körperliche Auswirkungen, mit dem Schichtdienst einher.

Neben dem Schichtdienst wird besonders das ständige, dem Personalmangel geschuldete, Einspringen als große Belastung empfunden. Dabei wird häufig nicht nur das Einspringen selbst, sondern schon allein das Anfragen, ob eingesprungen werden kann als Belastung empfunden. Die Bereitschaft einzuspringen, unterscheidet sich zwischen den verschiedenen

Pflegenden. Mit zunehmender Berufserfahrung scheint gelernt zu werden, nicht mehr jeden möglichen Dienst zu übernehmen, um auf die eigene Gesundheit zu achten.

Bei der Übernahme von Diensten kann zwischen einem Einspringen im Sinne eines vorgezogenen Dienstes und einem angeordneten Dienst unterschieden werden. Das ist eine wichtige Unterscheidung, da angeordnete Dienste besser entlohnt werden. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten im Umgang mit Überstunden. Es besteht sowohl die Möglichkeit sich die Überstunden ausbezahlen zu lassen als auch diese in Form von Zeitausgleich abzubauen. Die Entscheidung liegt offiziell bei den Pflegenden, sie wird ihnen aber häufig von den strukturellen Gegebenheiten abgenommen und ausbezahlt, da teilweise nicht genügend Personal vorhanden ist, um die Überstunden in Form freier Tage abzubauen. Nachtgutstunden, wovon jeweils zwei pro Nachtdienst gesammelt werden, können ausschließlich in Form von Zeit konsumiert, was zu hoher Akkumulation von Nachtgutstunden führen kann.

Die zu leistende Arbeit wird im Dienstplan festgehalten, dessen Verlässlichkeit variiert. Dabei lassen sich sowohl Stationsunterschiede als auch Unterschiede nach Jahreszeit feststellen. Dienstpläne in den Sommermonaten sind oft unzuverlässiger da krankheitsbedingte Ausfälle auf Grund der Urlaube deutlich stärkere Auswirkungen haben. Damit gehen häufig kurzfristige Dienständerungen einher, die sich auf die Planbarkeit der eigenen Freizeit auswirken.

Im Idealfall können die Arbeitszeiten als Pflegekraft flexibel gewählt werden, was von vielen sehr positiv bewertet wird. Mit der Entscheidung für eine Station geht auch die Entscheidung nach Dienstzeiten einher. Während auf Bettenstationen Schichtbetrieb herrscht, gibt es andere Stationen, wie beispielsweise auf einer Ambulanz, auf der die „Normalarbeitszeiten“ Montag bis Freitag von in der Früh bis am Abend gelten.

Flexibilität der Arbeitszeiten beinhaltet aber auch die Flexibilitätsforderung, die an die Angestellten gestellt wird, was sich besonders auf die spontane Übernahme von Diensten bezieht.

Die Arbeit in der Pflege wird als äußerst anstrengend beschrieben, sowohl physisch als auch psychisch.

Zu körperlichen Belastungen zählen „klassische“ Probleme, die auf schweres Heben und Tragen zurückgeführt werden können wie beispielsweise Bandscheibenvorfälle, womit sowohl das jüngere als auch das ältere Personal zu kämpfen hat. Auch wird festgehalten, dass die körperlichen Belastungen zunehmen, da die Patientinnen und Patienten immer schwerer und schlechter werden. Die körperlichen Belastungen werden durch die Personalmangel verstärkt,

da weniger Zeit bleibt sich von den Belastungen zu erholen. Auch andere Tätigkeiten, die kein schweres Heben oder Tragen beinhalten können ins Kreuz gehen, wie das Wechseln von Verbänden, das bis zu zwei Stunden andauern kann, wobei auch das Hochstellen des Bettes nichts bringt. Die körperlichen Belastungen können mit der Antwort auf die Frage, ob der Beruf körperlich anstrengend ist, zusammengefasst werden: „*Na total ich sage ja: ein Wrack nach ein paar Jahren*“ (Interview 7, Pos. 45). Die körperlichen Belastungen können je nach Station variieren. Auch Probleme mit dem Schlafrhythmus und dem Herzmuskel werden mit dem Arbeiten in Schichtdiensten in Verbindung gebracht.

Eine weitere Einschränkung der körperlichen Bedürfnisse ist der Zeitmangel, der Essen, Trinken und auf die Toilette gehen erschwert.

Weder die 12h Schichten noch die Tag- und Nachtdienste werden per se nicht als negativ oder belastend wahrgenommen. Teilweise werden sogar mehr Nachtdienste als verfügbar sind gewünscht. Nachtdienste werden tendenziell als ruhiger, weniger aufgeregt und anstrengend wahrgenommen, sie können aber stark in Intensität variieren. Anstrengende Nachtdienste sind deutlich anstrengender, da im Nachtdienst weniger Personal vorhanden ist. Als anstrengend werden meist nicht die Nachtdienste selbst wahrgenommen, sondern vielmehr der Wechsel zwischen Tag- und Nachtdienst an die sich der Körper gewöhnen muss.

Auch die *emotionalen bzw. psychischen Belastungen* lassen sich nicht auf einzelne Belastungsquellen reduzieren. Primär kann unterschieden werden inwiefern die einzelnen Schicksale der Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden. Dabei spielt vor allem Mitgefühl und die Möglichkeit sich distanzieren zu können eine Rolle. Ein anderer wichtiger Faktor sind aber auch die eigenen Überlastungen, die auf den permanenten Personalmangel zurückgeführt werden können, was sich unter anderem in ständigem Stress ausdrückt: „*Natürlich hast du Tage, wo du dir denkst: >>ich habe jetzt den vierten 12,5h Dienst, ich kann nicht mehr<<. Wirklich da läufst du wie eine Maschine, dein Kopf ist voll. Aber dann denke ich mir, du musst trotzdem deine Arbeit machen*“ (Interview 7, Pos. 10)

Auch die getragene *Verantwortung* wird von einigen als große Belastung wahrgenommen. Wenn in der Pflege ein Fehler passiert, kann das ein Menschenleben kosten, was in weitere Folge der betroffenen Pflegekraft auch den Beruf und damit die Zukunft kosten kann. Die große Verantwortung wird aber auch positiv bewertet und führt zu dem Gefühl etwas Wichtiges zu machen.

Stationsbedingungen

Unter der Kategorie *Stationsbedingungen* sammeln sich sowohl die Stationsregeln und Spezifika als auch die Gründe, die die Interviewten auf ihren Stationen halten. Außerdem werden das Verhältnis zur Stationsleitung und das Teamgefüge unter den Stationsbedingungen gefasst. Die Stationsbedingungen wirken als Kontext auf verschiedene Ansprüche. So sind, wie auch weiter oben näher beschreiben, sowohl das Team als auch die Stationsleitung wichtige Bezugsgruppen für Anerkennung. Die Stationsspezifika wirken stark auf die Ansprüche auf Erhalt der eigenen Gesundheit und die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben. Denn mit der Stationsgröße variiert auch die Häufigkeit individueller Dienstübernahmen da größerer Stationen ein größerer Personalpool zur Verfügung steht. Auch der Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen wird auf besser besetzten Stationen eher erfüllt als auf niedrig oder gar unterbesetzten Stationen.

Stationsspezifika

Die *Stationsspezifika* unterscheiden sich nicht nur in ihrem Zuständigkeitsbereich, sondern auch in anderen Merkmalen. Dazu zählt der Personalschlüssel, der die Anzahl an Pflegenden pro Station festlegt und damit auch das Verhältnis von Diplomierten zu Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz. Auch die Intensität variiert zwischen den einzelnen Stationen von körperlich sehr anstrengenden bis körperlich wenig anstrengenden Stationen.

Zu den *Stationsregeln* zählen offizielle Regeln wie das ordentliche Tragen der Dienstkleidung sowie Hygienevorschriften, die das Tragen von Ketten noch Ringe verbieten und das Zusammenbinden langer Haare voraussetzen (alles, was möglicherweise in Wunden hängen könnte, ist verboten) sowie inoffizielle Regeln wie das Wertlegen auf Höflichkeit.

Zusätzlich gibt es anlassbedingte Sonderregelungen wie das Tragen einer Maske oder einer sehr dringlichen Empfehlung zur Impfung zu Zeiten von Covid-19. Diese Regeln können zwar zwischen den einzelnen Stationen leicht variieren, gelten aber im Großen und Ganzen im ganzen Krankenhaus.

Bei der Dienstplangestaltung gilt die inoffizielle Regel aufeinander Rücksicht zu nehmen. Dabei wird zwischen freier Dienstplangestaltung und nach Prioritätengruppen unentschieden. Überall gilt es die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, wie das Einhalten von Wochenruhezeiten.

Das Stationsklima kann sich je nach Station unterscheiden, in allen Interviews wird jedoch das besonders gute Klima der eigenen Station und damit des Teams betont.

Stationsleitung

Die Stationsleitung ist einerseits für viele der stationsspezifischen Bedingungen verantwortlich, gibt aber auch Feedback und kann damit auch Anerkennung vermitteln.

Das Verhältnis zur Stationsleitung setzt sich aus verschiedenen Eigenschaften zusammen. Dazu zählen Führungsstil und die Charakteristika der Leitung. Eine gute Beziehung ist durch gegenseitige Wertschätzung geprägt, eine schlechte kann einen Stations- oder Krankenhauswechsel zur Konsequenz haben. Je nach Beziehung gestalten sich auch die Feedbackmöglichkeiten. Um die Beziehung zur Stationsleitung zu verbessern, orientieren sich einige an dem, was der Leitung wichtig ist.

Die *Führungsstile* lassen sich in einen laissez-fairen und einen leitenden Führungsstil unterscheiden. Aus den geführten Interviews geht hervor, dass die Stationsleitung viele Freiheiten überlässt, z.B. in der Dienstplangestaltung. Dem Interview mit der Stationsleitung ist allerdings zu entnehmen, dass viele Pflegenden Richtlinien gegenüber Freiheiten bevorzugen. Weiters kann der *Führungsstil* sowohl zurückhaltend als auch unterstützend sein. Unter zurückhaltend ist vor allem die Zurückhaltung aus dem Tagesgeschäft zu verstehen. Ein unterstützender Führungsstil kann sich sowohl auf eine private als auch auf eine berufliche Ebene beziehen. Unterstützung im privaten Bereich umfasst zum Beispiel das Aufmerksam sein und Nachfragen wie es den Pflegenden geht, in Ausnahmesituationen wird auch eine frühzeitige Dienstbeendigung oder ein verspäteter Dienstbeginn ermöglicht. Die Unterstützung auf beruflicher Ebene umfasst die Mitarbeit bei Pflgetätigkeiten, was von den Pflegenden sehr positiv gesehen wird. Dazu zählt einerseits die Hilfe am Bett, wenn viel zu tun ist, aber auch die Übernahme ganzer Dienste, wenn sonst niemand gefunden wird, der/die einspringen kann. Die Einbindung in *Entscheidungsprozesse* spielt für die Pflegenden eine wichtige Rolle. Das kann von Entscheidungen zu kleinen Veränderungen, wie dem Aufhängen eines Regals bis hin zu Extremsituationen wie Entscheidungen über die Zukunft der Station. Je nach Stationsgröße kann die Einbindung in Entscheidungsprozesse variieren, da es mit zunehmender Stationsgröße schwieriger wird gemeinsame Entscheidungen zu treffen. Werden die Pflegenden gar nicht in Entscheidungen eingebunden, wird das als verletzend wahrgenommen.

Teamgefüge

Der Umgang innerhalb des Teams kann gut oder schlecht sein und ist wichtig für das Klima im Team und bietet damit einen wichtigen Kontext. Viele verweisen auch auf ihr Team, als Antwort auf die Frage, was sie im Beruf hält. Der Umgang im Team ist Ergebnis von Kommunikation, möglicher Konflikte sowie den Anforderungen, die an die anderen im Team

gestellt werden und inwiefern diese erfüllt werden. Der Rahmen des Umgangs wird meist von stressigem Alltag, Kritikfähigkeit, Veränderungen im Team und der Zusammenarbeit definiert. Um den Umgang im Team zu verbessern können Supervisionen in Anspruch genommen und „Schmäh geführt“ werden. Gemeinsame private Unternehmungen und ein professioneller Umgang miteinander können den Umgang ebenfalls verbessern.

Die Konsequenzen des Umgangs miteinander sind Zusammenhalt und gegenseitiges Unterstützen sowie gute zwischenmenschliche Beziehungen. Ein schlechter Umgang kann Problemen, Ungeduld und Verständnislosigkeit für Fehlverhalten zur Konsequenz haben. Ein hoher Zusammenhalt kann sich auf den Anspruch auf Anerkennung auswirken, da sich die Pflegenden als Teil des Teams anerkannt fühlen. Außerdem wirkt ein Zusammenhalt auch auf den Anspruch nach Erhalt der eigenen Gesundheit und Erholung. Dabei muss betont werden, dass das Teamgefüge durch gegenseitiges Unterstützen (und Urlaube, Erholung ermöglichen) einerseits positiv auf die Erfüllung der Ansprüche wirkt. Andererseits aber kann sich durch starken Zusammenhalt das Gefühl, die anderen im Stich zu lassen, ausprägen, was eine häufigere Dienstübernahme – auf Kosten der Erholung – zur Konsequenz haben kann.

Arbeitsalltag und Tätigkeitsfeld

Der Arbeitsalltag der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften ist von einer hohen Arbeitsdichte und einer Vielzahl an Aufgaben sowie einem breiten und abwechslungsreichen Tätigkeitsfeld gekennzeichnet. *Arbeitsalltag und Tätigkeitsfeld* wirken damit auf eine Vielzahl von Ansprüchen. Die vielen Aufgaben wirken auf den Anspruch, als eigenständige Berufsgruppe wahrgenommen zu werden, da sie einen deutlichen größeren Aufgabenbereich haben als viele andere Berufsgruppen. Gleichzeitig führt das breite Aufgabenfeld dazu, dass die Tätigkeiten oft nicht eindeutig abgegrenzt sind. Besonders in Kombination mit den Rahmenbedingungen (Zeit- und Personalmangel) wirken Arbeitsalltag und Tätigkeitsfeld – besonders die Arbeitsdichte – auf den Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen.

Arbeitsdichte

Die hohe Arbeitsdichte, und der meist ohnehin knapp bemessenen Personalschlüssel wird als sehr anstrengend wahrgenommen, besonders im Fall von Unterbesetzung. Dies wird von den Pflegenden als verletzend wahrgenommen: „*Was auch schlimm ist, ist zum Beispiel wir sind unterbesetzt und es sollen keine Betten gesperrt werden. Es wird jetzt davon ausgegangen, dass wir einfach mit zu wenig Personal laufen und das kann auch nicht sein.*“ (Interview 2: 67).

Die hohe Arbeitsdichte hat auch Auswirkungen auf die Möglichkeiten, einander zu unterstützen, weil auf allen Seiten sehr viel Arbeit anfällt.

Nachtdienste variieren stark in ihrer Intensität, sind aber ruhiger als Tagesdienste und deshalb niedriger besetzt. Das liegt daran, dass es keine Visiten gibt, die gegangen und ausgearbeitet werden müssen. Außerdem gibt es mehr „Luftlöcher“ und weniger Glocken. Je nach Station variieren Nachtdienste auch nach Wochentag. Da Operationen nur unter der Woche stattfinden, sind die Wochenenden oft ruhiger, insofern weniger Patientinnen und Patienten im Krankenhaus bleiben.

Aber auch Nachtdienste können nervenaufreibend und anstrengend sein. Da in den Nachtdiensten weniger Personal anwesend ist, werden Akutaufnahmen oder schwierige Patientinnen oder Patienten als deutlich anstrengender wahrgenommen.

Abwechslungsreiches Tätigkeitsfeld

Diplomierte Pflegekräfte haben nicht nur einen Aufgabenbereich, sondern sind als *Allround*-Arbeitskräfte zu verstehen. In ihren Tätigkeitsbereich fällt die Arbeit am Bett, Dokumentationsarbeit, die Rolle als Knotenpunkt und Wissensvermittlung. Zusätzlich werden teilweise weitere freiwillige Aufgaben übernommen. Dazu zählen unter anderem das Schneiden von Haaren, Fuß- und Fingernägeln oder auch das Auftreiben von Schulsachen für minderjährige Geflüchtete.

Arbeit am Bett

Im Laufe des Ausdifferenzierungsprozesses hat sich die *Arbeit am Bett* verändert und Diplomierte haben zunehmend medizinische Tätigkeiten – wie Blutdruckmessen, Blutabnehmen, Zugänge stechen, etc. – übernommen.

Der Großteil dessen, was in der Gesamtgesellschaft als „Krankenschwesternarbeit“ verstanden wird, wird von Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz übernommen. Dazu zählt je nach Mobilitätsgrad (von *nicht mobil*: benötigen viel Unterstützung, bis *voll mobil*: brauchen wenig bis gar keine Unterstützung) unter anderem das Waschen und frisch machen der zu Pflegenden sowie das Unterstützen beim Essen. Die Reduktion der Arbeit am Bett wird nicht von allen als positiv wahrgenommen und viele vermissen die Arbeit am Bett: „*Es ist manchmal ein bisschen schwierig, also das vermissen wir schon auch sehr. Diese patientennahen Tätigkeiten manchmal hast du ewig keinen Waschlappen in der Hand. Also das hat sich sehr gewandelt ja*“ (Interview 6: 16).

Andere freuen sich sehr über die Möglichkeit, nicht mehr „nur“ noch für Waschen und Körperpflege zuständig zu sein, sondern auch ehemals ärztliche Tätigkeiten übernehmen zu können: *„Es ändert sich halt einiges, weil die Diplomierten, die werden halt immer weniger am Bett stehen müssen, sondern werden halt immer mehr in die Medizin hineingezogen.“* (Interview 4: 58). Den meisten geht die Arbeit am Bett aber ab und sie würden sich mehr Zeit mit bzw. für die Patientinnen und Patienten wünschen. Dies äußert sich vor allem in Aussagen zu mangelnder Zeit für die Betreuung der Patientinnen und Patienten.

Dokumentationsarbeit

Ein weiterer wichtiger bzw. zunehmend wichtiger Aufgabenbereich der Diplomierten ist die *Dokumentationsarbeit*. Für viele ist die Dokumentation eine lästige Tätigkeit, die unnötig viel Zeit in Anspruch nimmt, welche von den Betroffenen lieber in die zu Betreuenden „am Bett“ investiert werden würde. Dies führt zu Ärger über Dokumentationsarbeit, den eine Interviewte wie folgt zum Ausdruck bringt: *„Was ist das Problem in Österreich? Die Bürokratie, das ist das große Problem. Diese vielen Dokumentationen. Das müssen wir machen, an das müssen wir uns halten. Da bin ich gar nicht mehr beim Patienten.“* (Interview 7: 30).

Die Dokumentationsarbeit wird nicht mehr handschriftlich, sondern am Computer durchgeführt. Weiters ist diese nicht mehr in eigenen Worten zu verfassen, sondern wurde standardisiert, was von manchen als Erleichterung, von anderen als Verlust des Individuellen und Persönlichen verstanden wird. Besonders für jene, die weniger EDV-Kenntnisse aufweisen ist die Standardisierung der Dokumentationsarbeit ein Problem und ein mühsamer Prozess.

Auf der anderen Seite wird die Dokumentationsarbeit von vielen als Absicherung und daher als sehr wichtig empfunden. Durch das Dokumentieren der eigenen Tätigkeiten kann im Nachhinein nachvollzogen werden, wann wie welche Schritte gesetzt wurden, was die Pflegenden bei Komplikationen unterstützen soll. Auch wenn das Dokumentieren unterschiedlich bewertet wird, zieht sich das Motto: *„Was nicht dokumentiert ist, ist nicht passiert“* (Interview 1, Pos. 64) durch einen Großteil des Materials, unabhängig davon, wie die Dokumentationsarbeit bewertet wird. Das Dokumentieren gibt ein Gefühl von Sicherheit, was in einem Interview auch mit dem amerikanischen System verglichen wird, in dem alle Angst vor Konsequenzen haben würden. Die Relevanz des Dokumentierens wird zwar anerkannt, sei es auch nur in Form wie im oben genannten Zitat, sehen manche die Dokumentationspflicht doch als eine Form der Überwachung: *„Das war früher handschriftlich, da sind sie*

irgendwann gekommen kontrollieren, stichprobenartig und jetzt können sie uns voll beobachten.“ (Interview 7: 24).

Die Menge an Dokumentationsarbeit nimmt zu, das Ausmaß der Dokumentationsarbeit variiert aber sowohl zwischen den Stationen als auch zwischen den einzelnen Pflegenden. Zwischen den Stationen gibt es enorme Unterschiede. Am stärksten kann zwischen Ambulanz- und Bettenstationen unterschieden werden da es in ambulanten Stationen keine Übergaben von Tag- und Nachtdiensten gibt, wird die Dokumentationsarbeit deutlich reduziert. Die Dokumentationsarbeit steigt sowohl mit der Zahl an Patientinnen und Patienten als auch mit der Verweildauer, im Krankenhaus.

Auch zwischen einzelnen Personen der gleichen Station kann sich die zur Dokumentation aufgewandte Arbeitszeit stark unterscheiden. Der Zeitaufwand variiert und kann daher von den meisten nicht überschlagen werden. Die Schätzungen reichen von einem Arbeitsaufwand von 1-2 Stunden pro 12h Schicht bis hin zu 30-70% oder 20-80%, wobei die 20-30% für die Arbeit am Bett zur Verfügung stehen. Die aufzuwendende Zeit ist einerseits abhängig von den Computerkenntnissen. Andererseits auch von der Gründlichkeit bzw. der Genauigkeit bei der Dokumentation. Dabei stehen jene Personen, die alles bis ins kleinste Detail dokumentieren, jenen gegenüber, die nur das Notwendigste erfassen: *„Ich bin nicht diejenige, die jetzt wirklich alles detailgetreu dokumentiert. Also man könnte sicher mehr dokumentieren sage ich ehrlich dazu. Es gibt Kollegen die wirklich alles bis ins Detail dokumentieren“ (Interview 8: 28).* Dabei wird deutlich, dass verschiedene Personen verschieden viel Zeit für die Dokumentation aufwenden. Dies hängt von der Relevanz, die der Dokumentationsarbeit zugeschrieben wird, ab.

Zur Dokumentationsarbeit sind die Diplomierten häufig auf Informationen angewiesen, welche sie von den Assistenzberufen erhalten. Im Extremfall wissen die Diplomierten (aus eigener Erfahrung) nicht, ob die Patientinnen und Patienten in der Lage sind, sich selbst zu waschen. Die Diplomierten müssen damit auch dokumentieren, worüber sie nicht genau Bescheid wissen. Die Planung und Beurteilung eines Patienten oder einer Patientin hängt somit oft von dem ab, was die Pflege(fach-)assistenz erzählt. Die Diplomierten müssen sich daher auf die Auskünfte verlassen können, was zu den Schwierigkeiten führen kann.

Organisations- und Koordinationsarbeit

Die Diplomierten können als „Knotenpunkt“ oder Informationszusammenfluss verstanden werden, wodurch ihnen auch eine große Organisations- und Vermittlungsrolle zugeschrieben wird. Bei den Diplomierten laufen sowohl die Informationen von der Visite und dem ärztlichen

Fachpersonal aber auch alle Informationen der Assistenzberufe, die näher an den zu Betreuenden arbeiten (waschen, frischemachen etc.) zusammen.

Das führt dazu, dass die Diplomierten einen ständigen Überblick bewahren müssen. Dieser ständige Überblick wird auch vor und während der Interviews selbst deutlich. Während verschiedenen Interviews kam es immer wieder zu kurzen Unterbrechungen durch Fragen nach Abläufen, Umgangsweisen oder kurzen Anordnungen. Die Fähigkeit, den Überblick zu bewahren, ist zu Beginn schwierig und ist Ergebnis eines Lernprozesses oder in den Worten einer Interviewten:

„Trotzdem ist das natürlich etwas anderes, weil man dann auf einmal die ersten Hauptdienste übernehmen muss. Wenn man auf einmal eine volle Station hat mit 29 Patienten und man muss dann wirklich anfangen zu lernen, einen Überblick zu bewahren und dass man schaut: >>okay auf den Patienten muss ich mich mehr konzentrieren als auf den anderen<< also auch wirklich das Prioritäten setzen lernen“ (Interview 8, Pos. 6)

Das Überblickverschaffen bzw. das Einholen von Informationen, passiert sowohl durch das selbstständige Durchgehen und mit den Patientinnen und Patienten reden als auch in Rücksprache mit der Pflege(fach)assistenz. Sich selbstständig den Überblick zu verschaffen wird präferiert, da es so zu weniger Informationsverlust kommt. Dafür reicht die Zeit aber häufig nicht aus.

Das Übernehmen von Verantwortungen wird von einigen als großer Vorteil und besondere Form der Wertschätzung gesehen. Von anderen wird die hohe Verantwortung als große Belastung betrachtet und führt zu Frustration.

Genauso wichtig wie die Zusammenarbeit mit Assistenzberufen ist auch die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten. Eine wesentliche Form der Zusammenarbeit ist jene bei der Visite. Auch hier müssen die Diplomierten ständig den Überblick bewahren, da Visiten gleichzeitig auch der Informationsgewinnung dienen. Die Visiten dauern unterschiedlich lange, benötigen aber nach der eigentlichen Visite noch Zeit zur Ausarbeitung.

Es zeigt sich, dass diverse Aufgabenbereiche der verschiedenen Berufsgruppen bei den Diplomierten zusammenlaufen, wodurch ihnen eine hohe Verantwortung übertragen wird, welche sie dazu zwingt, einen ständigen Überblick zu bewahren

Wissensvermittlung

Ein weiterer Tätigkeitsbereich ist die *Wissensvermittlung*. Diese bezieht sich besonders auf die Arbeit als Praxisanleitung. Die Einschulungstätigkeiten sind aufwendig und nehmen viel Zeit

und Energie in Anspruch. Viele der Praxisanleitenden nehmen nicht nur die Einschulung in die Arbeitsprozesse als ihre Aufgabe wahr, sondern fühlen sich häufig auch in einer „Erziehungsrolle“ für die Auszubildenden im Umgang mit den Patientinnen und Patienten. Besonders als Praxisanleitung hat man eine Vorbildfunktion, was die Arbeitsprozesse erschwert, insofern sich das in der Ausbildung Gelernte häufig von der Praxis unterscheidet.

Eine weitere Form der Wissensvermittlung steht im Kontext mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen. Diese können von diabetologischen und diätologische Schulungen bis hin Zur Aufklärung über heilungsprozessfördernde bzw. -verlangsamende Handlungen reichen.

Arbeitsteilung

Wie auch bei den verschiedenen Tätigkeitsfeldern beschrieben, verändern sich die Zuständigkeiten der Pflegenden. Die Diplomierten übernehmen zunehmend medizinische und organisatorische Tätigkeiten. Die Fachassistenz bekommt zu ihren pflegerischen Tätigkeiten auch die Möglichkeiten, Blutabnehmen oder Infusionen abzuhängen, wie auch teilweise das Stechen von Zugängen (z.B. Venflons). Dabei handelt es sich um die offiziellen Zuständigkeiten. Diese Zuständigkeiten waren früher weniger stark ausdifferenziert bzw. wurden sie weniger streng umgesetzt.

Die Veränderungen werden von manchen positiv, von anderen weniger positiv aufgefasst, da sich der Tätigkeitsbereich der Diplomierten zunehmend vom Bett entfernt. Auch kann die reine Ausführung von Dokumentationsarbeit und Pflegeplanung zu einem schlechten Gewissen führen, wenn die (Fach-)Assistenz mit der vielen Arbeit am Bett allein gelassen wird.

Aufgaben werden sowohl an die Assistenzberufe weitergegeben, aber auch die Auszubildenden werden auf Grund mangelnder Zeit dazu angehalten, Aufgaben zu übernehmen. Dies wird von den Diplomierten oft kritisiert, insofern die Auszubildenden häufig keine Aufgaben übernehmen, die ihrer Ausbildung entsprechen, sondern jene der Assistenzberufe. Das führt in weitere Folge dazu, dass zukünftige Kolleginnen und Kollegen nicht optimal ausgebildet sind:

„Das sind ja unsere zukünftigen Kollegen und viele schwimmen einfach so mit oder >>du weißt eh was du zu tun hast, oder? << wir müssen jetzt einmal alle huschi huschi fertig machen und dass alle sauber sind und hin und her. Diese eigentliche Anleitung oder dieses Neues-Lehren ist gar nicht so einfach, in dem Moment“ (Interview 6: 20)

„Da werden die Auszubildenden oft für die HelferIn-Tätigkeiten hergezogen, obwohl sie eine Diplomierten-Ausbildung machen. Aber wenn

die Pflegehelferinnentätigkeiten durchführen, dann kann sie nicht das lernen, was sie als Diplomierte lernen muss. Wenn sie das nicht lernt und die Ausbildung dann abgeschlossen hat, dann kann sie eigentlich nichts und ist dann eigentlich nicht arbeitsfähig“ (Interview 10: 28)

Eigenschaften und Werte

Die Kategorie *Eigenschaften und Werte* umfasst sowohl Werte als auch persönliche Eigenschaften sowie jene Eigenschaften, die als Voraussetzungen für den Beruf verstanden werden. Zu den Werten zählt Wert auf Höflichkeit und Respekt, was besonders auf den Anspruch auf Anerkennung wirkt. Die Beurteilung von Regelgebundenheit wirkt vor allem auf die Strategie *Adaption der Arbeitsweise*, die unter anderem auf einer Ausnutzung von Graubereichen basiert. Viele der beschriebenen Eigenschaften, wie beispielsweise Opferbereitschaft und das Hintanstellen der eigenen Bedürfnisse, können als Erklärung für die Bereitschaft der Verlagerung von Ansprüchen verstanden werden. Eigenschaften, die zu den Voraussetzungen für den Beruf zählen wirken teilweise auf die Ansprüche – wie zum Beispiel die Möglichkeit sich vom Schicksal der Patientinnen und Patienten zu distanzieren auf den Anspruch zum Erhalt der eigenen Gesundheit wirkt – teilweise aber auch auf andere Kontextkategorien. So bildet Empathie beispielsweise eine wichtige Säule zum Aufbau einer guten Beziehung sowohl zu den Patientinnen und Patienten als auch zu dem ärztlichen Fachpersonal als auch dem Team und der Leitung.

Zu den viel genannten und verbreiteten persönlichen Eigenschaften zählen Dankbarkeit, Willensstärke und Unvoreingenommenheit. Auch Flexibilität, Direktheit und Strenge werden als Eigenschaften der Pflegenden genannt. Eine weitere wichtige Eigenschaft ist die Hilfsbereitschaft, die sich auch während der Interviews, beispielsweise durch das Nachfragen, ob die Aufnahme weiterläuft, wenn das Interview unterbrochen wurde, gezeigt hat. Außerdem sind Opferbereitschaft und das Hintanstellen der eigenen Bedürfnisse verbreitete Eigenschaften. Auch Professionalität ist relevant, besonders bezogen auf den Umgang mit Personen, zu denen keine gute Beziehung besteht, sowohl im Team als auch mit den zu Betreuenden. Auch Eigenständigkeit ist eine relevante Eigenschaft, die die Kommunikation der eigenen Bedürfnisse wie auch ein selbstständiges Einfordern beinhaltet.

Die Voraussetzungen für den Beruf sind jene Eigenschaften, die von den Pflegenden als Voraussetzung verstanden bzw. beschrieben werden. Dazu zählen Kompromissbereitschaft und Entscheidungsfähigkeit. Besonders wichtig ist Empathie und den Beruf aus Liebe bzw. Überzeugung zu machen. Diese Eigenschaften werden häufig auch als eine Form der

„Begabung“ dargestellt, die man haben muss. Nicht nur Begabung, sondern auch Lernfähigkeit wird als eine wichtige Voraussetzung für den Pflegeberuf verstanden. Dafür ist es wichtig, sich Fehler eingestehen zu können. Die Distanzierung sowohl zu den Schicksalen der Kranken selbst als auch eine allgemeine Distanzierung außerhalb des Krankenhauses werden bei den meisten erst durch einen Lernprozess möglich. Als weitere Form des Lernens kann die *Abhärtung* verstanden werden, die sich sowohl auf die eigenen Emotionen als auch auf die körperliche Leistungsfähigkeit bezieht.

Zu den *Werten*, die sich die Interviewten selbst zuschreiben bzw. als wichtig für die Pflege erachtet werden, zählen Höflichkeit und ein respektvoller Umgang miteinander, zu den anderen Berufsgruppen und den Patientinnen und Patienten, was auch vom jeweiligen Gegenüber erwartet wird. Auch auf Gerechtigkeit wird bei den Pflegenden viel Wert gelegt. Einigen ist auch Regelgebundenheit sehr wichtig, was bei anderen eher eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Das spiegelt sich unter anderem in der Bereitschaft Tätigkeiten weiterzugeben wider.

Der *Stellenwert* der Arbeit unterscheidet sich zwischen den Pflegenden, ist bei den meisten aber sehr hoch. So beschreibt eine Interviewte, dass auch ihr gesamter Freundeskreis ebenfalls in der Pflege tätig ist, da das auch im Privaten viele auf die Pflege bezogene Gespräche ermöglicht. Ein hoher Stellenwert der Arbeit führt auch dazu, dass die Betroffenen deutlich seltener in Krankenstand gehen und eine erhöhte Bereitschaft krank arbeiten zu gehen.

Die einzelnen Kontextkategorien wirken weder rein auf einzelne Ansprüche oder die Anspruchskonstellationen, sondern können sich auch gegenseitig beeinflussen. Die Kategorien können also auch indirekt und über andere Kategorien auf Ansprüche wirken.

Ursächliche Bedingungen

Unter ‘ursächlichen Bedingungen’ werden die Kategorien verstanden, die auf die verschiedenen Kontextkategorien, die Anspruchskonstellationen oder einzelne Ansprüche wirken. Sie beinhalten *empfundene berufliche Alternativlosigkeit*, *(verletzte) Erwartungen und Vorstellungen* sowie *politisches Fehlverhalten*.

Empfundene berufliche Alternativlosigkeit

An mehreren Stellen drückt sich im Material eine *empfundene berufliche Alternativlosigkeit* aus. Das Pflegediplom ermöglicht diverse Tätigkeitsbereiche innerhalb des Gesundheitswesens, ist aber gleichzeitig so spezifisch, dass Ausbildung und Erfahrung außerhalb des Gesundheitswesens nur sehr schwer einsetzbar sind. Die berufliche

Alternativlosigkeit wird einerseits auf den Mangel einer Matura zurückgeführt, andererseits aber auch auf eine Unvorstellbarkeit einen anderen Beruf auszuüben. Dazu kommt der Aufwand einer beruflichen Neuausrichtung. Diese drückt sich unter anderem in den folgenden Aussagen aus:

„Viele von uns, vor allem ich sag jetzt einmal in meinem Alter, haben vielleicht noch nicht mit Matura abgeschlossen und sind wirklich nur in der Pflege. Also ich könnte jetzt gar nichts anderes. Ich meine ich kann viele Sachen, aber ich habe nichts anderes gelernt. Und dass ich mich jetzt noch einmal hinsetze und irgendwas tu, sicher ist das jetzt auch Bequemlichkeit, aber ich könnte mir das für mich jetzt nicht mehr vorstellen. Weil ich meine, ihr habt es auch immer schwerer, allein dieses Gendern und das alles. Das könnte ich mir nicht mehr vorstellen, für mich war auch diese Fachbereichsarbeit eine Katastrophe.“ (Interview 6: 10)

„Ich kenne halt allgemein viele, die derzeit nur das Diplom haben, haben halt keine Matura und haben nicht so viele Optionen. Daher bleiben sie immer noch im Pflegebereich, weil sie noch immer gut verdienen und alles. Aber sobald man Matura hat, hat man andere Optionen und dann kann man leichter, sagen wir Soziologie studieren oder was auch immer, irgendetwas halt. Und so hat man nicht so viele Möglichkeiten und da muss man halt sagen, man ist eingeschränkt.“ (Interview 10: 118).

Das Gefühl keinen anderen Beruf ausüben zu können zwingt die Betroffenen zum Umgang mit der Missachtung der eigenen Ansprüche, was zu einem dynamischen Umgang mit den eigenen Ansprüchen führt. Die empfundene berufliche Alternativlosigkeit kann daher als Ursache für das Phänomen der Anspruchskonstellationen verstanden werden.

(Verletzte) Erwartungen und Vorstellungen

Die Kategorie *(verletzte) Erwartungen und Vorstellungen* beschreibt die Erwartungen und Vorstellungen, die die Diplomierten vor Berufseinstieg vom Pflegeberuf hatten. Einige beziehen sich auf die Zeit bei der Berufswahl andere auf das, was in der Ausbildung vermittelt wurde. Die in der Ausbildung vermittelten Erwartungen und Vorstellungen können als eine Voraussetzung für den Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen verstanden werden. Die Diskrepanz zwischen dem, was in der Ausbildung gelernt wird und dem, was in der Praxis tatsächlich umsetzbar ist führt zu einer Verletzung des Anspruchs. Diese Verletzung des Anspruchs ist besonders auf den – in den Rahmenbedingungen beschriebenen – Zeit- und Personalmangel zurückzuführen.

Die Vorstellungen bzw. Erwartungen an den Beruf unterscheiden sich zwischen den Pflegekräften. Viele hatten vor Beginn keine oder keine genauen Vorstellungen von dem, was

sie im Pflegeberuf später erwarten wird. So hat sich beispielsweise eine der Interviewten auf der Berufsmesse zwar ausschließlich für die Pflegestände interessiert, hatte aber keine genauen Vorstellungen davon, was es eigentlich bedeutet in der Pflege zu arbeiten. Eine andere ist über das AMS in die Pflege „geschlittert“. Der Mangel an Wissen, was der Pflegeberuf genau ist, ist – wie auch in der Kategorie Einschätzung des öffentlichen Bildes – gesellschaftlich verbreitet und schließt damit auch Berufsinteressierte nicht immer aus.

Bei denen, die konkretere Vorstellungen hatten, stand besonders ein intensiver Kontakt zu den Pflegenden im Vordergrund. Die Vorstellungen beruhen auf früheren Pflegeerfahrungen in der Familie oder auch aus Erzählungen aus dem Verwandten- oder Freundeskreis.

Weiters geht aus dem Material hervor, was sich vom Pflegeberuf erwarten werden kann. Dazu zählt beispielsweise, dass die Pflege ein krisensicherer Beruf, was bei der Berufswahl eine wichtige Rolle spielen kann: *„Es ist auch ein krisensicherer Job. Weil Pflege brauchst du immer, das war eigentlich auch ein Grund. Weil es halt ein Beruf ist, der überlebt jeder Krise.“* (Interview 9: 10). Auch ein sicheres und regelmäßiges Einkommen kann in der Pflege erwartet werden.

Außerdem kann bzw. muss man sich in der Pflege flexible Arbeitszeiten erwarten. Dabei kann allerdings zwischen Stationen unterschieden werden. So gibt es Stationen, die keine Patientinnen oder Patienten haben, die über Nacht bleiben und auch am Wochenende geschlossen sind. Auf diese Stationen gibt es relativ geregelte Arbeitszeiten von Montag bis Freitag.

Auf den Bettenstationen hingegen sind die Arbeitszeiten mit wechselnden Tag- und Nachtdiensten sowie Wochen- Wochenenddiensten deutlich flexibler. Besonders auf Bettenstationen wird, in Form von Dienstübernahmen, ein hohes Maß an Flexibilität benötigt bzw. gefordert.

Worauf man sich jedoch am meisten einstellen muss, ist aber der Unterschied zwischen der Ausbildung und der praktischen Arbeit. *„Alles, was man dort gelernt hat, ist eigentlich ein bisschen anders in der Praxis gewesen.“* (Interview 4: 30) So wird beispielsweise in der Ausbildung gelehrt, dass die Tätigkeiten zeitnah dokumentiert werden müssen, was in der Praxis häufig schwierig bis unmöglich ist. Dabei wirkt allerdings auch die unterschiedliche Priorisierung der Dokumentationsarbeit. Eng damit verbunden kann auch auf die Zeit verwiesen werden, die den Pflegenden mit den Kranken zur Verfügung steht, die in der Praxis deutlich knapper bemessen ist als in der Ausbildung dargestellt.

Diese Unterschiede können zu enttäuschten Erwartungshaltungen bei den Pflegenden führen und damit zu einer Verletzung des Anspruchs, die eigene Arbeit gut zu machen, was im Extremfall zu einem verfrühten Ausstieg aus der Pflege führt. Aus einem Interviewt geht auch hervor, dass die Erwartungen zu Berufseinstieg erfüllt wurden, was sich allerdings mit der Covid-19 Pandemie verändert hat.

Fehlverhalten der Politik

Die Kategorie *Fehlverhalten der Politik* umfasst das Gefühl der Pflegenden, Jahrzehnte lang von der Politik ignoriert worden zu sein. Sowohl die Voraussetzung dynamischer Anspruchskonstellationen als auch die meisten Kategorien, die dem Kontext zugeordnet wurden, sind direkt oder indirekt auf politische Entscheidungen zurückzuführen. Weiters wird das „Ignorieren“ der Bedürfnisse als besondere Missachtung sowohl der Pflege selbst als auch deren Ansprüche verstanden.

Der Mangel an Pflegepersonal war schon lange absehbar bzw. wurde dieser sogar vorhergesagt: *„Das ist schwierig und ich glaube, wenn man sich das überlegt, dass es in den 80er Jahren bekannt wurde, was für einen Pflegemangel es geben wird jetzt. Ich glaub sie haben es für 2030 oder 2040 beschrieben und nichts ist passiert“* (Interview 2: 87). Der jetzige Umgang mit dem Pflegemangel erinnert an den Umgang in der Vergangenheit. Zur „Symptombekämpfung“ wird Pflegepersonal aus dem Ausland „importiert“. Der Politik wird damit unterstellt, dass sie die Bedürfnisse der Pflege ignoriert oder deutlich zu spät wahrnimmt. Die interviewte Stationsleitung vermutet hinter der Reduktion der Arbeit am Bett der Diplomierten, eine Möglichkeit Geld einzusparen, da die „teuren Diplomierten“ so sukzessive abgebaut und durch die günstigeren Assistenzberufe ersetzt werden könnten:

„Die Diplomierte hat immer die Kontrollfunktion. Sprich sie hält immer den Kopf hin, dass das irgendwann frustriert, ist logisch. Das macht keinen Spaß. Das heißt da wird massiv Geld gespart, weil eine PA und eine PFA verdient wesentlich weniger, als eine Diplomierte. Und ich glaube, dass eben die Absicht ist, wenn wir Alten, Diplomierten, weg sind, gibt es B.Sc., die mach rein administrative Schreibtätigkeiten und PFA, PA macht die körperliche Arbeit.“ (Interview 3, Pos. 38).

Das kann auch als möglicher Grund verstanden werden, warum Fachhochschulen nicht das Bild von Tätigkeiten am Bett, sondern eher Positionen in Management – und damit eher die Aufgabe als Knotenpunkt – vermitteln. Diese Veränderungen werden im Material als negativ bewertet und als wirtschaftliche Führung von Krankenhäusern gedeutet, die von „Schreibtischtätern“ getroffen werden, welche nie in der Pflege gearbeitet hätten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Pflege in einem „Teufelskreis gefangen ist“. Durch den Personalmangel verschlechtern sich die Arbeitsbedingungen, was zu höheren Belastungen führt. Diese höheren Belastungen drängen die Pflegenden zur Kündigung, was wiederum den Personalmangel verstärkt. Das führt in weiterer Konsequenz zu noch schlechteren Arbeitsbedingungen, zu noch höheren Belastungen, zu noch mehr Kündigungen etc.

Strategien

Unter Strategien sind die Handlungsweisen der diplomierten Pflegenden zu verstehen, die im Versuch gesetzt werden, die gestellten Ansprüche zu erfüllen. Dazu zählen die *Strategien zum Umgang mit Herausforderungen* und die *Adaption der Arbeitsweisen*. Weiters kann die *fehlende Interessensvertretung* als fehlende Handlungsstrategie verstanden werden. Sowohl die Strategien zum Umgang mit Herausforderungen als auch die Adaption der Arbeitsweisen werden besonders im Hinblick auf die Ansprüche zum Erhalt der eigenen Gesundheit sowie die eigene Arbeit gut zu machen herangezogen. Sie werden genutzt, um mit verschiedenen Kontextkategorien umzugehen, und wirken so auf die Ansprüche.

Strategien zum Umgang mit Herausforderungen

Die Kategorie *Strategien zum Umgang mit Herausforderungen* umfasst diverse Handlungsweisen der Pflegenden. Diese wirken teilweise direkt, teilweise indirekt auf die Chance, dass die erhobenen Ansprüche erfüllt werden. So wirkt beispielsweise die Strategie *Nein-zu-sagen* oft direkt auf den Anspruch auf Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben wie auch auf den Erhalt der eigenen Gesundheit. Andere werden als Reaktion auf bestimmte Kontextkategorie angewandt und wirken so indirekt auf die Erfüllung der Ansprüche. Wie beispielsweise die Strategie *Wissen, wie man mit wem umgehen soll*. Diese dient dem Umgang sowohl mit Patienten und Patientinnen als auch mit Ärztinnen und Ärzten. Damit wirkt sie direkt auf Kontextkategorien und indirekt sowohl auf den Anspruch auf Anerkennung als auch den Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen.

Die verschiedenen Strategien sind erfahrungsgeprägt und dementsprechend Ergebnis eines Lernprozesses. Besonders lernen „Nein“ zu sagen wird als schwieriger Prozess beschrieben, dem häufig große Überlastungen vorangehen, die meist Ergebnis häufigen Einspringens sind. Mit zunehmender Erfahrung geht auch das Bewusstsein über die eigenen Kompetenzen bzw. den eigenen Wert einher. Dieses Wissen kann den Umgang mit Herausforderungen, aber auch

„nein sagen“ zu können erleichtern und wirkt sowohl im Umgang mit Patientinnen und Patienten als auch mit Ärztinnen und Ärzten unterstützend.

Wichtig für den Umgang mit anderen ist das *Wissen, wie man mit wem umgehen soll*. So ist es bei den Ärztinnen und Ärzten hilfreich über deren medizinische Einstellungen Bescheid zu wissen. Im Umgang mit Patientinnen und Patienten kann das Verweisen auf Personalmangel wie auch die Anpassung des Tons (z.B. das Eingehen auf die sozialgeprägte Sprache) bestimmte Situationen erleichtern. Auch eine *offene und ehrliche Kommunikation* kann als Strategie im Umgang mit unangenehmen oder herausfordernden Situationen verstanden werden. Dazu zählt das Kommunizieren eigener Grenzen und Bedürfnisse aber auch das direkte Ansprechen von Problemen. Diese werden meist unter vier Augen besprochen. Wenn sich das Problem so nicht lösen lässt, ist der weitere Weg das *Beschweren über Fehlverhalten*, sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten sowie innerhalb des Teams.

Eine weitere relevante Strategie im Umgang mit Herausforderungen oder Belastungen ist die *Abhärtung*. Aus dem Material gehen zwei Formen der Abhärtung hervor: körperliche und emotionale Abhärtung.

Um sowohl Tag- als auch Nachtdienste übernehmen zu können, muss der Körper abgehärtet bzw. an die Umstände angepasst sein, um mit den wechselnden Schlafzyklen umgehen zu können. Auch das Hintanstellen der eigenen Bedürfnisse (wie lange Verzögerungen von Essen, Trinken, auf die Toilette gehen, etc.) kann als körperliche Abhärtung verstanden werden, die durch Training oder Gewöhnung erreicht bzw. durch massiven Zeitstress erzwungen werden. In der Pflege ist es wichtig sich vom Leid der Patientinnen und Patienten abgrenzen zu können, wofür ein Maß an emotionaler Abhärtung notwendig ist. Der Prozess der emotionalen Abhärtung ist eine Gradwanderung zwischen einem totalen Abstumpfen und einer gesunden Distanz zum Leid der Patientinnen und Patienten aufzubauen. Auch bei der emotionalen Abhärtung geht es also um einen Lernprozess zum Selbstschutz.

Strategien zur emotionalen Abgrenzung umfassen Ablenkungen im Privatleben wie Gartenarbeit oder dem Versuch, die Ereignisse nicht zu ernst zu nehmen. Eine weitere Strategie ist, wie schon erwähnt, sich auf einzelne Patientinnen oder Patienten und deren Schicksale einzulassen und mit ihnen mitzuleiden und zu -fühlen. Die Entscheidungen mit wem mitgeföhlt und -gelitten wird, wird unterschiedlich und fast zufällig getroffen. Sie kann unter anderem davon beeinflusst werden, wie viele (verfügbare und anwesende) Angehörige die Patientinnen oder Patienten haben. Weitere *Maßnahmen zum Selbstschutz* umfassen Strategien

zur Grenzziehung zur Arbeit, wie durch das Stummschalten von Messenger-Gruppen, um sich vor Anfragen zu Dienstübernahmen zu schützen.

Auch für den *Umgang mit Müdigkeit im Nachtdienst* gibt es verschiedene Möglichkeiten, so hilft es manchen sich durchgehend beschäftigt zu halten, während andere besser mit Essens- und Fernsehpausen durch den Nachtdienst kommen.

Um mit dem Zeitmangel, dem die Pflegenden ausgesetzt sind, umgehen zu können ist das Zeitmanagement der Pflegenden äußerst wichtig. Weiters dient das Zeitmanagements dem Umgang mit ungeplanten oder unvorhersehbaren Situationen zu denen je nach Station Notaufnahmen, Notoperationen oder Todesfälle zählen können. Auch die Dienstübergaben, für die 30-45min zur Verfügung stehen, dauern häufig länger als geplant. Das Zeitmanagement variiert und kann als persönlicher Handlungsspielraum verstanden werden. Dieser ist aber einerseits von fixen Vorgaben (z.B. immer zur gleichen Zeit Blutdruck und Blutzucker messen) abhängig, außerdem orientieren sich die Pflegenden meist an gegebenen Umständen, die von Kranken und teilweise auch von Ärztinnen und Ärzten abhängig sind. Zu den Strategien des Zeitmanagements zählt einerseits das selbstständige Priorisieren von Aufgaben und Tätigkeiten. Hierbei spielt auch die Bewertung der Dokumentationsarbeit und damit auch Genauigkeit dabei eine wichtige Rolle. Auch das Vorarbeiten und Vorbereiten und nicht aufschieben kann möglichem Stress vorbeugen, den unvorhersehbare Ereignisse mit sich bringen können. Zu den Konsequenzen eines Missmanagements zählen zu wenig Zeit für die Auszubildenden und Patientinnen und Patienten sowie Stress, Unwohlsein und das Gefühl die Arbeit nicht gut machen zu können. Aber auch ein gutes Zeitmanagement ist keine Garantie, dass es nicht zu diesen Problemen kommt.

Auch das *Wissen über Veränderung* und der *Fokus auf positive Ereignisse* werden als wichtige Strategien im Umgang mit schwierigen Situationen verstanden. *Fokus auf positive Ereignisse* umfasst die eigentliche Freude an der Arbeit und sich der Macht der eigenen Gedanken bewusst zu sein sowie die Suche nach Lösungen, anstatt sich in den Problemen zu verlieren. Das *Wissen über Veränderungsmöglichkeiten* kann Kraft geben, da sich die Personen ins Bewusstsein rufen, dass sie weder auf ihrer derzeitigen Station noch im gleichen Krankenhaus bleiben müssen bzw. auch den Fachbereich wechseln können.

Workarounds sind ebenfalls meist erfahrungsbasierte Strategien als Reaktion auf Anordnungen oder Vorgaben. Diese setzen ein Wissen über die medizinischen Meinungen der verschiedenen Ärztinnen und Ärzten voraus. Sollten ärztliche Anordnungen von der eigenen Meinung abweichen, kann auf den nächsten diensthabenden Arzt bzw. Ärztin gewartet werden, wenn

deren Meinung eher der eigenen Meinung entspricht. Auch das Nichteintragen von Arbeitszeit bei längeren Übergaben zählt zu den Workaround Strategien. Diese führen aber eher zu Selbstaussbeutung, da es zu unbezahlter Mehrarbeit kommt, als zu einer Erleichterung der Situation. Auch das Umgehen der Wochenruhe in Form von Ersatzruhe kann als Workaround verstanden werden.

Eine wichtige Strategie im Umgang mit Patientinnen oder Patienten ist das „Abgeben“ oder das Wissen über die Möglichkeit einer Abgabe. Gründe für die Weitergaben können einerseits das Gefühl sein, dass die Pflegenden keine ausreichend gute Beziehung aufbauen können oder nicht professionell genug bleiben können. Auch sexuelle Übergriffe – was sich in Fotos machen oder, wie in den Interviews formuliert, in einem „Ausgreifen“ äußert – können Grund für eine Abgabe sein. In diesem Fall gibt es meist auch weitere Konsequenzen, die im Extremfall den Verweis der Patientinnen und Patienten von der Station bedeuten können.

Adaption der Arbeitsweise

Besonders um dem Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen kann auf die Strategie *Adaption der Arbeitsweise* verwiesen werden. Diese wirkt besonders als Reaktion auf die fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen und damit im Umgang mit der hohen Arbeitsdichte.

Mit einer guten Adaption der Arbeitsweise können die Pflegenden länger im Beruf verweilen. Die Arbeitsweise ist unter anderem von Arbeitsethos bzw. Stellenwert der Arbeit und dem Anspruch an sich selbst sowie der Regelgebundenheit abhängig. Unter Adaption der Arbeitsweise ist die Adaption der vorgegeben Arbeitsschritten und -abläufen zu verstehen sowie die Weitergabe von Tätigkeiten an die Assistenzberufe.

Die Pflegenden unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Priorisierung der Arbeit. Während manche einen starken Fokus auf die Dokumentationsarbeit legen, reduzieren andere die Dokumentationsarbeit auf ein Minimum und orientieren ihre Arbeitsweise mehr am Wohl der Patientinnen und Patienten als an der eigenen „Absicherung“: *„Da sitzt man natürlich länger, aber ich denke mir, ich mach lieber beim Dokumentieren Abstriche als in meiner Pflgetätigkeit. Somit schaue ich, dass ich mich eher kurz halte bei der Dokumentation“* (Interview 8: 28).

Die Arbeitsweise der Pflegenden unterscheidet sich auch hinsichtlich ihrer Ausreizung der Graubereiche. Damit ist vor allem die Weitergabe von Tätigkeiten an die Pflege(fach-)assistenz gemeint. Aus dem Material geht hervor, dass die „Verfügbarkeit“ der Assistenzberufe genutzt wird und ihnen Aufgaben delegiert werden, die über ihren offiziellen Kompetenzbereich

hinausgehen. Das wird als deutliche Erleichterung wahrgenommen, bzw. erst als Ermöglichung des Dienstes: „*Um ganz ehrlich zu sein, wenn ich nur so arbeiten würde, wie es die offizielle Vorgabe ist, wäre das nicht möglich, geht nicht. Aber es geht auf der ganzen Ebene nicht wenn wir jetzt zum Beispiel Dienst nach Vorschrift machen würden, funktioniert nicht.*“ (Interview 6: 96).

Auf der anderen Seite stehen jene Pflegenden, die sich sehr streng an die vorgegeben Kompetenzbereiche halten, da sie erstens das Weitergeben als unfair erachten, da die Assistenz nur für ihre offiziellen Tätigkeiten entlohnt wird. Außerdem wollen sie keine Verantwortung für mögliche Fehler der Assistenz übernehmen, da die Diplomierten in diesem Fall mit dienstrechtlichen Konsequenzen rechnen müssen.

Die Bereitschaft Tätigkeiten abzugeben, variiert also zwischen den Pflegenden. Dabei spielt besonders die Übernahme von Verantwortung eine große Rolle, die nicht von allen getragen werden will. Denn wenn Tätigkeiten delegiert werden, die nicht in den Tätigkeitsbereich der Übernehmenden fallen, haften die Diplomierten für die Konsequenzen. Wenn die Diplomierten denselben Fehler machen, gibt es keine oder deutlich mildere Konsequenzen, wie aus dem Material hervorgeht:

„Wenn die [Assistenz] jetzt einen Fehler macht, der mir auch passieren könnte, irgendeine Harnröhrenverletzung oder wenn sie bei einem Mann zur Prostata gehen würde. Wie erkläre ich, dass sie das war und ich das gewusst habe? Also das möchte ich nicht. Wenn ich die Prostata verletzte, habe ich sie verletzt, ich stehe dazu, das passiert. Aber ich bin da sehr streng, muss ich sagen“ (Interview 2: 30).

Ein weiterer Graubereich, der aus dem Material hervorgeht, bezieht sich auf das Eingehen auf Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise die Mitgabe von Medikamenten für alte Menschen, die am Samstagnachmittag entlassen werden und sonst im Internet recherchieren müssten, welche Apotheke an einem Samstagnachmittag noch offen hat.

Fehlende Interessensvertretung als fehlende Strategie

Die *fehlende Interessensvertretung* der Pflegenden beschreibt die mangelnde Interessensvertretung der Pflegenden. Trotz Unzufriedenheit mit den herrschenden Rahmenbedingungen weisen die Pflegenden eine schwache Interessensvertretung auf, was als fehlende Strategie verstanden werden kann.

Neben dem allgemeinen Rückgang der Gewerkschaftsmitglieder, hat die Interessensvertretung der Pflege mit fehlendem Zusammenhalt zu kämpfen. Insbesondere im Vergleich zur

Ärztammer, die Aufgrund der Pflichtmitgliedschaft eine sehr starke Interessenvertretung aufweist.

Aus dem Interview mit dem Betriebsratsmitglied geht hervor, dass es den Pflegenden häufig an Wissen über Gewerkschaften, Betriebsräte und Organisierungsmöglichkeiten fehle und welche Rechte und Möglichkeiten ihnen zur Verfügung stünden. Dies führt dazu, dass mehr Informationen bezüglich Gewerkschaftsarbeit an Fachhochschulen gefordert werden. Sowohl aus einem Interview mit einer diplomierten Pflegekraft, einer Stationsleitung als auch dem Interview mit einem Betriebsratsmitglied geht hervor, dass es der Pflege an Bereitschaft fehlt, etwas für die Veränderung zu tun, wie beispielsweise auf die Straße zu gehen. Als Erklärung dafür werden einerseits Erschöpfung von Diensten, andererseits aber auch die Einstellung, niemanden (weder die arbeitenden Teammitglieder noch Patientinnen und Patienten) zurückzulassen, genannt. Auch die Angst vor Konsequenzen kann dazu beitragen, nicht auf die Straße zu gehen. Die Angst kann durch fehlendes Wissen über die eigenen Rechte erklärt werden.

Bindungskonstellationen

Die Bindungskonstellationen bilden eine „Zwischenkategorie“. Sie setzt sich aus den Kategorien *Stolz* und *Berufsbegeisterung* zusammen und wirkt auf die Beziehung der Anspruchskonstellationen und den damit verbundenen Konsequenzen. Diese wirken also nicht auf die Dynamiken der Anspruchskonstellationen, sondern auf die Bewertung derer und damit auf die Konsequenzen.

Stolz

Stolz wirkt besonders auf die Konsequenz: *Einschätzung zukünftig im Beruf zu bleiben*.

Dazu zählt sowohl der *Stolz, einen sinnvollen Beruf auszuüben* als auch der Stolz auf Erfolgserlebnisse.

Unter dem *Stolz, einen sinnvollen Beruf auszuüben* ist vor allem die Möglichkeit einen gesellschaftlich relevanten Beruf auszuüben und damit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten zu verstehen. Der Stolz, eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben, lässt sich anhand der folgenden Interviewpassagen verdeutlichen: „*Das sind einfach diese schönen Momente, dass man halt auch sieht: man macht etwas Sinnvolles, man bringt die Leute wieder zurück in ihr Leben und das ist schon sehr viel wert.*“ (Interview 8: 10); „*Weil es eine, für mich, sinnvolle Tätigkeit ist. Also weil man ja schauen muss, dass der Patient wieder gesund wird*“ (Interview 9: 155); „*Das ist auch schön, dass man etwas macht, was gut ist. Oder ich*

will jetzt nicht sagen für die Gesellschaft, das hört sich so märtyrerhaft an, aber ich opfere mich auch. Aber nein ich mache etwas, das Sinn macht und das find ich auch schön.“ (Interview 2: 16).

Die Pflegenden sind aber nicht nur stolz darauf einen sinnvollen Beruf auszuüben, auch der *Stolz auf Erfolgserlebnisse* spielt eine wichtige Rolle in der Berufsbindung. Zu diesen Erfolgserlebnissen zählen sowohl individuelle Leistungen als auch gemeinsame Erfolge. Individuelle Erfolge können beispielsweise eine erfolgreiche Reanimation sein. Gemeinsame Erfolgserlebnisse beziehen sich auf die Zusammenarbeit von den Pflegenden und Gepflegten, wie beispielsweise wiedererlernen selbstständigen Essens: *„Wir hatten nämlich eine Patientin, die nicht mehr essen konnte, der haben wir dann wieder gelehrt, wie man essen kann. Das war jetzt nicht schön schneiden, aber selbstständig mit dem Löffel essen, das ist auch etwas Positives.“* (Interview 9: 76). Auch das Gesundpflegen schwer kranker wird als Erfolgserlebnis verstanden, wie die folgende Aussage verdeutlicht:

„Auch Erfolgserlebnisse bei harten Patienten, wo schon alle geglaubt haben, dass wir ihn nicht mehr aus dem Spital rausbringen werden, dass er versterben wird. Und ein, zwei Monate konnte er mobilisiert werden. Ich kann mich auch erinnern, wir hatten einen Patienten, der auch wirklich lange bei uns gelegen ist, der war auf der Intensivstation dazwischen und jetzt ist er wieder berufsfähig“ (Interview 8: 10).

Diese Interviewpassage deutet auch auf das Verhältnis zwischen den erlebten Erfolgserlebnissen und dem Gefühl einen sinnvollen Beruf auszuüben hin.

Berufsbegeisterung

Aus dem Material geht hervor, dass die Pflegenden ihren Beruf äußert gerne ausüben. Die *Berufsbegeisterung* kann daher als Einflussfaktor bzw. Kontext für die Beziehung zwischen den dynamischen Anspruchskonstellationen und der Einschätzung im Beruf zu bleiben verstanden werden. Denn trotz schwierigen Rahmenbedingungen und verletzten Ansprüchen haben viele der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte vor, bis zur Pension in ihrem Beruf zu bleiben.

Die hohe Zufriedenheit mit der Arbeit ist einerseits durch das sehr breitgefächerte Berufsbild, bei gleichzeitiger Möglichkeit nach Beständigkeit, und andererseits durch die Freude an der Arbeit mit Menschen und der Möglichkeit zu helfen erklärbar. Besonders die Freude an der Arbeit mit Menschen trägt zu einer hohen Berufszufriedenheit bei, wie die folgenden Interviewpassagen zeigen: *„Der Umgang mit den Menschen, das find ich sehr faszinierend am Beruf.“* (Interview 9: 10) und *„Ich mag das mit den Leuten zu reden und die Leute zu*

versorgen. Ich mag die Körperpflege also ich habe auch Kollegen, die das gar nicht mehr wollen, irgendwie die Körperpflege durchzuführen.“ (Interview 8: 114).

Die Freude an der Arbeit mit Menschen wird immer wieder sogar als Voraussetzung für den Pflegeberuf beschrieben. „Ich mach den Job mit Liebe. Ich sage, wenn du den Job nicht mit Liebe machst, kannst du den Beruf nicht machen.“ (Interview 7: 114). Wird der Beruf nicht mit Liebe ausgeführt, kann dies zu Ärgernissen innerhalb des Teams führen. Ein schlechter Umgang mit den Patientinnen und Patienten seitens der Kolleginnen oder Kollegen wird von den Pflegenden oftmals als sehr frustrierend wahrgenommen.

Konsequenzen

Der letzte Abschnitt fasst die Kategorien, die als Konsequenzen der dynamischen Anspruchskonstellationen verstanden werden können. Dazu zählt die *Einschätzung, zukünftig im Beruf zu bleiben* sowie die *Kritik an der Akademisierung des Pflegediploms*. Die Bindungskonstellationen wirken dabei besonders auf die Einschätzung, zukünftig im Beruf zu bleibe

Einschätzung, zukünftig im Beruf zu bleiben

Die *Einschätzung zukünftig im Beruf zu bleiben*, umfasst sowohl die Absicht bis zur Pension in der Pflege zu bleiben als auch andere Optionen wie das Vorhaben, die Arbeit am Bett zu beenden und eine Managementposition anzustreben.

Aus dem Material geht hervor, dass sich nicht alle sicher sind, ob sie bis zur Pensionierung in der Pflege bleiben wollen bzw. bleiben können. Eine große Rolle spielt die derzeitige Pflegesituation: „Unter den Bedingungen würde ich nicht bis zu meiner Pension am Bett arbeiten wollen. Ich weiß es nicht, wie sich das alles entwickelt, aber direkt so auf der Station am Bett nein, kann ich mir nicht vorstellen“ (Interview 8: 108); „Man fragt sich dann halt schon ab einem gewissen Alter: kann ich so weiter machen, bis ich in Pension gehe?“ (Interview 6: 10). Andere beschreiben die Pflege nicht verlassen zu wollen, informieren sich aber welche anderen Möglichkeiten es gibt.

Die Schwierigkeit den Pflegeberuf auf Grund mangelnder Struktur (besonders auf den Bettenstationen) mit dem Privatleben zu vereinbaren wirkt ebenfalls auf die Überlegung zu einem Berufswechsel.

Dem gegenüber stehen Personen, die keine Absicht haben das Gesundheitssystem zu verlassen. Dabei kann unterschieden werden zwischen jenen, die vorhaben bzw. sich wünschen bis zur

Pension den Pflgetätigkeiten am Bett nachzugehen. Dabei werden körperliche Belastungen als hinderlich beschrieben, was durch einen Stationswechsel, zu einer weniger körperlich anstrengenden Station umgangen werden kann. Das verdeutlicht auch den Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit. Die Vorhaben variieren von Verbleiben auf der derzeitigen Station, Stationswechsel bis hin zu einem möglichen Krankenhauswechsel.

Die Absicht im Gesundheitssystem zu bleiben aber nicht für immer am Bett stehen zu wollen beeinflusst auch die beruflichen Aspirationen. Dabei wird vor allem das Interesse an (stellvertretenden) Leitungspositionen geäußert. Eine weitere Möglichkeit, die genannt wird, ist die Arbeit als Community Nurse, ein Berufsbild, für das in Österreich mehr als 120 Pilotprojekte gestartet wurden (<https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Community-Nursing.html>).

Die beruflichen Aspirationen sind auch vom verfügbaren Kapital abhängig. Als Pflegekraft gibt es zwar eine gewisse Anzahl an geförderten und auch an verpflichtenden Fortbildungen. Diese sind aber nicht ausreichend spezifisch, um sich damit selbstständig machen zu können. Für Ausbildungen, die einen beruflich weiterbringen, wird mit einem eigenständigen finanziellen Aufwand von etwa 3000-4000€ gerechnet (Interview 6, Pos. 102).

Kritik an der Akademisierung des Pflegediploms

Die *Kritik an der Akademisierung des Pflegediploms* bzw. die Hervorhebung der Unterschiede zwischen der Ausbildung von damals und heute kann ebenfalls als Konsequenz verstanden werden, wenn die Ansprüche der Pflegenden nicht ausreichend erfüllt werden. Mit der Kritik wird einerseits auf die verletzten Erwartungen hingewiesen, die in der Ausbildung vermittelt wurden. Andererseits ist die Kritik auch dem Gefühl geschuldet, von der Politik im Stich gelassen zu werden.

Die Unterschiede zwischen damals und heute sind auf die Akademisierung der Pflege zurückzuführen. Als Hauptunterschied wird die Zunahmen von Theorie auf Kosten der Praxis genannt, was stark kritisiert wird. Auch die Bewerbungen sind stark zurückgegangen, wie aus einer Interviewpassage mit dem Betriebsratsmitglied hervorgeht: „*Mir hat einmal eine Direktorin gesagt, dass sie früher für 30 Plätze 120-240 Bewerbungen hatte. Somit konnte sie da auch die Essenz rauspicken. Jetzt, für eine FH-Klasse muss sie froh sein, wenn sich 30 bewerben und das merkt man leider auch*“ (Interview 9: 30).

Damit verbunden kann auch auf einen Hauptkritikpunkt verwiesen werden: der Exklusion, die die Akademisierung der Pflege zur Konsequenz hat.

Denn auch wenn es verschiedene Umgehungsmöglichkeiten gibt, erschwert die Akademisierung, und damit die Voraussetzung einer Matura, den Zugang zur Pflege enorm. Das wird besonders von den bereits in der Pflege tätigen hinsichtlich des Personalmangels stark kritisiert. Für die Assistenzberufe wird keine Matura vorausgesetzt, die Arbeit als Assistenz reicht vielen aber nicht aus.

Aus dem Gespräch mit dem Betriebsratsmitglied geht hervor, dass unter den Diplomierten eine gewisse Angst herrscht, dass das alte Pflegediplom gegenüber dem B.Sc. abgewertet wird, auch wenn sie derzeit dienstrechtlich gleichgestellt sind. So wird vermutet, dass in Zukunft ein Masterabschluss Voraussetzung sein wird, um Stationsleitungen werden zu können.

Um dem entgegenzuwirken, wird teilweise schon eine Aufschulung zum Bachelor angeboten, die die Pflegeforschung abdeckt und für zwei Semester angesetzt ist.

Zusätzlich scheinen die Fachhochschulen ein Bild zu vermitteln, dass von der Pflegepraxis abweicht. Das führt in weiterer Konsequenz dazu, dass Absolvierende ein Fachhochschule oft nicht in der Pflege arbeiten wollen, sondern weiterstudieren und nicht mehr die Pflege am Bett, sondern Managementpositionen anstreben was den Personalmangel weiter nährt: *„Die sitzen dann im Büro und das ist auch okay. Wir brauchen auch die Leute, aber woher bekomme ich dann das andere Personal?“* (Interview 4: 60).

Auch führt das „verzerrte“ Bild, das die Fachhochschulen vermitteln, häufig dazu, dass sich die frisch Ausgebildeten zunehmend von Pflege Tätigkeiten distanzieren und abgrenzen. Sie berufen sich dabei darauf, dass das Waschen und frischmachen von Patientinnen und Patienten nicht in ihren Aufgabenbereich fällt: *„Und teilweise gibts halt auch Studenten, die sagen: >>ich wasche keinen Patienten weil ich bin Bachelorstudent<<. Das löst halt auch auf den Stationen Konflikte aus“* (Interview 9: 34). Aber auch für die Akademisierten kann dieses vermittelte falsche Bild zu Frustration führen:

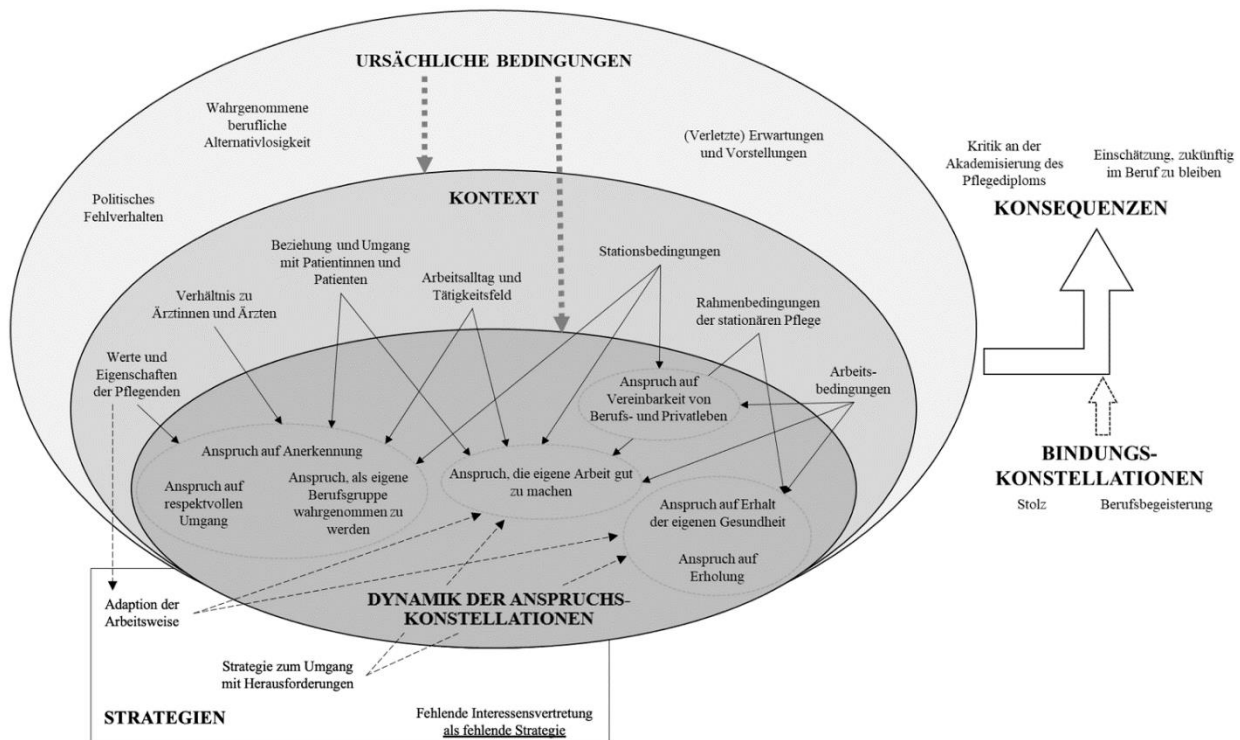
„Das sind aber die, die jetzt nachkommen. Und die auch sagen: >>Nein, ich messe jetzt keinen Blutdruck, ich habe ja studiert<<. DAS ist das große Problem und deshalb wirft sich immer mehr die Frage auf: wir haben ja schon viele Akademisierte, die wahrscheinlich nicht so zufrieden sein werden. Weil ihnen von der FH auch etwas anderes versprochen wird. Das war aber so nie gedacht, sondern egal ob B.Sc. oder normales Diplom, beide sind gleichwertig“ (Interview 3: 36).

Auch die Ausbildung selbst wird von den Altdiplomierten kritisiert, besonders der Mangel an Praxis und den damit entstehenden Wissenslücken. So entspricht das Wissen der FH-Studierenden bei ihren Praktika oft nicht dem jeweiligen Semester.

Die ohnehin mangelnde Praxiserfahrung wird durch den Pflegemangel weiter verschlechtert, da den Auszubildenden häufig Assistenz Tätigkeiten delegiert werden, was in weiterer Folge dazu führt, dass ihnen die Praxis im Diplomierten-Tätigkeitsbereich fehlt.

Illustration der Zusammenhänge

Wie eingangs angedeutet werden abschließend die Zusammenhänge der Kategorien anhand eines Beispiels noch einmal verdeutlicht.



Dafür werden die Ausprägungen der verschiedenen Kategorien anhand einer Interviewpartnerinnen dargestellt um die Zusammenhänge nochmals zu verdeutlichen.

Der vorgestellte Fall dient der Illustration der dynamischen Anspruchskonstellationen insofern, als dass hier die Verschiebung zu einer materiellen Anerkennung besonders deutlich hervor geht. Es wird nicht direkt eine Verletzung des Anspruchs auf Erholung und den Erhalt der eigenen Gesundheit beschrieben aber der Wunsch formuliert in ihrer Freizeit nicht mehr zu zittern, ob Dienste übernommen werden müssen. Die Verletzung des Anspruchs auf den Erhalt der eigenen Gesundheit äußert sich durch körperliche Belastungen wie Bandscheibenvorfällen. Außerdem wird auf die Schwierigkeit hingewiesen – mangels Zeit und Personal – dem Anspruche, die eigene Arbeit gut zu machen nachzukommen. Die Ansprüche verändern sich und der Anspruch auf materielle Anerkennung rückt in den Vordergrund. Wie die folgende

Aussage verdeutlichen soll, geht es dabei nicht rein um die finanzielle Anerkennung, sondern dass mehr Gehalt das einzige ist, das ihr derzeit geboten werden kann, da die Erfüllung aller anderen Ansprüche eine Aufstockung des Personals voraussetzen würde:

„Deswegen komme ich halt immer wieder auf das Geld zurück. Weil das ist das einzige, was man mir geben kann, denke ich mir. Zum Beispiel wenn wir zu wenige im Dienst sind, kriegt jeder 50€ Bonus. Ich weiß schon, sie können mir die Pflegekraft nicht herzaubern. Es ist halt ein Fehler, ein Systemfehler. Deswegen komm ich immer wieder aufs Geld, bitte ich bin nicht geldgierig oder so. Ja das ist das Einzige, was sie mir geben können, weil von ein von einem >>das habt ihr gut gemacht<< lebe ich nicht. Da lebe ich einen Monat gut oder zwei Monate, wenn ich warte, bis der neue Kollege kommt.“ (Interview 2, Pos. 69).

Damit wird auch das politische Fehlverhalten als ursächliche Bedingung für die dynamischen Anspruchskonstellationen deutlich, denn auf dieses wird der Mangel an Pflegekräften zurückgeführt. Eine weitere ursächliche Bedingung für den vorliegenden Fall ist die wahrgenommene berufliche Alternativlosigkeit, die sich in Aussagen wie „was soll ich sonst machen?“ (Interview 2, Pos. 77) äußert. Weiters formuliert die Interviewte einen Anspruch auf Respekt, was sich unter anderem in der Relevanz äußert „einen Namen zu haben“. Dieser Respekt wird sowohl von Seiten der Patientinnen und Patienten als auch von dem ärztlichen Fachpersonal gefordert. Im Falle der Patientinnen und Patienten wird Anerkennung besonders in Form eines respektvollen Umgangs erwartet, bei den Ärztinnen und Ärzten wird auch das Ernstnehmen und die Berücksichtigung der eigenen Meinung als anerkennend empfunden. Sowohl das Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten also auch zu den Patientinnen und Patienten bilden damit einen wichtigen Kontext für den Anspruch auf Anerkennung. Sowohl die Rahmenbedingungen (besonders mit dem, auf den Anspruch, die Arbeit gut zu machen wirkenden, Zeit- und Personalmangel) als auch die Stationsbedingungen (mit der Stationsgröße, die auf den Anspruch der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben und den Erhalt der eigenen Gesundheit wirkt sowie dem Teamgefüge, das durch guten Zusammenhalt ebenfalls auf den Erhalt der eigenen Gesundheit wirkt), die Arbeitsbedingungen (die mit Arbeitszeiten auf den Anspruch der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben sowie den körperlichen und den emotionalen Belastungen auf den Erhalt der eigenen Gesundheit wirken) wie auch die schon beschriebenen Verhältnisse zu Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und

Patienten bilden den Kontext innerhalb dessen die Befragte ihre Ansprüche formuliert und anpasst. Bei der Kategorie Eigenschaften und Werte steht besonders die Regelgebundenheit im Vordergrund, die sich durch die Nicht-Weitergabe von Tätigkeiten äußert, die von anderen als wichtige Strategie zum Umgang mit der hohen Arbeitsdichte genutzt wird. Zum Umgang mit emotionalen Belastungen, wie dem Versterben eines Patienten oder einer Patientin, wird einerseits der Versuch unternommen die Distanz zu den Patientinnen und Patienten zu bewahren andererseits arbeitet sie auch auf einer Station, auf der sie mit dem Versterben der meist alten Patientinnen und Patienten zurechtkommt.

Die Befragte weist eine hohe Berufsbegeisterung auf, obwohl sie sehr viel zu tun hat. Sie beschreibt, dass sie das Gefühl hat einem sinnvollen und gesellschaftlich wichtigen Beruf nachgeht und ist daher gerne in ihrem Beruf, auch mit ihrer Station ist sie sehr zufrieden da die Tätigkeiten spannend sind und sie sich im Team wohlfühlt.

Sie möchte bis zur Pension in der Pflege am Bett bleiben, im Optimalfall auch auf ihrer derzeitigen Station, wobei ihr unklar ist, ob das körperlich möglich sein wird. Außerdem beschreibt sie, dass das ihre derzeitige Einschätzung ist und sie sich nicht sicher sein kann, ob das nach 40 Jahren im Beruf noch immer so sein wird, wie das abschließende Zitat verdeutlichen soll: *„Vielleicht, wenn ich 40 Jahre die Arbeit mache und es wird immer nur schlechter wird verliere ich auch die Hoffnung und denk mir >>Ich verdiene mein Geld und geh heim und habt mich gern<<.“* (Interview 2, Pos. 87).

Fazit

Die vorliegende Arbeit wird von der Forschungsfrage „*Inwiefern kann die Erfüllung von Ansprüchen bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften zur Absicht im Beruf zu bleiben beitragen?*“ geleitet. Dafür wird untersucht, welche Ansprüche diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräften an ihren Beruf stellen, inwiefern sie diese als erfüllt oder verletzt wahrnehmen und ob dies ihre Einschätzung im Beruf zu verbleiben beeinflusst.

Ansprüche sind Erwartungen, die über verschiedene Dimensionen legitimiert werden können. Zu diesen zählen Leistungsgerechtigkeit und wer einen sinnvollen Beitrag leistet, die Behandlung als Mensch und damit eine Gleichbehandlung, welche eine gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht, sowie das Selbstverständnis, als soziales Wesen, das nicht als reine Leistungskraft verstanden werden möchte, sondern auch als sozial und gesellschaftlich eingebundener Mensch (Hürtgen und Voswinkel 2016).

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde dabei ein besonderer Fokus auf den Anspruch Anerkennung gelegt und, was die Pflegenden darunter verstehen.

Anerkennung wird in der Konzeption nach Axel Honneth (2021) verstanden. Demnach kann Anerkennung über drei verschiedene Dimensionen vermittelt werden: 1) Liebe, 2) Zuerkennung von Rechten und 3) soziale Wertschätzung. Liebe oder emotionale Bindungen bezieht sich sowohl auf erotische als auch freundschaftliche Liebe. Im Material tritt Anerkennung auf dieser Dimension besonders in Form von Freundschaften innerhalb des Teams auf. Besonders relevant für diese Arbeit erscheint allerdings die soziale Wertschätzung. Während sich die Zuerkennung von Rechten auf allgemeine Eigenschaften bezieht, und allen Gesellschaftsmitgliedern gleichermaßen zugesprochen wird, wird soziale Wertschätzung für besondere Eigenschaften ausgesprochen. Im Kontext dieser Arbeit bedeutet dies, dass Anerkennung nicht „der Pflege“, sondern für die individuellen Pflegekräften selbst, zugesprochen wird.

Zur Datenerhebung wurden zehn problemzentrierte Interviews nach Witzel (2000) desselben Krankenhauses, jedoch verschiedener Stationen geführt. Dafür wurde ein Leitfaden erstellt, der im Verlauf der Datenerhebung leicht adaptiert wurde. Zur Analyse wurden die Interviews vollständig transkribiert. Mit Hilfe der Grounded Theory nach Corbin und Strauss (2015) wurden Kategorien gebildet und um die, aus dem Material hervorgegangene, Hauptkategorie *Dynamik der Anspruchskonstellationen* gruppiert.

Zu den, von den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften, formulierten Ansprüchen gehört der *Anspruch auf Anerkennung*, der *Anspruch auf Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben*, der *Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit* sowie der *Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen*. Die Ansprüche können jedoch nicht als unabhängig voneinander, sondern müssen als *dynamische Anspruchskonstellationen* verstanden werden. Das bedeutet, dass sich je nach Kontext, die Relevanzsetzung der einzelnen Ansprüche verschieben kann. Aus dem bearbeiteten Material geht hervor, dass sich verletzte Ansprüche (bzw. Ansprüche mit niedriger Erfüllungs-Chance) insbesondere in die Richtung ‚Anspruch auf materielle Anerkennung‘ verschieben. Dies kann vor allem darauf zurückgeführt werden, dass die meisten der Anspruchsverletzungen als Ergebnis eines Mangels an diplomiertem Pflegepersonal zu verstehen ist. Den Pflegenden ist bewusst, dass dieser nicht so schnell überwunden werden kann, weshalb der Anspruch auf eine höhere finanzielle Anerkennung greifbarer erscheint.

Der Anspruch auf Anerkennung lässt sich in materielle und immaterielle Anerkennung unterscheiden. Unter materieller Anerkennung ist die Höhe des Gehalts wie auch die Auszahlung verschiedener Boni zu verstehen. Dazu zählt auch der Wunsch nach einer Zulage, wenn Dienste kurzfristig übernommen werden müssen. Das monatliche Gehalt wird als gut beschrieben, gleichzeitig scheint jedoch durch, dass es, dem Tätigkeitsbereich entsprechend, als nicht adäquat wahrgenommen wird. Der symbolische Gehalt der materiellen Wirkung wird auch bei Auffenberg und Heß (2021) deutlich. Die immaterielle Anerkennung wird besonders auf interaktioneller Ebene, sowohl mit dem ärztlichen Fachpersonal als auch Patientinnen und Patienten, der Leitung und dem Team vermittelt, wie dies auch Hegermann und Zago (2015) beschreiben. Auch wenn der Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen, hier getrennt von jenem der Anerkennung betrachtet wird, folgen sie der Differenzierung entlang einer in organisatorische Strukturen eingelassene Anerkennungsebene und einer interaktionaler Anerkennungsebene (Holtgrewe 2006). Weiters kann der Anspruch auf Anerkennung in Verbindung mit dem *Anspruch auf einen respektvollen Umgang*, sowie dem *Anspruch, als eigene Berufsgruppe wahrgenommen zu werden* gedacht werden. Sowohl der Anspruch auf einen respektvollen Umgang als auch jener als eigene Berufsgruppe wahrgenommen zu werden, werden in Hinblick auf die Einschätzung des öffentlichen Bildes beurteilt (Neményi und Eurofound 2006). Dies führt mitunter dazu, dass sich Pflegenden ein besseres „Marketing“ für ihren Beruf wünschen (Roth et al. 2022). Der Anspruch, als eigene Berufsgruppe wahrgenommen zu werden, wird häufig aus einer Ungleichbehandlung von Pflegepersonal und

ärztlichem Fachpersonal seitens der Patientinnen und Patienten sowie einem ungleichen Machtverhältnis zwischen den Ärzten und Ärztinnen und den Pflegenden, erklärt. Dass dies als eine Nichtanerkennung wahrgenommen wird, geht auch aus der Literatur hervor (Auffenberg und Heß 2021; Breinbauer 2020). Im Material wird auf die Schwierigkeit der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben verwiesen, die häufig als Luxus verstanden wird, den man sich leisten können muss. Der Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen, umfasst die Möglichkeit, die eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten sowie das eigene Wissen einbringen zu können. Dieser wird durch den zunehmenden Einsatz von SOPs (standard operation procedure) sowie dem hohen Zeitstress, dem die Pflegenden oftmals ausgesetzt sind, erschwert. Die Literatur lässt ebenfalls darauf schließen, dass das Einbringen der eigenen Skills und Fähigkeiten sowie Mitgestaltungsmöglichkeiten einen positiven Einfluss auf die Bewertung der Arbeit haben (Lu et al. 2019). Der Anspruch, die eigene Gesundheit zu erhalten, umfasst sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit. Zu den großen psychischen Belastungsfaktoren zählen, neben den emotionalen Belastungen durch die ständige Interaktion mit Kranken, auch das ständige Einspringen (müssen). Die Möglichkeit, allzeit angerufen werden zu können, fühlt sich für die Pflegenden nach einem unbezahlten Bereitschaftsdienst an. Diesem „Psychoterror“ ausgesetzt zu sein, wirkt sich auf die Erholungsphasen aus und verletzt somit den Anspruch auf Erholung. Um den Erhalt der psychischen Gesundheit zu unterstützen, werden die Mobiltelefone in der Freizeit häufig abgedreht. Weiters werden immer wieder Wünsche nach mehr Supervisionen und Förderungen von Therapiestunden geäußert. Um mit den physischen Belastungen umgehen zu können, betreiben viele der Pflegenden regelmäßig Sport. Damit soll den körperlichen Anstrengungen vorgebeugt werden. Ähnlich wie bei der psychischen Gesundheit, wünschen sich die Pflegenden auch beim Erhalt der physischen Gesundheit mehr Unterstützung in Form finanzieller Förderung von Sport.

Die Erfüllung der Ansprüche wird von verschiedenen Kontextkategorien stark beeinflusst. Der Kontext wird von den 1) *Rahmen-,* 2) *Arbeits- und* 3) *Stationsbedingungen* und dem 4) *Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten,* 5) *der Beziehung und Umgang mit den Patientinnen und Patienten* sowie dem 6) *Arbeitsalltag und Tätigkeitsfeld* und den 7) *Werten und Eigenschaften der Pflegenden* gebildet. Die *Rahmenbedingungen* skizzieren die Situation der Pflege und umfassen, nicht nur innerhalb des untersuchten Krankenhauses, sowohl den Ressourcenmangel (Personal und dementsprechend häufig auch Zeit) sowie die zunehmende Standardisierung des Arbeitsprozesses. Diese wirken besonders auf den Anspruch auf den Erhalt der eigenen Gesundheit sowie dem Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen. Solch

ein Ressourcenmangel konnte auch für die Situation deutscher Pflegekräfte festgestellt werden. So gaben 75% der von Breinbauer (2020) Befragten an, dass nicht genügend Personal vorhanden ist, um die Arbeit adäquat zu erledigen. Andererseits fehlen Ressourcen, um die gesammelten Übersunden abzubauen zu können. Aus der deutschen Studie geht hervor, dass 43% der Befragten regelmäßig Dienste oder Sonderschichten übernehmen müssen und 80% der Befragten gehen davon aus, ihre Überstunden in nächster Zeit nicht abbauen zu können (Breinbauer 2020). Bei zu vielen Ausfällen müssen im Extremfall Betten oder sogar ganze Stationen gesperrt werden. Aber auch, wenn es nicht so weit kommt, fehlt es häufig an Betten und Zimmern, was unter anderem auf den Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen zurückzuführen ist. Diese wäre für Patientinnen und Patienten, die keine spezifische Pflege, bei gewissen Tätigkeiten jedoch Hilfe brauchen. Auf den spezialisierten Stationen bekommen sie nicht die erforderliche Pflege und „besetzen“ die Betten, die andere benötigen würden. Dies führt zu Unzufriedenheiten bei allen Beteiligten.

Unter *Arbeitsbedingungen* sind sowohl die variierenden Arbeitszeiten in Form von Schichtdiensten als auch emotionale und körperliche Belastungen zu verstehen. Damit wirken die Arbeitsbedingungen besonders auf die Ansprüche zum Erhalt der eigenen Gesundheit sowie dem Anspruch auf die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben. Im Datenmaterial wird immer wieder auf die emotionale Belastung hingewiesen, welche das Berufsbild der Pflegenden prägt. Dabei werden etwa das Mitleiden mit den zu Pflegenden und deren Schicksale, die Möglichkeit sich davon zu distanzieren, aber auch die Überlastungen durch die Arbeit unter ständigem Zeitdruck genannt. 46% der von Schönherr (2021) Befragten geben an, ziemlich oder sehr an seelischen oder emotionalen Belastungen zu leiden. Aus der Studie von Mairhuber (2019) geht ebenfalls hervor, dass 44% starker oder sehr starker seelischer Belastung ausgesetzt sind, der Durchschnitt aller Branchen liegt bei 12%. Die Pflegenden sind aber nicht nur seelischen, sondern auch enormen körperlichen Belastungen ausgesetzt. Schon junge Pflegende haben durch das ständige Heben und Tragen mit Bandscheibenvorfällen kämpfen. Durch den regelmäßigen Wechsel von Tag- und Nachtschichten kann es auch zu Problemen mit dem Schlafrhythmus, ebenso mit dem Herzmuskel kommen. Die Literatur verweist vor allem auf Schlafstörungen, Muskelverspannungen, Kreuzschmerzen, aber auch Migräne, Erschöpfung und Müdigkeit als körperliche Belastungserscheinungen (Mairhuber 2019).

Die Kategorie *Stationsbedingungen* umfasst die Spezifika der einzelnen Stationen. Dazu zählen die Stationsgröße sowie die Stationsleitung und das Team. Diese wirken sowohl auf die

Vereinbarkeit von Beruf- und Privatleben, den Anspruch die eigene Arbeit gut zu machen und den Anspruch auf Anerkennung. Die Erfüllung des Anspruchs auf Anerkennung variiert in diesem Fall je nach Stationsleitung. Die Miteinbeziehung der Pflegenden in Entscheidungsprozesse spielt nach Schönherr (2021) eine wichtige Rolle. Eine im Rahmen dieser Arbeit interviewte Stationsleitung verweist jedoch darauf, dass die Pflegenden zu viel Autonomie oft nicht annehmen. Die Berücksichtigung der Interessen und das aktive Einbeziehen bei der Dienstplangestaltung wird aber positiv bewertet und als Anerkennung der Grenzen zwischen Berufs- und Privatleben empfunden (Auffenberg und Heß 2021; Hegermann und Zago 2015). Der Anspruch auf Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben sowie die eigene Arbeit gut zu machen, variieren besonders mit der Zahl an angestellten Diplomierten. Die Beziehung zu und der *Umgang mit den Patientinnen und Patienten* bietet einen Kontext für den Anspruch, die eigene Arbeit gut machen zu können, wozu beispielsweise die Mitarbeit und Bereitschaft gesund zu werden zählen. Außerdem sind die Patienten und Patientinnen eine wichtige Gruppe, von der Anerkennung gefordert wird. Ähnlich verhält es sich mit den *Ärztinnen und Ärzten*. Dabei geht es insbesondere um einen respektvollen sowie einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Diese wird besonders durch die gegenseitige Abhängigkeit und die unterschiedliche Nähe zum Bett erklärt.

Eine weitere Kontextkategorie sind *Arbeitsalltag und Tätigkeitsfeld*, die unter anderem die verschiedenen Tätigkeitsbereiche der Diplomierten und die Arbeitsdichte fassen. Zu den Tätigkeitsbereichen zählen Dokumentationsarbeit, Arbeit am Bett, Organisations- und Koordinationsarbeit und Wissensvermittlung. Die Arbeit am Bett ist jene Arbeit, die dem gesellschaftlichen Bild von Pflege entspricht und umfasst unter anderem medizinische Tätigkeiten sowie die Körperpflege. Die Dokumentationsarbeit wird von den Pflegenden sehr unterschiedlich bewertet/aufgefasst. Auf der einen Seite wird sie als unnötiger Mehraufwand auf Kosten der Zeit, die andernfalls für Patientinnen und Patienten aufgebracht werden könnte, verstanden. Andere verstehen hingegen die Dokumentation als wichtigen Bestandteil der Pflege, die der rechtlichen Absicherung gegenüber der Ansprüche der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen dient. Dies wird auch in der Literatur ersichtlich (Marrs 2007; Schultheis und Gemperle 2014). Die Organisations- bzw. Koordinationstätigkeiten lässt die Diplomierten die Rolle eines Knotenpunktes übernehmen. Dabei kommt es zu einem Zusammenlaufen der Informationen von den zu Pflegenden – entweder direkt oder über den Weg der Assistenzberufe – und der Anordnung der Ärztinnen und Ärzten. Dies setzt einen ständigen Überblick voraus. Unter Wissensvermittlung sind sowohl die Aufklärung von Ab-

und Verläufen von Krankheiten und weiteren Behandlungen als auch Einschulungstätigkeiten für angehende Pflegekräfte zu verstehen. Arbeitsalltag und Tätigkeitsfeld bilden einen wichtigen Kontext und beeinflussen einerseits den Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen, andererseits den Anspruch auf Anerkennung.

Aus den geführten Interviews wird ein Berufsbild ersichtlich, welches sich durch eine besonders hohe Arbeitsdichte auszeichnet. Dieses lässt sich auf den breiten Zuständigkeitsbereich, aber auch dem Ressourcenmangel zurückführen. Auch in der Literatur wird auf die hohe Arbeitsdichte verwiesen. Schon aus einer Studie aus dem Jahr 2010 geht hervor, dass etwa die Hälfte der Befragten eine deutliche Zunahme der Arbeitsdichte im Zeitraum 2005 bis 2010 wahrgenommen hat (DeCola und Riggins 2010). Die Erhöhung der Arbeitsdichte und des Arbeitstempos kann auf die Implementierung des DRG (Diagnosis Related Groups) zurückgeführt werden, das Zugang zu ökonomischen Zahlen des Krankenhauses gewährt (Marrs 2007). Damit entsteht bei den Pflegenden eine Diskrepanz, zwischen dem beruflichen Selbstverständnis und den ökonomischen Zwängen, die zu einer „Abfertigung“ der zu Pflegenden führt (Bobbert 2019). Die berufliche Identität gerät damit in einen systematischen Konflikt mit einer zunehmend ökonomischen Ausrichtung der Krankenhäuser (Marrs 2007; Schultheis und Gemperle 2014). Die Kategorie Arbeitsalltag und Tätigkeitsfeld wirkt damit besonders auf den Anspruch, als eigene Berufsgruppe wahrgenommen zu werden. Auch die Werte und Eigenschaften der Pflegenden wirken auf die Anspruchskonstellationen. So beeinflussen die Relevanz von Höflichkeit und Respekt bei den Pflegenden den Anspruch auf einen respektvollen Umgang. Eigenschaften wie Regelgebundenheit, aber auch Flexibilität bieten einen wichtigen Kontext für die Strategie der Adaption der Arbeitsweise.

Wenn die Ansprüche, gesund zu bleiben und/oder die Arbeit gut zu machen, verletzt werden, dann kommt es oft zu einer *Adaption der Arbeitsweise*. Sie kann als Strategie verstanden werden wie mit Anspruchsverletzung umgegangen wird. Zu den Adaptionmöglichkeiten zählen einerseits die eigene Priorisierung von Tätigkeiten sowie die Weitergaben von Tätigkeiten an die Assistenzberufe. Diese variiert, wie bereits erwähnt, stark nach der Regelgebundenheit diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegekräfte. Auch die Detailtreue und der Aufwand, der für die Dokumentationsarbeit erbracht wird, kann als Adaption der Arbeitsweise verstanden werden. Dies ist abhängig von der Bewertung der Dokumentationsarbeit. *Strategien zum Umgang mit Herausforderungen* ist eine weitere Kategorie, die verschiedene Strategien fasst, um dem Anspruch auf Erhalt der eigenen

Gesundheit sowie dem Anspruch, die eigene Arbeit gut zu machen, nachzukommen. Dazu zählen beispielsweise *Nein-zu-sagen*, was sich besonders auf die Übernahme von Diensten bezieht. Aber auch das *Wissen, wie mit wem umgegangen werden soll*, was sowohl den Umgang mit Patientinnen und Patienten als auch mit Ärztinnen und Ärzten sowie innerhalb des Teams erleichtert. Auch die *Abhärtung* kann als wichtige Strategie verstanden werden. Mit Abhärtung ist einerseits eine körperliche Abhärtung gemeint (lernen mit wechselndem Schlafrhythmus umzugehen; eigene Bedürfnisse zurückschrauben), aber auch emotionale Abhärtung im Sinne einer Distanzierung vom Leid der Patientinnen und Patienten. Um sich emotional abgrenzen zu können hilft es manchen, bewusst mit Einzelnen mitzuleiden und zu trauern. Aus dem Material ging allerdings auch hervor, dass ein Ausbleiben solcher Strategien zu verzeichnen ist, und zwar im Rahmen einer *fehlenden Interessensvertretung*. Darunter ist die schwache Interessensvertretung bzw. die mangelnde Bereitschaft der Pflegenden, sich für ihre Interessen einzusetzen, zu verstehen. Dies erscheint problematisch, insofern die Annahme besteht, eine starke Interessensvertretung kann bei verschiedenen Kontextkategorien wirkmächtig werden und sich in Konsequenz positiv auf die Chance, bestimmte Ansprüche wahrscheinlicher zu erfüllen, auswirken. Dies kann bei den Ansprüchen auf Erhalt der eigenen Gesundheit, der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben wie auch, die eigene Arbeit gut zu machen, relevant sein. Die schwache pflegerische Interessensvertretung geht sowohl aus einigen Interviews mit den Pflegenden als auch mit einem Betriebsratsmitglied hervor. Sie wird vom Betriebsratsmitglied auf den Mangel an Wissen zu Organisierungsmöglichkeiten und Angst vor Konsequenzen erklärt. Die Pflegenden führen den Mangel zusätzlich auf Erschöpfung durch die Arbeit einerseits und durch die Haltung, niemanden zurücklassen zu wollen, andererseits zurück.

Sowohl den Kontextkategorien als auch den Anspruchskonstellationen gehen ursprüngliche Bedingungen voraus. Dazu zählen die *empfundene berufliche Alternativlosigkeit*, die *(verletzten) Erwartungen und Vorstellungen* und das *politische Fehlverhalten*. Unter der empfundenen beruflichen Alternativlosigkeit ist das Gefühl zu verstehen, mit der einschlägigen Berufsausbildung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft keine Möglichkeit zur beruflichen Umorientierung zu haben. Dieses Empfinden scheint besonders unter jenen verbreitet zu sein, die vor dem Diplom keine Matura abgeschlossen haben. Im Vordergrund der *(verletzten) Erwartungen und Vorstellungen* stehen die Unterschiede zwischen dem, was in der Schule gelernt wurde und wie die praktische Arbeit der Pflegenden tatsächlich aussieht. Eine der Befragten verwies etwa darauf, dass ihre Erwartungen zu Beginn sehr wohl erfüllt

wurden und sich dies erst mit der Covid-19 Pandemie verändert hat. Die enttäuschten Erwartungshaltungen beziehen sich größtenteils auf den deutlich geringeren Kontakt zu den Patientinnen und Patienten. Auch Bobbert (2019) stellt fest, dass sich die Pflegenden in einer anderen Berufsausführung wiederfinden als bei der Berufswahl erwartet. Zu erfüllten Erwartungen kann unter anderem die Krisensicherheit des Pflegeberufs verstanden werden, was für manche sogar ein Hauptbeweggrund war, in die Pflege zu gehen. Auch aus der Literatur geht die Wahrnehmung des Pflegeberufs als wertvoll und zukunftssicher hervor (Mairhuber 2019). Das in der Ausbildung vermittelte Bild kann zu unrealistischen Erwartungen führen, die sich auf den Anspruch, den eigenen Beruf gut zu machen, auswirken. Da sich die Praxis von der Ausbildung unterscheidet, kann sich dies negativ auf ebenjenen Anspruch auswirken. Dabei spielt der Umgang der Politik mit den Anliegen der Pflege eine wesentliche Rolle, welche unter *politisches Fehlverhalten* zusammengefasst wurden. Die Kategorie Bezeichnung wurde bewusst so gewählt, da aus dem Material hervorgeht, dass sich die Pflegenden von der Politik alleingelassen fühlen. Nicht zuletzt aufgrund des Anwerbens ausländischer Pflegekräfte, was von den Interviewten als Symptombekämpfung, nicht aber als Bekämpfung des tatsächlichen Problems, verstanden wird. Das politische Fehlverhalten wird von den Pflegenden als Missachtung der Ansprüche wahrgenommen.

Ob die gestellten – bzw. die, im Vordergrund stehenden – Ansprüche erfüllt werden oder nicht, wirkt sich auf die *Einschätzung, zukünftig im Pflegeberuf zu bleiben*, aus. Auf diese wirkt besonders der Anspruch auf Erhalt der eigenen Gesundheit und dem Anspruch auf Erholung. So beschreiben vielen der Befragten, dass sie gerne bis zur Pension am Bett bleiben würden, sich jedoch nicht sicher sind, ob das körperlich möglich ist. Um auch zukünftig am Bett bleiben zu können wird daher oft erwähnt, in Zukunft unter Umständen auf eine körperlich weniger belastende Station zu wechseln. Andere haben nicht vor, bis zur Pension am Bett zu arbeiten. Diese streben Positionen als Stationsleitung bzw. als stellvertretende Stationsleitung an. Dabei wird einerseits die hohe Bindung an den Beruf deutlich, andererseits drückt sich darin bis zu einem gewissen Grad auch die wahrgenommene berufliche Alternativlosigkeit aus. Einer Studie zufolge schätzen 61% der Befragten ein, nicht bis zur Pension in ihrem Beruf durchzuhalten, nur 13% gaben jedoch auch an, tatsächlich den Beruf wechseln zu wollen (Schönherr 2021).

Eine weitere Konsequenz ist die *Kritik an der Akademisierung des Pflegediploms*. Die Akademisierung wird von mehreren Seiten als Sündenbock für die Rahmenbedingungen der stationären Pflege verstanden. Die Kritik gilt besonders der Exklusion von Interessierten, die

mit der Akademisierung und damit der vorausgesetzten Matura einhergehen, was besonders im Hinblick auf die Personalknappheit kritisiert wird. Weiters findet die Verschiebung von Praxis hin zu mehr theoretischem Wissen Kritik. Die gesammelten Praxiserfahrungen verschlechtern sich durch die herrschende Personalknappheit deutlich, da die Auszubildenden häufig Assistenz Tätigkeiten übernehmen müssen. In weiterer Folge führt dies dazu, dass die zukünftigen Akademisierten über deutlich weniger „sinnvolle“ Praxiserfahrung verfügen. Auch der Wissenstand der Studierenden wird bemängelt und als nicht dem Semester entsprechend beurteilt. Die Pflegenden beschreiben auch, dass auf den Fachhochschulen ein falsches Bild vermittelt wird, das von den Pfl ege Tätigkeiten abweicht. Die im Studium entstehenden Erwartungen werden von den Diplomierten als Erklärung verstanden, wieso viele der Studierenden nicht in der Pflege bleiben oder gar nicht mit der Pflege am Bett beginnen. Stattdessen führen sie, nach Abschluss des Bachelors, mit einem Masterstudium fort und streben eine Leitungsposition an.

Wie angedeutet wirken aber auch andere Kategorien auf die Beziehung der dynamischen Anspruchskonstellationen und der Einschätzung, zukünftig im Beruf zu bleiben. Die *Bindungskonstellationen*, die sich aus *Stolz* und *Berufsbegeisterung* zusammensetzen, wirken sehr stark auf diese Beziehung. Unter *Stolz* ist einerseits der Stolz auf eine sinnvolle und gesellschaftlich relevante Tätigkeit, sowie andererseits auch der Stolz auf Erfolgserlebnisse zu verstehen. Unter Erfolgserlebnissen können beispielsweise geglückte Reanimationen, die Hilfe beim Wiedererlernen lebenswichtiger Handlungen, wie eigenständig zu Essen, oder auch eine erfolgreiche Entlassung besonders kranker Patientinnen oder Patienten verstanden werden. In mehreren Studien konnte ähnliches festgestellt werden. So geht sowohl der Stolz auf Erfolgserlebnisse (Lu et al. 2019) als auch ein Berufsstolz hervor, der besonders auf der gesellschaftlichen Relevanz des Pflegeberufs beruht (Roth et al. 2022). Auch die *Berufsbegeisterung* kann sich positiv auf die Absicht, im Beruf zu bleiben, auswirken. Die Berufsbegeisterung lässt sich einerseits durch die Freude an der Arbeit mit Menschen, andererseits auch durch das breitgefächerte Berufsbild, mit gleichzeitiger Möglichkeit auf Beständigkeit, erklären. Die hohe Berufszufriedenheit deckt sich auch mit den Ergebnissen aus der Literatur. Aus dieser geht hervor, dass die Berufszufriedenheit bei Pflegenden höher ist als im Durchschnitt aller Berufsgruppen in Österreich (Mairhuber 2019). Gleichfalls weisen in der ambulanten, stationären und teilstationären Pflege Deutschlands die Pflegenden auf einem standardisierten Index (0-100) einen Wert von etwa 65 auf, lediglich die Akutpflege liegt bei einem Wert von 50 (Breinbauer 2020).

Damit wird deutlich, dass die Situation, mit der sich die Pflege konfrontiert sieht, keine einfache ist und nicht auch auf eine Gehaltsdebatte reduziert werden kann. Auch wenn finanzielle Anerkennungen ein wichtiger Anspruch ist, dem besonders unter derzeitigen Umständen – auch seitens der Pflegenden – eine hohe Relevanz zu geschrieben wird, ist es wichtig, die Pflege weiterhin zu fördern. Viele fühlen sich von der Politik allein gelassen und von der Gesellschaft nicht verstanden. Die Unklarheit über die Tätigkeitsfelder der Pflege wird als mangelnde Anerkennung empfunden. Die mediale Präsenz während der Covid-19 Pandemie hat geholfen, ein erstes gesellschaftliches Bewusstsein für die aktuelle Situation der Pflege zu schaffen. Es gilt jedoch weiterhin auch die Vorstellungen, was die Pflege macht – nämlich nicht nur Patienten und Patientinnen waschen – gesellschaftlich richtig zu stellen.

Somit ist es sinnvoll, dem Anspruch nach finanzieller Anerkennung nachzukommen, die sowohl für die Pflegenden als auch für die Gesellschaft symbolische Wirkungskraft haben kann. Gleichzeitig muss aber weiter daran gearbeitet werden, zukünftig auch die anderen Ansprüche zu erfüllen. Andernfalls können die Pflegekräfte voraussichtlich nicht nachhaltig in ihrem Beruf gehalten werden. Dies würde die Rahmen- und Arbeitsbedingungen weiterhin verschlechtern, wodurch besonders die Ansprüche auf Erhalt der eigenen Gesundheit und auf Erholung missachtet werden würden.

Dahingehend wäre es sehr interessant herauszuarbeiten, wie lange finanzielle Anerkennung als Kompensation für die Verletzung der anderen Ansprüche betrachtet werden kann. Dafür würden sich Interviews mit ausgestiegenen Pflegekräften anbieten.

Mit der Einschränkung der Berufserfahrung auf etwa fünf bis 15 Jahre, wurden nur Personen interviewt, welche die Ausbildung in der Pflegeschule absolviert haben. Eine Ausnahme bildet eine Interviewte, welche 2021 zusätzlich zu ihrem Pflegediplom das Studium Pflegewissenschaft an der Fachhochschule angefangen hat. Besonders im Hinblick darauf, die Jüngeren im Beruf zu halten, wäre es wichtig, Pflegende zu befragen, die noch nicht so lange im Beruf sind. Auf Grund der starken Kritik der Diplomierten an der Akademisierung des Pflegediploms wären Interviews mit Pflegenden, die eine Fachhochschule absolviert haben, zu führen, um deren Erwartungshaltungen und beruflichen Aspirationen zu verstehen.

Literaturverzeichnis

- Atkinson, Carol, und Rosemary Lucas. 2013. Worker responses to HR practice in adult social care in England: HR practice in adult social care in England. *Human Resource Management Journal* 23: 296–312.
- Auffenberg, Jennie, und Moritz Heß. 2021. Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. 48.
- Bachmayr-Heyda, Alina. 2022. Mit Applaus ins Burn-out: Droht jetzt der Pflegenotstand? <https://www.oegb.at/vorteile-und-leistungen/zeitschriften/solidaritaet/mit-applaus-ins-burn-out--droht-jetzt-der-pflegenotstand-> (Zugegriffen: 17. Okt. 2023).
- Baethge, Martin. 1991. Arbeit, Vergesellschaftung, Identität — Zur zunehmenden normativen Subjektivierung der Arbeit. *Soziale Welt* 42: 6–19.
- Bobbert, Monika. 2019. Berufliche Pflege und soziale Gerechtigkeit: sechs sozioethische Problemanzeigen. *Ethik in der Medizin* 31: 289–303.
- Bourgault, Annette M. 2022. The Nursing Shortage and Work Expectations Are in Critical Condition: Is Anyone Listening? *Critical Care Nurse* 42: 8–11.
- Breinbauer, Mareike. 2020. *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege: Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Caricati, Luca et al. 2014. Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management* 22: 984–994.
- Corbin, Juliet M., und Anselm L. Strauss. 2015. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Fourth edition. Los Angeles: SAGE.
- DeCola, P.R., und P. Riggins. 2010. Nurses in the workplace: expectations and needs: Nurses' workplace expectations and needs. *International Nursing Review* 57: 335–342.
- Dieterich, Anja, Bernard Braun, Thomas Gerlinger, und Michael Simon, Hrsg. 2019. *Geld im Krankenhaus: eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*. Wiesbaden [Heidelberg]: Springer VS.
- Eurostat. 2014. Archive:Healthcare provision statistics/de. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Healthcare_provision_statistics/de (Zugegriffen: 4. Okt. 2023).
- Filipič, Ursula, Hrsg. 2019. *Gute Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen?!*. Wien: Verlag des ÖGB.
- Flecker, Jörg. 2017. *Arbeit und Beschäftigung: eine soziologische Einführung*. Wien: facultas.
- Flecker, Jörg, Manfred Krenn, und Maria Tschernitz. 2014. Der dreifache Bezug zur Arbeit – Transformation öffentlicher Dienste und berufliche Identität. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 39: 199–219.
- Folbre, Nancy. 2012. Should Women Care Less? Intrinsic Motivation and Gender Inequality: Should Women Care Less? *British Journal of Industrial Relations* 50: 597–619.
- Hager, Johanna, und Michael Bachner. 2020. Die große Angst vor dem Pflegenotstand. <https://kurier.at/chronik/oesterreich/coronavirus-die-grosse-angst-vor-dem-pflegenotstand/400788365> (Zugegriffen: 17. Okt. 2023).
- Hebson, Gail, Jill Rubery, und Damian Grimshaw. 2015. Rethinking job satisfaction in care work: looking beyond the care debates. *Work, Employment and Society* 29: 314–330.
- Hegermann, Holger, und Roswitha Zago. 2015. Good Practice: Anerkennung im Arbeitsalltag der ambulanten Pflege: Ein Praxisbeitrag. In *Exploring Demographics*,

- Hrsg. Sabina Jeschke, Anja Richert, Frank Hees und Claudia Jooß, 155–158. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Heinen, Maud M. et al. 2013. Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies* 50: 174–184.
- Hirsch-Kreinsen, Hartmut, und Heiner Minssen, Hrsg. 2017. *Lexikon der Arbeits- und Industriosozologie*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Holtgrewe, Ursula. 2006. *Flexible Menschen in flexiblen Organisationen: Bedingungen und Möglichkeiten kreativen und innovativen Handelns*. Berlin: Edition Sigma.
- Honneth, Axel. 2009. Arbeit und Anerkennung. Versuch einer Neubestimmung. In *Anerkennung*, Hrsg. Hans-Christoph Schmidt am Busch und Christopher F. Zurn, 213–228. AKADEMIE VERLAG.
- Honneth, Axel. 2021. *Kampf um Anerkennung: zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte ; mit einem neuen Nachwort*. 11. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hürtgen, Stefanie, und Stephan Voswinkel. 2016. Ansprüche an Arbeit und Leben – Beschäftigte als soziale Akteure. *WSI-Mitteilungen* 69: 503–512.
- Jahoda, Marie. 1995. *Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert*. Repr. der 3. Aufl. von 1986. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Kleemann, Frank. 2012. Subjektivierung von Arbeit - eine Reflexion zum Stand des Diskurses. *AIS-Studien*.
- Krutzler, David. 2023. Pflegepersonalmangel zwingt Spitäler zur Sperre von 2.775 Betten. *DER STANDARD*. <https://www.derstandard.at/story/2000146397382/pflegemangel-zwingt-spitaeler-zur-sperre-von-2-775-betten> (Zugegriffen: 17. Okt. 2023).
- Lu, Hong, Yang Zhao, und Alison While. 2019. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 94: 21–31.
- Mairhuber, Ingrid. 2019. ARBEITSBEDINGUNGEN IN DER PFLEGE UND BETREUUNG: HOHE BELASTUNGEN, GERINGE ENTLOHNUNG, GROSSE HERAUSFORDERUNGEN. In *Gute Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen?!*, vol. 21, *Sozialpolitik in Diskussion*, 4–17. Wien: Verlag des ÖGB.
- Marrs, Kira. 2007. Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? *WSI-Mitteilungen* 60: 502–507.
- Mau, Kristina, und Constantin Wagner. 2014. Symbolische Kämpfe um die Anerkennung von Qualifikation und Kompetenz: Auseinandersetzungen innerhalb der Pflege. In *Im Dienste öffentlicher Güter*, Hrsg. Jörg Flecker, Franz Schultheis und Berthold Vogel, 107–122. Nomos.
- McClimont, Bill, und Kim Grove. 2004. *Who cares now?: an updated profile of independent sector home care providers and their workforce in England*. Carshalton: United Kingdom Home Care Association Limited.
- Neményi, Eszter, und European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Hrsg. 2006. *Employment in social care in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publ. of the European Communities.
- Özli, Ismail. 2020. Pandemie trifft Pflegenotstand. *intensiv* 28: 122–125.
- Palmer, Elyane, und Joan Eveline. 2012. Sustaining Low Pay in Aged Care Work: SUSTAINING LOW PAY IN AGED CARE WORK. *Gender, Work & Organization* 19: 254–275.
- Przyborski, Aglaja, und Monika Wohlrab-Sahr. 2014. *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 4., erweiterte Auflage. München: Oldenbourg Verlag.

- Roth, Catharina et al. 2022. Keeping nurses in nursing: a qualitative study of German nurses' perceptions of push and pull factors to leave or stay in the profession. *BMC Nursing* 21: 48.
- Rothgang, Heinz, Rolf Müller, und Benedikt Preuß. 2020. *Barmer Pflegereport. 2020.*
- sase, ORF at. 2021. Durch CoV am Limit: Hälfte der Pflegekräfte denkt an Jobwechsel. *news.ORF.at*. <https://orf.at/stories/3216450/> (Zugegriffen: 17. Okt. 2023).
- Sasso, Loredana et al. 2019. Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management* 27: 946–954.
- Schönherr, Daniel. 2021. Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index. *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*.
- Schultheis, Franz, und Michael Gemperle. 2014. Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Gemeinwohlorientierung und betriebswirtschaftlichen Imperativen. In *Im Dienste öffentlicher Güter*, Hrsg. Jörg Flecker, Franz Schultheis und Berthold Vogel, 23–32. Nomos.
- Strauss, Anselm L., und Juliet M. Corbin. 2010. *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl. Weinheim: Beltz.
- Tie, Ylona Chun, Melanie Birks, und Karen Francis. 2019. Grounded theory research: A design framework for novice researchers: *SAGE Open Medicine*.
- Voswinkel, Stephan. 2013. Anerkennung und Identität im Wandel der Arbeitswelt. In *Solidarität in der Krise*, Hrsg. Lucie Billmann und Josef Held, 211–235. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Voswinkel, Stephan. 2012. Verstrebungen der Fluidität. Ansprüche von Beschäftigten und Politiken von Organisationen im Wandel der Anerkennungsverhältnisse. *Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 412–431.
- Witzel, Andreas. 2000. Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1: 8. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132>.
- Witzel, Andreas. 1985. Das problemzentrierte Interview. In *Qualitative Forschung in der Psychologie : Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*, Hrsg. Gerd Jüttemann, 227–255. Weinheim: Beltz.

Zusammenfassung

Die Zielsetzung dieser Masterarbeit ist es, die Ansprüche, welche die Pflegenden an ihren Beruf stellen aufzudecken und näher zu untersuchen. Dabei wurde insbesondere die Frage bearbeitet, inwiefern die Erfüllung sowie der Umgang mit einer Nichterfüllung dieser Ansprüche auf die Einschätzung, zukünftig im Beruf zu bleiben wirkt. Dafür wurden zehn problemzentrierte Interviews mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften desselben Krankenhauses geführt. Das erhobene Material wurde mithilfe der Grounded Theory ausgewertet. Dabei stellte sich heraus, dass die Ansprüche der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte nicht als statisch und unabhängig, sondern in Form einer Dynamik von Anspruchskonstellationen zu verstehen sind. Die besonders wichtigen Ansprüche, die aus dem Material hervorgehen, sind Ansprüche auf – sowohl materielle als auch immaterielle – Anerkennung, auf den Erhalt der eigenen Gesundheit sowie auf die Möglichkeit, die eigene Arbeit gut zu machen. Mit der Betonung der Dynamik der Anspruchskonstellationen wird darauf verwiesen, dass je nach Kontext unterschiedliche Ansprüche in den Vordergrund gestellt werden. Die erhobenen Ansprüche werden sowohl auf einer interaktionellen als auch auf einer strukturellen Ebene formuliert. Ansprüche auf interaktioneller Ebene variieren je nach Kontext, welcher von der Beziehung zu den Patientinnen und Patienten, den Ärztinnen und Ärzten, dem Team und der Stationsleitung sowie dem öffentlichen Bild der Pflege umrahmt wird. Der strukturelle Kontext bezieht sich sowohl auf die Arbeits- und Rahmenbedingungen der Pflege, den Alltag und das Tätigkeitsfeld, als auch auf die spezifischen Stationsbedingungen. Aus dem Material geht eine Verschiebung zu materieller Anerkennung, in Form von Gehalt, hervor. Diese überdeckt die anderen Ansprüche dahingehend, insofern der Anspruch auf materielle Anerkennung als einziger erfüllbarer Anspruch verstanden wird. Die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte bilden Strategien aus, um die Chance auf eine Erfüllung ihrer Ansprüche zu erhöhen. Dazu zählen beispielsweise Strategien, um sich vom Leid der Kranken zu distanzieren oder mit der hohen Arbeitsdichte umzugehen. Die Dynamik der Anspruchskonstellationen wirkt sich demnach auf die Einschätzung, zukünftig im Beruf zu bleiben. Diese Beziehung wird durch berufsbindende Konstellationen beeinflusst, welche sich aus Stolz und der Berufsbegeisterung zusammensetzt. Diese beiden können die verletzten Ansprüche bis zu einem gewissen Grad überschatten. Die Einschätzung, zukünftig im Beruf zu bleiben, wird von den Befragten zwar positiv bewertet, häufig jedoch mit dem Verweis auf die Unsicherheit, ob dies körperlich möglich sein wird.

Abstract

The aim of this master's thesis is to uncover and examine the demands that nurses place on their profession. In particular, the question of the extent to which the fulfillment and handling of non-fulfillment of these demands affect the assessment of remaining in the profession in the future was addressed. To this end, ten problem-centered interviews were conducted with qualified healthcare and nursing staff from the same hospital. The material collected was analyzed using grounded theory. This revealed that the demands of the qualified healthcare and nursing staff are not to be understood as static and independent, but rather in the form of a dynamic constellation of demands. The particularly important demands that emerged from the interviews are entitlements to recognition - both material and immaterial - to the preservation of one's own health and to the opportunity to do one's own work well. By emphasizing the dynamics of the demand constellations, it is pointed out that different entitlements are placed in the foreground depending on the context. The demands made, are formulated on both an interactional and a structural level. Demands on an interactional level vary depending on the context, which is framed by the relationship with patients, doctors, the team and ward management as well as the public image of nursing. The structural context refers to the working and general conditions of nursing, to everyday life and the field of activity, as well as to the specific ward conditions. The material reveals a shift towards material recognition in the form of salary. This conceals the other demands to the extent that the entitlement to material recognition is perceived as the only demand that can be fulfilled. The qualified healthcare and nursing staff develop strategies to increase the chance of their demands being met. These include, for example, strategies to distance themselves from the suffering of the sick or to deal with the high workload. The dynamics of the demand constellations therefore affect the assessment of remaining in the profession in the future. This relationship is influenced by job-binding constellations, which are made up of enthusiasm for the job and pride. These two can overshadow the violated demands to a certain extent. The assessment of remaining in the profession in the future is evaluated positively by the interviewees, but often with reference to the uncertainty as to whether this will be physically possible.