



Fachhochschule
der **Diakonie**

Wertschätzungserleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege

**Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben
ProWert - Produzentenstolz durch Wertschätzung
Teilvorhaben Pflegewissenschaft**

**Klaus Müller
Susanne Hellweg**

Fachhochschule der Diakonie

www.fh-diakonie.de

gefördert durch:



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



DLR
Projekträger im DLR



ESF
Europäischer Sozialfonds
für Deutschland



EUROPÄISCHE UNION

Klaus Müller

Susanne Hellweg

Wertschätzungserleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege

Projektbericht zum Forschungsvorhaben ProWert¹ – Produzentenstolz durch Wertschätzung – Teilvorhaben Pflegewissenschaft im BMBF Förderschwerpunkt „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Förderkennzeichen 01FB08029

unter Mitarbeit von

Heike Schneider
Claudia Brinkmann
Prof. Dr. Anke Fesenfeld
Stefan Engelbrecht
Anja Pflaum

© Fachhochschule der Diakonie: Bielefeld 2013

Herausgeber
Fachhochschule der Diakonie gem. GmbH
Grete-Reich-Weg 9, 33617 Bielefeld
Telefon: 0521. 144-2700
Telefax: 0521. 144-3032
E-Mail: info@fh-diakonie.de

Dieser Bericht kann heruntergeladen werden unter: www.prowert.fh-diakonie.de

¹ Das Forschungsprojekt ProWert (Produzentenstolz durch Wertschätzung) ist ein Kooperationsprojekt zwischen der TU Dortmund, Lehrstuhl für Organisationspsychologie und der FH der Diakonie, Lehrstuhl für Pflegewissenschaft und untergliedert sich entsprechend in die beiden Teilvorhaben Organisationspsychologie und Pflegewissenschaft. www.prowert.org

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Thematischer Hintergrund	3
1.1 Soziodemografischer Hintergrund	4
1.1.1 Beschäftigte in der Pflege	4
1.1.2 Pflegebedürftige (SGB XI) – Heim und Ambulante Versorgung	5
1.1.3 Krankenhausversorgung.....	6
1.2 Strukturreformen und ihre Konsequenzen für professionelle Pflege	6
1.3 Gesundheitliche Belastungen Pflegenden.....	8
1.4 Probleme der Personalgewinnung und -bindung in Pflegeberufen	8
2 Fragestellung und Zielsetzung	11
3 Anerkennung und Wertschätzung	13
3. 1 Identität	14
3.2 Berufliche Identität Pflegenden und Werteorientierung	19
3.3 Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung.....	19
3.4 Das Konzept des Kohärenzgefühls	21
3.5 Das Phänomen der Anerkennung.....	23
3.6 Modi der Anerkennung: Liebe, Recht und Wertschätzung.....	24
3.6.1 Liebe.....	24
3.6.2 Recht	25
3.6.3 Wertschätzung.....	27
3.6.4 Anerkennung als individuelle und kollektive Variable.....	28
3.7 Wertschätzung im beruflichen Kontext.....	28
3.8 Besonderheiten personenbezogener Dienstleistungen und pflegerischer Interaktionsarbeit .	34
3.9 Gefühls- und Emotionsarbeit als zentraler Bestandteil pflegerischer Interaktionsarbeit	37
3.9.1 Gefühlsarbeit (Sentimental Work)	38
3.9.2 Emotionsarbeit (Emotional labor).....	40
3.10 Wertschätzung im Kontext pflegerischer Interaktionsarbeit.....	43
3.11 Stolz	47
3.11.1 Positive Funktionen von positiven Gefühlen	48
3.11.2 Stolz als ‚packende‘ Emotion.....	49
3.11.3 Entwicklung von Stolz	49
3.11.4 Formen von Stolz	52
3.11.5 Affektive Ereignisse am Arbeitsplatz	53
3.11.6 Zusammenhänge von Wertschätzung und Stolz	54

3.11.7	Wirkungen von Wertschätzung und Stolz	58
3.11.8	Generierung von Stolz im Kontext professioneller Pflege	58
3.11.9	Bedeutung von Stolz im Arbeitskontext.....	59
4	Methodisches Vorgehen.....	61
4.1	Erhebungsmethoden	62
4.2	Datenauswertung	64
5	Ergebnisse	66
5.1	Ergebnisse der Interviews mit Pflegenden	66
5.1.1	Ergebnisse in Einzelkategorien	66
5.1.1.1	Rahmenbedingungen.....	67
5.1.1.2	Motivation.....	72
5.1.1.3	Anerkennung.....	84
5.1.1.4	öffentliche Anerkennung.....	91
5.1.1.5	Arbeitsbelastung.....	95
5.1.1.6	Arbeitszufriedenheit.....	104
5.1.1.7	Arbeitsverhältnis	108
5.1.1.8	Kultur	113
5.1.1.9	Team.....	120
5.1.1.10	Koproduktion	132
5.1.1.11	Qualitätsprofil	156
5.1.1.12	Work-Life-Balance	172
5.1.1.13	Organisationsentwicklung.....	200
5.1.1.14	Personalentwicklung	204
5.1.1.15	Führung	211
5.1.1.16	Arbeitsorganisation	220
5.1.1.17	Beziehung.....	229
5.1.1.18	Berufsverständnis.....	243
5.1.1.19	Berufssozialisation	263
5.1.1.20	Aufgaben.....	272
5.1.2	Verdichtung der Ergebnisse: die Kernkategorien.....	277
5.1.2.1	Geachtet werden.....	278
5.1.2.2	Pflegende/r sein.....	281
5.1.2.3	Erfolge sehen.....	285
5.1.2.4	Arbeit mitgestalten.....	286

5.2	Ergebnisse der Gruppeninterviews mit zu pflegenden Menschen und Angehörigen	291
5.2.1	Ergebnisse der Bewohner/innenbefragung	291
5.2.2	Ergebnisse der Angehörigenbefragung	294
5.2.3	Zusammenfassung	299
5.3	Ergebnisse der Experteninterviews	300
5.3.1	Demografische Entwicklung und Sicherung der pflegerischen Versorgung	301
5.3.2	Wandel der Ausbildung: Akademisierung, Generalisierung, Differenzierung	309
5.3.3	Die berufliche Situation erfahrener, älterer Mitarbeitender	332
5.3.4	Öffentliches Image und berufliches Selbstverständnis Pflegender	339
5.3.5	Zusammenfassung	359
5.4	Exemplarische Dokumentenanalyse	371
5.4.1	Altenpflege	372
5.4.2	Krankenpflege	376
5.4.3	Weiterbildungen	378
5.4.4	Zusammenfassung	384
6	Intervention: Potenzialanalyse Wertschätzung	385
6.1	Das EFQM Excellence Modell	386
6.2	Selbstbewertung	387
6.3	Potenzialanalyse Wertschätzung	388
6.3.1	Mitarbeitende	390
6.3.2	Ergebnisse	392
6.3.3	Arbeitsgestaltung	392
6.3.4	Umfeld	393
6.3.5	Beruflichkeit	394
6.4	Erprobung der Potenzialanalyse Wertschätzung	395
7	Diskussion	398
7.1	Zusammenfassung	407
7.2	Ausblick	409
8	Literatur	412

Einführung

Nicht erst in Zeiten eines zunehmenden Fachkräftemangels in der Pflege ist der Begriff der Wertschätzung in aller Munde, und es ist auch keine neue, innovative Erkenntnis des Personalmanagements, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter² Anerkennung und Wertschätzung für geleistete Arbeit erhalten sollten, um motiviert und identifiziert längerfristig gute Arbeit zu leisten. Gut untersucht hat die Arbeitsforschung diese Fragen für die Bereiche Handwerk und Produktion. Hier kann aufgezeigt werden, wie der individuell erlebte Stolz auf ein selbst hergestelltes Produkt, den Prozess der Herstellung oder auch das Ergebnis eines Produktionsprozesses, an dem man selbst beteiligt war (z. B. eine Auto oder eine Spülmaschine) entsteht und wie er zusammenhängt mit der Arbeitszufriedenheit, der Motivation und der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter/in. In dem Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft stellt sich nun die Frage, inwieweit die bisherigen Konzepte auf den Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen übertragbar sind. Hatte bislang das Produkt eine große Bedeutung für das positive Erleben der Mitarbeitenden, stellt sich nun die Frage, was in einer Dienstleistung an diese Stelle tritt.

Dieser Fragestellung ist die vorliegende Untersuchung nachgegangen, die für die personenbezogene Dienstleistung Pflege untersucht hat, wie und wodurch Mitarbeiter/innen in der Pflege Anerkennung und Wertschätzung erleben.

Interessant im Diskurs zur Bedeutung von Wertschätzung ist die Unschärfe mit der dieser Begriff verwendet wird. Wertschätzung ist anscheinend zu einem Modebegriff geworden, der nicht mehr differenziert inwieweit überhaupt ein Wert im Sinne einer bezifferbaren Menge dem zu betrachtenden Sachverhalt zuordenbar ist. Gerade im Bereich der (sozialen) Dienstleistungsarbeit ist evident, dass soziale Dienstleistungen inkommensurabel sind, nicht in Einheiten oder hergestellten Produkten gemessen werden können. Entsprechend kann Wertschätzung im engeren Sinne nur über die Höhe der Entlohnung hergestellt werden, welche sich aber nicht an konkreten Arbeitsergebnissen sondern lediglich an z. B. der gearbeiteten Zeit orientieren kann. Wertschätzung beschreibt also im eigentlichen Sinn

² Im Sinne einer geschlechter- und gendergerechten Sprache werden in diesem Forschungsbericht unterschiedliche Schreibweisen gleichberechtigt nebeneinander verwendet. Diese Vielfalt soll es allen Lesenden ermöglichen, sich angesprochen zu fühlen und die Inhalte in verschiedene Lebenskontexte übertragen zu können.

die Zuordnung eines Wertes zu einer Sache und verlagert dabei den Maßstab von Qualität auf Quantität. Für (soziale) Dienstleistungen wird es jedoch immer eher um die Qualität der Leistung gehen als um die Quantität. Im Bereich der beruflichen Pflegearbeit steht folglich mehr der Aspekte der sozialen Anerkennung als das Einschätzen von Werten bzw. Messgrößen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Soziale Anerkennung steht hier in einer engen Verbindung zur Würde des Anderen nicht zu einem bezifferbaren Wert. Dieser Umstand macht deutlich, dass hierzu besondere Beurteilungskriterien erforderlich sind, die Dienstleistungsarbeit nach anderen, nicht metrischen Maßstäben erfassen und beurteilbar machen.

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich mit dem ‚Phänomen Wertschätzung‘ im beruflichen Kontext bezogen auf die Dienstleistung ‚Pflege‘. Um die Bedeutung von Wertschätzung und die Implikationen dieses Begriffes für den einzelnen Mitarbeiter, aber auch für die Berufsgruppe der Pflegenden und deren Selbstverständnis zu fassen, steht am Anfang die theoretische Auseinandersetzung mit den in diesem Kontext zentralen Begriffen ‚Identität‘ und ‚Anerkennung‘. Da Interaktionsarbeit keineswegs eine rationale, ausschließlich auf kognitiven Überlegungen basierende Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen meint, müssen die Gefühle der Beteiligten in diesem Kontext einen besonderen Stellenwert erhalten. Hier sind die Konzepte der Emotions- und Gefühlsarbeit von Bedeutung. Nach einer tiefer gehenden Auseinandersetzung mit den „Modi der Anerkennung“ (Honneth 1994) wird das Konzept des Stolzes im Bereich der Arbeit diskutiert. Im Anschluss an die Ausführungen zum methodischen Vorgehen in diesem Forschungsprojekt werden die Ergebnisse der narrativen Interviews vorgestellt und diskutiert. Im abschließenden Teil des Forschungsberichtes wird die im Vorhaben entwickelte Intervention, die sogenannte Potenzialanalyse Wertschätzung, erläutert, welche auf die Forschungsergebnisse aufbaut. Es werden Schlussfolgerungen gezogen in Bezug auf eine Verbesserung der Wertschätzung für Pflegende.

Wir danken allen Pflegenden, zu pflegenden Menschen, Angehörigen und ExpertInnen für ihre Bereitschaft, das Forschungsprojekt zu unterstützen und für ihre Offenheit, mit der sie in den Interviews ihre individuelle Wirklichkeit in der bzw. ihre Sichtweisen auf die Arbeitswelt Pflege geschildert haben.

1 Thematischer Hintergrund

Moderne Gesellschaften gründen Wertschätzung primär auf Leistungen, die im Kontext von beruflicher Arbeit erbracht werden. Das in Industriegesellschaften vorherrschende Leistungsprinzip knüpft bestimmte Rechte oder Privilegien gesellschaftlicher Gruppen oder Individuen an ihren Beitrag zum gesellschaftlichen Gesamtprodukt (vgl. Voswinkel 2009). Mit dem Leistungsprinzip ist stets auch die Frage verknüpft „welche Arbeiten und Beiträge zum Gemeinwohl in welchem Grade als Leistung und als welche wertvolle Leistung zu werten sind“ (Voswinkel 2009: 2). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass „gesellschaftliche Integration sich im Wesentlichen über das Medium Arbeit vollzieht und letztere somit als einer der wichtigsten Einflussfaktoren für den Prozess der individuellen Identitätsbildung gelten kann“ (Kropf 2005: 128). Berufliche Erfahrungen verbleiben also nicht am Arbeitsplatz sondern wirken auch in das Privatleben hinein. So wie das Gefühl, ein geachteter und geschätzter Kollege zu sein auch das Privatleben hell und freundlich erscheinen lässt, so kann die Erfahrung von Missachtung oder Entwertung auch die arbeitsfreie Zeit überschatten.

Die Bedeutung von Wertschätzung im Kontext von Arbeit ist in den vergangenen Jahren stärker in den Fokus betriebs- und volkswirtschaftlicher Überlegungen gerückt; wissenschaftliche Untersuchungen machen das ‚Phänomen Wertschätzung‘ zum Thema und beschäftigen sich mit Ursachen, Folgen und Möglichkeiten der Einflussnahme (vgl. Cernavin 2007, Deissler/Gergen 2004, Kropf 2005, Neuy et al. 2007).

Die Gründe für das steigende Interesse am Thema Wertschätzung bzw. sozialer Anerkennung liegen einerseits in der Zunahme insbesondere psychischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen von Mitarbeitenden (Böhle 2010, Michaelis 2005). Neben physischen Arbeitsbelastungen wie Lärm oder einseitigen Bewegungen, dem durch ‚Arbeitsverdichtung‘ verursachten Zeitdruck wurde auch der subjektiv erlebte ‚Mangel an Anerkennung‘ als ein wichtiger Einflussfaktor identifiziert, der das Erleben von Stress, Überlastung, Sinnverlust etc. verstärkt.

Andererseits sehen sich Unternehmen bzw. die Gesellschaft als Ganzes der Aufgabe gegenüber, dem gegenwärtigen und sich absehbar verschärfenden Mangel an Fachkräften wirksam und nachhaltig zu begegnen. Vor diesem Hintergrund konkurrieren Unternehmen um Schulabgänger und bereits qualifizierte Mitarbeitende und müssen sich bemühen, Berufsprofile zu schärfen und die Attraktivität von Beruf bzw. Arbeitsplatz zu steigern.

Schließlich gelten „soziale Wertschätzung von und der Stolz auf Dienstleistungsarbeit (...) - neben Qualifikation, Beruflichkeit und individuellem Engagement - als die zentralen ‚Treiber‘ der Qualität und Innovationskraft im Dienstleistungssektor“ (Fischbach et al. 2010: 1).

Für den Bereich der Pflege liegen Zahlen vor, die belegen, dass die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage, konkret zwischen der Zahl der Pflegekräfte und der der Pflegebedürftigen, in Zukunft immer größer werden und die pflegerische Versorgung der Bevölkerung somit nicht mehr gewährleistet sein wird (PriceWaterhouseCoopers 2010, Simon 2008).

Es ist also auch von gesellschaftlichem Interesse, die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen, Schulabsolventen für diesen Beruf zu gewinnen und für die vorhandenen Mitarbeitenden den Rahmen zu schaffen, in dem sie ‚gut, gesund und gerne‘ ihren wichtigen Anteil zur gesundheitlichen Versorgung der Gesellschaft leisten können.

1.1 Soziodemografischer Hintergrund

In der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung sind gegenläufige Trends festzustellen. Gerade im Bereich der pflegerischen Versorgung chronisch kranker alter Menschen entsteht eine massive Lücke zwischen Bedarf und Angebot. Hier werden Fachkräfte bereits dringend gesucht. Dieser Trend wird sich verstärken, wenn die Anzahl pflegebedürftiger alter Menschen – wie prognostiziert – weiter ansteigt. Im Krankensektor wurden über Jahre zu Einsparungszwecken Stellen im Pflegebereich reduziert, was zu einer enormen Arbeitsverdichtung geführt hat, Ausbildungsplätze im Bereich der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege wurden zum Teil abgebaut. In der Attraktivität der Ausbildungsberufe stehen die Pflegeberufe eher auf hinteren Plätzen. Insgesamt also eher ein Spannungsfeld, in dem berufliche Pflegearbeit stattfindet.

1.1.1 Beschäftigte in der Pflege

Das Statistische Bundesamt legte kürzlich aktuelle Zahlen zur Personalsituation im Gesundheitswesen vor (Statistisches Bundesamt 2011a). Danach stieg im Jahre 2010 die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen auf insgesamt ca. 4,8 Millionen an. Berücksichtigt man die Beschäftigten, die in Teilzeit arbeiten, so entspricht dies in etwa 3,6 Millionen Vollzeitstellen. Seit 2001 erhöhte sich damit die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um 650.000 Personen. Zu diesen Beschäftigten gehören 806.000 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (ohne Hebammen), was einer Anzahl von 571.000

Vollzeitstellen entspricht. Daneben waren in 2010 405.000 Altenpfleger/innen tätig, was umgerechnet in Vollzeitäquivalente 307.000 Stellen entspricht. Für den Bereich der Krankenpflege wird außerdem die Berufsgruppe der Krankenpflegehelfer gesondert ausgewiesen und mit 269.000 Stellen bzw. 196.000 Vollzeitäquivalenten angegeben. Für den Bereich der Altenpflege wird eine entsprechende Unterscheidung nicht getroffen. Insgesamt lässt sich aus diesen Zahlen eine Anzahl von 1.480.000 professionell Pflegenden errechnen, was einer Zahl von 1.074.000 Vollzeitstellen entspricht. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass sich die Angaben des Statistischen Bundesamtes auf Gesundheitsberufe beziehen, d.h. es geht um Mitarbeitende, die eine entsprechende Ausbildung absolviert haben, die mindestens ein Jahr umfasst. Nicht berücksichtigt sind hier all die Beschäftigten, die ohne entsprechende Ausbildung in der Pflege arbeiten. Insbesondere für den Bereich der stationären Altenpflege lässt sich über vorgegebene Fachkraftquoten von 50% vermuten, dass eine ähnlich große Gruppe von Mitarbeitenden hier ohne Ausbildung tätig ist. Auch diese Mitarbeitenden leisten ihren Anteil in der Versorgung und arbeiten unter ähnlichen, häufig sogar schlechteren, Bedingungen als die Kollegen mit Berufsabschluss.

1.1.2 Pflegebedürftige (SGB XI) – Heim und Ambulante Versorgung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes erhielten im Jahre 2009 2,34 Millionen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung. 69% (1,62 Millionen) dieser Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI wurden zu Hause versorgt, ungefähr zwei Drittel der Pflegeleistungen wurden ausschließlich durch Angehörige (1,07 Millionen) übernommen, während in einem Drittel der Fälle (555.000) die Pflege entweder komplett durch professionelle Pflegedienste übernommen oder in Kombination mit Pflege durch Angehörige erbracht wurde. Von den 2,34 Millionen Pflegebedürftigen wurde wiederum etwa ein Drittel (717.000) Personen in Heimen vollstationär versorgt, im Rahmen der stationären Versorgung waren 621.000 Beschäftigte in 11.600 Pflegeheimen tätig (Statistisches Bundesamt 2011b: Pflegestatistik 2009).

Insbesondere die ambulanten Pflegedienste konnten zwischen 2007 und 2009 ein Wachstum von 10% verzeichnen. In einem Zeitraum von 10 Jahren (1999-2009) stieg die Zahl der Empfänger von Pflegeleistungen insgesamt um 16%, dabei nahm die Versorgung in Heimen um 27,5 % und die ambulante Pflege sogar um 33,7% zu. Insgesamt zeigt sich bei langfristiger Betrachtung eine Verschiebung der durch die Pflegeversicherung finanzierten Leistungen. So zeigt sich eine Abnahme der Zahl der Pflegebedürftigen,

die ausschließlich Pflegegeld beziehen und keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, zugunsten einer Steigerung bei der Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen von ambulanten oder stationären Anbietern (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b).

1.1.3 Krankenhausversorgung

Für den Krankenhausbereich liegen aktuelle Zahlen aus dem Jahre 2010 vor. Danach wurden bundesweit mehr als 18 Millionen Patienten vollstationär behandelt, was einen Anstieg von 1,2 % im Vergleich zum Vorjahr bedeutet (DKG 2011). Allerdings reduzierte sich die durchschnittliche Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern im selben Zeitraum von 7,5 auf 7,3 Tage (DKG 2011). Damit setzt sich ein Trend fort, der mit der Einführung von Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) im Jahre 2004 begann. „Seither ist die Verweildauer in den Krankenhäusern weiter rückläufig, während die Zahl der Operationen und Behandlungen deutlicher als die der Patientinnen und Patienten steigt“ (Spindler 2010).

1.2 Strukturreformen und ihre Konsequenzen für professionelle Pflege

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind einerseits gekennzeichnet durch den quantitativ steigenden Bedarf an pflegerischen Leistungen, der sich bereits aus der demografischen Entwicklung durch die Zunahme des Anteils alter, chronisch Kranker und ‘multimorbider’ Menschen ergibt. Hinzu kommen aber auch qualitativ veränderte Anforderungen an die Mitarbeitenden, die sich nicht allein demografisch erklären lassen, sondern auf den Fortschritt in Medizin und Pflege und - last but not least - auf strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen zurückzuführen sind. Dazu gehören beispielsweise die Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 oder die schrittweise Einführung von Fallpauschalen über die seit 2003 Krankenhausleistungen mit den Kostenträgern abgerechnet werden. So wurden seit 1996 in den Krankenhäusern mehr als 50.000 Vollzeitstellen in der Pflege abgebaut (Simon 2008), durch die „Kombination von Budgetdeckelung und Einführung der DRGs“ sei ein „Kellertreppeneffekt ohne jegliche Stoppregel in Gang gesetzt“ worden, der zu einer erheblichen Verschärfung der Personalsituation und damit einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Pflege geführt habe (Simon 2008: 9). Da auch zu diesem Zeitpunkt eine verbindlich vorgegebene Untergrenze für die personelle Besetzung des Pflegedienstes in den Kliniken fehlte, betrafen die Einsparungen der Vergangenheit insbesondere die Pflegenden und führte zu einer „chronischen Unterbesetzung auf Stationen und Mangelversorgung von Patienten“ (Simon 2008: 8).

Die problematische Personalsituation in den Kliniken hat sowohl zu Kritik von Seiten der Patienten als auch aus den Reihen der Mitarbeitenden geführt. So meldeten sich auch aktuell wieder kritische Stimmen aus der Berufsgruppe der Pflegenden, um auf untragbare Zustände und eine schlechte Versorgungsqualität in den Kliniken hinzuweisen (Ehmke/Gärtner 2011). Die Kritik richtet sich insbesondere gegen eine ökonomisch dominierte Personal- und Unternehmenspolitik in den Kliniken und fordert, dass „Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern“ sich „in erster Linie am Interesse der Patienten zu orientieren“ haben, damit diese „im Krankenhaus nicht aufgrund unzureichender sachlicher oder personeller Ausstattung gesundheitlichen Schaden“ erleiden (Simon 2008: 4).

Die Situation in den stationären Pflegeeinrichtungen erscheint ebenfalls problematisch, denn auch hier fehlt eine verbindliche Grundlage der Personalbemessung (DBfK 2011). So liegt die Bemessung des Personalschlüssels in der Hoheit der Bundesländer, was zu unterschiedlichen Regelungen auf Länderebene führte, so dass beispielsweise in Bayern ein Schlüssel von 1:3 vorgesehen ist, während in Mecklenburg-Vorpommern von einer Pflegekraft bis zu 4,71 Bewohner zu betreuen sind (DBfK 2011: 1). Außerdem wird kritisiert, dass der im Heimgesetz festgelegte „Anteil von 50% als Mindestanforderung zur Fachkraftquote“ in der stationären Altenpflege „als Maximum umgesetzt“ würde (DBfK 2011: 24). Mit dem Vorschlag, den Begriff der ‚Fachkraft‘ großzügig auszulegen und beispielsweise „Pflegehilfskräfte mit langjähriger Erfahrung als Fachkräfte anzuerkennen“ würde es „für die Einrichtungen immer schwieriger, die durch die Kostenträger gestellten Qualitätsanforderungen zu erfüllen“ (DBfK 2011: 24). Außerdem seien negative Effekte auf das Berufsbild zu erwarten und weiterer Nachwuchsmangel vorprogrammiert. Alternativ sollten stattdessen berufsbegleitende Qualifizierungsprogramme für Pflegehilfskräfte entwickelt und finanziert werden (DBfK 2011: 24).

Auch im Heimbereich herrschen offenbar Arbeitsbedingungen vor, die den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen nicht entsprechen. Die vorhandenen personellen Ressourcen sind nicht ausreichend. Die Folgen werden vom DBfK folgendermaßen auf den Punkt gebracht: „Wenn sich die Personaleinsatzplanung in der stationären Altenpflege nicht an den Pflegezeiten orientiert, kann de facto keine an dem Bedarf und Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtete Pflege erfolgen. Dem Pflegebedürftigen wird indessen aufgrund seiner Einstufung vermittelt, dass ihm diese Zeit in der pflegerischen Betreuung zusteht. Da keine Einrichtung dies leisten kann, führt dies bei einigen Bewohnern und Angehörigen

zunehmend zu Beanstandungen und Unzufriedenheit“ (DBfK 2011: 8). Was hier für die Altenpflege formuliert wurde, gilt mit Blick auf die oben skizzierte Situation in vergleichbarem Maße auch für die Krankenpflege: „Das Pflegepersonal wird täglich mit diesen Folgen konfrontiert und versucht nun seinerseits seine Leistungen dem individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen anzupassen. Aus diesem ständigen Balanceakt resultiert eine fortwährende Überforderung und Überlastung der Pflegefachpersonen“ (DBfK 2011:8).

1.3 Gesundheitliche Belastungen Pflegenden

Vermutlich als Folge der dargestellten Arbeits- und Rahmenbedingungen zeigen sich bei professionell Pflegenden relativ hohe krankheitsbedingte Ausfallzeiten von jährlich 14,6 AU-Tagen bei Krankenpflegekräften und 17,4 AU-Tagen bei Altenpfleger/innen, womit der bundesdeutsche Durchschnitt von 11,8 AU-Tagen - erhoben im Jahr 2007 - deutlich überschritten wird (Goesmann/Nölle 2009: 9). Als typische Berufskrankheiten Pflegenden gelten insbesondere Erkrankungen der Wirbelsäule sowie der Haut. (Goesmann/Nölle 2009: 10). Neben körperlichen Belastungen wurden „ständiger Zeitdruck, Über- oder Unterforderung, mangelnde Anerkennung und Gratifikationskrisen, zu geringer Handlungsspielraum, Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen“ als häufige Stressoren identifiziert. (ebenda: 10).

Im Bereich der Altenpflege zeigen sich die Folgen der hohen Arbeitsbelastung besonders deutlich: Hier ist der Krankenstand „beinahe 20 % höher als im Durchschnitt aller Berufssparten“, „allein 15% der Pflegefachpersonen werden arbeitsunfähig aufgrund von Rückenleiden“ und „die starken psychischen Belastungen führen dazu, dass Pflegefachpersonen 62% häufiger an psychischen Erkrankungen leiden als alle anderen Berufstätigen“ (DBfK 2011: 8). Eine in Rheinland-Pfalz durchgeführte Studie aus dem Jahre 2009 ergab, dass 50% der Altenpfleger/innen den Beruf im Durchschnitt dreieinhalb Jahre nach Beginn der Erstbeschäftigung verlassen; im Vergleich mit Krankenpfleger/innen sei die Wahrscheinlichkeit des Berufsausstiegs in der Altenpflege dreimal so hoch wie in der Krankenpflege (Behrens et al. 2009: 29ff).

1.4 Probleme der Personalgewinnung und -bindung in Pflegeberufen

Für den Arbeitsmarkt insgesamt wird prognostiziert, dass „das Angebot an Erwerbspersonen in den kommenden Jahren deutlich sinken und den Bedarf nicht mehr decken“ wird (Afentakis/Maier 2010: 990). Afentakis und Maier beziehen sich dabei auf Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen, die das Bundesinstitut für Berufsbildung

(BIBB) und das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) ³ gemeinsam mit dem Fraunhofer-Institut für angewandte Informationstechnik (FIT) und der Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH erstellt haben. Unterschiedliche Berechnungen zum zukünftigen Erwerbstätigenbedarf stimmen im Wesentlichen darin überein, dass sich „ab 2023 zunehmend ein flächendeckender Fachkräftemangel einstellen wird“ (Afentakis/Maier 2010: 991).

Für Schulabgänger ergibt sich aus dieser Situation eine erfreuliche Wahlfreiheit, für Arbeitgeber bzw. Ausbildungsinstitutionen bedeutet dies jedoch, dass sie die Attraktivität ihrer Arbeits- bzw. Ausbildungsplätze herausstellen bzw. erhöhen müssen, um überhaupt geeignete Bewerber gewinnen zu können, denn bei zunehmendem Fachkräftemangel „werden neben den beruflichen Qualifikationen auch die Arbeitsbedingungen ein zentrales Entscheidungsmerkmal für oder gegen die Wahl eines bestimmten Berufes sein“ (Afentakis/Maier: 991).

Dass es um die Arbeitsbedingungen in der professionellen Pflege nicht gut bestellt ist, hat sich offenbar herumgesprochen. Entsprechend klagen viele Träger von Einrichtungen der Kranken- oder Altenpflege mittlerweile über Schwierigkeiten, sowohl geeignete Auszubildende als auch examinierte Mitarbeitende zu finden, insbesondere wenn spezifische Qualifikationen (Praxisanleitung, gerontopsychiatrische oder palliative Pflege etc.) gewünscht würden.

Einer aktuellen Erhebung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes NRW zufolge können 50 % der offenen Stellen nicht besetzt werden. Der Markt für Fachkräfte gilt als ‚leergefegt‘. Auch hier wird „das schlechte Image des Pflegeberufes“, verbunden mit der „zu geringen Wertschätzung des Berufsstandes“ und schlechte „Arbeitsbedingungen in der Praxis“ für den Mangel an Pflegenden verantwortlich gemacht und von der Politik gefordert „für bessere Rahmenbedingungen zu sorgen“ (Der Paritätische NRW: 2011).

Als wichtigsten Grund für ihre geringe Ausbildungsquote geben stationäre Pflegeeinrichtungen an, dass sich nicht genug qualifizierte Bewerber für eine Ausbildung interessieren. An zweiter Stelle stehen finanzielle Risiken, die mit der Ausbildung ‚eigener‘ Pflegekräfte verbunden seien (vgl. MAGS: Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2010: 98). So sei es Einrichtungsträgern „vor dem Hintergrund der jährlich kalkulierten finanziellen Spielräume nur unzureichend möglich (...) eine

³ Helmrich, R./Zika, G. (Hrsg.): „Beruf und Qualifikation in der Zukunft. BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025.“ Schriftenreihe „Berichte zur beruflichen Bildung“, Bonn 2010.

Stellenplanung über die nächsten drei Jahre valide durchzuführen“, was auf die „enge Bindung der Personalkapazitäten an Bewohnerzahlen, Pflegestufen, Heimbelegung u. a. in den stationären Pflegeeinrichtungen sowie die wechselnde Anzahl der Klienten, Anzahl der Verordnungen und Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich“ zurückgeführt wird (MAGS 2010: 75). Die Personalplanung werde entsprechend „nah an der derzeitigen Situation entlang gesteuert“ und erfolge nicht anhand zu erwartender zukünftiger Entwicklungen (MAGS 2010: 75) bzw. wird durch die Tatsache beeinflusst, dass für das Berichtsjahr 2010 bereits ein Defizit von fast 2500 Stellen in der Altenpflege berechnet wurde (MAGS 2010: 73). Eine vergleichbare Situation zeigt sich laut MAGS auch in den Krankenhäusern, da auch hier die Kalkulationen jährlich erfolgten (MAGS 2010: 75).

Es wird also zunehmend schwieriger, unter den gegenwärtigen Bedingungen den Personalbedarf in der Pflege sowohl rein quantitativ als auch qualitativ, d.h. bezogen auf Qualifikationen und professionelle Kompetenzen zu decken. So wird „bereits heute fachfremdes Personal in der Pflege eingesetzt (...), um den Bedarf decken zu können“ (Afentakis/Maier 2010: 990). Entsprechend hoch scheint der Handlungsbedarf, der eine Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen, z.B. eine am tatsächlichen Bedarf orientierte personelle Besetzung, eine angemessene Vergütung und - neben der monetären - auch die gesellschaftliche Anerkennung pflegerischer Kompetenzen und Leistungen zum Ziel hat. Dazu gehört sicherlich auch ein Ausbildungssystem mit einem breiten Spektrum an Angeboten, das von Assistenzbildungen bis zu akademischen Abschlüssen reicht und das interessierten Schulabgängern, aber auch erfahrenen Pflegenden Entwicklungs- und Karriereoptionen eröffnet. Über solche ‚Stellschrauben‘ ließe sich sowohl die Qualität professioneller Pflege als auch die Attraktivität des Berufes verbessern und sicherstellen, dass eine gute pflegerische Versorgung der Bevölkerung in Zukunft gewährleistet ist. Dank der in NRW eingeführten Umlagefinanzierung für die Altenpflegeausbildung konnte im Jahr 2012 die Anzahl der Auszubildenden um 20 % gesteigert werden (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2012).

2 Fragestellung und Zielsetzung

Die Wirklichkeit gestalten zu können, ist ein für den Menschen zentraler Handlungsgegenstand seiner Existenz. Bandura (1977) bringt dies in seinem Konzept der Selbstwirksamkeit zum Ausdruck. Handeln und Gestalten sind dabei Prozesse der Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt. Als konstitutiv kann dabei gelten, dass auf eine Aktion des Subjekts in der Regel eine Reaktion des Umfeldes erfolgt, die es dem Subjekt ermöglicht, den Effekt oder die Wirkungen seiner Aktion einzuschätzen und zu bewerten. Damit diese Interaktion gelingen kann, sind gemeinsam geteilte Repräsentationen der Wirklichkeit und damit Wahrnehmungs- und Bewertungskriterien erforderlich. Bestehen hier Divergenzen, kann das Gelingen der Interaktion bzw. Kommunikation als gefährdet gelten, konstruktives Feedback bleibt aus.

Wertschätzung in einem weiteren Sinne beschreibt den Vorgang, dass eine Person auf eine Aktion einer anderen Person positiv anerkennend reagiert, also eine Aktion in ihrer Intention und mit ihrem Effekt wahrnimmt, bewertet und darauf antwortet. Die Deutung und emotionale Einordnung dieses Feedbacks wird nun wiederum darüber entscheiden, inwieweit die eigene Aktion als sinnhaft, zielführend und erfolgreich bewertet wird. Davon dürfte abhängen, ob sich die agierende Person bestärkt und motiviert fühlt, vergleichbare Aktionen weiterhin durchzuführen oder eben nicht.

Der beschriebene Kreislauf impliziert eine Vielzahl von Wirkfaktoren und wechselseitigen Abhängigkeiten. Für den Bereich der beruflichen Pflegearbeit wird gemeinhin ein zu wenig an Wertschätzung für die Pflegenden beklagt. Dies lässt von besonderem Interesse erscheinen, die Zusammenhänge der Entstehung von Wertschätzung im Bereich der Pflege besser zu verstehen, um Ansatzpunkte für eine Verbesserung identifizieren zu können.

Das Forschungsprojekt ProWert – Teilvorhaben Pflegewissenschaft geht der Frage nach, anhand welcher Faktoren und Maßstäbe Pflegenden Wertschätzung konstruieren und erleben. Es wird erforscht, welche Aspekte pflegerischer Arbeit für die Pflegenden in Bezug auf Wertschätzung und Stolzerleben relevant sind, und inwieweit diese Aspekte auch Gegenstand kommunikativer bzw. interaktiver Prozesse im Arbeitsleben sind. Von besonderem Interesse ist dabei, ob und wie die Kriterien und Maßstäbe der interagierenden Akteure zu einander passen und damit eine in Bezug auf Anerkennung und Wertschätzung gelingende Kommunikation stattfinden kann. Divergierende oder konkurrierende Kriterien

bzw. Merkmale würden einer Generierung von Anerkennung und Wertschätzung entgegenstehen.

Aufbauend auf die Forschungsergebnisse wird eine Intervention entwickelt und durchgeführt, welche die Anerkennung für Pflegende vermehrt und verbessert und damit auch die Weiterentwicklung der Wertschätzungskultur in Einrichtungen fördert. Es werden Ansatzpunkte aufgezeigt, wie auch das gesellschaftliche Image der Pflegeberufe verbessert werden kann.

3 Anerkennung und Wertschätzung

Das Phänomen Wertschätzung existiert keineswegs nur im Kontext von Arbeit und Leistung, sondern betrifft die menschliche Existenz in ganz grundlegender Weise. Anerkennung im wörtlichen Sinne und als Erfahrung, mit seinen individuellen Eigenschaften, Fähigkeiten, Neigungen, Meinungen etc. angenommen und respektiert zu werden, prägt die Haltung zu sich selbst und der Welt maßgeblich. Auf der Basis erlebter Wertschätzung entwickeln wir ein Grundvertrauen („basic trust“ Erikson 1971), das es uns ermöglicht, mit Zuversicht, Optimismus und Selbstvertrauen an andere Menschen oder neue Situationen heranzugehen. So beeinflusst die Erfahrung von Wertschätzung, mit welcher Haltung bereits Kinder den Herausforderungen ihrer Umgebung begegnen (vgl. Hurrelmann et al. 2011).

Die ontogenetische Entwicklung des Menschen vollzieht sich in sozialen Bezügen und ist ohne tragende, d.h. liebende, zugewandte und die Individualität fördernde Beziehungen nicht denkbar. In Beziehungen entfalten wir unsere Potenziale, erfahren unsere Grenzen und entwickeln (innerhalb dieser Prozesse) unsere Identität. Anerkennung und Wertschätzung sind vor diesem Hintergrund als positive soziale Signale zu verstehen, die sowohl das Erkennen der Person in ihrer Einzigartigkeit als auch ihr ‚Gewollt-Sein‘ in der Gemeinschaft signalisieren und damit dem Einzelnen seinen Platz in der Gesellschaft sichern.

George Herbert Mead hat das wechselseitige Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft bei der Identitätsbildung aus sozialpsychologischer Perspektive herausgearbeitet hat (Mead 1968). Wertschätzung wäre aus Sicht der von ihm begründeten Schule des Symbolischen Interaktionismus ein interaktiv vermitteltes und von allen Gesellschaftsmitgliedern geteiltes ‚Symbol‘ für eine positive Leistung, die nicht nur identitätsstiftend, sondern auch verhaltenssteuernd wirken kann (vgl. Schütze 1973). Ergänzt wird Meads interaktionistische Perspektive auf Identität durch Banduras sozialpsychologisches Konzept der Selbstwirksamkeit, die Theorie der Selbstbestimmung von Deci und Ryan (Deci/Ryan 1993) sowie das Konzept des Kohärenzgefühls von Antonovsky (Antonovsky 1997). Alle Ansätze thematisieren Aspekte der Persönlichkeit (Identität), die in Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt entwickelt werden und die Handlungsmotivation und -ausführung maßgeblich beeinflussen.

Aufbauend auf Axel Honneths Ausführungen, ist es das Verdienst von Stephan Voswinkel (2005), einerseits den Wertschätzungsbegriff aus (arbeits)soziologischer Perspektive durch die Differenzierung von Bewunderung und Würdigung weiterentwickelt und auf den Dienstleistungssektor übertragen zu haben. Damit findet nicht nur das Exzeptionelle einer Handlung (Bewunderung), sondern auch Einsatz, Aufwand oder sogar Opfer des Einzelnen (Würdigung) Berücksichtigung als anerkennenswerte Leistung.

Im Interesse eines vertieften Verständnisses von Wertschätzung wird es also eingangs darum gehen, den Begriff ‚Identität‘ und die Bedeutung von Anerkennung für den Prozess der Identitätsbildung in allgemeiner Form zu umreißen, um ihn dann im Kontext der Arbeit als ‚berufliche Identität‘ im Sinne des von einer Berufsgruppe geteilten Selbstverständnisses zu betrachten. Schließlich erfordert der Transfer der bisherigen Erkenntnisse und Annahmen auf den Bereich der Pflege die Berücksichtigung von Spezifika des Dienstleistungssektors, was für den Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen ‚Pflege‘ insbesondere bedeutet, sich mit den Möglichkeiten (und Grenzen) der Generierung von Wertschätzung im Rahmen von ‚interaktiver Arbeit‘ auseinanderzusetzen.

3.1 Identität

Der Begriff der Identität ist abgeleitet aus dem lateinischen Wort ‚idem‘ und bedeutet ‚dasselbe‘. Im allgemeinen Sprachgebrauch und im philosophischen Sinne geht es um das Gleichbleibende eines Dinges, einer Person, eines Satzes. Bezogen auf die menschliche Persönlichkeit bedeutet dies aus psychoanalytisch-sozialpsychologischer Sicht „das dauernde innere Sich-Selbst-Gleichsein, die Kontinuität des Selbsterlebens eines Menschen“ (Hillmann et al. 1988), in diesem Sinne wird auch von Ich- oder Selbst-Identität gesprochen.

Auch wenn wir unter Identität gewissermaßen die gleichbleibenden, überdauernden Aspekte der Persönlichkeit fassen, die für die spezifische Individualität zweifellos von unverzichtbarer Bedeutsamkeit sind, so ist Identität keinesfalls etwas Statisches und Unveränderbares. George Herbert Mead, wichtiger Vertreter des Symbolischen Interaktionismus, betont in seinem Werk ‚Geist, Identität und Gesellschaft‘ (Mead 1968) gerade die soziale Konstitution der Identität, die sich in Beziehungen mit anderen und durch die Übernahme sozialer Rollen (role-taking) lebenslang entwickelt.

Realisiert wird dies auf der Ebene alltäglicher Kommunikationen und Interaktionen, durch die Beziehungen und damit auch die Rollen der Akteure, die in einem ständigen reziproken Prozess bestätigt oder verändert werden. Solchen Prozessen schenken wir im Alltag jedoch kaum Aufmerksamkeit. Für Mead ist der Perspektivenwechsel, der im Rahmen von Interaktionen stattfindet, von großer Bedeutung: Wir lernen uns aus der Sicht anderer gewissermaßen als Objekt (ME) zu sehen und zwischen den Interessen des ‚Ich‘ (I) und der Sichtweise bzw. den Anforderungen unserer sozialen Umwelt zu vermitteln und so unsere persönliche Identität (SELF) zu entwickeln. Nach Mead müssen wir „andere sein, um wir selbst sein zu können“ (Mead 1987: 327), und das Selbst „ist nicht etwas, das zuerst existiert hat und dann in Beziehung zu anderen tritt. Es ist sozusagen ein Wirbel in der gesellschaftlichen Strömung und somit immer noch ein Teil dieser Strömung“ (Mead: 1968: 225). Identität braucht also Beziehungen und Interaktionen, sie kann nur dort entstehen, „wo ein sozialer Prozess vorliegt, in der das Selbst seine Veranlassung findet“ (Mead 1969: 83).

Verbale Kommunikation nimmt hier gewissermaßen eine Sonderstellung ein, denn Sprache ermöglicht es - im Unterschied zu Mimik, Gestik, Körperhaltung etc. - sich selbst, d.h. Inhalt und Ausdrucksform der Äußerungen, unmittelbar wahrzunehmen. „Wir lösen ständig, insbesondere durch vokale Gesten (Sprache), in uns selbst jene Reaktionen aus, die wir auch in anderen Personen auslösen, und nehmen damit die Haltungen anderer Personen in unser eigenes Verhalten herein“ (Mead 1968: 108, vgl. Wittpoth 1994: 56). Für Mead ist die Entwicklung von Geist und Denken ohne die Sprache unvorstellbar, Sprache ist für ihn eine unverzichtbare Voraussetzung geistiger Entwicklung: „Die frühen Stadien der Entwicklung der Sprache müssen daher der Entwicklung des Geistes oder des Denkens vorausgegangen sein“ (Mead 1968: 235).

Bei der Übernahme von Haltungen anderer im Sinne von Mead (ATTITUDE) handelt es sich um einen „fundamentalen, konstitutiven Vorgang“ (Wittpoth 1994: 58), nicht nur um „eine ‚Fähigkeit‘ (Empathie), der man sich bedienen kann oder auch nicht“ (ebenda: 59). Vielmehr gilt, dass „dieses Sich Versetzen des Selbst in die Rolle anderer, dieses Einnehmen ihrer Rollen oder Haltungen, nicht nur einer der möglichen Aspekte oder Ausdrucksformen (...) intelligenten Verhaltens ist, sondern vielmehr ihr ganzes Wesen ausmacht“ (ebenda: 59). Der Übernahme von Haltungen anderer kommt auch insofern ein wichtiger Stellenwert zu, als diese nach Mead die Ausgangspunkte von Handlungen darstellen und ihnen somit eine verhaltenssteuernde Funktion zukommt.

Mead spricht hier als Begründer des Symbolischen Interaktionismus, einer soziologisch-sozialpsychologischen Schule, in deren Mittelpunkt neben der sozialen Bedingtheit von Bewusstsein und Verhalten über Symbole vermittelte, gemeinsam geteilte Bedeutungsinhalte stehen. Abels hat die Arbeiten Meads in folgendem Satz zusammengefasst: „Persönlichkeit und soziales Handeln sind durch Symbole geprägt, die im Prozess der Sozialisation⁴ erworben werden und im Prozess der Interaktion von den Handelnden wechselseitig bestätigt oder verändert werden“ (Abels 2004:16). Ein Symbol, insbesondere ein hochbedeutungsvolles, sogenanntes ‚signifikantes Symbol‘ ist nach Mead dann gegeben, wenn z.B. eine „Geste die dahinterstehende Idee ausdrückt und diese Idee im anderen Menschen auslöst“ (Mead 1968: 85; vgl. auch Wittpoth 1994: 58), denn auf diese Weise kann die Bedeutung eines Symbols sozial transportiert und bestätigt bzw. modifiziert werden. Für Mead stellt die Sprache das „Symbolsystem par excellence“ dar, denn „durch die Sprache kann eine ganze Welt in einem Augenblick ‚vorhanden‘ sein“ (Abels 2004: 21, mit Bezug auf Berger u. Luckmann 1966: 39ff).

Menschen sind jedoch mittels ihrer Fähigkeit zu denken oder Erfahrungen zu reflektieren in der Lage, Symbole vor ihrem jeweiligen Hintergrund zu interpretieren. So haben wir beispielsweise gelernt, die geballte Faust eines Menschen auf offener Straße als Symbol für Bedrohung oder den Beginn eines Kampfes zu verstehen. Die gleiche Geste würden wir bei einem Vortragenden nicht als Bedrohung, sondern als symbolischen Ausdruck zur Bekräftigung seiner Worte interpretieren.

Die kognitiven Fähigkeiten des Menschen - Mead spricht hier auch von der „zeitweiligen Verzögerung der Handlung, die das Denken ausmacht oder in der sich Reflexion entwickelt“- oder die Fähigkeit des ‚role-taking‘, die beinhaltet, sich selbst als Objekt betrachten zu können, sind für Mead wesentliche Merkmale, durch die sich menschliches Verhalten von instinktgeleiteten Reaktionen von Tieren unterscheidet. Der Mensch kennt nicht nur eine - nämlich die eigene - Sichtweise, sondern nimmt im Prozess der Rollenübernahme die Perspektiven anderer in sich auf und ist in der Lage diese zu integrieren und sein Handeln danach auszurichten.

⁴ Hinsichtlich des Sozialisationsbegriffes beziehen wir uns auf die Definition von Geulen/Hurrelmann, wonach damit der „Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt“ bezeichnet wird. (Geulen/Hurrelmann, 1980: 51). Danach ist Identität niemals ‚fertig‘, sondern ein Prozess, der - wenn er auch im höheren Erwachsenenalter nicht mehr mit einer grundlegenden Prägung einhergeht, dennoch lebenslang andauert.

Nach Mead entwickelt ein Kind die Fähigkeit zur Rollenübernahme („taking the role of the other“; vgl. Abels 2009: 84) in zwei Phasen: Die erste Phase ist das (einfache) Rollenspiel (Play), z.B. das Spiel mit einer Handpuppe, in dem Rollen von wichtigen Bezugspersonen (significant others), z.B. des Vaters oder der Lehrerin, übernommen werden. Bei komplexeren Spielen, z.B. einem Mannschaftsspiel wie Fußball, für das bereits Regeln existieren und mit dem bestimmte Verhaltenserwartungen verbunden sind, ohne die eine Teilnahme am Spiel nicht möglich wäre, hat Mead den Begriff ‚Game‘ geprägt: „Im Game muss jeder die Rolle, die ihm zugedacht ist oder die er beansprucht, ‚richtig‘ spielen, und er muss gleichzeitig wissen, warum und wie er auf das Verhalten aller anderen reagieren muss. Er muss sozusagen den Geist des Spiels erfassen und die Rollen aller Beteiligten mehr oder weniger in seinem Kopf präsent haben.“ (Abels 2009: 84/85). Diese „Summe aller Perspektiven in einem bestimmten Handlungszusammenhang“ nennt Mead den ‚generalisierten Anderen‘ (generalized other). (Abels 2009: 85) Dieser tritt im Laufe der Sozialisation an die Stelle der ‚signifikanten Anderen‘ aus dem sozialen Nahraum und vermittelt Werte, Normen und Gesetze aus übergeordneten Organisationen der Gesellschaft. Ob im persönlichen Umfeld oder in größeren (organisationalen oder gesellschaftlichen) Kontexten, ständig werden wir mit unterschiedlichen (Rollen-) Erwartungen konfrontiert und müssen darauf reagieren, indem wir diese annehmen und bemüht sind ihnen zu entsprechen oder indem wir sie - mit Blick auf mögliche Konsequenzen sozial nicht erwünschten Verhaltens - ablehnen oder modifizieren.

An dieser Stelle wird deutlich, welche Bedeutung der Anerkennung im Prozess des ‚role-taking‘ zukommt, denn mit der Übernahme von bestimmten Rollen sind entsprechende Positionen und deren Bewertung eng verknüpft. Eine solche ‚Verortung auf der sozialen Landkarte‘ (vgl. Hillmann et al., 1988: 579) zeigt sich z.B. durch Verdienst- oder Einflussmöglichkeiten, gesellschaftliches Ansehen oder durch bestimmte Freiheitsgrade und Privilegien. Anerkennung ist vor diesem Hintergrund ein bedeutendes Kriterium für die Übernahme oder die Identifikation mit einer Rolle bzw. einer bestimmten gesellschaftlichen Position.

Allerdings ist es gerade das Verdienst von Mead, das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft als reziproken Prozess darzustellen, „der die Bedeutung des Individuums als Gestalter seiner Welt herausstellt“. (Abels 2004: 35) Gerade Differenzen zwischen Individuum und gesellschaftlichen Erwartungen werden hier einerseits als Voraussetzung

von (individueller) Identitätsbildung und andererseits als Ausgangspunkt potenzieller gesellschaftlicher Veränderungsprozesse verstanden. (Abels 2004: 35)

Nach Erikson (1971) ist Identitätsbildung vor allem eine Aufgabe der Jugend, in der ein junger Mensch sich zur Welt positioniert und in diesem Prozess eine eigene Lebensperspektive entwickelt. Fragen nach dem eigenen Selbst (Wer bin ich? Wer war ich? Wer will ich werden?) sind dabei stets verbunden mit moralisch-ethischen Wertmaßstäben, also auch mit der Frage: „Was für ein Mensch bin ich/möchte ich sein/werden? Die Aufgabe der Identitätsbildung schließt dabei viele andere Entwicklungsaufgaben ein und subsumiert diese: etwa die nach einem positiven Körper selbst, nach Autonomie und Selbstwirksamkeit“ (...) und insbesondere „Entscheidungen von schulischen und beruflichen Weichenstellungen“ (Mey 2011: 1).

Auch wenn im Jugendalter ‚die Weichen gestellt‘ werden, so ist der Prozess der Identitätsbildung mit Erreichen des Erwachsenenalters keineswegs abgeschlossen. Bleibt man im Kontext der beruflichen Identitätsbildung, so ist davon auszugehen, dass bedeutsame Veränderungen der Berufsbiografie (Beförderung, Stellenwechsel, Arbeitslosigkeit etc.) auch eine Umorientierung der beruflichen Identität im Sinne einer ‚Neu-Positionierung von sich zur Welt‘ (Mey 2011: 1) zur Folge haben.

Mey beschreibt, wie es vor dem Hintergrund des durch Individualisierung gekennzeichneten Wandels der letzten 30 Jahre für junge Menschen immer schwieriger wird, „Identitätsarbeit als permanente Herstellung von Kontinuität“ im Sinne Eriksons zu leisten (Mey 2011). Individualisierung bedeute eben auch die Auflösung bindender Traditionen und mache eine „Selbstthematization der Biografie“ erforderlich (Mey 2011). Damit nimmt Mey Bezug zum aktuellen Diskurs darüber, ob Identität noch als etwas Stabiles, im wörtlichen Sinne ‚sich selbst Gleichendes‘ verstanden werden kann oder ob die zunehmende „Identitätsdiffusion“ unter Jugendlichen (Marcia 1989) „nicht sogar als eine ‚kulturell adaptive Anpassungsleistung‘ verstanden werden könnte“ (Mey 2011). Diese Diskussion soll an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden, unbestritten scheint jedoch, dass auch eine stabile, überdauernde Identität gegenwärtig nichts Selbstverständliches mehr ist. Wenn Identitäten flexibel gehandhabt, modifiziert und gewechselt werden, können sie jedoch nicht in gleichem Maße Orientierung und Sicherheit bieten. Flexible Identitäten fordern hingegen hohe Anpassungsleistungen, z.B. hinsichtlich der Fähigkeit „Unsicherheiten und Widersprüche zu ertragen, widerstreitende Anforderungen auszubalancieren, permanent Entscheidungen zu revidieren und neue

Optionen zu ergreifen“ (Mey 2011, vgl. auch Darmstädter & Mey 1998). So zeigt sich in Studien zu Identität ein den Prozessen von Individualisierung und Flexibilisierung gegenläufiger Trend zur Normalbiografie junger Menschen, der von Mey als Ausdruck von Überforderung angesichts einer Vielzahl an Möglichkeiten gewertet wird (Mey 2011 mit Bezug auf Sennet 1998).

3.2 Berufliche Identität Pflegender und Werteorientierung

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die professionelle Pflege, so scheint diese gegenwärtig in ihrer Werteorientierung (noch) relativ fest verankert. Werte wie Nächstenliebe, Barmherzigkeit oder Achtung vor dem Menschen, die ihre Wurzeln im Christentum oder der Tradition des Humanismus haben, prägen offenbar nach wie vor das Berufsbild der Pflege und zwar sowohl auf Seiten der Pflegenden als auch in der öffentlichen Wahrnehmung. Dies zeigt sich u.a. darin, dass das Motiv des ‚Helfens‘ für die Berufswahl Pflegender ist das Motiv des ‚Helfens‘ weiterhin an erster Stelle steht, während beispielsweise der Berufsstatus eine nachgeordnete Rolle einnimmt (Stöcker 2002: 97).

3.3 Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung

Im beruflichen Kontext, beispielsweise wenn es um die Herstellung von Produkten oder die Bereitstellung von Dienstleistungen geht, werden an die Kompetenzen der Mitarbeitenden bzw. an die Ergebnisse ihres professionellen Handelns besondere Erwartungen geknüpft, denn diese sind häufig entscheidend für die Qualität der Arbeit und damit letzten Endes auch für den Ruf oder die Existenz eines Unternehmens oder einer Einrichtung. Entsprechend haben die Einschätzung der eigenen (fachlichen) Fähigkeiten und die in hohem Maße davon anhängigen Handlungsergebnisse auch für die Beschäftigten selbst einen hohen Stellenwert. Wenn Mitarbeitende davon überzeugt sind, dass sie über die notwendigen Fähigkeiten verfügen, um auch schwierigen beruflichen Anforderungen gerecht zu werden und die gewünschten Ergebnisse erzielen zu können, stärkt dies nicht nur ihre Motivation, sondern auch ihr Selbstwertgefühl (Selbstbewusstsein) oder die Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit. Das Konzept der Selbstwirksamkeit (Bandura 1977, 1997) führt die Steuerung von Verhalten auf kognitive Überlegungen hinsichtlich der eigenen Wirksamkeit (efficacy expectations) sowie der zu erwartenden Ergebnisse eines Verhaltens (outcome expectations) zurück. Eine Person wird demnach „umso mehr motiviert sein, eine bestimmte Handlung auszuführen, je mehr Selbstwirksamkeit sie besitzt (Krapp und Ryan 2002: 58).

Dem Konzept der Selbstwirksamkeit wird zwar eine „überragende Bedeutung im Handlungsgeschehen“ zugeschrieben (Krapp/Ryan 2002: 57 mit Bezug zu Bandura 1997), es eigne sich gut, um Phänomene wie Motivation, Leistung oder Problemlösungsverhalten zu erklären, Selbstwirksamkeit sei jedoch nur ein Faktor neben anderen Komponenten der Verhaltenssteuerung. Günstige Selbstwirksamkeitserwartungen stellen demnach also „eine notwendige, aber keinesfalls eine hinreichende Bedingung für die Erklärung“ von Verhalten dar, aber daneben spielten beispielsweise auch „die Qualität der sozialen Beziehungen und das emotionale Erleben während des Handlungsverlaufes“ eine wichtige Rolle (Krapp/Ryan 2002).

Die Bedeutung sozialer Faktoren für Prozesse der Motivation und Verhaltenssteuerung wird in der Selbstbestimmungstheorie (Deci/Ryan 1985) thematisiert. Hier stellen Deci und Ryan drei Grundbedürfnisse in den Mittelpunkt, die sie als motivationsfördernd ansehen: Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit. Mit Bezug auf die Bedürfnispyramide von Maslow werden diese drei Grundbedürfnisse als Wachstumsbedürfnisse bezeichnet. Sie stehen im Dienste der Selbstverwirklichung (vgl. Maslow 1977). Die Theorie der Selbstbestimmung unterscheidet grundsätzlich intrinsisch motiviertes Verhalten, das um seiner selbst willen, z.B. aus Neugier oder Interesse, ausgeführt wird von extrinsisch motiviertem Handeln, welches durch die erwarteten Konsequenzen gesteuert wird.

Extrinsische Motivation wiederum wird von Deci und Ryan anhand des Grades an Autonomie vier Stufen zugeordnet, die von völliger Fremdbestimmung (externale Regulation) über die „Vermeidung eines ‚schlechten Gewissens‘ (Introjektion) und ‚Handeln aus Überzeugung‘ (Identifikation) bis hin zur Integration reichen. Auf dieser höchsten Stufe extrinsischer Motivation sind die mit einer Handlung verbundenen Ziele „in das Gesamtsystem der persönlichen Wertbezüge“ aufgenommen und die Person handelt authentisch, d.h. in Übereinstimmung mit den eigenen Werten oder Normen.

Im Verlauf von Sozialisationsprozessen internalisiert und „integriert eine Person also Ziele und Verhaltensnormen in das eigene Selbstkonzept“ und kann auf diese Weise sowohl ihren Wunsch nach sozialer Eingebundenheit als auch ihr Bedürfnis befriedigen, autonom zu handeln und ‚selbst zu bestimmen‘ (Deci/Ryan 1993: 227).

Obwohl intrinsisch motivierte Handlungen als „Prototyp selbstbestimmten Verhaltens“ angesehen werden, betonen Deci und Ryan, dass „extrinsische und intrinsische Motivation

keine Antagonisten darstellen“ und weisen darauf hin, dass „auch extrinsisch motiviertes Verhalten durchaus selbstbestimmt sein kann“ (Deci/Ryan 1993: 226). So handelt ein Individuum bereits im Stadium der Identifikation nicht (mehr) auf Grund von Druck oder Erwartungen anderer Personen, sondern orientiert sich an eigenen Überzeugungen und Werten, auch wenn diese erst im Laufe sozialisatorischer Prozesse erworben wurden. Beide Motivationsausrichtungen unterscheiden sich lediglich darin, dass „intrinsisch motivierte Verhaltensweisen autotelischer Natur sind, während integriertes (extrinsisches) Verhalten eine instrumentelle Funktion besitzt, aber freiwillig ausgeführt wird, weil das individuelle Selbst das Handlungsergebnis subjektiv hoch bewertet“ (Deci/Ryan 1993: 228). An dieser Stelle wird deutlich, dass ein Verhalten bereits prospektiv einer Bewertung durch den Akteur unterzogen wird, d.h. eine (geplante) Handlung und ihre Folgen werden mit Bezug auf eigene Normen und Wertvorstellungen beurteilt. Es ist anzunehmen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Handlung im Anschluss auch realisiert wird, steigt, je stärker diese mit den persönlichen Wertvorstellungen übereinstimmt. Wahrgenommene Diskrepanzen zwischen eigenen Normen und Werten und der Ausführung einer Handlung würden ansonsten - Entscheidungsfreiheit vorausgesetzt - auf Seiten des Akteurs zu Dissonanzen führen, die durch die Unterlassung dieses Verhaltens bzw. die Entscheidung für Handlungsalternativen, vermieden werden können. (Herkner 1993: 266).

3.4 Das Konzept des Kohärenzgefühls

Auf der Basis von Interviews mit Menschen, die schwere Traumata erlitten hatten, mit diesen Schicksalsschlägen jedoch erstaunlich gut zurecht gekommen waren, identifizierte Antonovsky Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit als die drei zentralen Komponenten des Kohärenzgefühls (Sense of coherence, SOC, Antonovsky 1979, 1997).

In der Überarbeitung seines ursprünglich stark kognitiv ausgerichteten Konzeptes definiert er das Kohärenzgefühl folgendermaßen: „Das SOC ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997: 36).

Verstehbarkeit meint also „das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen - chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“. (Antonovsky 1997: 34). So geht eine Person mit einem hohen Grad an Verstehbarkeit davon aus, dass „Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder dass sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können“. (Antonovsky 1997: 34).

Handhabbarkeit definiert Antonovsky als „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen“ (Antonovsky 1997: 35). Dies können eigene Ressourcen sein oder die anderer Personen, sofern auf diese zurückgegriffen werden kann. Aus der Komponente ‚Handhabbarkeit‘ ergibt sich die Überzeugung, dass im Leben zwar bedauerliche Dinge geschehen, „aber wenn sie dann auftreten, wird man mit ihnen umgehen können und nicht endlos trauern“ (Antonovsky 1997: 35). Menschen mit einem hohen Ausmaß an Handhabbarkeit werden sich „nicht durch Ereignisse in die Opferrolle gedrängt und vom Leben ungerecht behandelt fühlen“ (Antonovsky 1997: 35).

Die Komponente Bedeutsamkeit repräsentiert für Antonovsky das motivationale Element, denn hier geht es um die persönliche Relevanz und um das Involviertsein in bestimmte Lebensbereiche, die als sinnvoll erachtet und mit positiven Emotionen verknüpft werden. Die Komponente Bedeutsamkeit erfasst somit das Ausmaß der Überzeugung, dass „wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten“ (Antonovsky 1997: 35/36).

Antonovskys Ansatz bezog sich ursprünglich auf den Umgang mit erlebten Traumata, das Kohärenzgefühl wird von ihm „nicht als Persönlichkeitseigenschaft, sondern (...) [als] dispositionelle Orientierung“ (Antonovsky 1997: 19) betrachtet, für die Entwicklung von „Widerstandsressourcen (...) aus denen ein starkes SOC hervorgeht“ sind sozialisatorische und kulturelle Einflüsse entscheidend, die den „Lebenszyklus von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter“ begleiten. Das Kohärenzgefühl ist zentraler Bestandteil des Salutogenetischen Ansatzes, in dem sich Antonovsky explizit mit stabilisierenden und gesundheitsfördernden Aspekten beschäftigte und sich die Erforschung des „Wunders des Gesundbleibens“ zur Aufgabe machte (Antonovsky 1979: 13). Dabei haben alle

sogenannten Widerstandsressourcen nach Antonovsky eines gemeinsam: sie sind in der Lage „den zahllosen Stressoren, von denen wir fortwährend bombardiert werden, einen Sinn zu geben“ und schaffen „dadurch, dass sie [die Widerstandsressourcen] einen fortlaufend mit solchen sinnhaften Erfahrungen versorgen, (...) mit der Zeit ein starkes Kohärenzgefühl“ (Antonovsky 1997: 16).

Eine Besonderheit von Antonovskys Konzept ist sicherlich auch die Perspektive, die explizit die positive Seite der Bilanz in den Blick nimmt und untersucht, was Menschen selbst unter höchst problematischen Umständen gesund erhält. Übertragen auf den Kontext von Arbeit wären die beschriebenen Komponenten des Kohärenzgefühls wichtige Ressourcen im Arbeitsprozess, die die physische und psychische Gesundheit stärken und sich entsprechend günstig auch auf die Leistungsfähigkeit und damit die Qualität und des Ergebnis der Arbeit auswirken dürften. Konkret gehört dazu beispielsweise die Erfahrung der Beschäftigten, dass die an sie gestellten Erwartungen und Aufgaben vorhersagbar und berechenbar sind (Verstehbarkeit), die Gewissheit den Anforderungen am Arbeitsplatz gewachsen zu sein bzw. bei Schwierigkeiten auf (soziale) Ressourcen zu ihrer Bewältigung zurückgreifen zu können (Handhabbarkeit) sowie die Überzeugung von der Sinnhaftigkeit der Aufgaben bzw. der Arbeit insgesamt, so dass sich der persönliche Einsatz aus Sicht des Mitarbeitenden tatsächlich auch lohnt (Bedeutsamkeit).

3.5 Das Phänomen der Anerkennung

Der Sozialphilosoph Axel Honneth hat sich in seiner Habilitationsschrift intensiv mit dem Phänomen ‚Anerkennung‘ auseinandergesetzt. (Honneth 1994) Von der semantischen Wortbedeutung ‚an-erkennen‘ im Sinne von ‚zur Kenntnis nehmen‘ ausgehend, konstatiert er mit Bezug auf Darwall, dass neben der kognitiven ‚Beachtung‘ (Darwall: ‚recognition respect‘) die ‚moralische Achtung‘ im Sinne von Kant steht: „Jeden anderen Menschen als eine Person anzuerkennen muss dann heißen, ihnen allen gegenüber in der Weise zu handeln, zu der uns die Eigenschaften einer Person moralisch verpflichten.“ (Honneth 1994: 182) Honneths Anliegen ist die „soziale Ermöglichung der ethischen Freiheit einer gelingenden Selbstbeziehung“, welche „als Ergebnis einer kooperativen Beziehung gedacht [wird], die die Selbstverwirklichung eines jeden von der reziproken Wertschätzung aller anderen abhängig macht“ (Habermas 2009).

Ausgangspunkt seiner theoretischen Überlegungen zum Thema Anerkennung war für Honneth Hegels Denkmodell des ‚Kampfes um Anerkennung‘. Seine Absicht war es, daraus „die Grundlage einer normativ gehaltvollen Gesellschaftstheorie [zu] entwickeln“.

(Honneth 1994: 7) Bereits nach Hegel setzt die „praktische Identitätsbildung des Menschen die Erfahrung intersubjektiver Anerkennung“ voraus; durch die Rekonstruktion der Hegelschen Argumentationsfigur ⁵ kommt Honneth zu einer grundsätzlichen Unterscheidung von drei Anerkennungsformen: Liebe, Recht und Wertschätzung. Eine „ungestörte Selbstbeziehung“ und damit eine intakte Identität ist nach Honneth abhängig von diesen drei Formen der Anerkennung. (Honneth 1994: 8).

Honneth nimmt Bezug auf die Sozialpsychologie G.H. Meads, denn aus seiner Sicht entwickelt keine Theorie so konsequent den Gedanken, „dass die menschlichen Subjekte ihre Identität der Erfahrung einer intersubjektiven Anerkennung verdanken“. (Honneth 1995: 114). Seine Hypothese, dass „die Reproduktion des gesellschaftlichen Lebens (...) sich unter dem Imperativ einer reziproken Anerkennung [vollzieht], weil die Subjekte zu einem praktischen Selbstverhältnis nur gelangen können, wenn sie sich aus der normativen Perspektive ihrer Interaktionspartner als deren soziale Adressaten zu begreifen lernen“, findet Honneth sowohl bei Hegel als auch bei Mead bestätigt (Honneth 1994: 148).

Fehlt es an Anerkennung oder werden statt dessen Formen von Missachtung erlebt, so birgt dies die Gefahr der Entstehung sozialer Konflikte (Honneth 1994: 8). Vor dem Hintergrund historischer Studien über Erfahrungen von Ungerechtigkeit, die Protest und Widerstand hervorrufen, thematisiert Honneth „soziale Phänomene der Kränkung, der Beleidigung und der Erniedrigung“ aus der Sicht der Betroffenen und „erkennt in der subjektiven Erfahrung der Missachtung das unbefriedigte Bedürfnis nach Anerkennung. (...) Honneths Gesellschaftskritik setzt an „Verhältnissen systematisch versagter Anerkennung [an], die die menschliche Würde verletzen.“ (Habermas 2009)

3.6 Modi der Anerkennung: Liebe, Recht und Wertschätzung

Honneth unterscheidet im Sinne einer Typologie grundsätzlich drei Anerkennungsmuster: Liebe, Recht und Wertschätzung.

3.6.1 Liebe

Um seinen Begriff der ‚Liebe‘ von romantischen Vorstellungen abzugrenzen, sollen darunter „alle Primärbeziehungen verstanden werden, soweit sie nach dem Muster von erotischen Zweierbeziehungen, Freundschaften und Eltern-Kind-Beziehungen aus starken Gefühlsbindungen zwischen wenigen Personen bestehen“. (Honneth 1994: 153)

⁵ Bereits der junge Hegel hatte eine Anerkennungstheorie entwickelt. Er hatte anhand der Beziehungsmuster der persönlichen Liebe, des Rechts und der solidarischen Zusammenarbeit paradigmatische Fälle wechselseitiger Anerkennung analysiert. (vgl. Habermas 2009)

Charakteristisch für dieses Muster ist außerdem, dass solche Primärbeziehungen „auf eine prekäre Balance zwischen Selbständigkeit und Bindung angewiesen sind.“ (ebenda: 154) Die affektive Bindung an andere Personen als ein Prozess, in dem „eine Spannung zwischen symbiotischer Selbstpreisgabe und individueller Selbstbehauptung“ ausbalanciert werden muss, ist insbesondere für therapeutisches Handeln von Interesse, denn aus Beziehungspathologien lassen sich Rückschlüsse ziehen auf „die Bedingungen, die zu einer gelingenden Form der affektiven Bindung an andere Personen führen können“. (ebenda: 154) Honneth geht in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung (u.a. mit Bezug auf Winnicott⁶ und Mead) für die Entwicklung von ‚Selbstvertrauen‘ ein: „Ist diese Liebe der Mutter dauerhaft und zuverlässig, so vermag das Kind im Schatten ihrer intersubjektiven Verlässlichkeit zugleich auch ein Vertrauen in die soziale Erfüllung seiner eigenen Bedürfnisanprüche zu entwickeln“ (ebenda: 168).

Aufgrund seiner Reziprozität legt gerade das Anerkennungsmuster ‚Liebe‘ nicht nur Grundlagen für die Beziehung zu anderen, sondern prägt nach Honneth auch die Beziehung zur eigenen Person: „Weil dieses Anerkennungsverhältnis zudem einer Art von Selbstbeziehung den Weg bereitet, in der die Subjekte wechselseitig zu einem elementaren Vertrauen in sich selber gelangen, geht es jeder anderen Form der reziproken Anerkennung sowohl logisch als auch genetisch voraus: jene Grundsicht einer emotionalen Sicherheit nicht nur in der Erfahrung, sondern auch in der Äußerung von eigenen Bedürfnissen und Empfindungen, zu der die intersubjektive Erfahrung von Liebe verhilft, bildet die psychische Voraussetzung für die Entwicklung (...) der Selbstachtung.“ (ebenda: 172)

Er betont außerdem, dass die Anerkennung in der ‚Liebe‘ kein ausschließlich kognitiver Prozess des Anerkennens der Individualität des Anderen durch die „gebrochene Symbiose“ (ebenda: 173) ist, sondern dass „jene Freigabe zur Unabhängigkeit von einem affektiven Vertrauen in die Kontinuität der gemeinsamen Zuwendung getragen sein muss; ohne die gefühlsmäßige Sicherheit, dass die geliebte Person auch nach der erneuten Verselbständigung ihre Zuneigung aufrechterhält, wäre dem liebenden Objekt die Anerkennung ihrer Unabhängigkeit gar nicht möglich.“ (ebenda: 173).

3.6.2 Recht

Das Anerkennungsmuster ‚Recht‘ grenzt Honneth (1994: 174ff) in vieler Hinsicht von der Liebe ab, gemeinsam ist beiden „Interaktionssphären“ die Reziprozität, denn laut Honneth

⁶ Winnicott, Donald W. (1973) Vom Spiel zur Kreativität. Spielen – Schöpferisches Handeln und die Suche nach dem Selbst. vgl. auch Honneth 167

können wir „zu einem Verständnis unserer selbst als eines Trägers von Rechten nur dann gelangen, wenn wir umgekehrt ein Wissen darüber besitzen, welche normativen Verpflichtungen wir dem jeweils anderen gegenüber einzuhalten haben: erst aus der normativen Perspektive eines ‚generalisierten Anderen‘, der uns die anderen Mitglieder des Gemeinwesens bereits als Träger von Rechten anzuerkennen lehrt, können wir uns selber auch als Rechtsperson in dem Sinne verstehen, dass wir uns der sozialen Erfüllung unserer Ansprüche sicher sein dürfen“ (Honneth 1994: 174). Dieses Anerkennungsmuster benötigt jedoch eine demokratische Rechtsgrundlage, weil „nur deren Anspruch sich dem Prinzip nach auf alle Menschen als gleiche und freie Wesen erstreckt“, weshalb „sich die besondere Reziprozitätsform der Anerkennung, anders als diejenige der Liebe, erst infolge einer historischen Entwicklung hat herausbilden können.“ (ebenda: 175). Voraussetzung für die Anerkennungsform ‚Recht‘ ist also ein Rechtssystem, das die Interessen aller Gesellschaftsmitglieder vertritt und weder Privilegien noch Ausnahmen zulässt. (ebenda: 177) Erst wenn die Interaktionspartner „dem gleichen Gesetz gehorchen“ erkennen sie sich „wechselseitig als Personen an, die in individueller Autonomie über moralische Normen vernünftig zu entscheiden vermögen“ (ebenda: 177).

Anders als ‚Liebe‘ versteht sich ‚Recht‘ als kognitiv geleitete Form der Anerkennung, affektive Komponenten dürfen hier nicht verhaltenssteuernd sein. Trotzdem schreibt Honneth der Anerkennungsform ‚Recht‘ ähnliche Identität und Selbstwert stützende Effekte zu wie der ‚Liebe‘: „Wie im Fall der Liebe das Kind durch die kontinuierliche Erfahrung mütterlicher Zuwendung das Vertrauen erwirbt, seine Bedürfnisse ungezwungen kundtun zu können, so gewinnt das erwachsene Subjekt durch die Erfahrung rechtlicher Anerkennung die Möglichkeit, sein Handeln als eine von allen anderen geachtete Äußerung der eigenen Autonomie begreifen zu können.“ (Honneth 1994: 192) Der Besitz individueller Rechte, die Möglichkeit, diese öffentlich einklagen zu können, ist für Honneth ein im Sinne von Mead „symbolisches Ausdrucksmittel [...] als moralisch zurechnungsfähige Person allgemeine Anerkennung“ zu finden (ebenda: 194). „Dass Selbstachtung für das Rechtsverhältnis das ist, was für die Liebesbeziehung das Selbstvertrauen war, wird schon durch die Folgerichtigkeit nahegelegt, mit der sich Rechte in derselben Weise als anonymisierte Zeichen (!) einer gesellschaftlichen Achtung begreifen lassen, wie die Liebe als der affektive Ausdruck einer auch über Distanz bewahrten Zuwendung aufzufassen ist: während diese in jedem menschlichen Wesen das psychische Fundament dafür schafft, den eigenen Bedürfnisimpulsen vertrauen zu können,

lassen jene in ihm das Bewusstsein entstehen, sich selber achten zu können, weil es die Achtung der anderen verdient.“ (Honneth 1994: 192)

Erst die Erfahrung, über die gleichen Rechte wie alle anderen Mitglieder des Gemeinwesens zu verfügen, befähigt den Einzelnen „zur Teilnahme an einer diskursiven Willensbildung“. Rechte zu haben und Ansprüche verbindlich geltend machen zu können, sind somit nicht nur die Voraussetzung für die Entwicklung von Selbstachtung, sondern auch für die Teilhabe an gesellschaftlichen Veränderungsprozessen, d.h. für politisches Handeln.

Der geringe Organisationsgrad Pflegender⁷ könnte als Indikator dafür herangezogen werden, dass es für Pflegende nicht selbstverständlich ist, ihre Interessen auf politischer Ebene zu vertreten, um als dringend angesehene Veränderungen der eigenen Arbeitssituation durchzusetzen. Dies kann einerseits auf die Tradition des Pflegeberufes als klassischem Frauenberuf mit „Sackgassencharakter“ (Klement 2006: 39) zurückgeführt werden, der anhand von Kriterien wie geringes Ansehen, unterdurchschnittliches Lohnniveau sowie geringe Aufstiegschancen beschrieben werden kann. Der niedrige Organisationsgrad ließe sich jedoch auch aus der Verankerung des Berufes in christlichen Werten wie Nächstenliebe oder Aufopferung für andere erklären, bei denen die Sorge für die eigene Person hinter die Fürsorge für bedürftige Mitmenschen zurücktritt (vgl. Rieder 1999).

3.6.3 Wertschätzung

Das dritte Anerkennungsmuster ‚Wertschätzung‘, von Honneth auch ‚soziale Achtung‘ genannt, hebt den Wert eines Individuums hervor, der an persönliche Eigenschaften oder Fähigkeiten gebunden ist. Während die Anerkennungsform ‚Recht‘ Respekt vor der Willensfreiheit der Person (Honneth 1994: 180/181) meint, geht es bei der Wertschätzung um die ‚Anerkennung individueller Leistungen‘. Anders als die Anerkennungsform ‚Recht‘, die keinerlei Abstufungen in Richtung auf ein ‚Mehr‘ oder ‚Weniger‘ erlaubt, kann das Maß an ausgedrückter Wertschätzung mit Blick auf aktuelle gesellschaftliche Werte und deren Bedeutsamkeit durchaus variieren. Wertschätzung steht also immer in einem sozialen bzw. gesellschaftlichen Kontext, setzt „ein evaluatives Bezugssystem voraus“ und ist somit historisch geprägt und einem ständigen Wandel unterlegen (ebenda: 183).

⁷ nach (mündlichen) Angaben von Franz Wagner, DBfK sind gegenwärtig schätzungsweise 10% der Pflegenden gewerkschaftlich oder in einem Berufsverband organisiert.

3.6.4 Anerkennung als individuelle und kollektive Variable

Die Phänomene Anerkennung und Wertschätzung setzen immer ein aufeinander-bezogen-sein voraus: eine Person, eine Sache oder ein Umstand, der es Wert ist, geschätzt zu werden bzw. dessen Wert geschätzt werden soll sowie eine Person oder Institution, die eben genau dieses tut. Der von Mead geprägte Begriff des ‚signifikanten Anderen‘ ist in diesem Zusammenhang hilfreich für das Verständnis von Wertschätzung, denn das Erleben von Anerkennung ist gleichermaßen an die Bedeutsamkeit der ‚Quelle von Anerkennung‘ wie auch - in ähnlicher Weise - an das ‚Objekt der Anerkennung‘ geknüpft: „Nicht jedes Subjekt, welches mich anerkennen könnte, ist für mich relevant, und nicht jede meiner partikulären Eigenschaften von Bedeutung für mich selbst. Daher ist weder jedermanns Anerkennung, noch die Anerkennung aller meiner Besonderheiten für mich von Bedeutung. Und somit kann auch nur die Wertschätzung von meinen, für mich selbst relevanten Besonderheiten durch für mich relevante Andere als Anerkennung gezählt werden“ (Ikaheimo et al. 2004: 81). Ohne eine solche Übereinstimmung der Interaktionspartner hinsichtlich Quelle und Objekt der Wertschätzung wird Wertschätzung subjektiv nicht erlebt und entsprechend bleiben selbstwertstärkende, identitätsstiftende oder verhaltenssteuernde Wirkungen aus.

Die Bedeutung von Anerkennung bzw. Wertschätzung für eine positive Selbstbeziehung der Individuen wird aus Honneths Sicht gerade dann deutlich, wenn sie fehlt: „Ohne die Unterstellung eines gewissen Maßes an Selbstvertrauen, an rechtlich gewährter Autonomie und an Sicherheit über den Wert der eigenen Fähigkeiten ist ein Gelingen von Selbstverwirklichung nicht vorzustellen, wenn darunter ein Prozess der ungezwungenen Realisierung von selbst gewählten Lebenszielen verstanden werden soll“ (Honneth 1994: 278). Honneth hat jedoch nicht nur das Individuum und dessen positive Selbstbeziehung bzw. Selbstverwirklichung im Blick, sondern auch die Gesellschaft als Ganzes. Es geht ihm auch darum, eine kritische Gesellschaftstheorie zu entwickeln, die gerade das Fehlen von Anerkennung, z.B. in Form von Benachteiligung oder Missachtung von Einzelnen oder Gruppen, als Ursache sozialer Konflikte erkennt und bemüht ist, diesen entgegenzuwirken (ebenda: 191).

3.7 Wertschätzung im beruflichen Kontext

Wie Identität über Interaktion und Kommunikation entwickelt wird und welchen Stellenwert Anerkennung in diesem Prozess hat, wurde bereits ausführlich dargestellt. Für den Arbeitskontext gilt dies in ganz besonderem Maße, denn „gesellschaftliche Integration

[vollzieht sich] im Wesentlichen über das Medium Arbeit“ und „kann somit als einer der wichtigsten Einflussfaktoren für den Prozess der individuellen Identitätsbildung gelten“ (Kropf 2005: 128).

Stephan Voswinkel (2005) hat Honneths Anerkennungsmuster auf Arbeitsinteraktionen übertragen, Danach entspricht ‚Liebe‘ der Anerkennung durch Zuwendung und Zugehörigkeit, Anteilnahme und Fürsorge.

Das Anerkennungsmuster ‚Recht‘ erfährt ein Individuum durch seine Anerkennung als gleichberechtigtes Subjekt, diese wird durch Formen der Partizipation realisiert.

‚Wertschätzung‘ erkennt den Beitrag des Individuums zur Erfüllung gemeinsam als wertvoll betrachteter Ziele an. Diese Form der Anerkennung kennt wiederum eine solidarische und eine differenzielle Form, welche sich auf (Leistungs)Unterschiede gründet. (vgl. Voswinkel 2005: 18) Gerade die zuletzt genannte, auf individuellen Differenzen beruhende Form der Wertschätzung hat im Kontext von Arbeit zweifellos eine zentrale Bedeutung, denn hier wird eine Leistung anhand ihrer Qualität oder ihres Erfolges bewertet. Hier erfahren persönliche Eigenschaften oder Kompetenzen Beachtung - mit den entsprechenden Auswirkungen auf Selbstwert, Selbstwirksamkeit, (berufliche) Identität usw.

Es gibt im Rahmen solcher Bewertungsprozesse allerdings nicht nur Gewinner, die Bestätigung oder Bewunderung erfahren, sondern es kommt gleichermaßen zu negativen Bewertungen wie Missachtung oder Entwertung, die als identitäts- und selbstwertbedrohlich erlebt werden. Honneth bezeichnet dieses Phänomen als „Doppelcharakter“ von Wertschätzung: „Sie verbindet und sie trennt, sie stiftet Solidarität, ja auch sozialen Hass. Nicht nur kann nicht jeder gleich wertgeschätzt werden, eine solche Wertschätzung verlöre sogar ihren Sinn, wäre bestenfalls eine Form der Höflichkeit. Indem die moderne Gesellschaft nun die soziale Wertschätzung auf Arbeit gründet, werden nicht nur diejenigen aus den Anerkennungsbeziehungen exkludiert, die keine Arbeit haben, sondern auch bestimmte Arbeiten höher bewertet als andere. Daher ist Arbeit zugleich Quelle der Anerkennung und der Missachtung.“ (Voswinkel 2005: 19)

Fast schon trivial erscheint im Hinblick auf das Thema ‚Wertschätzung im beruflichen Kontext‘ die Feststellung, dass erlebte - und als Selbstachtung verinnerlichte - Wertschätzung die Attraktivität einer (‚geschätzten‘) Person oder sozialen Gruppe erhöht. Nicht umsonst nehmen bestimmte Berufsgruppen für sich in Anspruch ‚Professionen‘ zu

sein und begründen mit Blick auf die hohe gesellschaftliche Relevanz ihrer Arbeit nicht nur ihren sozialen Status, sondern auch besondere monetäre Ansprüche oder bestimmte Privilegien (im Gesundheitswesen z.B. Verordnungskompetenz), um sich damit in positiver Weise von anderen Berufsgruppen abzuheben und die Attraktivität der eigenen Berufsgruppe zu stärken.

Um das im Begriff verankerte Dilemma des ‚Doppelcharakters von Wertschätzung‘ aufzulösen, nimmt Voswinkel eine weitere Differenzierung von Honneths Wertschätzungsbegriff vor und unterscheidet zwei Modi der Wertschätzung: Würdigung und Bewunderung. Er bezeichnet Bewunderung als „vertikale Seite der Anerkennung“, bei der es um die „Anerkennung der besonderen Leistung oder des Erfolgs“ geht, dieser Modus kann entsprechend nicht jedem zuteil werden. Würdigung, die ‚horizontale Form der Anerkennung‘ meint hingegen die „Anerkennung für die Bemühungen, den Aufwand und Einsatz, das Opfer“ (Voswinkel 2005: 19) und repräsentiert die „solidarische Seite der Wertschätzung von Leistung. Sie ist nicht knapp, sondern kann auch der normalen Leistung zuteil werden“ (ebenda).

Voswinkel konkretisiert seine Differenzierung der Wertschätzung in Bewunderung und Würdigung, indem er sie auf der Ebene von Face-to-face Beziehungen (Mikro-Ebene), von Organisationen (Meso-Ebene) und gesamtgesellschaftlich (Makro-Ebene) betrachtet.

So zeigt sich Wertschätzung im Sinne von Bewunderung auf der Makro-Ebene als Prestige von Individuen oder Sozialprestige bestimmter Gruppen, das sich auf Kriterien wie Reichtum, Macht, Bildungsabschlüsse oder Prominenz bezieht. Würdigung kommt hier durch bestimmte soziale Sicherheiten oder Rücksichtnahmen bei gefährdeter Leistungsfähigkeit zum Ausdruck, wie sie insbesondere durch sozialstaatliche Regelungen gesetzlich festgelegt sind.

Anerkennung auf der Ebene von Organisationen, z.B. Betrieben findet als Bewunderung ihren Ausdruck in einem entsprechenden Entgelt, in der Förderung der Karriere oder der Ehrung einzelner Mitarbeiter für besondere Verdienste im Interesse des Betriebes. Würdigung erfahren Mitarbeiter durch Ehrungsrituale wie Jubiläen oder durch das Senioritätsprinzip.⁸ Bewunderung wird im persönlichen Kontakt häufig in Form von Lob (oder Formen der Devotion) geäußert, Würdigung drückt sich laut Voswinkel in

⁸ Senioritätsprinzip: die Bevorzugung älterer Mitarbeiter z.B. bei der Besetzung bestimmter Positionen

Dankbarkeit oder dem Gefühl der Verpflichtung angesichts des Einsatzes eines Mitarbeiters aus.

	Makro	Meso	Mikro
	gesellschaftl. Anerkennung von Personen / soz. Gruppen	Anerkennungsverhältnisse in Organisationen	Interaktive Anerkennung zwischen Subjekten
ACHTUNG (+)	rechtl. Anerkennung (Honneth)	Regeln der Gleichbehandlung und Partizipation	Höflichkeit, Beachtung, Respekt
MISSACHTUNG (-)	gesellschaftl. Ächtung; Stigmatisierung	Privilegien; Ungleichbehandlung	Unhöflichkeit, Ignorieren, Abwertung
Bewunderung (Anerkennung von Leistung + Erfolg) knapp	Prestige; Reichtum, Position, Macht, Bildungszertifikate, Prominenz	Ehrung „Mitarbeiter des Monats“, Mitarbeiter im Kompetenzpool	Lob, Formen der Devotion
Würdigung (Anerkennung für Bemühungen, Aufwand, Einsatz) Solidarische Seite der Wertschätzung für Leistung nicht knapp	Soz. Sicherheit und Rücksichtnahme (sozialstaatliche Regelungen)	Rücksichtnahme, Senioritätsprinzip, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Ehrung von Jubilaren	regelmäßige Gesten (Geburtskarte); allg. Sonderleistungen

Abbildung 1: Wertschätzung auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene (nach Voswinkel 2005: 19/20)

Auch Voswinkel betont die identitätsstiftende Wirkung von Anerkennung, verdeutlicht aber auch die Folgen ihres Ausbleibens: Menschen „meiden Interaktionen, in denen sie keine Anerkennung erfahren und wählen andere Subjekte, von denen sie eher eine Bestätigung ihres gewünschten Selbst erwarten können“ (Voswinkel 2005: 20). Übertragen auf den Kontext von Arbeit kann ein solches Vermeidungsverhalten, das bis zur ‚inneren Kündigung‘ führen kann, durch den drastischen Rückgang der Motivation und die stille, unauffällige Verweigerung von Engagement und Leistungsbereitschaft fatale Folgen für ein Unternehmen haben (Brinkmann/Stapf 2005). Entsprechende Vermeidungsstrategien bei Mitarbeitenden vorzubeugen, sie rechtzeitig zu erkennen und ihnen in angemessener Form zu begegnen, stellt eine anspruchsvolle Aufgabe für Führungskräfte dar.

Die Beziehung zwischen Anerkennung und Identität ist jedoch komplex. So betont Kropf, dass Identität einerseits „das Ergebnis von Anerkennung“ ist, gleichzeitig „aber auch als Voraussetzung für Anerkennung angenommen werden kann“ (Kropf 2005: 159). So lasse „eine wenig ausgeprägte Identität eher Nicht-Anerkennung erwarten, wohingegen als Reaktion auf eine ausgeprägte Identität entweder Anerkennung oder Missachtung möglich ist“ (ebenda: 159). Dies bedeutet, dass „das Subjekt als Handelnder seiner Taten erkennbar sein muss, um Anerkennung zu erlangen“ (ebenda: 159). Anerkennung und Missachtung setzen - im Unterschied zu Nicht-Anerkennung - voraus, „dass das Individuum mindestens erkannt - im Sinne von ‚gesehen‘ - werden muss“ (ebenda: 160).

Für das Individuum und sein Selbstbild mache es aber durchaus einen Unterschied, ob es Nicht-Anerkennung oder Missachtung erfährt, da „Nicht-Anerkennung eher zur Diffusion von Identitäten“ führe und somit ihre Ausbildung behindere (Kropf 2005: 160). Missachtung hingegen rufe eher Wut und Empörung hervor und könne „deshalb eine betonte Identität zur Folge haben“ (ebenda). Im beruflichen Setting Profil zu zeigen birgt für den Mitarbeiter also Chancen und Risiken gleichermaßen, der Prozess der Identitätsentwicklung scheint sich - einmal in Bewegung gekommen - gewissermaßen selbst zu verstärken, denn je mehr (Ideen, Gedanken) eine Person von sich zeigt, je stärker sie sich beruflich deutlich (sichtbar und vernehmbar) profiliert, um so wahrscheinlicher ist es, dass sie Rückmeldungen erhält, die wiederum Anlass sind, das eigene Handeln aus der Perspektive Anderer im Sinne von Mead zu betrachten. Das Feedback signifikanter Anderer - in diesem Fall vielleicht von Kollegen, Kunden oder Vorgesetzten - kann schließlich (in dem von Mead als ‚role-taking‘ bezeichneten Prozess) in das berufliche Selbstverständnis - im Sinne eines ‚professional self‘ - integriert werden, das in diesem Prozess weiter an Profil gewinnt.

An dieser Stelle wird deutlich, dass eine ‚(aktiv) gelebte‘, d.h. sichtbare Identität für das Individuum unweigerlich eine Auseinandersetzung mit positiven oder negativen Rückmeldungen bedeutet. Dies beinhaltet für den Einzelnen persönliche Entwicklungsmöglichkeiten und die Durchsetzung von Interessen, aber auch Anstrengungen sowie die Verarbeitung von Niederlagen. Übertragen auf eine soziale Gruppe, z.B. eine Berufsgruppe, steht auf der positiven Seite das Erleben von Solidarität in der Gemeinschaft der Kollegen (vielleicht auch darüber hinaus) oder die Schärfung des beruflichen Profils, während auf der Kostenseite‘ der Bilanz möglicherweise vergeblicher Einsatz oder das Einstecken von Kritik zu verzeichnen sind. - Unabhängig vom Ergebnis,

ist - mit Blick auf die bereits bei Mead analysierten Interaktionsprozesse - davon auszugehen, dass sich die persönliche wie auch die berufliche Identität gerade in solchen Prozessen der Auseinandersetzung weiterentwickeln. Wird diese Auseinandersetzung - aus welchen Gründen auch immer - gemieden, würde dies auch die Entwicklung der Identität bremsen und vielleicht (nach Voswinkel) auch die Chance mindern, für besondere Leistungen oder Eigenschaften Bewunderung zu erlangen.

Hier schließt sich die Frage an, was die Differenzierung von Würdigung und Bewunderung im Arbeitskontext bedeutet. Hat Bewunderung in der Wahrnehmung der Mitarbeitenden tatsächlich einen höheren Stellenwert als Würdigung? Denkbar ist durchaus, dass Mitarbeiter/innen den Wert ihrer Arbeit beispielsweise über eine gleichbleibend gute Qualität oder eine geringe Fehlerquote definieren. In diesem Fall wäre das subjektive Wertschätzungserleben gerade nicht an herausragende, besondere, sich positiv von anderen abhebende Produkte oder (Dienst)Leistungen geknüpft.

Sowohl herausragende Leistungen als auch stetige Bemühungen oder der tägliche Einsatz im Rahmen von Routinetätigkeiten sind zweifellos bedeutsam in Bezug auf Arbeitsqualität und -ergebnis. Während exzeptionelle Leistungen eher zu Innovationen führen dürften, dient ein kontinuierlicher Einsatz vermutlich eher der Sicherung des gegenwärtigen Status Quo. Welche Leistungen mehr und welche weniger Wertschätzung erfahren, hängt von den impliziten Maßstäben derer ab, die sie bewerten und ihre Anerkennung dafür ausdrücken oder dies nicht tun. Es kann angenommen werden, dass die Bewertungsmaßstäbe in Abhängigkeit von situativen Faktoren oder auch der Position oder dem Interesse der bewertenden Person differieren. So wird eine Pflegekraft, die sich gerade intensiv eines verzweifelten Menschen angenommen hatte und diese trösten konnte, ihre eigene Leistung anders bewerten als die Vorgesetzte, die für diesen Zeitraum andere Aufgaben vorgesehen hatte oder als die Geschäftsführerin, die weiß, dass solche Leistungen nicht abrechenbar sind.

Wenn es also darum geht, allen im Kontext von Arbeit relevanten Leistungen Anerkennung zukommen zu lassen, so erscheint es wichtig, dass alle Leistungen mit Blick auf ihre Bedeutung für den Arbeitsprozess thematisiert und kommuniziert werden. Auf diese Weise ließe sich die mit dem Ausdruck von Wertschätzung der einen Leistung verbundene Abwertung einer anderen Leistung (Voswinkel 2011: 6) relativieren und jedem Mitarbeitenden gegenüber die Anerkennung für seinen spezifischen Beitrag ausdrücken,

die für seine berufliche Identität, sein Selbstwertgefühl, seine Gesundheit, aber auch für seine Motivation und seine Identifikation mit der Arbeit so bedeutsam sind.

Honneth (1994) bezieht sich in diesem Zusammenhang auf den Begriff der Selbstverwirklichung, wie Mead ihn versteht, nämlich als „Prozess, in dem ein Subjekt Fähigkeiten und Eigenschaften entwickelt, über deren einzigartigen Wert für die soziale Umwelt es sich anhand der anerkennenden Reaktionen seiner Interaktionspartner zu überzeugen vermag“ (ebenda: 139). Selbstverwirklichung und damit verbundene Wertschätzung individueller Leistungen kann jedoch auch „an die Erfahrung sozial nützlicher Arbeit“ geknüpft sein: „Das Maß an Anerkennung, das einem Subjekt entgegengebracht wird, welches im Rahmen der gesellschaftlichen Arbeitsteilung die ihm zugewiesene Funktion ‚gut‘ erfüllt, reicht aus, um ihm zu einem Bewusstsein seiner individuellen Besonderheit zu verhelfen“ (ebenda: 142). Honneth bezieht sich hier erneut auf Mead: „Mead geht mit Recht davon aus, dass ein Subjekt sich als eine einzigartige und unvertretbare Person begreifen kann, sobald seine eigene Art der Selbstverwirklichung als ein positiver Beitrag zum Gemeinwesen von allen Interaktionspartnern anerkannt wird“ (ebenda: 144). Die Instanz des ‚generalisierten Anderen‘, der die ethischen Vorgaben für das eigene Handeln bestimmt, sieht Honneth gewissermaßen aufgehoben als „versachlichte Größe in den Regeln der funktionalen Arbeitsteilung“ (ebenda: 143). Das Erleben von Selbstachtung als Ausdruck einer positiven Selbstbeziehung ist entsprechend auch dann möglich, „wenn es [das Individuum] im Rahmen der objektiv vorgegebenen Funktionsverteilung den positiven Beitrag identifizieren kann, den es für die Reproduktion des Gemeinwesens erbringt“ (Honneth 1994: 142/143).

3.8 Besonderheiten personenbezogener Dienstleistungen und pflegerischer Interaktionsarbeit

Aus den bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass Wertschätzung für Arbeitsleistungen - gründe sich diese nun auf besondere Leistungen oder Kontinuität in der Arbeit - sowohl die berufliche Identität als auch das konkrete Arbeitsverhalten von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen maßgeblich beeinflusst. An dieser Stelle stellt sich die Frage, inwieweit die dargestellten Ansätze auf den Bereich personenbezogener Dienstleistungen, insbesondere auf den Arbeitsbereich der Pflege übertragbar sind oder ob für diese Berufsgruppe spezifische Aspekte zu berücksichtigen sind, wie sie sich beispielsweise aus der Tradition des Berufes oder der Nähe zu den Kunden, die nicht selten die Intimsphäre betrifft, ergibt.

In bestimmter Hinsicht unterscheiden sich personenbezogene Dienstleistungen grundsätzlich von Tätigkeiten im Bereich des Handwerks oder der industriellen Produktion. Gewissermaßen ‚klassische‘ Merkmale von Dienstleistungsarbeit sind Intangibilität und das sogenannte ‚Uno-actu-Prinzip‘ (Bieger 2007; Lehmann 1993). Erstere beschreibt die ‚Nichtgreifbarkeit‘ bzw. ‚Immaterialität‘ sozialer Dienstleistungen, wie z.B. eines Beratungsgesprächs. Letzteres meint das Zusammenfallen von Produktion und Konsum im Rahmen der Dienstleistung. Darüber hinaus gilt die Einbeziehung des Kunden in den Prozess der Dienstleistung als ausschlaggebendes Kriterium für den ‚Erfolg‘; die vom Kunden wahrgenommene ‚Qualität‘ ist - unabhängig von den zugrunde gelegten Kriterien - ausschlaggebend für ‚Kundenzufriedenheit‘ oder ‚Kundenbindung‘, also Faktoren, die für die wirtschaftliche Existenz eines Unternehmens oder einer Einrichtung von zentraler Bedeutung sind.

Ko-Produktion mit Kunden ist ein für personenbezogene Dienstleistungen charakteristisches Phänomen, dessen Bedeutung sich anhand der Interaktion in der Pflege sehr gut verdeutlichen lässt (Donabedian 1992; Dunkel/Wehrich 2006). Gerade im Bereich sozialer Dienstleistungen werden Qualität und Ergebnis der Arbeit vom Dienstleister (Dienstleistungsgeber) und Kunden gemeinsam erbracht; entsprechend ist die Einbeziehung des Kunden integraler Bestandteil der Dienstleistungsarbeit. Soziale Dienstleistungen verbinden laut Dunkel und Wehrauch kommunikatives und instrumentelles Handeln in einer Weise, die „instrumentelle Handlungsziele gerade durch verständigungsorientiertes kommunikatives Handeln erreicht und soziale Abstimmung (...) gerade durch den instrumentellen Bezug auf den Arbeitsgegenstand erzielt“ (Dunkel/Wehrich 2006: 68). Übertragen auf professionelle Pflege bedeutet dies beispielsweise, dass gerade wenn das Ergebnis der Dienstleistung in hohem Maße von der aktiven Mitwirkung des Kunden abhängt, es wichtig ist, ihn von der Bedeutung bzw. Notwendigkeit einer Maßnahme (z.B. einer Mobilisation) für seine (subjektive) Lebensqualität zu überzeugen, ihn zur aktiven Teilnahme zu motivieren und fachgerecht anzuleiten. Damit dies gelingt, gilt es - analog zum therapeutischen Kontext - ihn dort abzuholen, wo er sich gerade befindet. Konkret bedeutet dies, den Informationsstand, die Fähigkeiten oder die aktuelle Befindlichkeit des Kunden zu erkennen bzw. zu erheben und gemeinsam mit ihm eine individuell angemessene und zielführende Strategie zu entwickeln.

Das Phänomen der ‚Ko-Produktion‘ erklärt auch, warum Arbeit im Kontext personenbezogener Dienstleistungen nicht in dem Maße planbar ist, wie dies für andere Arbeitskontexte angenommen werden kann, denn Akteure laufen Gefahr „ihre Ziele nicht zu erreichen, wenn sie dafür auf andere Akteure angewiesen sind“ (Dunkel/Wehrich 2006: 67).

Als Besonderheit der Dienstleistung Pflege kommt hinzu, dass mit Blick auf die Erwartungen des ‚Koproduzenten‘ Kunde (oder auch der Angehörigen) es unter Umständen gar nicht erwünscht ist, bestimmte Dienstleistungen sichtbar zu machen. Solche ‚diskreten Dienstleistungen‘ betreffen oft gesellschaftliche Tabus, wie z.B. Kontrollverlust im Rahmen von Inkontinenz oder einer psychischen Erkrankung. Sie schützen das Selbstwertgefühl der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Familien und stehen im Dienste ihrer positiven Außendarstellung. Für Pflegende ist es unter solchen Umständen schwer, Inhalte und spezifische Kompetenzen ihrer Arbeit zu benennen und darzustellen.

Koproduktion betrifft darüber hinaus auch auf die Kooperationsbeziehungen zu Kollegen der eigenen oder anderer Berufsgruppen und beeinflusst auch auf diesem Wege die Qualität der Leistung und den Erfolg der Arbeit, denn „immer müssen sich Arbeitskräfte mit ihrem je konkreten Gegenüber arrangieren“ (Dunkel/Wehrich 2006: 67).

Die Tatsache, dass „der Prozess der Herstellung einer sozialen Dienstleistung oft ebenso wichtig oder noch wichtiger als das Resultat“ (Badelt 1994: 23); hat zu einer Unterscheidung der Dienstleistungsqualität in „Ergebnisqualität“ und „Verrichtungsqualität“ geführt. Die Verrichtungsqualität umfasst dabei Aspekte wie Freundlichkeit, Vertrauenswürdigkeit oder Beratungsintensität, also Kriterien, die sprachlich nur schwer zu vermitteln sind (Lehmann 1995: 83). Dennoch sind gerade sie in der Wahrnehmung der Kunden ausschlaggebend und auch für die Mitarbeitenden von zentraler Bedeutung.

Dass Emotionen im Kontext pflegerischer Arbeit eine herausragende Rolle spielen liegt auf der Hand. Allein die physische Nähe und die hohe persönliche Relevanz der Kontakte, die sich für den Patienten aus der Abhängigkeit seiner Situation und für Pflegende schon aus der Notwendigkeit ergeben, bestimmte Maßnahmen in Einverständnis mit dem Kunden und mit dessen aktiver Beteiligung durchzuführen, legt es nah den Gefühlen der Akteure im Kontext pflegerischer Interaktion besonderer Berücksichtigung zu schenken. Im Folgenden werden deshalb der von Strauss et al. geprägte Begriff der Gefühlsarbeit, bei

dem Gefühle zum Gegenstand der Arbeit werden sowie Hochschilds Begriff der Emotionsarbeit, bei dem es um die Regulierung eigener Gefühle der Mitarbeitenden geht, vorgestellt.

3.9 Gefühls- und Emotionsarbeit als zentraler Bestandteil pflegerischer Interaktionsarbeit

Im Kontext von Interaktionsarbeit und der beschriebenen Unsichtbarkeit oder Intangibilität der erbrachten Leistungen gilt es auch den Gefühlen der beteiligten Akteure die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken. Gefühle von Kunden und Mitarbeitenden sind dabei gleichermaßen bedeutsam und zu berücksichtigen.

Begrifflich unterschieden wird entsprechend zwischen Gefühlsarbeit (sentimental work) als „Arbeit, die speziell unter Berücksichtigung der Antworten der bearbeiteten Person oder Personen geleistet wird und die im Dienst des Hauptarbeitsverlaufs erfolgt“ (Strauss, et al. 1980: 629) und Emotionsarbeit (emotional labor) als Arbeit im Dienste der Regulierung bzw. Kontrolle der eigenen Gefühle der Mitarbeitenden (vgl. Hochschild 1990). Während Strauss et al. ihr Konzept der ‚sentimental work‘ am Beispiel der professionellen Pflege entwickelt haben, beziehen sich die Untersuchungen Hochschilds zur ‚emotional labor‘ vor allem auf die Arbeit von Flugbegleiter/innen. Dabei schließt Hochschild auch das Management der Emotionen anderer in ihr Verständnis von Emotionsarbeit ein. Im Interesse einer eindeutigen Begrifflichkeit definieren Giesenbauer und Glaser Gefühlsarbeit als „Beeinflussung der Gefühle anderer Personen“ im Unterschied zur Emotionsarbeit als „Management der eigenen Emotionen“ (Giesenbauer /Glaser 2006: 72). Letztere lässt sich insbesondere dadurch charakterisieren, dass eigene Gefühle (insbesondere negative Gefühle von z.B. Ärger oder Ekel) reguliert und in Einklang gebracht werden müssen mit gesellschaftlichen oder organisationalen Normen.

Giesenbauer und Glaser räumen sowohl ‚sentimental work‘ als auch ‚emotional labor‘ einen hohen Stellenwert für das Ergebnis sozialer Dienstleistungen ein: „Versteht man die Dienstleistungsarbeit in der Interaktion mit Klienten hingegen als Kernaufgabe eines jeden Humandienstleisters und nimmt die Bestandteile dieser Kernaufgabe näher unter die Lupe, so zeigt sich die wichtige, bisweilen sogar entscheidende Rolle dessen, wie man mit den eigenen und den Gefühlen anderer umgeht. Der Kunde, der im Gespräch mit dem Verkäufer ein ‚ungutes Gefühl‘ hat, wird sich von den technischen Vorzügen eines Produktes ebenso wenig überzeugen lassen wie der Klient, der sich vom Therapeuten nicht verstanden „fühlt“ (Giesenbauer/Glaser 2006: 79).

Daneben haben Gefühle im Rahmen der Interaktionsarbeit auch insofern Bedeutung, als sie als ‚Arbeitsmittel‘, d.h. „als ‚Instrumente‘ des Wahrnehmens, Erfassens und Verstehens“ eingesetzt werden können. Dieser Aspekt der Arbeit mit Gefühlen wird von Böhle et al. als ‚Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns‘ beschrieben (Böhle/Milkau 1988, Böhle/Schulze 1997) und beschäftigt sich insbesondere mit sinnlichen Komponenten (z.B. Gerüchen) und kommunikativen Prozessen, die sich „vor allem auf einer körperlich-leiblichen Ebene durch Mitfühlen und Empathie“ vollziehen, sowie der Bedeutung dieser körpernahen Kommunikation im Kontext professioneller Interaktion (Weishaupt 2006: 85).

3.9.1 Gefühlsarbeit (Sentimental Work)

Nach Strauss et al. ist Gefühlsarbeit „Bestandteil in jeder Art von Arbeit, bei der das bearbeitete Objekt lebend, empfindungsfähig, reagierend ist“, sie erlangt ihre Bedeutung einerseits mit Blick auf die Funktionalität der Abläufe bzw. das Erreichen professioneller Ziele, aber auch auf Grund ethischer Überlegungen: „um die Arbeit effektiv zu erledigen oder aus humanistischen Erwägungen“ (Strauss et al. 1982: 254, vgl. auch Giesenbauer/Glaser 2006: 69).

Sentimental work steht als ein Bestandteil der Versorgung im Krankenhaus neben „Maschinenarbeit (Umgang mit medizintechnischen Geräten), Sicherheitsarbeit (Vermeiden und Beheben von Risiken bei der medizinischen Behandlung und Gefahren auf Grund der Krankheit), Befindlichkeitsarbeit (Umgang mit Unannehmlichkeiten und Schmerz bei Patienten), Koordinationsarbeit (Organisation von Behandlung und Pflege)“ und dem Beitrag, den Patienten für ihre Behandlung und Versorgung leisten (Giesenbauer/Glaser 2006: 69).

In einer Typologie unterscheiden Strauss et al. die folgenden sieben Typen von Gefühlsarbeit: Interaktionsarbeit und moralische Regeln, Vertrauensarbeit, Fassungsarbeit, Biografische Arbeit, Identitätsarbeit, Kontextbezogene Gefühlsarbeit zum Schutz des Bewohners und Berichtigungsarbeit.

Während die Interaktionsarbeit das Einhalten selbstverständlicher Umgangsformen und Normen wie z.B. respektvolles Verhalten gegenüber Kunden umfasst, fokussiert Vertrauensarbeit darauf, eine verlässliche, vertrauensvolle Beziehung zu entwickeln und damit unangenehme Gefühle auf Seiten des Kunden, wie Angst oder Scham, zu vermeiden. Fassungsarbeit soll Klienten dabei unterstützen, z.B. bei schmerzhaften Eingriffen die

Selbstkontrolle aufrecht zu erhalten - und macht damit unter Umständen eine anstehende Untersuchung überhaupt erst möglich. Biografische Arbeit als Form von Gefühlsarbeit fördert das Kennenlernen des Kunden und „ermöglicht in vielen Fällen erst geeignete Maßnahmen zu ergreifen“ (Giesenbauer/Glaser 2006: 71), während Identitätsarbeit die Thematisierung psychischer Probleme und persönlicher Fragen beinhaltet, die z.B. mit einer Erkrankung verbunden sind. Das Zurückhalten von Informationen, die einen Kunden überfordern könnten bezeichnen Strauss et al. als kontextbezogene Gefühlsarbeit zum Schutz des Bewohners und Berichtigungsarbeit erfolgt als Reaktion auf Fehlverhalten von Kollegen oder Ärzten im Sinne eines ‚Ausbügelns‘ von Fehlern mit dem Ziel ‚Vertrauen in Kompetenz und Humanität herzustellen oder zu erhalten‘ (Giesenbauer/Glaser 2006: 72).

Strauss et al. erheben mit ihrer Typologie nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sie zeigt insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Wertschätzung auf Wahrnehmung und An-Erkennung im wörtlichen Sinne beruht, Möglichkeiten auf, Aspekte der sprachlich häufig schwer fassbaren Interaktionsarbeit zu benennen. Interaktionsprozesse, die - wenn überhaupt - dann nur den Akteuren zugänglich sind, werden auf diese Weise fassbar, können Reflexionen zugänglich gemacht und nach außen vermittelt werden. Die Versprachlichung von Prozessen, die im Rahmen der Interaktion stattfinden und für den weiteren Verlauf von Pflege, Versorgung und Behandlung einen hohen Stellenwert haben, ermöglicht darüber hinaus einen Austausch innerhalb von Team, Organisation oder Berufsgruppe hinsichtlich der Kriterien und Maßstäbe, die sowohl für das berufliche Profil professioneller Pflege als auch für zur Sicherung der Versorgungsqualität und – last but not least – zur Generierung von Wertschätzung für professionelle Leistungen unabdingbar sind.

So weist auch Dunkel darauf hin, dass „das Konzept der Gefühlsarbeit dazu beitragen kann, ein realistisches Bild des Pflegeberufs zu zeichnen“ (Dunkel 1988: 74), das der Komplexität von Pflege als professioneller Dienstleistung gerecht wird.

Strauss et al. weisen auch auf die Folgen mangelnder oder fehlender Gefühlsarbeit hin, die sich u.a. darin zeigen, dass „Patienten sich wie ‚Objekte‘ behandelt fühlen, ihre Privatsphäre verletzt sehen“ und „sich ‚physisch und geistig unbehaglich fühlen“. (Strauss et al. 1980). Gerade für Kunden, die hinsichtlich ihrer kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt sind oder auf Grund ihrer eigenen Gefühlslage, z.B. angesichts einer existenziell bedrohlichen Erkrankung, nicht in der Lage sind, Informationen aufzunehmen

oder zu verarbeiten, dürfte der Stellenwert von Gefühlsarbeit ungleich höher sein als der von informationalen Leistungen.

Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die Vernachlässigung von Gefühlsarbeit auch mit negativen Konsequenzen für die Pflegenden verbunden ist. Vor dem Hintergrund, dass die Interaktion mit den zu Pflegenden für viele Mitarbeitende in Pflegeberufen im Zentrum ihrer Arbeit steht, liegt es nahe, dass der Kundenkontakt auch eine wichtigste Quelle von Wertschätzung für Pflegenden ist (Müller et al. 2009, Kumbruck 2010: 235). So kann angenommen werden, dass eingeschränkte Möglichkeiten für Interaktions- und Gefühlsarbeit sich auch auf das Erleben von Wertschätzung und die Entwicklung von Stolz auf die eigene Arbeit ungünstig auswirken, weil identitätsstiftende oder motivierende Aspekte zu kurz kommen. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass enge Beziehungen, so auch die professionellen Kontakte zwischen Pflegenden und Klienten, nicht nur positiv und wertschätzend sind, sondern stets auch die Möglichkeit unangenehmer (negativer) emotionaler Erfahrungen wie Kränkungen, Missachtung oder Entwertung beinhalten. So weit beispielsweise Kumbruck darauf hin, dass „die Interaktion mit den Patienten sehr bedeutsam“ ist und „Stolz durch erfahrene Wertschätzung“ vermittelt, dass Pflegekräfte „sich aber ebenso berührt, beeinträchtigt und unter Umständen abgewertet“ fühlen können (Kumbruck 2010: 335). Aus der persönlichen Nähe zu den Kunden ergibt sich somit sowohl eine Sensibilisierung für dessen Bedürfnisse und Anliegen, aber auch eine besondere Vulnerabilität. Angesichts der restriktiven Arbeitsbedingungen und des zunehmenden Zeitdrucks dürfte sich auch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Pflegenden die Unzufriedenheit der Kunden mit der Qualität der Versorgung gewissermaßen ‚hautnah‘ erleben. Die hohen gesundheitsbedingten Ausfallzeiten und insbesondere der verglichen mit anderen Berufssparten hohe Anteil psychischer Erkrankung (vgl. Kap. 2.5 bzw. Goesmann/Nölle 2009, DBfK 2011) lassen sich auch vor dem beschriebenen Hintergrund erklären.

3.9.2 Emotionsarbeit (Emotional labor)

Während Strauss et al. also die Beeinflussung der Gefühle von Kunden im Kontext von Dienstleistungsarbeit in den Mittelpunkt stellen, geht es bei Emotionsarbeit im Sinne von Hochschild um das Management bzw. die Kontrolle der eigenen Gefühle.

Emotionsarbeit wird insbesondere dann geleistet, wenn Mitarbeitende einen Widerspruch empfinden, zwischen den bei sich wahrgenommenen Gefühlen und den vom Kunden erwarteten bzw. erwünschten Gefühlen. Nach Giesenbauer und Glaser verlangt

Emotionsarbeit „das Zeigen und Unterdrücken von Gefühlen, damit die äußere Haltung gewahrt bleibt“ um beim Gegenüber die erwünschte Wirkung zu erzielen“ (Giesenbauer/Glaser 2006: 62). Entsprechende Normen beinhalten beispielsweise, dass tätliche Übergriffe von Seiten der Kunden nicht in gleicher Weise ‚beantwortet‘ werden oder dass dem Kunden gegenüber hoher Zeitdruck oder eigene Befindlichkeitsstörungen verschwiegen werden.

Differenziert wird die normative Regulierung der eigenen Emotionen von Giesenbauer und Glaser anhand ihrer Verhältnismäßigkeit („jemand kann zu ärgerlich oder zu wenig freundlich sein“), ihrer Richtung („jemand kann traurig sein, wenn er sich eigentlich freuen sollte“) oder ihrer Dauer („jemand kann zu lange oder zu kurz Freude zeigen“); andere Autoren unterscheiden hingegen gesellschaftliche, berufliche und organisationale Normen als das emotionale Verhalten von Mitarbeitenden beeinflussend (Giesenbauer/Glaser 2006: 63, mit Bezug auf Hochschild 1979).

Die als emotionale Dissonanz wahrgenommene Abweichung zwischen Soll- und Ist-Zustand kann mit Hilfe verschiedener „Formen und ‚Techniken‘ der Gefühlsregulierung in emotionale Harmonie überführt werden“ (Giesenbauer/Glaser 2006: 64). Bereits bei Hochschild findet sich eine Unterscheidung zwischen Oberflächenhandeln und Tiefenhandeln als zwei wesentlichen Strategien, mit denen entweder andere über die eigenen Gefühle hinweggetäuscht (surface acting) oder die eigenen Gefühle verändert (deep acting) werden können. So stellen sich Pflegenden beispielsweise vor, dass Bewohner wie ihre Eltern sind oder sie nehmen verbal ausfällige Klienten ausschließlich vor dem Hintergrund ihrer Erkrankung oder ihrer Lebensgeschichte wahr und betrachten diese als ursächlich für das als übergriffig erlebte Verhalten.

Emotionsarbeit steht so zweifellos im Dienst der Aufrechterhaltung der professionellen Interaktionsbeziehung, sie beinhaltet für die Mitarbeitenden jedoch auch Kosten, die für Hochschild vor allem in der Entfremdung von den eigenen Gefühlen bestehen und damit u.a. das Risiko des Burnout erhöhen (Hochschild 1989: 72). Andere Autoren kommen jedoch zu dem Ergebnis, „dass emotionale Arbeit negative Auswirkungen haben kann, aber nicht zwingend haben muss“ (Giesenbauer/Glaser 2006: 65 mit Verweis auf Zapf 2002). Dies gelte beispielsweise dann, wenn „Ausdrucks- und Empfindungsregeln verinnerlicht sind, so dass die zu zeigenden Gefühle als zur Arbeit dazugehörig“ betrachtet werden und für Mitarbeitende eine Copingstrategie darstellen, mit der sie in entsprechenden Situationen wirkungsvoll reagieren können (Giesenbauer/Glaser 2006: 65).

Kritiker von Hochschilds negativer Bewertung der Konsequenzen von Emotionsarbeit führen außerdem an, dass „für viele Pflegekräfte in der Pflegebeziehung und im emotionalen Kontakt mit Patienten gerade eine Quelle von Berufszufriedenheit liege“ (Giesenbauer/Glaser 2006: 67 mit Verweis auf Staden 1998, Henderson 2001).

Für Kumbruck beinhaltet pflegerische Interaktionsarbeit sowohl die Chance, Anerkennung zu erleben als auch das Risiko, Missachtung zu erfahren. Um die Facetten von positivem sowie von negativem Feedback zu erheben, befragte sie im Rahmen eines Workshops junge Pflegende, die an einem Kongress teilnahmen (Kumbruck 2010). Auf der positiven Seite fand sie vor allem Selbstwirksamkeit – im Sinne Banduras als Erfahrung, dass das eigene Handeln etwas bewirkt und Formen ‚direkter Wertschätzung‘ wie Dankbarkeit der Kunden (Kumbruck 2010: 236). Auf der negativen Seite der Interaktionsbilanz identifizierte sie Undankbarkeit, unzufriedene Patienten und – als Kontrast zur Selbstwirksamkeit – das Gefühl von Machtlosigkeit. Belastende Erfahrungen aus der direkten Kundeninteraktion ergaben sich außerdem durch miterlebtes Leiden oder Schmerzen von Kunden sowie durch eine „entwürdigende Behandlung von Patienten durch Kollegen“ (Kumbruck 2010: 236). Abschließend konstatiert Kumbruck, dass „die direkten Interaktionen mit Patienten (...) somit die wichtigste Quelle für Feedback [sind]“ (Kumbruck 2010: 236). Wie zentral (gelungene) Interaktionsarbeit und ein positives Feedback von Kunden für die Pflegenden selbst ist, wird u.a. auch dadurch deutlich, dass manche Pflegenden „sich nicht vorstellen können, auf einer Station zu arbeiten, wo es dieses Feedback nicht gibt“ (Kumbruck 2010: 237). Positives Feedback stärkt die Arbeitsmotivation, bestätigt die Mitarbeitenden in ihrem Handeln und wird als kraftspendende Ressource erlebt: „Hier wird deutlich, dass die Dankbarkeit der Patienten eine wichtige Motivationsquelle – ja sogar ein ‚Muss‘ und ein ‚Soll‘ – ist und darüber eine reziproke Beziehung von Geben und Nehmen zwischen Pflegekraft und Patient hergestellt wird. (...) Die erlebte Dankbarkeit zeigt den Pflegekräften, dass sie etwas für ihre aufgewendete Mühe zurückbekommen und sich in der Richtigkeit ihres Tuns bestätigt fühlen können“ (Kumbruck 2010: 237-238). Daneben stellen sich auf der Basis einer positiven Interaktionsbeziehung auch Emotionen ein, wie sie für nicht-professionelle Beziehungen typisch sind: „Es sind Gefühle im Spiel wie in einer Freundschaft oder Familie. Deutlich wird, dass die Schwester für die Bedürftigen nicht nur Pflegehandlungen durchführt, sondern mit ihnen ein Stück Alltag teilt, wodurch die Arbeit zum Ort des Lebens für die Pflegekraft wird, ja sogar als sozialer Raum familiären, also privaten Charakter annimmt“ (Kumbruck 2010: 238). Auch wenn die Patienteninteraktion

keineswegs immer als wertschätzend erlebt wird, so scheint sie trotzdem ein zentrales Element, gewissermaßen der Kern‘ von Pflege, zu sein, ohne die diese nicht denkbar und für viele Pflegende auch nicht attraktiv wäre.

Vor diesem Hintergrund wird klar, warum strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen, welche die „verfügbare Zeit für Interaktionen zwischen Pflegekräften und Patienten reduziert“ und damit den zufriedenstellenden Umgang mit Gefühlen von Kunden und Mitarbeitenden erschwert oder unmöglich macht, von den Akteuren als höchst problematisch erlebt wird (Giesenbauer /Glaser 2006: 67 mit Verweis auf Olesen und Bone 1998). So habe weniger die Emotionsarbeit selbst negative Folgen für Mitarbeitende, Kunden und die Qualität der Gesundheitsversorgung insgesamt. Es seien vielmehr die Rahmenbedingungen, unter denen sie gegenwärtig stattfindet, die verhindern, dass emotionale Arbeit im Sinne des Caring-Begriffes von Smith (Smith 1991, 1992) in der Praxis umgesetzt werden und als wichtiger Teil professioneller Pflege auch die notwendige Anerkennung - im Sinne von Wahrnehmung *und* Wertschätzung - erfahre (vgl. auch Phillips 1996).

3.10 Wertschätzung im Kontext pflegerischer Interaktionsarbeit

Im Zentrum der personenbezogenen Dienstleistung steht also die Interaktion zwischen Kunden und Mitarbeitenden. Diese findet statt im Spannungsfeld von Kundenwünschen und -erwartungen, fachlichen Standards und ethischen Überlegungen der Mitarbeitenden sowie ökonomischen Vorgaben der Organisation. In dieser Konstellation treffen fast zwangsläufig divergierende Vorstellungen hinsichtlich der Definition von ‚Erfolg‘ oder ‚Qualität‘ aufeinander und nicht selten stehen die Mitarbeiter im Kontakt mit den Kunden vor dem Dilemma, diesen divergierenden, unter Umständen sich sogar widersprechenden Interessen der Beteiligten gerecht zu werden.

Die jeweilige Perspektive der Akteure hat häufig einen bestimmten, persönlich relevanten Aspekt im Fokus. So kann für eine Organisation in einer wirtschaftlichen Krise die Ökonomie im Vordergrund stehen, während für den Mitarbeiter fachliche Standards auf keinen Fall vernachlässigt werden dürfen. Nach Voswinkel zeichnet sich eine ‚gute‘ Dienstleistung dadurch aus, dass sie all diese Aspekte vereint und „(1) verkaufsorientiert ökonomischen Erfolg hat (Verkauf) und (2) organisatorisch effizient (Effizienz) eine (3) im Hinblick auf professionelle Kriterien qualitativ hochwertige Leistung erbringt (Professionalität), die (4) vom Kunden auch subjektiv als solche gesehen wird (Kundenorientierung) (Voswinkel: 2005: 51).

Interaktionsarbeit lässt sich auch vor dem Hintergrund der Subjektivierung von Arbeit betrachten. Der Trend zur Subjektivierung bezeichnet die Veränderung von Arbeitsprozessen dahingehend, dass „das individuelle Arbeitshandeln außerhalb, neben und innerhalb der betrieblichen Steuerung immer wichtiger werden lässt“ (Dunkel/Wehrich 2010: 185). Diese Entwicklung bietet Mitarbeitenden einerseits die Chance, sich mit ihren persönlichen Fähigkeiten und Interessen stärker in der Arbeit zu engagieren und sich in höherem Maße mit ihren Aufgaben zu identifizieren. Sie nimmt sie andererseits für den Erfolg und die Qualität ihrer Anstrengungen auch stärker in die Verantwortung und weicht die (für Mitarbeitende im Angestelltenverhältnis) übliche Trennung von Arbeit und Privatleben auf und erhöht so das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Kritiker sprechen deshalb in diesem Zusammenhang auch von ‚Entgrenzung‘ der Arbeit (Jürgens 2010: 503/504). Gerade für die interaktiven Anteile von Dienstleistungsarbeit gilt, dass sie sich weitgehend einer zentralen Steuerung und Kontrolle entziehen; Subjektivierung im Sinne von Selbstorganisation und Selbstverantwortung von Arbeitsprozessen wird so auch als Möglichkeit von Vorgesetzten und Unternehmensführung begriffen, diese ‚Steuerungslücke‘ zu schließen. Die Motivation, sich über das gewohnte Maß und den üblichen Umfang hinaus in seiner Arbeit zu engagieren, basiert hier auf einem hohen Grad an Übereinstimmung der persönlichen Interessen und Werte des Mitarbeitenden mit denen des Unternehmens, für das er tätig ist. Sie ist also in hohem Maße intrinsisch (bzw. extrinsisch auf der Stufe der Identifikation oder Integration) verankert (Deci/Ryan 1993: 228). Eine entsprechende Passung erscheint auf den ersten Blick günstig für Unternehmen und Mitarbeiter, ob sie sich langfristig bewährt oder zu einer ungesunden Verausgabung und damit vielleicht zu krankheitsbedingten Ausfällen oder zu Kündigungen führt, ist sicherlich auch abhängig von Einflussfaktoren wie z.B. dem Verhalten der Führungskräfte oder dem Gesundheitsverhalten der Mitarbeitenden.

Überträgt man die bisherigen Ausführungen auf die professionelle Pflege, lässt sich zusammenfassend Folgendes festhalten: Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass die grundlegenden Annahmen zu den identitätsstiftenden, selbstwertstärkenden und verhaltenssteuernden Auswirkungen von Anerkennung für Pflegende nicht gelten. Es gibt allerdings Charakteristika der sozialen Dienstleistung ‚Pflege‘, welche die Generierung von Wertschätzung maßgeblich erschweren.

Im Zentrum der Pflege als sozialer Dienstleistung steht die Interaktion mit den Kunden. Gemeint sind hier nicht nur Patienten oder Bewohner stationärer Einrichtungen, sondern - last but not least - auch deren Angehörige, die sich oftmals hinsichtlich ihrer Vorstellungen und Erwartungen stark von denen der Pflegebedürftigen selbst unterscheiden. Wichtige Interaktionsarbeit findet zweifellos mit beiden ‚Parteien‘ statt. Die beteiligten Akteure beziehen sich in ihrer Bewertung also nicht auf gemeinsame Definitionen von Qualität oder Erfolg von Pflege, in der Terminologie von Honneth bzw. Mead gesprochen, gibt keine Übereinstimmung hinsichtlich des ‚Objektes‘ von Wertschätzung. Ohne eine solche Übereinstimmung wird die Generierung von Wertschätzung jedoch massiv erschwert oder sogar unmöglich.

Die Sichtbarkeit bzw. Verbalisierbarkeit einer Leistung wurde ebenfalls als wichtige Voraussetzung benannt, um Beachtung im Sinne von Wertschätzung zu erlangen und den Prozess der (beruflichen) Identitätsentwicklung anzuregen. Auch dieser Aspekt erscheint bezogen auf die Dienstleistung Pflege problematisch, weil gerade die Besonderheiten der Interaktionsarbeit, die vor allem durch die ‚Prozessqualität‘ (Donabedian 1980) bestimmt wird, weitgehend unsichtbar bleiben und kaum verbalisiert werden (können). Damit wird auf das von Mead als wichtigstes Symbol unserer Kultur, nämlich die Sprache (Mead: vokale Geste), als Möglichkeit zur Präsentation und Interaktion verzichtet. Wenn Kriterien für Qualität oder Erfolg nicht versprachlicht werden, können sie auch nicht kommuniziert im Sinne von mit-geteilt werden. So bleiben sowohl die im Rahmen von Interaktionsarbeit erbrachten professionellen Leistungen als auch die handelnde Person unsichtbar und für eine wertschätzende Rückmeldung unerreichbar.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Aspekte erscheinen gerade personenbezogene Dienstleistungen im Hinblick auf Wertschätzung prekär, weil unberechenbar. Anders als in Industrie oder Handwerk, wo am Ende des Arbeitsprozesses ein ‚greifbares‘ und damit objektivierbares Ergebnis vorliegt, dessen Qualität messbar ist und bestimmten Standards genügen muss, bewegen sich gerade die personenbezogenen Dienstleistungen gewissermaßen ‚im luftleeren Raum‘. Divergierende Qualitätskriterien der Akteure machen die Generierung von Wertschätzung nicht nur unwahrscheinlich, sondern auch unsicher und stellt Pflegenden vor das Dilemma, das sie - egal wie sie sich verhalten - von einer Seite Wertschätzung und von einer anderen Ablehnung für ihr Verhalten ernten werden und beschreibt ein Phänomen, das auch als ‚two bosses-dilemma‘ bezeichnet wird (vgl. Kumbruck 2010: 209 mit Bezug auf Troyer et al. 2000).

Interessant im Kontext von Pflegearbeit erscheint auch Voswinkels Differenzierung von Wertschätzung in Bewunderung und Würdigung. Würde man seine Terminologie anlegen, so würden Mitarbeiter, deren Arbeit insofern eher ‚unauffälliger Natur‘ ist, als es sich z.B. um täglich wiederkehrende Tätigkeiten handelt oder um Leistungen, die auf Wunsch der Kunden diskret erbracht werden sollen, wenn überhaupt Anerkennung, dann Wertschätzung in Form von Würdigung erfahren. In den Genuss von Bewunderung (von Seiten der Klienten, Angehörigen, Kollegen) käme eine Pflegeperson möglicherweise dann, wenn sie in einer akuten Krise oder lebensbedrohlichen Situation intervenieren würde oder wenn ihre Tätigkeit - beispielsweise auf einer Intensivstation - durch die Handhabung technischer Geräte beeindrucken könnte und sie sich mit diesen fachlichen Kompetenzen deutlich vom Bild der Pflege, die ‚jeder kann‘, absetzen würde.

Mindestens genauso wichtig wie die Wahrnehmung durch Dritte, (d.h. durch potenzielle Wertschätzungsspenden) erscheint in diesem Kontext das Selbstverständnis der Mitarbeiter. So gibt es durchaus Mitarbeitende, die Anerkennung bewusst nicht für besondere Leistungen oder Erfolge haben möchten, sondern für die Qualität ihrer Arbeit in alltäglich wiederkehrenden ‚kleinen‘, aber aus ihrer Sicht bedeutsamen Verrichtungen, wie z. B. einem selbstverständlich freundlichen Umgang mit Kunden, der Erbringung gleichbleibend guter Leistungen oder der Vermeidung von Fehlern. Dazu gehört beispielsweise, dass einem feinmotorisch oder auch kognitiv eingeschränkten Kunden seine Mahlzeiten nicht nur bereitgestellt, sondern entsprechend seiner Fähigkeiten auch angerichtet oder angereicht werden - ein durchaus häufiger Kritikpunkt von Kunden im Rahmen der stationären Versorgung. Es geht also häufig um Tätigkeiten, die für das Wohlbefinden oder die Gesundheit der Kunden sehr wohl relevant sind, oft aber so lange keine Beachtung finden, bis etwas schief geht. Professionelles Handeln, das Kundenbedürfnisse erkennt und berücksichtigt, sich durch Freundlichkeit, Zuverlässigkeit und Fürsorge auszeichnet, gibt Kunden Sicherheit und stärkt das Vertrauen in die professionelle Versorgung. Es ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen durchaus nicht einfach zu realisieren und vielerorts auch nicht mehr selbstverständlich. Dabei handelt es sich um wichtige Leistungen mit einer hohen Relevanz für das Wohlbefinden der Kunden und die Qualität bzw. das Ergebnis von Pflege und Therapie. Pflegenden erbringen solche Leistungen täglich und verdienen die Würdigung ihrer Arbeit im gleichen Maße wie herausragende Fähigkeiten oder innovative Leistungen Anspruch auf Wertschätzung erheben können, damit Mitarbeitende sich gesehen, bestätigt und hinsichtlich der Sinnhaftigkeit ihres Handelns bestärkt fühlen.

Die Orientierung an herausragenden Leistungen nimmt außerdem primär das Individuum mit seinen besonderen Fähigkeiten und Eigenschaften in den Blick. Pflegearbeit ist jedoch - verglichen mit anderen Dienstleistungsberufen, wie z.B. dem Friseurhandwerk - meist eine Teamleistung, denn die Versorgung von Kunden rund um die Uhr ist durch Einzelpersonen in aller Regel nicht zu leisten. In der professionellen Pflege geht es also um den Vergleich bzw. die Bewertung der Qualität kollektiver Leistungen. Dies wiederum kann nur auf der Basis gemeinsamer interner und externer Qualitätskriterien und -maßstäbe geschehen und würde voraussetzen, dass sowohl Teammitglieder als auch externe Akteure sich damit identifizieren.

So wie ein Individuum Wertschätzung nur mit Bezug auf die eigene Identität, d.h. persönliche Werte und Ideale erleben kann, kann kollektive Wertschätzung – gemeint ist die Anerkennung für ein Team oder eine Berufsgruppe nicht auf eine von allen Berufsangehörigen im Wesentlichen geteilte berufliche Identität verzichten. Nur wenn Pflegenden sich tatsächlich auf gemeinsame Qualitätskriterien beziehen können, können sie als Gruppe, die für diese Werte oder Kompetenzen steht, auch Anerkennung erfahren.

Für den Entwicklungsbereich eines Industrieunternehmens beispielsweise erscheint es vorstellbar, dass eine Arbeitsgruppe gemeinsam ein neues Produkt entwickelt, dieses auf den Markt bringt, dafür Bewunderung innerhalb der Firma erntet und ‚kollektiven Stolz‘ auf diese besondere Leistung entwickelt. Für ein Stations- oder Pflorgeteam scheinen die notwendigen Rahmenbedingungen für ‚kollektive Wertschätzung‘ und ‚kollektiven Stolz‘ zur Zeit noch nicht gegeben.

3.11 Stolz

Gefühle haben im Kontext von Arbeit eine wichtige Bedeutung - sei es im Sinne von ‚emotional labor‘ (Hochschild 1989), d.h. um eigene Gefühle zu regulieren oder als ‚sentimental work‘ (Strauss et al. 1982), wenn die Gefühle anderer Personen zum Gegenstand der Arbeit werden.

Gerade im Dienstleistungssektor kommt der Regulation eigener oder fremder Emotionen ein hoher Stellenwert zu, so konstatieren Fischbach et al. für die professionelle Pflege, dass die Folgen von Regulationsprozessen „nicht nur die am Arbeitsplatz gezeigten Emotionen und damit die von Patienten wahrgenommene Dienstleistungsqualität, sondern auch das Wohlbefinden der Pflegekräfte“ beeinflussen (Fischbach et al. 2010 mit Verweis auf Fischbach/Meyer-Gomes/Zapf/Rank 2006).

Von Seiten der Organisationspsychologie wird „eine differenzierte Analyse der menschlichen Emotionalität bei der Arbeit“ gefordert, um dadurch zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen, „die bei Verwendung klassischer Indikatoren für Motivation, Stress oder Zufriedenheit schlichtweg übersehen werden“ (Wegge 2004: 674). So dient die Analyse von Emotionen der Erklärung bestimmter Phänomene wie Hilfeverhalten⁹, Bindung an Team oder Organisation¹⁰, oder Gesundheitsbeschwerden¹¹. „Arbeit (...) bietet vielfältige Gelegenheiten, Emotionen zu erleben. Man denke hier z.B. an Interesse und Langeweile bei der Ausführung von Arbeitstätigkeiten, Scham und Stolz über eigene Arbeitsergebnisse, Freude, Liebe Ärger, Ekel, Trauer und Eifersucht hinsichtlich der Kollegen, Kunden bzw. Klienten oder Dankbarkeit, Hass und Angst gegenüber dem Vorgesetzten“ (Wegge 2004: 674).

3.11.1 Positive Funktionen von positiven Gefühlen

Wichtige Erkenntnisse der Arbeitspsychologie zu der Bedeutung von Emotionen, insbesondere zu Stolz als positiver Arbeitsemotion, gehen auf Michael Frese zurück (Frese 1990). Frese kritisiert, dass negative Gefühle (Stress, Ärger) in der Forschung lange Zeit viel Aufmerksamkeit erhalten haben. Positive Arbeitsemotionen hingegen, insbesondere Stolz und Begeisterung, sowie positive soziale Gefühle wie Solidarität, Gruppenzugehörigkeit oder Zuneigung seien vernachlässigt worden, obwohl ihnen eine große Bedeutung für die Ergebnisse von Arbeit aber auch für die Mitarbeitenden selbst, ihre Zufriedenheit oder ihre Gesundheit, zukäme: „Neben der Tatsache, dass er Geld verdienen muss, sind es natürlich diese positiven Gefühle, die den Arbeiter in der Arbeit halten, die Leistungen und besonders eine hohe Qualität der Produkte ermöglichen, die ihn davon abhalten, öfter abwesend zu sein, die ihn für die Mühen der Arbeit kompensieren und die stress-kompensatorisch und gesundheitsfördernd wirken können“ (Frese 1990: 287). Auch wenn dies nicht für alle Gefühle im gleichen Maße angenommen wird, so erfüllen Emotionen „die Funktion, Handlungen unter erschwerten Bedingungen aufrechtzuerhalten“ (Frese 1990: 287). Damit wird Gefühlen eine Funktionalität zugeschrieben und die Vorstellung korrigiert, dass „Gefühle die ‚normale‘, zielbezogene, planorientierte Handlung stören“ (Frese 1990: 288). So betont Frese, dass es nicht Emotionen sind, die zur Unterbrechung von Arbeitsabläufen und damit zu Störungen führen, sondern dass umgekehrt „die schwierigen Bedingungen unterbrechen, unter denen

⁹ vgl. Fisher 2002; Wegge & Neuhaus 2002

¹⁰ vgl. Wegge & Neuhaus 2002

¹¹ vgl. Wegge & Neuhaus 2002

Emotionen auftreten“ und somit Rahmenbedingungen bzw. organisationale oder gesellschaftliche Strukturen als ursächlich für Störungen von Abläufen identifiziert werden (Frese 1990: 288 mit Verweis auf Mandler 1980).

3.11.2 Stolz als ‚packende‘ Emotion

Frese interessiert sich in seiner Auseinandersetzung mit Emotionen für „‘packende‘, starke, subjektiv wichtige und überzeugende positive Gefühle wie Freude, Stolz, ästhetische Gefühle, Faszination oder Begeisterung“ und grenzt sich damit von der arbeitspsychologischen Auseinandersetzung mit Arbeitszufriedenheit ab, die in seinen Augen lange Zeit ein „flaches, wenig tiefgreifendes Gefühl“ in den Mittelpunkt der Forschung stellte, das über wenig Aussagekraft verfüge. In einer Zeit, in der sich die Arbeitspsychologie primär der Produktionsarbeit zuwandte, waren es offenbar insbesondere der Stolz der Arbeiter auf ihr Produkt oder das ästhetische Empfinden im Herstellungsprozess, die nachhaltigen Eindruck hinterließen: „In einem Stahlwerk wurde mir von den Arbeitern mit Stolz und Begeisterung die Schönheit des fließenden Stahls nach dem Abstich des Hochofens gezeigt“ (Frese 1990: 287).

Begrifflich differenziert Frese zwischen Stolz im Sinne von Hochmut (Hagestolz), der einem Charakterzug gleichgesetzt werden könne und Stolz auf eine Leistung oder ein Produkt¹², mit dem die positive Bewertung einer Handlung durch den Handelnden gemeint sei und die ein Gefühl bezeichne, das im Kontrast zu Gefühlen von Scham oder Beschämung stehe (Frese 1990: 289). Letztere Form des Stolzes ist Gegenstand seiner Ausführungen.

3.11.3 Entwicklung von Stolz

Frese beschäftigt sich auch mit der Entwicklung von Stolz und geht davon aus, dass Stolz erst dann auftritt, wenn eine Handlung „nicht ruhig und in den gewohnten oder erwarteten Bahnen“ verläuft (Frese 1990: 289). Erst das Auftreten einer „Barriere“ innerhalb von gewohnten Abläufen, z.B. „durch ein unvorhergesehenes Ereignis, durch unerwartete Schwierigkeiten bei der Handlungsausführung und Interventionen von anderen“ und schließlich das Überwinden dieses Hindernisses im Handlungsvollzug führt laut Frese zum Auftreten der Emotion Stolz. Er betont, dass Handlungen zwar intendiert, d.h. durch die Erreichung eines Zieles motiviert seien, ohne eine Störung dieser gewohnten Abläufe

¹² Stolz auf die eigene Leistung wird von Tracy und Robins auch als ‚authentischer Stolz‘ bezeichnet, der im Unterschied zur Hybris sozial akzeptiert sei. Tracy, J.L. & Robins, R.W. (2007): The prototypical pride expression: Development of a nonverbal behavioral coding system. *Emotion*, 7, 789-801.

würden jedoch keinerlei Emotionen auftreten. Erst durch das Erkennen eines Hindernisses käme es zum Auftreten von Emotionen und deren Stärke hänge von der Wertigkeit des Zieles ab, das mit einer Handlung verfolgt wird: „Je wichtiger die Valenz des Zieles ist, desto höher sind die Emotionen beim Entstehen bzw. nach Überwinden einer Barriere“ (Frese 1990: 289). Dem zufolge steigt die Intensität von Gefühlen im Arbeitskontext sowohl in positiver (Stolz, Freude, Begeisterung, Solidarität) als auch in negativer Hinsicht (Scham, Ärger, Neid etc.) mit dem Stellenwert des in einer Handlung realisierten Wertes - eine Feststellung, die vor dem Hintergrund, dass viele Pflegenden mit hoher Motivation und viel Idealismus in den Beruf bzw. an die Arbeit gehen, besondere Bedeutung gewinnt.

Frese weist auch darauf hin, dass wahrgenommene Hindernisse grundsätzlich überwindbar sein bzw. als solche wahrgenommen werden müssen: „Kontrollierbarkeit beinhaltet die prinzipielle Überwindbarkeit der Barriere und die Beeinflussbarkeit der eigenen Handlungen“ als notwendige „situationale Bedingung“ (Frese 1990: 289).

Er nennt aber noch eine weitere wichtige Voraussetzung zur Entwicklung von Stolz, nämlich die Kompetenzen der handelnden Person, die laut Frese „wiederum abhängig von dem Selbstwertgefühl“ der handelnden Person sind. Damit kommt er Banduras Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung recht nahe, die als „subjektive Überzeugung, schwierige Aufgaben oder Lebensprobleme auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können“ definiert wird (Schwarzer/Jerusalem 2002: 159). Sowohl bei Bandura als auch bei Frese hat die subjektive Einschätzung, Barrieren überwinden oder Hindernisse wirksam aus dem Weg räumen zu können, einen hohen Stellenwert. Bei Bandura ist sie entscheidend für die Motivation bzw. die Verhaltenssteuerung, bei Frese bildet sie neben der Kontrollierbarkeit eine Voraussetzung für die Entwicklung von Gefühlen wie Stolz oder auch Scham als Reaktion auf das Ergebnis des eigenen Verhaltens.

Darüber hinaus macht Frese deutlich, dass die emotionale Reaktion auf die Überwindung eines Hindernisses auch von der Attribution maßgeblich beeinflusst wird: „Wird nun die Überwindung der Barriere auf die eigene Person attribuiert, dann kann Stolz entstehen. Hat man die Barriere durch Hilfe von anderen überwunden, entsteht Dankbarkeit. Wird der Zufall verantwortlich gemacht, kommt es zu Freude. Stolz entsteht also dann, wenn man das Überwinden der Barriere auf sich selbst attribuiert“ (Frese 1990: 291). Das Gefühl von Stolz kann laut Frese insbesondere dann verstärkt werden, wenn Vergleiche mit früheren Leistungen oder anderen Personen positiv ausfallen. Außerdem kann eine Leistung, die hohes gesellschaftliches Ansehen genießt, ebenfalls das Gefühl von Stolz verstärken:

„Stolz entsteht dann leichter, wenn die Arbeit von großer gesellschaftlicher Bedeutung ist“ (Frese 1990: 291).

Vergleichbar mit dem jeweils unterschiedlichen Stellenwert bestimmter Leistungen in der Wahrnehmung der Akteure bzw. der Gesellschaft, haben auch Barrieren eine durchaus unterschiedliche Bedeutung für die Handelnden, d.h. sie können als Teil der Aufgabe angesehen und als Herausforderung wahrgenommen werden, oder sie werden als nicht notwendiger Teil der Aufgabe und durch Dritte herbeigeführt erlebt, beispielsweise, „wenn der Vorgesetzte einem ‚absichtlich‘ die Arbeit schwer macht“ (Frese 1990: 291). Während die Überwindung eines gewissermaßen in der Natur der Sache begründeten Hindernisses eher Stolz hervorruft, so führt die Auseinandersetzung mit von Dritten herbeigeführten Erschwernissen eher zu Ärger auf die als ursächlich identifizierten Personen.

Die folgende Grafik veranschaulicht noch einmal die von Frese identifizierten Komponenten und Schritte bei der Entwicklung von Stolz:



Abbildung 2: Frese (1990: 290): Stolz als Resultat eines Prozesses

3.11.4 Formen von Stolz

Neben der Analyse von Prozessen der Stolzentwicklung unterscheidet Frese unterschiedliche Formen von Stolz. So kann sich, wie bereits erwähnt, Stolz auch auf die Leistung einer Gruppe beziehen, zu der sich eine Person zugehörig fühlt. Im Arbeitskontext bezieht sich dieser ‚Gruppenstolz‘ (kollektiver Stolz) auf das Team, die Einrichtung oder den Arbeitgeber. Laut Frese ist es jedoch nicht zwingend erforderlich, selbst Teil der Gruppe zu sein. So kann ein Fußballfan sich freuen, dass ‚wir‘ gewonnen haben, ohne selbst überhaupt vor Ort zu sein. Hier wird deutlich, dass nicht die aktive Beteiligung an der Leistungserbringung, sondern die hohe Identifikation mit der Gruppe entscheidend für das Erleben von ‚kollektivem Stolz‘ ist (Frese 1990: 291).

Mit der Differenzierung von resultatbezogenem Stolz (Produkt- oder Werkstolz) und handlungsbezogenem Stolz (Produzentenstolz) wird es möglich, das Phänomen Stolz im Verlauf der Ausführung einer Handlung oder mit Blick auf das Ergebnis zu betrachten (vgl. Frese 292). Gerade im Kontext personenbezogener Dienstleistungsarbeit erscheint eine solche Differenzierung relevant, da es häufig - Pflege ist dafür nur ein Beispiel - gar kein sichtbares Produkt gibt und Stolz sich ausschließlich aus dem Vollzug der Interaktion mit den Kunden als Produzentenstolz generieren lässt. So erscheint die Annahme durchaus plausibel, dass - in Ermangelung eines sichtbaren und damit auch objektivierbaren Resultates sozialer Dienstleistungen - interaktive Prozesse zwischen Kunden und Dienstleister und deren subjektive Bewertung durch die Akteure auch die wichtigste Quelle von Anerkennung einer ansonsten für Dritte weitgehend unsichtbaren Arbeit sind.

Auch wenn Frese der Emotion Stolz nur eine kurze zeitliche Dauer zuschreibt, so kann das Erleben von Stolz durch Erinnerungen aktiviert werden. Außerdem „beinhaltet jedes Ereignis in der Arbeit, das einen stolz gemacht hat, auch die Möglichkeit, **Stolz** auf die Arbeit insgesamt zu generalisieren“ und kann damit „zu einer Erhöhung der Selbstsicherheit“ führen (Frese 1990: 292). Gouthier unterscheidet in diesem Zusammenhang ‚emotionalen Leistungsstolz‘ als kurzzeitige Reaktion auf einen wahrgenommenen Leistungserfolg von ‚einstellungsbezogenem Arbeitsstolz‘, der als langfristige Haltung das Ergebnis einer Gesamtbewertung der eigenen Arbeit (oder der der Arbeitsgruppe) darstellt (Gouthier/Rhein 2010).

In seinen Ausführungen zum Stolz geht Frese auf einen, auch für den Projektkontext interessanten, Aspekt ein: Er führt die Tatsache, dass „bisher selten auf die positiven Emotionen in der Arbeit eingegangen wurde“ u.a. auch darauf zurück, dass den

Beschäftigten von Seiten der (soziologischen) Wissenschaft unterstellt worden sei, dass sie „im wesentlichen eine instrumentelle Einstellung zur Arbeit entwickelt“ hätten (Frese 1990: 293). Frese verweist hier auf den „Doppelcharakter“ von Arbeit, die „zum einen Produktion von gesellschaftlich notwendigen Gütern und zum anderen Reproduktion der eigenen Person“ beinhalte. Beides seien relevante, wenn auch konfligierende, Motive der Arbeitshaltung: „die instrumentelle Einstellung genauso wie der Stolz auf das Können und die hergestellten Produkte“, die von Beschäftigten in ein für sie stimmiges Gleichgewicht gebracht werden müssen. Der Konflikt, der sich auf einrichtungs- und gesellschaftlicher Ebene zwischen Ökonomie und Werteorientierung abspielt, zeigt sich so auch auf individueller Ebene und das Ausbalancieren dieser Aspekte dürfte für die Mitarbeitenden insbesondere unter den sich verschärfenden Rahmenbedingungen eine (weitere) tägliche Herausforderung darstellen.

3.11.5 Affektive Ereignisse am Arbeitsplatz

Die Affective-Events-Theory (AET, Weiss & Cropanzano 1996) beschäftigt sich mit alltäglichen affektiven Erfahrungen am Arbeitsplatz im Sinne von ‚daily hassles‘ bzw. ‚uplifts‘. Nach Weiss und Cropanzano haben Merkmale der Arbeitsumgebung einen maßgeblichen Einfluss darauf, welche emotionalen Erfahrungen Mitarbeitende im Arbeitsalltag machen. So weisen Müller und Biebricher in ihrer Betrachtung der AET darauf hin, dass „stabile Merkmale der Arbeitsumgebung „affektive Ereignisse mehr oder weniger wahrscheinlich werden lassen“ und führen als negatives Beispiel schlecht organisierte Arbeitsprozesse und die daraus resultierende Kundenkritik an, die für die Mitarbeitenden zur täglichen Quelle von Frustration und Ärger wird (Müller/Biebricher 2010: 5) und die sich insgesamt ungünstig auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt. Neben Faktoren der Arbeitsumgebung sind jedoch auch Persönlichkeitsmerkmale entscheidend dafür, welche emotionalen Erfahrungen Beschäftigte am Arbeitsplatz machen: „Wenn ein Mitarbeiter von sich aus seine Umgebung eher negativ getönt wahrnimmt geringe Hoffnung auf positive Interaktionen mit seinen Kollegen hat (Beispiel für hohe negative Affektivität), dann nimmt er bestimmte Ereignisse anders wahr als Kollegen, die die Welt in einem eher positiven Licht betrachten“ (Müller/Biebricher 2010: 6). Die AET bietet also ein Modell dafür wie „bestimmte Merkmale der Arbeit, Ereignisse am Arbeitsplatz und die Persönlichkeit ihren Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit ausüben“ (Müller/Biebricher 2010:6).

Für den Projektkontext lässt sich aus der AFT ableiten, dass eine Arbeitsumgebung und organisationale Strukturen, die das Erleben von Formen der Wertschätzung in der tagtäglichen Arbeitspraxis fördern, auch zur Stolzentwicklung beitragen. Positive Arbeitseemotionen insgesamt – und dazu gehört Stolz genauso wie Engagement oder kollegiale Hilfsbereitschaft – werden laut Müller/Biebricher gefördert, „wenn die Arbeitsstelle ein Ort ist, an dem das Erleben positiver Ereignisse und die damit positive verbundenen Emotionen überwiegen“, denn der „Einfluss der emotionalen Erlebnissen bei der Arbeit“ sei weit höher „als z.B. eher statische Bedingungen des eigenen Jobs wie z.B. Gehalt oder Karrierechance“ (Müller/Biebricher 2010).

3.11.6 Zusammenhänge von Wertschätzung und Stolz

Welche Bedeutung kann erlebter Anerkennung und Wertschätzung bei der Entwicklung von (authentischem) Stolz – sei es situativ auftretender Leistungsstolz oder auch generalisierter Arbeitsstolz – zugeschrieben werden? Auch wenn Hinding et al. darauf hinweisen, dass die bisherige Forschungsstand wenig zu Zusammenhängen zwischen Anerkennung bzw. Wertschätzung und Stolz beitragen kann (Hinding et al 2010: 190), so lassen sich vor dem Hintergrund der dargestellten theoretischen Modelle durchaus plausible Schlüsse ziehen, die einen Zusammenhang von positivem Feedback in Form von Anerkennung oder Wertschätzung und der Entstehung von Stolz als positiver Emotion nahe legen.

Nach **Mead** sehen wir uns in der sozialen Interaktion als Objekt (ME) im Spiegel unseres Gegenübers, im Rahmen tagtäglicher Kommunikationen erfahren wir Bestätigung oder Ablehnung für das, was wir tun, und konstituieren in Auseinandersetzung mit den Erwartungen wichtiger Personen aus dem persönlichen Umfeld und den eigenen Wünschen und Bedürfnissen (I) unsere Identität (SELF). Im Prozess der Sozialisation vermitteln uns diese ‚signifikanten Anderen‘ gesellschaftliche Werte und Normen und mit der Übernahme von (beruflichen) Rollen (role-taking) und der Besetzung bestimmter Positionen sind somit stets auch Bewertungen verknüpft, anhand derer wir auch unseren Status im sozialen Gefüge erkennen können. Dieser zeigt sich beispielsweise an Verdienst- oder Einflussmöglichkeiten, Ansehen oder Privilegien. Für Mead ist das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft jedoch durchaus reziprok, was auch die Einflussnahme von Personen auf gesellschaftliche Prozesse impliziert – gerade solche Prozesse der Auseinandersetzung werden als entscheidend für die Identitätsbildung angesehen. Soziale Prozesse geben also Antworten auf die Fragen zum eigenen Selbst (Wer bin ich?) und

fördern die Auseinandersetzung mit der Bewertung anderer heraus (Mey 2011). Identitätsbildung bzw. -entwicklung, verstanden als „Neu-Positionierung von sich zur Welt“ (Mey 2011), greift also stets auch auf Bewertung anderer zurück. Dabei muss sich das Individuum unter Umständen entscheiden, ob es den eigenen Interessen oder den Erwartungen Anderer Vorrang gibt.

Auch im Rahmen der Selbstbestimmungstheorie wird dieser Konflikt (zwischen Selbst- und Fremdbestimmung) aufgegriffen, wenn es darum geht, ob ein Verhalten intrinsisch gesteuert, d.h. um seiner Selbst willen ausgeführt oder durch die erwarteten Konsequenzen extrinsisch motiviert ist (Deci/Ryan 1985). Interessant im Kontext von ‚Wertschätzung‘ erscheinen insbesondere die von Deci und Ryan identifizierten Stufen extrinsischer, d. h. ursprünglich fremdbestimmter, Motivation, die von ihnen anhand ihres Grades an Autonomie unterschieden werden. Deci und Ryan betonen, dass mit zunehmender Integration gesellschaftlicher Werte in die eigene Persönlichkeit das Maß an erlebter Selbstbestimmung steige. Ursprünglich konfligierende Bestrebungen nach Autonomie einerseits und sozialer Einbindung andererseits könnten vereinbart und die damit verbundene emotionale Dissonanz reduziert werden. Der Wunsch nach Zugehörigkeit, Anerkennung und sozialem Eingebunden sein, der bei Mead ein wichtiges Element für die Identitätsbildung darstellt, wird bei Deci und Ryan zu einem zentralen motivationalen und verhaltenssteuernden Faktor.

Honneth fokussiert das Phänomen der Anerkennung in seiner Bedeutung sowohl für die Identitätsbildung als auch für die Verhaltenssteuerung aus sozialphilosophischer Perspektive. Ausgehend von einem Bedürfnis nach Anerkennung hat er insbesondere negative Folgen „versagter Anerkennung“ im Blick, welche die „menschliche Würde verletzen“ (Habermas 2009). Neben Liebe und Recht stellt Wertschätzung bei Honneth die dritte Form der Anerkennung dar, die an Eigenschaften oder Fähigkeiten einer Person gebunden sind und insbesondere die Anerkennung individueller Leistungen in den Mittelpunkt stellt. Allerdings können nur signifikante Andere im Sinne Meads Wertschätzung vermitteln, den nur hier besteht die notwendige gemeinsame Basis hinsichtlich des Subjekts der Anerkennung (Wer spricht die Anerkennung aus?) und ihres Objekts (Welche Leistung oder Eigenschaft erfährt Wertschätzung?). Für Honneth ist Anerkennung bzw. Wertschätzung die Basis einer positiven Selbstbeziehung, die Selbstvertrauen gibt und autonomes Handeln und Selbstverwirklichung ermöglicht.

Honneths Vorstellung von Wertschätzung für die Präsentation einer besonderen Leistung findet sich auch bei Fresses Modell der Stolzentwicklung. Indem er eine Barriere - und die mit ihrer Überwindung verbundene Leistung oder Anstrengung – als eine Voraussetzung von Stolz definiert und Vergleichsprozesse mit früheren Leistungen oder denen anderer Personen als Maßstab heranzieht, hebt auch Frese auf das Besondere, sich von anderen positiv abhebende ab, das bei Frese Stolz und bei Honneth Wertschätzung hervorruft. Nach Voswinkel, der Honneths Anerkennungsmodi weiter ausdifferenziert hat, geht es hier also um eine Leistung, die Bewunderung hervorruft (Voswinkel 2005: 19).

Das Besondere muss aber auch sichtbar werden – und es kann polarisieren. Auf diesen Zusammenhang von Identität und Anerkennung weist Kropf hin, wenn sie feststellt, dass „eine wenig ausgeprägte Identität eher Nicht-Anerkennung erwarten [lässt] wohingegen als Reaktion auf eine ausgeprägte Identität entweder Anerkennung oder Missachtung möglich ist“ (Kropf 2005: 159).

Frese betont die Bedeutung eines Hindernisses, aber auch das subjektive Gefühl von Kompetenz und Kontrollierbarkeit der Situation und nähert sich damit Banduras Konzept der Selbstwirksamkeit, in dem die subjektive Erwartung, den Anforderungen der Situation gewachsen zu sein bzw. über die zur Bearbeitung einer Aufgabe nötigen Kompetenzen und Ressourcen zu verfügen, im Mittelpunkt steht (Bandura 1977).

Attributionen haben für die Entwicklung von Stolz insofern eine Bedeutung als Stolz - aber auch sein Gegenteil, das Gefühl der Beschämung - internale Ursachenzuschreibungen voraussetzen. Stolz auf eine Leistung anderer Personen, an der ich nicht selbst beteiligt bin, erfordert einen sehr hohen Grad an Identifikation, wie er im Kontext von Sport („mein Verein“) oder in sehr engen persönlichen Beziehungen („meine Tochter“) durchaus vorkommt. In beruflichen Zusammenhängen, in denen die eigene Leistung oder die des Unternehmens im Mittelpunkt steht, dürfte der Stellenwert externaler Attributionen für die Stolzentwicklung eher gering sein.

Hinding et al. definieren Stolz mit Bezug auf Frese als „emotionale Reaktion“ (...) auf Leistung und Erfolg, als deren Ursache man eigene Kompetenzen oder Anstrengungen sieht“ (Hinding et al. 2010: 187). Sie identifizieren drei Komponenten von Stolz, von denen ihrer Ansicht nach bereits das Auftreten einer einzelnen zum Erleben von Stolz führen kann: Einmal geht es um das Erbringen und An-erkennen (im Sinne von bewusst werden) der eigenen Leistung, die sich positiv von früheren Leistungen und der anderer

Personen abhebt. Eine zweite Komponente, die Stolz hervorruft, ist der Einfluss, der sich beispielsweise durch die Erweiterung von Handlungsspielräumen, aber auch durch einen Status- oder Machtgewinn vergrößert und mit dem auch neue Möglichkeiten der Selbstverwirklichung verbunden sein können. Die dritte Komponente besteht in der Wertschätzung ‚signifikanter Anderer‘, deren Erwartungen erfüllt oder sogar übertroffen werden. Mit dieser Komponente dürfte sich auch das Gefühl der Zugehörigkeit zu der Gruppe derer, deren Urteil persönlich bedeutsam ist, verstärken und dürften somit auch die Chancen auf Integration in eine soziale Gruppe mit hohem Prestige steigen. Für die Entwicklung von Stolz werden hier also ähnliche Kriterien benannt, wie sie von Honneth bereits für das Erleben von Wertschätzung formuliert wurden: eine übereinstimmende Einschätzung der Akteure hinsichtlich des Subjekts (Quelle) und des Objekts (Gegenstand), die sowohl als Voraussetzung für subjektiv erlebte Wertschätzung als auch für die Entwicklung von Stolz von zentraler Bedeutung sind. Nur wenn beide Beteiligten sowohl die Quelle für kompetent als auch die Leistung oder Eigenschaft für wichtig halten, können Wertschätzung und Stolz erlebt werden.

Die weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich wichtiger theoretischer Annahmen (Voraussetzungen, Zusammenhänge, Konsequenzen) zu Wertschätzung und Stolz legt die Schlussfolgerung nahe, dass Wertschätzung und Stolz gewissermaßen aus der gleichen Quelle gespeist werden. Auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass beide sich von gängigen, gesellschaftlich verankerten Werten auch absetzen können, z.B. indem Selbstwertschätzung oder Stolz an nicht normenkonformes Verhalten geknüpft wird, so wird der hohe Stellenwert sozialer Bezüge und Interaktionen in beiden Konzepten mehr als deutlich. Während Wertschätzung als „Merkmal einer Beziehung, die von Personen hergestellt, wahrgenommen und interpretiert wird“, betrachtet wird, stellt Stolz „eine situationsbezogenen Emotion oder als eine daraus abgeleitete überdauernde emotionale Haltung“ dar (Hinding et al. 2010: 190). Vor diesem Hintergrund scheint Wertschätzung eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Voraussetzung von Stolz zu sein. Hinding et al. weisen darauf hin, dass Wertschätzung und Stolzerleben auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden kann, so sei „die Wertschätzung geleisteter Arbeit in der Organisation (...) genauso eine Quelle des Stolzes wie das gesellschaftliche Ansehen des Berufes“ (Hinding et al. 2010: 188). Sie weisen allerdings auch darauf hin, dass genaue Wirkungszusammenhänge gegenwärtig noch nicht geklärt seien.

Zur Entwicklung von Stolz, das machen Weiss und Cropanzano (1996) deutlich, gehören auch Strukturen, die Gelegenheiten bieten, um im Alltag überhaupt positives Feedback empfangen zu können und entsprechend positive Emotionen – von denen Stolz ebenfalls nur eine, aber eine durchaus zentrale – ist. Hier sind die Instanzen gefragt, welche die Rahmenbedingungen von Arbeit maßgeblich beeinflussen, indem sie organisationale, politische und gesellschaftliche Strukturen prägen.

3.11.7 Wirkungen von Wertschätzung und Stolz

Positive Auswirkungen von Stolz bestehen laut Fischbach in einer Förderung der Leistungsbereitschaft (Fischbach et al. 2010: 7). Produzentenstolz als ‚prozessbezogene‘ Form des Stolzes „fördert die Flexibilität, Kreativität und damit das Innovationsverhalten bzw. die Innovationsbereitschaft und die Job-Performance, aber auch die Gesundheit der Mitarbeiter“ (Fischbach et al. 2010: 7). Darüber hinaus werden Stolz aber auch positive Effekte in Bezug auf z.B. die Lernbereitschaft, das Commitment, die Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden und die Zufriedenheit von Patienten zugeschrieben. Schließlich konnte auch anhand der Analyse empirischer Befunde wie Fehlzeiten und Fluktuationsraten Hinweise darauf gefunden werden, dass Stolz sich günstige auf Arbeitsprozesse auswirkt (Gouthier 2006).

Auch Kumbruck weist auf die positiven Effekte von Anerkennung bzw. Wertschätzung als die nach Honneth leistungsbezogene Form der Anerkennung hin und fokussiert dabei die identitätsstiftenden und selbstwertstärkenden Wirkungen im Sinne Meads: „Indem sie [die Menschen] sich durch die Augen der anderen gesehen und bewertet fühlen, werden sie in ihrem Handeln bestätigt oder auch zur Abänderung angeregt; im Zusammenhang mit der erlebten Wertschätzung ihres Berufes finden sie ihre Position im gesellschaftlichen Gefüge“ (Kumbruck 2010: 167).

3.11.8 Generierung von Stolz im Kontext professioneller Pflege

Von verschiedener Seite wird darauf hingewiesen, dass die Interaktion mit den zu Pflegenden für die Mitarbeitenden in der Pflege im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht. Im Kontakt mit Menschen zu sein, sie in (gesundheitlich) schwierigen Situation zu begleiten und zu unterstützen, ist häufig das ausschlaggebende Motiv der Berufswahl und Motor der täglichen Arbeit (Rennen-Allhoff/Tacke 2000). Das Problem vieler Dienstleistungsberufe ist, dass ihre Leistungen oft unsichtbar bleiben und über die face-to-face-Interaktion hinaus schwer vermittelbar sind, weil sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten fehlen oder weil die Kommunikation gerade in einer so körperbezogenen Dienstleistung wie der Pflege über

nicht-sprachliche Kanäle, z.B. über Berührungen, stattfindet. Dies gilt offenbar insbesondere für Sentimental Work bzw. Emotional Labor, wie beispielsweise Kumbruck zeigt: „Trotz ihrer großen Bedeutung für die Steuerung der Interaktion wird Emotionsarbeit in den Einrichtungen kaum wahrgenommen. Die Pflegekraft selbst spürt jedoch die Wirkungsmacht der Emotionsarbeit dies wird beispielsweise in der Aussage einer Pflegekraft im Altenheim deutlich: „da kann ich mit Nähe ganz viel erreichen“) und erfährt somit Selbstwirksamkeit. Gewürdigt wird sie zudem von den Pflegebedürftigen selbst“ (Kumbruck 2010: 281).

Die Tatsache, dass für Qualität und ‚Erfolg‘ der Arbeit so zentrale Kompetenzen und Leistungen unsichtbar bleiben, bedeutet auch, dass die Chancen, dass diese von Dritten wertgeschätzt werden, sehr eingeschränkt sind. Zudem trägt der ökonomische Druck, unter dem Pflegearbeit stattfindet, dazu bei, „dass interaktionelle Elemente im Pflegealltag aus dem Blickfeld rücken“ (Kumbruck 2010: 282), denn die entsprechenden Leistungen finden im Abrechnungssystem kaum Berücksichtigung. Im Vergleich zu abrechenbaren Leistungen der Grund- oder Behandlungspflege bringen sie den Pflegenden zwar die Wertschätzung von Klienten oder Angehörigen ein, jedoch kaum die Anerkennung von Seiten des Einrichtungsmanagements oder der Träger. Auf diese Weise reduzieren sich die von der Affective-Events-Theorie als zentral identifizierten Möglichkeiten und Gelegenheiten im Alltag positive Emotionen wie Stolz und Arbeitsfreude zu erleben ‚zu Gunsten‘ negativer Arbeitseemotionen wie Stress und Unzufriedenheit.

Kumbruck verweist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass die Unsichtbarkeit der im Kundenkontakt ablaufenden Prozesse genauso sich selbstverständlich nicht nur auf positive bewertete Interaktionen oder Emotionen beziehe, wie Stolz oder Wertschätzung sondern auch auf als kränkend oder verletzend erlebte Kommunikation: „Pflegende fühlen sich aber ebenso berührt, beeinträchtigt und unter Umständen abgewertet“ (Kumbruck 2010: 235).

3.11.9 Bedeutung von Stolz im Arbeitskontext

Stolz ist ganz offensichtlich eine wichtige Emotion im Kontext von Arbeit, die im Kontext sozialer Prozesse entsteht und für die sowohl bezogen auf die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden als auch für die Qualität der Arbeit bzw. die Arbeitsergebnisse positive Effekte nachgewiesen werden konnten. Ähnliches gilt für die Bindung an das Team bzw. die Organisation sowie die Identifikation mit Arbeit und Arbeitgeber. Dass positive

Emotionen gesundheitsfördernd wirken und durch das Vermeiden von Fehlzeiten auch ökonomisch relevant sind, liegt ebenfalls auf der Hand.

Die Entwicklung von Stolz braucht jedoch auch positive Herausforderungen und die zur Bewältigung notwendigen (persönlichen und fachlichen) Kompetenzen sowie Strukturen und institutionelle Ressourcen, welche die Voraussetzungen schaffen, damit Interaktionsarbeit Raum erhält und die für Pflegende wichtige Quelle von Wertschätzung und Stolz nicht versiegt. Insbesondere im Rahmen dieser face-to-face-Beziehungen wird gegenseitige Achtung kommuniziert und Wertschätzung generiert.

Stolz lebt vom Feedback ‚signifikanter Anderer‘; im Kontext von Pflege sind dies insbesondere die Kunden bzw. deren Angehörigen, aber auch Kollegen und Vorgesetzte. Auf der Basis solcher kleinen, tagtäglichen Stolzerlebnisse kann aus kurzfristigem Leistungsstolz einstellungsbezogener Arbeitsstolz generiert werden, der - situations- und personenübergreifend - als Haltung gegenüber der Arbeitsleistung der Berufsgruppe auch das Berufsverständnis nachhaltig beeinflussen kann.

4 Methodisches Vorgehen

Das Projekt ProWert ist ein Forschungs- und Interventionsprojekt, welches in seinem Teilvorhaben Pflegewissenschaft das Wertschätzungserleben beruflich Pflegenden in den Mittelpunkt stellt. Ziel des Vorhabens ist es, herauszufinden mithilfe welcher Elemente Pflegenden Wertschätzung konstruieren, wie sie diese wahrnehmen und wann sie diese erleben.

In der Projektlaufzeit (2009-2012) wurden im Teilprojekt Pflegewissenschaft Interviews mit Pflegenden, zu pflegenden Menschen, deren Angehörigen sowie Expertinnen und Experten geführt. Dazu wurden als Praxispartner Pflegeeinrichtungen kommunaler, konfessioneller oder privater Trägerschaft aus dem stationären und dem ambulanten Sektor gewonnen, die pflegerische Dienstleistungen im Bereich der somatischen und psychiatrischen Versorgung sowie der Altenhilfe anbieten. Darüber hinaus fand eine exemplarische Dokumentenanalyse statt.

Um ermitteln und beschreiben zu können, wie und wodurch Pflegenden Wertschätzung erleben, bot sich ein qualitatives Forschungsvorgehen an, welches das Erleben und die Sichtweise der befragten Menschen in den Mittelpunkt stellt und so auf ein verstehendes Erschließen der subjektiven Wahrnehmungswelt des Anderen abzielt. Wertschätzungserleben beschreibt die subjektive Wahrnehmung von positiver Anerkennung der eigenen Person oder des eigenen Tuns durch Andere. Um darüber Genaueres erfahren zu können, erscheint es sinnvoll möglichst unbeeinflusste Schilderungen des individuellen Erlebens zu erhalten, die sich an normativen Vorgaben oder allgemeinen Erwartungen ausrichten.

Die vorliegende Untersuchung erfolgte in der Tradition der Grounded Theorie (Glaser et al. 2008; Strauss/Corbin 1996), der sogenannten gegenstandsbezogenen Theoriebildung, bei der die Beschreibung von Zusammenhängen eines Konstruktes induktiv aus der Analyse der Empirie abgeleitet und in einem zirkulären Prozess nachhaltig verdichtet und ausgearbeitet wird. So entsteht eine vorläufig als bestätigt geltende systematische Beschreibung des untersuchten Phänomens (Strauss/Corbin 1996:7f). Erkenntnisleitend sind dabei nicht theoretische Vorannahmen sondern das gewonnene Datenmaterial, das in einem ständigen Pendeln zwischen Erhebung, Analyse und Interpretation die Kenntnisse über das beforschte Phänomen kontinuierlich verdichtet. Das zirkuläre Vorgehen erfolgt dabei jedoch nicht losgelöst von wissenschaftlichen Erkenntnissen in Bezug auf das

Forschungsthema. Mit dem Konzept der theoretischen Sensibilisierung wird eine Vorgehensweise beschrieben, bei der die Forschenden vermittelt über ihre Vorerfahrungen und ihr theoretisches Wissen und den Verlauf des Forschungsprozesses selbst erst in der Lage sind die erhobenen Daten zu verstehen, ihnen Bedeutung zuzuweisen sowie relevante von irrelevanten Erkenntnissen zu unterscheiden (ebenda: 25 f.). Die Theoriebildung im Sinne der Grounded Theory gilt als offener Prozess, in dem sich Datenerhebung, -analyse und theoretische Reflexion ständig abwechseln bzw. parallel verlaufen. Dabei können das Erkenntnisinteresse und das methodische Vorgehen immer wieder den neuen Erkenntnissen angepasst werden und Niederschlag in der Auswahl der folgenden Untersuchungspersonen oder -gegenstände, dem sogenannten Theoretical Sampling, finden. Die erhobenen Daten werden einem Kodierparadigma folgend systematisch analysiert und interpretiert (ebenda: 39 f.)

4.1 Erhebungsmethoden

Narrative Interviews

In einem auf das Erfassen und Verstehen von Sinnzusammenhängen und Deutungen abzielenden Forschungsdesign steht die Möglichkeit zu freier Erzählung im Zentrum des methodischen Vorgehens. Das narrative Interview gibt den Befragten dabei Raum für eine freie Selbstdarstellung, was die Authentizität der Person im Interview erhöht und den Störfaktor der sozialen Erwünschtheit reduziert (Schütze 1980). In narrativen Interviews werden die Handlungsorientierungen der Befragten sichtbar, da sich die Erhebungsmethode auf das Sichtbarmachen des Relevanzsystems des Befragten ausrichtet (Loch/Rosenthal 2002: 221). Die Befragten werden als ExpertInnen ihrer eigenen Biographie angesprochen (Dausien 1994: 143). In der durch die erzählgenerierende Eingangsfrage induzierten Stegreiferzählung werden Erzählpflichten wie Kondensierung, Detaillierung und Gestaltschließung wirksam, die über intuitive Prioritätensetzung interne Bedeutungszusammenhänge und Bewertungsmuster sichtbar machen und tiefe Einblicke in die Lebenswelt der Befragten ermöglichen (Schütze 1976:225ff.; Loch/Rosenthal 2002:221ff.).

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte im Forschungsprojekt ProWert – Teilvorhaben Pflegewissenschaft unter Nutzung des Feldzugangs über die kooperierenden Pflegeeinrichtungen. Das Forschungsvorhaben wurde in den Einrichtungen vorgestellt. Anschließend wurden InterviewpartnerInnen unterschiedlicher Statusgruppen (examinierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Altenpflege- und AltenpflegehelferInnen,

HeilerziehungspflegerInnen sowie SchülerInnen und Mitarbeitende ohne Ausbildung im pflegerischen Bereich) und Hierarchieebenen zur freiwilligen Teilnahme angefragt. Soweit möglich wurde die Auswahl weiterer zu Befragender am Vorgehen des „theoretical sampling (Strauss 1998: 70) orientiert.

Die Interviews gliederten sich in die Phasen Aushandlungsphase, Erzählimpuls, Haupterzählung und Nachfrageteil (Scholl 2009: 62ff.). Zur Stimulierung ihrer Stegreiferzählung wurden die Befragten jeweils gebeten der InterviewerIn über ihren beruflichen Alltag zu berichten. Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und anschließend vollständig oder in Auszügen transkribiert. Nach jedem Interview wurde ein Postskript angefertigt, in dem die Rahmenbedingungen des Interviews, der Interviewverlauf sowie wichtige Gedanken und Fragen der InterviewerIn festgehalten wurden.

Mit Bewohnern und Angehörigen wurde je ein leitfadengestütztes Gruppeninterview geführt, in dem diskutiert wurde, welche Arbeit Pflegende ausführen, wie wichtig diese Arbeit bewertet wird und wofür Pflegende Wertschätzung erhalten. Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und in Auszügen transkribiert.

Experteninterviews

Zusätzlich zu den narrativen Interviews mit den direkten Akteuren im Forschungsfeld wurden im Forschungsprojekt Experteninterviews (Scholl 2009: 68ff.) mit namhaften Personen aus den Bereichen Pflegewissenschaft und -forschung, Public Health, Gesundheitspolitik und Berufspolitik durchgeführt. Ziel dieser Interviews war es, einen Zugang zu den Hintergründen und Rahmenbedingungen des Berufes zu erhalten, um besser verstehen zu können, auf welchen Fundamenten das zu erforschende Phänomen ruht. Mit den ExpertInnen wurden entlang eines Interviewleitfadens die Themen Konsequenzen der demografischen Entwicklung für den Arbeitsbereich Pflege, Veränderungen im Ausbildungssystem und damit verbundene Chancen und Risiken für den Pflegeberuf, Fähigkeiten, Bedürfnisse und Perspektiven älterer und erfahrener Pfleger sowie das Berufsbild in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit und im Selbstverständnis der Mitarbeitenden erörtert. Die Interviews mit den ExpertInnen wurden elektronisch aufgezeichnet und in Auszügen transkribiert.

Exemplarische Dokumentenanalyse

Wertschätzungserleben entsteht dann, wenn Menschen für etwas, das ihnen in ihrer Arbeit bedeutsam ist, Anerkennung und Wertschätzung erfahren (Ikaheimo et al. 2004: 81). Diese berufsbedeutsamen Kriterien werden zwar sowohl in der Ausbildung bearbeitet als auch im Rahmen der beruflichen Sozialisation geformt, offen jedoch bleibt inwieweit ihre Verbindungen zum Wertschätzungserleben bewusst gemacht und diskutiert werden. Deshalb beinhaltet das Forschungsdesign eine exemplarische ergänzende Dokumentenanalyse von Lehrplänen der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege. Herangezogen wurden hier Dokumente zur Altenpflegeausbildung, zur Krankenpflegeausbildung, zur Fachweiterbildung Onkologie und zur Fachweiterbildung Psychiatrie.

4.2 Datenauswertung

Die Auswertung der narrativen Interviews erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theorie (Glaser et al., 2008). Im Sinne eines zirkulären Forschungsprozesses (Flick 2010:122f.) werden die Erkenntnisse aus dem empirischen Material in den Prozess zurückgegeben und leiten so die weitere Datenerhebung. In interdisziplinären Forschungswerkstätten wurden die Interviews diskutiert und hinsichtlich ihres Erklärungsbeitrages zum Phänomen Wertschätzung in der Pflege analysiert. Zu jedem Interview wurden dabei Memos angefertigt, die diesen Analyseschritt dokumentierten und damit nachvollziehbar machten sowie erste Interpretationen zu Zusammenhängen und übergeordneten Konzepten protokollierten (Strauss/Corbin 1996: 169f.).

Im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses wurde in den transkribierten Interviews das Datenmaterial zunächst konzeptualisiert d. h. thematisch aufgebrochen. Relevante Textpassagen wurden offen kodiert. Darauf aufbauend wurden im axialen Kodieren Kategorien gebildet, um die verschiedenen Aussagen miteinander in Verbindung zu setzen. Schließlich konnten im selektiven Kodieren Kernkategorien formuliert werden als Säulen der ‚theoretischen Konzeptbildung‘ (Strauss/Corbin 1996). Das Kodieren der Interviews erfolgte gemeinsam durch die am Prozess beteiligten ForscherInnen, sodass sich die Identifikation der Kategorien bzw. die Zuordnung entsprechender Interviewpassagen auf übereinstimmende Einschätzungen stützen konnten. Zur Unterstützung der Datenauswertung wurde die Auswertungssoftware MAXQDA eingesetzt.

Die Experteninterviews wurden in Auszügen transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ebenso wurde mit den Daten aus der Bewohnerbefragung und der Angehörigenbefragung verfahren.

5 Ergebnisse

Im Forschungsprojekt ProWert – Teilvorhaben Pflegewissenschaft wurden Daten aus unterschiedlichen Quellen gesammelt. Im Zentrum der empirischen Untersuchung standen die narrativen Interviews mit Pflegenden. Diese Daten wurden ergänzt durch Interviews mit zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen, Interviews mit Expertinnen und Experten sowie eine exemplarische Dokumentenanalyse von Curricula und Lehrbüchern der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

5.1 Ergebnisse der Interviews mit Pflegenden

Im Forschungsprojekt ProWert – Teilvorhaben Pflegewissenschaft wurden narrative Interviews mit Pflegenden verschiedener Hierarchiestufen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern geführt und vollständig oder in Auszügen transkribiert. Das so entstandene Textmaterial wurde mittels der Software MAXQDA kodiert. Die Aussagen der Befragten Personen zu ihrer beruflichen Arbeit bilden sich in 20 Kategorien und weiteren Subkategorien ab.

5.1.1 Ergebnisse in Einzelkategorien

Durch offenes und axiales Kodieren des Datenmaterials wurden insgesamt 20 Kategorien mit Subkategorien gebildet.

1. Rahmenbedingungen
2. Motivation
3. Anerkennung
4. Öffentliche Anerkennung/Image
5. Arbeitsbelastung
6. Arbeitszufriedenheit
7. Arbeitsverhältnis
8. Kultur
9. Team
10. Koproduktion
 - Koproduktion Professionelle
 - Koproduktion Angehörige
 - Koproduktion Kunden
11. Qualitätsprofil
 - Kunden
 - Qualitätsmanagement
 - Mitarbeiter
 - Management
12. Work-Life-Balance
 - stärkend/förderlich
 - schwächend/hinderlich
13. Organisationsentwicklung
14. Personalentwicklung

15. Führung
16. Arbeitsorganisation
17. Beziehung
18. Berufsverständnis
19. Berufssozialisation
20. Aufgaben

In ihren Darlegungen berichten die Interviewpartnerinnen über ihre Arbeit im Allgemeinen. Sie beschreiben unter welchen äußeren Bedingungen dieses stattfindet, wie die Zusammenarbeit im Team verläuft und welche Rolle zu pflegende Menschen und deren Angehörige im Prozess der Leistungserbringung einnehmen. Sie berichten darüber, was sie dazu angeregt hat einen Pflegeberuf zu ergreifen und was sie motiviert diesen auszuüben. In einem Abgleich der erlebten Arbeitswirklichkeit mit den eigenen, inneren Ansprüchen an ihre Arbeit resümieren die Befragten in Bezug auf erlebte Wertschätzung und Arbeitszufriedenheit.

5.1.1.1 Rahmenbedingungen

Sprechen Pflegende über ihre Arbeit, berichten sie immer auch darüber, unter welchen Bedingungen diese stattfindet. Insgesamt werden die Rahmenbedingungen als restriktiv und damit wenig wertschätzend wahrgenommen. Die Interview-Partner/innen berichten, dass sie bei immer weniger zur Verfügung stehenden Zeit immer mehr leisten und dabei höheren Qualitätsanforderungen gerecht werden müssen. Die Zunahme von Kontrollen drückt für sie dabei Misstrauen gegenüber ihrer Fachkompetenz und ihrem Können aus. Die daraus resultierenden Veränderungen ihrer Arbeitswirklichkeit erleben die Befragten als wenig entwicklungsförderlich und identitätsstiftend.

In den Augen der Befragten steht ihnen für ihre Arbeit immer weniger Zeit zur Verfügung. Die erlebte Arbeitsverdichtung durch höhere Fallzahlen bei geringerer Verweildauer und stattfindendem Personalabbau geht auf Kosten der Versorgungsqualität der zu pflegenden Menschen.

„Und jetzt find ich ist das alles so, schnelllebig, nä. Das hör ich aber nicht nur jetzt hier vom Pflegepersonal. Das ist ganz unabhängig, ob das in der Röntgenabteilung oder im Labor ist. Äh: ähm: in der Endoskopie zum Beispiel sacht ne Kollegin: „**was da durch geht**, dass ist Wahnsinn!“.“
(IP29, 96)

Die Befragte schildert den Arbeitsalltag im Krankenhaus als „*schnelllebig*“ und damit als kurzfristigen Veränderungen unterworfen, sich schnell wandelnd und vergänglich. Sie beschreibt mit den Worten der Kollegin die Versorgung der Menschen als einen Durchlauf,

als die Abfertigung einer großen Anzahl von Menschen, die in kurzer Zeit „*da durch geht*“. Pflege hat für sie in diesem Bild keinen Platz mehr und scheint eher andere Bedingungen zu brauchen wie Langsamkeit, Beständigkeit und Zeit. Die Verminderung der zur Verfügung stehenden Zeit durch steigende Fallzahlen wird verstärkt durch die Zunahme patientenferner Tätigkeiten.

„Pflegekräfte auf den Stationen haben fast **gar** nichts mehr mit Patienten zu tun, das is **minimal**, das beschränkt sich wirklich nur noch auf die Körperpflege, Medikamente verteilen, ansonsten geht viel viel Zeit drauf für administrative Tätigkeiten. Diese Administration is **so** groß geworden, **so** gravierend, es muss **alles** notiert werden ja, weil man hat **nur** Angst vor rechtlichen Rep- äh Repressalien was auch immer mehr- stärker im Kommen is. Und das is halt auch die Krankenkassen hier die wolln alles Mögliche dokumentiert habn ja, und da bleibt viel Zeit für den Patienten auf der Strecke.“ (IP9, 15)

Pflege ist für diese Befragte dadurch gekennzeichnet, dass der zu pflegende Mensch und die Pflegeperson etwas miteinander zu tun haben, also in Interaktion und Beziehung stehen. Durch die starke Zunahme administrativer Tätigkeiten in Form der Pflegedokumentation, für die viel Zeit aufgewendet werden muss, steht für die Arbeit mit den zu pflegenden Menschen immer weniger Zeit zur Verfügung, sie „*bleibt auf der Strecke*“. Dies stellt sich als besonders negativ dar, weil die für die Administration abgezogene Zeit nicht dazu führt, dass sich die Versorgung verbessert, sondern lediglich der Abwehr von „*Repressalien*“ durch Kontrollinstanzen dient. Die weniger werdende Zeit zur direkten Arbeit mit den Patienten hat direkte Auswirkungen auf das Erleben zentraler Werte des pflegerischen Berufsbildes.

„Im Krankenhaus hatte man gar keine Zeit für die Patienten. Man musste nur durch die Zimmer rennen und die Arbeit erledigen, aber man hat das Menschliche gar nicht mehr gesehen. Das is ganz zurückgegangen (...) Es hat einem gar nich mehr, es hat kein **Spaß** gemacht, die Freude war weg und es ging nur noch, ja: keine Zeit, keine Zeit. Und Extrawünsche konnte man gar nicht erfüllen oder mal n Gespräch mit dem Patienten führen, das ging **gar** nicht weil man einfach nie Zeit hatte, weil man alleine war oder ja (3) der Arzt dazwischen kam ((leises, verzweifertes Lachen)) oder ne Aufnahme kam: es war halt Mangel an Zeit.“ (IP7, 13)

Diese Interviewpartnerin hat ihren Arbeitsbereich aufgrund der als schlecht erlebten Arbeitsbedingungen gewechselt und beschreibt rückblickend, welchen Zeitdruck sie während ihrer Arbeit im Krankenhaus erlebt hat, wenn sie „*durch die Zimmer rennen*“ musste, um ihre Arbeit zu schaffen. Sie beklagt, dass dabei besonders das Menschliche der Arbeit „*zurückgegangen*“ ist, was für sie konstitutiver Bestandteil ihrer Arbeit ist. Dadurch hat die Befragte den „*Spaß*“ und die „*Freude*“ an ihrer Arbeit verloren, was zu einem Wechsel des Arbeitsplatzes geführt hat.

Die immer knapper werdenden Zeitressourcen, die für die Pflege von Menschen zur Verfügung stehen, signalisieren den Pflegenden, dass ihre pflegerische Arbeit mit Menschen, die durch Interaktion und Pflegebeziehung gekennzeichnet ist, einen geringeren Stellenwert im Gesamtversorgungsgeschehen hat als Diagnostik, ärztliche Behandlung und administrative Aufgaben. Wertschätzung für ihre Arbeit drückt sich für die Pflegenden hierdurch nicht aus. Verstärkt wird dieser Umstand durch einen zunehmenden Druck, dem sich die Pflegenden ausgesetzt fühlen.

Pflegende sehen sich zunehmend mit externen Qualitätsanforderungen und Kontrollen konfrontiert. Diese Vorgaben stehen für sie nicht unbedingt in einem sinnvollen Zusammenhang mit ihren eigenen Kriterien für gute Pflege. Vielmehr wird ein innerer Widerspruch erlebt zwischen dem Erfüllen äußerer Anforderungen und der immer komplexer werdenden Pflege, die eigentlich das Hauptaugenmerk der Pflegenden bräuchte.

„Und es heißt immer: Die Qualität muss erhöht werden, die Qualität muss erhöht werden. Ja, aber wie? **Wie denn**, wenn immer alles immer nur in Hetze is. Wie will ich denn da ne Qualität erhöhen? Das geht nich. Die Anforderungen klar, die werden auch vom Gesetzgeber her, ob des nun jetzt von der Krankenkasse is oder- die werden immer **höher** gesetzt, aber an's Personal wird da überhaupt nicht gedacht. Kein bisschen.“ (IP11, 44)

„In unserer ganzen deutschen Gesellschaft ist das so. Das äh is es, erstmal wird der Druck politisch ganz groß, ne. Das geht an den Träger. Der Träger gibt das weiter an diesen Einrichtungsleiter, **das** umzusetzen, **das** umzusetzen, **das** umzusetzen. Das sind ganz viele Stationen, ne?. Und die, die alle das aushalten müssen, sind die Pflegenden, die an der Basis arbeiten.“ (IP10, 111)

Seitens der Politik und der Kostenträger werden immer höhere Qualitätsstandards eingefordert, die aus Sicht der Befragten an „*die Pflegenden, die an der Basis arbeiten*“, durchgereicht werden, ohne dass dabei an das Machbare gedacht wird. „*Wenn immer alles nur Hetze ist*“, die Arbeit hastig durchgeführt werden muss, kann aus Sicht der Interviewten keine gute Qualität erzielt werden. Dieser Umstand ist für sie evident, sodass sie die Haltung der übergeordneten Ebenen als unangemessen, möglicherweise ignorant bewerten, da sie als quasi kleinste Rädchen im Getriebe diesen Widerspruch ausbaden müssen. Die stattfindenden Kontrollen können diese Wahrnehmung verstärken.

„Ich weiß nicht, ob Kraftwerke so kontrolliert werden wie Altenheime. Und das is einfach so und das ärgert mich **dermaßen**. (...) Nur im letzten Jahr hatten wir neun Begehungen, fünf verschiedene Institutionen. (...) Mich würde das interessieren, wie viel so Begehungen und wie viel Dings die Atomkraftwerke haben. Ja aber das is so, ich glaube nicht, dass die mehr haben wie Altenheime.“ (IP10, 53)

Mit der Analogie der „*Atomkraftwerke*“ wählt die Befragte einen Vergleich der wahrscheinlich auf die Gefährlichkeit der Arbeit bzw. auf das mit Qualitätsmängeln verbundene Risiko abzielt. Sie erlebt das Ausmaß an Kontrolle von

Altenpflegeeinrichtungen als unverhältnismäßig zu dem Risiko, das mit pflegerischer Arbeit verbunden ist. Die häufigen Kontrollen könnten als Ausdruck von Misstrauen gegenüber den Pflegenden gewertet werden, als Folge der Vermutung, dass Pflegende grundsätzlich schlechte oder fehlerhafte Arbeit leisten. Die Art und Weise wie und wie oft externe Prüfungen durchgeführt werden, bringt die Pflegende in einen direkten Zusammenhang mit der Geringschätzung ihrer Arbeit.

In der Beschreibung der Rahmenbedingungen ihrer Arbeit thematisieren die Pflegenden einen hohen Anforderungsdruck, der auf sie ausgeübt wird durch hohe bzw. im Abgleich mit zur Verfügung stehenden Ressourcen möglicherweise überhöhte Qualitätsansprüche sowie daraus resultierende externe Qualitätsprüfungen. Wertschätzung für ihre Arbeit kommt durch die etablierten Vorgehensweisen nicht zum Ausdruck. Auch auf Ebene der konkreten Bedingungen in der Einrichtung werden die Rahmenbedingungen nicht unbedingt positiv bewertet.

Pflegende beschreiben für ihre Arbeit schlechter werdende Rahmenbedingungen durch Zeitdruck, Arbeitsverdichtung und abstrakte Qualitätsanforderungen. Darüber hinaus erleben sie Einschränkungen durch quantitativen und qualitativen Personalabbau, ein reduziertes Berufsbild sowie eingeschränkte Verdienstmöglichkeiten. Insgesamt scheinen restriktive Rahmenbedingungen dazu beizutragen, dass Pflegende ihre Motive, in der Pflege zu arbeiten nicht mehr wiederfinden und überlegen, den Beruf zu verlassen.

Im Bereich der Krankenhäuser nehmen die Befragten eine Veränderung der Beschäftigtenstruktur zu Gunsten der Medizin wahr.

„Da sieht man ja, es werden nur Ärzte eingestellt: hier ein Arzt, da ein Arzt, da einer in der Verwaltung, hier in einer in der Qualitätsmanagement, aber in der Pflege wird immer weiter das Personal zurückgefahren.“ (IP9, 50)

„Es werden halt nicht so viele in Krankenhäuser eingestellt, dann (...) fehlen die Leute mit **Erfahrung!**“ (IP4, 378)

Für unterschiedlichste, auch behandlungsferne Tätigkeiten „*werden nur Ärzte eingestellt*“, während gleichzeitig die Anzahl der Pflegekräfte reduziert wird. Diesen Prozess erleben die Pflegenden gleichermaßen als physisch belastend, weil weniger Kollegen die gleiche oder sogar mehr Arbeit schaffen müssen, und als Ausdruck für den Stellenwert ihres Leistungsbeitrages. Durch das Zurückfahren des Pflegepersonals – z. B. auch durch vorgezogenen Ruhestand oder Teilzeitbeschäftigung – bemerken die Pflegenden auch einen Verlust von Erfahrungswissen („*dann fehlen die Leute mit Erfahrung*“) in ihrem

Arbeitsbereich, von dem negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität angenommen werden.

Auch das Vergütungssystem wird als restriktive Rahmenbedingung bewertet, wenn das Geld nicht zum Leben reicht oder der Wechsel eines Arbeitsplatzes durch tarifliche Regelungen, die einen Einkommensverlust bedingen, verhindert wird.

„Ich hab den einen Kollegen der is (4) - der geht auf die 50 zu, so Mitte 40, Mitte Ende 40. Und ähm, der hat 100 Prozent, aber der verdient so, da kannste keine Familie von ernähren. Und ich bin der Meinung, wenn heute einer 100 Prozent arbeiten geht, muss er seine Familie ernähren können, oder? (IP11, 90)

„So geldmäßig find ich, verdienen wir zu wenig. (...) Manchmal muss man überlegen, schafft man das finanziell so. Vor allem wenn man keine ganze Stelle hat. Auch da muss man noch irgendwas zusätzlich machen, da fragt man sich natürlich, **wann** macht man irgendwas zusätzlich?“ (IP 20, 14)

Wertschätzung für die eigene Arbeit wird dann erlebt, wenn das dadurch verdiente Geld dazu reicht, „*eine Familie ernähren zu können*“. Aus Sicht der Befragten kann es nicht sein, dass man in einem Beruf, der physisch wie psychisch sehr belastend ist, auch noch nebenher arbeiten gehen muss, um seinen Lebensunterhalt bestreiten zu können.

Die derzeitigen Rahmenbedingungen von Pflege werden als eher einschränkend und wenig wertschätzend erlebt. Der pflegerische Berufsalltag wird durch restriktive Rahmenbedingungen derart verändert, das Pflegenden überlegen, den Beruf zu verlassen.

„Ich mag meine Arbeit eigentlich sehr gerne. Wobei sich das im Laufe, der Zeit geändert hat. Also vom Grundgedanken her meine Arbeit und vom Grundsatz find ich's immer noch schön und es macht mir Spaß. Aber durch die Rahmenbedingungen hat sich vieles so verändert, dass ich manchmal überlege, wie lange ich das noch mache.“ (IP20, 10)

Pflegenden ergreifen ihren Beruf aufgrund bestimmter Motive („*Grundgedanken*“), die sich auf die Zusammenarbeit mit zu pflegenden Menschen beziehen. Die derzeitigen Rahmenbedingungen erleben sie als stark hindernd bei der Umsetzung ihrer Motive und Werte. Da sie immer weniger ihrer eigentlichen Zielsetzung folgen können, stellt sich die Frage, wie lange sie diesen Beruf noch ausüben wollen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Pflegenden die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit als äußerst restriktiv und damit nicht wertschätzend erleben. Progredienter Zeitmangel und Arbeitsverdichtung, die Erhöhung von Anforderungen durch Qualitätsstandards und die damit verbundenen Kontrollen sowie Einsparungen bei Personal und Verdienst signalisieren den Pflegenden nicht, dass sie eine wichtige Säule des Versorgungssystems sind und eine unverzichtbare Arbeit erbringen. Vielmehr sorgen die

Rahmenbedingungen sogar dafür, dass Pflegende Kernelemente ihres Berufs in der Arbeitsrealität nicht mehr wiederfinden und den Beruf verlassen. Dies dürfte langfristig auch Auswirkungen auf die Kommunikation und Wahrnehmung des Berufes in der Gesellschaft haben.

5.1.1.2 Motivation

Unter dieser Kategorie wurden Aspekte gesammelt, welche die Befragten nannten, um ihre Entscheidung zu begründen, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Es geht hier also primär um die Berufsmotivation in Abgrenzung zur Arbeitsmotivation wie sie für die tägliche Ausübung der Berufstätigkeit bedeutsam ist.

Aus soziologischer Sicht wird unter Motivation „die Summe der das individuelle und soziale Handeln von Personen subjektiv veranlassenden und nach Richtung, Inhalt und Intensität beeinflussenden, bewussten und unbewussten Antriebe und Strebungen“ verstanden (Hillmann 1994). Motivation als hypothetisches Konstrukt kann nur mittelbar anhand beeinflussender Bedingungen oder anhand von Verhaltensreaktionen beschrieben werden. Sozialisationsprozesse haben insofern eine Bedeutung für die Motivation als hier Werte der jeweiligen Gesellschaft und sozialen Umwelt gelernt und internalisiert werden. „Internalisierte soziokulturelle Werte kommen in individuellen Wertorientierungen und -vorstellungen zum Ausdruck, die wiederum integrale und zentrale Elemente der Motivation der Persönlichkeit bilden. Werte ‚entscheiden‘ letztlich auch darüber, welche Gegebenheiten für das Individuum als Stimuli (Sanktion, Gratifikation, Belohnung, Entschädigung usw.) bedeutsam sind.“ (Hillmann 1994)

Eine gängige Differenzierung des Motivationsbegriffes unterscheidet intrinsische und extrinsische Motivation: Intrinsische Motivation liegt vor, wenn eine Person eine Handlung um ihrer selbst willen, wegen der ihr innewohnenden Anreize, ausführt. Von extrinsischer Motivation wird gesprochen, wenn eine Handlung hauptsächlich wegen bestimmter, mit ihr verbundener Konsequenzen, die zu der Handlung selbst in keinem direkten Verhältnis stehen, erfolgt (Deci/Ryan 1985, 2000). Im Kontext der Berufswahl ließe sich demnach unterscheiden, ob die Entscheidung für den gewählten Beruf durch die persönliche Wertorientierung bzw. das Interesse an berufsspezifischen Aufgaben und Tätigkeiten motiviert ist oder sich auf Faktoren zurückführen lässt, die mit den berufsspezifischen Aufgaben und Tätigkeiten erst einmal nichts zu tun haben, wie die Verdienst- und Karrieremöglichkeiten im gewählten Arbeitsbereich. Für beide

Motivationslagen fanden sich in den Interviews mit Pflegenden Beispiele, die im Folgenden näher beleuchtet werden sollen.

In den Interviews werden als Motive für die Berufswahl im Wesentlichen folgende Aspekte genannt: die Freude am sozialen Austausch auch im beruflichen Kontext, das Interesse, mit unterschiedlichen Menschen in Kontakt zu kommen und Einblick in ihr Leben zu erhalten. Daneben wurden persönliche Eigenschaften, wie z.B. Fürsorglichkeit oder soziales Engagement angeführt sowie vorberufliche Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Familie, als Gründe für die Berufswahl angeführt. Überhaupt nicht erwähnt wurde von den Befragten jedoch ein Phänomen, das in der Literatur beschrieben wird, nämlich, dass berufliche Pflegende bereits in ihrer Herkunftsfamilie durch nahe Angehörige Einblick in den Beruf gewonnen und Interesse dafür entwickelt haben (El-Cherkeh/Fischer 2010).

Wie im Kontext sozialer Berufe zu erwarten, nennen Befragte vor allem das Interesse an Tätigkeiten, bei denen sie in direktem Kontakt mit Menschen sind oder die Freude daran, Kundenbeziehungen individuell, d.h. entsprechend der Bedürfnisse, Präferenzen und mit Blick auf die Biografie der zu Pflegenden zu gestalten:

„**Gerade** so die alten Leute so, das ist ja auch wirklich spannend, was die für 'ne Lebenserfahrung haben, was die einem von früher auch erzählen und so. Das ist ja das, warum ich das auch machen möchte, weil mich persönlich [das] auch mal so interessiert, ja.“ (IP9, 50)

Die Befragte betont, dass sie am Pflegeberuf insbesondere den Kontakt mit alten Menschen schätzt („*gerade so die alten Leute, das ist ja auch wirklich spannend*“), weil sie auf diese Weise einen Einblick in die Lebensweise früherer Generationen vermittelt bekomme („*was die einem von früher erzählen*“). Außerdem kommt in dieser Gesprächssequenz zum Ausdruck, dass der Kontakt mit lebenserfahrenen Menschen auch Möglichkeiten bietet, persönlich davon zu profitieren („*was die für 'ne Lebenserfahrung haben*“). Ohne dass die Interviewpartnerin konkrete Inhalte solcher Gespräche mit alten, lebenserfahrenen Menschen schildert, wird deutlich, dass sie für die Befragte einen hohen Wert haben, denn sie betont die Bedeutung ihrer Worte durch Verstärkungen wie „*wirklich spannend*“ oder Formulierungen, in denen sie ihre Anerkennung zum Ausdruck bringt („*was die für 'ne Lebenserfahrung haben*“). Offenbar bieten solche Einblicke in die persönliche Biografie nicht nur lebendige, zeitgeschichtliche Informationen, sondern können darüber hinaus - und darin zeigt sich die ‚Lebenserfahrung‘ der Kunden - beispielhaft individuelle Handlungs- und Copingstrategien in existenziell bedeutsamen

Lebenssituationen vermitteln. Grundsätzlich bietet die Konfrontation mit fremden Biografien stets auch die Möglichkeit, Vergleiche anzustellen oder neue Impulse für das eigenes Handeln zu erhalten; darüber hinaus kann sie Anlass sein, einen Perspektivwechsel vorzunehmen oder bisherige Einschätzungen zu relativieren. Diese Interviewsequenz hinterlässt den Eindruck, dass die Befragte in ihrem Arbeitskontext bereits entsprechende Erfahrungen gemacht und als bereichernd erlebt hat und - die Vermutung liegt jedenfalls recht nah - für sie wichtige Erkenntnisse daraus ziehen konnte.

Auch von anderen Befragten werden das Interesse an sozialen Kontakten und der Einblick in Lebensgeschichten anderer Menschen als zentrales Motiv für die Berufswahl und auch für die tägliche Berufspraxis dargestellt.

„Mich, also uns, interessiert viel mehr der Mensch, ganz wie sie sind mit ihrer ganzen Geschichte. So sind sie da und so leben sie auch hier. Und das ist dann halt, irgendwie find' ich [das] interessant. Weil die Menschen, die können sich verändern, klar, verschlechtern oder verbessern in der Altenpflege vielleicht minimal. Aber die werden immer älter, und ähm, aber die Art und Weise, wie man so mit 'nem Menschen umgeht, also mit alte Menschen-. Allein schon wegen ihre Geschichte, find' ich schon sehr interessant.“ (IP 14, 26)

Diese Interviewpartnerin stellt ihr Interesse am Umgang mit Menschen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit („*mich, also uns interessiert viel mehr der Mensch*“). Offenbar unterstellt sie den KollegInnen oder auch der Berufsgruppe insgesamt eine vergleichbare Motivation, denn sie korrigiert sich während des Sprechens, ersetzt das Personalpronomen und spricht von „*uns interessiert*“ an Stelle von „*mich interessiert*“.

Die Formulierung „*der Mensch*“ steht zwar grammatisch im Singular, bezeichnet jedoch nicht ein Individuum, sondern die Gattung ‚Mensch‘- eine Deutung, die durch die Fortsetzung des Satzes im Plural („*wie sie sind*“) untermauert wird. Ihr Interesse gilt also offenbar - im Unterschied zur Gattung Tier oder Pflanze - dem spezifisch Menschlichen. Das Besondere menschlichen Verhaltens zeichnet sich aus anthropologischer Sicht u.a. durch „einen hohen Grad der Plastizität, der soziokulturellen Formbarkeit und möglicher individuell-rationaler Selbststeuerung“ aus (Hillmann 1994), also Aspekte, auf die die Interviewpartnerin hinweist, wenn sie in eher allgemeiner Form von ihrem Interesse am Menschen und ihrer individuellen Biografie spricht („*ganz wie sie sind mit ihrer ganzen Geschichte*“). Insbesondere durch die zweifache Verwendung des Adjektivs „*ganz*“ betont die Befragte, dass ihr Interesse nicht auf bestimmte Aspekte der Person oder der Lebensgeschichte reduziert ist, sondern dass die persönliche Begegnung und die individuelle Beziehungsgestaltung im Sinne eines ganzheitlichen Berufsverständnisses im Mittelpunkt stehen. Nach ihrer Erfahrung bringen alte Menschen ihre individuelle

Persönlichkeit, so wie sie sich im Laufe lebenslanger Prozesse herausgebildet hat, in den sozialen Kontext der Pflegebeziehung mit und eine Veränderung der Lebenssituation, z.B. durch den Umzug in eine stationäre Einrichtung, verändert weder den Charakter grundlegend noch die Lebensweise („*So sind sie da und so leben sie auch hier.*“). Die Individualität der Kunden wahrzunehmen und das professionelle Handeln darauf abzustimmen, erlebt die Befragte offenbar als interessante Herausforderung, die den besonderen Reiz ihrer Arbeit ausmacht („*wie man mit so 'nem Menschen umgeht (...)* *allein schon wegen ihre Geschichte, find' ich schon sehr interessant.*“). Verglichen mit dem Lebensalter und der damit verbundenen Lebenserfahrung hat die gesundheitliche Verfassung für die Befragte einen wesentlich geringeren Stellenwert für das professionelle Handeln. Dieses orientiert sich demnach stärker an der Persönlichkeit der zu Pflegenden als an ihrer physischen Verfassung („*weil die Menschen, die können sich verändern, klar, verschlechtern oder verbessern in der Altenpflege vielleicht minimal. Aber die werden immer älter*“).

Einige Befragte beziehen sich auch auf Aspekte ihrer eigenen Persönlichkeit, die ihnen gewissermaßen ‚in die Wiege gelegt‘ wurden und ihre spätere Berufswahl maßgeblich beeinflusst haben.

„Meine Mama hat auch schon gesagt, ja, ne: Du hast irgend 'n Loch im Kopf, sagt sie immer ((lacht)) ne, und wenn du dich da so 'reinsteigerst. Aber ich mach' das **so mit Herz** und mit Liebe dann auch und dann- Also, in dem Sinn, mein Opa ist daran schuld ((lacht)), dass ich da jetzt so da ‚reingerutscht bin und ich könnte eigentlich mir überhaupt nichts anderes mehr vorstellen. Also, ich sag' mal jetzt, ähm: So, wie nur auf dem Stuhl sitzen im Büro oder so was oder ähm, weiß ich nicht, könnt' ich gar nicht. Das is, das is, ja, einfach mein Leben, sag' ich jetzt so.“ (IP 16, 27)

„Das war ich schon als junges Mädchen. Ja, meine Mutter hat immer gesagt- wo die das [Berufswahl] erfahren hat, sagt sie: Dann hast du, was du wolltest. Ich hab' schon früher, wenn bei uns jemand krank war oder- dann war ich sofort Teechen kochen und geben. Und meine Schwester hat die Tabletten nur von mir genommen, die war viel jünger als ich, ne? Also, ich kann mir eigentlich nischt anderes vorstellen, egal wie schlimm es wird. Aber ich hoffe, ja gut, mein Rücken macht mit.“ (IP 11. 98)

Im Zusammenhang mit der Berufswahl wurden in den Interviews nicht selten Erfahrungen mit pflegebedürftigen Angehörigen aus der eigenen Familie thematisiert („*mein Opa ist daran schuld*“). Für die beiden zitierten Pflegekräfte sind die vorberuflichen Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit im persönlichen Umfeld offenbar positiv besetzt; sie sehen ihre Freude am Helfen offenbar als Teil ihrer Persönlichkeit an, die sie für die berufliche Pflege in besonderer Weise qualifiziert („*ich mach' das so mit Herz und mit Liebe dann auch*“). Die Konfrontation mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Familie wird vor diesem Hintergrund als eine Art Schlüsselerlebnis verstanden, das für die richtige Berufswahl

befördert hat. („*mein Opa ist daran schuld ((lacht)), dass ich da jetzt so ,reingerutscht bin und ich könnte eigentlich mir überhaupt nichts anderes mehr vorstellen*“).

Die Erfahrung, dass persönliche Eigenschaften wie Fürsorglichkeit („*Teechen kochen*“) oder die Übernahme einer versorgenden Rolle sinnvoll eingesetzt werden können und positive Resonanz hervorrufen („*meine Schwester hat die Tabletten nur von mir genommen*“) bestärken die Einschätzung, dass die eigene Berufsentscheidung richtig war („*ich kann mir eigentlich nischt anderes vorstellen*“). Positive Erfahrungen mit Pflege im familiären Bereich können außerdem dazu beitragen, das Gefühl von Kompetenz zu stärken und eine optimistische Selbstwirksamkeitserwartung zu entwickeln (Schwarzer /Jerusalem 2002). Letztere zeigt sich in der optimistischen Überzeugung einer Person, über die zur Bewältigung schwieriger Anforderungen notwendigen Ressourcen zu verfügen. Anforderungen werden als positive Herausforderungen verstanden, mit Ausdauer umgesetzt - somit stellt eine optimistische Selbstwirksamkeitserwartung auch eine wichtige Voraussetzung für Motivation dar (Schwarzer/Jerusalem 2002).

Vergleiche mit Berufen ohne Kundenkontakt, denen entsprechende Gelegenheiten für intensive zwischenmenschliche Kontakte fehlen, können solche persönlich bestärkenden oder identitätsstiftenden Erfahrungen nicht vermitteln und die Bewertung fällt entsprechend negativ aus („*nur auf dem Stuhl sitzen im Büro oder so was oder ähm, weiß ich nicht, könnt' ich gar nicht*“).

Trotz der Begeisterung für den Beruf geben die Gesprächssequenzen auch Hinweise darauf, dass den zitierten Befragten auch die Risiken ihrer hohen Einsatzbereitschaft bewusst sind. So bringt die zuerst Zitierte eine kritische Anmerkung ihrer Mutter ins Spiel („*Meine Mama hat auch schon gesagt (...): Du hast irgend , 'n Loch im Kopf, sagt sie immer (...) wenn du dich da so 'reinsteigerst.*“). Insbesondere die von der Mutter gewählte Formulierung „*Loch im Kopf*“ lässt sich als humorvoller (ironischer), aber durchaus auch kritischer Ausdruck für den von ihr wahrgenommenen Mangel an Rationalität auf Seiten der Tochter deuten. Der Kopf gilt gemeinhin als Sitz der des Verstandes; darin ein „Loch“ zu haben, bedeutet nicht nur einen ‚Defekt‘, sondern würde - bleibt man in der Symbolik dieses Bildes - zu einem Verlust an Rationalität führen (denn diese könnte ja aus dem Kopf entweichen). Der Kopf als Sinnbild für rationales Denken wird in dieser Interviewsequenz dem Herz als Symbol für Emotionalität („*ich mach' das so mit Herz und Liebe*“) gegenübergestellt. Untermuert wird diese Deutung durch die Formulierung „*wenn du dich da so reinsteigerst*“, mit der die Mutter zum Ausdruck bringt, dass ihre Tochter aus ihrer

Sicht mit einem Übermaß an Emotionalität an die berufliche Arbeit herangeht. Es wird offensichtlich, dass die hohe Einsatzbereitschaft der Tochter der Mutter unvernünftig erscheint und ihr unerklärlich ist („*irgendein Loch*“). Auf humorvolle Art unterstellt die Mutter ihrer Tochter somit ein ‚Zuviel‘ an Emotion bzw. einen Mangel an Vernunft.

Auch in der zweiten Interviewsequenz gibt es Hinweise auf mögliche negative Folgen hoher Einsatzbereitschaft („*ich hoffe, ja gut, mein Rücken macht mit*“, „*egal, wie schlimm es wird*“). Die kritischen Anmerkungen folgen im Nachsatz im Anschluss an die Darstellung der eigenen Motivation bzw. der Zufriedenheit mit der Berufsentscheidung („*ich kann mir eigentlich nischt anderes vorstellen*“). Die Grenze der Einsatzbereitschaft dieser Befragten ist offenbar erst dann erreicht, wenn ihre Gesundheit massiv geschädigt ist, denn sie führt keine anderen Gründe dafür an, sich in ihrem Engagement zurückzunehmen. Durch den Nachsatz „*egal wie schlimm es wird*“ lässt sie einerseits ihre pessimistischen Erwartungen hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung im Arbeitsbereich und der damit verbundenen Belastungen durchblicken und verweist gleichzeitig darauf, dass sie ihr berufliches Handeln, d.h. ihre Motivation und ihren Arbeitseinsatz, von äußeren Bedingungen abkoppelt. Damit drückt sie ihre Absicht aus, ihren Werten und der auf ihnen basierenden Motivation (den sie motivierenden Werten) unabhängig von den Rahmenbedingungen der Arbeit weiterhin zu folgen, solange es ihre Gesundheit erlaubt. Damit zeigt sie nicht nur eine hohe Bereitschaft, sich zu verausgaben, sondern darüber hinaus auch die Bereitschaft, für die Arbeit bzw. die Klienten persönliche Opfer zu bringen.

Beide Befragte erhalten so auf unterschiedliche Weise warnende Signale; diese werden von ihnen zwar wahrgenommen, scheinen sich jedoch nicht auf ihre Arbeitshaltung und die hohe Identifikation mit dem Beruf auszuwirken („*das ist einfach mein Leben*“).

Die folgende Befragte beschreibt, wie sich ihre Erfahrungen mit Krankheit und Tod in der eigenen Familie sich auf ihr professionelles Handeln ausgewirkt haben.

„Ich hab‘ halt früh meinen Vater verloren und so, ich hab‘ mich früh mit Sterben schon beschäftigt, da war ich noch gar nicht in Ausbildung. Ich war auch schon viel **reifer** - ich war damals 17 - als andere mit 17. Ich hab‘ den [Vater] mit 14 verloren und durch die Familie, dadurch, dass immer viele Leute da waren und Oma und alles, viel mit Älteren zu **tun** und so, war das schon anders wie bei manchen, die halt noch **nie** irgendwie solche **Erfahrungen** gemacht haben, mit Schmerz, ne, wie gehe ich damit um, wenn jemand **traurig** ist, wenn jemand gestorben ist? Wie gehe ich mit Angehörigen um und all so was, das ist halt **auch** wichtig.“ (IP 4, 338)

So hat nicht nur der frühe Tod des Vaters („*ich hab' den mit 14 verloren*“) zur Auseinandersetzung mit existenziell bedeutsamen Themen geführt („*ich hab' mich früh mit Sterben schon beschäftigt*“). Auch der häufige Kontakt mit älteren Menschen („*viel mit Älteren zu tun und so*“) und Beziehungen insbesondere zur Generation der Großeltern („*dass immer viele Leute da waren und Oma und alles*“) hat die Befragte für Probleme und Gefühle kranker oder alter Menschen sensibilisiert („*mit Schmerz, ne, wie gehe ich damit um wenn jemand traurig ist, wenn jemand gestorben ist*“). Die Befragte betont, dass sie auf Grund der Erfahrungen viel besser auf den Arbeitsalltag in der Pflege vorbereitet war („*viel reifer (...) als andere mit 17*“) als KurskollegInnen, die am Arbeitsplatz erstmalig mit diesen Themen konfrontiert wurden („*schon anders als bei manchen, die noch nie irgendwelche Erfahrungen gemacht haben*“). Aus Sicht dieser Befragten sind persönliche Erfahrungen auch für die Interaktion mit Kunden und Angehörigen auch insofern hilfreich, als es dann leichter fällt, empathisch zu sein, auf die Gefühle des Gegenübers einzugehen und sich angemessen zu verhalten („*wie gehe ich damit um, wenn jemand traurig ist?*“). Am Ende der des Zitats betont (konstatiert) die Befragte, dass die psychosoziale Betreuung „*halt auch wichtig*“ sei und stellt die entsprechenden Kompetenzen durch das betonte „*auch*“ implizit auf eine Stufe mit anderen professionellen Kompetenzen Pflegender.

Auch im folgenden Interviewausschnitt geht es um die Bedeutung persönlicher Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie für die Berufsmotivation.

„Ich wollte früher eigentlich immer Kindergärtnerin werden. Und dann hab' ich 'n Praktikum im Kindergarten gemacht und dann hab' ich gemerkt, dass mir das zu eintönig halt leider is'. Weil man hat zwar die Kinder von morgens bis nachmittags, es ist auch schön, aber ähm es ist halt entweder immer nur basteln oder nur spielen, und das war mir einfach zu **kompakt**. Und dann hab' ich immer gesagt, so: Ich möchte entweder Krankenschwester oder Altenpflegerin werden, weil, mein Opa wurde krank und ich hab' meiner Oma halt geholfen, weil wir wohnten nicht weit von meiner Oma entfernt. Und dann hat mein Opa halt 'n Bein amputiert bekommen und dann konnte er halt nicht mehr so wie er wollte. Und ich hab' dann richtig Spaß daran gehabt, meinen Opa - das hört sich jetzt blöd an - zu betüdeln ((lacht)) sag' ich jetzt einfach so. Und ähm ich hab' meiner Oma dann immer geholfen, weil sie hat dann immer gesagt: Ja, wie mach' ich das denn? – Ich weiß nicht, ich hab' mich da einfach irgendwie für interessiert, ich hab' mir **nie** eigentlich so Gedanken darum gemacht, was ist, wenn jemand alt wird. Aber dann, als mein Opa halt so krank geworden ist, das kam irgendwie dann spontan. Ich hab' mich so interessiert dafür, dass ich mir Bücher gekauft habe, so Pflegebücher auch.“
(IP 16, 27)

Die Befragte stellt ihre Berufswahlentscheidung hier als einen Prozess dar, der mit dem Wunsch begann, einen anderen Beruf zu ergreifen („*Ich wollte früher eigentlich immer Kindergärtnerin werden*“). Als dieser Wunsch nach ersten praktischen Erfahrungen im Arbeitsfeld revidiert wurde („*dann hab' ich gemerkt, dass mir das zu eintönig leider is*“) war die Erkrankung des Großvaters der Anlass, sich einerseits mit existenziellen Fragen

auseinanderzusetzen („*ich hab' mir nie eigentlich so Gedanken darum gemacht, was ist, wenn jemand alt wird. Aber dann, als mein Opa halt so krank geworden ist*“) und andererseits über den Einstieg in den Pflegeberuf nachzudenken. Die Selbstverständlichkeit mit der in Familien häufig Hilfeleistungen gewährt werden („*ich hab' meiner Oma halt geholfen*“) und der wahrgenommene Unterstützungsbedarf nahestehender Verwandter („*dann konnte er [Opa] halt nicht mehr so wie er wollte*“, „*sie [Oma] hat dann immer gesagt: Ja, wie mach' ich das denn?*“) haben die Befragte offenbar motiviert, sich aktiv an der Pflege zu beteiligen. Aus der Äußerung der Befragten lässt sich schließen, dass die Großmutter häufiger die Unterstützung ihrer Enkelin gesucht hat („*sie hat dann immer gesagt*“). Diese hat sich offenbar als kompetente Hilfe für die Großmutter erwiesen und war darüber hinaus auch motiviert, ihre Fähigkeiten auf eine fundierte Wissensbasis zu stellen („*ich hab' mich so interessiert dafür, dass ich mir Bücher gekauft habe, so Pflegebücher auch*“). Wenn die Großmutter die Enkelin wiederholt um Unterstützung bittet, dürfte dies von der Enkelin auch als Ausdruck von Wertschätzung gedeutet werden und es ist anzunehmen, dass auf diese Weise auch ihre Motivation, den Großeltern weiterhin helfend zur Seite zu stehen, bestärkt wurde.¹⁰

Die gleiche Befragte äußerte sich etwas später im Interview dazu, wie sie auf Äußerungen reagiert, die den Pflegeberuf auf bestimmte körpernahe Tätigkeiten reduzieren, wie z.B. die Unterstützung beim Toilettengang oder das Waschen des Intimbereiches, die also Aufgaben betreffen, die mit gesellschaftlichen Tabus belegt sind und als ‚ekelig‘ angesehen werden

„Ich hab' da (???) noch nie Ekel vor gehabt, ich weiß nicht wieso, aber ich hab' da noch nie Ekel, gehabt. (...) Füße sind für mich nicht so toll ((lacht laut)), **ich mag keine Füße**. Und da hab' ich gesagt, zum Beispiel 'ne Fußpflegerin könnt' ich nicht werden. Ich mein', ich wasch die, klar. Aber ich könnte **nie** Nägel schneiden. Oder ähm ich sag' so, bei anderen Leuten im Mund, jetzt mit Zähnen oder beim Zahnarzt, könnt' ich nicht. Und ich sag' dann: Siehste, und ihr macht dann das und das, zum Beispiel auch mit Brötchen verkaufen oder was weiß ich. Und ich putz' halt Popos ab, hab' ich gesagt. Und wenn's uns nicht geben würde, würden die alten Leute gar nicht so alt werden. So sag' ich das immer. Ich sag': Du gehst, du gehst, was weiß ich, gerne deine Brötchen verkaufen, und ich sag' so: Und das mach' **ich nicht**. Ich sag' so: Ich geh' dafür die alten Leute versorgen, was mir halt Spaß macht. Weil, wenn ich 'n Beruf hätte, der mir nicht Spaß machen würde, dann könnt' ich nicht arbeiten gehen.“
(IP 16, 34)

Die Interviewpartnerin stellt hier ihre persönliche Strategie dar, mit abwertenden Äußerungen und reduzierende Berufsklischees umzugehen. Dazu gehört insbesondere, dass den Berufsangehörigen offenbar eine hohe Toleranzschwelle unterstellt wird, wenn es um das Aushalten oder Handhaben von Situationen angeht, die bei anderen Menschen Ekelgefühle hervorrufen. Damit wird sowohl dem Beruf (als besonders eklig) als auch den

Mitarbeitenden (als besonders Ekel-resistent) ein Sonderstatus zugeschrieben. Die Befragte möchte diesbezüglich aber offenbar nicht anders wahrgenommen werden als Angehörige anderer Berufe und ist bemüht ihren Sonderstatus zu relativieren, indem sie deutlich macht, dass es für sie durchaus auch Tätigkeiten gibt, die sie eklig findet („*ich könnte nie Nägel schneiden*“, „*bei anderen Leuten im Mund, jetzt mit Zähnen oder beim Zahnarzt, könnt ich nicht*“), nur eben andere („*ihr macht dann das und das (...) und ich putz halt Popos ab*“). Indem sie ihre persönlichen Grenzen darstellt, nivelliert sie den Sonderstatus des Pflegeberufes und reiht ihn gewissermaßen ein in die Riege der ‚normalen‘ Berufe („*Brötchen verkaufen*“). Mit ihrer Formulierung „*Popos abputzen*“ spricht sie offensiv an, auf welche Tätigkeiten sich distanzierende Äußerungen beziehen, wählt dabei jedoch einen Ausdruck („*Popos*“), der keine abfälligen Konnotationen hat, sondern eher freundliche Vertrautheit ausdrückt und häufig im familiären Kontext bzw. im Gespräch mit Kindern benutzt wird. Auch damit drückt sie aus, dass Hilfe bei der Intimpflege für sie keine Ekel erregende Tätigkeit darstellt.

Interessant an dieser Interviewsequenz - und sicherlich auch relevant im Zusammenhang mit der Berufsmotivation - erscheint das Phänomen, dass eine berufliche Tätigkeit und die Person, die diese ausübt, in der öffentlichen Wahrnehmung offenbar eng miteinander verknüpft werden. Wird der Beruf dann außerdem - wie es offenbar in der Pflege häufig vorkommt - auf Tätigkeiten reduziert, die mit Tabus belegt sind, so kommen die Berufsangehörigen scheinbar leicht in die Situation erklären zu müssen, warum sie sich überhaupt dafür entschieden haben. So entsteht in dieser Interviewsequenz der Eindruck, dass die Befragte sich dafür rechtfertigt, dass sie den Pflegeberuf ergriffen hat, obwohl dieser mit tabuisierten Tätigkeiten verbunden ist („*Und wenn's uns nicht geben würde, würden die alten Leute gar nicht so alt werden.*“). Der Nachsatz („*So sag ich das immer.*“) lässt darauf schließen, dass die Befragte sich häufiger in der Situation sieht, ihre berufliche Motivation erklären zu müssen und sich dafür inzwischen eine für sie angemessene Strategie zurechtgelegt hat („*Ich sag: Du gehst (...) gerne deine Brötchen verkaufen (...) Ich geh dafür die alten Leute versorgen, was mir halt Spaß macht.*“). Es ist ihr wichtig, deutlich zu machen, dass ihr Beruf ihr Freude bereitet, ihre Berufsentscheidung intrinsisch motiviert ist und nicht etwa eine Notlösung darstellt („*wenn ich 'n Beruf hätte, der mir nicht Spaß machen würde, dann könnt ich nicht arbeiten gehen*“). Schließlich fasst sie den Inhalt ihrer Arbeit mit einer kurzen Formulierung zusammen, die implizit viele komplexe Aufgaben einschließt („*die alten Leute versorgen*“). Damit grenzt sie sich von reduzierenden Klischees ab, stellt die

Sinnhaftigkeit („*versorgen*“) in den Mittelpunkt ihrer Berufsmotivation und bringt gleichzeitig ihre Werteorientierung zum Ausdruck.

Im Unterschied zu der zuletzt zitierten Befragten gab es in den Interviews durchaus auch professionell Pflegende, die einräumten, dass es nicht ihr ursprünglicher Berufswunsch gewesen ist, in der Pflege zu arbeiten, sondern dies vielmehr dem Mangel an Alternativen zuzuschreiben sei oder nur eine vorübergehende Erwerbsquelle darstelle.

„Also, ich hab‘ das erst mal gemacht, weil ich wirklich nicht wusste, was ich sonst machen soll. Und ich hab‘ auch immer gedacht, in der Pflege arbeiten, das kann ich **überhaupt nicht**. Also, ich hatte eine Großtante, die im Altenheim war, und ich hab‘ - das immer **ganz schrecklich** ((lacht)). Ich hab‘ immer gesagt: **Hier** könnt ich niemals arbeiten. Und ähm, ja, dadurch, die Situation nach dem Studium dann, **es war wirklich nichts da**, aber ich wollte, ich wollte unbedingt arbeiten. Aber ich wusste einfach nicht: Wo kann ich hin? Was kann ich machen? Und dann habe ich gedacht, ich guck‘ mir das einfach mal **an**. So. Und ähm, erstaunlicherweise hat mir das **doch** gut gefallen, gleich am ersten Tag. Und ich finde mittlerweile auch, dass es ‘ne wichtige Arbeit ist einfach und man auch viel mitnehmen kann aus dem, aus, ja aus dem Bereich. Und ähm. es ist schon, ähm, ‘n Arbeitsfeld, in dem ich nicht, ähm, immer bleiben **will**, weil ich find‘, es zerrt doch manchmal ganz schön an einem, gerade, wenn man vielleicht nicht ausgebildet ist in dem Bereich. Mhm. Aber es gibt einem auch viel, doch, das schon.“ (IP 2, 45)

Diese Befragte beschreibt, wie sie mit Vorstellungen in die Pflgetätigkeit eingestiegen ist, die den zuvor beschriebenen negativen Klischees recht nahe kommen („*das kann ich überhaupt nicht*“). Ihre finanzielle Not war dann aber doch so groß („*es war wirklich nichts da (...), aber ich wollte unbedingt arbeiten*“), dass sie trotz ihrer Bedenken und negativer Erfahrungen („*ich hatte eine Großtante, die im Altenheim war, und ich hab‘ - das immer ganz schrecklich*“) eine Pflgetätigkeit aufgenommen hat und positiv überrascht wurde („*erstaunlicherweise hat mir das doch gut gefallen*“). Obwohl die Befragte ihre Einstellung zum Beruf offenbar revidiert hat, („*ich finde mittlerweile auch, dass es ‘ne wichtige Arbeit ist*“) und sie von der Arbeit in der Pflege auch persönlich profitieren konnte („*man auch viel mitnehmen kann*“), wünscht sie sich auf Dauer eine Tätigkeit in einem Bereich, der ihr emotional weniger aufreibend erscheint („*es zerrt doch manchmal ganz schön an einem*“) und für den sie die passende Qualifikation mitbringt („*wenn man vielleicht nicht ausgebildet ist in dem Bereich*“).

Keine der Befragten gab in den Interviews monetäre Interessen als ausschlaggebend für die Berufswahl an. Dies erscheint vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Vergütungssituation nicht verwunderlich. Mit Blick auf die demografische Entwicklung kann der Pflegeberuf jedoch als krisensicher gelten, denn Arbeitslosigkeit ist hier nicht zu befürchten. Die Sicherheit von Arbeitsplatz und Einkommen können somit durchaus die Berufswahl beeinflussen.

„Ok, du hast solche Pfleger und du hast solche. Ähm, der eine geht, weil er's nur finanziell machen muss , und der andere, der geht eben, weil, weil er eben auch Geld verdienen will, aber der hat die Passion dazu.“ (IP 11, 32)

Dieses Zitat unterscheidet anhand der Motivation zwei Typen von Pflegenden: die ausschließlich extrinsisch motivierten (*„der eine geht, weil er's nur finanziell machen muss“*) von den primär intrinsisch motivierten (*„der andere, der geht eben, weil er eben auch Geld verdienen will, aber der hat die Passion dazu“*). Die ersten Worte des Zitates, die die Unterscheidung der beiden Typen von Pflegenden einleitet (*„du hast solche Pfleger und du hast solche“*) verdeutlicht, dass mit dieser Unterscheidung von Seiten der Interviewpartnerin auch eine Bewertung verknüpft ist. So ist mit der umgangssprachlichen Formulierung ‚solche und solche‘ üblicherweise die Unterscheidung in ‚Gute und Schlechte‘ gemeint. Eher negativ bewertet werden die Mitarbeitenden, die die Arbeit *„nur finanziell machen“*, während der positiv bewertete Typus von Mitarbeitenden *„die Passion“* dazu hat. Geht man näher auf die Bedeutung des Begriffes ‚Passion‘ ein, so lässt sich die Äußerung der Befragten so deuten, dass eine Pflegeperson idealerweise neben berechtigten monetären Interessen insbesondere Leidenschaft oder Begeisterung für die Arbeit mitbringen sollte.

Der Begriff Passion hat darüber hinaus jedoch eine weitere Bedeutung, die in diesem Kontext ebenfalls von Relevanz sein könnte. Er bezeichnet in der christlichen Religion auch die Leidensgeschichte Christi, und stellt damit den Aspekt des ‚Leidens‘ - im Sinne des Leidens für andere - in den Mittelpunkt. Zwar ist auch im Begriff der Leidenschaft das Leiden z.B. als ‚Ertragen von Schmerzen‘ enthalten, im Begriff der Passion erhält das Leiden jedoch einen Sinn, der mehr beinhaltet, als sich für eine Sache oder eine Person leidenschaftlich einzusetzen. Passion kann im christlichen (religiösen) Sinne auch als Bereitschaft verstanden werden, sich für das Leben anderer mit dem eigenen Leben einzusetzen oder aufzuopfern. Die dafür notwendige Leidensfähigkeit oder -bereitschaft könnten aus Sicht der Befragten also ebenfalls Motive sein, durch die sich ‚gute‘ von ‚schlechten‘ Pflegenden unterscheiden.

Solche und ähnliche Motive tauchen jedenfalls in den Interviews immer wieder auf und scheinen auch das professionelle Handeln zu beeinflussen. Sie sind Ausdruck einer hohen Wertorientierung vieler Pflegenden und tragen sicherlich dazu bei, die Qualität der Pflege zu verbessern bzw. zu erhalten. Pflegende selbst, aber auch die Führungspersonen der Einrichtungen sollten aber auch die Risiken, die mit einer solchen Motivation verbunden

sind, im Blick haben und (gemeinsam) reflektieren, damit der Nutzen, der den Kunden daraus erwächst erhalten bleibt und den Pflegenden daraus kein Schaden entsteht.

Zusammenfassung

Aus den Äußerungen der Interviewpartner geht deutlich hervor, dass Mitarbeitende in Pflegeberufen primär intrinsisch motiviert sind. Sie haben ihren Beruf gewählt, weil sie Freude am Kontakt mit Menschen haben oder die Einblicke in die Biografie insbesondere älterer und lebenserfahrener Menschen interessant finden und auch als förderlich für die eigene Persönlichkeitsentwicklung erleben. Manche Befragte haben schon in der Kindheit oder Jugend Eigenschaften bei sich entdeckt, die sie rückblickend als prädestinierend für die Arbeit in der Pflege ansehen. Nicht selten werden in den Interviews vorberufliche Erfahrungen im familiären Umfeld angesprochen, die den Weg in den Pflegeberuf gebahnt haben. Erfahrungen mit Krankheit und Tod in der eigenen Familie bedeuten die sicherlich die schmerzhafteste Konfrontation mit Leiden, Vergänglichkeit und Verlust. Sie beinhalten aber auch persönliche Entwicklungsmöglichkeiten. So fällt es Befragten, die selbst entsprechende Erfahrungen gemacht haben, offenbar leichter, Empathie zu entwickeln, die Perspektive von Betroffenen und Angehörigen zu verstehen und angemessen zu reagieren. Möglicherweise - auch darauf gibt es Hinweise in den Interviews - haben Pflegende mit familiären Vorerfahrungen auch weniger mit Berührungängsten oder Gefühlen von Ekel zu kämpfen, wenn sie körperliche Nähe bei Unterstützungsleistungen bereits in der Familie und im Kontakt mit wichtigen Bezugspersonen erlebt haben. Wenn Pflegeleistungen in der Familie auf der Basis einer guten Beziehung zum zu Pflegenden stattfinden und auch von anderen Familienmitgliedern positive Resonanz erfahren, können sie zu einer wichtigen Quelle von Bestätigung (Anerkennung) werden und den Akteuren das Gefühl vermitteln, selbstwirksam handeln zu können.

In den Interviews wurde deutlich, dass die Motivation für den Pflegeberuf kaum monetären Zielen folgt. Dies lässt sich jedoch nicht nur auf die vergleichsweise geringe Vergütung der Arbeit zurückzuführen, denn damit ließe sich die hohe Einsatzbereitschaft oder auch die Begeisterung für den Beruf („*Passion*“) nicht erklären, die sogar so weit reichen kann, dass Pflegende private Interessen hinter beruflichen Erfordernissen oder Kundenwünschen zurückstellen. Ein solches Verhalten ist Ausdruck einer hohen Werteorientierung und trägt sicherlich dazu bei, die Qualität der Pflege auf einem hohen Niveau zu sichern. Pflegende selbst wie auch die Führungspersonen der Einrichtungen sollten aber auch die Risiken, die mit einer solchen Motivation verbunden sind, im Blick haben und (gemeinsam)

reflektieren, damit der Nutzen, der den Kunden daraus erwächst, erhalten bleibt und den Pflegenden daraus kein Schaden entsteht.

Pflegende erleben anscheinend auch immer wieder, dass ihre Motivation und die hohe Sinnhaftigkeit, die sie mit ihrer Arbeit verbinden, wenig Wertschätzung von Seiten ihrer Mitmenschen erfährt. Im Gegenteil, sie müssen erleben, dass ihr Beruf in der öffentlichen Wahrnehmung auf bestimmte, meist tabuisierte Einzeltätigkeiten reduziert wird. Distanzierende Äußerungen (Das könnte ich nicht!) weisen dem Beruf und den Pflegenden selbst gewissermaßen einen Sonderstatus zu, denn sie verrichten freiwillig Tätigkeiten, die für andere mit Ekel oder Scham verbunden sind. Dies kann Pflegende sogar so sehr unter Druck setzen, dass sie das Gefühl haben, sie müssten ihre Berufswahl rechtfertigen und das Image ihres Berufes zurechtrücken und als normale Tätigkeit wie „*Brötchen verkaufen*“ darstellen.

Es wird deutlich, dass abwertende Äußerungen oder reduzierende Klischees sich offenbar nicht nur auf die berufliche Arbeit - oder das, was dafür gehalten wird – beschränken, sondern sich sowohl auf Kunden als auch auf die Pflegenden als Personen beziehen. Sie sind demnach nicht nur sachlich nicht korrekt, weil sie die Komplexität der Arbeit ignorieren, sondern auch, weil sie eine Diskriminierung darstellen von altern oder kranken Menschen als auch derjenigen, die sie mit viel Einsatz und hoher Motivation professionell versorgen.

5.1.1.3 Anerkennung

In den Ausführungen der Interviewpartner/innen zu ihrer Arbeit berichten sie über verschiedene Aspekte in Bezug darauf, wie und wodurch Sie Anerkennung für ihren Beruf bzw. ihre berufliche Tätigkeit erleben. Thematische Schwerpunkte bilden dabei die Reaktionen der zu pflegenden Menschen, der Kontakt mit Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen und die Bezahlung. In der Zusammenschau der Äußerungen wird deutlich, dass Pflegende ihre Anerkennung stark über das Leben eigener Werte bzw. die Umsetzung eigener Wertmaßstäbe sowie die Rückmeldungen der zu pflegenden Menschen bzw. deren Zugehörigen beziehen.

„Und deswegen sag ich denen auch immer wieder, hör mal, wenn dir der Patient das sagt: „schön dass Sie wieder da sind“, oder „das haben Sie gestern toll gemacht, dass hat super gehalten“ oder wie auch immer, „der Verband hat mir geholfen“, „das, was Sie mir an Schmerzmitteln geben...“. Ich sag, das ist das A und O, sag ich, **so** kriegt Ihr's eigentlich, wieder.“ (IP 31, 81)

Wichtigste Quelle von Anerkennung ist die direkte Interaktion und hierbei das Feedback der zu pflegenden Menschen. Die positive Reaktion auf die Pflegeperson („*schön, dass Sie wieder da sind*“) drückt dabei ebenso Anerkennung aus wie das Lob der Arbeitsqualität („*Verband hat mir geholfen*“). Die Einordnung dieser Rückmeldungen als das „*A und O*“, also den Anfang und das Ende von Anerkennung rückt einerseits die zu pflegenden Menschen als Quelle beruflicher Anerkennung in den Mittelpunkt, andererseits weist sie auf einen möglichen Mangel an professionellen Ausdrucksformen für die Anerkennung guter Arbeit hin.

Den Kontakt zu den zu pflegenden Menschen als wesentliche Quelle für Anerkennung zu nutzen, birgt aber auch das Risiko, dass deren Reaktionen eher Geringschätzung zum Ausdruck bringen.

„Der Beruf eigentlich früher mehr Spaß gemacht hat äh: es einfach so dass man früher ja mehr Personal hatte (2) aber auch weniger Patienten und die Patienten waren deutlich genügsamer. Es waren also noch vorwiegend die Patienten die den 2. Weltkrieg mit gemacht habn, halt ganz andere Zeiten erlebt haben. (...) Und es ist halt einfach so, dass, äh: der Beruf immer anstrengender wird ähm: weil halt auch die=die äh Patienten deutlich höhere- die **jüngeren** Patienten deutlich höhere Forderungen, Erwartungen an das Pflegepersonal stellen, die- dem das Pflegepersonal nicht gerecht werden kann (...) Alles in allem bin ich auch an einem Punkt- ich bin jetzt ja fast 41, ich würde gerne aussteigen wollen ja, aber es geht halt einfach nicht. Ich muss mir da auf Dauer jetzt auch mal was überlegen, weil's einfach- ja es ist zu anstrengend, keine Anerkennung generell nicht, wobei ich sagen muss, dass das jetzt hier im (4/Name der Klinik) ähm: also ich hab in vielen Häusern schon gearbeitet ich hab auch in Fachkliniken gearbeitet aber ein=ein **so** arrogantes Verhalten dem Pflegepersonal gegenüber hab ich **eigentlich** so noch nicht erlebt.“ (IP 9, 11)

In der Darstellung, wie sich der Berufsalltag in der Pflege verändert hat, nimmt diese Befragte Bezug auf die Anspruchshaltung der Patienten. Früher waren die zu pflegenden Menschen „*deutlich genügsamer*“ als heute die jungen. Die Befragte bringt das in Zusammenhang mit den Erlebnissen im zweiten Weltkrieg. Bei den jungen Patienten erlebt sie arrogantes Verhalten dem Pflegepersonal gegenüber und damit „*keine Anerkennung, generell nicht*“. Dieser Mangelzustand führ bei ihr dazu, dass sie entschlossen ist, den Beruf zu verlassen.

In Bezug auf Anerkennung auslösende Faktoren scheint Unklarheit darüber zu bestehen, was den Pflegeberuf ausmacht. Einerseits wird das Psychosoziale der Pflegearbeit hervorgehoben, andererseits wird Pflege als Handwerk bezeichnet.

„Ich sach, **das is Altenpflege!** Ne, ich brauch da nich durchfegen und alles putzen und so. Ich muss die Leute – ha: das hört sich immer so psychologisch an – da abholen, wo sie sind.“ (IP 12, 32)

In dieser Aussage wird die Interaktionsarbeit in das Zentrum pflegerischer Arbeit gerückt. Menschen „*da abholen, wo sie sind*“ beschreibt ein grundlegendes Handlungskonzept von

Pflege um das sich die anderen Dinge („*durchfegen, putzen*“) herum arrangieren. In ihrer Aussage drückt die Befragte Unsicherheit bezüglich ihrer Ansicht aus, indem sie die andere Bezugsdisziplin der Psychologie hervorhebt. Psychologisches Vokabular bzw. psychologische Sprache scheinen für die Pflege unpassend oder ungewohnt zu sein im Gegensatz zu „*durchfegen*“ und „*putzen*“.

In dem Umstand, dass Pflege vorrangig als eine psychosoziale Tätigkeit verstanden wird, liegt einerseits eine Chance, eine andere Außenwahrnehmung des Berufes zu erreichen, andererseits aber auch ein Risiko, dass eigene Erfolge schwerer greifbar sind.

„Das is halt das Problem in der Pflege Sie haben nichts, wo Sie was schaffen, ein Maurer zum Beispiel, der zieht in der Stunde ne Mauer hoch. Das hab ich in der Pflege einfach nicht. Äh, wenn ein Patient zufrieden ist, das=das können Sie nicht in der Hand halten, das können Sie nicht festhalten.“ (IP 9, 48)

Mit dem Vergleich zum „*Maurer*“ benutzt auch diese befragte Person die Analogie zum Handwerk. Hier jedoch wird dargelegt, dass Pflege eben kein Handwerk ist und das Produkt der Arbeit immateriell und damit schwer greifbar („*nicht in der Hand halten*“) und flüchtig („*nicht festhalten*“) ist. Möglicherweise liegt eben auch darin ein Problem für das Zollen von Anerkennung für pflegerische Arbeit. Wenn es ein materielles oder außerhalb von körpernahen Verrichtungen wahrnehmbares Produkt von Pflege gäbe, könnten Pflegende vielleicht einfacher Anerkennung für ihre Arbeit erhalten.

Anerkennung meint in diesem Zusammenhang nicht unbedingt nur ausgesprochenes Lob oder Gratifikation. Grundsätzlich geht es darum, dass die eigene Leistung gesehen und geachtet wird.

„Ich wünsch mir, wie gesagt, mehr (3) tja, Anerkennung. Alle, alle lechzen, das hör ich immer wieder raus, wir haben alle so nen leichten Schaden, wollen immer anerkannt werden und gelobt werden. Ähm: ja ich denk mal, es is nicht alles, es is nicht alles toll, aber ich meine, man müsste mehr=man müsste mehr=mehr gelobt werden. Jetzt nich so=so hoch: „Du bist die tollste“. Aber schon mal sagen: „komm, das ist gut, dass könnte besser werden“, so ne. (...) „Ich denk mal, keiner will, dass vor einem die Leute auf die Knie fallen: „oh: Du bist die tollste und Du bis die beste“. So nicht. Aber einfach so'n bisschen durchklingen lassen, mehr Anerkennung.“ (IP 12, 132; 136)

In dem Gesagten macht die Interviewpartnerin deutlich, dass sie hin und her gerissen ist zwischen einerseits dem Bedürfnis, Anerkennung für ihre Arbeit zu erhalten („*ich wünsch mir (...) mehr Anerkennung*“) und andererseits dem möglicherweise moralischen Anspruch, unabhängig von Anerkennung und Lob zu sein, der den erlebten Wunsch als Defekt klassifiziert („*wir haben so nen leichten Schaden, wollen immer anerkannt werden*“). In diesem Spannungsfeld zwischen Wunsch und Anrecht relativiert die Befragte

das erwünschte Lob („*jetzt nicht so hoch: „du bist die tollste“; keiner will, dass die Leute vor einem auf die Knie fallen*“) auf die Ebene eines konstruktiven Feedbacks („*mal sagen: „komm, das ist gut*“). Anerkennung muss in ihren Augen nicht offen und direkt sein, es reicht, wenn die Vorgesetzten es „*einfach so'n bisschen durchklingen lassen*“. Die Äußerungen zeigen, dass klar ein Mangel an Lob und Anerkennung erlebt wird, ein Anrecht darauf aber nur bedingt besteht. Darüber hinaus scheint sogar auf der Ebene des Arbeitsfeedbacks Verbesserungsbedarf zu bestehen.

Geben Führungskräfte regelmäßig Feedback zur Arbeit der Mitarbeitenden wird daraus auch Anerkennung gezogen.

„Weil wenn man immer nichts gesagt kriegt, dann weiß man über sich auch nicht wirklich viel. Und wenn man immer zwischendurch dann so, ja, „mach weiter so, Du bist gut“ und so. Das pusht ja ein ja immer noch n bisschen auf, auch wenn man sagt, „toll, Du bist gut, aber nicht sehr gut, also kannst es noch n bisschen verbessern“. Also ich sag mal, das war eigentlich ne super Resonanz“
(IP 16, 25)

Positiven Antrieb beziehen Mitarbeitende aus den Rückmeldungen ihrer Führungspersonen. Wenn sie von diesen „*nichts gesagt kriegen*“, können sie nicht einschätzen, wie gut ihre Arbeit ist („*weiß man (...) nicht wirklich viel*“). Auch wenn die Rückmeldung der Führungskraft Verbesserungshinweise beinhaltet, erlebt die Interviewte eine Form des gesehen Werdens („*super Resonanz*“). Dieses anerkannt werden setzt positive Energien frei („*das pusht*“).

Das Gefühl, anerkannt zu werden, ist aber bereits auf einer viel tieferen Ebene verankert, nämlich in der Begegnung. Wie Kollegen miteinander umgehen, wenn sie sich während der Arbeit begegnen, wird von den Befragten in einen unmittelbaren Zusammenhang mit Anerkennung und Wertschätzung gestellt.

„**Ja**, teilweise können die Leute einen nicht mal **grüßen**, da: das is also, denk ich, unterste Schublade man muss jeder soweit noch äh: bei Verstand sein, dass er auch noch, ich sach mal, den kleinen Mitarbeiter grüßen kann. Und des is- ja einfach die=die WERTSCHÄTZUNG fehlt einfach, ne, es wird nur „ihr müsst das und das machen“, aber letzten Endes was wir da tagtäglich **leisten** (3) das fällt untern Tisch, das sieht kein Mensch.“ (IP 9, 64)

Wenn Leitungspersonen „*kleine Mitarbeiter*“ nicht grüßen, wird dieses als fehlende Wertschätzung wahrgenommen. Durch ein solches Verhalten wird eine Hierarchie aufgebaut, die den Mitarbeitenden vermittelt, dass sie unbedeutend sind („*unterste Schublade*“). Besonders schlimm erlebt diese Befragte die Polarität, einerseits von diesen Personen Arbeitsanweisungen erhalten und entgegennehmen zu müssen, andererseits aber nicht einmal begrüßt zu werden. Begrüßt zu werden, heißt wahrgenommen und gesehen zu

werden. Arbeitsleistung und Person werden anerkannt. Auch selektive Kommunikation innerhalb der Hierarchie wird als nicht wertschätzend erlebt.

„Vor Weihnachten kommen die Herrschaften übers Haus. (...) Die reden nicht mit der kleinen Schwester oder mit dem kleinen Pfleger, nur mit der Abteilung.“ (IP 9, 60)

Dem Kontakt der Leitungsebene zu den ausführenden Mitarbeitenden kommt eine große Bedeutung in Bezug auf das Erleben von Anerkennung zu. Wenn Führungspersonen bei einem Rundgang durch das Haus nicht mit der „*kleinen Schwester*“ reden, sondern nur mit anderen Leitungspersonen („*Abteilung*“) wird dies als missachtend wahrgenommen. Solche Art der Rundgänge scheint dann eher kontraproduktiv zu wirken. Strategien des Management-by-walking-around zeichnen sich gerade durch den direkten Kontakt zu allen Mitarbeitenden, z. B. auch den Hilfskräften aus.

Ebenso wie aus dem interaktiven Kontakt wird auch aus der Höhe des Verdienstes bzw. der diesbezüglichen Entwicklung das Ausmaß von Anerkennung abgeleitet. Erhöhungen des Verdienstes werden dabei positiv zur Kenntnis genommen, mit Einbußen verbundene Wechsel in andere Tarifverträge oder ungleicher Lohn für gleiche Arbeit werden als ungerecht und abwertend erlebt.

„Also wir haben jetzt auch alle komplett ne Honorarerhöhung gekriegt und das Anfang Januar. Das fand ich übrigens auch ganz sympathisch weil überall, uah Finanzkrise blablabla, und bei (3/Name des Einrichtungsträgers) zahln se erstmal nen Euro mehr aus, fand ich super.“ (IP 5, 141)

Der Interviewte stellt dar, dass er die Lohnerhöhung von einem Euro pro Stunde gerade vor dem Hintergrund einer allgemein angespannten Wirtschaftslage („*Finanzkrise blablabla*“) als eine große Anerkennung, als Ausdruck von Verbundenheit („*sympathisch*“) erlebt. Gerade das nicht zu Erwartende, die „*Honorarerhöhung*“ in der „*Finanzkrise*“, bewirkt hier die Bewertung als großartig („*super*“). Die direkte oder indirekte Kürzung der Löhne wird im Gegensatz dazu als entmutigend empfunden.

„Wir haben schon diese Tarifangleichung vor, äh, 2 Jahren gehabt ((seufzt)) (...) man hat uns also auch dort die Löhne schon gekürzt, **aber** es is einfach so, dass neue Mitarbeiter, auch wenn sie so lange in Fachbereichen waren wie ich, nicht mehr nach den Tarifen angestellt werden wie es jetzt war (...) Das macht die ganze Lage auch sehr=sehr **frustran**.“ (IP 9, 17)

Einkommensverluste durch die Verwendung bzw. Anwendung neuer tariflicher Regelungen assoziiert die Interviewpartnerin damit, dass ihre Arbeitsituation vergeblich und erfolglos ist („*macht die ganze Lage auch sehr=sehr frustran*“). Gerade die damit verbundene Abwertung von Berufserfahrung wird als Ausdruck von Nicht-Anerkennung bewertet. In engem Zusammenhang damit scheint auch eine erlebte Unverhältnismäßigkeit zwischen Arbeitsbelastung und Entlohnung zu stehen.

„Ja, wir haben ne Umstellung vor 5 Jahren erlebt von KR auf TVÖD, war auch ne **riesen**, riesen Unsicherheit hier im Haus, hat ganz viel- hat auch einigen äh: weniger Geld gebracht, nä. Die dann den Lohnstreifen aufgemacht haben und sich dermaßen geärgert haben, dass es weniger war. (...) Na ja, für die Belastung, der man hier ausgesetzt ist, muss man schon sagen, ist es eigentlich relativ wenig, äh, Lohn, den man dafür kriecht.“ (IP 28, 92)

Veränderungen im Vergütungsgefüge führen bei den Pflegenden zu großer Verunsicherung („*riesen, riesen Unsicherheit*“). Dies kann als Ausdruck dafür gewertet werden, dass sich das Einkommen in einem Bereich bewegt, in dem auch kleine Verringerungen große Einschnitte für die Beschäftigten bedeuten. Dass eine bloße Umstellung der Vergütungsgrundlagen Gehaltseinbußen zur Folge hatte, führte zu einer großen Verärgerung auf Seiten der Mitarbeitenden. Ein Rückgang der Bezahlung wird bei erlebter hoher Arbeitsbelastung und bereits als gering empfundener Entlohnung („*wenich Lohn, den man dafür kriecht*“) als Ausdruck mangelnder Anerkennung bewertet. Der Wunsch nach einer an der Arbeitsleistung bzw. -belastung ausgerichteten, gerechten Bezahlung besteht auch im Vergleich zwischen den Kollegen/innen.

„Also, ich fühl' mich schon so'n bisschen **handlangermäßig**. Mhm. (2) ‚Das find' ich halt nicht so schön'. ((lacht)) Und das liegt glaube ich daran, weil ich nicht ausgebildet bin, einfach. (2) Ich krieg' ja auch, ähm, also **ich finde**, dass ich auch, also das find' ich auch so'n bisschen ungerecht, wir kriegen ja auch weniger **Geld** als die ausgebildeten Kräfte, ich meine klar, die haben auch mehr Verantwortung, in Führungsstrichen. ((lacht)) So. Weil wir müssen ja auch teilweise mit Medikamenten arbeiten und so. Aber, ähm (2) ja das find' ich teilweise ungerecht weil wir machen genauso, **harte Arbeit** also, ich mach' ja im Prinzip nicht viel anderes als **die**, teilweise, finde ich, sogar noch **mehr** weil=also, ja noch mehr nicht aber, also ich finde es ist genau so anstrengend und wir bekommen weniger Geld=das finde ich schon ein bisschen, ungerecht.“ (IP 2, 143)

Als ungelernete Kraft („*nicht ausgebildet*“) erlebt die Befragte, dass sie als Zuarbeiterin behandelt wird („*handlangermäßig*“), obwohl sie an vielen Stellen wahrnimmt, die gleiche Arbeit („*auch teilweise mit Medikamenten arbeiten*“) zu tun wie die „*ausgebildeten Kräfte*“. Dies bewertet sie als ungerecht, zumal sie in der Arbeit genauso, wenn nicht noch mehr beansprucht wird („*genauso harte Arbeit; teilweise sogar noch mehr*“). Anerkennung für ihre Arbeit würde sie erleben, wenn sie unabhängig vom Ausbildungsstand für die gleiche Arbeit auch die gleiche Bezahlung erhalte.

Für das Erleben berufsbezogener Anerkennung ist auch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen – und hier besonders den Ärzten – bedeutsam. In diesen Kooperationen geht es immer wieder darum, welche Bedeutung den jeweiligen Leistungsbeiträgen zum Gesamt(behandlungs)ergebnis beigemessen wird.

„Als die Anästhesisten und die Chirurgen wieder da waren, beziehungsweise das OP Team, dann hieß es, „dann können wir ja jetzt richtig operieren!“ Und dann hab ich gesacht, „nein, können wir nicht! Weil, wir sind auch nicht voll besetzt und wir haben auch Krankheitsfälle“. Und das fand ich so n bisschen, asozial, muss ich sagen. Das auf diese beiden Koryphäen dann, **Wert** gelegt wird, die sind nicht da, dann geht es nicht. Aber wir können auch mit weniger Leuten immer mehr arbeiten. Und dann hab ich gesacht und das machn wir nich. Und dann hab ich ihn angerufen, hab unserm

Oberarzt Bescheid gesacht und hab gesacht jetzt is Schluss hier, weil das können wir auch nicht leisten. Weil das is dann gefährliche Pflege, und da musste ich mich mit **beiden** dann natürlich ziemlich auseinandersetzen, und ich sollte nicht laut werden und hab gesacht „ich werd gleich noch lauter, weil jetzt reichts!“ (IP 31, 11)

Die interviewte Person stellt ein Szenario dar, in dem die Krankheit des ärztlichen Personals dazu führte, dass bestimmte Leistungen nicht erbracht wurden. Als diese wieder im Einsatz waren, sollte das gesamte Arbeitspensum bewältigt werden, ohne die Personalsituation der Pflegenden zu berücksichtigen. Hieraus wird eine unterschiedliche Wertigkeit der Arbeiten abgeleitet. Sind bestimmte Ärzte nicht anwesend, werden Operationen abgesagt, fehlen Pflegepersonen, wird erwartet, dass dieser Umstand kompensiert wird. Ärzte sind demnach unverzichtbar, Pflegende verzichtbar. Diese Polarisierung führt bei der Befragten zum Widerspruch („*jetzt is Schluss hier*“), und sie begibt sich in einen Konflikt („*ziemlich auseinandersetzen*“). Die Tatsache, dass sie dabei „*laut*“ geworden ist, weist darauf hin, dass die ärztlichen Kollegen/innen dieser Sichtweise nicht gefolgt sind.

Bekenntnisse zur Kooperation dürfen kein Lippenbekenntnis bleiben. Um sich als Angehörige einer anderen Berufsgruppe tatsächlich anerkannt zu fühlen, muss die Kooperation umgesetzt und authentisch sein.

„Wir ham auch n- der (...) Chef(arzt) ist auch uns sehr zugewandt. Der sagt auch, dass wir letztendlich zwei Berufsgruppen sind, die nicht nebeneinander sondern miteinander arbeiten müssen. Und jeder gleich gut geschätzt werden muss. Und das lebt er auch. Also, das ist auch wirklich so ne Sache. Der sacht das nicht nur so, man hört ja ganz viel, viele sagen das ja nur so. Aber das ist einer von denen, der das auch wirklich lebt. Und der das auch so durchsetzt und der uns auch wertschätzt. Also das muss man auch mal sagen.“ (IP 28, 92)

Die Befragte zieht Anerkennung aus der Tatsache, Aufmerksamkeit vom Chefarzt zu erhalten („*sehr zugewandt*“). Dadurch, dass er Aufmerksamkeit und Wertschätzung für Arbeit der Pflegenden zum Ausdruck bringt, wird seine Haltung erlebbar. Indem er seine Auffassung „*lebt*“, wird er als glaubwürdig bewertet. Die von ihm gegebene Wertschätzung hat für die Interviewpartnerin auch dadurch einen hohen Wert, weil er sich dafür engagiert und diese „*auch durchsetzt*“. „*Miteinander*“ statt „*nebeneinander*“ zu arbeiten, scheint einen aktiven Einsatz von Führungspersonen zu erfordern.

Zusammenfassend zeigt sich in der Kategorie Anerkennung, dass der Gegenstand und die Gestalt pflegerischer Arbeit die Erlangung von Anerkennung und Wertschätzung erschweren. Pflegerische Unterstützung scheint zu Teilen eine eher unsichtbare nicht aussprechbare Arbeit zu sein, sodass die wichtigen Rückmeldungen der zu pflegenden Menschen einerseits, aber auch das Feedback durch Kollegen und Vorgesetzte eine

spärlich fließende Quelle von Anerkennung ist. Pflegende sehen die psychosoziale Begleitung und Betreuung von Menschen als Mittelpunkt ihrer Arbeit. „Handwerkliche Tätigkeiten“ werden als dazu gehörig erachtet und eben auch erledigt, sind aber nicht paradigmatisch für den Beruf. Solange aber Pflege assoziiert wird mit körpernahen, die Intimsphäre und Selbstbestimmung der/s Einzelnen tangierenden Unterstützungsleistungen, wird es schwierig bleiben so darüber sprechen zu können, dass der Ausdruck von Anerkennung und Wertschätzung leicht möglich ist. Für den Ausdruck von Wertschätzung erscheint jedoch genau der Aspekt des Wahrgenommenwerdens der eigenen Arbeit von besonderer Bedeutung zu sein. Da eine diesbezügliche Kommunikation erschwert ist, kommt Führungspersonen eine besondere Rolle dabei zu, Arbeitsleistungen positiv anzuerkennen, den Leistungsbeitrag der Pflege im Gesamtprozess sichtbar zu machen und Ausdrucksformen für Wertschätzung zu finden. Solange pflegerische Arbeit nur begrenzt sichtbar ist und erkannt wird, ziehen die Pflegenden allgemeine Faktoren wie Freundlichkeit, Hierarchie oder die Bezahlung mit heran, um ihren Wert einzuschätzen. Die Ausprägung dieser Aspekte signalisiert ihnen, welche Bedeutung sie im Arbeitsprozess haben. Unfreundliche Vorgesetzte oder überhebliche Personen aus anderen Berufsgruppen signalisieren den Pflegenden Geringschätzung ebenso wie eine Verschlechterung der Bezahlung.

5.1.1.4 öffentliche Anerkennung

Eine besondere Bedeutung für erlebte Anerkennung kommt dem sozialen Umfeld der Pflegenden und dem Bereich der Öffentlichkeit zu. Die Art und Weise wie Pflege hier dargestellt und wahrgenommen wird, wie Medien darüber berichten und wie politische Regelungen ausgestaltet werden, signalisiert den Pflegenden eher wenig Wertschätzung. Wie auch in anderen Kategorien wird in den Aussagen deutlich, dass anscheinend der Kern pflegerischer Arbeit in der Öffentlichkeit weitgehend unbeachtet bleibt.

Um das Image der Pflegeberufe ist es aus Sicht der Befragten schlecht bestellt. In ihrem Umfeld und in der Gesellschaft scheint Pflege sehr verkürzt wahrgenommen zu werden. Pflege wird oft reduziert auf körpernahe Unterstützungsleistungen.

„Es wird oft gesagt, (...) jetzt kommen die Waschfrauen. Und also als Krankenschwester äh: (...) ich habe äh: nichts gegen die Waschfrauen, aber äh: das der Beruf so angesehen wird, egal Krankenpflege oder Altenpflege, als die, die nur waschen. (...) Also ich finde äh: das is nicht gerecht, weil ich kenne keinen Beruf, der so viel- wir müssen so viel wissen. Es wird von uns so viel Kompetenzen verlangt. (...). Also ich weigere mich auch, äh wenn jemand sagt nur Körperpflege ((aufgebracht)), also ich weigere mich total. Ich bin bestimmt äh: keine Waschfrau. (IP 14, 35)

Durch die Verwendung des Begriffes „*Waschfrauen*“ erlebt diese Befragte eine Abqualifizierung ihres Berufes. In ihren Augen wird Pflege vielerorts auf Körperpflege reduziert und damit missverstanden. Sie legt dar, dass man für Pflege so viel wissen muss und viele Kompetenzen verlangt werden, sodass eine Bezeichnung als Waschfrau für sie inakzeptabel ist. Auch im sozialen Umfeld wird Pflege oft reduziert gesehen.

„In meinem Bekanntenkreis sagen viele, ja, Du kannst ja nur Arsch abwischen. Ne, und dass tut natürlich weh, aber ich sach mal, wenn die das- wenn die selber mal in so ne Situation kommen, krank werden und zuhause können die nich mehr gepflegt werden, die sind ja dann froh, wenn se in so n Pflegeheim kommen und wir dafür da sind.“ (IP 16,34)

In diesem Zitat wird dargelegt, dass Pflege assoziiert wird mit der Unterstützung bei Ausscheidungen, einer Hilfeleistung für die keine Ausbildung notwendig zu sein scheint. „*Du kannst ja nur Arsch abwischen*“ drückt eine geringschätzig Bewertung dieser Arbeit aus. Diese Tätigkeit scheint so ziemlich das letzte zu sein, was ein Mensch beruflich tun kann. Dies erscheint der Befragten kurzsichtig, wenn sie darlegt, dass alle Menschen irgendwann im Leben wenn sie krank sind auf Unterstützung auch bei den Ausscheidungen angewiesen sein können. Dass Pflege eine geringe Kompetenzattribution hat, kommt auch im nächsten Zitat zum Ausdruck.

„Ja, das Erschreckende war einfach, dass so ein Zweig, der so flexibel is, so gute Arbeit leistet, so wenig Anerkennung in der Gesellschaft hat. Äh: so dieses Aussagen, wo ich jemandem gesagt habe (...) ich arbeite in der Altenpflege: „Ach die Ärsche, die Popos abputzen ist das. (...) Da musst du dazu doch keine Schule besuchen, das kann doch jeder.““ (IP 10, 184)

Die interviewte Person beschreibt wiederum zwei den Pflegeberuf nicht anerkennende, sondern abwertende Sichtweisen: einerseits die Verkürzung des Berufes auf den Umgang mit Ausscheidungen, andererseits die geringe Bildung, die dafür für erforderlich gehalten wird. Die Schere zwischen der Arbeitsqualität („*gute Arbeit*“) und der Anerkennung („*wie wenig Anerkennung in der Gesellschaft*“) klafft erschreckend auseinander. Die Wortwahl weist darauf hin, dass diese Divergenz zwischen guter Arbeit und Anerkennung unerwartbar und überraschend ist und in ihrem Auftreten einen Schrecken auslöst. Die bei einem Schreck ausgeschütteten Stresshormone müssten folglich eine Anpassungsreaktion wie Angriff oder Flucht auslösen. Hiervon berichtet die Befragte jedoch nicht.

Praktisches Tun mit den Händen bestimmt zu einem Teil die Selbstwahrnehmung der Pflegenden.

„Wenn du sachst ich bin Altenpflegerin, der erste Satz: „dass könnt ich nicht“ (2) und dann äh: oha: äh: „da saubermachen und so“. Ja ich sach, „das gehört dazu“, ich sach immer das is Handwerk“ (IP 12, 56)

In diesem Zitat kommt zum Ausdruck, dass in der Pflege unterschiedliche Arbeitsaufgaben und -qualitäten ineinander fließen. Mit der Formulierung „*saubermachen (...) gehört dazu*“ drückt die Interviewte aus, dass der eigentliche Kern pflegerischer Arbeit ein anderer ist, als die Unterstützung bei der Körperpflege und der Ausscheidung, was hier wahrscheinlich in der Verbindung von „*das könnt ich nicht*“ und „*da saubermachen*“ gemeint ist. In dieser Beschreibung steckt möglicherweise ein wichtiger Hinweis zum Verstehen des oben bereits beschriebene Grundproblems bezüglich der mangelnden Anerkennung pflegerischer Arbeit, nämlich dass Pflege mit eigenen intimen und privaten Vorgängen wie Körperpflege und Ausscheidung in Verbindung gebracht wird, bei denen jeder gesunde erwachsene Mensch alleine und ungestört sein möchte. Die in Bezug auf einen möglichen Unterstützungsbedarf dabei erlebte Scham und innere Abwehr scheint sich dann insgesamt gegen den Pflegeberuf zu richten („*Altenpflegerin*“ – „*das könnt ich nicht*“). Die Angst davor, einmal von der Hilfe eines anderen Menschen bei körpernahen, intime (Selbst)Pfle gehandlungen abhängig zu sein, wird anscheinend negativ auf den Pflegeberuf projiziert.

Besonders die Berichterstattung über Pflege in den Medien, aber auch der Umgang mit pflegebezogenen Themen durch die Politik erleben die Pflegenden eher abwertend als wertschätzend. Ein wichtiger Aspekt dabei scheint die Dimension Vertrauen vs. Misstrauen zu sein.

„Ich denke mal in dem Beruf, äh: ich hab schon n paarmal gesagt och zu meinem Mann, man traut sich doch schon gar nich mehr woanders zu sagen, ich bin Altenpflegerin. Weil, mitunter wird man angeguckt, oh, och eene von der Sparte, die die Leute um de Ecke bringen. Denn was hörst du denn im Fernsehen, was liest du denn in der Zeitung? Doch nichts Gutes über uns, nur wenn einer wieder durchgedreht hat, und=und=und die Leute um die Ecke gebracht hat mit=mit Spritzen, mit Medikamenten was- oder sich nich gut gekümmert hat. Immer diese Negativschlagzeilen. Unser Beruf wird nur runter getreten. Und der is so so schwer, anstrengend und äh: physisch wie psychisch. Und=und keiner sagt mal Mensch äh: äh: diese Leute, die sind was wert, dass die das machn. Und auch Leute, die das sehr lange machen. (...) Aber wenn ich dann auf der andern Seite so höre wie=wie negativ so über die Altenpflege gesprochen wird, die sollen's doch erstmal alle machen. Sie sollen's doch- gerade diese Theoretiker oder diese Politiker, die sollen doch bitte mal 4 Wochen in die Pflege gehen. (IP 11, 94)

Die Interviewpartnerin stellt dar, dass der Ruf der Pflege in der Öffentlichkeit so schlecht geworden ist, dass sie sich nicht mehr traut, woanders zu sagen, dass sie Altenpflegerin ist, weil sie befürchtet, mit einem Berufszweig („*Sparte*“) verbunden zu werden, „*der Leute um die Ecke bringt*“. Sie führt aus, dass in den Medien nur über Missstände und Skandale („*nichts Gutes*“) berichtet wird. Durch diese Art der Berichterstattung fühlt sich die Befragte „*runter getreten*“, also beabsichtigter Weise diffamiert und ausgegrenzt, möglicherweise gedemütigt. Eine Erklärung für diese Berichterstattung sieht sie darin, dass

viele Leute über Pflege reden, berichten und dazu Entscheidungen treffen, die keine Ahnung von der Wirklichkeit in der Pflege haben. In ihren Augen würden viele Menschen anders über Pflege berichten, wenn sie „mal 4 Wochen in der Pflege“ gearbeitet hätten.

Die Berichterstattung über Missstände in der Pflege erzeugt ein Misstrauen gegenüber der Berufsgruppe, dass sich auch in politischen Entscheidungen und Regularien widerspiegelt.

„Mich würde das interessieren, wie viel so Begehungen und wie viel Dings die Atomkraftwerke haben. Ja, aber das ist so, ich glaube nicht, dass die mehr haben wie Altenheime. Und trotzdem noch in der Presse wird ein Fall aufgegriffen und wird dann so verallgemeinert, so Missbrauch in Altenheimen. Dass so was passiert, möchte ich hier nicht abstreiten, möchte ich nicht abstreiten. Aber dass das äh nur eine ganz ganz geringe Quote ist, da bin ich mir sicher. Aber das wird so verallgemeinert- ah, jau: und wieder die Altenpfleger und hier exsikiert und da eine Krankenschwester bringt die Leute um“ (IP 10, 53)

Auch diese Befragte stellt dar, dass über Fehler oder schlechte Pflege in einzelnen Einrichtungen unverhältnismäßig berichtet wird, und damit das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit negativ verzerrt wird. Um die Unverhältnismäßigkeit darzustellen, wählt sie den Vergleich zu Atomkraftwerken, bei denen kleine Fehler immense Auswirkungen für viele Menschen hätten. In Bezug auf das Risiko bzw. die Bedeutsamkeit der Auswirkungen von Fehlern müssten in ihren Augen Atomkraftwerke deutlich stärker kontrolliert werden als Pflegeeinrichtungen. In ihrer Wirklichkeit erlebt sie dies eher umgekehrt („*ich glaube nicht, dass die mehr haben als Altenheime*“). Die häufigen (Qualitäts-)Prüfungen in Altenheimen ist für sie Ausdruck von Misstrauen, von unterstellter schlechter Arbeitsqualität. Die politisch gesetzte Notwendigkeit von Prüfungen bringt eine andere Interviewpartnerin in Zusammenhang mit dem ökonomischen Beitrag von Pflege.

„Wenn wir jetzt die alten Leute kriegen würden und würden Babys entlassen, was meinen Sie, was wir vom Staat alles kriegen, nen roten Teppich kriegen würden. Aber wir haben doch kein Bruttosozialprodukt, wir nutzen doch dem Staat nichts. Wir bringen dem kein Nutzen, wir haben nur alte, kranke, arme Würstchen, denen wir ihren letzten Weg noch n bisschen verschönern sollen. Und dafür is nix da, dafür is nix da. (IP 11, 116)

Die Tatsache, dass Pflege keine greifbaren Gewinne erwirtschaftet sondern Geld kostet, erklärt in den Augen dieser Interviewten, dass für (Alten)Pflege unzureichende finanzielle Ressourcen bereit gestellt werden („*dafür is nix da*“). Hätte Pflege einen gesellschaftlichen Nutzen (bzw. würde dieser gesehen), bekäme Pflege „*nen roten Teppich*“ ausgerollt. Dadurch, dass nur „*alte, kranke, arme Würstchen*“ versorgt werden, bringt Pflegearbeit der Gesellschaft kein Nutzen und ist damit – finanziell wie ideell – wenig wert.

In den Aussagen der Interviewpartner/innen zu Anerkennung, die sie für ihre Arbeit aus dem sozialen Umfeld und der Öffentlichkeit erhalten, wird insgesamt deutlich, dass in der

Öffentlichkeit weitgehend unbekannt zu sein scheint, welche zentralen Handlungskonzepte pflegerische Arbeit konstituieren. Pflegearbeit erfährt in der Öffentlichkeit eine Reduzierung auf körpernahe Unterstützungsleistungen und Nähe zu Ausscheidungen, die mit einer geringen Kompetenzerwartung einhergeht. Die wahrscheinliche gedankliche bzw. emotionale Verknüpfung von Pflege mit der Befürchtung, eventuell selbst einmal pflegebedürftig zu sein, führt insgesamt zu einer negativen, distanzierten Grundeinstellung zu pflegerischer Arbeit. Daraus könnte möglicherweise eine eher kritisch-destruktive Haltung gegenüber dem Handlungsfeld Pflege resultieren, was zu einer skandalisierenden, auf Mängel fokussierten Berichterstattung in den Medien ebenso führt wie zu einem politischen Umgang mit Pflege, der eher auf Kontrolle setzt als auf Vertrauen. Insgesamt scheint in der Öffentlichkeit mehr über die Kosten von Pflege geredet werden als über den Nutzen. Dies erscheint umso verwunderlicher, nimmt man die demografischen Prognosen in den Blick, gemäß derer ein immer größerer Anteil von Menschen auf pflegerische Unterstützung angewiesen sein wird, um trotz körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen weiter sicher und möglichst selbstbestimmt leben zu können.

5.1.1.5 Arbeitsbelastung

Pflegende berichten über ihren Berufsalltag, dass die Arbeit belastend ist. Vorrangig wird dabei über einen absoluten und relativen Personalmangel gesprochen. So erleben die Pflegenden, dass ihnen für eine gute pflegerische Betreuung der Menschen nie genug Zeit zur Verfügung steht und gleichzeitig Planstellen abgebaut werden. Dies führt zu einem hohen Belastungserleben und der Wahrnehmung, dass die Ansprüche und Erwartungen der Arbeitgeber und Kunden unangemessen sind. Neben strukturellen Faktoren wie Schichtdienst und Personalschlüssel sorgen auch inhaltliche Aspekte wie Überforderung und das Gefühl, den zu pflegenden Menschen nicht gerecht werden zu können, für ein ausgeprägtes Belastungserleben der Pflegepersonen.

„Die psychische Belastung ist natürlich ähm: für die Mitarbeiter, der hohe Druck mit Tod und Sterben auch umgehen zu müssen. Gerade hier, wir haben nen Teil Onkologisch, den wir da machen, die onkologische Pflege hat ja auch noch mal andere, äh äh Berührungspunkte. Und dem immer nachzukommen und auch den=den=den Patienten dann ein Stück weit auch gerecht zu werden, das ist schon ne ziemlich hohe psychische Belastung. Mit dem wenigen Personal, mit dem man da ist, dass muss man auch sagen. Also das ist ja immer- wir haben ne Besetzung nachmittags von 2 für 35 Patienten, dass is schon relativ wenig.“ (IP 28, 11)

Zur Verdeutlichung der Zerrissenheit zwischen Anspruch und Wirklichkeit wählt diese Interviewpartnerin die Pflege von sterbenden Menschen. Dies tut sie möglicherweise deswegen, weil Sterbenden Bedürfnisse eher zugestanden und weniger Abstriche

abverlangt werden. Onkologische Patienten haben „*noch mal andere Berührungspunkte*“, die Pflegenden stehen in einer anderen Beziehung, als zu anders Kranken. Angedeutet wird hier der Unterschied zwischen körpernaher Unterstützung und psychosozialer Betreuung. Müssen sich normale Kranke mit der körpernaher Unterstützung zufrieden geben, steht den onkologisch Erkrankten mehr pflegerische Betreuung zu. Nur mit dieser umfassenden Pflege gelingt es, den Erfordernissen dieser Personen „*nachzukommen*“, den Menschen „*gerecht zu werden*“ und damit eine den Qualitätsmaßstäben entsprechende Arbeit zu leisten. Der Umstand der durch den Umgang mit Tod und Sterben entstehenden Belastung verschärft sich dadurch, dass zu wenig Personal für die Arbeit zur Verfügung steht. Mit einer „*Besetzung nachmittags von 2 für 35 Patienten*“ ist es unmöglich, eine umfassende Pflege zu realisieren.

Belastend erleben es die Pflegenden einerseits den Bedürfnissen der Menschen nicht gerecht werden zu können, andererseits aber auch, damit den eigenen Ansprüchen an ihre Arbeit nicht zu genügen. Dies lässt Unzufriedenheit entstehen.

Auch die starke emotionale Komponente ihrer Arbeit stellt besondere Anforderungen an die Pflegenden.

„Ich **bin** auch wirklich jemand, also ich kann, gut mitfühlen. Und, und ich nehme immer so viel auf und Emotionen und, wenn ich irgendwo rein komme dann merke ich auch wie, ne, wie die Person gerade, was hat' se für ne Stimmung, wie geht es der so? Also ich merk das schnell. Und ich nehm' das dann auch so ((zieht die Luft ein)) schnell auf. Und deswegen ist das, glaube ich, für mich auch, also ich kann mich nicht gut abgrenzen. Und das muss man eigentlich schon, vielleicht, machen in dem ((lacht)) Bereich“ (IP2, 123)

Empathiefähigkeit gilt gemeinhin als eine notwendige Eigenschaft von Pflegenden. Diese Interviewpartnerin stellt dar, in diesem Bereich eine deutliche Stärke zu haben, die sie aber auch sehr anfällig dafür macht, emotional stark beteiligt zu sein („*ich nehm' das dann auch so schnell auf*“). Dafür sucht sie nach einer passenden Formulierung, wenn sie die Luft einzieht. Möglicherweise schwächt sie durch diese Pause ihre Aussage auch ab. Sie konkretisiert ihre Belastung dahingehend, dass sie sich „*nicht gut abgrenzen*“ kann, was sie für diesen Arbeitsbereich aber als notwendig erachtet. Eine andere Befragte beschreibt in ihrem Umgang mit dem Tod, wie sie gelernt mit Belastung umzugehen.

„Und dann beim 2ten mal hats mir, zwar noch was ausgemacht, aber es war jetzt nich mehr so schlimm, ich musste mich nich mehr übergeben. Klar, Tränchen hatt ich immer noch in den Augen, aber ich konnte damit umgehen. Ich hab gesacht, ja, also es ist in Ordnung, Menschen kommen Menschen gehen, is in Ordnung. Ja und dann hab ich gelernt halt abzuschalten, dass halt in Arbeit jemand verstirbt, dass man das nich so nahe an sich herankommen lassen darf, weil sonst geht man ja selber dran kaputt.“ (IP16, 32)

Als die Interviewpartnerin zum ersten Mal in der Arbeit mit dem Tod konfrontiert war, hat sie sehr stark, auch körperlich, darauf reagiert. Dies wird deutlich, da es beim zweiten Mal „*nicht mehr so schlimm war*“ und sie nur noch geweint hat. Auch sie beschreibt eine Spannung zwischen dem Mitfühlen einerseits und der Notwendigkeit der Abgrenzung andererseits. Kann man die Erlebnisse am Arbeitsplatz nicht „*abschalten*“, können bleibende Schäden für die eigene Person entstehen, wenn man „*selber dran kaputt*“ geht. Mit diesen Worten wählt die Befragte eine Formulierung, die deutlich macht, wie schwerwiegend die Folgen der emotionalen Arbeitsbelastung sind, wenn ein Mensch daran kaputt gehen, zerbrechen und damit irreparabel geschädigt werden kann.

Resultiert die gefühlte Belastung einerseits daraus, den inhaltlichen Erfordernissen und eigenen Ansprüchen nicht genügen zu können, erscheint andererseits allein die Menge an Arbeit nicht schaffbar.

„Jetzt in diesen Zeiten, immer die Anforderung von, ne: „Und das und das und das. Das musst du umsetzen, warum geht das nicht so? Kannst du das nicht? Ist das - geht das nicht mit dir?“ (...) die Anforderungen werden immer größer und die Möglichkeiten immer enger. Und denn irgendwie: Wie lange können Sie das aushalten?“ (IP 10, 325)

Die Befragte schildert, dass so viele Aufgaben an Sie herangetragen werden, dass sie diese gar nicht in der zur Verfügung stehenden Zeit bewältigen kann. Schafft sie das zu hohe Arbeitspensum nicht, wird ihr deutlich gemacht, dass dies anscheinend an ihren Fähigkeiten liegt („*kannst du das nicht?*“). Sie erlebt einen hohen Druck durch das Ungleichgewicht von Anforderungen und ihrer Leistungsfähigkeit, den sie nur für eine begrenzte Zeit glaubt „*aushalten*“ zu können. Arbeitnehmer erleben eine Arbeitsverdichtung, mit der sie nicht mithalten können. Dabei spielt auch die Verantwortung, die sie tragen müssen eine Rolle.

„Aber dann zuhause ich kann mich nicht abschalten. Weil ich bin immer noch mindestens die Stunde im Dienst gedanklich. Und das hab ich meistens nach dem Spätdienst. Wenn ich da noch eine Person habe, welche denkt mit im Dienst. Auf die einige kann ich mich verlassen. Dann diese=diese Abschaltung dauert nicht lange. Aber wenn ich habe jemanden, für diejenige muss ich mitdenken, dass heißt ich bin verantwortlich- **ich fühle mich** mindestens verantwortlich für die andere auch. Das ist zum Beispiel welche Hilfe, Krankenpflegehilfe oder was, sagen wir so.“ (IP25, 30)

Die Interviewpartnerin beschreibt, dass sie nach Dienstende immer noch einige Zeit gedanklich mit der Arbeit beschäftigt ist, diese reflektiert, also auch überprüft, inwieweit sie alles richtig gemacht und nichts vergessen hat. Das Überdenken der Arbeit lässt sie nicht los, sie kann sich „*zuhause nicht abschalten*“. Die Zeit, die sie braucht, bis sie den Arbeitstag hinter sich lassen kann, hängt davon ab, wie viel empfundene Verantwortung sie im Dienst hatte. Arbeitet sie mit Hilfskräften zusammen („*Krankenpflegehilfe*“) trägt

sie mehr Verantwortung und braucht deutlich länger bis sie „*abschalten*“ kann. Weniger belastend bewertet sie den Frühdienst, in dem mehr Personal anwesend ist, sich die Verantwortung folglich auf mehreren Schultern verteilt. Dies zeigt auch das Beispiel der Blutzuckerkontrolle.

„Ich habe äh: eine Kollegin geschickt um (Reflo) zu machen, Zucker nä? Und dann habe ich was anderes gemacht, ich weiß nicht ob Aufnahme gekommen ist oder was. Weiß ich jetzt nicht genau. Aber hatte ich- na ja, hat Zucker gemacht und dann habe ich gedacht oK, die hat nach (Name) geguckt, da müssen die Zucker o.K. sein, oder was. Ich hab darüber gar nicht gedacht. Von Stammpersonal, o.K. nä? Denn normalerweise darf ich mich verlassen. Und dann habe ich gefragt, hast Du die Zucker eingetragen? Ja. Wie waren die Zucker? Die waren alle so o.K. nur einer war 47. Ja gut, toll, 47 am Abend. Ja. Und das heißt für mich nächstes Mal, im nächsten Dienst, ich muss für ihn denken. Weil, ja, ich trage Verantwortung als Examinierte. Ich muss darüber informiert werden. Ich muss wissen. Ich muss gucken, ich muss was unternehmen. Und wenn ich dazu im Dienst habe noch Schülerin, und dann noch Angehörige und dann noch Computer und dann noch neue Aufnahme. Und die Aufnahme diese Kollegin macht auch nicht, weil sie keine Ahnung von Computer hat, und das heißt, das alles hab ich auf meinen Kopf. Und da bin ich überfordert, ich muss ganz ehrlich sagen. Und das kann ich nicht.“ (IP25, 138)

Was es bedeutet, Verantwortung zu tragen wird hier deutlich gemacht am Beispiel eines nicht rückgemeldeten, krankhaften, weil zu niedrigem Blutzuckerwert. Als „*Examinierte*“ hat die Interviewpartnerin die Blutzuckerkontrolle an eine andere Mitarbeiterin delegiert. Sie hat dies in der Annahme getan, dass die andere Person diesen Auftrag nicht nur ausführt, sondern die ermittelten Werte auch einschätzt und sie bei pathologischen Werten informiert. Erst durch eine zufällige Nachfrage erfährt sie von einem zu niedrigen Wert. An diesem Beispiel illustriert die Befragte, dass sie eine hohe Verantwortung zu tragen hat, wenn schon so einfache Dinge wie die Rückmeldung eines zu niedrigen Blutzuckerwertes nicht selbstverständlich funktionieren. Darüber hinaus ist sie für Auszubildende zuständig, muss mit Angehörigen sprechen, ist für die Arbeit am Computer und die Aufnahmen zuständig. Diese Vielfalt an Aufgaben, für die sie verantwortlich ist, erlebt sie als Last („*das alles hab ich auf meinen Kopf*“) und fühlt sich davon „*überfordert*“ („*und das kann ich nicht*“). Vorhandene Berufserfahrung scheint dabei entlastend zu wirken.

„Ich denke mal, ähm: für mich- ich kann das einschätzen. Ich kann einschätzen, was ne Minute warten kann, oder was ich jetzt sofort machen muss. Aber ich denke, das bringt auch, äh: ähm: so die jahrelange Erfahrung mit. Ich reg mich nicht über Sachen auf, wo sich Kollegen aufregen, ich denke was für'n Quatsch, nä.“ (IP29, 108)

Durch „*jahrelange Erfahrung*“ gelingt es dieser Interviewten die Situation „*einzuschätzen*“. Sie fühlt sich in der Lage, Prioritäten zu setzen, zu entscheiden, „*was ne Minute warten kann*“. Dadurch reduziert sich für sie der Druck durch noch anstehende Arbeit, sie kann die Dinge gelassener sehen als andere („*ich reg mich nicht über Sachen*

auf, wo sich Kollegen aufregen“), sie setzt sich über bestimmte Dinge hinweg („was für’n Quatsch“) und entscheidet sich anders.

Ein anderer Interviewpartner beschreibt einen zunehmenden Druck, wenn er die Arbeitsanforderungen im Zeitverlauf seiner Berufstätigkeit vergleicht. Er berichtet, dass sich auch das Anspruchsniveau verändert hat.

„Also ich kenn das Haus hier eigentlich seit meinem 17 Lebensjahr. Und deswegen kenn ich die ganzen Veränderungen, und deswegen weiß ich, wie das - ich sach immer so scherzeshalber - zu meiner Zeit war. (...) Und man hat nicht so unter Druck gestanden. Heute steht man ja viel mehr unter Druck. Die Angehörigen fordern unwahrscheinlich. (...) Und die meisten Angehörigen sehen ja immer nur ihre Angehörigen und sehen aber nicht das ganze drum und dran. Die kriegen das ja nicht mit, ob sie äh: äh: zehn Leute pflegen müssen oder nur drei. (IP 29, 8)

Im Verlauf seiner Erwerbstätigkeit ist der „Druck“, den er erlebt, deutlich gestiegen. Ein wichtiger Faktor dabei, scheint neben der Zeit das Anspruchsniveau der Angehörigen zu sein. Diese haben anscheinend keinen Blick dafür, welche Arbeit die Pflegenden insgesamt zu bewältigen haben, sondern sie „sehen ja immer nur ihre Angehörigen“. Entsprechend fordern sie die Versorgung ein, ohne zu berücksichtigen, dass noch viele andere Menschen zu pflegen sind. Aber auch die zu pflegenden Menschen selbst können anstrengend sein.

„Teilweise ist es auch, **ganz schön anstrengend**, wenn man dann Kunden dabei hat, denen irgendwie nichts Recht zu machen ist. Also, so was gibt es ja auch. Kann ich ja auch **verstehen**. Also ich weiß ja auch nicht, wie ich bin, wenn ich alt bin, ((lacht)) vielleicht kein schönes Leben hatte, oder sich das irgendwie anders vorgestellt hat und dann, viele Gebrechen hat oder so.“ (IP2, 49)

Diese Interviewpartnerin berichtet, dass die zu pflegenden Menschen durchaus auch die eigene Unzufriedenheit mit ihrem Zustand an den Pflegenden auslassen. Auch wenn Sie das „ganz schön anstrengend“ erlebt, kann sie diesen Umstand verstehen und erklärt ihn für sich mit dem Alter. Damit zeigt sie auf, dass die psychosoziale Betreuung im Sinne eines Mittragens von Unzufriedenheit der zu pflegenden Menschen konstitutiver Bestandteil der Pflege ist, der viel Kraft verlangt und belastet. Möglicherweise steht für diesen Teil der Arbeit zu wenig Zeit zur Verfügung, was das Belastungserleben verstärken könnte. Insgesamt scheint vom Zeitmangel eine große Arbeitsbelastung auszugehen.

„Und dann hieß es, ja, Sie können sich die Zeit ja selber einteilen. Ja, ich sach, dann hab ich bei der 6 Minuten und die andern 5 Minuten kann ich bei dem dann eventuell anhängen, nä? Es is=es is überhaupt nicht - also das is wirklich ähm: Theorie und Praxis, das geht nicht. Und sie können in 15 Minuten **keinen Menschen pflegen**.“ (IP12, 14)

In der Pflege wird in Minuten gerechnet. Auch wenn Pflegende grundsätzlich „die Zeit ja selber einteilen“ können, erlebt diese befragte Person wenig Handlungsspielräume. Für sie können lediglich „Minuten“ verschoben werden („die andern 5 Minuten kann ich bei dem

dann eventuell anhängen“), die dann jedoch immer noch nicht ausreichen, um die pflegerische Versorgung angemessen erledigen zu können („*sie können in 15 Minuten keinen Menschen pflegen*“). Pflegerische Versorgung lässt sich nur in der „*Theorie*“ in Minuten erfassen, in der „*Praxis*“ ist sie weitaus umfassender und kann nicht auf Einzelleistungen reduziert werden. Den beschriebenen Zeitmangel führen die Befragten auf unterschiedliche Ursachen zurück. Wichtige Faktoren stellen hierbei Arbeitszeiten und Personalmangel dar.

„So dieses viele Arbeiten, das finde ich sind schlechte Rahmenbedingungen. Und irgendwann ist man- also wenn ich am Ende meiner Zeit angekommen bin, so am Ende meiner elf Tage, dann bin ich auch erschöpft. Dann bin ich auch müde. Und das merk ich auch in meiner letzten Woche so wie ich arbeiten muss. Also jetzt in dieser Woche, in der letzten Woche, ja: war ich noch mit viel mehr Elan an die Arbeit gegangen, jetzt geht ich da so, ah ja, so ((lacht)) müde ran irgendwie. Ich denke auch noch an alles und ich- wenn ich dann da bin läuft es auch. Aber wenn ich wiederkomme bin ich für nichts mehr zu gebrauchen. Ja: das ähm: das finde ich, sind schlechte Rahmenbedingungen. Ständig einspringen, ständig angerufen werden (3) ständig dieses, dass man kein Personal hat, ja: , das sind für mich die schlechten Rahmenbedingungen.“ (IP20, 35)

Das Arbeitszeitmanagement scheint ein wichtiger Ansatzpunkt für das Belastungserleben von Mitarbeitenden zu sein. Pflege findet überwiegend im Schichtdienst rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche statt. Diese Interviewpartnerin berichtet, dass sie immer 11 Tage hintereinander arbeitet, bevor sie freie Tage hat. In diesem langen Turnus beschreibt sie eine zunehmende Erschöpfung. Beginnt sie die Arbeitsphase noch mit „*viel Elan*“, geht sie in der zweiten Woche an die Arbeit „*müde ran*“. Am Ende der Arbeitstage in der zweiten Woche ist sie ausgelaugt und „*für nichts mehr zu gebrauchen*“. Zu diesen Arbeitszeiten kommt dann noch hinzu, dass sie aufgrund von fehlendem Personal „*ständig angerufen*“ wird und „*ständig einspringen*“ muss, was die Arbeitsbelastung noch erhöht. Ihre Arbeitsbedingungen bewertet diese Person als schlecht.

Arbeitszeiten und das Einspringen scheinen von besonderer Bedeutung bei den konkreten Belastungsfaktoren zu sein.

„Für mich war immer Nachtdienst n Graus weil: äh: man kommt aus dem Biorhythmus einfach raus ähm: ich kann mich noch an Zeiten erinnern wo ich 7 Nächte am Stück machen musste, unter anderem auch im (9 / Spezialklinikum in der Region) wo ich dann wirklich 11 Stunden am Stück arbeiten musste ohne Pause, weil das einfach nicht zu schaffen war.“ (IP9, 25)

Diese Nachtschicht war für mich immer n Kampf weil 7 Nächte- man hatte zwar anschließend ne ganze Woche frei aber ich brauchte zwei drei Tage äh wirklich bis ich wieder so richtig in der Reihe war und ähm: spätestens nach der dritten Nacht brauchte ich für einfachste Tätigkeiten ja: doppelt so lang weil ich mich auch nicht mehr konzentrieren konnte einfach. Und es ist einfach auch so das die Nächte teilweise sehr sehr anstrengend sind. (IP9, 28)

Die Interviewpartnerin schildert Nachtdienste als hoch belastend, wenn sie diese als „*Graus*“ oder „*Kampf*“ beschreibt. Nachtdienste im beschriebenen Umfang bringen die Menschen aus ihrem „*Biorhythmus*“ und beeinflussen Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit negativ. Nachtdienste werden als „*sehr, sehr anstrengend*“ und teilweise „*nicht zu schaffen*“ erlebt. Mitarbeitende, die aus Krankheitsgründen vom Nachtdienst befreit sind, heben dies besonders hervor.

„Ich bin im Schichtdienst tätig, ähm: Gott sei Dank nur im Früh- und Spätdienst. Vom Nachtdienst bin ich seit meiner (Erkrankung/Diagnose) vor 2 Jahren ausgeschlossen, brauch ich Gott sei Dank nich mehr machen.“ (IP9, 11)

Diese/r Befragte dankt „*Gott*“ dafür, dass er/sie keinen Nachtdienst mehr zu machen braucht. Der Preis einer wahrscheinlich schwereren Erkrankung, die dazu geführt hat, vom Nachtdienst „*ausgeschlossen*“ zu sein, scheint dafür nicht unangemessen zu sein. Die Erleichterung darüber könnte jedoch mit einem schlechten Gewissen gegenüber den Kollegen verbunden sein, wird man doch eher unfreiwillig von etwas ausgeschlossen. Keinen Nachtdienst mehr machen zu müssen könnte hier also ein sekundärer Krankheitsgewinn sein.

Werden Nachtdienste aufgrund ihrer Auswirkungen auf den Biorhythmus als belastend bewertet, führen auch fehlende Erholungszeiten zu zunehmender Erschöpfung.

„Jetzt wo so viele krank waren (...), da fehlten 12 Leute und äh: das muss man erstmal auffangen, ne. Und da is jeder freie Tag flöten und ähm: und die Kollegen müssen immer wieder sogn: „Ja is gut, ich komme.“ Und ähm: freie Wochenenden gehen drauf und so weiter.“ (IP11, 74)

Durch die Krankheit von Kollegen/innen müssen die verbleibenden Mitarbeitenden immer wieder einspringen, sie müssen die fehlende Arbeitskraft „*auffangen*“. Dabei gehen „*freie Tage flöten*“ und „*freie Wochenenden gehen drauf*“. Die Pflegenden verlieren so geplante Erholungsphasen, die sie eigentlich dringend nötig hätten. Möglicherweise erhöht sich der Krankenstand dadurch ja zusätzlich. Entlastung erfahren die Pflegenden durch zusätzliche Pflegepersonen, die z. B. ehrenamtlich mitarbeiten.

„Wenn man halt vor Ort ist und äh: ähm: wir= wir nen relativ guten Mitarbeiterschlüssel haben, auch aufgrund der Tatsache, dass wir auch einige Ehrenamtler haben die=die ähm: uns viel unterstützen mit Einkaufen gehen, oder zum Beispiel das Essen kochen wird=wird oft von Ehrenamtlern übernommen (...) das äh: das läuft schon ganz gut.“ (IP5, 22)

Durch einen guten Mitarbeiterschlüssel können Arbeitsbelastungen begrenzt werden. „*Ehrenamtler*“ können den Pflegenden bestimmte Aufgaben abnehmen („*Einkaufen*“,

„Essen kochen“). So bleibt ihnen mehr Zeit für die eigentliche Arbeit. Die Pflegenden fühlen sich „*unterstützt*“ und die Arbeit „*läuft schon ganz gut*“.

Die in den Schilderungen aus verschiedenen Perspektiven beschriebene Kluft zwischen den Erfordernissen einer guten Pflege einerseits und den schlechten Rahmenbedingungen andererseits wird von den Pflegenden anscheinend versucht zu kompensieren.

„Ja, das ganze **Geschäft** mit der Pflege is schwieriger, schwieriger geworden. Wenn ich so manchmal sehe, wenn ich morgens über die Bereiche laufe, die Pflegenden, die fast im Laufschrift laufen und die Pflege machen, und trotzdem noch ein gutes Wort und trotzdem noch vermitteln: Wir **haben** für Sie Zeit. Hut ab!“ (IP10, 53)

Die Interviewte Person beschreibt, dass sie Pflegende erlebt, die im „*Laufschrift*“ über die Bereiche eilen, um das Arbeitspensum bewältigen zu können. Sie hebt hervor, dass die Pflegenden trotz dieser hohen Belastung „*noch ein gutes Wort*“ für die zu pflegenden Menschen haben und versuchen, diese die Zeitnot nicht spüren zu lassen. So übernehmen sie den Ausgleich zwischen den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Dass dieser Ausgleich belastend ist, kommt auch im nächsten Interviewauszug zum Ausdruck.

„Ja, ich kann das so von den neunziger Jahren beobachten, wie der Pflegealltag für die Pflegenden immer immer schwieriger wird. Weil natürlich auch der Druck von oben auf so alle Bereiche - ob das Leitung is, Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung - immer stärker wird und natürlich dann auch ÄH: wird alles an den Pflegenden festgemacht und die sind dann ganz ganz unten (1) angegliedert und eigentlich is es ja so, dass sie mehr Anerkennung brauchen, weil die auf-, die arbeiten mit der Basis, die versorgen die Leute.“ (IP10, 7)

Der *Pflegealltag* wird „*immer schwieriger*“ und der „*Druck von oben*“ auf die Mitarbeitenden „*wird immer stärker*“. Besonders belastet sind dadurch die Pflegenden, weil sie „*ganz, ganz unten angegliedert*“ sind. Dies erlebt die/der Befragte als widersinnig, da genau die Pflegenden die eigentliche Arbeit leisten („*die arbeiten mit der Basis, die versorgen die Leute*“). Anstelle wachsender Belastung bräuchten die Pflegenden „*mehr Anerkennung*“ für ihre Arbeit. Die Interviewten beschreiben hier ein Missverhältnis zwischen der Bedeutung der Arbeit, die Pflegende leisten und den Arbeitsbedingungen bzw. Ressourcen, die ihnen dafür zur Verfügung gestellt werden. Offen bleibt in den Schilderungen, welche Folgen für die Pflegenden aus diesem Ungleichgewicht erwachsen. Krankheit kann eine Folge von dauerhafter Überlastung sein.

„Ja und dann bin ich- hatt ich auch- bin ich äh: krank geworden, war dann auch stressbedingt weil ich hatte ne Gesichtsseitenlähmung. Und seitdem mach ich mir da **mehr** Gedanken drüber, also wie viel hältst du noch so aus. Und obwohl ich jung bin und auch immer denke, ja *Name der Interviewten*, du bist erst 24, also es ist- so, das schaffst du alles. Hm: manchmal denk ich das schaff ich nicht.“ (IP20, 14)

Stressbedingt erkrankte diese Interviewpartnerin an einer „*Gesichtsseitenlähmung*“. Sie sieht diese Erkrankung in einem engen Zusammenhang zu ihrer Belastungsgrenze. Seit der Krankheit macht sie sich „*da mehr Gedanken drüber, also wie viel hältst du noch so aus*“. Im Alltag erlebt sie immer wieder Momente der Überlastung, in denen sie denkt „*das schaff ich nicht*“. Sind Mitarbeitende kontinuierlich überlastet, kann sich dies auch auf ihr Verhalten bzw. ihren Umgang mit zu pflegenden Menschen auswirken.

„Da hab ich mich auch mal angelegt mit ner Kollegin, ham um zwei Dienstschluss, gehn an ner Dame vorbei, die dann sacht „*könnten Sie mich zur Toilette bringen?*“. „Nee, ich hab jetzt Dienstschluss, da müssen Se auf die nächste warten.“ Wo ich dann gesacht hab: „Sag mal, hast Du se noch alle? Das kannste nich machen!“. „Ja, wieso? Ich hab Schluss.“ Ja ich sacht „na und? Wenigstens drauf setzten, und dann kannste zu jemand sagn, holt mal die Frau vom Klo wieder runter.“ Ich sacht: „Wenn Du eilig musst, und jemand sacht nee, Du musst jetzt- und dann machste inne Buxe, nä?“ So, und das passiert aber dann wenn die Kollegen sagen, „Schicht, ich mag nich mehr.“ Wenn se dann sag ma mal drei vier mal an den freien Tage eingesprungen sind und und und. Weil viele krank sind und so, wo’s denen bis hier steht. Und dann ähm: passieren solche Sachen. Was die- wenn die gut zurecht wär, vielleicht nich machen würde.“ (IP11, 60)

Die befragte Person schildert hier einen Vorfall, in der sie ein unangemessenes Verhalten bei einer Kollegin wahrgenommen hat, die den Wunsch einer pflegebedürftigen Frau, auf die Toilette gebracht zu werden mit dem Hinweis auf ihren Dienstschluss abgelehnt hat. Dieses Verhalten erscheint der Interviewten in besonderem Maße verwerflich, weil das Ausscheidungsbedürfnis mit einer gewissen Dringlichkeit verbunden ist. Wird diese nicht ernst genommen, kann dies unangenehme Konsequenzen haben („*dann machste inne Buxe*“). Die Tatsache, dass die Kollegin keine Handlungsalternativen besaß wie z. B. die im Text beschriebene, erklärt sie mit Überlastung. Wenn Kollegen wiederholt „*an freien Tagen eingesprungen sind*“, es denen dann „*bis hier steht*“ und sie sagen „*Schicht, ich mag nicht mehr*“. Solch unangemessenes Verhalten würde nicht vorkommen, wenn die Kollegen ausgeruht und entspannt („*gut zurecht*“) wären.

Arbeitsbelastung stellt sich zusammenfassend im Spannungsfeld verschiedener Ansprüche an Pflegende dar. Sie haben eine mehrfache Sandwichposition inne, in der sie zwischen Ansprüchen und Wünschen auf der eine Seite und Ressourcen und Rahmenbedingungen auf der anderen Seite vermitteln müssen. Im wieder lassen die Interviews die Gefahr erkennen, dass Pflegende dabei zwischen die Fronten geraten und drohen zerrieben zu werden. Obwohl sie die grundlegende Arbeit mit den kranken Menschen leisten, stehen sie in der Hierarchie und Außenwahrnehmung ganz unten. Gerade in den Grenzbereichen zwischen Leben und Tod sehen sich Pflegende mit hohen Ansprüchen von Patienten und Angehörigen konfrontiert und müssen dabei auch eigene emotionale Beanspruchungen

verarbeiten. Hierbei erleben sie zu wenig Unterstützung seitens der Arbeitgeber. Pflege wird von den Befragten als eine anspruchsvolle psychosoziale und körpernahe Unterstützungsarbeit dargestellt, für die zu wenig Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Besonders Zeitmangel und hohe Anforderungen setzen die Pflegenden unter Druck. Ihre eigene Leistungsfähigkeit sehen sie besonders durch Schichtdienst, und hier besonders den Nachtdienst, und das ständige Einspringen für erkrankte Kollegen/innen beeinträchtigt. Arbeiten sie im Alltag bereits an den Grenzen der Belastbarkeit, sollten zumindest bestimmte Ruhezeiten garantiert sein.

5.1.1.6 Arbeitszufriedenheit

Wenn Pflegende von ihrer Arbeit und ihrem Arbeitsalltag berichten, nehmen immer auch explizit oder implizit Stellung dazu, wie zufrieden sie mit ihrer Arbeit bzw. ihren Arbeitsbedingungen sind. In ihren Aussagen beschreiben die Interviewpersonen eine grundsätzliche Zufriedenheit mit ihrer Arbeit, die sich wesentlich aus der Realisierung beruflicher Wertvorstellungen speist. Die Bedingungen unter denen ihre Arbeit stattfindet macht sie jedoch eher unzufrieden. Hier erleben sie eine Verdichtung, die ihnen immer weniger Zeit für den persönlichen Kontakt zu den zu pflegenden Menschen lässt.

Menschen etwas Gutes zu tun, die Lebensqualität von zu pflegenden Menschen zu verbessern, ihnen zu helfen und mit ihnen in Beziehung zu stehen, sind Motive, die Pflegende in Zusammenhang mit ihrem beruflichen Handeln nennen. Können sie diese umsetzen, erleben sie Arbeitszufriedenheit.

„Also was ich immer sage und betone noch ist, dass es mir Spaß macht, dass mir es **wichtig** ist, meine Arbeit, dass ich noch nicht so **abgebrüht** bin und dass mir immer noch am wichtigsten ist der Kontakt zu den Patienten, das ist für mich die Hauptsache, und dass ich-, wenn ich das Gefühl vermittelt kriege von denen auch, ja, die fühlen sich wohl, die wissen ich bin **da**, die fühlen sich aufgehoben, das ist für mich das Wichtigste, dieser Kontakt.“ (IP4, 144)

Die Möglichkeit, eine emotionale, einfühlsame Beziehung zu Patienten einzugehen, ist für diese Befragte die Grundlage für Arbeitszufriedenheit. „*Der Kontakt zu den Patienten*“ ist für sie die „*Hauptsache*“. Wichtig ist für sie, dass die Menschen sich „*wohl fühlen*“, wissen, dass sie nicht alleine sind („*ich bin da*“) und sich „*aufgehoben*“ fühlen. Das damit beschriebene Kernkonzept pflegerischen Handelns, die pflegerische Sorge, setzt voraus, dass die Pflegenden „*noch nicht so abgebrüht*“ sind, um die erforderliche Empathie entwickeln bzw. leisten zu können. Eine gelingende Pflegebeziehung geht einher mit entsprechenden Rückmeldungen der gepflegten Menschen.

„Ich mag meinen Beruf äh auch nach 30 Jahren immer noch gerne. Äh: ich bin, immer noch gerne Krankenschwester auch äh:- oder auch gerade äh: für Patienten. Also ich gehe zufrieden nach Hause, wenn ich weiß so ((seufzt)) meine Station ist in Ordnung, den Patienten geht's gut und äh: ja ich hab heute auch mal nen Lächeln geerntet und habe was weitergebracht oder was getan. Also hab auch gepflegt.“ (IP30, 95)

Diese Interviewpartnerin geht „zufrieden nach Hause“, wenn sie ein „Lächeln geerntet“ hat und es den Patienten gut geht. Dafür ist es für sie wichtig, etwas „weitergebracht“ zu haben, etwas für die Patienten „getan“ zu haben. War der Kontakt zu den zu pflegenden Menschen möglich, konnte sie für diese da sein („*ich bin gerne Krankenschwester (...) auch gerade für Patienten*“), dann nimmt diese Befragte wahr, dass sie tatsächlich „gepflegt“ hat. Dies erscheint für sie konstitutiv für ihren Beruf. Bemerkenswert erscheint hier die Verwendung des Begriffs „geerntet“. Anerkennung durch ein „Lächeln“ der zu pflegenden Menschen erhält man nur, wenn man es zuvor gesät hat, also in Vorleistung getreten ist. Darüber hinaus ist das Lächeln nicht sicher, sondern hängt in diesem Bild von den Wachstumsbedingungen ab. Anerkennung wird damit zu einer vagen Größe.

Ist der Kontakt zu den zu pflegenden Menschen und eine Hilfeleistung nur eingeschränkt möglich, entsteht Unzufriedenheit.

„Wenn ich kann ihnen nicht **voll helfen**, wie ich das mir wünsche, ja, dann bin ich auch unzufrieden. Und das kommt jeden Tag. Jeden Tag. Jeden Dienst, egal was für Dienst sie machen.“ (IP25, 26)

Kann diese Interviewpartnerin den zu pflegenden Menschen „nicht voll helfen“, ist sie unzufrieden. Das Maß der Umfassendheit ihres pflegerischen Handelns generiert sie dabei aus sich selbst heraus („*wie ich das mir wünsche*“). Den eigenen Ansprüchen nach zu handeln ist ihr im Arbeitsalltag wenn überhaupt nur teilweise möglich. „*Jeden Tag, jeden Dienst*“ kommt es vor, dass sie ihren Ansprüchen an das eigene Helfen nicht genügen kann und unzufrieden ist.

Auch die Beziehungsqualität scheint darüber mitzubestimmen, inwieweit Arbeitszufriedenheit entstehen kann.

„Man hatte irgendwie n anderen, andern Draht zu den Leuten. Also dass die Leute auch schon mal gesagt haben, och können Sie mir ne Strumpfhose mitbringen und nä? Oder=oder och können Sie mir mal n bisschen Gummi- n paar Gummibärchen oder dies oder können Sie das mal für mich erledigen? Das=das war einfach gang und gäbe. Es war so familiär, sagn ma mal so. Das is heute nich mehr. Wo ich aber oft sage das is so schade!“ (IP11, 18)

Bezug nehmend auf frühere Zeiten berichtet diese/r Befragte von einem „anderen Draht“, einer anderen Art der Beziehung zu den zu pflegenden Menschen, die intensiver wahr und direkte Bitten um Unterstützung beinhaltete („*können Sie mir ne Strumpfhose*

mitbringen?“) Die Pflegebeziehung umfasste die selbstverständliche Hilfe bei alltäglichen Erledigungen. Daraus erwuchs eine ganz besondere Atmosphäre der Nähe („*Es war so familiär*“), die einen wichtigen Beitrag zur Arbeitszufriedenheit geleistet hat. Das dies heute nicht mehr so ist, bewertet die Befragte als „*so schade*“. Familiarität scheint auch für eine andere Interviewpartnerin bedeutsam zu sein, wenn Sie beschreibt, wie stark sie mit ihrer Arbeit identifiziert ist.

Ja, ansonsten ich kann nur sagen, dass ich meine Arbeit sehr gerne mach, dass ich mir eigentlich nichts anderes vorstellen kann und äh: selbst mein Mann sacht, wenn Du mal in Rente gehst, dann machst Du hier ehrenamtlich irgendwie weiter ((lacht)), so ohne (*Name der Einrichtung*) kann ich mir gar nicht vorstellen, nä? Man verwächst mit so nem Haus. (IP11, 10)

Die befragte Person kann sich „*nichts anderes vorstellen*“ als in der Pflege zu arbeiten. Sie beschreibt sich als stark verbunden mit ihrer Arbeit und ihrer Einrichtung („*Man verwächst mit so nem Haus*“), sodass ihr Ehemann davon ausgeht, dass sie nach Erreichen des Ruhestandes ehrenamtlich weiterarbeiten wird. Die hier beschriebene intensive Bindung an die Arbeitsstätte scheint ebenfalls familiäre Züge zu tragen, worauf der Begriff des verwachsen Seins hindeutet. Arbeitszufriedenheit konstituiert sich also einerseits aus der Qualität der pflegerischen Beziehung, andererseits aus dem sozialen Klima in der Arbeitsstätte. Im Konzept der Familiarität fließen diese Dimensionen ineinander, wenn damit eine besondere Form der Sorge im Miteinander von zu pflegenden Menschen und Pflegenden ausgedrückt wird.

Neben der Möglichkeit, für zu pflegende Menschen fürsorglich handeln zu können bestimmen auch andere Erfolgskriterien über das Maß an Arbeitszufriedenheit.

„Und so is jeder Tag irgendwie eine Herausforderung. Aber das macht die ganze Sache halt spannend, ne, und es ist schon schön wenn ich sehe- so manche Kunden, die kamen hier an und konnten nichts und gehen jetzt schon wieder am Rollator und so, also da denke ich: Meine Güte, ne, das ist schon echt richtig gut.“ (IP6, 58)

Für diese/n Interviewte/n entscheiden individuelle Erfolge der zu pflegenden Menschen darüber, inwieweit sie/er eine gute, zufriedenstellende Arbeit geleistet hat. Jeden Tag steht dies für ihn erneut zur Disposition („*is jeder Tag irgendwie eine Herausforderung*“). Gewinnen zu pflegende Menschen Fähigkeiten zurück („*gehen jetzt schon wieder am Rollator*“) erlebt er seine Arbeit als erfolgreich („*das ist schon echt richtig gut*“) und zufriedenstellend.

Für das Erreichen einer guten Beziehungsqualität und das Erreichen von Behandlungserfolgen sind die Arbeitsbedingungen entscheidend unter den die Pflegenden

ihre alltägliche Arbeit erbringen. Die Interviewten berichten hier, dass sich die Bedingungen in den letzten Jahren verschlechtert haben. Mehr Verwaltungsaufgaben, weniger Zeit für die zu pflegenden Menschen und Personalmangel verschlechtern die Arbeitsbedingungen und damit die Arbeitszufriedenheit der befragten Personen.

„Diese Arbeit, welche wir jetzt machen, das macht mich unzufrieden, da muss ich ganz ehrlich zugeben, weil vor Jahren haben wir wirklich mehr Zeit für die Patienten gehabt. Und jetzt müssen wir die Zeit welche wir haben früher mit Patienten- bei Patienten verbracht, jetzt müssen wir die für Schreibkram ver-, opfern. Und das ist natürlich äh: nicht so schön.“ (IP25, 6)

„*Schreibkram*“ ist an die Stelle der gemeinsamen Zeit mit den zu pflegenden Menschen getreten. Die wird von der Befragten als Opfer, also als schmerzlicher Verzicht erlebt, um – wie an anderer Stelle zu erfahren – das ökonomische Überleben der Einrichtung zu erreichen bzw. äußeren Regularien zu genügen. Dies beeinflusst die Qualität der pflegerischen Versorgung nachhaltig.

„Und diese ganze Unzufriedenheit, das kommt von, äh: schlechte Besetzung, wenige Leute im Dienst. Weil wir schaffen einfach nicht, die Leute so vernünftig zu versorgen wie wir das uns wünschen. Wir machen- das is wie=wie Computerarbeit. Zack, zack.“ (IP25, 7)

Durch die schlechte Besetzung gelingt es nicht mehr, die Menschen vernünftig zu versorgen. Aus der Arbeit mit Menschen ist depersonalisierte „*Computerarbeit*“ geworden, die „*zack, zack*“ erfolgt und keinen Raum mehr lässt für ein Eingehen auf individuelle Bedürfnisse. Unzufriedenheit entsteht auch dadurch, dass eigene Maßstäbe nicht mehr eingehalten werden können („*so vernünftig (...) wie wir uns das wünschen*“). Diese Arbeitsbedingungen könnten langfristig auch Folgen für die Attraktivität des Berufes haben.

„Das is nur noch rein - raus (2) und das is einfach äh: warum es so viel Frust in der Pflege gibt, warum immer mehr Aussteiger gibt, warum auch eigentlich äh: es immer schwerer fällt, Nachwuchs äh zu finden. Weil viele, die steigen- nach der Ausbildung machen se das noch n paar Jahre und dann steigen die aus, weil die sagen: „*machen wir nicht!*“. Viele gehen ins Qualitätsmanagement oder was weiß ich äh: ja: aber genau- die Leute an der Basis muss es ja auch geben.“ (IP9, 94)

Die/der Interviewpartner/in schildert die Realität in der Pflege als „*nur noch rein - raus*“. Diese Begriffe beschreiben die Arbeit unter Zeitdruck, der dazu führt, dass „*es so viel Frust in der Pflege gibt*“. Hohe Frustration durch schlechte Arbeitsbedingungen führt dazu, dass viele Pflegende nur noch kurz im Beruf bleiben („*nach der Ausbildung machen se das noch n paar Jahre*“) oder in andere Tätigkeitsfelder („*Qualitätsmanagement*“) wechseln. Die schlechten Arbeitsbedingungen bzw. die geringe Arbeitszufriedenheit führen dazu, dass Pflegende sich abgrenzen und sagen „*machen wir nicht!*“ Sie verweigern sich, unter solchen Bedingungen zu arbeiten und steigen aus der direkten Pflege aus.

Die vielen frustrierten Pflegenden verschlechtern aber auch das Image der Pflegeberufe derart, dass „es immer schwerer fällt, Nachwuchs zu finden“. Dies bewertet die Befragte als problematisch, weil es langfristig „die Leute an der Basis“ ja auch geben muss, um die zu pflegenden Menschen zu versorgen.

Arbeitszufriedenheit ist ein multidimensionales Konstrukt, das neben unmittelbaren Ergebnissen stark mit den erlebten Möglichkeiten zusammenhängt, eigene berufliche Werte realisieren zu können. Für Pflegende bedeutet dies, dass das Ausmaß, Pflegebeziehungen leben und gestalten zu können in einem unmittelbaren Zusammenhang mit ihrer Arbeitszufriedenheit zu sehen ist. Wird durch äußere Einflüsse oder Entscheidungen die Zeit, die für Beziehungsarbeit zur Verfügung steht eingeschränkt oder auf andere, patientenferne Tätigkeiten verlagert, erleben die Pflegenden einen Qualitätsverlust ihrer Arbeit und damit ein Absinken ihrer Arbeitszufriedenheit. Das dargestellte Kriterium der Familiarität weist darauf hin, dass Konzepte der professionellen Sorge weiterzuentwickeln sind, um diesen Bestimmungsfaktor von Arbeitszufriedenheit nicht länger von alltagsweltlichen Konzepten abhängig zu machen. Um die Personalausstattung in der Pflege langfristig sicherstellen zu können erscheint eine Verbesserung der Rahmenbedingungen erforderlich, damit Pflegende ein ausreichendes Maß an Arbeitszufriedenheit entwickeln können, um im Beruf zu bleiben und diesen positiv nach außen darstellen zu können.

5.1.1.7 Arbeitsverhältnis

Pflegende stellen in ihren Ausführungen dar, dass die Art und Weise, wie ihr Arbeitsverhältnis geregelt ist, Auswirkungen auf ihr Erleben und Verhalten am Arbeitsplatz hat. Gerade befristete Arbeitsverhältnisse erleben die Befragten als verunsichernd und einschränkend. Pflegende, die freiberuflich arbeiten, fühlen sich selbstbestimmter, aber auch einer stärkerer Arbeitsbelastung ausgesetzt. Führen tarifvertragliche Änderungen zu einer schlechteren Bezahlung, fühlen sich die Mitarbeitenden ungerecht behandelt.

Befristete Arbeitsverhältnisse gehen einher mit der ständigen Unsicherheit in Bezug auf eine Weiterbeschäftigung einher. Daraus erwachsen Konsequenzen für das Maß an Kritik, dass Mitarbeitende bereit sind zu äußern.

„Ja, dann müssen wir mal was sagen, müssen wir mal den Mund auf tun!“ Was meinen Sie, wie dann alle zurückgehen? Weil der größte Teil ja keinen Festvertrag hat. Der größte Teil hat nen Zeitvertrag. Ich verstehe die Kollegen. Das hat jetzt vielleicht gar nichts mehr mit Feigheit vorm Feind zu tun. Ich **versteh** die Kollegen: „Mein Gott, ich bin froh, dass ich Arbeit habe, und ich

möchte ne Verlängerung“, so. Gut, ich bin jetzt schon lange da, ich hab nen Festvertrag und ich sagen wir mal, ich hab auch den=den Vorteil, dass ich die Leute alle lange kenne, und dass ich auch einmal dann sagen kann: „Du, hör mal, also, das ist ja nee, also das gefällt mir ja überhaupt nicht“. Und wo ich auch mal- aber, dass können viele sich **nicht erlauben**, weil die kriegen dann keine Verlängerung.“ (IP11, 112)

Wenn diese Mitarbeiterin die Kollegen/innen dazu auffordert Kritik gegenüber der Leitung zu äußern („dann (...) müssen wir mal den Mund auf tun!“) erlebt sie bei diesen eine starke Zurückhaltung („wie dann alle zurückgehen“). Diese Zurückhaltung erklärt sich dadurch, dass diese Menschen bei der Äußerung von Kritik befürchten, dass ihr Arbeitsvertrag nicht verlängert wird („Mein Gott, ich bin froh, dass ich Arbeit habe, und ich möchte ne Verlängerung.“). Die Befragte hat für dieses Verhalten durchaus Verständnis („das hat jetzt vielleicht gar nichts mehr mit Feigheit vorm dem Feind zu tun“) und führt aus, dass sie selbst, weil sie „schon lange da“ ist und „nen Festvertrag“ hat, viel eher Kritik äußern kann als befristet Beschäftigte. Diese können sich das „**nicht erlauben**, weil die kriegen dann keine Verlängerung.“ Bemerkenswert an der Wortwahl erscheint, dass die Personen, die über die Verlängerung eines Arbeitsvertrages entscheiden, hier als „Feind“ charakterisiert werden und kritische Äußerungen anscheinend einer Erlaubnis bedürfen. Ein Status, der auch bei Konflikten die Anstellung nicht gefährdet, wird positiv erlebt.

„Ich bin Mitglied der (Name Schwesternschaft). Und ähm: über diesen Bestellsvertrag der Schwesternschaft bin ich hier eingesetzt. Und *Klinikträger* gibt im Prinzip der Schwesternschaft Geld, und die bezahlt dann mich. Ich bin so was wie ne Leiharbeiterin. (...) Der *Klinikträger* könnte mich persönlich gar nicht kündigen, die müssten dann der gesamten Schwesternschaft kündigen oder mich- dann sagen: „Also *Name der Interviewten* ist bei uns nicht mehr tragbar. Bitte nehmen Sie sie zurück“ oder so ((lacht)), „die wollen wir nicht mehr bei uns haben“. >Ja also-> Das- da würde mich die Schwesternschaft auch noch nicht künd- also rausschmeißen können, > kündigen kann se mich ja nicht>.“ (IP30.58,62)

Die Konstellation, eine Festanstellung bei einer Schwesternschaft zu haben und von dieser dann in eine Klinik entsandt zu werden, erlebt diese Interviewpartnerin als entlastend, weil sie vom Management der Klinik ein Stück weit unabhängig ist. Wenn Leitungspersonen der Klinik („*Klinikträger*“) mit ihr unzufrieden sind („die wollen wir nicht mehr bei uns haben“), kann sie von diesen nicht direkt gekündigt werden. Es besteht nur die Möglichkeit, der „*gesamten Schwesternschaft*“ zu kündigen oder diese zu bitten, die einzelne Pflegeperson abzuziehen („Bitte nehmen Sie sie zurück“). Das Abhängigkeitsverhältnis besteht hier also nicht zu den Personen, unter deren Regie die tägliche Arbeit stattfindet, sondern gegenüber der Schwesternschaft. Interessant an dieser Äußerung erscheint die Tatsache, dass anscheinend eher die Geschäftsführung der Klinik als die Anstellung gefährdendes Gegenüber wahrgenommen wird, nicht die pflegerische Leitung, die ja wiederum der Schwesternschaft angehört.

Befristete Verträge scheinen aber auch in besonderem Maß abhängig zu machen von der wirtschaftlichen Lage der Einrichtung.

„Aber wir haben halt sehr viele die ähm: hier ähm: ähm: halbes- oder dreiviertel-Jahresverträge verlängert werden, bis sie entweder aufhören können oder übernommen werden. Und das is ja- geht ja auch um **Belegung**. Wenn die eben jetzt- gerade soll dein Vertrag verlängert werden und es stehen 10 Betten leer, ja da kannst schon vorher an allen Fingern abzählen, der wird nicht verlängert, is ja klar.“ (IP11, 112)

Mitarbeitende werden auch nach Arbeitsanfall beschäftigt. Darauf weist die häufige Vergabe von kurzen Verträgen hin („*wir haben halt sehr viele (...) halbes- oder dreiviertel Jahresverträge*“). In Zeiten mit hohem Arbeitsanfall werden befristete Verträge verlängert, bei geringerer Auslastung („*stehen 10 Betten leer*“) können sich befristet beschäftigte Mitarbeitende „*schon vorher an allen Fingern abzählen*“, dass eine Vertragsverlängerung unwahrscheinlich ist. So wird das Arbeitsverhältnis eher zu einer Zitterpartie als zu einer verlässlichen Erwerbsgrundlage. Die Variabilität im Arbeitsverhältnis und im Arbeitsumfang wird aber auch positiv erlebt, wenn sie mit einem anderen Status und Selbstbestimmtheit verbunden ist.

„Ich schreib am Ende des Monats meine Stunden auf und **zack**, die kriege ich bezahlt und das war's. Ich meine, Freiberuflichkeit, das is- das is natürlich nicht das große Wunderland, also wenn ich krank bin und ich geh nicht arbeiten, dann kriege ich kein Geld und das is doof, nä? Dann irgendwie beim Urlaub, das is auch so ne Sache, also irgendwie was wie bezahlten Urlaub, oder so was wie Weihnachtsgeld oder so, das is natürlich was feines. Und ähm: also ähm: jedermanns Sache is das vielleicht nicht. Also, wer gerne irgendwie so, so feste Strukturen und das auch sehr schätzenswert findet, also irgendwie morgens schon zu wissen wann er irgendwie nachmittags zu hause is, also das hab ich auch **meistens** eigentlich fast immer. Nä, also pünktlichen Feierabend, aber es is- ja hab ich. Aber äh: ich (3) ähm: find's auch ganz gut auch mal spontan einzuspringen und=und die Kollegen sehen das ähnlich und das is äh: ähm: ja: also wie gesagt, man geht wenn die Arbeit getan is, ne?“ (IP5, 66)

Dieser Befragte arbeitet freiberuflich als Pfleger. Zwar stellt er dar, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Menge der gearbeiteten Stunden und der Höhe des Verdienstes besteht („*Ich schreib am Ende des Monats meine Stunden auf und zack, die kriege ich bezahlt*“), schränkt diese positive Eigenschaft der Freiberuflichkeit jedoch ein, indem er ausführt, dass er durch diesen direkten Zusammenhang von Arbeitsstunden und Bezahlung bei Krankheit oder Urlaub eben auch kein Geld verdient. Entsprechend ist für ihn die Freiberuflichkeit „*nicht das große Wunderland*“. Positiv für ihn ist aber die hohe Flexibilität („*ich find's auch ganz gut auch mal spontan einzuspringen*“) und Selbstbestimmtheit („*man geht, wenn die Arbeit getan is*“) in der freiberuflichen Arbeit. Ob Freiberuflichkeit positiv erlebt werden kann, hängt für ihn vom Menschentyp ab. Menschen, die eine hohe Verlässlichkeit und Strukturen brauchen, um sich wohlfühlen („*wer gerne irgendwie so, so feste Strukturen und das auch sehr schätzenswert findet, also*

irgendwie morgens schon zu wissen wann er nachmittags zu hause is“), werden eher ungern freiberuflich arbeiten.

Der bestehende Zusammenhang zwischen Umfang der gearbeiteten Stunden und Höhe des Verdienstes ist solange positiv, wie genügend Arbeit zu Verfügung steht, dass alle Beschäftigten so viel arbeiten können, wie sie möchten. Dies ist jedoch nicht immer gewährleistet.

„Ja, was auch immer **schwierig** is so jetzt mit den Mitarbeitern, ähm ja, dadurch, dass wir freiberuflich sind, ähm, haben wir ja keinen, der uns jetzt regelmäßig das Geld zahlt, und je nach dem, wie die Kunden- also wenn alle **da** sind und alle gut, ähm, in ihren Wohnungen bleiben, dann (1) kommt das Geld regelmäßig, dann ist es gut. Sobald einer im Krankenhaus ist, muss man ja sofort Stunden kürzen, ne, und ja, das ist auch immer eine unangenehme Sache so, weil- also man weiß ja schon, dass so, ähm, die Kosten weiter **bleiben** und, ähm, dass die alle ihre Versicherungen zahlen müssen und so. Und man kürzt natürlich meistens bei den Nicht-Fachkräften, weil eine Fachkraft muss **immer** hier sein, also in jeder Schicht. (IP6, 82)

Die zu pflegenden Menschen bezahlen nur dann Geld, wenn sie auch wirklich Leistungen in Anspruch nehmen. Müssen sie sich einer Behandlung im Krankenhaus unterziehen, zahlen sie nicht mehr weiter für die ambulante Betreuung. „*Schwierig*“ ist dieser Umstand für die Mitarbeitenden, weil bei deren Arbeitsumfang „*man ja sofort Stunden kürzen*“ muss und sie dann entsprechend weniger verdienen. Dies kann problematisch sein, weil bei den Mitarbeitenden „*die Kosten weiter **bleiben** und alle ihre Versicherungen zahlen müssen*“. Die Kürzungen betreffen darüber hinaus zumeist die Nicht-Fachkräfte, weil auf diese am leichtesten verzichtet werden kann („*eine Fachkraft muss **immer** hier sein, also in jeder Schicht*“). Mitarbeitenden Stunden und damit Einkommen kürzen zu müssen „*ist auch immer eine unangenehme Sache*“, weil es diese in finanzielle Schwierigkeiten bringen kann. Die Flexibilität im Arbeitsverhältnis kann sich in einem solchen Fall für die Mitarbeitenden negativ auswirken. Veränderungen mit negativen finanziellen Auswirkungen werden von den Betroffenen – wie nicht anders zu erwarten – nicht positiv bewertet.

„Wir möchten eben doch schon mal- nicht, dass dann, sagen wir mal so, dann noch diese Hiobsbotschaften kommen: Weihnachtsgeld ade, Urlaubsgeld tschüss. Ja, wir machen immer **mehr** und kriegen immer **weniger**. Oder dann wurden diese neuen, die sind ja aus'm BAT raus und hatten ja dann- wurden dann ja neue Tarife errechnet. Und dann ging der Satz durchs Haus und, ähm, dann haben wir erst später begriffen, also äh:, die Älteren verdienen also jetzt nicht mehr so viel, weil die Jüngeren brauchen ja mehr Geld. Und da hab ich gesagt: „ja, was'n jetzt los?“ Ich sag: „wo sind wir denn? Haben wir keine Festkosten oder was?“ Das haben wir dann erst gesehen als die die neuen Tarife gemacht haben, dass, sagen wir mal, was jetzt junge Kollegen und Kolleginnen sind, die jetzt- ich sag jetzt nur 'n Beispiel, zwischen zwei und drei standen, dann eben die höhere Lohngruppe gekriegt haben, und die alten die niedrigere oder sind auf dem geblieben.“ (IP11, 74)

Tarifveränderungen, die zu einer Verschlechterung der Bezahlung führen werden als unverhältnismäßig („*wir machen immer mehr und kriegen immer weniger*“) erlebt. Als unausweichliche Unglücksnachrichten („*Hiobsbotschaften*“) gelten die Streichung des Urlaubs- und Weihnachtsgeldes. In der Analogie zur biblischen Geschichte von Hiob, werden den Pflegenden hier Belastungen in Form des Verlustes von Einkommen auferlegt, denen sie sich ausgeliefert fühlen. Ihre Leidensfähigkeit wird auf die Probe gestellt. Die Auswirkungen der Veränderungen der tariflichen Entlohnung waren den Mitarbeitenden hier nicht bekannt, sodass sie „*erst später begriffen*“ haben, dass „*die Älteren verdienen also jetzt nicht mehr so viel, weil die Jüngeren brauchen ja mehr Geld*“. Diese neue Verteilung wird als ungerecht bewertet, weil ja die Lebenshaltungskosten aller Mitarbeitenden gleich bleiben („*Haben wir keine Festkosten oder was?*“). Veränderungen im Einkommensgefüge – und hier besonders die Verschlechterung des Einkommens – wird von den Mitarbeitenden in einen unmittelbaren Zusammenhang mit der Achtung ihrer Person und der Wertschätzung ihrer Arbeit gestellt.

Die argumentative Einbindung der Aussagen der Befragten zum Aspekt der Ausgestaltung ihrer Arbeitsverhältnisse weist auf einen engen Zusammenhang zum Maß erlebter Wertschätzung hin. Die Befristung von Arbeitsverhältnissen wird assoziiert mit der Möglichkeit der Nicht-Verlängerung und damit als Druckmittel der Arbeitgeber erlebt. Es wird postuliert, dass kritische Mitarbeitende kaum Chancen haben, eine Verlängerung Ihres Arbeitsvertrages zu erhalten. Die damit verbundene Kultur, dass kritische Äußerungen nicht als Verbesserungshinweise sondern als persönliche Kritik verstanden werden, lässt auf einen wenig wertschätzenden Führungsstil schließen. Auch eine mit dem Arbeitsanfall verbundene, kurzfristige Gestaltung von Arbeitsverträgen lässt Assoziationen zu einer Hire-and-Fire-Mentalität entstehen, bei der ausschließlich die Arbeitskraft von Menschen Aufmerksamkeit findet, nicht aber die gesamte Person. Entsprechend positiv bewerten es Mitarbeitende, wenn sie sich in einem sicheren, unbefristeten Arbeitsverhältnis befinden, bei dem auftretende Konflikte nicht automatisch die weitere Beschäftigung in Frage stellen. Arbeitsverhältnis und Bezahlung sollten die Existenz der Beschäftigten absichern und damit Zutrauen in die Verlässlichkeit und Gestaltbarkeit des Lebensalltags fördern. Alle Aktivitäten, die darauf abzielen, Sicherheit für die Mitarbeitenden zu schaffen, werden als wertschätzend erlebt.

5.1.1.8 Kultur

Für das Erleben von Wertschätzung sind auch Wahrnehmungen bedeutsam, die sich aus Umgebungsfaktoren, allgemeinen Stimmungen oder dem Miteinander speisen. Die Kultur eines Arbeitsbereichs oder einer Einrichtung konstituiert sich in den Äußerungen der Interviewpartner/innen aus psychosozialen, kommunikativen und interaktiven Faktoren. Das Maß in dem das Leben von Gemeinschaft möglich ist, eigene Belastungsgrenzen artikuliert werden können und Unterstützung erfahren wird, bestimmt über die wahrgenommene Qualität der Wertschätzung. Ein guter Informationsfluss und das Gefühl, von Informationen nicht ausgeschlossen zu sein, stärkt die Wahrnehmung eigener Bedeutsamkeit im Arbeitsprozess.

Die Möglichkeit von Begegnung und Austausch mit Kollegen hat sowohl eine Bedeutung für das Erleben und die Gestaltung einer Team-Kultur als auch für den Austausch über die aktuellen Arbeitsprozess.

„Und dann gibt’s auch nochmal so ne Sache von Smalltalk, also dass man auch nochmal so: ähm: die Arbeit ausblenden kann, und man hat auch nochmal so 15 Minuten Zeit beim Kaffee, einfach auch nur vielleicht miteinander zu lachen und einfach nochmal zu reden und solche Dinge zu machen. Und das machen wir jetzt glaub ich seit, eineinhalb Jahren so. Und am Anfang war’s natürlich so: „dafür hab’n wir gar keine Zeit.“, so. Und dann saß man da auch erstmal und hat sich nicht viel unterhalten. Und so nach ’nem halben Jahr war’s dann schon so, dass man dann auch freiwillig gekommen ist. Und **jetzt** freut man sich darauf, dass man um ein Uhr einen Kaffee trinken kann. Und dass man quasi die Kollegen sieht und dass man dann mal n bisschen äh, Quatschen kann, auch in Anführungsstrichen und natürlich auch nochmal fragt: „was machen wir? äh: wie läuft’s denn?“ Das ist so- nä, dass ist immer so die Frage: wie sieht’s denn aus?“. „Was macht (Name Station A)?, was macht (Name Station B)?“ und dann klärt man das nochmal. Wo gab’s Probleme, gab’s große Probleme? Sodass auch **alle**, die am Prozess letztendlich beteiligt sind auch nochmal wissen, aha, die (Name Station B) hatte diese und die Probleme und die (Name Station A) hatte diese. Und das glaub ich, da sind wir auch mittlerweile auf einem guten Weg. Das gab’s vorher nicht so.“ (IP28, 79)

„Auf einem guten Weg“ erlebt sich diese befragte Person mit einer Art und Weise des kollegialen Austauschs, bei dem es möglich ist, sowohl „Smalltalk“ zu machen und „miteinander zu lachen“ als auch sich über mögliche Probleme, die in einzelnen Arbeitsbereichen aufgetreten sind, auszutauschen („wie läuft’s denn? (...) wie sieht’s denn aus? Was macht (Name Station A), was macht (Name Station B?) (...) wo gab’s Probleme?“). Auch wenn dieses informelle Zusammenkommen in der Mittagszeit zunächst ungewohnt war („dafür hab’n wir gar keine Zeit“) und die Gespräche nur schwer in Gang kamen, wird das kollegiale Zusammentreffen inzwischen geschätzt und freudig erwartet („**jetzt** freut man sich darauf, dass man um ein Uhr einen Kaffee trinken kann“). Diese Form der Besprechung stellt neben dem informellen Informationsaustausch auch sicher, dass „**alle**, die am Prozess letztendlich beteiligt sind, auch noch mal wissen, aha,

die (Name Station B) hatte diese und die Probleme“. Auf diese Weise kann ein breiter Informationsfluss gewährleistet werden und die Mitarbeitenden fühlen sich beteiligt und erleben Transparenz der Arbeitsprozesse.

Neben dem Aspekt der Transparenz ist der soziale Zusammenhalt im Team von wichtiger Bedeutung.

„Was ich schön finde beim ambulanten Dienst ist, dass wir regelmäßig Dienstbesprechungen haben, wo wir es uns versuchen auch schön zu machen. Ah ja, Sie haben das ja mitgekriegt, mit Spargelsuppe und so was. Ich mag zwar keine Spargelsuppe, aber es gibt auch oft was, was ich auch mag ((lacht)). Also, das find' ich total schön. Das ist in anderen Häusern- ich hab ja im *Haus 1* vorher gearbeitet, das war da gar nicht. Da gab's zwar auch Dienstgespräche, aber man saß da und hat gehofft, dass es jetzt bald zu Ende ist. Und da war nichts mit Kaffee oder sonst irgendwie was. Wir versuchen, es uns schon irgendwie schön zu machen.“ (IP20, 14)

Auch dieser Interviewpartner beschreibt, dass die Kombination aus strukturell verankerten Anlässen des gegenseitigen Austauschs („*Dienstbesprechungen*“) und kollegialem Miteinander („*wo wir es uns versuchen auch schön zu machen*“) ein guter Weg ist, Arbeitskultur zu gestalten. An einem anderen Arbeitsplatz, wo die soziale Komponente fehlte („*das war da gar nicht*“), „*saß (man) da und hat gehofft, dass es jetzt bald zu Ende ist*“. Wichtig scheint hierbei das gemeinsame Bestreben zu sein, es sich gegenseitig „*irgendwie schön zu machen*“, als die Geste der Fürsorge, nicht so sehr der konkrete Erfolg. Auch wenn die Geste nicht den Geschmack des Befragten trifft („*ich mag zwar keine Spargelsuppe*“), wird dieser Umstand nicht negativ bewertet, weil „*es gibt auch oft was, was ich auch mag*“. Die Pflege der Teamkultur geschieht einerseits durch die Ausgestaltung dienstlicher Anlässe, andererseits werden auch besondere Veranstaltungen ausgerichtet.

„Und deshalb machen wir dann zwischendurch auch mal so Sommerfeste und so, dass man einfach immer so Punkte hat, oder auch wie den Brunch, dass man dann einfach so ja: so ne Möglichkeit hat, sich noch mal zusätzlich zu begegnen, außer jetzt im Treppenhaus oder so, ne. Also das ist schon so, das gehört mit zu dem Konzept.“ (IP6, 142)

Die Kultur einer Einrichtung lebt vom persönlichen Kontakt der Mitarbeitenden, davon, „*sich noch mal zusätzlich zu begegnen, außer jetzt im Treppenhaus*“. Als der Kultur förderlich wird erlebt, wenn Anlässe geschaffen werden, bei denen Kollegen sich treffen und Zeit haben, miteinander zu sprechen. Aus Sicht der Interviewpartnerin sind diese Veranstaltungen Teil von einem „*Konzept*“, also einem systematischen Vorgehen zur Weiterentwicklung der Teamkultur. Eine gute Teamkultur erscheint dabei nicht nur von Bedeutung für das Wohlbefinden der Beschäftigten zu sein. Vielmehr bestehen Zusammenhänge zu dem Grad an Offenheit, mit dem Kollegen miteinander umgehen können.

„Aber es gibt so ein, zwei Kolleginnen, die sagen: „bis dahin und dann kann ich nicht mehr!“. Gut, oK, dann mach wir jetzt auch anders. Ne, die jüngeren sind natürlich noch n bisschen, kraftvoller, noch n bisschen energiegeladener, die sagen: „ach das schaffe ich auch noch, den Tag oder diese Nacht oder so“. Aber man merkt's natürlich auch, dass sie manchmal nicht mehr können. Aber, dass man danach einfach sagen kann: „ich kann jetzt nicht mehr, will ich nicht mehr“. Und das hab' ich eben auch gelernt ne. Nicht immer zu funktionieren, sondern auch zu sagen: „ich will jetzt auch frei haben, und jetzt kann ich auch nicht mehr“. Sollte man auch, find ich, einfach machen.“ (IP31, 26)

Eine gute Teamkultur zeichnet sich aus Sicht diese Befragten dadurch aus, dass eigene Leistungs- bzw. Belastungsgrenzen offen ausgesprochen werden können, ohne dafür negative Reaktionen zu bekommen („*dass man danach einfach sagen kann: „ich kann jetzt nicht mehr, will ich nicht mehr“*). Die Darstellung, dass die jüngeren Kollegen obwohl sie körperlich noch leistungsfähiger sind, auch an Belastungsgrenzen kommen („*Aber man merkt's natürlich auch, dass sie manchmal nicht mehr können“*) wird zur Rechtfertigung der eigenen Grenzen herangezogen. Die Befragte beschreibt es als anzustrebendes Ziel („*das hab' ich eben auch gelernt“*), „*nicht immer zu funktionieren“* sondern sich aktiv für das eigene Wohlergehen einzusetzen, indem Belastungsgrenzen benannt werden. Wenn eine solche Offenheit nicht besteht, können Konflikte oder Probleme verdrängt werden und im Verborgenen wirken.

„Wobei ich auch hier ganz oft die Erfahrung gemacht habe, was eben die Kollegin da auch sachte mit der Angst: ich sage nichts!“ Ne, nachher krieg ich's wieder drauf. „Ich bin's nicht gewesen.“ Ne, „wie kannst Du? Um Gottes Willen!“ nein=nein=nein, ich halt mich da raus. So untereinander, oh: ja oh: und wütend und das, oh, das geht ja gar nicht. Sobald die in 'ner Runde sitzen: „Hat noch jemand was zu sagen?“ (3) Dann is Stille, sagt keiner was. (3) Ich meistens jetzt auch nicht mehr, weil ich hau' mich auch immer selber in die Pfanne ((lacht)), wenn ich dann zu impulsiv bin. Da denk ich immer, ah: dann hättest du es so formulieren müssen und so. Das is jetzt wieder falsch angekommen. Also verstumme ich auch und sag, pfff: Ja. **Ja, is schade**, es geht viel- man=man könnte so von jedem so n bisschen rausziehen und sagen ja, aber wenn man immer nur einen drüber krieg (5). Ist ja nur n Job, und den muss ich noch 'n paar Jahre machen.“ (IP12, 106)

Resigniert berichtet diese befragte Person, dass in ihrem Team mit Konflikten nicht offen umgegangen werden kann, weil diese anscheinend die sachliche Ebene schnell verlassen („*„Ich bin's nicht gewesen.“ „Ne, wie kannst du?“ (...) so untereinander (...) wütend und das, oh, dass geht ja gar nicht.“*). Wenn Kritik geäußert wird, erhält die kritisierende Person negative Reaktionen aus dem Team, die dazu führen, dass sie sich zukünftig nicht mehr äußern wird („*also verstumme ich jetzt auch und sag': pfff:“*), weil sie Angst hat den falschen Ton zu treffen und sich dadurch „*selber in die Pfanne“* zu hauen. Diese Fehlerkultur findet die Befragte bedauerlich und stellt dar, dass aus ihrer Sicht positive Verbesserungsimpulse, die jede/r aus dem Team geben könnte, verloren gehen („*Ja, is schade, es geht viel – man=man könnte so von jedem so n bisschen rausziehen“*). Das

Blockieren von Entwicklung durch eine feedback-feindliche Teamkultur führt dazu, dass sie ihre Arbeit nur noch als „Job“ betrachtet, den sie „noch 'n paar Jahre machen „ muss.

Für die Ausgestaltung der Kultur in einer Einrichtung ist neben der Art und Weise des Umgangs mit Kritik auch die allgemeine Sicht auf den Arbeitsalltag von Bedeutung.

„Was mich auch wahnsinnig äh genervt hat war, wo ich noch im (Name Arbeitsort) gearbeitet hab', wenn man zur Arbeit kommt dieses ((seufzt wieder schwer)) „puh: Arbeit ist so scheiße, diese ganzen Rahmenbedingungen sind alle so ätzend.“ Dieses ganze Genörgel. Ähm: ich selber bin eigentlich auch so, aber ich- wenn ich zur Arbeit komme und **das erste** was ich höre ist diese Unzufriedenheit von meinen Kollegen, das=das find ich furchtbar. Also: „guten Morgen, hast Du schon wieder gehört, ja, der und der ist krank, könnt Ihr einspringen?, und dies und das, und **ja**, dass ist alles ärgerlich und ich find das auch furchtbar.“ (IP20, 14)

Kultur entsteht aus Sicht dieser Mitarbeiterin auch durch die Grundhaltung, mit der man an die Arbeit herangeht. Sie stellt dar, dass sie bei ihren Kollegen eine Klagekultur wahrnimmt („*dieses ganz Genörgel*“), die mit einer großen Unzufriedenheit über die Rahmenbedingungen („*der und der ist krank, könnt ihr einspringen?*“) verbunden ist. Da diese Rahmenbedingungen jedoch nicht leicht veränderbar sind, ist die Befragte über die Haltung der Kollegen „*wahnsinnig genervt*“, weil diese die Gesamtstimmung negativ beeinflusst. Würde es gelingen, stärker das positive zu sehen, könnte mit widrigen Arbeits- oder Rahmenbedingungen möglicherweise emotional positiver umgegangen werden.

Wie in den vorangegangenen Äußerungen bereits deutlich geworden ist, gehört zu einer guten Arbeitskultur neben gelingenden sozialen Kontakten auch ein transparentes, partizipatives Informationsmanagement.

„Da gibt's dann auch noch mal ne Übergabe, die dauert eine Stunde, wo dann mal geguckt wird, ähm: ja wo is noch Handlungsbedarf, wo müssen wir noch genauer hingucken. Also wird auch jeder Patient noch mal besprochen, angesprochen, wird noch mal genau hingeguckt, so vielleicht, was für Strategien waren ganz gut, wie sind wir damit umgegangen bis zum Wochenende mit dem Problem?, vielleicht hat sich's nicht so gut erwiesen, gibt's vielleicht Ratschläge= Hinweise =Tipps aus dem Team?, wenn der Patient schon mal da war, hat jemand andere Erfahrungen, wie können wir das angehen? was wollen wir erreichen? Oder häufig is es ja auch ganz wichtig, dass wir so, ja ich sag's mal so, mit **einer** Stimme sprechen und uns nicht auseinander dividieren lassen, diese typische Spaltungstendenzen die dann auch da sind, das mit zehn Leuten versucht wird äh: zehnmal was anderes rauszuschlagen, ja so halt.“ (IP22, 15)

Diese Äußerung macht deutlich, dass die von einem kollegialen Austausch ausgehenden „*Ratschläge, Hinweise, Tipps*“ als hilfreich erachtet werden, um den Arbeitsanforderungen besser gewachsen zu sein. Das gemeinsame „*Hingucken*“ auf individuelle Pflegesituationen, das Ermitteln von „*Handlungsbedarf*“ lässt die Mitarbeitenden untereinander teilhaben an individuellen Erfahrungen und Kenntnissen. So wird nicht nur das Handlungsvermögen des Einzelnen gestärkt, sondern es wird auch möglich, eine

gemeinsame Strategie im Team zu entwickeln, sodass mit „*einer Stimme*“ gesprochen werden kann. Das Vorhandensein dieser „*Übergabe*“ wird als Ausdruck einer Arbeitskultur bewertet, die alle Mitarbeitenden an der Planung und Analyse der Arbeitsprozesse beteiligt und Informationen allen zugänglich macht. Darin kommt der hohe Stellenwert jedes einzelnen Mitarbeitenden für den Gesamtprozess zum Ausdruck. Auch auf Ebene der Fachexperten werden ein regelmäßiger Austausch und das gemeinsame Planen von Arbeitsprozessen als wichtige Bestandteile der Arbeitskultur beschrieben.

„Dann hab ich noch so n, ähm: ja, wir haben das Leitungsteam genannt, wir haben so ne Sitzung, wo wir uns alle einmal treffen. Also wo sich die Leitung der Station trifft, die Praxisanleitung, die Wundmentoren und die Diabetesmentoren, wo wir alle einmal zusammen sitzen und da besprechen wir Dinge, die die Station angehen. Also nicht jetzt spezifisch den einzelnen Bereich, der dabei sitzt, sondern wirklich was, wo wollen wir hin, damit das die Multiplikatoren sind und das auch an die Mitarbeiter das weitergeben. Und das läuft glaub ich ganz gut, da sind wir gerade dabei das so, auch durchzuziehen. Und das macht viel Spaß.“ (IP28, 68)

In einem positiven Klima („*das macht viel Spaß*“) stattfindend, schildert dieser Interviewpartner die Planung übergreifender Prozesse in seinem Arbeitsbereich. In einem „*Leitungsteam*“ treffen sich die unterschiedlichen Fachexperten des Arbeitsbereichs und „*besprechen (...) Dinge, die die Station angehen*“. Hier geht es um übergeordnete Zielsetzungen („*wo wollen wir hin*“) und Weg, diese umzusetzen. Die Fachexperten verstehen sich dabei als „*Multiplikatoren*“, als Personen, „*die das auch an die Mitarbeiter (...) weitergeben*“. Information und gemeinsame Zielplanung werden in diesen Ausführungen als wichtiger Bestandteil gelingender Veränderungsprozesse beschrieben. Die Beschreibung der Multiplikatorenfunktion macht deutlich, dass Mitarbeitende aller Hierarchieebenen gleichermaßen eingebunden sind.

In allen Arbeitsprozessen kommt es auch immer wieder zu Situationen der Belastung und Überlastung. Für eine wertschätzende Arbeitskultur ist es hierbei entscheidend, wie mit Belastungen umgegangen und was für die Entlastung der Mitarbeitenden getan wird. Die Kultur einer Einrichtung wird auch beeinflusst dadurch, wie Mitarbeitende für ihre Arbeit ausgebildet und damit auf Belastungen vorbereitet werden.

„Fortbildungsmäßig in manchen Situationen ähm: wünschte ich mir, wär ich noch ein bisschen sicherer. Was vielleicht durch Fortbildungen oder Gespräche, Fallgespräche oder, was im Team nen bisschen besser oder konsequenter besprochen wird und nicht: „ja da musst du irgendwie...“. Also, wenn es zum Beispiel um das Thema Gewalt geht. Das ist bei mir, jetzt im ambulanten Dienst find ich das immer mehr **wichtig** für mich das Thema, weil ich eben alleine vor Ort bin. Und es gibt ganz oft Momente wo Angehörige- wir haben einen Angehörigen, der regelmäßig Wutausbrüche kriegt, und wo ich schon mal ein blaues Handgelenk hatte, und, wo ich dann selber da stehe und denke: „wie reagiers'te da jetzt drauf? Was ist jetzt richtig? Also: zurückschlagen ((lacht)) is ne schlechte Möglichkeit, einfach nur dazustehen und sich schlagen zu lassen, ist ebenfalls ne schlechte

Möglichkeit. Das sind so Sachen, wo ich mir wünschen würde, dass ich mehr ähm, ja darüber Bescheid wissen würde, und das vielleicht auch immer mal wieder aufgefrischt wird. Also natürlich hat man in der Ausbildung gelernt, wie man mit solchen Situationen umgeht, aber das ist in der Praxis dann nochmal ganz anders. Wenn man da steht, ganz alleine in dieser Wohnung, und der Angehörige dann ausrastet.“ (IP20, 16)

Mit der Erfahrung von Gewalt durch einen Angehörigen wählt diese Befragte ein brisantes Beispiel aus, um den Zusammenhang zwischen Qualifizierung, Handlungsfähigkeit und Belastungserleben zu illustrieren. Sie stellt dar, dass sie derzeit in der beschriebenen Situation sogar körperliche Schäden davon getragen hat („*wo ich schon mal ein blaues Handgelenk hatte*“) und sich handlungsunfähig fühlt („*zurückschlagen is ne schlechte Möglichkeit, einfach nur dazustehen und sich schlagen zu lassen, ist ebenfalls ne schlechte Möglichkeit*“). Ihrer Auffassung nach könnte Qualifizierung ihr in solchen Situationen helfen zu wissen, wie sie sich angemessen verhalten kann („*wie reagiers'te da jetzt drauf*“). Besonders bedeutsam ist ihr hier die Unterstützung durch die Organisation, weil sie bei ihrer Arbeit „*eben alleine vor Ort*“ ist, dem Geschehen ausgeliefert ist und nicht schnell Unterstützung herbeiholen kann. Entsprechend wird hier erneut die Schutzaufgabe der Organisation eingefordert. Sind Mitarbeitende aufgrund der Arbeitssituation besonders Belastungen oder Gefahren ausgesetzt, wird es als ein Ausdruck von Wertschätzung erlebt, wenn die Einrichtung eine besondere Verantwortung für das Wohlergehen der Arbeitenden übernimmt. Dieses Erfordernis gilt – wie in diesem Interviewauszug – sowohl im Voraus als auch besonders im Nachhinein zur Verarbeitung erlebter Belastung.

„Ja, auf jeden Fall also, da ist für mich der Stichpunkt Psychohygiene wirklich wichtig, und ähm deswegen gibt's bei uns auch wirklich ziemlich viele Besprechungen wo einfach Fallbesprechungen gemacht werden, wo das Verhalten von Jugendlichen aber auch das, was bei uns ausgelöst wird dadurch reflektiert, besprochen und angeguckt wird von allen möglichen Seiten. Manchmal vielleicht sogar zu viele Besprechungen, aber das ins Team zu bringen ist glaube ich unbedingt notwendig, um sich einfach auf der einen Seite, ähm ja, um das so in Relation zu setzen- ich hab da jetzt zwar eigentlich offiziell falsch gehandelt, das würde man ja eigentlich erst mal so nicht sagen, dass man da so körperlich agiert auf ne Art und Weise, aber dass da auf Seiten des Teams einfach auch Verständnis da ist, die eben diesen Jugendlichen in seiner Problematik auch kennen, dass man da so'n bisschen- also dass so'n bisschen dieses Schlimme da rausgenommen wird, es soll nicht gerechtfertigt werden dadurch, aber ähm, ja dieses (1) dieser erhobene Zeigefinger wird so'n bisschen rausgenommen, wenn man einfach die Rückmeldung bekommt: „Ja genau da kann er einen aber auch hinbringen.“. (IP1, 111)

Gerade in Stresssituationen können Menschen nicht immer genau einschätzen, inwieweit ihre Handlungen ganz und gar richtig sind. Dies kann im Nachhinein zu Dissonanzen und Unsicherheiten führen, die den Mitarbeitenden zusätzlich belasten. Damit hier eine Entlastung stattfinden kann, bedarf es einer Kultur, die einen offenen Austausch über das Geschehene zulässt, wo alles „*besprochen und angeguckt wird von allen möglichen Seiten*“ ohne zu verurteilen („*dass da auf Seiten des Teams einfach auch Verständnis da ist*“).

Durch eine Kultur der Akzeptanz („*dieser erhobene Zeigefinger wird so'n bisschen rausgenommen*“) und Empathie mit Kollegen, die das Geschehen nachvollziehen können („*Ja genau da kann er einen auch hinbringen*“) erlebt die Mitarbeitende Entlastung und „*Psychohygiene*“, also geistige Gesundheit. Die Art der hier beschriebenen „*Besprechungen*“ wird in anderen Aussagen auch als Supervision bezeichnet.

„Supervision fehlt mir auch. Ich hab' kurze Zeit im Hospiz gearbeitet, also nur mal nen Praktikum gemacht für 8 Wochen, ähm: die machen ja regelmäßig Supervision. Ich hab jetzt mal Gruppensupervision mitgemacht, das fand ich total toll. Aber so ne Teamsupervision wär' vielleicht auch mal irgendwie was. Gerade, weil wir auch n junges Team sind, weil alle jungen Kunden jetzt mittlerweile weggehen ((lacht))äh, Kunden - **Mitarbeiter**. Aber: ähm: ich hatte das mal im *Haus 1* angesprochen, da ist das auf ziemliche Ablehnung gestoßen. Da waren wir allerdings auch nen ziemlich, was heißt altes Team, älteres Team als jetzt zumindest. Vielleicht hat das was mit alten Kollegen – jungen Kollegen zu tun, ich weiß es nicht. Weil das- also viele haben, die alten Kollegen dann gesagt: „ja: brauchen wir nicht. Also wir können so das mit unseren Problemen irgendwie hinkriegen.“ (IP20, 16)

Als sehr positiv („*das fand ich total toll*“) beschreibt dieser Interviewpartner eine erlebte Gruppensupervision und hält diese auch für das eigene Team für geeignet. Allerdings stellt er dar, dass nicht alle Mitarbeitenden gleichermaßen zu einer Supervision bereit sind. Einerseits zieht er den Altersdurchschnitt als Erklärung heran („*die alten Kollegen (haben) dann gesagt: Ja: brauchen wir nicht. Also wir können so das mit unseren Problemen irgendwie hinkriegen*“), andererseits scheint die Kultur in einem Arbeitsbereich darüber mitzubestimmen, inwieweit eine Supervision von den Mitarbeitenden positiv bewertet wird. Im Hospiz ist Supervision selbstverständlich, in „*Haus 1 (...) ist das auf ziemliche Ablehnung gestoßen*“. Entsprechend scheint Supervision bestimmte kulturelle Voraussetzungen zu benötigen, damit sie erfolgreich stattfinden kann. Nicht nur von manchen Mitarbeitenden wird der Nutzen von Supervision eher in Frage gestellt, auch seitens der Einrichtungen wird er mancherorts bezweifelt.

„Aber es ist halt auch schade, dass halt bei manchen Arbeitgebern auch so was wie Supervision noch nicht regelmäßig angeboten wird, dass die da überhaupt gar nicht so nachdenken, weil die sehen nur die Kosten aber nicht den Nutzen daraus.“ (IP4, 388)

In dieser Äußerung wird in der Gegenüberstellung von „*Kosten*“ und „*Nutzen*“ deutlich, in welchem engen Zusammenhang erlebte Wertschätzung und Unterstützung durch die Organisation stehen. Wird das Angebot von Supervision aus Kostengründen abgelehnt, ist das „*schade*“ und ein Zeichen dafür, dass die Arbeitgeber „*da überhaupt gar nicht so nachdenken*“, welchen Belastungen ihre Mitarbeitenden ausgesetzt sind. Dies nehmen die Beschäftigten nicht als wertschätzend wahr.

In der Gesamtschau der Äußerungen, welche die Kategorie *Kultur* bilden, zeigt sich, dass eine Kultur der Wertschätzung sich in besonderem Maße durch ein von Akzeptanz und Empathie geprägtes Miteinander auszeichnet. Dies gilt gleichermaßen für die Mitarbeitenden untereinander wie für das Verhältnis zwischen Arbeitgeber bzw. Organisation und den Beschäftigten. Unterstützung und Entlastung entstehen einerseits im kollegialen Austausch, der von fürsorglichem Verhalten untereinander begleitet ist. Andererseits erwarten die Mitarbeitenden von ihrem Arbeitgeber, dass sie auf absehbare Anforderungen vorbereitet werden und ihnen Unterstützung bei der Verarbeitung von Belastungen angeboten wird. Eine Wertschätzungskultur ist auch dadurch gekennzeichnet, dass alle gleichermaßen Zugang zu Informationen haben und an der Zielplanung beteiligt sind. Insgesamt scheint eine wertschätzende Kultur von einer personenzentrierten Grundhaltung auszugehen und durch die Übernahme von Verantwortung für das Wohlergehen der Mitarbeitenden durch die Organisation geprägt zu sein.

5.1.1.9 Team

In der Kategorie ‚Team‘ werden Äußerungen gefasst, die Arbeitsklima, Zusammensetzung des Teams (Qualifikation, Alter, Kompetenzen etc.), Aufteilung der Arbeit sowie Kooperation und gegenseitige Unterstützung und schließlich das Pflegeverständnis der Mitarbeitenden betreffen. Hinsichtlich des Wertschätzungserlebens kann ein Team als Quelle von Anerkennung sowohl eine Ressource sein als auch negative Effekte haben. Darüber hinaus wird deutlich, dass die ungünstigen Rahmenbedingungen, unter denen Pflege geleistet wird, sich auch auf der Ebene des Teams negativ auswirken.

Wenn Befragte über das Klima an ihrem Arbeitsplatz sprechen, werden unterschiedliche Aspekte thematisiert, die wiederum vor dem Hintergrund von persönlichen Erfahrungen, Interessen oder Werteorientierungen individuell unterschiedlich bewertet werden.

„Von den Kollegen, ja die sind in meinem Alter und jünger und (2) was soll ich dazu sagen (2) also, wir verstehen uns gut = des is ‚n gutes Team (3) alle sind gleich hier, es fühlt sich keiner irgendwie höher gestellt. Also, des is ja auch bei manchen Arbeitsstellen so, ne? Wo so von oben herab und so- das gibt’s da gar nicht. Und das macht auch schon so ‚n gutes Arbeitsklima- muss ich sagen (6) ja, und das find ich auch schön also im Gegensatz- vorher hab ich ja wie gesagt immer ein und dieselbe Person zuhause betreut, da war **ich** alleine und eben nur eben nur diese eine Person. Das gefällt mir gut in diesem Team dass wir uns auch untereinander austauschen können, dass **ich** auch jemanden habe mit dem ich sprechen kann und nicht immer nur dass sich das sich so begrenzt auf zwei Personen immer nur, ne? Dacht ich mir nee- ich möchte lieber in so ‚nem Team mehrere Stunden arbeiten und mich auch mal austauschen mit Kollegen.“ (IP8, 46)

Aus der Äußerung geht hervor, dass diese Befragte insbesondere zwei Kriterien heranzieht, die ein gutes Team ausmachen. So betont sie als erstes, dass aus ihrer Sicht - trotz einer

gewissen Heterogenität, z.B. hinsichtlich des Alters - die Gleichheit der Kollegen hinsichtlich des Status im Team (*„alle sind, gleich, es fühlt sich keiner höher gestellt“*, *„von oben herab und so- das gibt's da gar nicht“*) sehr wichtig für ein gutes Arbeitsklima sei. Eine hierarchische Ordnung im Team wird gleichgesetzt mit einer gewissen Arroganz (*„es fühlt sich keiner höher gestellt“*) oder auch mit Bevormundung (*„von oben herab“*). Die Befragte macht aber auch deutlich, dass sie die Kommunikation mit Kollegen sehr schätzt (*„dass wir uns auch untereinander austauschen können“*), sie spricht hier von der Möglichkeit zum *„Austausch“*, wählt also einen Begriff, der einerseits Reziprozität impliziert und andererseits auf Augenhöhe stattfindet und an den oben beschriebenen Wunsch nach ‚Gleichheit‘ anknüpft. Die Möglichkeit zu kollegialen Kontakten und damit eine Kommunikation über die face-to-face-Beziehung mit dem Kunden hinaus, scheint für die Befragte – vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen in der häuslichen Pflege – in der sie *„alleine“* war und die Kommunikation *„begrenzt auf zwei Personen immer nur“* - eine wichtige Ressource zu sein, die nur ein Team bieten kann (*„ich möchte lieber in so nem Team mehrere Stunden arbeiten“*). Offenbar hat die Interviewpartnerin die ständige Nähe und das ausschließliche Aufeinander-Bezogensein in der Interaktionsarbeit mit einem Kunden als einseitig und in der Rolle der Pflegenden auch einsam erlebt, wenn sie betont, dass dies bei der Arbeit im Team besser sei (*„dass ich auch jemanden habe, mit dem ich sprechen kann“*). Zu pflegende Menschen sind demnach keine adäquaten Gesprächspartner für einen Austausch über die Arbeit.

Teamkontakte beschränken sich aber nicht ausschließlich auf berufliche Fragen. Manche Befragte schätzen es, mit Kollegen auch über private Dinge zu sprechen oder auch mal zu ‚tratschen‘, andere lehnen dies jedoch ausdrücklich ab.

„Aber ähm ich weiß nicht, vielleicht sind's auch einfach die Kollegen, wo ich sagen muss also bei [Name des Trägers] bin ich auch teilweise befreundet, da mach' ich privat was so, ne. Die sind mir dann einfach so näher als ich das- also damals, als ich im Altenheim gearbeitet habe, habe ich mich schon n bisschen einsam gefühlt teilweise, weil irgendwie auch- das war halt irgendwie, war nich' so meine Welt, nö (...)" (IP 5, 127)

Dieses Zitat macht deutlich, welche hohe Bedeutung eine freundschaftliche Nähe (*„teilweise befreundet“*) und Übereinstimmungen im Sinne gemeinsamer Werte (*„die sind mir dann einfach so näher“*) für ein positiv erlebtes Arbeitsklima haben können. Kollegen sind hier gewissermaßen ‚Kulturträger‘, denn gemeinsam mit ihnen können berufliche Werte in der Arbeit umgesetzt werden. Im Kontrast zu früheren Erfahrungen an einem anderen Arbeitsplatz (*„n bisschen einsam gefühlt teilweise“*, *„nich' so meine Welt“*) drückt die interviewte Person aus, dass sie dem guten Kontakt zu Kollegen einen hohen

Stellenwert für die Zufriedenheit mit der Arbeit und die Identifikation mit den Aufgaben zuschreibt („*vielleicht sind's auch einfach die Kollegen*“). Die übliche Trennung von Arbeits- und Privatleben scheint unter diesen Umständen aufgehoben bzw. nicht unbedingt erwünscht zu sein.

Ein positives Arbeitsklima drückt sich für andere Befragte darin aus, dass Kollegen an wichtigen Ereignissen Anteil nehmen und dies auch durch z.B. Geschenke deutlich machen:

„Ich weiß jetzt nicht wie das auf den anderen Etagen ist, aber bei uns jetzt ist das sehr schön- oder auf Hochzeiten, wenn dann jemand mal heiratet oder 'n Kind bekommt oder ähm, Sonstiges. Dann machen wir da schon was, sammeln wir Geld und machen dann 'ne Kleinigkeit dafür und doch- also das ist schon sehr schön. Also, wenn das nicht wäre, dann denk' ich mir mal, dann würde man hier drunter leiden, wenn man nur so aneinander vorbei arbeitet.“ (IP 16, 15)

Bereits durch die Formulierungen „*wir*“ und „*uns*“ wird die hohe Identifikation der Person mit ‚ihrem‘ Team deutlich. Anteil zu nehmen, für ein gemeinsames Geschenk zu sammeln, bedeutet hier offenbar das Gegenteil von „*nur so aneinander vorbei arbeiten*“, nämlich Kontakt, Begegnung und Eingebundensein. Als private Person auch im beruflichen Kontext wahrgenommen zu werden, wird hier offenbar als Ausdruck des Gegenteils von Reduktion auf berufliche Funktionen, nämlich als Wahrnehmung von Individualität erlebt. Würde eine Reaktion auf wichtige persönliche Ereignisse ausbleiben, würde etwas Entscheidendes fehlen und schmerzhaft vermisst werden, denn die Wahrnehmung der Individualität und der persönlichen Lebensumstände von Mitarbeitenden trägt offenbar auch dazu bei alltägliche Belastungen am Arbeitsplatz zu bewältigen („*wenn das nich' wäre (...) würde man hier drunter leiden*“). Mitarbeitende die sich einsam fühlen oder „*aneinander vorbei*“ arbeiten, leiden offenbar stärker unter der bestehenden Arbeitsbelastung als Mitarbeitende, denen der positive Kontakt zu Kollegen als möglicherweise kompensierende Kraft zur Verfügung steht.

Verständnis für die persönlichen Bedürfnisse bzw. die persönliche Lebenssituation ist allerdings nicht immer und überall selbstverständlich, wie folgende Textpassage zum Ausdruck bringt.

„(...) Du brauchst, brauchst äh, kannst doch Weihnachten Spätdienste machen oder so. Du hast ja noch keine Familie. Ich hab **auch** ne Familie. Also ich, sonst wär' ich gar nicht **auf der Welt** ((aufgebracht)), also, ich **hab** ne Familie und - auch wenn ich noch keine Kinder habe, ist das meine Familie mit denen ich gerne Weihnachten feiern möchte. Ich kann das total verstehen, dass die Mütter bei uns sagen: Ja, ich wär' so gern bei meinen Kindern. (...) Aber die andere Seite wird nich' viel beachtet. So das find ich manchmal schade.“ (IP 20, 29)

Unter dem Gesichtspunkt des Wertschätzungserlebens wird es hier als sehr bedeutsam erachtet, auch als ‚private Person‘ mit privaten Bedürfnissen am Arbeitsplatz wahrgenommen zu werden - und - unabhängig von der Lebenssituation - die gleiche Wichtigkeit zu haben wie andere Kollegen/innen. Divergierende Interessen oder konkurrierende Bedürfnisse der Kollegen eine Lösung sollen nicht vordergründig festgelegt sondern vielmehr ausgehandelt werden. Auch wenn die Interviewpartnerin *„noch keine eigenen Kinder“* besitzt, hat sie trotzdem *„auch ne Familie“*, mit der sie *„gerne Weihnachten feiern möchte“*. Durch die Formulierung *„schade“* am Ende des Zitates wird abschließend noch einmal das Bedauern über ein Verhalten von Kollegen zum Ausdruck gebracht, durch das die Befragte ihre Bedürfnisse missachtet und sich zurückgesetzt fühlt. Ein gutes Team zeichnet sich hier durch gleichberechtigte Ansprüche aus.

Unabhängig von der Wahrnehmung persönlicher Belange von Kollegen, gibt es auch Befragte, für die der Austausch über private Dinge grundsätzlich eher negativ besetzt ist:

„Ja, man sieht sie [die Kollegen] halt weniger [im Nachtdienst], ne, also manche Sachen bekomme ich dann halt auch nicht so mit, aber das stört mich auch nicht so, das muss ich auch nicht, dieses- äh ich bin nicht der Typ für dieses private Getratsche und dieses und jenes, und ach, das ist nicht meine Welt, das muss ich nicht immer haben. (...) Und dieses Gejammere über alles Mögliche und äh, das stört mich, das kann ich nicht haben. (...) Ich sag dann immer, ich denk dann immer für mich: Guckt euch doch erst mal andere Leute an, die haben’s noch schlimmer wie ihr, aber das sehen halt viele nicht, ne, die sehen halt nur sich und (1) das finde ich halt, das stört mich halt viel.“ (IP 4, 138-142)

Dieses Zitat spiegelt ein negativ konnotiertes Bild vom kollegialen Austausch über private Themen wider. Persönliche Gespräche unter Kolleg/innen werden als *„Getratsche“* und *„Gejammere“* bezeichnet, was die Interviewpartnerin *„nicht immer haben“* muss. Sie distanziert sich explizit davon und verbindet mit dem seltenen Kontakt zu Kollegen, und damit dem seltenen Austausch mit diesen, eine positive Eigenschaft des Nachtdienstes. Eine solche Art des Austausches entspricht nicht ihren persönlichen Werten (*„nicht meine Welt“*) und wird von ihr als egoistisch bewertet (*„die sehen halt nur sich“*). Ein gutes Team wäre auch hier dadurch gekennzeichnet, dass sich die Mitglieder offen und interessiert begegnen und sich nicht auf Kosten der anderen produzieren. Später im Interview greift die Befragte diesen Aspekt erneut auf:

„(...) dass die Kolleginnen immer nur ihren Sicht- und Standpunkt sehen und auch nicht gucken: Wie ist der andere, wie sieht der andere das vielleicht? Gibt’s da noch andere Möglichkeiten? Das ist halt schade.“ (IP 4, 218)

Auch hier äußert sich die Interviewpartnerin kritisch über die Haltung und die Art der Kommunikation im Team. Aus dieser Äußerung lassen sich Rückschlüsse ziehen, wie Gespräche im Team idealerweise aussähen. So lassen sich aus dem Vorwurf, nur den

eigenen Standpunkt zu sehen und sich nicht um Alternativen zu kümmern, der Wunsch nach der Bereitschaft der Kollegen zu einem Perspektivenwechsel und die Erwartung, sich aktiv und konstruktiv um Lösungsmöglichkeiten zu bemühen, ableiten.

Ein gutes Arbeitsklima ist ein Aspekt von Teamarbeit. Wichtige Elemente dieses herzustellen sind eine wirkliche Gleichberechtigung der Teammitglieder in ihren Ansprüchen und Bedürfnissen sowie eine offene, zugewandte und konstruktive Kommunikation, die der Fortentwicklung des Gruppenprozesses dient und nicht das subjektive Erleben Einzelner in den Vordergrund stellt.

Die Zusammensetzung von Pflgeteams ist häufig sehr heterogen hinsichtlich Qualifikation, Lebensalter, kultureller Herkunft oder Berufserfahrung der Mitarbeitenden. Dies gilt gleichermaßen für den persönlichen Arbeitsstil oder bestimmte Aufgaben, die Pflegenden im Rahmen ihrer Tätigkeit fokussieren, weil diese der persönlichen Werteorientierung oder dem kulturellen Hintergrund entsprechen.

„(...) dann find' ich wichtig, wenn man 'n gutes Team hat, der eine achtet mehr auf trinken, der eine achtet mehr auf waschen, der eine achtet auf Fingernägel, der eine redet mehr mit denen [den Kunden]. So dieses Gemisch kommt gut an.“ (IP 12, 14)

„Es sind auch welche dabei, die sind noch jung, die müssten eigentlich das Doppelte schaffen, sagen wir mal so, nä? Aber es ist auch 'ne Mentalitätssache, der eine ist langsamer, der andere ist schneller. Und der Langsame hat dann wieder andere Qualitäten, oder wo man sagen muss: Aber was sie macht, macht sie gut. Nicht hui, hui, hui. Aber, ja, das sind viele unterschiedliche Leute.“ (IP 11, 58)

„Aber das Negative so 'n bisschen rausnehmen. Weil keiner, der hier ist, ich sag' mal: Keiner in der Altenpflege meint es böse, 'n Pflegeberuf kann man nicht machen, wenn man , 'n böser Mensch ist oder **schlecht** oder so was. Also, jeder meint es auf seine Art gut, manche bringen's vielleicht nicht so rüber, ähm, sind handwerklich nicht so gut, gibt's auch, sind zu langsam. Gut, muss ich im Team eben auffangen dann.“ (IP 12, 138)

Die Heterogenität des Teams wird von vielen der Befragten eher positiv und als Ressource bewertet („*der Langsame hat dann wieder andere Qualitäten*“), sie ermöglicht den einzelnen Mitarbeitern/innen, in ihrer Arbeit Schwerpunkte zu setzen ohne, dass dadurch das Gesamtergebnis, d.h. die Versorgungsqualität insgesamt leidet („*Das Gemisch kommt gut an.*“). Dabei werden von den Befragten durchaus Eigenschaften und Eigenheiten von Kollegen angesprochen, die Arbeitsabläufe behindern oder verzögern könnten wie Langsamkeit, fachpraktische Defizite („*sind handwerklich nicht so gut*“) oder kommunikative Probleme („*bringen's nicht so rüber*“). Trotz der jeweils beschriebenen Einschränkungen sieht ein großer Teil der Befragten eine heterogene Zusammensetzung des Teams eher als positive Vielseitigkeit oder Vielfalt. Als Kennzeichen einer

gelingenden Zusammenarbeit kann gelten, wenn individuelle Einschränkungen durch die Gesamtarbeitsleistung des Teams kompensiert werden. Führt diese Kompensation jedoch zu Mehrbelastungen kommt die Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung leicht an Grenzen.

„Pflegehilfe zum Beispiel. Und das kommt von andere Beruf und sie hat nur welches- ich weiß nicht, Rote-Kreuz-Kurs oder was. Denkt bisschen nicht mit. (3) Aber das belastet die anderen Personen, nicht nur mich, weil die Kollegen haben das gleiche Problem. Nur da spricht man nicht drüber.“ (IP 25, 140)

In diesem Interviewauszug wird beschrieben, dass Zusammenarbeit im Team grundsätzlich über Qualifikationsgrenzen hinweg funktionieren soll und alle Teammitglieder gleichwertig sind und damit auch gleiche Arbeit leisten sollen. Funktioniert dies nicht und werden Defizite deutlich („denkt nicht mit“), resultieren daraus negative Folgen für die restlichen Teammitglieder („belastet die anderen Personen“). Jedoch scheint der Anspruch der Gleichwertigkeit so hoch bewertet zu sein, dass dieses Problem nicht angesprochen wird („da spricht man nicht drüber“).

Von Bedeutung scheint aber auch die Haltung zu sein, mit der Kollegen bzw. ihren individuellen Stärken und Schwächen begegnet wird. Unter den Befragten, für die Heterogenität im Team positiv besetzt ist, drückt eine Interviewpartnerin eine Art von Grundvertrauen in die eigene Berufsgruppe aus („keiner in der Altenpflege ist böse“, „'n Pflegeberuf kann man nicht machen, wenn man 'n böser Mensch oder schlecht ist“). Die Berufswahl bzw. die Entscheidung in der Altenpflege zu arbeiten, wird demnach bereits als Ausdruck einer humanistischen Werteorientierung oder Bereitschaft zum sozialen Engagement gewertet - und offenbar wird einer solchen Haltung ein so hoher Stellenwert auch Hinsichtlich der Qualität der Arbeit eingeräumt, dass z.B. fachliche Defizite der Einzelnen in den Hintergrund treten. Um gute Pflegearbeit zu leisten, muss die Pflegekraft in erster Linie ein guter Mensch sein. Eine solche Grundhaltung gegenüber Kollegen ist sicherlich geeignet, die Bereitschaft zur Kooperation im Team zu erhöhen und - darüber hinaus - ein Gefühl von Solidarität mit der gesamten Berufsgruppe zu entwickeln und zu stärken.

Offenbar finden Teams, die sich gut kennen, d.h. um Stärken und Schwächen der Kollegen wissen, wenn sie von einer solchen (wertschätzenden) Haltung geprägt sind zu einer Form der Zusammenarbeit, bei der Stärken sinnvoll eingebracht und Schwächen gut kompensiert werden können. („Gut, muss ich im Team eben auffangen dann.“) Unter solchen Bedingungen kann beispielsweise auch ein langsames Arbeitstempo als Ausdruck von

Gründlichkeit wahrgenommen werden und so – positiv umgedeutet – durchaus als Ressource (des Teams) gewertet werden („*Und der Langsame hat dann wieder andere Qualitäten (...) was se macht, macht se gut. Nicht hui, hui, hui.*“).

Kulturell begründete Unterschiede werden von einzelnen Befragten ebenfalls thematisiert, sie zeigen sich sowohl im Kontakt mit Kollegen/innen als auch in der Art des Umgangs mit Kunden.

„Und die Russen sind noch mal anders, genau. Die Kollegin. Da hab ich heut morgen noch gedacht: Wie sagst du das, ohne dass du gleich wieder als Ausländerfeind giltst. Aber es ist wirklich, ähm, ich glaube [sie sind] im Grunde ganz nett, aber (3) dieser Ton. Dieser Ton, ich schreck' jedes Mal zusammen: Oh, was hast du gemacht? Ga=ga=ga=ga=ga. Das hört sich immer so ganz böse an, auch wenn die das nicht so meinen, wobei ich das nicht weiß. Aber das ist hei jai jai, kann man das vielleicht auch positiver sagen, irgendwie so? Ich fühl' mich immer gleich ertappt und ähm: Du hast es schlecht gemacht. Aber das ist- ich hab das auch wirklich im privaten Bereich. Die sind ähm, die haben 'ne andere Einstellung zur Arbeit. Aber ich wüsste jetzt nicht, wie soll ich das jetzt sagen? So Dragoner, so zack, zack, jetzt komm' ich. Du setzt dich hin. Du trinkst. Dich bring' ich gleich in's Bett. Gehen Sie schon mal vor. - So, dieser Ton behagt mir nicht so. Aber ich glaube, das ist wirklich 'ne Mentalität. Weil, wenn ich so an die Kollegen denke, [gibt es] auch ganz liebe und nette und schon zu-. Die eine, an die ich jetzt denke. Aber so, generell würde ich sagen: zack, zack. (...) Anders ist es irgendwie.“ (IP12, 56)

Irritationen auf Seiten der befragten Person werden in erster Linie am Tonfall der (nicht muttersprachigen) Kollegin festgemacht, der als streng und vorwurfsvoll erlebt wird („*ich schreck' jedes Mal zusammen: Oh, was hast du gemacht?*“) Im nächsten Satz wird dieser Eindruck wieder relativiert, indem die Interviewpartnerin auf ihre Neigung eingeht, Äußerungen anderer persönlich zu nehmen. („*Ich fühl' mich immer gleich ertappt. Aber das ist- ich hab das auch wirklich im privaten Bereich.*“) Schließlich kommt sie zu dem Schluss, dass der strenge Ton der Kollegin sie zwar befremdet, aber mentalitätsbedingt und damit nicht persönlich gemeint sei („*So, dieser Ton behagt mir nicht so. Aber ich glaube, das ist wirklich 'ne Mentalität.*“) Das Konfliktpotenzial, das in kultureller Heterogenität liegen kann, scheint durch die Wahrnehmung (Kenntnis) und Berücksichtigung des kulturellen Kontextes, gewissermaßen ‚entschärft‘.

Am Ende dieser Sequenz bleibt der Eindruck zurück, dass kulturelle Heterogenität zwar zu Irritationen führt und ein Gefühl von Fremdheit im wörtlichen Sinne bleibt („*anders ist es irgendwie*“), diese aber grundsätzlich nicht als Hindernis für die Ausübung des Berufes oder die Kooperation im Team angesehen wird („*wenn ich so an die Kollegen denke, [gibt es] auch ganz liebe und nette*“). Auch hinsichtlich dieses Aspektes von Heterogenität zeigt hier die Bereitschaft, Unterschiedlichkeit zuzulassen und auch zu würdigen.

Von den Befragten thematisierte Probleme, die sich aus der Zusammensetzung des Teams ergeben, beziehen sich auf die Zusammenarbeit von Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus bzw. von jüngeren und älteren Mitarbeitenden. Auch Grenzen von Heterogenität im Team werden angesprochen.

„Da sagen die Jungen: Ja, warum soll ich jetzt zwölf pflegen, nur weil sie nicht kann, alt ist.“
(IP 10, 139)

„Aber diese Absprache im Team ist natürlich unheimlich wichtig, da so individuell mit den [Kunden] umgegangen wird und von zehn Kollegen mit Sicherheit zehn unterschiedliche Ansätze [da] sind, wie mit Situationen umgegangen wird, das ist auch für die [Kunden] oft nicht leicht, sich da einzustellen: Wie reagiert jetzt welcher Kollege auf bestimmte Situationen? Die einen sind 'n bisschen nachlässiger, die anderen sind 'n bisschen strenger, aber dass trotz dieser Unterschiedlichkeit (...) 'n einheitlicher Stiefel gefahren wird. Also, es darf halt nicht zu sehr auseinanderklaffen, dass es dann irgendwie so 'ne Gruppe von Einzelkämpfern wird.“ (IP 1, 115)

Wird die Heterogenität im Team einerseits als Ressource wahrgenommen, resultieren aus ihr auch Belastungen, wenn Ungerechtigkeiten in der Arbeitsverteilung entstehen oder die Durchführung pflegerischer Maßnahmen stark variiert. Sollen einzelne Teammitglieder altersbedingt mehr Menschen pflegen als andere stößt die Bereitschaft des gegenseitigen Ausgleichs leicht an Grenzen („*Warum soll ich jetzt zwölf pflegen, nur weil sie nich' kann, alt ist.*“). Auch unter Qualitätsgesichtspunkten erscheint es sinnvoll, die Variationsbreite der Ausgestaltung pflegerischen Handelns zu begrenzen. Um für den Kunden eine schlüssige Dienstleistung erbringen zu können muss ein „*einheitlicher Stiefel gefahren*“ werden und das Team darf sich nicht als „*Gruppe von Einzelkämpfern*“ darstellen.

In der Pflege wird mit heterogenen Teams gearbeitet. Die Unterschiedlichkeit und Vielfalt der Einzelnen wird dabei eher als Chance denn als Belastung erlebt. Kollegen/innen unterstützen sich gegenseitig und tolerieren ihre Eigenarten bis zu gewissen Punkten. Wird die gegenseitige Kompensation als ungerecht oder zusätzlich belastend erlebt oder leidet die Versorgungsqualität werden die Grenzen von möglicher Unterschiedlichkeit sichtbar. Gerechtigkeit und allgemein verbindliche Ziele bzw. Standards scheinen hier übergeordnete Kriterien zu sein.

Teamarbeit ist dadurch gekennzeichnet, dass verschiedene Personen gemeinsam an dem Erreichen eines übergeordneten Ziels arbeiten bzw. bei der Erbringung einer Dienstleistung zusammenarbeiten und jeweils eigene Leistungsbeiträge erbringen. Die Aufteilung der Arbeit hängt eng mit der Zusammensetzung des Teams zusammen, da die Durchführung bestimmter z.B. behandlungspflegerischer Maßnahmen nicht von allen Teammitgliedern durchgeführt werden dürfen. Probleme, die sich daraus für die

Zusammenarbeit ergeben, wurden bereits im letzten Abschnitt erörtert. Viele Tätigkeiten im Pflegealltag können jedoch von allen Mitarbeitenden gleichermaßen ausgeführt werden, Kooperation ist also grundsätzlich möglich.

„Ja, das mit ’nem großen Team ist schon ,’n Vorteil, jetzt mit ’nem großen Team zu arbeiten, weil man ist nicht so alleine, auf sich alleine gestellt, es ist immer jemand da, der einem helfen kann, wenn man nicht zurecht kommt. Es sind ja genug Pflegekräfte oder auch Nicht-Pflegekräfte da, wo man immer zurückgreifen kann: Kannst du mir mal helfen? Oder: Kannst du für mich das und das übernehmen, dann übernehm’ ich das und das für dich. Ja, man ist **nie** alleine und das ist schon ,n großer Vorteil. Man weiß immer, dass noch jemand da ist, den man fragen **kann**.“ (IP 16, 15)

„Ja, das ist immer so bei uns, also, wenn der andere anruft und sagt: Komm schnell, dann- und hat man nicht gerade selber auf Station irgendwie ,’n großen Notfall, das muss man natürlich auch immer abwägen, aber das ist kein Problem, hab’ ich noch nie erlebt, und auch die Kollegin dann- oder andere Kolleginnen, sind ja mehrere dann, immer unterschiedlichere, da wird untereinander geholfen, das geht gar nicht anders.“ (IP 4, 200)

Unterstützung wird beispielsweise dann als hilfreich erlebt, wenn durch die Delegation von Aufgaben („*kannst du für mich das und das übernehmen*“) Arbeitsabläufe spontan (um)gestaltet werden können oder wenn ein Wunsch nach Rücksprache oder Beratung auftaucht („*dass noch jemand da ist, den man fragen kann*“). Allein die Möglichkeit des Zugriffs auf kollegiale Unterstützung („*nie alleine*“, „*fragen kann*“) vermittelt offenbar schon Sicherheit und beugt dem Gefühl von Überlastung oder Überforderung vor. Unterstützungsleistungen, wie sie von den Befragten beschrieben werden, erfolgen oft spontan bzw. müssen schnell erfolgen („*Komm schnell*“), damit die Hilfe wirksam werden kann. Obwohl für die Kollegin, die unterstützend hinzukommt, dies möglicherweise eine Unterbrechung der eigenen Tätigkeit, zumindest jedoch eine Veränderung (geplanter) Abläufe, bedeutet, ist die Bereitschaft helfend beizuspringen hoch. Dies erklärt sich möglicherweise durch das Bewusstsein, dass solche Unterstützungsleistungen reziprok sind und die Hilfe leistende Person unter Umständen bald selbst auf die Hilfsbereitschaft der Kollegen angewiesen ist („*dann übernehm’ ich das und das für dich*“, „*Da wird untereinander geholfen*“).

Auch bei der Arbeitsaufteilung und der gegenseitigen Unterstützung existieren Grenzen, die im Bereich des Gerechtigkeitserlebens liegen wie die folgenden Auszüge zeigen:

„Da geht keine Kollegin hin und sagt: Ich mach’ freiwillig zwei Leute mehr, ne. Und ich geb’ Ihnen die Garantie, wenn jetzt zum Beispiel gesagt würde: Der, der bis um neun Dienst hat, muss dann zwei mehr machen, dann arbeitet der langsamer, damit der nich’ früher fertig ist. Das ist so. Das ist dieses, sagen wir mal: Ich muss mich ja auch schützen. So ungefähr. Jeder macht dann so für sich.“ (IP 11, 54)

„Es gab aber auch so Situationen, dass die eine Seite [Name des Pflegebereiches] dann total belastet war und richtig viel zu tun hatte und auf der anderen [Seite] ging es. Da ist aber niemand rüber gegangen und hat da geholfen. Weil, dann hat man nur noch so: Nee, da geh ich doch nicht hin. Warum soll ich da helfen? Ich hab’ ja selber hier schon acht Stunden was getan, da helf’ ich doch da nicht.“ (IP 28, 81)

Im ersten Zitat wird deutlich, dass das Arbeits- bzw. Unterstützungsverhalten sich hier nicht am ‚Bedarf‘ von Kollegen oder Kunden, sondern an der Erfüllung des vorgegeben, gerecht verteilten Pensums orientiert („*freiwillig zwei Leute mehr*“). Nicht die Menge an anfallender Arbeit entscheidet hier über das Arbeitsvolumen sondern vielmehr die Frage, ob alle Teammitglieder gleichermaßen an der Arbeit beteiligt sind. Das Kriterium der gerechten Arbeitsverteilung wird hier in Verbindung gebracht mit dem Schutz der eigenen Person vor Ausbeutung und Überlastung („*ich muss mich ja auch schützen*“). Vor dem Hintergrund des zuvor beschriebenen hohen Stellenwertes von kollegialer Unterstützung in Pflegeteams wird hier der dünne Grat sichtbar zwischen hohen zwischenmenschlichen Werten der gegenseitigen Unterstützung und der Angst vor Ausbeutung und Missbrauch der eigenen Hilfsbereitschaft.

Dies kommt auch in der zweiten Interviewsequenz zum Ausdruck. Das Team eines Arbeitsbereichs organisiert die Arbeit in einer Aufteilung auf zwei Bereiche („*die eine Seite*“ war „*total belastet*“, „*auf der anderen ging es*“). Obwohl hier ein gemeinsames besteht, wird freiwillig nicht auf die andere Seite gewechselt bzw. diese unterstützt, wenn dort mehr zu tun ist. Auch hier scheint wichtiges Kriterium zu sein, die eigenen Pflichten erfüllt zu haben („*ich hab'ja selber hier schon acht Stunden was getan*“) und damit von einer Unterstützung der anderen Seite moralisch entbunden zu sein.

Die Arbeitsaufteilung im Team folgt widerstrebenden Motiven. Einerseits existiert ein hoher Anspruch des gegenseitigen Helfens und Unterstützens, der sich darin ausdrückt, einzuspringen und den Kolleginnen in Momenten hoher Belastung Arbeit abzunehmen. Damit ist die Grundannahme verbunden, diese Unterstützung gleichermaßen zu erhalten. Andererseits gilt bei der Arbeitsaufteilung aber auch ein striktes Gerechtigkeitsprinzip, wonach alle Teammitglieder das gleiche Arbeitspensum und die gleiche Arbeitsbelastung zu bewältigen haben. Nur weil das eigene Arbeitspaket bereits erledigt ist, muss anderen Mitarbeitenden noch nicht Arbeit abgenommen werden. Das Prinzip der Reziprozität wird hier nicht als gewährleistet erlebt.

Die Art und Weise, wie in einem Team zusammengearbeitet werden kann, wird auch von den Rahmenbedingungen beeinflusst. Diese bestimmen maßgeblich über die Ressourcen, die zur Leistungserbringung zur Verfügung stehen. Dies betrifft beispielsweise die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen.

„Wir haben jetzt ’ne neue Kollegin, die musste zu einer Frau, die im Sterben liegt (...) und sie wusste überhaupt nicht, wo sie hin muss. Weil das war so mitten auf’m Land, du musstest durch ganz viele Felder fahren, um da hin zu kommen. Und dann sagte sie: Ja, wie komm’ ich da hin? Ich hab’ dann einfach gesagt: Komm, ich fahre da mit dir zusammen hin, lass’ uns einfach verabreden. Das fänd’ ich schön, wenn das von der Leitung laufen würde. Wenn die Leitung sagen würde: Hier, die ist **neu**, bitte arbeitet sie ein. Der und der ist für sie zuständig. So. (4) Und ich glaube, viele Kollegen können das gar nicht. Die können das gar nicht mehr **sehen**, weil sie so erschöpft sind. Und weil sie freihaben wollen, so schnell es geht. Und bei mir geht das noch so ’n bisschen. Ich merke auch, es hat sich schon geändert. Obwohl ich auch erst [vor ca. 6 Monaten] angefangen hab, bin ich auch froh, wenn ich zuhause bin.“
(IP 20, 33)

Seitens des Managements scheint hier keine als angemessen erlebte Einarbeitung vorgesehen zu sein. Sie wird von der Interviewpartnerin eingefordert („*das fänd’ ich schön (...) wenn die Leitung sagen würde, die ist neu, bitte arbeitet sie ein*“). In der beschriebenen Situation bleibt es dem Teamgeist überlassen, der neuen Kollegin ihr Arbeitsumfeld zu zeigen („*komm, ich fahre da mit dir hin*“). Die unter den gegebenen Rahmenbedingungen existierende Arbeitsbelastung hingegen beeinträchtigt den Teamgeist, sodass viele Mitarbeitende den Bedarf der neuen Kollegin gar nicht mehr wahrnehmen können („*die [Kolleginnen] können das gar nicht sehen, weil sie so erschöpft sind*“). Möglicherweise treten unter ungünstigen Rahmenbedingungen auch die gegenseitige Unterstützung bzw. die gemeinsamen fachlichen Werte der Pflegenden hinter ökonomische Kriterien oder Leistungsziele zurück:

„Ich hatte nur vom Patienten vorgetragen und hab’ dann hinterher zu hören gekriegt, was ich da machte, wäre doch nur alles Blödsinn. Ich würde da viel zu häufig hin, das könnte man auch schneller abwickeln. Und so weiter und so weiter. Und ja, ist gut. Ich kann auch alleine.“ (IP 27, 155)

Die interviewte Person beschreibt, dass ihre Arbeit von Kollegen wegen mangelnder Effektivität und unökonomischem Personaleinsatz kritisiert wird („*viel zu häufig hin*“, „*schneller abwickeln*“). Dies steht im Widerspruch zu den eigentlichen Idealen des Pflegeberufs nach denen zu pflegende Menschen möglichst umfassend gepflegt werden sollten. Arbeitsökonomie scheint hier wichtiger zu sein, als einem bestimmten Pflegeideal zu folgen. Entsprechend erlebt die Befragte hier eine Entsolidarisierung des Teams („*alles nur Blödsinn*“). Da sie sich den Ansprüchen des Teams jedoch nicht beugen und an ihrer Arbeitshaltung festhalten will, zieht sie sich aus dem Team zurück („*ich kann auch alleine*“).

Rahmenbedingungen und ökonomische Zielsetzungen scheinen einen eher negativen Einfluss auf die Stabilität von Teamprozessen zu haben, in dem sie einerseits z. B. die gegenseitige Unterstützung der Teammitglieder als unentgeltliche Leistung einplanen oder Entsolidarisierungsprozesse anstoßen, wenn mit konkurrierenden Zielsetzungen gearbeitet wird. Wertschätzung wird in beiden Fällen nicht erlebt.

Zusammenfassung

Kooperation und kollegialer Austausch sind wichtige Merkmale eines guten Teams. Das eigene Arbeitsteam wird immer dann als Quelle von Wertschätzung erlebt, wenn es als soziale Gemeinschaft erlebt wird und eine ‚Gleichheit‘ der Pflegenden untereinander besteht. Eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist einerseits dadurch gekennzeichnet, dass jedes Teammitglied in seiner Fachlichkeit und Persönlichkeit respektiert wird, andererseits dass auf eine teaminterne Hierarchie weitgehend verzichtet wird. Der Austausch über berufliche Fragen und insbesondere gemeinsame Werte fördern eine gute Teamkultur. Daneben ist es wichtig, auch als individuelle Person mit Privatleben wahrgenommen und respektiert zu werden.

Eine wertschätzende Teamkultur drückt sich durch eine Haltung der Mitmenschlichkeit aus. Man steht gegenseitig für einander ein, hilft bei Arbeitsspitzen und vertritt sich wechselseitig. Diese kollegiale Unterstützung wird meist spontan eingeholt und gewährt. Sie stößt unmittelbar an ihre Grenzen, wenn das Gerechtigkeitsprinzip verletzt wird. Entsteht der Anschein, dass einige mehr arbeiten sollen als andere oder sich auf Kosten anderer versuchen auszuruhen, wird Abwertung und mangelnde Wertschätzung erlebt.

Wertschätzung im Team bedeutet auch Heterogenität, die sich auf Qualifikationen, Kompetenzen, Arbeitsschwerpunkte bzw. -vorlieben oder Unterschiede hinsichtlich des Lebensalters oder der Herkunftskultur bezieht, zu befürworten. Heterogenität wird meist als Vielfalt oder Vielseitigkeit erlebt, sie bietet Möglichkeiten zur Ergänzung oder Kompensation und befördert die gemeinsame Teamleistung. Führen Eigenschaften von Einzelpersonen jedoch zu Ungleichheit oder ungerechter Belastung, kann soziale Ausgrenzung die Folge sein.

Rahmenbedingungen, welche die Gestaltungsspielräume begrenzen und damit die freie Entfaltung der Einzelnen einschränken, mindern die Wertschätzung im Team. Gefährden individuelle Arbeitsweisen die Erreichung vorgegebener bzw. kollektiver Ziele, droht Ausgrenzung und damit Geringschätzung. Die Orientierung Pflegender an ihrem Grundsatz ‚Kollegen unterstützen sich‘ kann unter ungünstigen Bedingungen hinter die Regel ‚Vorgaben einhalten‘ zurücktreten und die Teamkultur damit drastisch verändern.

Wertschätzungserleben im Team erfolgt im Spannungsfeld von Gleichheit, Gerechtigkeit und geteilten Werten und Zielen.

5.1.1.10 Koproduktion

Der Begriff der ‚Koproduktion‘ beschreibt ein typisches Phänomen personenbezogener Dienstleistungen: Das Ergebnis der Arbeit, in diesem Falle der Dienstleistung ‚Pflegerie‘, wird nicht ausschließlich durch die Leistung der Pflegenden bestimmt, sondern ist gewissermaßen ein ‚gemeinsames Werk‘ von Kunde und Pflegekraft. Ein Patient im Krankenhaus oder eine Bewohnerin im Pflegeheim trägt durch das eigene Verhalten selbst maßgeblich dazu bei, wie gut eine pflegerische Maßnahme ‚greift‘, z.B. indem sie Auskunft gibt über Lokalisation, Stärke oder Qualität von Schmerzen oder indem gemeinsam besprochen wird, indem sie im Behandlungsprozess „mitarbeitet“ und Behandlungsempfehlungen umsetzt bzw. ihr eigenes Verhalten entsprechend ändert oder Informationen dazu gibt, wie die häusliche Versorgung im Anschluss an einen Klinikaufenthalt gestaltet werden soll und kann. Aufgabe der Pflegekraft ist es wiederum, fachliche Fragen (z.B. Sinn, Ablauf und Auswirkungen einer Pflegemaßnahme) plausibel zu vermitteln und so den Kunden zur aktiven Mitarbeit zu motivieren bzw. seine Wünsche und Möglichkeiten zu erfragen, sodass z.B. die Versorgung zu Hause entsprechend organisiert werden kann. Nur gemeinsam und in enger Abstimmung miteinander können Pflegekraft und Kunde optimale Ergebnisse erzielen.

Die Kategorie ‚Koproduktion‘ bezieht sich nicht nur auf den Kontakt zwischen Pflegekraft und Kunden, sondern auch auf Kommunikations- und Kooperationsprozesse mit Angehörigen oder Kollegen der eigenen, aber auch anderer Berufsgruppen. Im Rahmen der Auswertung der Interviews wurden drei wesentliche Bezugsgruppen identifiziert: Professionelle (Berufskollegen und Mitarbeitende anderer Berufsgruppen), Angehörige und Kunden. Für alle drei Bezugsgruppen gilt, dass eine gute Kooperation aus Sicht der Befragten nicht ohne Kommunikation unter den Beteiligten auskommen kann.

„Ja, auch dass alle die gleichen Informationen haben. Und so. Und oftmals hapern ja Dinge nur am Nicht-Kommunizieren. Dass man nicht richtig kommuniziert hat miteinander. Und das denk ich, ist ‚ne Förderung, dass man da auch mal sagt: Stopp, da reden wir auch noch mal irgendwie drüber oder so.“ (IP 28, 154)

„So die Kommunikation unter Kollegen ist schon da. Und wir unterhalten uns auch sehr oft, auch während der Arbeit schon. Zum Beispiel Pflege macht jeder selber, aber so in- bei der Essensverteilung, dann arbeitet man auch zusammen, dann müssen wir absprechen und- es ist immer sehr wichtig mit den Kollegen dann gut zusammen zu arbeiten. Weil (...) da spart man Zeit. Denn wenn es miteinander gut harmonisiert, gut zusammenarbeitet, dann geht es schnell und gut. Und dann sind alle gut zufrieden.“ (IP 14, 42)

„Und die anderen von außen kommenden Berufsgruppen, ähm (3) mit denen möchte ich ja auch, dass gut zusammengearbeitet wird und dass auch die gut mit einem zusammenarbeiten können. Also, da findet ja ‚ne Menge an Kommunikation einfach auch statt. Ja, an hinhören und teilweise auch Kompromisse schließen.“ (IP 30, 33)

„Montags waren die Angehörigen da. Und wir haben denen schon gesagt, dass sie eventuell in den nächsten paar Tagen verstirbt. Wir haben- hab' ich mir fast zwei Stunden für die Zeit genommen, wir haben alles organisiert, wir haben noch- weil Wäsche weg war, wir haben Wäsche gesucht und ich hab' mir wirklich zwei Stunden Zeit genommen für die. Und hab' mit denen wirklich alles besprochen, wie das sein könnte. Die waren dann auch sehr dankbar.“ (IP 16,29)

In den Interviews werden sowohl Folgen fehlender oder schlechter Kommunikation angesprochen („*oftmals hapern ja Dinge am Nicht-Kommunizieren*“) als auch positive Auswirkungen, z.B. hinsichtlich der Effektivität von Arbeitsabläufen („*da spart man Zeit*“, „*dann geht es schnell und gut*“), oder der Befindlichkeit der Beteiligten („*alle sind zufrieden*“, „*die waren dann auch sehr dankbar*“) thematisiert. Für solche Absprachen ist meist nur ein geringer Zeitaufwand nötig, es gibt aber durchaus Situationen, die auch einen zeitaufwändigen Einsatz erforderlich machen, z.B. wenn sich der gesundheitliche Zustand der zu pflegenden Person massiv verschlechtert („*in den nächsten paar Tagen verstirbt (...) zwei Stunden Zeit genommen (...) und hab' mit denen wirklich alles besprochen*“). Sehr häufig scheint die Koproduktion spontan stattzufinden („*wir unterhalten uns sehr oft, während der Arbeit schon*“, „*da findet ja 'ne Menge Kommunikation einfach auch statt*“), entsprechend kann die erforderliche Zeit im Arbeitsablauf nicht eingeplant werden und führt zu Verschiebungen bei anderen Tätigkeiten.

5.1.1.10.1 Koproduktion Professionelle

Pflegende sind sich der Bedeutung einer guten Kommunikation als Voraussetzung guter Koproduktion bewusst. Wichtige professionelle Kooperationspartner sind neben den Kollegen der eigenen Berufsgruppe auch ärztliche Mitarbeitende. Dies betrifft insbesondere den klinischen Bereich, wo ständig Informationen weitergegeben und Absprachen getroffen werden müssen. Aber auch Apotheken oder gesetzliche Betreuer sind wichtige Ansprechpartner für Pflegende.

Die wichtigste, und offenbar problematischste - Schnittstelle im Arbeitsalltag Pflegender scheint die Kooperation mit Ärzten zu sein. Sie beeinflusst nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden maßgeblich.

„Wenn die Zusammenarbeit mit den Ärzten ganz gut klappt, ähm, dann klappt das ganze Drum und Dran auch.“ (IP 29, 3)

Dieses kurze Zitat verdeutlicht die herausragende Position, die ärztliche Mitarbeiter aus Sicht vieler Pflegenden haben, andere Leistungen haben demgegenüber eine untergeordnete Bedeutung („*das Drum und Dran*“). Allerdings stehen in dieser Äußerung nicht fachliche Qualifikationen oder Kompetenzen im Mittelpunkt, sondern die Qualität

der Zusammenarbeit. „Wenn die Zusammenarbeit ganz gut klappt“, kann eine gute Versorgung stattfinden. Dabei werden diesbezüglich offenbar keine besonders hohen Erwartungen gestellt, ausreichend ist wenn es „ganz gut klappt“. Möglicherweise steht hinter einer solchen Äußerung die Erfahrung, dass Pflegende diesbezüglich nicht viel zu erwarten haben. Dass aus einer solchen Konstellation schnell ein Gefühl von Abhängigkeit resultieren kann, das Zweifel an der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung der Berufsgruppe nährt, erscheint dann nicht verwunderlich.

Gerade in der Kooperation mit ärztlichen Kollegen wird deutlich, wie Pflegende ihren Status im multidisziplinären Team erleben bzw. welche Position ihnen hier zugewiesen wird.

„Die Zusammenarbeit mit den Ärzten ist natürlich auch wichtig, da kommt’s immer oft zu Schwierigkeiten, weil die natürlich auch oft einen von oben auf ’n Deckel bekommen und das dann manchmal nach unten weitergeben. Kann ich persönlich ganz gut mit umgehen, viele können das nicht. So wie die Teammitglieder, die vielleicht noch nicht so viel Berufserfahrung haben, die nehmen’s dann persönlich, fühlen sich angegriffen, das führt dann natürlich- das eskaliert schon mal, und da muss man sagen: Hallo, das ist nichts gegen dich. Du warst gerade die Person, die da stand.“ (IP 31, 4)

Das Zitat dieser Pflegekraft zeigt, dass sie sich - was ihre Position in der Hierarchie des multiprofessionellen Teams angeht - als untergeordnet („*unten*“) wahrnimmt; sie ist diejenige, bei der willkürlich Stress oder Ärger abreagiert wird, der an anderer Stelle („*von oben*“) verursacht wurde. Die Interviewpartnerin reagiert darauf, indem sie sich innerlich distanziert und eine Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Kollegen vermeidet. Möglicherweise mit Blick auf die hierarchische Gesamtstruktur der Klinik wird das nach-unten-weitergeben von erhaltener Kritik als gegeben hingenommen. Als „*Person, die da gerade stand*“ hält man quasi als Blitzableiter die Kritik aus, ohne dass es dafür einen konkreten Grund geben würde oder man am Konfliktgegenstand direkt beteiligt gewesen wäre. Diese Beschreibung zeigt eine eher nicht stattfindende Zusammenarbeit, werden doch die Beteiligten gar nicht individuell wahrgenommen. Diese Form der kollegialen Kommunikation bringt keine Wertschätzung zum Ausdruck.

Äußerungen, welche die Kooperation mit ärztlichen Mitarbeitenden als grundsätzlich positiv beschreiben, erscheinen insgesamt eher verhalten:

„Wir arbeiten eigentlich auch gut mit dem ärztlichen Team zusammen. Das muss man auch sagen. Da gibt’s halt immer mal ,’n paar Querelen, aber das ist nichts. Es gibt keine grundlegende, äh, Diskussionen über irgendwelche Dinge. Das ist schon- es ziehen also alle, ’n Stück weit an einem Faden.“ (IP 28, 15)

Diese Textpassage beschreibt die Art und Weise, wie die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten ausgestaltet ist. In der Wahl der Formulierungen wird zum Ausdruck gebracht, dass dieses zunächst positive Statement eingeschränkt wird. Die Kooperation mit den Ärzten ist nur „*eigentlich*“ und „*,’n Stück weit*“ gut. Auch die Abwandlung der Redewendung ‚an einem Strang ziehen‘ zu „*an einem Faden ziehen*“ deutet darauf hin, dass die Grundlage für die positive Zusammenarbeit eher vage ist. Mit der Formulierung „*wir arbeiten (...) mit dem ärztlichen Team zusammen*“ wird ausgedrückt, dass es im Erleben der Interviewpartnerin kein gemeinsames, multidisziplinäres Team gibt, sondern dass sich die Pflegenden primär mit ihrer Berufsgruppe als Team identifizieren („*wir*“), während die Ärzteschaft als eigenständiges Team („*Outgroup*“) wahrgenommen wird.

Wie zuvor bereits erwähnt, lässt auch dieses Beispiel, bei dem die Interviewpartnerin trotz aller Einschränkungen zu einer positiven Bewertung kommt, vermuten, dass reduzierte Erwartungen als Maßstab für die Qualität der Zusammenarbeit zugrunde gelegt werden.

Diverse Äußerungen beschäftigen sich mit dem Status von Pflegenden in ihrem jeweiligen Arbeitskontext, insbesondere hinsichtlich ihrer Position Ärzten/innen gegenüber.

„Also, ich weiß **viel zu viel**, als nur als Waschfrau dazustehen. Also, auch gegenüber den Ärzten, also ich bin, ich trete bestimmt so auf. Arzt ist ein Beruf, das ist mein Berufskollege und das sind meine Berufskollegen, Arzt oder Physiotherapeut oder Ergotherapeut oder Apotheker, wie auch immer. Das sind meine Berufskollegen und nicht ähm, ich bin nicht deren Untergeordnete. Ne, und so trete ich auch auf, wenn ich telefoniere oder wenn der Arzt zur Visite kommt oder dies und jenes. Also, gut, ich kenne meine Arbeit, gut, dem Arzt assistieren gehört auch zu meinen Aufgaben. Aber ich weiß auch meine Position. Dass ich nicht minderwertiger bin als der Arzt, nur ich hab’ einen anderen Beruf. Ich bin deren Berufskollege.“ (IP 14, 35)

„Das ist einfach so. Die Problematik ist **ganz ganz** oft. Ich hab’, ach, mindestens in der Woche zehn Telefongespräche oder auch Gespräche, wo die Ärzte hierher kommen Wo die Ärzte das Personal runterputzen und sich aufführen da, wo wir sagen: Wir machen das in Ihrer Praxis auch nicht und wir bitten das auch so nicht. Und das ist schon: Holen Sie sich das ab! Bringen Sie ihn mir her! Das ist natürlich.“ (IP 10, 282)

„Die Ärzte dulden keine Wundmanager, was die Sanitätshäuser anbieten, weil das kostet. Ja und die Kosten wollen die nicht (2) das ist es. Und dann kommt noch dazu, dass noch die Wunden- wir haben ’n schönen Expertenstandard Dekubitus. Aber den Expertenstandard - ist meine Meinung jetzt - ja, das ist nur für Pflege. Weil die Ärzte halten sich überhaupt nicht dran. Die Ärzte sagen: Alles ist Unfug. Die benutzen jetzt noch Mercurochrom und Zucker zur Wundbehandlung, das heißt Lebensmittel zur Wundbehandlung, und sagen: Die ganzen modernen Sachen, die sind Unfug und kosten nur Geld. Expertenstandards, was für Pflege ja verbindlich ist, ne. Die sagt: Wir dürfen das nicht. Und da stehen wir ständig im Clinch. Letztes Jahr war das so, dass wir bis zur Ärztekammer gegangen sind. Aber keiner konnte uns da helfen.“ (IP 10, 17)

„Früher war’s so, dass wir- oder dass die Achtung voreinander eine andere war. Also, dass der ärztliche Dienst immer ähm zumindest uns das Gefühl gegeben hat, dass sie ähm ja doch was Besseres wären. Und dass ihre Arbeit auch die wichtigere wäre als wie unsere Arbeit. Auf der anderen Seite, ähm sagen sie auch oder haben sie dann auch immer gesagt: Ohne die Pflege kann man keine Visite machen. (...) Und so, Das ist heute nicht mehr. Also, es hat sich auch ,’n Stück weit verschoben ähm, weil der

ärztliche Dienst genau weiß, er ist auf uns angewiesen, auch wenn's gerade um die Information über den Patienten geht und auch um die weitere Therapie. Und auch um den Verbleib im Krankenhaus oder: Wer hat was geregelt mit den Patienten? Wer hat mit welchen Angehörigen gesprochen? Und das ist, glaub' ich, da sind wir mittlerweile, dass wir so gut miteinander sprechen können, ähm mit den meisten. Es gibt immer Ausnahmen, wo man denkt: Nee, nicht der schon wieder!“ (IP 28, 91)

Der Pflegeberuf galt lange Zeit als medizinischer Assistenzberuf, in dem Pflegende nicht eigenständig sind, sondern Ärzten zuarbeiten und auf deren Anordnung hin tätig werden. Ob dieses traditionelle Bild tatsächlich der Vergangenheit angehört, wird zweifelhaft, wenn Pflegende Erlebnisse mit Ärzten aus ihrem Arbeitsalltag schildern. Hier erleben sie immer noch, dass ihr Fachwissen gering geschätzt wird (*„wir haben 'n schönen Expertenstandard Dekubitus (...) die Ärzte halten sich überhaupt nicht dran. Die Ärzte sagen: Alles ist Unfug“*), dass sie respektlos behandelt werden (*„wo die Ärzte das Personal runterputzen“*), dass ihre Arbeit als zweitrangig bzw. der ärztlichen Tätigkeit nachgeordnet angesehen wird (*„und dass ihre Arbeit auch die wichtigere wäre als unsere Arbeit“*) oder auf bestimmte Tätigkeiten reduziert wird (*„nur als Waschfrau“*).

Selbst in der Äußerung, in der ein positiver Wandel der Wahrnehmung Pflegender durch Ärzte thematisiert wird, deutet die Interviewpartnerin durch die Wahl des Tempus in ihrer Erzählung an, dass die traditionell hierarchische Beziehung zwischen Pflegekräften und Ärzten keineswegs der Vergangenheit angehört (*„sagen sie auch oder haben sie immer wieder gesagt: Ohne die Pflege kann man keine Visite machen“*). Der befragten Person scheint dies auch deutlich geworden zu sein, denn sie korrigiert sich hier selbst und wechselt in die Vergangenheit. Die in dem Zitat beschriebene Würdigung der pflegerischen Arbeit stellt außerdem erneut pflegerische Kompetenzen in den Mittelpunkt, die (aus Sicht von Ärzten) Assistenzfunktionen betreffen (*„kann man keine Visite machen“*), selbst wenn im Rahmen einer Visite auch Fachkompetenzen der Pflege von Bedeutung sind. Der Eindruck, dass es auf Seiten der Ärzte hier nicht um multidisziplinäre Zusammenarbeit im Interesse einer optimalen Versorgung geht, sondern eher um Unterstützung bei der Durchführung eigener Maßnahmen, verstärkt sich im Verlauf dieser Äußerung, denn im Anschluss betont die Befragte die Abhängigkeit ärztlicher Mitarbeiter/innen von Informationen der Pflegenden (*„weil der ärztliche Dienst genau weiß, er ist auf uns angewiesen“*). Insgesamt entsteht der Eindruck, dass traditionelle hierarchische Strukturen zwar an einigen Stellen aufgeweicht wurden, das Interesse von Ärzten an einer Zusammenarbeit mit Pflegenden auf kollegialer Ebene nach wie vor gering und oft ‚aus der Not geboren‘ ist (*„auf uns angewiesen“*).

Die Äußerungen zeigen auch, dass es in wichtigen Punkten, beispielsweise bei der verbindlichen Umsetzung von Expertenstandards, an rechtlichen Grundlagen fehlt. Pflegende, die sich bei der Durchsetzung anerkannter Qualitätsstandards und im Interesse einer guten Versorgung in Konflikte mit Ärzten (oder deren Berufsverbänden) begeben, haben wenig Chancen, ihre professionellen Vorstellungen durchzusetzen (*„Und da stehen wir ständig im Clinch. Letztes Jahr war das so, dass wir bis zur Ärztekammer gegangen sind. Aber keiner konnte uns da helfen.“*), solange die Gesetzeslage hier nicht eindeutig ist und auch die Zuständigkeiten (z.B. im Sinne von Vorbehaltstätigkeiten oder Verwaltungs- und Abrechnungsfähigkeit für pflegerische Hilfsmittel) nicht klar geregelt sind. Eine gute Koproduktion unter Professionellen benötigt - gerade vor dem Hintergrund traditionell hierarchischer (ärztedominierter) Beziehungen - transparenter und verbindlicher Regelungen.

Der Ärger, der von nicht wenigen Pflegenden im Kontext der Zusammenarbeit mit ärztlichen Mitarbeitenden geäußert wird, zeigt, dass viele Pflegende mit ihrer Position und ihrem Status nicht (mehr) einverstanden sind (*„Arzt oder Physiotherapeut oder Ergotherapeut oder Apotheker, wie auch immer. Das sind meine Berufskollegen und nicht ähm, ich bin nicht deren Untergeordnete“*) und dies auch in ihrem Verhalten deutlich machen (*„und so trete ich auch auf, wenn ich telefoniere oder wenn der Arzt zur Visite kommt“*). Pflegende distanzieren sich von der traditionellen Rolle der ‚Assistenz‘ (*„gut, dem Arzt assistieren gehört auch zu meinen Aufgaben. Aber ich weiß auch meine Position“*) und fordern eine gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen, bei der jede Disziplin ihre Fachlichkeit einbringt (*„dass ich nicht minderwertiger bin als der Arzt, nur ich hab’ einen anderen Beruf. Ich bin deren Berufskollege“*).

Pflegerische Arbeit scheint sich nach wie vor im Spannungsfeld zwischen ‚Tradition und Moderne‘, d.h. zwischen assistierender Zuarbeit und eigenständiger Profession (Beruflichkeit) zu befinden, wie verschiedene Zitate zeigen:

„Und nicht immer nur- auch dann natürlich auch dem ärztlichen Dienst anders gegenüber auftreten zu können. Und nicht nur die zu sein, die hier über ’n Flur rennen und irgendwelche Befehle ausführen letztendlich, sondern auch noch mal selbst Dinge auf die Beine stellen und sagen: So, das ist unser Thema und das machen wir. Und auch den Arzt beraten können, wie sieht die Wunde aus und ähm was hat er jetzt letztendlich in den Entlassungsbrief zu schreiben. Was man denn damit machen soll und solche Dinge, ne. Das ist natürlich auch noch mal, ’n Stück weit so berufspolitisch ist das auch noch mal ’ne schöne Geschichte, die man so selber hat. Das stärkt einen selber halt auch noch mal.“ (IP 28, 74)

„(...) ja, und von den Ärzten ist einfach so typisch Arroganz: Ich bin der Arzt, ich hab das studiert, ich weiß, wie das geht. Aber ob das alles Sinn und Zweck hat, was die Ärzte da machen, das ist 'ne ganz andere Sache, weil wir stehen ja täglich am Patientenbett und wenn von uns dann mal ähm so der Kommentar kommt: Ist denn das alles richtig, was ihr hier macht? Überlegt mal, was ihr da für 'n Patienten habt und so. – Ich hab' das schon zweimal gehabt und ich bin diesbezüglich schon mal vor 'n Chefarzt zitiert worden.“ (IP 9, 76)

Die traditionellen Rolle („über'n Flur rennen und irgendwelche Befehle ausführen“) beinhaltet zwar viel Aktivität („rennen“), diese ist jedoch fremdbestimmt und willkürlich („irgendwelche Befehle ausführen“); eigenständiges Denken oder eine Reflexion des eigenen Handelns ist hier offenbar nicht gefragt. Die ‚moderne Rolle‘ hingegen zeichnet sich durch ein berufliches Selbstverständnis und Selbstbewusstsein aus („dem ärztlichen Dienst anders gegenüber auftreten“), das Wissen und Handlungskompetenz in den Vordergrund stellt („das ist unser Thema und das machen wir“) sowie Eigeninitiative („selbst Dinge auf die Beine stellen“) und (berufs)spezifische Fachlichkeit („den Arzt beraten können, wie sieht die Wunde aus“) betont. Die hohe Fachlichkeit wird verbunden mit dem Bewusstsein, dass der Wandel des Berufsbildes auch eine politische Dimension hat („'n Stück weit so berufspolitisch ist das auch noch mal ne schöne Geschichte“). Dieser Wandel stabilisiert sowohl die Berufsgruppe als Ganzes als auch das persönliche Standing („das stärkt einen selber halt auch noch mal“).

Die Fachlichkeit der Pflegenden, wird darüber hinaus auch durch die Nähe zum Patienten begründet („wir stehen ja täglich am Patientenbett“), dabei hat Nähe eine räumliche („am Patientenbett“), aber auch eine zeitliche Dimension („täglich“), die gemeinsam für eine gute Kenntnis des Patienten und seiner Bedürfnisse herangezogen werden. Kontinuität und Nähe werden hier als zentrale Voraussetzungen pflegerischer Interaktionsarbeit genannt - Kriterien, die auf keine andere Berufsgruppe in gleichem Maße zutreffen. Im Rahmen der engen Interaktion zwischen Kunden und Pflegekraft geht es gerade nicht ausschließlich um naturwissenschaftliche Fragen von Pflege oder Behandlung, sondern auch um die Sinnhaftigkeit von Maßnahmen und Therapien - also um Themen, für die die Patientenperspektive unverzichtbar ist („ob das alles Sinn und Zweck hat, was die Ärzte da machen, das ist 'ne ganz andere Sache, weil wir stehen ja täglich am Patientenbett“). Die Ignoranz ihrer spezifisch pflegerischen Perspektive ärztlicherseits („Ich bin der Arzt, ich hab' das studiert, ich weiß, wie das geht“) oder die Zurückweisung von Einwänden, die sich aus eben dieser engen Interaktion ergeben, wird von den Pflegenden als Kränkung bzw. sogar als Sanktion erlebt, wenn sie – wie in der dargestellten Textpassage – mit einer Demonstration institutioneller Macht („vor 'n Chefarzt zitiert“) einhergeht. Aus Sicht der Interviewpartnerin geht es hier nicht um die Klärung fachlicher Differenzen im Interesse

einer optimalen Versorgung der Patienten, sondern um die Wahrung der traditionellen Hierarchie zwischen ärztlichen und pflegenden Mitarbeitenden.

Fazit Koproduktion Professionelle

Pflegende halten Koproduktion mit Mitarbeitenden anderer Berufsgruppen im Interesse einer guten Klientenversorgung für unverzichtbar. Interessanterweise besitzt aus Sicht der Befragten die Kooperationsbereitschaft von ärztlichen Mitarbeitenden eine größere Bedeutung für die Versorgungsqualität als deren fachliche Kompetenz.

Im Kontext multidisziplinärer Zusammenarbeit wird Pflegenden auch ihre Position und ihr Status innerhalb des Versorgungssystems gespiegelt. Hier erleben Pflegende allerdings eher Missachtung als Anerkennung ihrer spezifischen Kompetenzen und Leistungen.

Insbesondere die Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen wird als problematisch und nicht wertschätzend erlebt, und dies, obwohl die Pflegenden ihre Erwartungen offenbar bereits reduziert haben. Im alltäglichen Umgang erleben Pflegende es als Entwertung, wenn ihr Beruf weiterhin als ‚medizinischer Assistenzberuf‘ wahrgenommen wird und berufsspezifisches Wissen und fachliche Kompetenzen (z.B. Expertenstandards) ärztlicherseits ignoriert werden.

Wenn Pflegende von ‚ihrem Team‘ sprechen, identifizieren sie sich in erster Linie mit den Angehörigen der eigenen Berufsgruppe. Gegenüber dem ärztlichen Dienst, mit dem gerade im klinischen Alltag die häufigsten Schnittstellen bestehen, zeigen sich eher ‚Ingroup-Outgroup-Effekte‘. Es entsteht der Eindruck, dass erlebte Abwertung und Distanz sich wechselseitig verstärken, die Berufsgruppen in ‚Parallelwelten‘ agieren und somit eine zentrale Voraussetzung für eine gute Koproduktion fehlt. Der mit Blick auf eine optimale Gesundheitsversorgung allseits gern propagierte Anspruch multiprofessioneller Zusammenarbeit scheint insbesondere in den Köpfen von ärztlichen Mitarbeitenden noch nicht wirklich angekommen zu sein.

Viele Pflegende bemühen sich um Veränderungen in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld - insbesondere um die Verbesserung ihres Status und damit des Stellenwertes ihrer Berufsgruppe im multiprofessionellen Team. Ihre Bemühungen stoßen dort an Grenzen, wo es an der Kooperationsbereitschaft der Kollegen anderer Berufsgruppen mangelt oder wo gesetzliche Grundlagen fehlen, die für alle Akteure im Gesundheitssystem verbindlich sind. Der niedrige Organisationsgrad der Pflegenden und die damit verbundenen geringen Einflussmöglichkeiten verringern die Chancen der Berufsgruppe, sich auf politischer

Ebene Gehör zu verschaffen und sich für die Anerkennung der Leistungen ihrer Berufsgruppe erfolgreich einzusetzen.

Trotz aller Widrigkeiten werden Veränderungen im Selbstbild und ein wachsendes professionelles Selbstbewusstsein der Pflegenden deutlich. Diese rekurrieren auf professionelle Kriterien wie Fachwissen- bzw. Fachkompetenz, eigenständige Handlungsfelder aber auch auf die pflegespezifische Perspektive, wie sie ausschließlich im Rahmen von Interaktionsarbeit entwickelt werden kann. Das Bewusstsein über die Qualität und die Bedeutung der Leistung ‚Pflege‘ sowie die Notwendigkeit, diese nach außen darzustellen und zu vertreten, scheint ein Weg zu sein das Standing der einzelnen Pflegenden wie auch der Berufsgruppe insgesamt zu stärken..

5.1.1.10.2 Koproduktion Kunden

Auf die Bedeutung einer guten Zusammenarbeit hinsichtlich der ‚Ergebnisse‘ von Pflegearbeit (Behandlungserfolg, Versorgungsqualität, Zufriedenheit von Kunden und Pflegekräften) wurde eingangs bereits hingewiesen. Einige Befragte sind sich dessen offenbar bewusst und bemühen sich, dies ihren Kunden auch zu vermitteln.

„Aber ich- ich bin nicht der Herrgott. Das sag ich den Patienten auch. Also, ich hab’ nur menschliche Möglichkeiten und keine magischen. Sie müssen mitarbeiten. Und wenn mit ihnen nichts- wenn sie nichts machen, dann kann ich ’n gewissen Teil über sie hinweg machen, aber das hält sich in Grenzen.“
(IP 28, 187)

Im Rahmen der Koproduktion von Kunde und Pflegekraft werden von den Befragten vor allem zwei Aspekte als zielführend im Sinne einer Verbesserung oder Stabilisierung des Gesundheitszustandes genannt: erstens: Kunden müssen aktiv mitarbeiten und zweitens: Ziele müssen realistisch sein. Wird das Kriterium der aktiven Mitarbeit nicht erfüllt, verringert dies den Pflege-Erfolg rapide (*„wenn sie nichts machen, kann ich ’n gewissen Teil über sie hinweg machen, aber das hält sich in Grenzen“*). Der zweite Aspekt, nämlich die Entwicklung realistischer Erwartungen hinsichtlich des Erfolges (*„Ich bin nicht der Herrgott“*, *„ich hab’ nur menschliche Möglichkeiten und keine magischen“*) erscheint jedoch ebenso wichtig, was darauf hindeutet, dass Pflegekräfte häufig mit aus ihrer Sicht überhöhten bzw. unerfüllbaren Erwartungen - insbesondere von Krankenhauspatienten - konfrontiert werden. Und diese Erwartungen richten sich offenbar primär an das Personal. Mit Hilfe der beschriebenen Argumentationsstränge sollen Kunden dazu motiviert werden, selbst Verantwortung für ihren Gesundheitszustand bzw. ihren Genesungsprozess zu übernehmen, anstatt sich der Illusion hinzugeben, dass professionelle oder allmächtige Instanzen (*„der Herrgott“*) diesen Part übernehmen.

Pflegende sind bemüht den hohen Stellenwert der Koproduktion mit den Kunden auch den zu pflegenden Menschen nahe zu bringen und sie so zur aktiven Mitarbeit zu motivieren, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Und was ich auch heute noch mache, dass ich den Patienten vermittele, wenn’s um Diagnosen geht, dass sie die wissen wollen, dass ich sage: Stellen Sie sich’s vor wie ’n Marmeladenglas. Das ist der Name, der draußen dran steht, was **drin** ist, wissen Sie besser. Also, was draußen dran steht, ist für die Krankenkasse. Da heißt das so und so. Das Kind muss halt ,’n Namen haben. Aber die Marmelade, die wir da kochen, die möchte’ ich jetzt von Ihnen wissen und was da drin steckt und wie die Zutaten von mir aus sind.“ (IP 28, 203)

Die Überzeugung, dass gute Pflege nur auf der Basis einer guten Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Kunden möglich ist, geht einher mit der Haltung, dass jeder Mensch für seine persönlichen Belange die wichtigste Expertise mitbringt (*„was drin ist, wissen Sie besser“*).

Der Vergleich der Dienstleistung ‚Pflege‘ mit der Herstellung von Marmelade in der oben zitierten Äußerung zeigt, dass aus Sicht der Befragten im Rahmen pflegerischer Arbeit durchaus ein Produkt (im Sinne von Ergebnis) als Ergebnis eines Handlungsprozesses entsteht. Was das Produkt ausmacht, ist allerdings nicht vorrangig das, was auf dem Etikett steht (*„das ist für die Krankenkasse“*), sondern das gemeinsame Werk der Akteure (*„die Marmelade, die wir da kochen“*) nach dem Rezept des Kunden. Bleibt man im Bild des Marmeladenglases, so dient das Etikett eher der Orientierung Außenstehender (*„das Kind muss ’n Namen haben“*) oder der Erfüllung formaler Kriterien von Dritten, in diesem Fall der Abrechnung einer Leistung mit der Krankenkasse. Die Marmelade, d.h. ihr spezifischer Geschmack, ihr Geruch oder ihre Konsistenz, bleiben gewissermaßen unter Verschluss und können von außen nicht wahrgenommen werden. Übertragen auf Pflegehandlungen bleibt deren Gestaltung Sache der Akteure und hier ist insbesondere der Kunde gefragt, denn nur er verfügt über das notwendige ‚Rezeptwissen‘, welches für die subjektiv wahrgenommene Qualität und den Erfolg ausschlaggebend ist.

Jedoch reicht das Vorhandensein von ‚Rezeptwissen‘ bzw. persönlicher Expertise der Kunden noch nicht aus, um einen erfolgreichen Prozess zu erreichen. Vielmehr bedarf einer bestimmten Fähigkeit der Pflegenden die Kunden tatsächlich zur aktiven Teilnahme an Pflege- oder Behandlungsprozessen zu motivieren.

„Menschen auch dazu zu bewegen, zur Körperpflege oder zu essen oder trinken oder auch zu beschäftigen, das ist manchmal wie so ’ne Kunst.“ (IP 14, 29)

Der Vergleich von Pflege mit Kunst weist darauf hin, wie außerordentlich schwierig es aus Sicht der Befragten im Pflegealltag sein kann, Zugang zu einem zu pflegenden Menschen

zu finden und gemeinsam existenziell notwendige, alltäglichen Handlungen zu verrichten. Pflege als „Kunst“ zu bezeichnen, drückt darüber hinaus aus, dass besondere, einen Künstler auszeichnenden Eigenschaften und Fähigkeiten wie z.B. eine gute Wahrnehmungsfähigkeit, Intuition, Ideenreichtum oder Kreativität auch im Pflegealltag zum Einsatz kommen, wenn es gilt, die Selbstkompetenz der Kunden für den Pflegeprozesse nutzbar zu machen, auch wenn es um auf der ersten Blick alltäglich erscheinende Dinge geht, wie z.B. einen Menschen dazu zu motivieren, Nahrung zu sich zu nehmen. Solche Äußerungen sind auch ein Ausdruck von Selbstwertschätzung von Pflegenden, denen bewusst ist, wie viel fachliche und persönliche Kompetenz für die alltägliche Arbeit von Nöten ist. Das individuelle Verstehen und Erfassen des Kunden scheint eine Voraussetzung für eine gelingende Erbringung der Dienstleistung Pflege zu sein.

Gerade im alltäglichen Handeln zeigt sich die Werteorientierung von Pflegenden, die unter dem Schlagwort ‚Kundenorientierung‘ zusammengefasst werden kann.

„Aber dass jemand sagt: Oh, es ist gerade so schön im Bett und irgendwie, draußen ist scheiß Wetter, und man fragt: In ’ner Stunde wiederkommen?“ (IP5, 41)

Ein solches Verhalten ist Ausdruck einer respektvollen Haltung gegenüber den Kunden, die deren individuellen Bedürfnissen und Wünschen Vorrang einräumt vor den Interessen der Institution nach Effektivität und primär anhand ökonomischer Kriterien organisierter Abläufe.

Auch wenn in den Interviews deutlich wird, dass die Erhebung und Berücksichtigung von Wünschen und Erwartungen der Kunden für Pflegende von zentraler Bedeutung sind, so gibt es auch eine Grenze, bei deren Überschreitung Erwartungen oder Ansprüche von Patienten oder Bewohnern als überzogen oder unangemessen erlebt werden.

„Ich hab’ das Gefühl, dass viele Patienten das Krankenhaus mit einem Hotel verwechseln. Und das sind wir ja wohl nicht. Wir sind so vielen Zwängen unterworfen, das ist heute nicht mehr machbar. Und ich meine, in den Medien steht es immer drin, es gibt genügend Dokumentarsendungen, wo man das auch sieht, was in den Krankenhäusern los ist. Dann denk’ ich, man müsste (...) auch mal mit dem, was man hat, zufrieden sein einfach, ne. Es ist auch einfach so: Wir können auch aus einem älteren Patienten keinen Jungbrunnen mehr machen. **Medizin hat auch Grenzen.**“ (IP9, 32)

„Und nachts dann dieser Psychoterror. Und wir müssen unsere Arbeit machen und dann wiederum ständig zu klingeln. Das ist der reine Psychoterror. Die [zu pflegenden Menschen] sind auch in deren Lage ohnmächtig und wiederum: Was sollen wir denn machen? Sie verlangen dies und das, was eigentlich gar nicht im Programm steht. Oder diese und jene Tablette, die gar nicht angeordnet ist oder die sie gar nicht brauchen. Aber dieser **Ersatz**, weil sie- es fehlt ihnen was. Und deswegen- gut, wir sind die einzigen Ansprechpartner, klar. Deswegen dieser Psychoterror an uns, diese ganze Misslaune und dieser ganze Frust, das lassen sie an uns aus. Und ich kann das wohl einerseits verstehen, aber das macht [es] uns sehr schwierig so normal zu arbeiten. Das find’ ich hier schlimm.“ (IP 14, 62)

Widerstand oder Ärger über Kundenerwartungen kommen dann auf, wenn Leistungen kritisiert werden, die nicht berufsspezifisch sind, wie z.B. das Essen, die Ausstattung der Zimmer, also Aspekte, die eher den Service als die pflegerische Versorgung betreffen („das Krankenhaus mit einem Hotel verwechseln“) Ein weiterer Anlass für den Unmut Pflegender ist das Einfordern von Leistungen, die nicht vereinbart sind oder im Interesse der Gesundheit als nicht notwendig erscheinen („Sie verlangen dies und das, was gar nicht im Programm steht. Oder diese und jene Tablette, die sie gar nicht brauchen“). Die zweite Gesprächsequenz macht aber auch deutlich, dass die Befragte selbst hin- und hergerissen zwischen ihrem Ärger über als überzogen erlebte, unerfüllbare Erwartungen der Kunden („Psychoterror“) und der damit verbundenen Überforderung einerseits („wir müssen unsere Arbeit machen“) und ihrem Verständnis für den Wunsch der Kunden nach Zuwendung, der hier zum Ausdruck kommt andererseits („die sind (...) ohnmächtig“, „wir sind die einzigen Ansprechpartner“, „ich kann das wohl einerseits verstehen“). Im Kontext solcher (Rollen)Konflikte ist es erforderlich, die Prioritäten ständig neu zu bestimmen. Konkret muss im Arbeitsalltag immer wieder entschieden werden, ob geplante Abläufe zu Gunsten der Kundenwünsche unterbrochen bzw. sogar ‚vertagt‘ werden oder ob Arbeiten zuerst zu Ende gebracht werden und Kunden auf die Erfüllung ihrer Anliegen warten oder ganz darauf verzichten müssen. Letztere Möglichkeit führt vermutlich zu Enttäuschung und Ärger auf Seiten der Kunden, die wiederum bei den Pflegenden ankommt und (möglicherweise) zu einem Gefühl von den-Anforderungen-nicht-genügen führt, weil weder die berechtigt erscheinenden Erwartungen von Kunden noch die Ansprüche an die eigene Arbeit erfüllt werden können.

Befragte, die ihren Beruf bereits viele Jahre ausüben, sprechen in den Interviews an, dass sich auch die Kunden im Laufe der Zeit verändert haben:

„(...) weil ja der Beruf eigentlich früher mehr Spaß gemacht hat, es war einfach so, dass man früher ja mehr Personal hatte, aber auch weniger Patienten und die Patienten waren deutlich genügsamer. Es waren also noch vorwiegend die Patienten, die den zweiten Weltkrieg mitgemacht haben, halt ganz andere Zeiten erlebt haben. Heute ist es einfach so, dass diese Patienten mehr oder weniger- ja, man muss schon sagen aussterben (...) oder ich sag mal: das Hauptpatientengut auf unserer Abteilung ist einfach ab 80. Und es ist halt einfach so, dass der Beruf immer anstrengender wird, weil ähm auch die Patienten deutlich höhere- die jüngeren Patienten deutlich höhere Forderungen, Erwartungen an das Pflegepersonal stellen, dem das Pflegepersonal nicht gerecht werden kann einfach aus dem Grunde, weil die Arbeit sehr anstrengend ist und die Anforderungen auch sehr hoch sind. (IP 9, 11)

„Patienten sind viel selbstständiger. Ja, die lassen sich nicht mehr alles nur sagen: So, das müssen Sie jetzt so machen und dann nehmen sie das hin. Nein, auch die sagen: Halt, Stopp, ich weiß gar nicht, ob ich das so will, was Sie da machen. Ja, da wird viel mehr hinterfragt und das ist auch gut s.“ (IP30, 30)

In der ersten der oben zitierten Äußerungen wird gewissermaßen ein Generationswechsel auf Seiten der Kunden dargestellt, dabei wird die ältere Generation als weniger anspruchsvoll („*genügsamer*“) beschrieben, während die ‚Nachkriegsgeneration‘ eine höhere Anspruchshaltung habe („*deutlich höhere Forderungen*“) und damit eher als zusätzliche Belastung unter ohnehin problematischen Arbeitsbedingungen erlebt wird („*dem das Pflegepersonal nicht gerecht werden kann (...) weil die Arbeit sehr anstrengend ist und die Anforderungen sehr hoch sind*“).

Auch im zweiten Zitat wird eine neue Generation von Kunden beschrieben. Hier werden die wahrgenommenen Veränderungen, wie die Forderung nach Einbeziehung in Entscheidungen über die Behandlung („*die lassen sich nicht alles sagen*“) oder eine kritische Haltung sowie das Äußern eigener Vorstellungen gegenüber den Professionellen („*die sagen: Halt, Stopp, ich weiß gar nicht, ob ich das so will*“), jedoch positiv gewertet („*da wird viel hinterfragt und das ist auch gut so*“). Eine solche Veränderung entspricht aus Sicht dieser Befragten der bereits beschriebenen Übernahme von Verantwortung durch die Kunden, die eine notwendige Voraussetzung für eine gelingende Koproduktion und damit für eine hohe Qualität der Versorgung und einen möglichst großen Therapieerfolg darstellt.

Im selben Zeitraum haben sich jedoch nicht nur das Klientel, sondern auch die Rahmenbedingungen von Pflegearbeit stark verändert („*weil ja der Beruf eigentlich früher mehr Spaß gemacht hat, es war einfach so, dass man früher ja mehr Personal hatte, aber auch weniger Patienten und die Patienten waren deutlich genügsamer*“). Diese Veränderungen lassen sich anhand von Schlagworten wie ‚Arbeitsverdichtung‘, ‚steigender Zeitdruck‘ oder ‚erhöhte Anforderungen‘ durch medizinisch-technischen Fortschritt oder ‚Zunahme administrativer Aufgaben‘ charakterisieren. Beide Entwicklungen, d.h. die Veränderungen der Klientel und die Verschärfung der Rahmenbedingungen von Pflege, haben zu einer Erhöhung der Anforderungen an die Pflegenden geführt. Interessanterweise kommen die beiden Befragten angesichts ähnlich beschriebener Veränderungen auf Seiten der Kunden zu ganz unterschiedlichen Bewertungen. Ein erster Erklärungsversuch an dieser Stelle könnte sein, dass die Befragten bereits die Ausgangssituation, d.h. die wahrgenommene Belastung durch die verschärften Arbeitsbedingungen, anders erlebt haben. Während die eine Befragte bereits die Grenze ihrer Belastbarkeit erreicht hat, verfügt die andere noch über ausreichend ‚Puffer‘ (Distanz), um Veränderungen nicht nur anhand der Zunahme von Aufgaben, sondern auch

anhand der darin enthaltenen Potenziale - z.B. im Sinne der Übernahme von mehr Eigenverantwortung durch die Kunden - bewerten zu können.

Fazit Koproduktion Kunden

Gute Kooperation ist wichtig für die Zufriedenheit der Kunden und damit für die Generierung von Wertschätzung. Pflegekräften ist bewusst, dass eine gute Zusammenarbeit mit den Kunden von übergeordneter Bedeutung für (objektiv) messbare Ergebnisse ihrer Arbeit ist. Dieses Bewusstsein ist Ausdruck einer Haltung, welche die Selbstkompetenz des Kunden als entscheidenden Faktor der Leistungserbringung erachtet. Die hohe Kundenorientierung von Pflegenden ist Ausdruck einer ethischen Haltung von Respekt gegenüber der Individualität der Kunden. Die Orientierung an humanistischen oder christlichen Werten hat aber auch für das eigene Wertschätzungserleben große Bedeutung. Zufriedenheit und damit Selbst-Wertschätzung und Stolz auf die eigene Arbeit basieren auch darauf, dass persönliche Werte im Arbeitsalltag umgesetzt und ‚gelebt‘ werden können. Die Verschärfung der Rahmenbedingungen von Pflegearbeit führt jedoch zu einer Verringerung der Zeit für die so bedeutsame Interaktionsarbeit; als Folgen zeigen sich Unzufriedenheit auf Seiten von Kunden und schlechtere Ergebnisse hinsichtlich der Pflege- und Versorgungsqualität. Auf Seiten der Pflegenden dominieren Gefühle von Enttäuschung und Frustration, denn aufgrund der verschärften Arbeitsbedingungen bleiben für sie zentrale berufsethische Werte auf der Strecke, die auch das Erleben von (Selbst)Wertschätzung stark beeinträchtigen.

Die Zusammenarbeit mit Kunden hat sich aus Sicht der Befragten in verschiedener Hinsicht verändert. Einerseits spielen demografische Faktoren wie Hochaltrigkeit oder Multimorbidität eine Rolle, andererseits hat sich das Selbstverständnis insbesondere jüngerer Klienten verändert. Dies zeigt sich z.B. in einem selbstbewussteren Auftreten, höheren Erwartungen oder dem Wunsch nach Information und Einbeziehung in Entscheidungsprozesse. Obwohl diesbezüglich auch Grenzen der Akzeptanz erreicht werden – z.B. wenn ‚Serviceleistungen‘ in der Sicht der Kunden mehr Gewicht erhalten als Behandlungsleistungen – begrüßen viele Pflegekräfte diese Veränderungen und werten sie als Abkehr vom paternalistischen Modell. Sie sehen darin eine zunehmende Bereitschaft der Kunden, selbst mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Gleichzeitig erfahren Pflegende in ihrem Arbeitsalltag, dass steigende Erwartungen der Kunden auch mit zusätzlichen Aufgaben und Mehrarbeit verbunden sind und ein Umdenken erfordern. Unter den von Zeitdruck und Arbeitsverdichtung geprägten

Arbeitsbedingungen erleben Pflegende, dass sie auch berechtigt erscheinende Erwartungen nicht erfüllen können. Im täglichen Arbeitshandeln verlangt dies von ihnen ein ständiges Abwägen bzw. einen Spagat zwischen Kundenwünschen und eigenen professionellen Ansprüchen einerseits und den begrenzten (zeitlichen, personellen, ökonomischen) Ressourcen andererseits. Unter der Prämisse, dass die Generierung von Wertschätzung nur gelingen kann, wenn die beteiligten Akteure hinsichtlich ihrer Ziele und Maßstäbe übereinstimmen, müssen auch diesbezüglich Aushandlungsprozesse stattfinden nicht nur, um sich über gemeinsame und realistische Ziele und Maßstäbe zu verständigen, sondern auch im Interesse der Generierung von Wertschätzung für die pflegerischen Leistungen.

5.1.1.10.3 Koproduktion Angehörige

Im Kontext der ‚Koproduktion‘ spielen aus Sicht der befragten Pflegenden auch die Angehörigen der zu pflegenden Menschen eine wichtige Rolle. Angehörige liefern sehr häufig wichtige Informationen, die für die Pflegearbeit relevant sind. Sie haben darüber hinaus spezifische Vorstellungen hinsichtlich der Qualität der pflegerischen Leistungen, die sich aus ihrer Position ergeben und anhand derer sie pflegerische Leistungen bewerten. Darüber hinaus benötigen Angehörige nicht selten selbst Unterstützung, wenn Familienmitglieder oder Freunde krank oder pflegebedürftig werden. So bildet die Gruppe der Angehörigen - neben Kunden und Professionellen anderer Berufsgruppen - eine weitere Akteursperspektive, aus der die Arbeit von Pflegenden anhand bestimmter Kriterien beurteilt wird. Angehörige können entsprechend eine bedeutsame Quelle von Wertschätzung, aber auch von Ablehnung bzw. Missachtung pflegerischer Leistungen sein.

„In der ambulanten Pflege war’s ja so, dass man viel mehr mit Angehörigen zu tun hatte als mit den Patienten oder Klienten selber, weil manchmal können sie sich auch nicht äußern. Und das ist hier genauso, also man hat sehr viel mit Angehörigen zu tun. Die Angehörigen haben auch teilweise Betreuungsdienst oder sind Betreuer. Und die haben das auch oftmals zu bestimmen, was und wie das passieren soll. Oder ob sie zu irgendwelchen Untersuchungen hin müssen oder nicht.“ (IP14, 17)

„Also, wir fragen dann immer, was sie möchten, wenn es Angehörige sind, dann sprechen wir mit denen: Feiern die? Richten die irgendwiewas aus? Wird’s bei uns gemacht? Feiern die was weiß ich wo?“ (IP 6, 460)

Für viele Pflegende ist es selbstverständlich, Angehörige in Fragen der Betreuung und Alltagsgestaltung einzubeziehen („*viel mehr mit Angehörigen zu tun als mit den Patienten selber*“, „*wenn es Angehörige sind, dann sprechen wir mit denen*“) Insbesondere, wenn die gesundheitliche Situation der Kunden schlecht ist, und diese ihre Interessen nicht mehr selbst vertreten können („*manchmal können sie [die Kunden] sich auch nicht selbst äußern*“), sind Angehörige und Pflegende in engem Kontakt. Familienmitglieder geben notwendige Informationen über Vorgeschichte, Gewohnheiten oder Vorlieben der Kunden

und fungieren als informelle oder auch formelle Fürsprecher, z.B. indem sie im Rahmen einer gesetzlichen Betreuung Entscheidungen für den zu pflegenden Menschen treffen, die in der Regel auch das pflegerische Handeln betreffen („*Die haben oftmals zu bestimmen, was und wie das passieren soll*“). Die Formulierung dieser Interviewpartnerin deutet darüber hinaus, dass Angehörige als sehr mächtig erlebt werden („*die haben zu bestimmen*“), diese werden von ihr offenbar nicht als wichtige Kooperationspartner betrachtet, die ebenfalls an die Entscheidung - beispielsweise über eine bestimmte Behandlungsform - zum Wohle des Kunden einbezogen werden, sondern als Instanz, die - ungeachtet ihres Laien-Status - bestimmen kann („*ob sie zu irgendwelchen Untersuchungen hinmüssen oder nicht*“). Die Beziehung zu Angehörigen wird hier nicht als gleichberechtigt erlebt, sondern als ein hierarchisches Verhältnis, bei dem Angehörige festlegen, was die Kunden tun bzw. über sich ergehen lassen müssen („*zu irgendwelchen Untersuchungen hinmüssen*“) bzw. was von professioneller Seite geleistet werden soll.

Wie sehr sich die Rolle der Angehörigen und damit auch ihr Einfluss auf das Versorgungsgeschehen verändert hat, schildert eine Befragte rückblickend:

„Als ich meine Ausbildung [vor 30 Jahren] angefangen hab, da gab's noch , 'ne Stunde Besuchszeit. (...) und dann wurde um drei die Tür aufgeschlossen und dann kamen die Besucher reingeströmt und um vier ging man durch die Zimmer und sagte: Die Besuchszeit ist zu Ende. Verabschieden Sie sich bitte. Um dann die Besucher wieder rauszuhaben und dann pflegte man wieder die Patienten. (...) Ja und war dann wieder 'ne Einheit für sich. Da gab's die Kranken und die Krankenschwestern und den Doktor, der über'n Flur kam. Aber das ist ja heute- auch das hat sich ja total verändert. Man hat heute von morgens bis abends die Angehörigen, die Besucher hier dazwischen.“ (IP 30, 30)

Angehörige haben nicht nur an Präsenz, sondern - ähnlich wie die Kunden - auch an Einfluss gewonnen. Während Angehörige vor 30 Jahren den Anweisungen der Pflegenden Folge zu leisten hatte („*Verabschieden Sie sich bitte.*“) und in der Wahrnehmung der Pflegekräfte eher als Fremdkörper erlebt wurden („*um dann die Besucher wieder rauszuhaben und (...) war dann wieder , 'ne Einheit für sich*“), können sie heute an den meisten Abläufen der Versorgung teilhaben („*man hat heute von morgens bis abends die Angehörigen hier dazwischen*“). Die Formulierung der Interviewpartnerin deutet allerdings darauf hin, dass die kontinuierliche Präsenz der Angehörigen nicht immer erwünscht ist und die „*Einheit*“ von Professionellen und zu pflegenden Menschen auch stören kann. Die Tatsache, dass sich der Status der Angehörigen von dem eines ‚Besuchers‘ zu einer Person, der dem zu pflegenden Menschen ‚an-gehört‘ mit dem damit verbundenen Rechten auf Einbeziehung in Versorgungsprozesse gewandelt hat, bedeutet für Pflegende durchaus auch eine Veränderung gewohnter Strukturen („*'ne Einheit für sich*“) sowie eine Erweiterung ihres Aufgabenspektrums und zusätzliche Arbeitsleistungen.

„Dann wollen sie – was weiß ich – Wasser, Kaffee, dann wollen sie mit dem Arzt reden, dann kommt nicht nur einer, dann kommt der nächste, auch mit ’nem Arzt und (...) dann kommen die und wollen wieder was, weil die können den Ablauf ja gar nicht nachvollziehen, ne. Wenn die, ähm nachmittags nur kurz [da waren]. Dann sehen sie nur ihren Angehörigen und wenn der jetzt mal- der muss sofort zur Toilette, dann muss er sofort. Obwohl wir vielleicht gerade drin gewesen sind, ne. Das sind alles so Sachen, was sie eigentlich gar nicht so gut abschätzen können, ne. Und das hält Sie ja vom eigentlichen Arbeiten auch ganz schön ab, ne.“ (IP29, 44)

Auch Angehörige anzuleiten, das hatte ich im Heim nie, dass ich die auch anleiten kann und sagen kann, wie können sie in manchen Situationen, gerade jetzt in so , ’nem Sterbeprozess, da irgendwie was tun, wie können sie damit umgehen. Das find’ ich schon, schon toll.“ (IP 20, 20)

Wie die beiden Zitate verdeutlichen, werden Aufgaben wie sie durch die Anwesenheit und Teilhabe von Angehörigen entstehen, von den Befragten ganz unterschiedlich erlebt. Während die eine Befragte Angehörige eher als Störfaktor („*das hält vom eigentlichen Arbeiten ab*“) wahrnimmt, ist die Begleitung und Anleitung von Angehörigen für die andere Interviewpartnerin ein impliziter und wichtiger Teil der pflegerischen Arbeit, der die Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen ermöglicht und somit auch eine wichtige Quelle von Wertschätzung darstellt („*dass ich die anleiten kann*“, „*sagen kann (...) wie können sie damit umgehen. Das find’ ich schon toll.*“)

Im Rahmen der Interviews kommen auch Konflikte oder Missstimmigkeiten mit Angehörigen zur Sprache:

„Der Sohn hat eine Beschwerde über mich geschrieben: Die Schwester packte [einen] grauen Sack hinter den Rücken meiner Mutter. Und das heißt, wir haben so graue Lagerungskissen, ne? Habe ich ihm erzählt: Das ist Lagerungsmittel, da muss man auf der Seite, dass die Patientin nicht aufgeht. Das ist Dekubitusprophylaxe. - Ach hören Sie jetzt auf! Meine Mutter braucht keinen grauen Sack hinterm Rücken.“ (IP 25, 112)

„Weil da [im Garten] können auch die verwirrten Leute sich alleine ganzen Tag bewegen. Natürlich geht da immer-, Personal guckt, ob da nix passiert ist oder so, aber die können da frei laufen, ohne dass jemand sagt: Da darfst du nicht! Kommen Sie wieder zurück! Sie müssen in Haus bleiben. (...) Da sind [die]dann draußen, obwohl das zu sehr viel Entsetzen schon geführt hat, so mit den- Ja, ich möchte nicht, dass meine Mutter da zur Schau gestellt wird. Oder so was, ne. Es ist schon, wie die Gesellschaft so reagiert auf- Ja, und vor ein paar Jahren hatten wir auch noch so richtig: Ja, mein Vater darf nicht zum Ausflug, mein Vater darf nicht zum Wochenmarkt, da wird er erkannt, die Nachbarn, er war Studienrat, auf gar keinen Fall. Dann hatten wir auch Beschwerde, da wurde der Vater gesehen. Ich sag’: Ja, wir waren spazieren.“ (IP 10, 256)

„Da kommen Patienten, die sind, sagen wir mal, 80 Jahre und ja: Sehen Sie zu, dass Sie meinen Angehörigen da wieder- dass ich die fit nach Hause krieg. Aber da fehlt auch- der Weitblick, dass man sagt: Ja gut, es sind 80 Jahre. – Ja, er hat aber doch vorher alles gemacht! – Den Leuten ist nicht bewusst, dass man auch- dass irgendwo das Leben auch mal ein Ende hat.“ (IP 9, 32)

„Begleitung Uniklinik, ohne Termin. Auch nach Termin, ja das variiert von drei bis sieben Stunden, und erst mal müssen Sie mit den Bewohnern dahin fahren. Erst mal müssen Sie den Bewohner über Stunden beschäftigen. Und natürlich sagen Sie das den Angehörigen. – Nö, ich bezahl’ so viel, ich mach es nicht.“ (IP 10, 51)

Die Ursachen von Spannungen und Konflikten zwischen Pflegenden und Angehörigen sind vielschichtig. Ein Anlass für Konflikte ist beispielsweise das Anzweifeln der fachlichen

Kompetenz Pflegender, wie sie in der ersten Gesprächssequenz wiedergegeben wird („*die Schwester packte grauen Sack hinter den Rücken meiner Mutter*“) Das In-Frage-stellen der professionellen Kompetenz und darüber hinaus die Beschwerde bei Vorgesetzten („*hat eine Beschwerde über mich geschrieben*“) wird als persönliche Kränkung erlebt. In dem zitierten Beispiel macht der Sohn der Klientin durch sein Verhalten deutlich, dass ihm nichts daran liegt bzw. er sich keine Klärung davon verspricht, den Konflikt mit der Pflegekraft direkt auszutragen. Stattdessen verlagert er ihn durch seine Beschwerde auf eine ‚höhere Ebene‘, vermutlich in der Erwartung, an dieser Stelle Recht zu bekommen und das als nicht korrekt wahrgenommene Verhalten durch die Intervention des Vorgesetzten abstellen zu können. Eine Klärung auf Augenhöhe schließt er damit erst einmal aus und bringt die Pflegende in eine für sie vermutlich unangenehme Rechtfertigungsposition.

Als spannungsreich werden von Befragten auch Situationen beschrieben, in denen Angehörige Pflegenden Vorgaben für ihr professionelles Handeln machen („*mein Vater darf nicht zum Wochenmarkt, da wird er erkannt*“), insbesondere, wenn sie im Widerspruch zu professionellen Werten oder den wahrgenommenen Bedürfnissen oder Interessen der Kunden („*die können da frei laufen, ohne dass jemand sagt: Das darfst du nicht*“) stehen. Ähnlich wie in dem bereits zitierten Beispiel, in dem Angehörige in ihrer Funktion als gesetzliche Betreuer über ein pflegebedürftiges Familienmitglied „*bestimmen*“, erlebt auch diese Interviewpartnerin Angehörige als mächtige Instanz, die das eigene, professionell und menschlich als richtig erachtete Handeln einschränkt, und die Interessen des Kunden zugunsten eigener Vorbehalte oder Schamgefühle zurückstellt („*ich möchte nicht, dass meine Mutter da zur Schau gestellt wird*“). Ein solches Verhalten, das zentrale berufliche Werte berührt, kann leicht nicht nur als persönliche Kränkung, sondern als Angriff auf den Ethos und das Selbstverständnis der gesamten Berufsgruppe interpretiert werden. Auch in diesem Konflikt gibt es keine Begegnung der Akteure auf Augenhöhe, keine Bemühungen um eine gemeinsame Konfliktklärung, indem Argumente, Befürchtungen etc. vorgebracht werden.

Das Beispiel zeigt, dass Angehörige zwar ohne die Perspektive der Pflegenden zu hören und zu berücksichtigen, Vorgaben machen können, dass die Umsetzung im Pflegealltag jedoch keineswegs gewährleistet ist, wenn die solche Vorgaben aus Sicht der Pflegekraft nicht mit dem eigenen Berufsverständnis vereinbar ist. Die Reaktion, die die Befragte in ihrem Beispiel schildert zeigt das professionelle Kriterien durchaus über den Wunsch der

Angehörigen gestellt werden („*da wurde der Vater gesehen. Ich sag': Ja, wir waren spazieren.*“). Dieser Umstand weist darauf hin, dass es teilweise an geeigneten Strategien zur Koproduktion mit Angehörigen mangelt.

Ein weiterer typischer Konfliktanlass sind aus Sicht der Pflegenden auch unrealistische Erwartungen an die Gesundheitsversorgung insgesamt („*da kommen Patienten, die sind, sagen wir mal, 80 Jahre und ja: Sehen Sie zu, dass (...) ich die fit nach Hause kriege*“) bei der die Grenzen und Sinnhaftigkeit therapeutischer Maßnahmen ausgeblendet werden („*den Leuten ist nicht bewusst, dass irgendwo das Leben auch mal ein Ende hat*“). Die Befragte äußert hier indirekt auch den Vorwurf, dass Angehörige ihr erkranktes oder pflegebedürftiges Familienmitglied - wie ein kaputtes Auto - im ‚Reparaturbetrieb‘ abgeben, um es anschließend, in wiederhergestelltem Zustand wieder abzuholen („*dass ich die fit nach Hause kriege*“). Das Verhalten von Angehörige ähnelt dem eines Auftraggebers („*sehen Sie zu*“), der schwierige oder unangenehme Aufgaben delegiert, um sich selbst nicht eingehend damit beschäftigen zu müssen. Auch wenn es hier um sehr anspruchsvolle Aufgaben geht, die der Pflegenden übertragen werden und obwohl sie die Vermeidungsstrategien im Verhalten von Angehörigen durchaus erkennt („*da fehlt auch der Weitblick*“), so erscheint es vor einem solchen Hintergrund durchaus verständlich, dass auf Seiten der Pflegenden der Eindruck entsteht, instrumentalisiert zu werden.

Ähnlich verhält es sich, wenn Angehörige sich auf den ‚Konsumentenstatus‘ zurückziehen („*ich bezahl so viel, ich mach' es [Begleitung zum Arzt] nicht*“), auch dies ruft dies auf Seiten der Pflegenden Ärger hervor. Auch hier liegt offenbar ein Interessenkonflikt vor, bei dem keine Aushandlung zwischen den Beteiligten möglich ist, sondern in dem die Partei ‚gewinnt‘, die über die größere Macht (Durchsetzungsfähigkeit) verfügt bzw. die am besten in der Lage ist, den Konflikt ‚auszusitzen‘ oder sich der Situation zu entziehen. Bezogen auf das Wertschätzungserleben verhindern überzogene Erwartungen die Generierung von Anerkennung insofern, als der Punkt, an dem es zur positiven Bewertung einer Handlung kommen kann, hier gewissermaßen ‚außer Reichweite‘ gerückt wird.

Unrealistische Erwartungen enttäuschen und frustrieren demnach alle Beteiligten, die Angehörigen sind unzufrieden, weil die erwartete Leistung nicht erbracht wird oder der erhoffte Erfolg nicht eintrifft, die Pflegenden sind gekränkt, weil sie - trotz ihres Engagements und ihres möglicherweise hohen Zeitaufwandes - keine Anerkennung für ihr Handeln erhalten, sondern stattdessen Ablehnung und Kritik ernten.

Weiterhin wird von den Befragten angesprochen, dass Angehörige ausschließlich ihr eigenes pflegebedürftiges Familienmitglied im Blick hätten und dabei vergäßen, dass professionell Pflegende gleichzeitig auch andere zu pflegende Menschen zu betreuen hätten.

„Angehörige, die ihren Patienten- Angehörigen zu Hause betreuen, die haben ja nur ihn. Ja, und dann sind die den ganzen Tag da und gucken den ganzen Tag, was Sie machen, ne. Und das ist schon manchmal sehr anstrengend, ne. Und die sehen dann nur sich und ob ich da noch fünf andere versorgen muss, ist ihnen völlig egal. Hauptsache, man kommt, ne.“ (IP 29, 46)

„Weil die Mutter zum Beispiel zu Hause anders war, sie war zum Beispiel fit und im Krankenhaus ist sie- na ja, ist sie krank, ne? Weil ohne Grund ist sie nicht im Krankenhaus. Und die Angehörigen verstehen einige Sachen nicht. Und für Angehörige die einzige Person, das ist nur meine Mutter, nur meine Mutter ist krank. Und die andere ist egal. Nur meine Mutter braucht jetzt Arzt.“ (IP 25, 6)

„Sind sehr egoistisch. Klar, das kann man nicht über alle Leute so sagen. Da gibt's Leute, die bemühen sich wirklich, die bringen frische Sachen und die helfen uns beim Essen reichen oder was, aber das kann man wirklich zählen, einzelne Leute sind so. Meistens, die kommen, die gehen an den Zimmern vorbei. – Schwester, meine Mutter muss das, Schwester, meine Mutter mag das. Und wir fühlen uns – oder ich zumindest – wie beim Militär. Ja, das sind so-, befehlsweise, ne, sprechen die Angehörigen mit uns.“ (IP 25, 8)

„Wir Pflegenden, wir glauben auch immer, dass dieser Angehörige von diesem einen Patienten uns verstehen muss, dass wir noch 35 andere haben. Und das ist, glaub' ich ist 'n großer Punkt, den wir lernen müssen, dass der Angehörige das gar nicht verstehen muss. Weil der ist nicht hier, um uns zu verstehen, der ist hier, weil es seinem Angehörigen schlecht geht. Und in dem Prozess, in dem man ja ist, dass man viel für die Leute macht und auch gerne macht und sich quasi auch 'n Stück weit aufopfert, puh, und dann trotzdem dafür eine Kritik sich einfängt, die man eigentlich dann auch nicht mehr verstehen will, vielleicht. Weil man denkt: Ich hab' ja auch so viel gemacht, was will der denn jetzt?“ (IP 28, 99)

Viele der befragten Pflegenden erleben es als ‚Egoismus‘ von Angehörigen, wenn diese für ihr Familienmitglied ein Maß an Aufmerksamkeit und Zuwendung fordern, die im Arbeitsalltag der Einrichtung nicht realisierbar sind. („*Ob ich noch fünf andere versorgen muss, ist ihnen völlig egal*“, „*nur meine Mutter ist krank*“). Hinter solchen Äußerungen wird der Wunsch erkennbar, dass Angehörige den professionellen Auftrag der Pflegenden wahrnehmen und respektieren, den für diese darin besteht, alle Klienten gut zu versorgen und dabei auch ihre Arbeitskraft möglichst ‚gerecht‘ zu verteilen. Pflegende haben also durchaus auch Erwartungen an Angehörige: Sie möchten, dass diese sie und ihre Arbeitssituation wahrnehmen und ihre Bemühungen anerkennen, möglichst allen Kunden gerecht zu werden.

Im letzten Zitat (IP 28) wird dieser Wunsch von Pflegenden nach Verständnis von Seiten der Angehörigen klar formuliert („*wir glauben auch immer, dass dieser Angehörige von diesem einen Patienten uns verstehen muss, dass wir noch 35 andere haben*“), darüber hinaus aber auch kritisch auf seine Realisierbarkeit überprüft („*der ist nicht hier, um uns zu verstehen, der ist hier, weil es seinem Angehörigen schlecht geht*“). Diese

Interviewpartnerin hält den gewünschten Perspektivwechsel der Angehörigen („*verstehen muss, dass wir noch 35 andere haben*“) für kaum möglich, da diese erst einmal von der schlechten gesundheitlichen Situation ihres Familienmitgliedes völlig gefangen seien. Die - meist unausgesprochenen - Erwartungen von Pflegenden an Angehörige sind also durchaus hoch. Da diese sehr häufig nicht erfüllt werden (können), kommt es fast zwangsläufig zu Enttäuschungen auf Seiten der Pflegenden („*dass man viel für die Leute macht und auch gerne macht und sich quasi auch 'n Stück weit aufopfert, puh, und dann trotzdem dafür eine Kritik sich einfängt*“).

Andererseits fühlen sich Pflegende offenbar dann in ihrer beruflichen Rolle mit all ihren Belastungen wahrgenommen, wenn Angehörige sich aktiv an der Pflege beteiligen und damit auch Pflegende entlasten („*die bringen frische Sachen und helfen uns beim Essen reichen*“). Offen bleibt, inwieweit die Angehörigen diese Aufgaben aus Fürsorge für das pflegebedürftige Familienmitglied übernehmen oder um die Pflegenden zu entlasten. Die Pflegenden interpretieren diese Aktivitäten als unterstützend („*helfen uns*“) und erleben Wertschätzung.

Zusammenfassung Koproduktion Angehörige

Angehörige sind für Pflegende wichtige Kooperationspartner, die Beziehung zwischen den beiden Akteuren scheint allerdings spannungs- und konfliktreich, was sich auf das Wertschätzungserleben der Pflegenden eher ungünstig auswirkt. .

Angehörige sind für Pflegende als informelle oder - wenn sie eine gesetzliche Betreuung übernommen haben - auch als informelle Fürsprecher der Klienten wichtige Ansprechpartner.

Der Status der Angehörigen hat sich insofern gewandelt, als sie sich vom ‚Besucher‘ zum ‚dritten Akteur‘ im Gesundheitssystem entwickelt und dabei aus Sicht der Pflegenden stark an Einfluss gewonnen haben. So können sie offenbar ohne die pflegerische Perspektive einzubeziehen, wichtige Entscheidungen treffen, die den Pflege- und Therapieprozess betreffen. Ein solches Ignorieren der pflegerischen Perspektive oder das Anzweifeln der fachlichen Kompetenz Pflegender wird als Entwertung erlebt und führt zu Konflikten.

Auch überzogene Erwartungen, was den Einsatz (Zeitaufwand) der Pflegenden oder mögliche Ergebnisse ihrer Arbeit angeht, lösen Ärger aus und verursachen Spannungen zwischen den Akteuren. Vorgaben von Angehörigen, die aus pflegefachlicher Sicht nicht plausibel oder sinnvoll erscheinen, wirken persönlich verletzend oder können sogar als

Affronts gegen die Berufsgruppe verstanden werden. Der Rückzug von Angehörigen auf den ‚Status des Zahlenden‘ kann bei Pflegenden das Gefühl auslösen für fachfremde Tätigkeiten (z.B. Begleitung zu externen Ereignissen) missbraucht zu werden.

Negative Gefühle wie Ärger oder Frustration auf Seiten der Pflegenden tauchen offenbar dann auf, wenn ihre Expertise nicht gesehen bzw. bewusst ignoriert wird. Es ist für Pflegende offenbar schwer, ein Gefühl von Stolz auf die eigene Arbeit zu entwickeln, wenn externe Wertschätzung ausbleibt, selbst dann, wenn ihnen bewusst ist, wie wichtig und anspruchsvoll ihre Arbeit tatsächlich ist.

In den Interviews wurde auch deutlich, dass Pflegende - wenn auch unausgesprochen - Erwartungen an Angehörige haben. Diese werden im Alltag allerdings häufig enttäuscht. So wünschen sich Pflegende von Angehörigen, dass diese sie mit ihrem gesamten professionellen Auftrag – nämlich der Versorgung einer Vielzahl von Kunden – wahrnehmen und ihre Selbstbezogenheit, d.h. die Fokussierung auf das eigene Familienmitglied, aufgeben. In den offenbar eher seltenen Fällen, in denen Pflegende sich in ihrem professionellen ‚Gesamtkontext‘ wahrgenommen fühlten, erlebten sie dies als Ausdruck von Wertschätzung von Seiten der Angehörigen.

In den Interviews kommt zum Ausdruck, dass Konflikte zwischen Pflegenden und Angehörigen nicht auf Augenhöhe ausgetragen werden. Entscheidungen sind nicht das Ergebnis von Aushandlungsprozessen, in die jede Partei ihre Argumente, Eindrücke, Vorstellungen oder Gefühle etc. einbringt, sondern sie kommen durch die Ausübung von Macht zustande. Entsprechend führen sie nicht zu einem Konsens, der von beiden Akteuren getragen wird. Pflegende erleben diese Art des Umgangs als wenig wertschätzend; wenn weder ihre Expertise gefragt ist noch partnerschaftlicher Umgang gepflegt wird, fühlen sie sich zu Befehlsempfängern degradiert.

Insgesamt reicht das Spektrum der Wahrnehmung der Angehörigen durch Pflegende vom ‚Störfaktor‘ bis zur ‚Bereicherung des Aufgabenspektrums‘. Letzteres zeigt sich insbesondere dann, wenn Pflegende die Arbeit mit Angehörigen als Teil ihres professionellen Auftrages (im Sinne von Beratung, Anleitung, Unterstützung) verstehen und von diesen auch entsprechend wahrgenommen werden. In einer solchen Konstellation scheinen die beiden zentralen Voraussetzungen für eine gute Koproduktion und die Generierung von Wertschätzung im Rahmen dieser Beziehungskonstellation gegeben zu

sein: das beidseitige Wissen um die pflegerischen Expertise und die Begegnung auf Augenhöhe.

5.1.1.10.4 Zusammenfassung Koproduktion

Der Begriff der Koproduktion beschreibt die Zusammenarbeit von Dienstleistendem und Kunden bei der Dienstleistungserbringung und drückt aus, dass die Dienstleistung überhaupt und nur durch diese Kooperation erbracht werden kann. Dies wird von den Befragten ebenso beschrieben. Die Koproduktion mit allen Akteuren (Kunden, Angehörigen und Professionellen) ist bedeutsam für die Ergebnisse, d.h. die Qualität der Versorgung wie auch für die Generierung von Wertschätzung und die Entwicklung von Stolz auf die eigene Arbeit. Probleme der Koproduktion verursachen in aller Regel auch schlechtere Ergebnisse der Pflege bzw. Behandlung der Patienten und hinterlassen Gefühle von Unzufriedenheit, Ärger und Wertlosigkeit (bis hin zu Kränkung) bei den Pflegenden mit entsprechenden Auswirkungen auf Gesundheit, Identifikation mit der Arbeit und berufliches Selbstbewusstsein und Standing.

Koproduktion kann nur dann gelingen, wenn alle Akteure davon überzeugt sind und zum Austausch ihrer Sichtweisen und Argumente auf Augenhöhe bereit sind. Im Arbeitsalltag der Pflege scheitert die Koproduktion insbesondere an der mangelnden Bereitschaft zum interdisziplinären Austausch von Seiten der ärztlichen Mitarbeitenden. Diese sind offenbar nach wie vor traditionellen Vorstellungen des Berufsbildes der Pflege als ‚medizinischem Assistenzberuf‘ verhaftet, erachten die Expertise der Pflegenden der ärztlichen nachrangig und verhindern mit einem solchen Verhalten die Entwicklung einer berufsgruppenübergreifenden und wertschätzenden Zusammenarbeit und damit auch Teamkultur. Bemühungen von Pflegenden, in ihrem Arbeitskontext an solchen traditionellen Konstellationen etwas zu verändern, scheitern aber auch daran, dass gesetzliche Regelungen, die beispielsweise die Zuständigkeitsbereiche der Berufsgruppen regeln oder die Verbindlichkeit von Expertenstandards für alle Berufsgruppen festlegen, fehlen. Außerdem haben Pflegeberufe auf Grund ihres niedrigen Organisationsgrades keine Lobby.

In der Zusammenarbeit mit den zu pflegenden Menschen bringen die Pflegekräfte ein berufliches Selbstverständnis zum Ausdruck, dass geprägt ist von der gemeinsamen Arbeit, der Unterstützung und Begleitung im Krankheits- und /oder Genesungsprozess und der Vorstellung, dass die zu pflegenden als mündige Personen über ihren Versorgungsprozess bestimmen. Hier scheint sich das tradierte Pflegeverständnis gewandelt zu haben, wie

rückblickende Äußerungen deutlich machen. Gleichwohl verlieren die Pflegenden dadurch an Macht und Einfluss und können aus dieser neuen Rolle noch keine wirkliche Wertschätzung generieren. Vielmehr nehmen sie an vielen Stellen hohe Erwartungen wahr, die nicht eher Service-Aspekte betreffen als die fachlich fundierte Betreuung.

In dieser Ausrichtung scheint sich auch die Koproduktion mit Angehörigen darzustellen. Auch hier wird erlebt, dass Anforderungen primär an den Betreuungs-Service gestellt werden und die Qualität eher daran gemessen wird, wie viel Zeit zwischen geäußertem Wunsch und Erfüllung vergeht, als an der Kompetenz und Fachlichkeit der Pflegenden bei Beratung und Versorgung. Als absurd erleben es Pflegende, wenn Angehörige Ansprüche und Forderungen formulieren, die den fachlichen Standards entgegenstehen und so zum Ausdruck gebracht wird, dass die Angehörigen ihre eigenes Fachwissen höher bewerten als das der Pflegenden. Insgesamt scheint hier auch deutlich zu werden, dass bei den Angehörigen nicht klar ist, worin pflegerische Expertise besteht und was die eigentlichen Berufsaufgaben sind.

Ähnlich wie von Kollegen anderer Berufsgruppen, insbesondere von Ärzten, wünschen sich Pflegekräfte auch von Angehörigen Respekt und Interesse an ihrer fachlichen Expertise. Nicht die Einflussmöglichkeiten - z.B. im Rahmen einer gesetzlichen Betreuung - sondern die Abwägung relevanter Argumente soll Entscheidungen im Pflege- und Behandlungsprozess herbeiführen. Im Mittelpunkt steht auch hier die Entwicklung gemeinsam getragener Kriterien für Qualität und Erfolg von Pflege und Behandlung und eine Begegnung auf Augenhöhe.

Der Kontext, in dem Pflegearbeit gegenwärtig stattfindet, hat sich in vieler Hinsicht verändert. Verschärft haben sich vor allem die Rahmenbedingungen, die durch Arbeitsverdichtung, Zeit- bzw. Personalmangel, erhöhten Kostendruck, einer Zunahme des Spektrums pflegerischer Aufgaben und ein verändertes Klientel gekennzeichnet sind. Die Klienten sind heute im Durchschnitt älter, leiden an einer Vielzahl häufig chronischer Erkrankungen und benötigen eine entsprechend intensivere Pflege und Betreuung. Gerade jüngere Kunden erwarten gut informiert zu werden, in Entscheidungen bezüglich der Behandlung einbezogen zu werden und suchen den Dialog mit den Mitarbeitenden im Gesundheitssystem. Auch wenn Pflegende Veränderungen in Richtung auf mehr Eigenverantwortlichkeit der Kunden in aller Regel begrüßen, erleben sie im Arbeitsalltag, dass sie den gestiegenen Anforderungen nicht gerecht werden können. Als erste Ansprechpartner/innen für Kunden und Angehörige kommen sie ständig in die Situation,

auch berechtigt erscheinende Anliegen abweisen zu müssen bzw. die Prioritäten auf Kosten anderer Aufgaben neu zu bestimmen.

Strukturen und Arbeitsbedingungen, die Mitarbeitenden tagtäglich derart problematische Entscheidungen aufzwingen, keine Rücksicht auf Grenzen der Belastbarkeit von Mitarbeitenden nehmen und ein Arbeiten in Übereinstimmung mit zentralen Handlungsmotiven und persönlichen Wertorientierungen verunmöglichen, werden als Ignoranz gegenüber dem Engagement und der Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden wahrgenommen und als Ausdruck von Missachtung gegenüber der Berufsgruppe insgesamt erlebt.

Eine gelingende Koproduktion braucht also bestimmte Voraussetzungen: Neben der Bereitschaft zum Austausch auf Augenhöhe und dem gegenseitigen Respekt vor der spezifischen (beruflichen) Expertise gehören Rahmenbedingungen, die Verständigungsprozesse ermöglichen und damit die Entwicklung gemeinsam getragener (und realistischer bzw. realisierbarer) Kriterien für ‚Qualität‘ und ‚Erfolg‘ von Pflegearbeit ermöglichen, denn nur auf dieser Basis kann Wertschätzung entstehen und eine entsprechende Kultur in den Einrichtungen entwickelt und gefördert werden.

5.1.1.11 Qualitätsprofil

Diese Kategorie beschäftigt sich damit, wie die Qualität von Pflege definiert wird, wie diese gemessen wird bzw. welche Kriterien einer Bewertung zugrunde gelegt werden. Die Interviews machen deutlich, dass die verschiedenen Akteure durchaus unterschiedliche Vorstellungen davon haben, was gute Pflege ist und entsprechend differente Maßstäbe bei der Bewertung von Qualität anlegen. Innerhalb dieser Kategorie wird unterschieden zwischen dem ‚Qualitätsprofil Kunde‘, dem ‚Qualitätsprofil Mitarbeitende‘, dem ‚Qualitätsprofil Management‘ und dem ‚Qualitätsprofil Qualitätsmanagement‘.

5.1.1.11.1 Qualitätsprofil Kunde

In der Wahrnehmung der befragten Pflegenden haben die Qualitätsvorstellungen der Kunden - gemeint sind hier sowohl Pflegebedürftige als auch Angehörige - wenig mit der Fachlichkeit und der beruflichen Kompetenz von Pflegekräften zu tun. Vielmehr scheinen für die Kunden Aspekte wie Bequemlichkeit, Sichtbarkeit für Nachbarn oder der Preis im Vordergrund zu stehen. In Patientenbefragungen werden besonders die Wohlfühlfaktoren bewertet.

„Das ist auch oft so, was in diesen Patientenbefragungen rumkommt. Das Essen ist nicht gut und die Räume sind nicht gut und der Kiosk ist o.k.. Das Pflegerische und Ärztliche wird da gar nicht so kritisiert ((lacht)), das ist so, da werden andere Prioritäten gesetzt.“ (IP 31: 72)

Der Interviewausschnitt zeigt, dass die Qualitätsbewertung der Versorgung auf bestimmte Aspekte reduziert zu werden scheint. Patienten bewerten die Hotelleistungen („*Essen ist nicht gut und die Räume sind nicht gut*“), nicht aber die pflegerische oder ärztliche Versorgung. Es werden „*andere Prioritäten gesetzt*“. Das Lachen der Interviewpartnerin deutet diesbezüglich auf ein gewisses Unverständnis oder eine Hilflosigkeit gegenüber diesem Umstand hin. Ihr scheint unklar zu sein, ob die Auswahl der von den Kunden zugrunde gelegten Maßstäbe bewusst erfolgt, Hotelleistungen also wichtiger sind als die pflegerische Fachlichkeit, oder ob dies in Ermangelung angemessener fachlicher Kenntnisse geschieht. Dann würde die Servicequalität lediglich stellvertretend als Kriterium herangezogen werden, weil die Kunden als medizinische Laien sich deren Beurteilung noch zutrauen. Als ebenfalls problematisch erleben es Pflegende, wenn Kunden wünschen, dass ihre pflegerische Betreuung von den Nachbarn nicht wahrgenommen wird.

„Und was ich auch schon erlebt hab’, dass dieser Status gewechselt hat oder geändert hat, also, ’n ganz normaler Mieter gebrechlicher geworden [ist] und plötzlich zählt der dann auch zu der Gruppe der Kranken und ähm erst wurde der Wunsch an uns herangetragen, also, die Einsätze, wo wir dann irgendwie morgens ’n bisschen geholfen haben, das sollte heimlich passieren, ne. Das sollte- das ist natürlich nicht geheim zu halten, ist klar. Wie gesagt, soziale Kontrolle. Und dann sollten wir sagen, was weiß ich, dass wir nur die Orchideen gießen jeden Tag oder irgendwie so was machen, ne.“ (IP 5, 109)

Die Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen ist oft verbunden mit körperlichen Einschränkungen, die einen Unterstützungsbedarf hervorrufen. Von diesen Einschränkungen soll das direkte Umfeld mancher Kunden anscheinend nichts erfahren. Deshalb soll Pflege ‚diskret‘ stattfinden („*die Einsätze ... das sollte heimlich passieren*“). Anstatt offen über die pflegerische Unterstützung zu sprechen, sollen die Pflegenden sagen, dass sie nur zum Blumen gießen zu der Kundin gehen („*dass wir nur die Orchideen gießen jeden Tag*“). Kriterium für gute Pflege scheint hier nicht deren Wirksamkeit im Sinne von Unterstützung und Entlastung zu sein sondern vielmehr deren Unsichtbarkeit. Auch der Preis von Pflege fungiert teilweise als Kriterium.

„Ich denke auch, dass es eine ganz große Schwierigkeit ist, die Versorgung zu Hause. Jetzt zieht das Geld, Oma, Opa, bei der hohen Arbeitslosigkeitsquote, ist das [ein] Zusatzverdienst, aber die Angehörigen sind gestresst, genervt. Oma, Opa wird dann in ’ner Kammer untergebracht.“ (IP 10, 65)

Wenn in manchen Familien personelle Ressourcen durch z. B. Arbeitslosigkeit entstehen, können die Zahlungen aus der Pflegeversicherung dazu führen, dass sich Familien dazu entscheiden, die Pflege von Angehörigen selbst zu übernehmen („*jetzt zieht das Geld*“).

Die zu pflegenden Menschen werden dann – so sieht es die Interviewpartnerin – unter unzureichenden Bedingungen („*Oma, Opa wird dann in Kammer untergebracht*“) zu hause versorgt. Die Angehörigen sind mit der pflegerischen Versorgung meist überfordert („*die Angehörigen sind gestresst, genervt*“). Die Äußerung verdeutlicht, dass hier eine interessengeleitete Kosten-Nutzen-Abwägung stattfindet. Nicht die Bedürfnisse des zu pflegenden Menschen oder das fachliche Niveau seiner Betreuung werden in den Mittelpunkt der Qualitätskriterien gestellt sondern die eigenen finanziellen Interessen.

Fasst man die in den drei Interviews thematisierten Aspekte noch einmal zusammen, so wird deutlich, dass die Qualität der Pflege aus Sicht der Kunden von einem angenehmen Ambiente abhängt, diskret erfolgen soll und Kunden bzw. Angehörigen einen deutlichen Nutzen z. B. finanzieller Art bringen soll. Fachliche und persönliche Kompetenzen von Mitarbeitenden spielen in den Aussagen keine Rolle. Die interviewten Pflegepersonen äußern sich nicht dazu, wie sie diesen Umstand erklären und bewerten. Jedoch ist es wahrscheinlich, dass die Tatsache, dass Kunden sich nicht zur Qualifikation bzw. Arbeitsqualität der Pflegenden äußern als Ausdruck einer gewissen Geringschätzung ihrer Arbeitsleistung erlebt wird.

5.1.1.11.2 Qualitätsprofil Mitarbeitende

Das Qualitätsprofil der Mitarbeitenden stellt sich erwartungsgemäß sehr differenziert dar. Vorrangiger Qualitätsmaßstab für die Pflegenden ist es, nah am zu pflegenden Menschen zu sein. Das bedeutet, ihm zuzuhören, ihn zu verstehen, seine Bedürfnisse wahrzunehmen und ihm Sicherheit zu vermitteln. Im Vordergrund steht eine Pflegebeziehung auf Augenhöhe als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Pflege. Ein wichtiger Gesichtspunkt dabei ist es, den zu pflegenden Menschen in seinen Abläufen zu begleiten und ihm eine Selbstentfaltung zu ermöglichen.

„Also, was mir in meinem Beruf wichtig ist, dass die mir anvertrauten Patienten möglichst zufrieden sind, sich gut aufgehoben fühlen und sich in der Zeit wohlfühlen. Entsprechend den Umständen, also jetzt mal abgesehen von – also, dass die Umstände einfach stimmen für sie. Dass sie ’n Ansprechpartner haben und dass sie auch merken, wenn man Stress hat – und den haben wir so oft – dass man trotzdem für sie da ist. Dass man auch mal sagen kann: Es dauert einen kleinen Moment, ich hab’ hier noch was anderes zu tun, aber ich komm’ gleich zu Ihnen. Und dass man dann sein Wort auch einfach hält. Denn sonst ist man ja äußerst unglaubwürdig.“ (IP 31, 3)

„Also, ich finde Altenpflege ist auch interessanter als Krankenpflege (...) Also, im Krankenhaus glaub’ ich hat man auch so keine Zeit irgendwie mit jemandem sich zu unterhalten und zuzuhören. Das Wesentliche ist ja auch schon durch Diagnostik und Therapie bestimmt. Und hier kann man [sich] mit alten Leuten auch beschäftigen oder man kann auch ins Gespräch kommen. Ich fand das auch noch sehr interessant, die erzählen auch sehr viel über die Vergangenheit, über ihre Kinder, über ihre eigene Geschichte. Und die alten Menschen **haben** ja auch schon ihre eigene Geschichte. Die haben ja auch viel zu erzählen und die haben auch das Bedürfnis, sich zu äußern.“ (IP 14, 17)

„... wenn man mit Menschen, besonders mit kranken und alten Menschen arbeitet, dann muss man immer ständig umorganisieren. Der Bewohner, den ich morgen besuchen werde oder pflegen will, der ist nicht so wie heute. Das kann man vergessen in der Altenpflege. Genauso in der ambulanten Pflege. Wenn man da hinkommt ... wenn man die Tür aufmacht, dann muss man erst gucken. ... Ob einer in der Lage ist oder in welcher Stimmung oder es gibt manchmal auch Verweigerung oder dies und das. Dann gibt es eine Diskussion: Ja, wie machen wir das? Dann muss man manchmal jemand anderes vorziehen oder dann erst mal beruhigen oder erst mal frühstücken lassen oder wie auch immer. Da ist man ständig am Umorganisieren.“ (IP 14,21)

Die Befragten legen Wert darauf, dass die Beziehung zu den Klienten von Bedürfnisorientierung (*„dass die Umstände stimmen für sie“*), Wahrnehmung der Individualität (*„die alten Menschen haben ja auch schon ihre eigene Geschichte“*, *„ob einer in der Lage ist oder in welcher Stimmung“*), Fürsorge (*„die mir anvertrauten Patienten“*, *„sich gut aufgehoben fühlen“*) Kooperation (*„das mach‘ ich mit den Patienten zusammen“*, *„dann gibt es eine Diskussion: Ja, wie machen wir das?“*) und Verbindlichkeit (*„dass man dann sein Wort auch einfach hält“*) getragen ist. All diese Faktoren zielen auf die Entwicklung einer positiven, vertrauensvollen Beziehung.

Gerade das letzte Zitat macht deutlich, dass das Eingehen auf individuelle oder situative Gegebenheiten (*„es gibt auch Verweigerung“*) als ein wichtiges Merkmal guter Pflege von den Mitarbeitenden gesehen wird. Einerseits wollen sie den Wünschen und Bedürfnissen der Kunden gerecht werden, andererseits wollen sie den professionellen Auftrag in sinnvoller (und ökonomisch vertretbarer) Weise zu erfüllen (*„dann muss man manchmal jemand anderes vorziehen oder dann erst mal beruhigen oder erst mal frühstücken lassen oder wie auch immer“*). Pflegearbeit ist ein Abstimmungsprozess zwischen den Akteuren (*„Ja, wie machen wir das?“*), was für die Pflegenden bedeutet, dass sie stets bereit sein müssen ihre ursprünglichen Planungen entsprechend der situativen Erfordernisse abzuwandeln (*„dann muss man immer ständig umorganisieren“*).

Eine gute Beziehung zwischen Pflegekraft und Kunde zeichnet sich jedoch auch durch eine gewisse Reziprozität zwischen den Akteuren aus (*„dass sie auch merken, wenn man Stress hat“*, *„ich fand das auch noch sehr interessant, die erzählen auch sehr viel über die Vergangenheit“*). Eine solche persönliche Art der Beziehungsgestaltung verbessert aus Sicht der Befragten nicht nur die Zusammenarbeit, sondern bietet Pflegenden auch die Möglichkeit, ggf. ihre eigene Befindlichkeit deutlich zu machen und dafür Verständnis und Anteilnahme zu erhalten sowie Arbeitsprozesse im Alltag in Absprache mit den Kunden modifizieren zu können (*„dass man auch mal sagen kann: Es dauert einen kleinen Moment“*). Die große Bedeutung der Begegnung auf Augenhöhe drückt sich aus in den Anforderungen aus, welche die Pflegenden an sich selbst stellen.

„Wir achten auch- in dieser Altersbegleitung muss der Mensch eine Reife auch haben, die manchmal die jungen Leute nicht haben. Um das alles zu verstehen.“ (IP10, 232)

„Um mich in deren Lage versetzen zu können, muss ich schon im Leben genug erfahren sein, sonst ist man in der Altenpflege ständig überfordert, weil- Ich sag': Grundpflege und Behandlungspflege das lernt man in der Schule. Aber das andere lernt man nicht in der Schule. Man muss dieses Einfühlungsvermögen und ... auch über das Leben mitzureden oder auch deren Interessen zu vertreten oder die alten Menschen zu verstehen.“ (IP 14,33)

Reife und Erfahrung werden in den Interviews ebenfalls als Qualitätskriterien vor allem Altenpflegerischer Arbeit genannt. Diese Begriffe implizieren, dass eine Person sich im Laufe ihres Lebens bzw. ihrer Berufslaufbahn bereits mit relevanten Themen auseinandergesetzt hat (*„muss ich im Leben genug erfahren sein“*) und Gelegenheiten hatte sich zu bestimmten Fragen eine fundierte Meinung zu bilden oder für schwierige Situationen geeignete Problemlösekompetenzen zu entwickeln. (*„deren Interessen zu vertreten“*). Bezogen auf die Interaktion zwischen Kunde und Pflegekraft werden daraus positive Effekte für z.B. ein größeres Verständnis der individuellen Belange der Kunden abgeleitet.

Die emotionale Nähe, die viele Pflegenden zu ihren Klienten aufbauen, zeigt sich auch in Qualitätsmaßstäben, die eigene Bedürfnisse oder eigenes Wohlbefinden zum Maßstab des pflegerischen Handelns machen.

„Wir müssen immer davon ausgehen, was für uns-, was möchte ich für mich, wenn ich alt werde.“ (IP 10, 61)

„Genau das könnte ich mir für mich auch vorstellen. Also, wenn ich jetzt zur Pflege gehe, dann sag' ich mir immer: Ich mach' das jetzt so, wie ich mich- also, ich würde mich wohlfühlen, wenn die Frau das jetzt so bei mir macht und das, diese Frage stell' ich mir dann immer selber und dann kann man eigentlich nicht mehr viel falsch machen. So, und wenn ich mir jetzt vorstelle, dass ich älter bin oder auch, es kann ja immer mal was kommen, ich kann ja auch behindert sein, älter sein, irgendein Handicap haben. Da wohnen ja nicht nur alte Leute, da wohnen ja auch Leute mit Behinderung. Und dann könnte ich mir gut vorstellen da zu leben.“ (IP 8, 19)

„Ich mach's auch bei den Patienten so, dass ich aus 'm Bauch heraus arbeite. Im Anfang hab' ich immer gedacht, na ja, also eigentlich müsste ich das ja noch mal eine Etage höher schicken und noch mal 'n bisschen mehr überlegen. Aber das mach ich mit den Patienten zusammen. Ich denke immer: 42 Jahre Berufserfahrung zum einen und zum anderen gesunder Menschenverstand, ganz so blöd wird's nicht sein, was ich da sage.“ (IP 28, 73)

Versorgungsangebote oder Handlungsentscheidungen werden nach dem eigenen Empfinden getroffen (*„was möchte ich für mich“*; *„ich mach' das jetzt so, wie ich mich (...) wohlfühlen (würde)“*). Dieser subjektive Maßstab wird anscheinend als gleichberechtigt zu fachlichen Anforderungen bewertet (*„dann kann man eigentlich nicht mehr viel falsch machen“*). Der *„gesunde Menschenverstand“* gekoppelt mit *„Berufserfahrung“* rechtfertigt es, *„aus dem Bauch heraus“* zu arbeiten und auf eine reflexive Überprüfung der Handlungsentscheidungen *„eine Etage höher“* zu verzichten.

Jedoch haben Fachwissen und spezifisch pflegerische Kompetenzen in bestimmten Situationen ebenfalls einen hohen Stellenwert als konstitutiver Faktor der Qualität pflegerischer Arbeit.

„Da muss man auch selber Entscheidungen treffen: Gebe ich jetzt den Bedarf oder nicht. Oder wenn die Blutzuckerwerte hoch sind, ne, es gibt natürlich 'n Insulinschema, aber da hat man schon so Eigenverantwortung, ne: Wie viel spritze ich jetzt zusätzlich und (2) ja, damit das halt alles so im Blick ist.“ (IP 6, 46)

„...Dass ich die von der Pflege her vernünftig versorge, dass ich auch alles dahabe, was ich brauche und nicht immer hinterherlaufen muss. Und dass auch dieses, ich sag' mal Entlassungsmanagement, auch gut geregelt ist, dass ich die Leute auch gut nach Hause schicken kann. Dass ich weiß, die sind auch gut zu Hause angekommen, dass die Angehörigen Bescheid wissen, ne. Und die Untersuchungen, die sie dann haben oder bekommen sollen, dass das dann auch dementsprechend läuft. Das ist so alles für mich so mit drin, ne. Das find' ich schon ganz wichtig.“ (IP 29, 26)

Als Elemente pflegerischer Fachkompetenz wird von den Interviewpartner/innen nicht nur Fachwissen („*dass ich die von der Pflege her richtig versorge*“) genannt, sondern auch die Fähigkeit vorhandene Handlungsspielräume verantwortlich nutzen zu können („*selber Entscheidungen treffen*“). Zu einer qualitativ guten Pflege gehört aus Sicht von Befragten auch der Überblick über den gesamten Versorgungskontext („*die Untersuchungen, die sie dann haben oder bekommen sollen, dass das dann auch entsprechend läuft*“), insbesondere auch das Management der (oftmals problematischen) Schnittstellen („*dass auch dieses ... Entlassungsmanagement auch gut geregelt ist*“, „*dass die Angehörigen Bescheid wissen*“). Koordinations- und Kooperationskompetenzen sind aus Sicht von Interviewpartnern also ebenso Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Pflege. In Situationen konkurrierender Bedürfnisse kann Fachwissen auch dazu eingesetzt werden, den Versorgungsprozess stringenter an den Wünschen der zu pflegenden Menschen auszurichten.

„Ja, es gibt es ja öfters, dass dann halt gesagt wird: Du **musst** unbedingt lagern, alle zwei Stunden oder so und dann sehe ich aber, dass die Leute **schlafen**. Und dann denke ich: Ja, jetzt musst du aber nicht an denen herumziehen, die liegen gut. Dann lege ich vielleicht das Kissen 'n bißchen anders, dass die Druckverlagerung anders ist oder warte halt noch , 'ne Stunde länger. Das sind halt so Sachen, da muss man individuell gucken, was kommt dem Patienten zu Gute.“ (IP 4, 90-92)

„Ich find', ich kann besser 'n Menschen, sag ich mal 'ne halbe Stunde rundum- ich red' , 'n bisschen mit dem, ich brauch' den nicht die ganze Zeit waschen, das find' ich sowieso Quatsch, das ganze Abschrubben. Die haben alle kaputte Haut, weil wir da dauernd am Waschen sind. Find' ich unnötig. Es soll keiner riechen, es sollen sich alle frisch fühlen, aber ich muss doch nicht jeden Tag den Rücken abschrubben. Das darf man aber auch nicht laut sagen, iiiih, häääää ((angeekelte Ausdrücke)), ne, es gibt die Hygienefreaks, die machen da also wirklich Komplettwäsche von Kopf bis Fuß. Ich red' lieber und sag': Komm, setzen Sie sich mal hin. Und: Oh, wir haben Zeit, machen Sie langsam. Kommt viel besser an und die Leute machen viel besser mit.“ (IP 12, 14)

Fachwissen und Erfahrung verleiht Pflegenden auch die Souveränität, angepasst an die jeweilige Situation oder Bedürfnisse von Klienten flexibel zu reagieren und dabei durchaus auch begründet von fachlichen Grundsätzen abzuweichen („*Dann lege ich vielleicht das Kissen 'n bisschen anders, dass die Druckverlagerung anders ist oder warte halt noch , 'ne*

Stunde länger“). Auch können Prioritäten begründet neu gesetzt werden („das find‘ ich sowieso Quatsch, das ganze Abschrubben. Die haben alle kaputte Haut, weil wir da dauernd am Waschen sind. (...) Ich red‘ lieber (...) und die Leute machen viel besser mit“) Das Zitat verdeutlicht, dass das von traditionellen Normen abweichende Verhalten von der Interviewpartnerin zwar gut begründet werden kann („kaputte Haut“, „machen viel besser mit“), und dass sie ihre Überzeugung auch im Arbeitshandeln umsetzt, jedoch mit Ablehnung bestimmter Kollegen/innen rechnet („Das darf man aber auch nicht laut sagen, iiiih, häääää“). Anscheinend bewegt sich pflegerisches Handeln durchaus zwischen konkurrierenden fachlichen Anforderungen. Auch können Fachlichkeit und der Anspruch auf Selbstbestimmung miteinander konkurrieren.

„Ich habe gesagt, das wär‘ was für mich, wenn die mir dann noch nachts, ’n Becher an den Hals und ich sag‘ vielleicht: Ich will nicht. - Doch, Sie müssen aber trinken. Hallo, ne, wo ich eben sag‘: Da hört doch die Entscheidung, äh Entscheidungsgewalt schon auf vom alten Menschen, ne?“ (IP 11, 146)

Im Rahmen der Ausbildung erlernte Grundsätze professionellen pflegerischen Handelns werden kritisch hinterfragt, wenn sie im Widerspruch mit persönlichen Wünschen oder Bedürfnissen stehen. Das oben erwähnte Beispiel, bei dem eine Flüssigkeitsaufnahme zwar aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheint, der Kunden aber schläft oder nachts keinen Durst hat, verdeutlicht in welchem Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen sich pflegerisches Alltagshandeln häufig abspielt. Der Aspekt der Selbstbestimmung wird hier, verstärkt durch die Erklärung der eigenen Position („das wär‘ was für mich, wenn die mir dann noch nachts ’n Becher an den Hals und ich sag‘ vielleicht: Ich will nicht.“) über die fachliche Anforderung gestellt.

Die zentrale Bedeutung der Pflegebeziehung für die Qualitätsbewertung pflegerischer Arbeit seitens der Pflegenden wird auch in den Ausführungen deutlich, die sich auf patientenferne Tätigkeiten und Personalausstattung beziehen.

„Die ganze Schreiberei, das ist **so** viel geworden, dass im Grunde genommen äh: ist die Schreiberei wichtiger als die Arbeit am Bewohner. So nach dem Motto: Wer schreibt, der bleibt. Gut, ich seh‘ das ja ein, der Standard muss sein, es **muss** geschrieben werden, weil das bringt uns ja das Geld, und ohne Geld kein Altenheim, **is‘ mir klar**. Aber ich denke, in erster Linie stehen die Bewohner.“ (IP 11, 94)

In der alltäglichen pflegerischen Arbeit hat sich anscheinend eine Verlagerung der Arbeitsschwerpunkte vollzogen, sodass die „Schreiberei wichtiger als die Arbeit am Bewohner“ geworden ist. Dies wird als Qualitätsverlust erlebt. Auch wenn administrativen Tätigkeiten eine wichtige Bedeutung zugeschrieben wird („ohne Geld kein Altenheim“), mahnt die Interviewpartnerin an, klare Prioritäten zu setzen („in erster Linie stehen die

Bewohner“). Die Qualität der pflegerischen Versorgung wird ebenfalls von Zeitmangel bedroht.

„Ich denke mal, das Wichtigste ist, dass genügend Personal da ist, dass Zeit für die Bewohner da ist. Dass die Arbeiten langsamer und auch so durchgeführt werden können, wie es eigentlich unser Konzept ist: die Selbstständigkeit vom Bewohner noch lange zu erhalten. Also, den Bewohner viel selber machen zu lassen, was aber nicht geht, wenn Zeitdruck ist, ne. Das ist eigentlich das Wichtigste.“ (IP 11, 166)

„Zu meinem Arbeitsalltag fällt mir ein, dass wir ,ne hohe Belastung haben für das Patientengut, was wir versorgen müssen, und für die immer schneller kommenden Patienten und immer schneller entlassenen Patienten zu wenig Zeit und zu wenig Personal letztendlich haben, ähm, wir auch zu wenig Zuwendung den Patienten eigentlich zukommen lassen oder es nicht so machen können, wie wir es uns eigentlich vorstellen ... aus Zeitmangel muss man Abstriche machen.“ (IP28.4)

Um in einer bestimmten Art und Weise pflegen zu können, ist ein Mindestmaß an Zeit und Personal erforderlich. Gerade für ein rehabilitatives Pflegekonzept (*„die Selbstständigkeit des Bewohners noch lange zu erhalten“*) ist es wichtig, ausreichend Zeit für die Betreuung zu haben, um *„den Bewohner viel selber machen zu lassen“*. Dazu ist es erforderlich, sich seinem Tempo anzupassen, und *„die Arbeit langsamer“* durchzuführen. Zeitdruck verhindert eine solche Form der Arbeit. Besonders auch die kürzere Verweildauer der Patienten und damit verbundene Prozesse der Arbeitsverdichtung führen zu einem relativen Personalmangel, der insbesondere die Qualität der Pflegebeziehung beeinträchtigt, weil den Menschen *„zu wenig Zuwendung“* gegeben werden kann. Der Anforderung, mehr komplexe Versorgungsprozesse in gleicher Zeit zu bewältigen, führt dazu, dass *„Abstriche“* gemacht werden müssen. Die eigenen Berufsideale müssen nach unten korrigiert werden.

Die wenige für die Pflege des einzelnen Menschen zur Verfügung stehende Zeit unterläuft nicht nur pflegekonzeptionelle Überlegungen, vielmehr werden selbst elementare Unterstützungsleistungen in nicht ausreichendem Maße erbracht.

„Und früher, wenn die Omas saßen im Tagesraum mit schönen Haaren, mit Lockenstab, mit gewaschenen Haaren, geduscht. Die haben **geduftet**, ne? Und jetzt, jetzt sind wir froh, wenn wir es schaffen die Windel zweimal im Dienst zu wechseln, ne? Das ist schon ein großer Unterschied. Wie kann solche Arbeit Zufriedenheit geben oder Spaß machen?“ (IP 26, 6)

Der Interviewauszug verweist in seinem Vergleich von *„früher“* und *„jetzt“* auf einen stattgefundenen Prozess der Verknappung der für die pflegerische Betreuung zur Verfügung stehenden Zeit. Stand *„früher“* so viel Zeit zur Verfügung, dass die zu pflegenden Menschen bei einer umfangreichen Körperpflege unterstützt werden konnten (*„mit Lockenstab, mit gewaschenen Haaren, geduscht“*) und *„geduftet“* haben, reicht *„jetzt“* die Zeit nicht mehr für eine individuelle Inkontinenzversorgung aus. Dies scheint sich auch im Geruch der Menschen niederzuschlagen. Eine Arbeit, bei der aus Zeitmangel

elementare Unterstützungsleistungen nicht mehr durchgeführt werden können, macht die Interviewpartnerin unzufrieden. Zeitdruck verwandelt den interaktiven Pflegeprozess zu einer eng getakteten Leistungserbringung.

„(...) Aber jetzt, das ist nur so Arbeit wie in der Fabrik. Und das ist traurig. Das ist wirklich traurig.“
(IP 25, 134)

Die erlebte Veränderung der Arbeitsrhythmen und Dynamiken wird assoziiert mit der industriellen Produktion am Fließband. „*Arbeit wie in der Fabrik*“ konterkariert das eigentliche Berufsverständnis, Menschen in ihrem Alltagsleben zu begleiten und in ihrer Selbständigkeit zu unterstützen. Die Pflege von Menschen dem Diktat vorgegebener Zeitintervalle zu unterwerfen, „*ist wirklich traurig*“. Diese Wortwahl deutet an, dass hier ein Verlust oder ein negatives Erleben in Bezug auf das berufliche Selbstverständnis stattgefunden hat, die Identifikation mit dem eigenen beruflichen Handeln wird als reduziert beschrieben. Dieser Umstand kann auch auftreten, wenn fachliche Ansprüche in der täglichen Arbeit nicht realisiert werden können.

„Weil ich hab‘ manchmal noch so das Problem, dass ich Vieles auch mit der Schule vergleiche, weil ich bin jetzt noch nicht so lange fertig. Aber das hab‘ ich [mir] dann manchmal schon, ja teilweise abgeschminkt, dass man- . Man versucht sehr viel zu machen, aber es lässt manchmal die Zeit nicht so zu.“ (IP 16, 13)

Pflegende erleben sich in einem starken Spannungsfeld zwischen pflegefachlichen Idealen und Standards, wie sie sie in der Schule erlernen. Zeitmangel führt dazu, dass Pflegehandlungen teilweise in einer reduzierten Art und Weise erbracht werden müssen. Hohe Qualitätsansprüche an die eigene Arbeit müssen „*abgeschminkt*“ werden. Das ständige Pendeln zwischen Anspruch und Wirklichkeit wird als problematisch und desillusionierend erlebt, die Identifikation mit dem eigenen Beruf dürfte darunter leiden. Die Folgen problematischer Rahmenbedingungen werden hier intern attribuiert („*ich hab‘ manchmal noch so das Problem, dass ich Vieles mit der Schule vergleiche*“). Die Äußerung erweckt den Eindruck, dass die erlebte Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit ein individuell kontrollierbares Problem sei. In der Konsequenz scheint der für diese Befragte gangbare Weg der ‚Problemlösung‘ darin zu bestehen eigene bzw. erlernte Qualitätsvorstellungen zu reduzieren („*das hab‘ ich [mir] dann manchmal schon, ja teilweise abgeschminkt*“), um die erlebte Diskrepanz zu kompensieren und unter den gegebenen Umständen positive Gefühle wie Zufriedenheit und Stolz auf die eigene Leistung entwickeln zu können.

Prozesse der epidemiologischen und demografischen Transition haben auch Folgen für das Qualitätsprofil der Pflegenden. Existierte früher das klare Kriterium der gesunden

Entlassung als Merkmal für gute Qualität, führt die Zunahme chronischer und komplexer Mehrfacherkrankungen zur Ratlosigkeit, woran gute Pflege im Bereich der Langzeitversorgung zu erkennen ist.

„Weil für Geriatrie da muss man wirklich so extra schon, ich weiß nicht, Kick haben oder was. Weil auf Chirurgie, da dieser Spaß beim Arbeiten, diese Zufriedenheit, das sieht 'n bißchen anders aus. Da kommen Leute zu Operationen, die wurden operiert und dann (...) diese Behandlung danach, das geht ziemlich schnell und die Leute gehen nach Hause gesund. Und dann treffen wir die Leute draußen beim Einkaufen oder was. Und da sieht man, sie war bei uns und jetzt geht's ihr so gut. Und hier sieht man das nicht. Und das ist ein sehr großer Unterschied. Und hier [in der Geriatrie] kommen die Leute nach zwei, drei Wochen oder nach zwei, drei Monaten wieder zurück und [sind] in noch schlimmerem Zustand. Da [ist] diese Zufriedenheit, Berufszufriedenheit ganz anders. Fast wie nie, kann man sagen.“ (IP25, 18)

Steht das Qualitätsprofil der Mitarbeitenden einerseits durch restriktive Rahmenbedingungen unter Druck, versagen andererseits langfristig gewachsene Vorstellungen über den Erfolg medizinisch-pflegerischer Arbeit (in der Chirurgie: *„die Leute gehen nach Hause gesund“*, in der Geriatrie: *„kommen die Leute (...) wieder zurück (...) in noch schlimmerem Zustand“*). Pflegende erleben hier ein Dilemma in Bezug auf die Qualitätsbewertung ihrer Arbeit. Sie erleben *„Berufszufriedenheit (...) fast nie“*, weil ihre existierenden Maßstäbe inkompatibel sind mit der bestehenden Arbeitsrealität. Dieser Umstand kann als Risikofaktor für berufliche Identifikation, Berufsverbleib und Burnout bewertet werden.

Als Reaktionen auf Zeitdruck bzw. Personalmangel und den Verlust von Spielräumen für Beziehungsgestaltung und Kundenorientierung stellen sich auf Seiten der Pflegenden Gefühle von Unzufriedenheit und Motivationsverlust ein (*„das ist wirklich traurig“* *„Wie kann solche Arbeit Zufriedenheit geben oder Spaß machen?“*). Viele Befragte machen die Rahmenbedingungen dafür verantwortlich, dass eigene Vorstellungen von Qualität nicht realisiert werden können. Diese Strategie kann auch als Versuch gewertet werden, das eigene (berufliche) Selbstwertgefühl zu schützen. Denn von einem ständigen Arbeiten unterhalb des selbst gesetzten bzw. im Rahmen der Ausbildung erlernten Qualitätsniveaus sind ausschließlich negative Effekte zu erwarten und zwar nicht nur bezogen auf die Zufriedenheit, Motivation oder Gesundheit der Mitarbeitenden, sondern auch bezüglich ihres persönlichen Berufsbildes und ihres professionellen ‚Standings‘.

5.1.1.11.3 Qualitätsprofil Management

Die Qualitätsvorstellungen die vom Management vertreten werden, sind vor allem durch Leistungsaspekte und übergeordnete Größen charakterisiert.

„Wenn ich am Wochenende frei hatte und dann, wenn ich dann schon so **Wäscheberge** sehe, dann weiß ich wie am Wochenende **gearbeitet** worden ist, ne. Dann haben die sich **wirklich** nen **schönen** Tag gemacht, ne, so.“ (IP 6, 316)

„Ja und die Mitarbeiter können auch einfach so schön dann da **sitzen** und ja, lassen wir mal den lieben Gott ‚n schönen Tag sein, so, es ist ja alles so **gemütlich** hier, ne, wo ich sag‘: Wir sind hier wirklich ‚n ambulanter **Dienst**, ne, wir haben hier **Leistung** zu bringen und **Qualität**“. (IP 6, 314)

Die Interviewauszüge zeigen auf, dass vermeintlich objektive Kriterien zu existieren scheinen, anhand derer die Qualität der Arbeit gemessen werden kann. Wenn vom Wochenende „*Wäscheberge*“ liegen geblieben sind, kann konstatiert werden, dass die Mitarbeitenden nicht ordentlich gearbeitet haben, sondern „*sich wirklich ’nen schönen Tag*“ gemacht haben. Dieser ist daran erkennbar, dass sie „*so schön dann da sitzen*“ und „*alles so gemütlich*“ ist. Gute Arbeit aus Sicht des Managements zeichnet sich hingegen durch „*Dienst*“ tun, „*Leistung*“ und „*Qualität*“ aus. Leistung scheint dabei vorwiegend über die Menge der geleisteten Arbeit definiert zu sein.

„Und dann immer dieses Tempo, Tempo, ne. Also, wo auch- wo gute Pflege darüber definiert wurde: Ab morgen kommt die und die - boah, ey - schafft drei Grundpflegen in einer Stunde. Also so, ne. Das fand ich schon krass. Und ich bin nachher-, wenn du dann selber irgendwie auf diesen Zug aufspringst, so, ne. Und das natürlich möglichst zügig und (...) da bin ich mit **Bleifüßen** zum Dienst gegangen.“ (IP 5, 123)

Attraktive Mitarbeitende aus Sicht des Managements scheinen sich dadurch auszuzeichnen, dass sie viel Arbeit in wenig Zeit schaffen („*drei Grundpflegen in einer Stunde*“). Das Arbeitstempo wird zum Kennzeichen guter Arbeit („*Tempo, Tempo, ne. Also, wo auch- wo gute Pflege darüber definiert wurde*“) und löst damit anscheinende fachliche Maßstäbe oder konzeptionelle Überlegungen ab. Wenn Mitarbeitende sich veranlasst fühlen, diesen Maßstäben zu folgen („*wenn du dann selber irgendwie auf den Zug aufspringst*“) kann dies eine Entfremdung von der eigenen Arbeit nach sich ziehen, sodass sie dann „*mit Bleifüßen zum Dienst*“ gehen und eine in dieser Form stattfindende Arbeit eigentlich nicht weiter ausführen wollen.

Arbeitsqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, an dem viele verschiedene Akteure beteiligt sind. Folglich gilt es, unterschiedliche Dimensionen miteinander in Verbindung zu setzen.

„Weil wirklich wichtig ist der Geschäftsleitung, dass der Laden hier läuft. Dass die Patienten zufrieden sind. Dann unsere Mitarbeit, also [dass] unsere Patientenbefragung stimmt, dass die Mitarbeiter zufrieden sind. Dass es also keinen hohen Krankenstand gibt und solche Dinge halt. Und das hoffe ich einfach dadurch zu erreichen, weil zufriedene Mitarbeiter sind seltener krank. Und einfach motivierter. Und das strahlt dann natürlich auch auf die Patienten ab. Und aufs Arbeitsklima insgesamt.“ (IP 30, 25)

Aus den Äußerungen geht hervor, dass auch in übergeordneten Zusammenhängen eher Aspekte von Funktionalität („*dass der Laden läuft*“, „*wir haben hier **Leistung** zu bringen und **Qualität***“) im Fokus stehen. Als Maßstab zur Überprüfung von ‚Erfolg‘ oder ‚Qualität‘ werden Fremdbeurteilungen („*dass unsere Patientenbefragung stimmt*“) oder ökonomisch relevante Faktoren angelegt („*dass es keinen hohen Krankenstand gibt*“), die auf ‚harten Daten‘ basieren. Daneben gibt im Management offenbar aber auch ein Bewusstsein für Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden („*zufriedene Mitarbeiter sind seltener krank. Und einfach motivierter*“) und der Arbeitsqualität sowie der Kundenzufriedenheit („*das strahlt dann natürlich auf die Patienten ab. Und aufs Arbeitsklima insgesamt*“). Offen bleibt jedoch, wie diese Größen zu operationalisieren sind. Leistungs- und Funktionsgrößen scheinen nicht unmittelbar geeignet zu sein, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und das Arbeitsklima positiv zu beeinflussen. Jedoch werden diese als positive Einflussgrößen auf die Zufriedenheit der gepflegten Menschen und damit den ökonomischen Unternehmenserfolg gesehen.

5.1.1.11.4 Qualitätsprofil Qualitätsmanagement

Eine wichtige Bezugsgröße für die Formulierung eines individuellen Qualitätsprofils sind standardisierte Bezugssysteme wie sie für das systematische Qualitätsmanagement charakteristisch sind. Die Befragten beziehen sich in ihren Äußerungen auf ihre Erfahrungen mit Vorgaben hinsichtlich der Arbeitsqualität und deren Bewertung wie sie im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems angelegt sind. Hier sind es oft Kundenbefragungen oder Maßnahmen des Beschwerdemanagements, deren Ergebnisse den Mitarbeitenden zurückgemeldet werden. Grundlage jedes Qualitätsmanagements ist das Dokumentieren der durchgeführten Pflegehandlungen.

„Und die Dokumentation ist halt ungeheuer umfangreich. Und ’ne Arbeit für Idioten. Das sag’ ich jetzt ganz deutlich. Seh’ ich jedenfalls so. Was wir da alles dokumentieren, das liest im Endeffekt kein Mensch.“ (IP 28, 165)

Die Interviewten berichten von einem Prozess der letzten Jahre hin zu einer immer umfangreicher werdenden Dokumentation pflegerischer Handlungen („*ist halt ungeheuer umfangreich*“). Dies wird einerseits von den Kostenträgern als Nachweis erbrachter Leistungen gefordert, andererseits dienen diese Informationen zur Evaluation des Pflegeprozesses und damit zur Überprüfung der Wirksamkeit erfolgter Pflege. Kritik wird daran festgemacht, dass der Dokumentation der Pflegeleistungen zu viel Gewicht bei der Bewertung der Qualität zukomme, diese mit großem Zeitaufwand verbunden sei und große

personelle Ressourcen absorbiere, die in der Interaktionsarbeit mit den Kunden fehlten. Der systematische Aspekt der Überprüfung der eigenen Arbeit anhand der Dokumentation wird jedoch anscheinend so nicht gesehen und als Feedback für die eigene Arbeit genutzt. Aus Sicht der Befragten steht das Verhältnis von Aufwand und Ergebnis in keinem sinnvollen Verhältnis (*„Was wir da alles dokumentieren, das liest im Endeffekt eh kein Mensch“*). Dies wird als Verschwendung personeller Kapazitäten erlebt, die mit einer Degradierung qualifizierter Mitarbeiter einhergeht (*„ne Arbeit für Idioten“*). Im systematischen Pflegeprozess scheinen eher wenige Bezugspunkte für das eigene Qualitätsprofil zu liegen. Eine größere Bedeutung besitzen die Rückmeldungen der gepflegten Menschen und deren Angehörigen, die jedoch sehr unterschiedlich vermittelt werden.

„Wir haben da so Karten, wo man Negatives, aber auch Positives äußern kann. Die Karten, die kriegen wir in kopierter Form, aber ohne Kommentar. Ohne Kommentar, ne, dann brauch' ich so was auch nicht.“ ... Ja. wenn's negativ, ganz klar, dann gibt's Rückmeldung, aber positiv, das wird einfach nur dahin gehangen und dann ist gut und dann kann sich jeder so sein Urteil selber bilden.“ (IP 9, 66, 70)

Dieses Zitat beschreibt das Vorhandensein eines Systems zur Erfassung von Kundenrückmeldungen (*„so Karten, wo man Negatives und Positives äußern kann“*). Dass Negatives hier an erster Stelle steht, könnte ein Hinweis sein, dass diese Möglichkeit stärker als Instrument des Beschwerdemanagements und weniger für positives Feedback genutzt wird. Dies kommt auch zum Ausdruck, wenn beschrieben wird, dass den negativen Aussagen der Kunden mehr Gewicht gegeben wird als den positiven (*„wenn's negativ ganz klar, dann gibt's Rückmeldung, aber positiv, das wird einfach nur hingehangen“*). Negative Rückmeldungen werden von der Leitungsperson besprochen (*„dann gibt's Rückmeldung“*), lobende Äußerungen werden einfach an die Pinwand gehängt. Damit scheint ihre positive Wirkung zu verpuffen (*„ohne Kommentar, dann brauch' ich so was auch nicht“*). Wertschätzung wird dann erlebt, wenn das Feedback in ein persönliches Gespräch eingebunden ist und wenn Führungskräfte auch positive Rückmeldungen von Kunden noch einmal explizit wiedergeben und ihre Anerkennung darüber deutlich zum Ausdruck bringen.

Die folgende Äußerung einer Führungskraft würde den genannten Erwartungen hinsichtlich des Umgangs mit Feedback weitgehend entsprechen.

„Also, wir haben jetzt auch so 'ne Patientenumfrage gehabt, die ist für uns nicht ganz so gut ausgefallen, ne, das sind so Dinge, und dann setz' ich mich jetzt mit denen hin, dann werden wir Maßnahmen erarbeiten: Wie wollen wir damit vorgehen? Was wollen wir verändern? Und dann sind die natürlich auch dafür zuständig, dass die das mit den Kollegen besprechen, wie es dann weitergeht.“ (IP 28, 102)

Hier wird von Seiten der Leitung der persönlicher Austausch mit den Beteiligten gesucht („dann setz‘ ich mich jetzt mit denen hin“), und sowohl die Ziele („Was wollen wir verändern?“) als auch die zur Erreichung notwendigen Strategien („dann werden wir Maßnahmen erarbeiten“) werden gemeinsam („wir“) entwickelt. Veränderungsprozesse werden so auf eine breite Basis gestellt, was für die Umsetzung auf eine größere Akzeptanz unter den Akteuren schließen lässt. Gleichzeitig übernehmen Mitarbeitende Verantwortung, indem sie Kollegen die erarbeiteten Ergebnisse vermitteln („Und dann sind die natürlich auch dafür zuständig, dass die das mit den Kollegen besprechen“). Jedoch wird auch hier deutlich, dass es vor allem um die negativen Ergebnisse der Patientenbefragung geht, die „für uns nicht ganz so gut ausgefallen“ ist. Die wahrscheinlich auch enthaltenen positiven Rückmeldungen werden nicht erwähnt.

Neben der Leistungsdokumentation und den Kunden- bzw. Patientenbefragungen gehört auch die Befragung von Mitarbeitenden in das Qualitätsmanagement. Eine Befragte berichtet im Interview von einer systematischen Mitarbeiterbefragung in ihrer Einrichtung.

„Auch diese Mitarbeiterbefragung, die bei uns gelaufen ist, wo ja jetzt auch drauf eingegangen wird. Wo Gespräche gelaufen sind mit der Geschäftsleitung. Wo geguckt wird: Wo sind denn unsere Mitarbeiter unzufrieden? Was gibt’s denn da für Haken? Was können wir denn dafür tun, dass wir das beheben? Oder was können wir da anders machen? Ja, also, so nach dem Motto: Wir haben zwar vielleicht nicht **viele** Mitarbeiter, obwohl ich mich hier zur Zeit nicht beklagen kann, alle Stellen besetzt, aber die Mitarbeiter, die wir haben, die sollen auch zufrieden sein, damit sie hochmotiviert sind und auch gute Arbeit leisten letztendlich.“ (IP 30, 52)

Mitarbeitendenzufriedenheit wird hier als konstitutiver Bestandteil eines guten Qualitätsmanagements gesehen. In dieser Äußerung werden Zusammenhänge hergestellt zwischen der Zufriedenheit der Mitarbeitenden, ihrer Motivation und – von zentraler Bedeutung für die Organisation – der Qualität der Leistungen, mit denen sich ein Arbeitgeber auf dem (Gesundheits)Markt präsentieren kann („die Mitarbeiter, die wir haben, die sollen auch zufrieden sein, damit sie hochmotiviert sind und auch gute Arbeit leisten letztendlich“). Mitarbeitendenbefragungen werden jedoch nur dann positiv bewertet, wenn sie auch Konsequenzen nach sich ziehen. Bleiben die Ergebnisse unter Verschluss oder folgenlos, fühlen sich die Mitarbeitenden nicht ernst genommen oder gar veralbert.

Das Qualitätsprofil von Mitarbeitenden rekurriert in unterschiedlichem Maße auf Elemente des Qualitätsmanagements. Wird die Dokumentation als eher unbedeutsam dafür erachtet, liefern Kundenbefragungen zu meist negative bzw. kritische Rückmeldungen über Anteile der Versorgung, die qualitativ nicht zufriedenstellend verlaufen sind.

Mitarbeitendenbefragungen erscheinen vorwiegend als ein Instrument des Managements, um Informationen über die Mitarbeitenden hinsichtlich Motivation, Zufriedenheit und Leistungsbereitschaft zu erhalten.

5.1.1.11.5 Zusammenfassung Qualitätsprofil

Was die Qualität von Pflege ausmacht, wird von verschiedenen Akteuren in vieler Hinsicht unterschiedlich beurteilt. Deshalb ist es wichtig im Blick zu haben, aus welcher Perspektive die Arbeit professionell Pflegenden bzw. das was ihren ‚Erfolg‘ oder ihre Qualität ausmacht, bestimmt wird. Zentrale Instanzen sind neben den Pflegenden selbst die Kunden - gemeint sind hier Pflegebedürftige und ihre Angehörigen - aber auch die Managementebene eines Arbeitsbereiches bzw. einer Einrichtung. Darüber hinaus haben viele Träger im Rahmen eines einrichtungsspezifischen Qualitätsmanagements bereits Leitbilder und Umsetzungsstrategien hinsichtlich der Arbeitsqualität in der Pflege festgeschrieben.

Die Qualitätsvorstellungen von Kunden zielen weniger auf die fachlichen Kompetenzen von Pflegenden als auf Aspekte der Servicequalität, wie z.B. das Essen oder die räumliche Ausstattung. Kunden haben sogar ‚gute Gründe‘, um die spezifisch pflegerischen Kompetenzen nicht in den Mittelpunkt ihrer Bewertung zu stellen: Zum einen möchten manche Klienten nicht als pflegebedürftig wahrgenommen werden, weil sie befürchten, dadurch stigmatisiert zu werden. Die Dienstleistung ‚Pflege‘ soll also diskret erfolgen. Zum anderen spielt die Kosten-Nutzen-Abwägung bei der Bewertung der Pflegequalität für Kunden und Angehörige eine große Rolle: Gut ist Pflege demnach, wenn Kunden bzw. Angehörige eine spürbare Entlastung durch den Einsatz professionell Pflegenden erfahren und wenn die ökonomischen Ressourcen möglichst geschont werden. Fachliche und persönliche Kompetenzen der Pflegenden fallen aus Sicht der Befragten dem gegenüber eher wenig ins Gewicht. Möglicherweise geschieht dies auch, weil Kunden als Laien die Fachlichkeit eben nicht beurteilen können. Leistungen, die kaum wahrgenommen (ignoriert) bzw. ‚versteckt‘ werden sollen, können entsprechend auch nicht honoriert werden. Die Chancen für versteckte Arbeit Wertschätzung zu erfahren, sind unter diesen Voraussetzungen entsprechend gering.

Mitarbeitende selbst legen häufig hohe Qualitätsmaßstäbe an die eigene Arbeitsleistung an. So sind sie beispielsweise bemüht, den zu Pflegenden in ihrer Individualität gerecht zu werden, ihnen mit Empathie und Fürsorge zu begegnen und Pflegehandlungen in enger Abstimmung mit den Klienten zu planen, durchzuführen und koordinieren, selbst wenn

dies eine ständige Neuorientierung erfordert und den Pflegenden ein hohes Maß an Flexibilität abverlangt. Die Qualität der Beziehung ist somit für Pflegende ein zentraler Bestandteil ihrer Arbeitsqualität. Die Beziehung zwischen Pflegekraft und Kunde wird jedoch nicht als einseitig erlebt; eine gute Beziehung beinhaltet auch Reziprozität, d.h. auch Pflegende können die eigene Befindlichkeit oder die aktuelle Arbeitssituation zur Sprache bringen, stoßen hier auf Verständnis und können ggf. entsprechende Absprachen mit ihren Klienten treffen.

Die Qualität der eigenen Pflegearbeit wird stark anhand individueller Kriterien bewertet. Einerseits bedeutet dies, dass eigenes Handeln daran ausgerichtet wird, was einem selbst in der vergleichbaren Situation angenehm wäre. Andererseits werden individuelle fachliche Maßstäbe entwickelt, die aus eigenem Fachwissen oder in der Schule Erlerntem hergeleitet werden. Diese Selbstreferenzialität der Qualitätsbeurteilung wird auch den Kollegen/innen zugestanden, sodass hier eine gewisse Uneindeutigkeit in der Arbeitsausführung entsteht. Über team- oder einrichtungsbezogene Abstimmungsprozesse zur Festlegung gemeinsamer Qualitätsmaßstäbe wird nicht berichtet.

Als wichtiger, die Qualität von Pflege beeinträchtigender, Faktor werden in den Interviews die als restriktiv erlebten Rahmenbedingungen thematisiert. Konkret steht die Verschiebung der Tätigkeiten von klientennahen zu administrativen Tätigkeiten in der Kritik. Hinzu kommt der chronische Personal- bzw. Zeitmangel, der ebenso dazu führt, dass die als Kern von Pflege und als Ausdruck von Qualität wahrgenommenen Aufgaben, nämlich die Interaktion mit den Kunden, in den Hintergrund tritt. Der aus den verschärften Rahmenbedingungen resultierende Druck, Abstand von eigenen Qualitätskriterien nehmen zu müssten, verringert das Erleben von Wertschätzung und schränkt die Möglichkeiten Stolz auf die eigene Arbeit zu entwickeln, ein.

Insgesamt stellt sich das Qualitätsprofil der Pflegenden diffus dar. Für die Berufsgruppe allgemeingültige Erfolgskriterien sind schwer auszumachen. Anscheinend erfolgt die Qualitäts- und damit Erfolgsbewertung der eigenen Arbeit individuell und damit wenig sichergestellt. Pflegende reagieren auf die gegenwärtige Arbeitssituation häufig mit Gefühlen von Unzufriedenheit, Motivationsverlust oder Resignation. In manchen Fällen werden die erlebten Defizite in der Versorgung auch intern attribuiert; Versuche der Kompensation bestehen dann in einem erhöhten persönlichen Einsatz oder auch darin, die eigenen, im Rahmen der Ausbildung erlernten, Qualitätsmaßstäbe zu senken - beides

Strategien von denen eher ungünstige Effekte nicht nur auf das Erleben von (Selbst)Wertschätzung erwartet werden können.

Im Unterschied zu den Kriterien der Pflegenden werden von Personen in Führungspositionen oder dem Einrichtungsmanagement kaum Aspekte zur Bestimmung und Bewertung von Qualität herangezogen, die sich auf die Beziehung und Interaktion mit Kunden stützen. Statt dessen stehen hier eher funktionale Aspekte im Vordergrund, die quantifizierbar und damit messbar sind. Ein Bewusstsein über Zusammenhänge zwischen Mitarbeiterzufriedenheit, Fehlzeiten, Arbeitsleistung, Arbeitsklima und der Qualität der Pflege ist teilweise vorhanden. Führungskräfte, die sich dahingehend äußern, betonen, dass sie Wert darauf legen, dass Mitarbeitende an der Entwicklung von Arbeitszielen und entsprechenden Umsetzungsstrategien partizipieren müssten, um diese motiviert und verantwortlich umsetzen und nach außen vertreten zu können.

Wenn eine Einrichtung im Rahmen des Qualitätsmanagements Qualitätsbewertungen vornimmt, so geschieht dies offenbar häufig in Form von Kundenbefragungen oder Beschwerdemanagement. Aus Sicht von Interviewpartnern ist die Dokumentation von Pflegeleistungen als Grundlage jeglicher Bewertung unverhältnismäßig aufwändig und erhält zu viel Gewicht bei der Bewertung von Pflegequalität. Daneben kommen der reale Kontakt zu Kunden und die Beziehungsgestaltung viel zu kurz. Was den Umgang mit Befragungen oder Beschwerden angeht, so erleben Mitarbeitende ein Feedback dann als wertschätzend, wenn es von Führungskräften persönlich übermittelt wird und positive Resonanz genauso thematisiert wird wie kritische Rückmeldungen von Kunden. Mitarbeitendenbefragungen werden eingesetzt, um Möglichkeiten zu identifizieren, wie die Mitarbeitenden zufriedener und damit motivierter und leistungsfähiger gemacht werden können. Zwischen der Zufriedenheit der Mitarbeitenden und der Kundenzufriedenheit wird ein Zusammenhang konstatiert.

5.1.1.12 Work-Life-Balance

In den Ausführungen zu ihrer Arbeitstätigkeit beschreiben die Befragten immer wieder die Schnittstelle zwischen beruflichen Belangen und ihrem Privatleben, die in der Kategorie Work-Life-Balance gefasst werden. Diese Kategorie greift Aussagen auf, die sich beispielsweise auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben hinsichtlich der Schicht- oder Wochenenddienste beziehen.

Im Kontext der persönlichen Work-Life-Balance bringen die Befragten unterschiedliche Aspekte zur Sprache. In diesem Zusammenhang haben die Rahmenbedingungen von Pflegearbeit große Bedeutung, insbesondere die Arbeitszeiten sowie die Art und Weise, wie diese mit den Interessen der Mitarbeitenden in Übereinstimmung gebracht werden können. Im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben thematisieren die Interviewpartner/innen auch berufsspezifischen Belastungen. Diese betreffen sowohl inhaltliche Aspekte der Arbeit als auch die erlebten Arbeitsbedingungen.

Als bedeutsam für eine ausgewogene Work-Life-Balance werden in den Interviews auch der positive Kontakt zu Kollegen/innen sowie die Auswirkungen der im Arbeitskontext gemachten Erfahrungen auf die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit beschrieben.

In den folgenden Interviewsequenzen werden Aspekte thematisiert, die sich auf die Arbeit im Schichtdienst, sowie an Wochenenden und Feiertagen beziehen, also auf Zeiträume, die für das soziale Leben von großer Bedeutung sind.

„Was ich so furchtbar finde, diese Freizeit. Ich wollte jetzt auf 'ne Konfirmation im Mai. Und ich hatte das Anfang März gesagt: Ich hab' 'ne Konfirmation in der Familie. Ja, und dann geht das nicht, weil das ist , 'n Wochenende und am Wochenende sind wir sowieso noch viel schlechter besetzt als im Alltag auch. Und das find' ich **furchtbar**, dass ich selbst zwei Monate vorher, bei zwei Monaten Ankündigungsfrist, dass das nicht klappt. Dass man nicht zu ganz normalen Terminen, Veranstaltungen, Familienfesten gehen kann, es sei denn, man hat , 'n bisschen Glück. Oder man kann irgendwie tauschen. Dass die Freizeit, das ganze private Leben so darunter leidet, das finde ich nicht mehr schön. Das ist auch im Privatleben schwierig, da irgendwie auch mit dem Partner oder der Familie, der du immer absagst, dem Freundeskreis, da irgendwie , 'ne Lösung für beide Seiten so zu finden. Und dann natürlich auch die Freude nicht u verlieren an der Arbeit. Das find' ich sehr schwierig, das so in Einklang zu bringen. (IP 20, 14)

Diese Befragte schildert eindrücklich, wie sehr sie sich durch die Arbeitszeiten in ihrer alltäglichen Freizeitplanung beschnitten fühlt („*dass man nicht zu ganz normalen Terminen, Veranstaltungen, Familienfeiern gehen kann*“). Besonders negativ („**furchtbar**“) wird von ihr erlebt, dass auch das frühzeitige Anmelden von Dienstplanwünschen („*selbst zwei Monate vorher*“) für sehr wichtige persönliche Belange („*Konfirmation*“) nicht dazu führt, dass diese Wünsche berücksichtigt werden („*dass das nicht klappt*“). Offenbar erlebt die Befragte nicht nur diese singuläre Situation als unbeeinflussbar, sondern die Arbeitszeitgestaltung insgesamt scheint quer zu ihren Wünschen und Interessen zu liegen („*dass die Freizeit, das ganze private Leben so darunter leidet*“), was auch entsprechende Auswirkungen auf ihre Arbeitsmotivation hat („*die Freude nicht zu verlieren an der Arbeit*“).

Im Anschluss erweitert die Befragte gewissermaßen ihre Perspektive und geht auf die Konsequenzen der beschriebenen Rahmenbedingungen ein, die offensichtlich viele Kollegen daraus gezogen haben.

„Es gehen jetzt viele von uns weg, viele Mitarbeiter hören auf. Wo ich kam, ist ’n ziemlich großer Schwung gegangen. Jetzt gehen wieder viele neue Kollegen. Aus den Gründen, dass die Arbeitszeit-einfach- also, wenn ich zur Arbeit komme und ich werde zu Hause gefragt: Wann kommst du wieder? Dann weiß ich es immer nie. Ich weiß nicht: Wann ist mein Tag hier zu Ende. Das ist im Heim besser. Da hat man Dienst von sieben bis zwei beispielsweise. Das sind geregelte Arbeitszeiten. Beim ambulanten Dienst - oder zumindest bei uns auf Station, ich weiß nicht, wie das woanders ist – da weiß ich erst ’n Tag vorher, wie ich arbeiten muss. Und da ist dann das Ende auch nicht abzusehen. Also, das ist immer ’n bisschen blöd. Dass wenn- auch gerade, wenn man ’n Termin hat oder seine Freizeit gestalten will, nie genau sagen kann- oder es immer in den Abend hineinlegt, weil dann weiß man, wenn man Frühdienst hatte, ja, abends ist man fertig.“ (IP 20, 14)

Während in der vorigen Interviewsequenz beschrieben wurde, wie die Unmöglichkeit die eigene Freizeit zu planen bei der Befragten zum Verlust der „*Freude an der Arbeit*“ führt, so verdeutlicht diese Äußerung, dass eine weitere Konsequenz die Aufgabe des Arbeitsplatzes sein kann, wie ihn eine große Anzahl von Kollegen („*’n ziemlich großer Schwung gegangen*“) bereits vollzogen hat. Wenn auch nicht explizit formuliert, so wird zwischen den Zeilen auch großer Ärger auf das Management (bzw. die Vorgesetzte) ausgedrückt, denn dieses scheint entweder nicht in der Lage zu sein, aus Erfahrungen zu lernen oder es nimmt billigend in Kauf, dass Pflegekräfte in Scharen die Einrichtung nach kurzer Zeit wieder verlassen („*jetzt gehen wieder viele neue Kollegen*“). In jedem Fall ist ein solches Verhalten kein Ausdruck von Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden der eigenen Organisation.

Das anschließende Beispiel verdeutlicht erneut, dass die Planung des Privatlebens unter den beschriebenen Bedingungen unmöglich ist („*Wann kommst du wieder? Dann weiß ich es immer nie. Ich weiß es nicht.*“), der damit verbundene Ärger findet kommt in der Verallgemeinerung („*immer*“) sowie in der Wiederholung der Verneinung („*Ich weiß es nicht*“) zum Ausdruck. Die Interviewpartnerin greift die für die Dienstplanung zuständigen Vorgesetzten jedoch nicht direkt an, nur aus diskreten Hinweisen in ihren Äußerungen wird deutlich, dass die Gestaltung der Dienstzeiten für sie kein ausschließlich strukturelles Problem ist, sondern mit der Person oder der Kompetenz der vorgesetzten Person in Verbindung gebracht wird („*beim ambulanten Dienst – oder zumindest bei uns auf Station*“).

So wie die Interviewpartnerin ihre Arbeitsbedingungen schildert, entsteht der Eindruck dass an sie der Anspruch gestellt wird, ständig verfügbar sein zu müssen.

„Und [es] wird noch ganz oft zu Hause angerufen, wenn man Feierabend hat und es gibt noch irgendwelche Sachen zu klären. (...) Da wird noch mal angerufen: Ja, wie hast du es bei der und der Kundin gemacht und halt ganz oft die Frage: Kannst du einspringen, es ist wieder jemand krank geworden. Also, wenn man zu Hause ist, wenn man dann endlich zu Hause ist, dann hat man manchmal immer noch nicht so richtig frei, dann wird man wieder angerufen.“ (IP 20, 14)

Auffällig ist, dass die Befragte von sich in anonymer Form („*man*“) spricht, statt ihre Erfahrungen und ihr persönliches Erleben auch durch die Verwendung persönlicher Fürwörter wie ‚ich‘ oder ‚mein‘ zu kennzeichnen bzw. solche Formulierungen auch für die anderen Beteiligten (die ihr ja durchaus bekannt sind) zu wählen, statt durch die grammatikalische Form des Passivs die Benennung der Akteure zu umgehen („*man wird wieder angerufen*“). Auf diese Weise bleiben die Handelnden diffus und erscheinen nicht greifbar, ein Konflikt kann nicht ausgetragen werden. Die Befragte erscheint als Opfer widriger Umstände, die (aus ihrer Sicht) mächtig und unbeeinflussbar sind.

Die folgende Interviewsequenz beschreibt anschaulich einen typischen Konflikt im Kontext der Dienstplangestaltung. Es wird deutlich, dass es der Mitarbeitenden nicht nur um die Wahrnehmung eines persönlich wichtigen Termins geht, sondern gleichermaßen darum, als Person mit privaten Bedürfnissen und Interessen gesehen und respektiert zu werden.

„Ich brauch’ da Frühdienst, es geht um meine Ausbildung, is’ wichtig. – Ja, das geht nicht, hättest du eher- Ich so: Zwei Wochen eher, ich wusste das vorher nicht, die Einladung kam jetzt, das müsst ihr irgendwie hinkriegen. - Ja, müssen wir mal gucken. Ich so: Ja, guckt mal. So, und dann hab’ ich aufgelegt und ich wusste, es gibt nur wieder Stress. Und dann war für mich aber dies **so klar**, dass vielleicht versuch’ ich darauf zu achten, weil- Also, die Möglichkeit ist jetzt vielleicht auch mehr gegeben darauf zu achten, weil der Arbeitsmarkt- Wo ich mich beworben habe, ich hätte in **so** vielen Häusern anfangen können. Ich hätte damit überhaupt nicht gerechnet, ich dachte ganz im Gegenteil, es wird bestimmt schwer, ‚ne Arbeitsstelle zu finden. Aber es war nicht so. Ich hätte in vielen Häusern arbeiten können und ich habe nach diesem Telefonat gesagt: Ich geh’ da auf jeden Fall hin. Ich hab’ mir demonstrativ für mich **selber** auch, um mir **selber** zu beweisen: Du gehst da auf jeden Fall hin. Hab’ ich mir tatsächlich auch mit meiner Schwester auch noch zwei Konzertkarten gekauft, die an diesem Abend waren. Weil ich gesagt habe: Ich mache da keinen Spätdienst, ich mache das nicht. So. Und dieses Vorbereitungstreffen war um fünf und um halb neun war dieses Konzert und von daher ging das. Na ja, und dann habe ich gesagt: Dann kündige ich eben. Ich war sehr froh, dass ich nicht kündigen musste ((lacht)). Ich weiß auch gar nicht, ob ich’s mir wirklich getraut hätte, aber der Gedanke war erst mal da. Und da- und so hab’ ich das auch- wird’ ich das auch weiter versuchen. Nicht immer mit dem Gedanken zu kündigen, aber schon klar zu machen: Das bin ich jetzt und ich möchte da und da das. Und dass man nicht jeden Termin durchsetzen kann und dass [es] nicht immer geht und dass Kompromisse schließen kann, das weiß ich und das möchte ich auch gar nicht irgendwie, mich darüber hinwegsetzen. Aber in manchen Momenten möchte ich schon dann auch, dass die wissen, wo meine Grenzen sind, dass die wissen, dass ich auch ‚n privates Leben auch noch hab’“ (IP 20, 42)

Faktisch geht es in dieser ausführlichen Interviewsequenz um die Durchsetzung einer Dienstplanänderung, um die Teilnahme an einer persönlich sehr wichtigen Veranstaltung zu ermöglichen. Auf den ersten Blick scheint es sich dabei um einen alltäglichen Konflikt zu handeln. Spannend wird die Auseinandersetzung, dadurch, dass sie gewissermaßen auf

zwei Ebenen ausgetragen wird. Vordergründig ist das Anliegen an die Vorgesetzte adressiert, die für die Dienstplanung zuständig ist und von der offenbar erfahrungsgemäß wenig Bereitschaft, legitime Wünsche zu berücksichtigen, zu erwarten ist („*ich wusste, es gibt nur wieder Stress*“). Auf einer anderen Ebene geht es jedoch auch darum, eigene Wünsche ernst zu nehmen und dafür mit Nachdruck einzutreten, was der Befragten offensichtlich nicht leicht fällt. Das geschilderte Ereignis wirkt wie ein Schlüsselerlebnis („*und dann war für mich aber dies so klar*“), in dem sie erkennt, dass sie selbst aktiv werden kann, dass es für sie nicht abhängig ist von den Entscheidungen anderer, sondern dass ihre Arbeit so wertvoll (begehrt) ist, dass sich ihr durchaus attraktive Alternativen bieten („*Ich hätte in vielen Häusern arbeiten können*“)

Der Entschluss die eigenen Interessen ernst zu nehmen, diese nachdrücklich zu vertreten und dafür notfalls auch einen Arbeitsplatzwechsel in Kauf zu nehmen („*dann habe ich gesagt: Dann kündige ich eben.*“) erhält in diesem Kontext die Bedeutung eines ‚Aktes der Selbstwertschätzung‘. Die Befragte lässt sich von der Ignoranz (dem Desinteresse) der Vorgesetzten nicht entmutigen, sondern bleibt gewissermaßen sich selbst und den eigenen Wünschen treu. Durch eine symbolhafte Handlung („*zwei Konzertkarten gekauft, die an diesem Abend waren*“) unterstreicht sie ihren Entschluss, an dieser Stelle nicht nachzugeben („*ich hab’ mir demonstrativ für mich selber auch- um mir selber zu beweisen: Du gehst da auf jeden Fall hin.*“). Auf diese Weise versichert sie sich selbst gegenüber, aber auch nach außen („*mit meiner Schwester*“) die Verbindlichkeit und Unerschütterlichkeit ihrer Entscheidung. Durch das aus Sicht der Interviewpartnerin erfolgreiche Ende dieses Konfliktes („*nicht kündigen musste*“) erfährt die Befragte Bestätigung in der von ihr gewählten Strategie. Dies führt zu der Erkenntnis, dass sich ein selbstbewusstes Auftreten und ein klares Eintreten für die eigenen Belange lohnt („*klar zu machen: Das bin ich jetzt und ich möchte da und da das und das*“) und dass sich mit dieser Haltung auch in Zukunft der nötigen Respekt verschaffen lässt („*dass die wissen, wo meine Grenzen sind, dass die wissen, dass ich ’n privates Leben auch noch hab’*“). Diese Interviewsequenz zeigt deutlich, dass fehlendes Interesse von Vorgesetzten für persönlich bedeutsame Anliegen von Mitarbeitenden als massive Kränkung (Respektlosigkeit) erlebt wird, sodass selbst kompromissbereite Mitarbeitende ihre Bindung an die Organisation in Frage stellen („*dann kündige ich eben*“).

Um Arbeit und Privatleben unter den Bedingungen von Schicht- und Wochenenddiensten unter einen Hut zu bringen, bietet sich die Möglichkeit, einzelne Dienste mit Kollegen zu tauschen.

„Ich arbeite seit 20 Jahren in der Pflege, daran hat man sich einfach gewöhnt, das ist einfach so. Früher hab' ich das gemacht, dass ich – wenn ich irgendwas vorhatte – die Dienste getauscht habe. Davon bin ich ab. Wenn ich Dienst hab', hab' ich Dienst, dann kann ich halt an der Geschichte nicht teilnehmen. Vereinsleben oder generell Kurse, Volkshochschule kann ich generell nicht machen, weil das geht nicht, das ist einfach zu anstrengend, wenn man dann Dienste tauschen muss und- Ja, das ist- ich persönlich habe mich da gut arrangiert und ich ähm bin da eigentlich soweit auch zufrieden, das muss ich schon so sagen. Gut, es ist natürlich so, wenn irgendwelche Feierlichkeiten in der Schule, Kindergarten sind, dann ist es schon häufiger so, dass nur meine Frau hingehen kann und ich nicht, das ist dann halt einfach so. Das muss man dann einfach auch so hinnehmen.“ (IP 9, 106)

Die Äußerung dieses Interviewpartners zeigt, dass die Bereitschaft Dienste zu tauschen, um persönlich wichtige Termine wahrnehmen zu können, im Laufe der Berufstätigkeit nachgelassen hat. Einen Tausch zu organisieren, ist aus seiner Sicht mit so viel Aufwand verbunden, dass es einfacher erscheint, auf die Teilnahme an bestimmten Veranstaltungen zu verzichten, insbesondere wenn es sich nicht um einzelne, sondern um regelmäßige Termine handelt (*„Kurse, Volkshochschule kann ich generell nicht machen (...) das ist einfach zu anstrengend, wenn man dann Dienste tauschen muss“*). Der Verzicht auf bestimmte private Termine scheint für diesen Befragten offenbar weniger belastend zu sein als die Bemühungen, entsprechende Tauschpartner zu finden (*„ich persönlich habe mich da gut arrangiert“*, *„das muss man dann einfach auch so hinnehmen“*). Die ‚Kosten‘, die ein Tausch von Diensten verursacht, übersteigen in seiner Bilanz also offenbar den ‚Nutzen‘, der mit der Teilhabe an privaten Veranstaltungen einhergeht.

Schichtdienst als solcher wird jedoch nicht grundsätzlich abgelehnt, es gibt durchaus auch Befragte, die darin einer Erweiterung ihrer Möglichkeiten sehen:

„An und für sich find' ich den Schichtdienst besser, wie gesagt, bis auf die Nachtschicht, weil ich doch mehr machen kann, mehr Zeit einfach habe. Das ist auch für meine Frau ganz bequem, die am Arbeiten ist, wenn ich Frühdienst habe, hab' ich dann- kann ich die Kinder dann nachmittags betreuen oder auch abholen, das ist schon besser.“ (IP 9, 106)

Die Äußerung dieses Interviewpartners betont die Vorteile, die der Schichtdienst aus seiner Sicht hat für ihn persönlich (*„weil ich doch mehr machen kann, mehr Zeit einfach habe“*), aber auch für die anderen Familienmitglieder (*„auch für meine Frau ganz bequem“*, *„kann ich die Kinder dann nachmittags betreuen“*). Im Unterschied zu der Interviewpartnerin, die zu Beginn dieses Kapitels die notwendigerweise straffe Organisation des Familienlebens unter den Bedingungen des Schichtdienstes herausstellte, lebt der hier zitierte Befragte in einer Familienkonstellation, bei der er als Familienvater Vollzeit im Schichtdienst arbeitet,

während die Ehefrau als Teilzeitkraft ausschließlich vormittags berufstätig ist. Der massive Zeit- und Organisationsdruck, unter dem die anfangs beschriebene Familie lebte, bei der beide Eltern im Schichtdienst tätig sind, scheint unter diesen Umständen gar kein Thema zu sein, Schichtdienst und ‚reguläre (Teilzeit)Arbeit‘ ergänzen sich hier offenbar gut, was für alle Beteiligten einen Zuwachs an Gestaltungsmöglichkeiten des Privatlebens bedeutet.

Arbeitszeiten bzw. Schichtmodelle stellen eine ganz zentrale Bedingung von Pflegearbeit dar, einige Interviewpartner fokussieren in diesem Zusammenhang die Unterschiede von Arbeit im Tag- bzw. Nachtdienst:

„Ich hab’ erst nur Nachtbereitschaft gemacht, ähm, ja, es hat mir eigentlich auch sehr gut gefallen, aber aus privaten Gründen wollte ich halt auch gern zurück in den Tagdienst.“ (IP 7, 9)

„(...) hab’ dann drei Jahre auch dort auf Station gearbeitet im Tagdienst, bin dann **schwanger** geworden und bin dann eigentlich ‚n Jahr später im Nachtdienst wieder angefangen. Dann hab’ ich da halt sieben Jahre im Nachtdienst gearbeitet.“ (IP 7, 11)

„Ich tausche sehr oft und mache Nachtdienst (...), weil da habe ich keine Angehörigen, der Stress ist die Hälfte von diesem Stress in anderen Diensten, ist ruhiger, ich kann meine Arbeit einteilen.“ (IP 25, 145)

Diese Äußerungen hinterlassen den Eindruck, dass die Abstimmung von Arbeit und Privatleben vor allem durch die Gestaltung der Arbeitszeiten, konkret durch die Wahl bestimmter Schichtmodelle realisiert wird und im Laufe der Zeit und vor dem Hintergrund wechselnder Bedürfnisse modifiziert werden kann. Veränderte Priorisierungen der Arbeitszeiten scheinen im hohen Maße durch den Wunsch nach einer besseren Abstimmung privater Interessen bzw. Erfordernissen mit der Arbeit zu sein („*wollte gern zurück in den Tagdienst*“, „*schwanger geworden (...) im Nachtdienst wieder angefangen*“).

Insbesondere was die Arbeit im Tag- oder Nachtdienst angeht, erleben manche Befragte gravierende Unterschiede bezogen auf z.B. die erlebte Belastung oder den Grad an Selbstbestimmtheit. Aus Sicht einer Interviewpartnerin, bietet der Nachtdienst diverse organisatorische und in Bezug auf die Arbeitsbelastung relevante Vorteile („*habe ich keine Angehörigen*“, „*der Stress ist die Hälfte*“, „*ich kann meine Arbeit einteilen*“), für die es sich aus ihrer Sicht lohnt, Nachtdienste anderer Kollegen zu übernehmen („*ich tausche sehr oft und mache Nachtdienst*“). Durch die Wahl der Arbeitszeiten werden Wünsche nach Veränderungen am Arbeitsplatz, wie z.B. die Reduzierung von Stress oder die Gewinnung von Handlungsspielräumen deutlich, diese werden anscheinend jedoch nicht explizit formuliert und eingefordert sondern vielmehr durch einen Rückzug in den Nachtdienst realisiert. Möglicherweise deutet dies auf eine eher resignative Haltung

hinsichtlich der Beeinflussbarkeit der Arbeitssituation hin. Statt einer Auseinandersetzung über Inhalte und Rahmenbedingungen suchen sich Mitarbeitende anscheinend eher Nischen, in die sie ausweichen können, wenn sie sich überlastet oder in ihrem professionellen Handeln fremdbestimmt fühlen.

Gerade für professionell Pflegende im Schichtdienst, die Kinder betreuen müssen, hat die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben einen hohen Stellenwert, die ebenfalls eher Aspekte der ‚Machbarkeit‘ fokussieren.

„Ich hab’ zwei Kinder, zwei Jungs, acht und zwölf, einen Mann, ein Haus, einen Garten und 100% und Schichtdienst, mein Mann und ich im Wechsel. Einer bringt die Kinder zur Schule, einer holt sie ab .Da war’n 100 Prozent – puh. Aber das Geld war natürlich nett und man sagt ja nicht nein.“ (IP 12, 16)

Diese Äußerung zeigt, dass die Koordination von Arbeit- und Privatleben bzw. die alltägliche Organisation des Familienlebens („*zwei Kinder, (...) einen Mann, einen Garten und 100% und Schichtdienst*“) eine große organisatorische Herausforderung darstellt, die mit großer Anstrengung verbunden ist („*puh*“). Die sprachliche Form der Aufzählung, die die Interviewpartnerin an dieser Stelle wählt, erweckt den Eindruck, dass die täglichen Abläufe eng ‚getaktet‘ sein müssen, damit alle Bereiche versorgt werden können. Die Aufzählung verdeutlicht auch den (Zeit)Druck, unter dem die Interviewpartnerin steht und hinterlässt darüber hinaus auch den Anschein, dass alle genannten Aufgabenfelder gewissermaßen gleichberechtigt nebeneinander stehen („*einen Mann, ein Haus, einen Garten*“), vergleichbar mit einer Auftragsliste, die abgearbeitet werden muss und bei deren Bearbeitung es nicht möglich zu sein scheint, inne zu halten und selbst Prioritäten zu setzen. Insbesondere die Betreuung von Kindern funktioniert unter den beschriebenen Bedingungen nur dann, wenn es den Eltern gelingt, dies organisatorisch zu bewerkstelligen („*einer bringt die Kinder zur Schule, einer holt sie ab*“) - eine Leistung, die wiederum mit dem Verzicht auf gemeinsame Familienzeiten („*mein Mann und ich im Wechsel*“) belohnt‘ wird.

Schichtdienst als eine für Pflegearbeit charakteristische Rahmenbedingung kann variierende Auswirkungen haben. Einerseits ermöglicht sie gerade jungen Familien eine Erwerbstätigkeit beider Eltern, indem diese sich bei der Kinderbetreuung optimal ergänzen können. Andererseits bietet sie Mitarbeitenden Rückzugsmöglichkeiten in Tagesphasen, in denen bestimmte Aufgaben weniger oder gar nicht zu erledigen sind. Insgesamt scheinen die positiven Effekte durch Flexibilität gegenüber den gegebenen physiologischen

Belastungen und organisatorischen Herausforderungen zu überwiegen, solange die Betroffenen ihre Arbeitszeiten selbst auswählen und gestalten können.

Im Rahmen der Interviews sprechen Befragte auch über ihre Bereitschaft, über die vorgesehenen Arbeitszeiten hinaus tätig zu werden. Eine Pflegendе schildert dies in der folgenden Sequenz:

„Und wenn ich dann bis 20:00 Uhr Dienst hatte, ich bin nie um 20:00 Uhr nach Hause gegangen. Nie. Ich bin immer um halb neun oder viertel vor neun. Ich hab' mir das aber nicht aufgeschrieben, weil ich immer gesagt hab': Liegt auch an mir. Weil ich eben- wenn einer jetzt mit mir noch 'n Gespräch: Ach Schwester, hören Sie mal! Dann hab' ich immer gesagt: Mhm, die paar Minuten, dann gehste eben 'n bisschen später. Und hab' mit denen noch 'n Gespräch geführt und hab' mich noch mal auf die Bettkante gesetzt und hab' mit denen gesprochen. (...) Aber wenn ich das jetzt in der Pflege mache, dann ist das meine Zeit. Die opfere ich dann. Gut, opfer' ich.“ (IP 11, 20)

Diese Befragte beschreibt eine Überschreitung der Arbeitszeiten als ihre eigene Entscheidung. Entsprechende Situationen stehen für sie in Zusammenhang mit Tätigkeiten, für die der Arbeitgeber keine oder weniger Zeit als notwendig bereitstellt. Sie selbst trifft dann die Entscheidung, diese Tätigkeit trotzdem auszuführen („*liegt auch an mir*“, „*dann ist das meine Zeit*“). Sie erlebt sich in dieser Situation offensichtlich nicht als dazu gezwungen, wohl aber als alternativlos. Um Arbeitszufriedenheit zu erleben, verzichtet sie auf ihre Freizeit, sie bringt ein Opfer dar („*Die opfere ich dann.*“). Insbesondere in dem Nachsatz („*Gut, opfer' ich.*“) kommt zum Ausdruck, dass dieser Verzicht wohlüberlegt ist.

Vergleicht man die diese Äußerung mit denen anderer Interviewpartner, so wird deutlich, dass diese Befragte selbst über die Verwendung ihrer Zeit entscheidet, also über Handlungsspielräume zu verfügen scheint. Die zu Beginn des Kapitels zitierte Interviewpartnerin, die ebenfalls Freizeit für die Arbeit aufgibt, tut dies im Unterschied zu dieser Befragten jedoch fremdbestimmt und nicht vor dem Hintergrund einer eigenen Entscheidung. Die Planung der Dienstzeiten ist für sie nicht transparent („*Ich weiß nicht: Wann ist mein Tag hier zu Ende.*“). Beide Befragte haben gemeinsam, dass sie offenbar regelmäßig zusätzliche Arbeitszeit aufwenden - Unzufriedenheit und Ärger äußert jedoch ausschließlich die Befragte, die ihre Arbeitszeiten als fremdbestimmt, nicht transparent und damit nachvollziehbar erlebt.

Viele der befragten Pflegekräfte äußern die Bereitschaft, Überstunden zu machen oder einzuspringen. Darunter gibt es auch Interviewpartner/innen, die diesbezüglich aber auch klare Grenzen haben und diese auch vertreten:

„Es gibt Kollegen, die hängen jeden Tag 'ne Stunde dran. Ich sag': Kann ich nicht, will ich auch nicht. In Notfällen, sag' ich, jeder Zeit. Wenn was ist, guck' ich nicht auf die Uhr, hab' ich eigentlich nie

gemacht. Nur, wenn das als Dauereinrichtung is, dann sag ich: **Nee!** Also, ich muss hier mein Geld verdienen, ich hab' auch nichts zu verschenken, ich **bekomme** nichts geschenkt.“ (IP 12, 14)

Diese Befragte distanziert sich von Kollegen, die regelmäßig unentgeltliche Überstunden leisten. Für sie ist klar, dass zusätzlicher Arbeitseinsatz begründet sein muss („in Notfällen“, „wenn was ist“) und betont, dass professionelle Pflege aus ihrer Sicht eine Form von Erwerbsarbeit ist („ich muss hier mein Geld verdienen“). Sie stellt damit gewissermaßen die ‚geschäftliche‘ Seite von Pflegearbeit in den Vordergrund, bei der Leistung und Entlohnung in einem bestimmten, von den Beteiligten vereinbarten Verhältnis stehen. Zusätzliche Leistungen sind aus dieser Sicht Geschenke, die in einem geschäftlichen Kontext (wo Geben und Nehmen in einem aus Sicht der Akteure ausgewogenen Verhältnis stehen) unpassend erscheinen bzw. das einmal ausgehandelte Verhältnis zu Ungunsten einer Partei verändern („ich hab' auch nichts zu verschenken, ich bekomme nichts geschenkt“).

Das regelmäßige Überschreiten der vorgegebenen Dienstzeiten, wird auch in der folgenden Interviewsequenz angesprochen.

„Also, pünktlich ist eigentlich selten, dass ich um eins Feierabend machen kann. Das sind dann mindestens so zehn [Minuten], Viertelstunde drüber, aber man geht trotzdem mit 'nem schlechten Gewissen nach Hause, ob man wirklich alles gemacht hat und ob man es auch ordentlich gemacht hat.“ (IP 16, 13)

Im Kontrast zur vorigen Interviewpartnerin bezieht sich diese Befragte nicht auf das für Berufsarbeit charakteristische Kriterium einer angemessenen Entlohnung, sondern orientiert sich an - nicht näher beschriebenen - Kriterien für das Arbeitspensum und die Arbeitsqualität („ob man wirklich alles gemacht hat und ob man es auch ordentlich gemacht hat“). Diese Kriterien scheinen gewissermaßen Voraussetzung dafür zu sein, dass der Dienst mit einem positiven Gefühl beendet werden kann. Laut der Äußerung der Befragten stellt sich jedoch trotz des zusätzlichen Zeitaufwandes kein Gefühl von ‚Erfolg‘ oder Arbeitszufriedenheit ein („man geht trotzdem mit 'nem schlechten Gewissen nach Hause“). Dies könnte möglicherweise zu hoch gesteckten Zielen („alles gemacht“) oder schwer greifbaren Maßstäben für Qualität zusammenhängen. Wenn sich trotz aller Bemühungen und Anstrengungen bei Dienstende regelmäßig negative Gefühle einstellen („man geht trotzdem mit 'nem schlechten Gewissen nach Hause“), kann dies für das Erleben von (Selbst-) Wertschätzung nicht förderlich sein.

Einige der Befragten geben an, dass sie ihren Dienst freiwillig früher antreten, als dies laut Dienstplan vorgesehen ist.

„Und normalerweise, wenn ich Medikamente hab', sprich wenn ich Schichtleitung hab', [beginne ich um] halb sieben. Wir sind aber schon immer kurz nach sechs eigentlich hier.“ (IP 12, 24)

„Im Frühdienst bin ich meistens sowieso schon 'n bisschen früher hier, weil ich muss immer erst langsam in den Tag starten ((lacht)). Trink dann immer erst noch 'ne Tasse Kaffee, fang' dann um sieben Uhr an mit den Bewohnern, die zu mobilisieren und zu pflegen.“ (IP 16, 13)

Über die Gründe für den frühen Dienstantritt erfährt man aus den Interviews recht wenig. Es scheint sich dabei jedoch um ein Phänomen zu handeln, das in manchen Teams Usus geworden ist („*Wir sind aber schon immer kurz nach sechs eigentlich hier.*“). Ein vorzeitiger Dienstbeginn kann aber auch eine Form des Copings angesichts hoher Arbeitsanforderungen sein, durch das persönliche Bedürfnisse („*erst langsam in den Tag starten*“) und anstehende Aufgaben („*fang' dann um sieben Uhr an mit den Bewohnern*“) unter eine Hut gebracht werden können.

Auf eine solche Weise können Mitarbeitende vermutlich Zeitdruck und Hektik bei der Arbeit in gewissem Maße reduzieren, sie sind jedoch auch diejenigen, die den ‚Preis‘ dafür zahlen. Indem sie Freizeit aufgeben, um sich den Arbeitsanforderungen anzupassen, haben sie eine Copingstrategie gewählt, die nicht auf eine Veränderung der Arbeitsbedingungen abzielt, sondern auf eine Anpassung der Mitarbeitenden an diese Bedingungen.

Andere Befragte schildern - ähnlich wie die folgende Interviewpartnerin - dass sie auch zu Hause noch eine relativ lange Zeit damit beschäftigt sind, den Arbeitstag zu verarbeiten und abzuschließen.

„Drei Köpfe, drei, 35 Patienten. Und die Sekretärin ist nicht da. Computer, Angehörige und da haben Sie alles am Kopf. Abendbrot, Brote schmieren. Und dann komme Sie nach Hause, so quadratisch, praktisch, gut. Setze ich mich hin und dann warte ich eine Stunde, trinke Kaffee. Ich gehe noch mal [den] Dienst durch, ob ich was vergessen habe. Wie oft habe ich schon angerufen, weil ich unsicher war, ob ich das gemacht habe oder nicht. Normalerweise soll das nicht passieren. Aber ich habe keine Ruhe zu Hause, weil ich hab' **schnell gemacht**, ne? Und dann habe ich was anderes gemacht und dann wusste ich zu Hause nicht, ob ich das gemacht habe oder nicht. Und dann bin ich im Prinzip noch die Stunde, mindestens die Stunde länger im Dienst. Ich kann mich nicht abschalten.“ (IP 25, 30)

In diesem Zitat wird deutlich, wie Personalmangel („*drei Köpfe, 35 Patienten*“), das große Pensum auch fachfremder Aufgaben („*Sekretärin ist nicht da. Computer, Angehörige (...)* *Abendbrot, Brote schmieren*“) dazu führt, dass Mitarbeitende mit dem Gefühl nach Hause kommen, nur funktioniert zu haben („*quadratisch, praktisch, gut*“) und erst dort so weit zur Ruhe kommen („*setze ich mich hin und dann warte ich eine Stunde*“), dass sie in der Lage sind über die geleistete Arbeit nachzudenken („*gehe noch mal den Dienst durch*“),

z.B. um zu prüfen, ob notwendige Aufgaben auch tatsächlich erledigt wurden („*ob ich was vergessen habe*“). Die Interviewpartnerin beschreibt anschaulich, dass ihre Freizeit erst beginnen kann, wenn eventuelle Unsicherheiten oder Zweifel z.B. durch telefonischen Kontakt ausgeräumt werden können („*wie oft habe ich schon angerufen, weil ich unsicher war*“, „*ich habe keine Ruhe zu Hause*“), was faktisch dazu führt, dass sich die Dienstzeit weit in den Freizeitbereich ausdehnt („*und dann bin ich im Prinzip noch die Stunde, mindestens eine Stunde länger im Dienst*“) und gewissermaßen ‚unsichtbare‘ Überstunden entstehen, die auf keinem Stundennachweis auftauchen.

Einige Befragte sprechen in diesem Zusammenhang auch die hohe Einsatzbereitschaft an, mit der sie oder ihre Kollegen an ihre Arbeit herangehen.

„Und das hat mir so’n Spaß gemacht. Ich hab’ Frühdienst, ich hab’ Spätdienst gemacht, hab’ dafür alles sausen lassen, weil ich hab’ mich da so reingesteigert, weil ich das unbedingt machen wollte.“
(IP 16, 27)

Diese Befragte betont ihre hohe Motivation für den Pflegeberuf („*weil ich das unbedingt machen wollte*“), zeigt aber durch die Wahl ihrer Formulierungen auch („*hab’ dafür alles sausen lassen*“, „*reingesteigert*“), dass sie die eigene Einsatzbereitschaft selbst als unangemessen ansieht.

„Ich mach’ das so gerne, ich weiß nicht. Also, mein Mann ist da zwar schon manchmal nicht mehr so mit einverstanden, weil ich spring’ auch dementsprechend sehr viel ein, aber ich meine das macht man ja nicht ganz ohne- Weil, wenn man das nicht gerne machen würde, würde man ja auch nicht einspringen. Oder Überstunden machen oder sonstiges.“ (IP 16, 27)

Die Fortsetzung dieser Interviewpassage zeigt, dass die Befragte ihre hohe Arbeitsmotivation selbst dann aufrechterhält, wenn wichtige Mitglieder des persönlichen Umfeldes dies kritisch sehen („*mein Mann ist zwar schon manchmal nicht mehr so mit einverstanden*“). Damit zeigt sie, dass sie ihre Prioritäten zu Gunsten der Arbeit setzt und bereit ist, ihr Privatleben der Arbeit unterzuordnen.

Ein solches Verhalten würde die folgende Befragte vermutlich als Ausdruck eines Helfersyndroms bewerten, denn ihr Zitat gibt - wenn auch aus anderer Perspektive - das Verhalten der zuvor zitierten (jungen) Pflegekraft wider.

„Aber Helfersyndrom haben alle. Und jemand lebt das mehr oder weniger, und dann bleibt die Ehe auf der Strecke, und dann ist das hier wichtiger.“ (IP 10, 325)

Thematisiert wird hier im Grunde ein Verhalten, welches die Work-Life-Balance völlig ins Wanken bringt, weil sich die Betroffenen entschieden haben, ihre Energie und Zeit im

Wesentlichen der Arbeit zu widmen, sodass von einer Balance zwischen ‚Work‘ und ‚Life‘ gar nicht mehr die Rede sein kann.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Kategorie ‚Work-Life-Balance‘, der in den Interviews angesprochen wird, ist das ‚Mitnehmen‘ beruflicher Themen in den privaten Lebensbereich, wie z.B. die folgende Interviewsequenz zeigt.

„Also, es ist sehr abwechslungsreich. Sehr, sehr selbstständig. Man nimmt auch Manches mit nach Hause, das lässt sich nicht vermeiden, Sie müssen ja immer Strategien machen, wie Sie da jetzt weiter vorgehen, was Sie mit den Patienten also wirklich anstreben. Das wär‘ auch ‘n Punkt, wo ich ähm etwas Kritik anmelden würde. Was ich mir wünschen würde, das wäre etwas, etwas mehr Team, etwas mehr Zusammenarbeit mit den Ärzten, auch mit den anderen Berufsgruppen. Äh, das ist insofern schwierig, weil’s einfach ‘ne Zeitfrage ist, es hat eigentlich kaum jemand Zeit. Und die Ärzte haben halt ‘zig Patienten und äh – die kennen die alle und können auch was dazu sagen, aber ‘n bisschen Strategie entwickeln gemeinsam oder so, wär‘ schon ganz nett.“ (IP 28, 27)

Die Befragte beschreibt hier, dass es gerade die nicht ausreichend geklärten oder noch offenen fachlichen Fragen („*wie Sie da weiter vorgehen, was Sie mit den Patienten also wirklich anstreben*“) sind, die mit nach Hause genommen werden. Es geht hier also um sehr wichtige inhaltliche Aspekte, nämlich Ziele sowie zielführende Maßnahmen, die aus dem Arbeitskontext in den privaten Lebensbereich mitgenommen werden. Der durchaus legitime Wunsch, solch bedeutsame Fragen am Arbeitsplatz und während der Arbeitszeit mit den Mitgliedern des Teams klären zu können, wird allerdings sehr vorsichtig formuliert („*etwas Kritik*“, „*etwas, etwas mehr Team*“, „*‘n bisschen Strategie entwickeln*“). Insgesamt zeigen die gewählten Formulierungen einen hohen Grad an Zurückhaltung, der auch durch die Wahl des Konjunktives („*anmelden würde*“, „*wünschen würde*“) unterstützt wird. Der Beginn dieser Interviewsequenz deutet darauf hin, dass die Zurückhaltung der Interviewpartnerin auf der Überzeugung basiert, dass strukturell vorhandene Defizite und problematische Rahmenbedingungen, wie z.B. der Mangel an Teamgesprächen oder chronische Zeitnot („*es hat eigentlich kaum jemand Zeit*“), als nicht grundsätzlich veränderbar wahrgenommen werden („*das lässt sich nicht vermeiden*“) und hingenommen werden müssen. Für die Befragte stellt sich anscheinend nicht die Frage, ob etwas mit nach Hause genommen werden muss, sondern eher wie viel mitgenommen und wie viel am Arbeitsplatz gemeinsam mit Kolleginnen geklärt werden kann („*‘n bisschen Strategie entwickeln oder so, wär‘ schon ganz nett*“). Gerade die Formulierung „*‘n bisschen*“ impliziert bereits den Verzicht auf eine umfassende Klärung noch ausstehender Fragen und signalisiert möglicherweise die Bereitschaft sich mit Wenigem („*etwas mehr Team*“, „*etwas mehr Zusammenarbeit*“) zufrieden zu geben.

Ausreichend Zeit für zu erledigende Aufgaben zu haben oder die Möglichkeit in Bezug auf Ziele, Strategien und Arbeitsergebnisse relevante Fragen mit Kollegen zu klären repräsentieren Rahmenbedingungen, die eine gute Arbeit ermöglichen und damit in einem engen Zusammenhang mit der Möglichkeit stehen, Wertschätzung zu erleben. Ein Mangel an dieser Stelle gefährdet entsprechend nicht nur die Qualität und die Erfolge der Arbeit, sondern wirkt sich auch ungünstig auf das Wertschätzungserleben der Mitarbeitenden aus, die sich selbst bzw. ihre Arbeitsleistung unter den beschriebenen Rahmenbedingungen ständig als ‚insuffizient‘ erleben. Trotz ihrer vorsichtig formulierten Kritik zeigt die Befragte, dass sie klare Vorstellungen davon hat, was eine gute Pflege bzw. Gesundheitsversorgung insgesamt braucht: Zeit, interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation, um gemeinsam Ziele zu bestimmen und Strategien für deren Umsetzung zu entwickeln.

Die Äußerung einer anderen Befragten, die am Anfang ihrer beruflichen Laufbahn steht, zeigt, wie sehr Pflegekräfte von dem, was sie am Arbeitsplatz sehen und erleben, beeindruckt sein können.

„Also, ich nehme auch viel mit nach Hause. Also schon. Und ähm, erzähl’ das dann - obwohl ich es ja eigentlich nicht darf - meinen Freunden oder irgendwem, um das los zu werden. Weil, ich muss das einfach loswerden! Weil, sonst staut sich das irgendwie so an.“ (IP 2, 97)

Aus diesen Worten wird deutlich, wie sehr die Befragte unter Druck steht und wie dringend sie Gesprächspartner benötigt, um die beruflichen Eindrücke zu verarbeiten bzw. überhaupt zu verkraften. Der emotionale Druck ist offenbar so groß, dass jede Gelegenheit zur Aussprache genutzt wird („*meinen Freunden oder irgendwem*“), um für die dringend notwendige Entlastung zu sorgen („*sonst staut sich das irgendwie so an*“), die anscheinend am Arbeitsplatz nicht möglich ist. Das Privatleben muss hier dazu eingesetzt werden, berufliche Belastungen zu verarbeiten.

Die folgende Äußerung, ebenfalls von einer Berufsanfängerin, weist in eine ähnliche Richtung:

„Hab’ dann da Patienten meines Alters gehabt, wo ich dachte, du bist genauso alt. Das könnte dir eventuell auch mal passieren. Und das Problem auf der Station war, wenn man Kopfschmerzen hatte, man war sofort: Woah, hab’ ich Krebs? Weil, man sieht so viel.“ (IP 16, 27)

Auch hier steht die emotionale Belastung im Vordergrund, wie sie z.B. die Konfrontation mit bedrohlichen Krankheitsbildern oder Symptomen („*Man sieht so viel.*“) auslösen kann. Die Tatsache, dass solche emotional beeindruckenden Aspekte des Berufes gerade von Berufsanfängern thematisiert werden, legt die Interpretation nahe, dass es gerade für diese

Pflegenden besonders schwer ist, so viel Distanz zu dem im beruflichen Kontext Erlebten zu gewinnen, dass sie darunter nicht persönlich leiden und dass sie selbst gesund und arbeitsfähig bleiben.

Neben den emotionalen Belastungen wirken sich auch noch andere Aspekte des Arbeitsplatzes auf das Privatleben aus, wie die Äußerung einer langjährigen Pflegekraft verdeutlicht:

„Die Pflegezeit ist auch sehr knapp bemessen. Also, wir müssen immer rennen. Also, wenn ich privat deswegen- ich hab' mir das so angewöhnt. Ich bin schon mein Leben lang Krankenschwester, ich habe bestimmt 35 Jahre Berufsleben hinter mir. Ich bin auch privat, so zu Hause oder in der Stadt, dann renn' ich immer. Ich weiß nicht, warum. Meine Tochter sagt: Du rennst schon wieder.“ (IP 14, 21)

In diesem Beispiel geht es eher um einen von Zeitdruck geprägten Arbeitsstil, der auch im privaten Kontext fortgesetzt wird und der dieser Befragten nach vielen Dienstjahren so sehr ‚in Fleisch und Blut übergegangen‘ zu sein scheint („*Wir müssen immer rennen (...)* ich hab' mir das so angewöhnt“, „*auch privat (...) dann renn' ich immer*“), dass sie ihn selbst gar nicht mehr wahrnimmt, sondern erst durch Kommentare aus dem persönlichen Umfeld darauf hingewiesen werden muss, um ihn zu bemerken („*Meine Tochter sagt: Du rennst schon wieder.*“) Solche Prägungen, scheinen sich der kritischen Reflexion der Mitarbeitenden selbst weitgehend zu entziehen und beeinflussen trotzdem in eindringlicher Weise auch das persönliche Leben.

Mit nach Hause genommen, wird neben unzureichend geklärten fachlichen Fragen und emotionalen Belastungen, die sich aus der Konfrontation mit dem Leiden anderer Menschen ergeben, auch Unmut und Ärger über die als belastend erlebten Arbeitsbedingungen.

„Und ich rege mich da auch drüber auf und vor allem, wenn ich zu Hause bin, dann lass' ich meinen ganzen Frust ab und reagier' mich ab, so 'n bisschen und wir sprechen da dann drüber. Also, ich rede ziemlich viel zu Hause auch. Nicht über die Arbeit, dass ich irgendwie was mit nach Hause nehme, was mich belastet oder so, sondern über diese Rahmenbedingungen, was halt auch ins Private mit reinfließt.“ (IP 20, 14)

Die Interviewpartnerin betont ausdrücklich, dass sie ihren Ärger nicht auf die Inhalte ihrer Tätigkeit zurückführt, sondern auf die Rahmenbedingungen, die - über die eigentliche Arbeitszeit hinaus - auch das Privatleben beeinträchtigen („*nicht über die Arbeit (...)* sondern über diese Rahmenbedingungen, was halt auch ins Private mit reinfließt“). Der Begriff „*Rahmenbedingungen*“ impliziert bereits eine Beschränkung professionellen Handelns bzw. vorhandener Spielräume. Rahmenbedingungen können in aller Regel von den Akteuren nicht selbst bestimmt werden, sondern unterliegen der Definition durch

andere Instanzen. Werden sie - wie bei dieser Befragten - als ‚eng‘ erlebt, bedeutet dies konkret, dass beispielsweise eigene Impulse oder selbst entwickelte Handlungsoptionen wenig Raum erhalten. Hinzu kommen kann eine (quantitative) Überlastung oder (qualitativen) Überforderung der Mitarbeitenden, z.B. wenn Arbeitspensum oder -anforderungen und Ressourcen der Mitarbeitenden in keinem ausgewogenen Verhältnis stehen.

Rahmenbedingungen, unter denen die Kompetenzen und Fähigkeiten sowie die Grenzen der Belastbarkeit von Mitarbeitenden ignoriert bzw. ihre persönlichen Interessen missachtet werden, werden als Zumutung erlebt. Ein Gefühl von persönlicher Wertschätzung oder Anerkennung der fachlichen Kompetenzen kann nicht aufkommen, wenn das eigene Handeln als fremdbestimmt und die Spielräume als eng begrenzt wahrgenommen werden. Entsprechend behindert wird die Entwicklung positiver Gefühl wie Stolz auf die eigene Arbeit, an dessen Stelle tritt - wie die Interviewpartnerin eindringlich beschreibt - ein Gefühl von großem Unmut, der über den beruflichen Bereich hinaus ins Privatleben ausstrahlt („*was halt auch ins Private mit reinfließt*“).

Diese Befragte schildert eindringlich, unter welchem Druck sie sich fühlt und dass ihr soziales Umfeld eine wichtige Ventilfunktion für sie hat („*rege mich auf*“, „*lass’ ich meinen ganzen Frust ab und reagier’ mich ab*“). Ihrer Schilderung nach zu urteilen, beschreibt sie hier keine singuläre Situation, sondern ein regelmäßig auftretendes Verhalten, das schon fast den Charakter eines Rituals hat („*wenn ich zu Hause bin, dann*“). Diese Interviewpartnerin hat offenbar ein Umfeld, das willens und in der Lage ist, auf ihre Gefühle („*Frust*“, „*was mich belastet*“) einzugehen und kompensatorisch zu wirken („*wir sprechen da dann drüber*“). Interessanterweise finden sich auch in dieser Interviewsequenz Hinweise, dass durchaus berechtigter Ärger über die Arbeitssituation nicht am Arbeitsplatz geäußert wird, sondern stattdessen an anderer Stelle, nämlich im geschützten, privaten Rahmen, Raum erhält. Um an belastenden Arbeitsbedingungen tatsächlich etwas zu verändern, scheint ein solches Coping allerdings nicht geeignet, denn die Adressaten der Klagen haben vermutlich keinerlei Einfluss auf die Arbeitssituation.

Einige der Befragten sprechen auch über Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und eigenen Erkrankungen bzw. denen von Kollegen.

„Und ich führe das – ich sag’ jetzt mal so, die [eigene Erkrankung], - das ist jetzt meine persönliche Meinung, es deckt sich auch so’n bisschen, was ich im Krankenhaus immer seh’ - hat auch immer ‚ne gewisse psychische Komponente. Und ich führ’ das auch einfach [darauf] zurück, dass die Arbeitsbelastung auch sehr hoch war und ist, dass man letzten Endes auch gar nicht so sehr abschalten kann. (IP 9, 25)

Diese Befragte macht die hohe Belastung am Arbeitsplatz und insbesondere die emotionale Beanspruchung durch das im beruflichen Kontext Erlebte (*„hat auch immer ‚ne gewisse psychische Komponente“*, *„dass man letzten Endes auch gar nicht so sehr abschalten kann“*) mitverantwortlich für die eigene Erkrankung. Dieselbe Befragte geht etwas später auf die gesundheitliche Situation im Kollegenkreis ein.

„Bei uns in der Abteilung sind sehr viele Leute auch schon ernsthaft krank. Das geht los mit schweren Herzproblemen, Krebs, psychisch [krank] haben wir Leute dabei, ja und dann kriegt man immer noch gesagt: Ihr habt dieses Jahr schon 175 Krankheitstage. Da muss man sich auch mal überlegen: Woran liegt das?“ (IP 9, 50)

Neben der Darstellung der im Team aufgetretenen Krankheitsbilder (*„viele Leute auch schon ernsthaft krank“*, *„mit schweren Herzproblemen, Krebs, psychisch krank“*) wird hier aber auch der Ärger über die Reaktion des Managements auf den Krankenstand deutlich. Die krankheitsbedingten Ausfälle werden von Seiten der Vorgesetzten nicht als Reaktion auf die in der vorigen Interviewsequenz beschriebene Arbeitsbelastung verstanden, sondern eher mit Blick auf die Kosten, die erkrankte Mitarbeitende verursachen, thematisiert. (*„und dann kriegt man immer noch gesagt: Ihr habt dieses Jahr schon 175 Krankheitstage.“*). Ein solches Verhalten, das die Ursachen für hohe Ausfallzeiten außen vor lässt (*„Da muss man sich auch mal überlegen: Woran liegt das?“*) erlebt die Befragte offenbar als Ignoranz gegenüber den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen in der Pflege und als Geringschätzung der Mitarbeitenden, die unter diesen Bedingungen ihre Arbeit leisten und dabei selbst krank werden. Die Konfrontation mit krankheitsbedingten Fehlzeiten vermittelt offenbar den Eindruck, dass die erkrankten Pflegekräfte die Verantwortung dafür zu übernehmen hätten bzw. dafür sorgen müssten, dass dieser ‚Misstand‘ beendet würde, statt - wie aus dieser Äußerung implizit hervorgeht - nach den (wirklichen) Ursachen zu suchen und hier anzusetzen, um die problematische Situation auch im Sinne der Mitarbeitenden zu verändern.

Andere Interviewpartner gehen auf die Situation von berufstätigen Eltern oder pflegenden Angehörigen ein, die sowohl am Arbeitsplatz als auch im familiären Kontext hohen Anforderungen gerecht werden müssen:

„Man ist krank, weil man permanent unter Stress steht. Wir haben auch unsere Familien, ich habe zwar keine kleinen Kinder, aber die Kollegen haben kleine Kinder. (...) Egal wie groß oder klein die Kinder sind, muss man auch Zeit dafür haben.“ (IP 14, 20)

„Erstens waren sie durch die jahrelangen- manche sind 30 Jahre oder länger im Beruf, haben kurzfristig ausgesetzt, wenn sie dann Kinder gekriegt haben, Doppel-, Dreifachbelastungen gehabt, ich hab' eine Kollegin, die hat ihre Mutter, das war 'n Pflegefall, komplett zu Hause gepflegt, und ich glaub' , 'ne 3/4-Stelle bestimmt gemacht, hatte das aber super organisiert eigentlich und ja, dann **sind** die irgendwann aufgebraucht, also, die **können** irgendwann einfach nicht mehr und dann zeigt sich so was halt auch manchmal in aggressivem Verhalten, was schade ist, und körperliche Schmerzen sind oft auch seelische Schmerzen, Rückenschmerzen kann man öfters mal auf seelischen Schmerz zurückführen, das ist halt schade.“ (IP 4, 394)

Beide Zitate verdeutlichen den Zusammenhang zwischen hohen beruflichen und auch privaten Belastungen und eigenen Erkrankungen („*Man ist krank, weil man permanent unter Stress steht*“, „*Dann sind die irgendwann aufgebraucht, also die können irgendwann einfach nicht mehr*“).

Im zweiten Zitat werden die Folgen einer langfristigen Überlastung thematisiert, die die Betroffenen selbst („*Rückenschmerzen*“) oder das Umfeld („*dann zeigt sich so was manchmal auch in aggressivem Verhalten*“) zu spüren bekommen. Mit dem Ausdruck ihres Bedauerns („*das ist halt schade*“), drückt diese Befragte implizit aus, dass solche Folgen durchaus vermeidbar wären, wenn die Grenzen der Belastbarkeit nicht über viele Jahre hinweg überschritten würden („*30 Jahre oder länger im Beruf*“, „*Doppel-, Dreifachbelastungen gehabt*“), sondern man sich rechtzeitig vor Augen führte, wohin ein solcher Dauerstress führt („*dann sind die irgendwann aufgebraucht*“, „*die können irgendwann einfach nicht mehr*“). Die Befragte weist außerdem darauf hin, dass die Folgen dauerhafter Überlastung nicht nur die überforderten Pflegekräfte zu tragen haben, sondern dass diese z.B. in Form von Fehlzeiten Kosten verursachen oder sich in Form von unfreundlichem Verhalten direkt auf Arbeitsprozesse und ihre Qualität auswirken.

In den Interviews werden aber auch Möglichkeiten des Copings angesprochen, mit denen es gelingen kann, den Arbeitstag abzuschließen und innere Distanz dazu zu gewinnen. Dabei handelt es sich oft um individuell zugeschnittene Möglichkeiten, wie die folgende Äußerung zeigt:

„Ich hab' versucht, 'nen ausgleichenden Sport zu finden, aber es gelingt einem nicht immer, wobei ich persönlich gut abschalten kann. Ich fahre mit dem Fahrrad zur Arbeit und ich fahr' 20 Minuten hin und 20 Minuten zurück und das ist schon, wo man viel auch auf der Straße lassen kann. (IP 9, 25)

Diese Befragte hatte zuvor erwähnt, dass die Teilnahme an Kursen oder die Mitgliedschaft in Sportvereinen unter den Bedingungen von Schichtdienst für sie nicht in Frage kommt.

Da Bewegung für sie ein geeignetes Mittel zu sein scheint, um Spannungen abzubauen, stellt die Entscheidung, mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren, eine für sie praktikable und den individuellen Gegebenheiten angepasste Möglichkeit dar, um Abstand zur Arbeit zu gewinnen („*wo man viel auch auf der Straße lassen kann*“).

Eine andere Interviewpartnerin beschreibt im Folgenden ausführlich ihre ganz persönlichen Strategien, mit denen es ihr gelingt am Arbeitsplatz Erlebtes loszulassen und eben nicht mit nach Hause zu nehmen.

„Die Arbeit lässt einen nicht los. Aber ähm, zum größten Teil muss ich mir selber sagen: So, ich habe mein Bestes getan, ich hab' jetzt Übergabe gemacht und die Kollegin oder der Kollege wird es gut machen und dann geh' ich jetzt nach Hause. Und ähm, gut, ich brauche einfach-, ich geh' extra-, immer hab' ich mir angewöhnt, uns ins Raucherraum, in Pausenraum zu setzen, erst mal 'ne Zigarette rauchen oder erst mal dahin setzen, mich umziehen. Das ist alles diese Abschaltphase, mich umziehen und dann dahin setzen, bevor ich nach Hause fahre. Weil, ich habe immer die Sorge, wenn ich nach Hause fahre, dann würde ich so reinstürzen und dann ((lacht)) in meinem Tempo und so was. Erst mal [das] Tempo reduzieren, erst mal 'n bisschen herunterfahren und dann nach Hause. Und so hab' ich zu meiner Tochter gesagt: Du hast noch deine Berufsjahre vor dir. Und diese Professionalität ist nichts Anderes, auch innere Distanz zwischen deinen Patienten und deinem Privatleben. Und habe ihr geraten in Umkleidekabine langsam umzuziehen, mal , 'n bisschen im Auto sitzen oder im Pausenraum und dann erst nach Hause kommen. Und dann notfalls gehst [du] mal unter die Dusche. Gut, ich dusche mich immer, aber- Gehst erst unter die Dusche und dann ziehst du dich mal andere Sachen an, dann bist du wieder anders drauf und dann 'n bisschen Fernsehen gucken oder Musik hören, hab' ich auch manchmal getan. Kopfhörer aufgetan zu Hause und dann, ja, und dann bist du normal. Und dann bist du wieder aufnahmefähig und gesprächsfähig.“ (IP14, 47).

Diese Befragte gestaltet die Übergangsphase zwischen Arbeitszeit und Freizeit ganz bewusst und kann dazu auf erfolgreich erprobte Rituale zurückgreifen („*erst mal dahin setzen*“, „*langsam umziehen*“, „*'ne Zigarette rauchen*“, „*'n bisschen im Auto sitzen*“, „*ich dusche mich immer*“, „*Fernsehen gucken oder Musik hören*“). Abstand zu gewinnen von beruflichen Inhalten, insbesondere von der Situation der zu Pflegenden, ist aus der Sicht dieser Befragten Teil der professionellen Kompetenz („*Professionalität ist nichts Anderes, auch innere Distanz zwischen deinen Patienten und deinem Privatleben*“). Es ist ihr wichtig, dies auch ihrer Tochter vermitteln, denn diese steht erst am Anfang ihres Berufslebens („*du hast noch deine Berufsjahre vor dir*“). Mit dem Hinweis auf die Berufsjahre macht sie deutlich, dass es ihr darum geht, bewährte Strategien an die Tochter weiterzugeben, um diese zu befähigen, langfristig, d.h. bis zum Eintritt ins Rentenalter, mit arbeitsbedingten Anforderungen gut zurechtzukommen ohne dass das private Leben zu kurz kommt („*dann bist du wieder aufnahmefähig und gesprächsfähig*“).

Die ersten Sätze dieser Interviewsequenz zeigen, dass die Befragte offenbar selbst oftmals Schwierigkeiten hat, innerlich loszulassen. Ihre Äußerungen hinterlassen den Eindruck, sie habe ein schlechtes Gewissen und müsse sich selbst beruhigen („*ich habe mein Bestes*

getan, ich hab' jetzt Übergabe gemacht“) bzw. müsse sich erst die Erlaubnis geben, die Arbeit zu beenden („dann gehe ich jetzt nach Hause“), nachdem sie alle wichtigen Informationen weitergegeben („Übergabe gemacht“) und die Verantwortung an Kollegen weitergegeben hat („der Kollege wird es gut machen“).

Der anschließende Satz, in dem sie mehrmals neu ansetzt, scheint die Spannungen wiederzugeben, unter denen sie in dem Moment steht, wenn es gilt, die Arbeitsphase abzuschließen und sich auf den privaten Kontext vorzubereiten („gut, ich brauche einfach ich gehe extra man- immer habe ich mir angewöhnt“). Offenbar möchte die Interviewpartnerin zu Hause entspannt ankommen und nicht durch hektisches Verhalten stören, d.h. die Familie nicht mit den ‚Nachwehen‘ ihres anstrengenden Arbeitstages behelligen („ich habe immer die Sorge, wenn ich nach Hause fahre, dann ähm würd' ich so reinstürzen“, „erst mal 'n bisschen 'runterfahren und dann nach Hause“). Betrachtet man die im Anschluss näher beschriebenen ‚Übergangsrituale‘ vor diesem Hintergrund, so stehen sie weniger im Dienste der eigenen Psycho-Hygiene, sondern sind als Ausdruck von Rücksichtnahme auf die Angehörigen zu Hause zu verstehen. Die ‚Work-Life-Balance‘, um die sich diese Befragte bemüht, bestünde dann darin, jeweils den Erwartungen Anderer im beruflichen genauso wie im privaten Kontext zu entsprechen und nicht darin, persönliche Interessen und Wünsche mit beruflichen Anforderungen in Einklang zu bringen.

Während die Möglichkeit zum Austausch mit Kollegen für einige Befragte von großer Bedeutung ist, z.B. um gemeinsam Ziele oder Strategien zu entwickeln, zeigt die folgende Äußerung, dass entsprechende Angebote nicht für alle Mitarbeitenden wichtig sind.

„Ähm, natürlich gibt's die Supervision alle drei Wochen, wo so was natürlich auch besprochen werden kann, darf und soll und wird. Ich für mich mach das eigentlich so, jetzt (3) mach' ich das mit mir selber aus, komm' da mit mir selber ins Reine und klar.“ (IP 22, 89)

Die von anderen Befragten vermissten Gelegenheiten zum fachlichen Austausch sind offenbar in der Einrichtung, in der diese Befragte tätig ist, fest etabliert („natürlich gibt's die Supervision alle drei Wochen“). Gemeinsame Reflexionen im Team scheinen für sie aktuell keinen hohen Stellenwert mehr zu haben („jetzt (3) mach' ich das mit mir selber aus“). Als hilfreich haben sich für diese Interviewpartnerin eher selbstreferenzielle Strategien erwiesen, wie aus ihren Formulierungen („ich für mich“, „mit mir selber“) hervorgeht. Über die Gründe dafür kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, allein der Gebrauch des Wortes ‚jetzt‘ deutet darauf hin, dass sich im Laufe der Berufstätigkeit an dieser Einstellung der Befragten etwas verändert hat. Mit der von ihr gewählten Strategie

scheint sie jedenfalls subjektiv zufriedenstellende Ergebnisse zu erreichen, wie sie mit der abschließenden Formulierung („und klar“) deutlich macht. Ob diese Verhaltensänderung also die Folge von langjährigen Berufserfahrungen ist oder möglicherweise Ermüdungserscheinungen hinsichtlich des kollegialen Austausches andeutet oder ganz andere Gründe hat, muss hier offen bleiben.

Einige Interviewpartner/innen beziehen sich besonders auf solche Einflussfaktoren, die aus ihrer Sicht eine ausgewogene Work-Life-Balance fördern. Genannt werden in diesem Kontext ganz unterschiedliche Aspekte, was zeigt, dass die individuellen Präferenzen der Befragten in diesem Punkt sehr unterschiedlich gelagert sind.

Mehrere Äußerungen beziehen sich jedoch auf den Aspekt der Planung bzw. Gestaltbarkeit von Dienstzeiten.

„Was ich auch noch wichtig finde, ist, dass die Freizeit der einzelnen Mitarbeiter respektiert [wird] und ähm nicht unbedingt in deren Frei- oder das freie Wochenende verplant. Weil ich find's persönlich auch **wichtig**, dass man zwei Tage mindestens frei hat am Wochenende.“ (IP 31, 6)

„Also, ich meine, wenn ich das so mit dem Krankenhaus vergleiche, man kann gut am sozialen Leben teilnehmen. (...) Jaha, man kann [ins] Kino, man kann- also, ich find's richtig angenehm, und auch morgens, wenn ich denke im Krankenhaus, Mensch, fünf Uhr aufgestanden, morgens da.“ (IP 6, 560-562)

Es erscheint naheliegend, dass Beschäftigte, die im Schichtdienst und auch an Wochenenden und Feiertagen arbeiten den Arbeitszeiten eine große Bedeutung beimessen, denn die Dienstzeiten beeinflussten maßgeblich die Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten („*am sozialen Leben teilnehmen*“). Gerade die knappen und für Kontakte und Unternehmungen attraktiven Zeiten, wie Wochenenden, Feiertage oder Abendstunden sollen aus Sicht von Pflegenden ‚sicher‘ und planbar sein („*die Freizeit der einzelnen Mitarbeiter respektiert*“, „*nicht (...) das freie Wochenende verplant*“). Dazu gehört auch, dass notwendige Erholungszeiten gewährleistet sind („*zwei Tage mindestens frei am Wochenende*“).

Die zweite Äußerung verdeutlicht, dass offenbar gerade die für Krankenhäuser üblichen Arbeitszeiten mit einem sehr frühen Arbeitsbeginn der Frühschicht („*im Krankenhaus, Mensch, fünf Uhr aufgestanden, morgens da*“) und einen Ende der Spätschicht nicht vor 20:00 Uhr sich auf die Work-Life-Balance negativ auswirken, während Dienstzeiten mit moderateren Dienstzeiten im Kontrast dazu als förderlich für die Gestaltung des Privatlebens erlebt werden („*man kann ins Kino (...) ich find's richtig angenehm und auch morgens*“).

In diesem Sinne werden Dienstzeiten, die den persönlichen Bedürfnissen und den privaten Belangen der Mitarbeitenden entgegenkommen, als Wertschätzung von Seiten der Organisation bzw. der Vorgesetzten erlebt. Solche Arbeitszeiten werden als Ausdruck des Respekts gegenüber Mitarbeitenden gewertet, der sich darüber hinaus auch darin ausdrückt, dass diese im Kontext der Arbeit nicht auf funktionale Aspekte (Arbeitskraft, Einsatzfähigkeit etc.) reduziert, sondern als individuelle Personen wahrgenommen und unterstützt werden. Wertschätzung äußert sich an dieser Stelle auch als Fürsorge des Arbeitgebers mit Blick auf die Belastungsgrenzen der Mitarbeitenden in einem physisch wie psychisch anstrengenden (herausfordernden) Beruf. Daneben drückt sie sich auch in dem Bemühen der Organisation aus, die Bedingungen, unter denen Pflegearbeit geleistet wird, auch im Interesse der Mitarbeitenden positiv zu gestalten.

Für die subjektive Work-Life-Balance scheint auch der positive Kontakt mit Kollegen sehr bedeutsam zu sein. Dafür wird unter Umständen auch Freizeit investiert, wie die folgende Äußerung zeigt:

„Da komm’ ich dann einfach ,’ne halbe Stunde eher, weil’s ja auch ganz nett ist, dann mal mit den Kollegen zu reden und mal so ’n bisschen austauschen, ne, sonst kommt man nur zu den Stoßzeiten.“
(IP 12, 54)

Arbeitsbedingungen, die ausschließlich funktional ausgerichtet sind (*„kommt man nur zu den Stoßzeiten“*), können offenbar für sich genommen nicht gewährleisten, dass Mitarbeitende sich an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen. Die Äußerung dieser Befragten macht deutlich, dass der Kontakt und die wechselseitigen Beziehungen zu Kollegen (*„mal mit den Kollegen zu reden und mal so ’n bisschen austauschen“*) als so essentiell wahrgenommen werden, dass sie bereit ist, dafür in Freizeit zu investieren (*„da komm’ ich dann einfach ’ne halbe Stunde eher“*).

Unter welchen Gegebenheiten der Kontakt zu Kollegen als positiv erlebt wird, zeigt die Äußerung einer anderen Interviewpartnerin:

„Und so privat so Sachen, gehören zwar nicht immer nach hierhin, das ist situationsentsprechend, aber doch wenn man zwischendurch mal ’n Spaß macht oder so, dass man, wenn man zum Beispiel jetzt ’n schlechten Tag hatte, weil jemand verstorben ist oder weil der Tag einfach ,’n bisschen anstrengend war, dass man da halt noch zusammen sitzt, dann kommt’s auf fünf Minuten auch nicht mehr an. Hauptsache, man kann dann noch mal ,’n bisschen lachen und (...) so ein bisschen erzählen.“ (IP 16, 15)

So scheint eine gute Kommunikation mit Kollegen vor allem emotional entlastend zu sein, bei der Humor eine entsprechend große Rolle spielt (*„wenn mal zwischendurch mal ’n Spaß macht“*, *„Hauptsache, man kann mal dann noch mal ,’n bisschen lachen“*). Gute kollegiale Kontakte können auch eine kompensatorische Funktion übernehmen

(„wenn man zum Beispiel jetzt 'n schlechten Tag hatte oder weil der Tag 'n bisschen anstrengend war“), ein solcher Ausgleich erscheint gerade in einem Beruf bedeutsam, der sehr häufig physisch wie psychisch anstrengend ist und in dem Mitarbeitende tagtäglich mit Leiden, Sterben und Tod konfrontiert werden („weil jemand verstorben ist“).

Der Wunsch nach Kontakten zu Kollegen beschränkt sich jedoch nicht auf berufliche Themen. Das folgende Zitat zeigt, dass auch private Seiten von Kollegen im Arbeitsalltag positiv aufgenommen werden können.

„Der heutige Tag, ne, also, das war ganz schön eben, weil irgendwie, 'n Kollege kam eben vorbei und hatte seinen kleinen Sohn dabei und es war richtig Leben in der Bude. Da kam gerade der Spätdienst, meine Kollegin, die hat gerade 'n kleinen Hund und den hat sie dann auch mitgebracht, weil der kann nicht alleine zu Hause bleiben, also bringt sie ihn mit zur Arbeit und alle: Ahh, toll, der Hund is da! ((lacht)) Und der hat auch keine Berührungsängste, springt auf 'n Schoß und leckt die Nase, also so 'n richtiger Therapiehund, ne.“ (IP 5, 94)

Für diese Befragte ist es offensichtlich eine Bereicherung („es war richtig Leben in der Bude“, „toll, der Hund ist da!“), wenn Kollegen ein Stück ihres persönlichen Lebens („hatte seinen kleinen Sohn dabei“, „'n kleinen Hund (...) mitgebracht“) mit zur Arbeit bringen und sich außer in der professionellen Rolle auch als Privatperson zeigen. Die positiven Effekte, welche die Befragte Kind und Hund zuschreibt („Leben in der Bude“, „Therapiehund“), werden von ihr gerade auf solche Aktivitäten zurückgeführt, die vermutlich eher im Kontrast zu üblichen Umgangsformen am Arbeitsplatz („der hat auch keine Berührungsängste“, „springt auf 'n Schoß und leckt die Nase“). Das Sichtbarwerden der Privatperson kann somit auch eine Möglichkeit zu sein, eher spielerische, ungezwungene Elemente in den Arbeitsalltag aufzunehmen und kann so zur Auflockerung der Arbeitsatmosphäre beitragen und Mitarbeitende wie zu pflegende Menschen gleichermaßen entspannen und erfreuen („toll, der Hund ist da!“).

Dieses Beispiel berührt aber noch eine weitere Facette der Kategorie 'Work-Life-Balance', denn hier verschwimmen die Grenzen der in unserer Kultur üblicherweise getrennten Lebensbereiche ‚Arbeit‘ und ‚Privatleben‘. Am Beispiel des mit zur Arbeit gebrachten Hundes dominiert in gewisser Weise das Privatleben den Arbeitsbereich, denn das Bedürfnis des Hundes erhält hier eindeutig Vorrang vor dienstlichen Erfordernissen („der [Hund] kann nicht alleine zu Hause bleiben, also bringt sie ihn mit zur Arbeit“).

Am Arbeitsplatz auch Spielraum für persönliche Belange zu haben, wirkt wie ein Freiraum oder ein Luxus, den Vorgesetzte bzw. eine Organisation ihren Mitarbeitenden einräumt. Vergleicht man dieses Beispiel mit dem der Befragten, die mit Kündigung droht, um einen

Spätdienst abgeben zu können, so zeigt sich wie groß die entsprechenden Unterschiede innerhalb der untersuchten Organisationen sind. Die letzte Äußerung zeigt aber auch, dass Überschneidungen der Lebensbereiche ‚Arbeit‘ und ‚Privatleben‘ durchaus positiv erlebt werden können und eine strenge (radikale) Trennung dieser beiden Bereiche für eine ausgewogene Work-Life-Balance nicht (unbedingt) erforderlich ist. Vielleicht kann die Möglichkeit sich am Arbeitsplatz auch als Privatperson zeigen zu können als Indikator dafür herangezogen werden, dass Mitarbeitende nicht auf leistungsbezogene und funktionale Aspekte reduziert werden, sondern als individuelle Personen gesehen werden, willkommen sind und wertgeschätzt werden.

Ein weiterer Aspekt, der im Kontext der Kategorie ‚Work-Life-Balance‘ thematisiert wird, ist die Möglichkeit der persönlichen Entwicklung, die sich aus der Konfrontation mit existenziell bedeutsamen Themen oder durch die Interaktion mit älteren Menschen ergibt, die einer anderen Generation angehören und mit ihren Erfahrungen Pflegenden andere Sichtweisen eröffnen können.

„Also, so was nimmt man mit, also, da kann man irgendwie draus lernen. Vielleicht, ja gucken, dass man selber das irgendwie anders macht. Ja. (2) Ich versuche auch jetzt, meine **Eltern** zum Beispiel besser zu verstehen, teilweise. ((lacht)) Das kommt **dadurch**, glaub’ ich. Mhm. (4) Oder auch mal- also, ich bin auch selber so ’n bisschen ’n Hypochonder ((lacht)) und so wehleidig und so ((lacht)) und ähm, meine eigenen Krankheiten und Gebrechen vielleicht auch mal so ’n bisschen-, wenn ich dann mal ‚ne Erkältung hab’, nicht gleich zu denken: Ich **sterbe gleich!** ((lacht)) So. Sondern zu denken: Ja, es ist ’ne **Erkältung**. Das geht wieder weg. Das ist nicht so schlimm. So. **So was!** (2) Das nehm’ ich da auch mit.“ (IP 2, 133)

Die Interviewpartnerin beschreibt an dieser Stelle, wie sie auf zweierlei Weisen persönlich von beruflichen Erfahrungen profitiert. Einmal gelingt es ihr im Kontakt mit älteren Menschen sich in das Erleben und Denken der älteren Generation besser einzufühlen und auf diese Weise auch die Perspektive der eigenen Eltern besser zu verstehen.

Zum anderen relativiert die Konfrontation mit den Gebrechen und Leiden anderer offenbar die eigenen, teilweise überbewerteten Beschwerden („*nicht gleich zu denken: Ich sterbe gleich!*“). Diese erscheinen im Vergleich harmlos („*es ist ’ne Erkältung*“) und verlieren dadurch an Bedrohlichkeit („*Das geht wieder weg. Das ist nicht so schlimm.*“).

Beide Lernerfahrungen kommentiert die Interviewpartnerin mit einem Lachen, das in diesem Zusammenhang als Ausdruck dafür gewertet werden kann, dass sie in der Lage ist, eigene Reaktionen mit einer gewissen humorvollen Distanz zu betrachten und sich so z.B. von alten Rollenmustern oder übertriebenen Sorgen lösen zu können.

Zusammenfassung

Im Kontext der Work-Life-Balance professionell Pflegender spielen die Rahmenbedingungen eine zentrale Rolle. Im Unterschied zu vielen anderen Berufen sind die Arbeitsbedingungen geprägt von Schicht- und Wochenenddiensten. Dies erschwert eine befriedigende Abstimmung von Arbeit und Freizeit, denn es bedeutet, dass regelmäßig auch dann gearbeitet werden muss, wenn im persönlichen Umfeld Freizeitaktivitäten stattfinden.

In den Interviews wurde deutlich, dass Pflegende sich darüber im Klaren sind, welche Arbeitszeiten mit ihrer Berufswahl einher gehen und grundsätzlich auch bereit sind, zu wenig attraktiven Zeiten zu arbeiten. Um die Freizeit planen zu können, sind jedoch berechenbare Dienstzeiten eine unverzichtbare Voraussetzung. Ist dies nicht gegeben, werden die Bedingungen der Arbeit als Zumutung und Ausdruck von Geringschätzung erlebt und ggf. auch mit der Aufgabe des Arbeitsplatzes quittiert.

Für das Wertschätzungserleben Pflegender ist es also sehr bedeutsam, dass Dienstplanungen transparent sind und Mitarbeitende in Entscheidungen einbezogen werden. Das deutliche Bemühen von Vorgesetzten oder Kollegen, auf Dienstplanwünsche einzugehen, ist ebenfalls sehr wichtig, denn dies erleben Pflegekräfte als Signal, dass sie auch mit ihren privaten Interessen gesehen, respektiert und geschätzt werden. Eine Reduzierung auf funktionale Aspekte wie Einsetzbarkeit oder Leistungsfähigkeit wird hingegen als nicht wertschätzend erlebt, führt zu Unmut und Motivationsverlust und schwächt wiederum die Bindung an den Arbeitgeber.

Insgesamt entsteht auf der Basis der Interviews der Eindruck, dass Pflegende eher zurückhaltend und defensiv auftreten, wenn es darum geht eigene Interessen zu vertreten bzw. durchzusetzen. Das zeigt sich in den Interviews beispielsweise darin, dass eigene Wünsche sehr vorsichtig formuliert werden, dass Erwartungen z.B. an Vorgesetzte eher gering sind bzw. bereits im Vorfeld reduziert werden. Außerdem zeigt sich eine tendenziell resignative Haltung, wenn es um die Beeinflussbarkeit der eigenen Arbeitssituation geht.

Gleichzeitig ist unter den Befragten die Bereitschaft hoch schwierige Arbeitsbedingungen durch persönlichen Einsatz zu kompensieren, was unter anderem dadurch deutlich wird, dass Dienste früher angetreten bzw. später beendet werden, als dies im Dienstplan vorgesehen ist, ohne dass die Mitarbeitenden dies dokumentieren und entsprechend vergütet bekommen.

Um den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden, leisten Pflegekräfte auch ‚unsichtbare‘ Überstunden, z.B. indem sie ihre Arbeit zu Hause in Ruhe reflektieren und ggf. noch einmal telefonisch mit den Kollegen Kontakt aufnehmen, um noch Informationen nachzureichen oder sich zu versichern, ob bestimmte Aufgaben erledigt wurden. Unter den von Arbeitsverdichtung und Zeitdruck geprägten Rahmenbedingungen kann dieser wichtige Teil der Arbeit offenbar häufig nicht mehr während der Dienstzeit stattfinden. Selbstverständlich ist Reflexion nötig, um die komplexe, häufig durch Unterbrechungen und notwendige Modifikationen ‚gestörte‘ Arbeit einerseits fachlich korrekt und verantwortungsvoll und andererseits mit Blick auf die individuellen Belange der Kunden zu leisten. Da dies den Pflegenden bewusst ist, wird diese wichtige Reflexionsarbeit nötigenfalls eben in die Freizeit verlegt. - Eher unterentwickelt scheint unter Pflegenden das Bewusstsein darüber zu sein, dass dies Teil ihrer professionellen Leistung ist und somit in die Arbeitszeit gehört und entsprechend auch nach außen vermittelt werden kann bzw. sollte.

Einige Interviewsequenzen zeigen eine außerordentlich hohe Bereitschaft sich am Arbeitsplatz zu verausgaben und private Interessen beruflichen unterzuordnen, selbst wenn dies zu Disharmonien im persönlichen Umfeld führt oder die eigene Gesundheit zu gefährden droht. Gemeint sind damit solche Verhaltensweisen, die andere Befragte kritisch mit dem Etikett ‚Helfersyndrom‘ belegen.

Auf Ursachen für die eher defensive Haltung Pflegender, wenn es um die Formulierung und Wahrung eigener Interessen geht, soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Implikationen, Ursachen und Folgen einer solchen Haltung werden im Rahmen der Kategorien ‚Berufsverständnis‘ bzw. ‚Berufssozialisation‘ thematisiert. Es entsteht jedoch der Eindruck, dass in der Pflege - als sozialer Dienstleistung - andere Werte dominieren als dies im Bereich der Wirtschaft der Fall ist, wo diesbezüglich andere Normen gelten und beispielsweise die Präsentation eigener Leistungen oder Aushandlungsprozesse über die Interessen der Akteure selbstverständlicher Teil der Arbeit sind und wo gute Leistungen honoriert werden und Gewinn erzielen sollen, auf welche die Akteure zu Recht stolz sein dürfen.

Es ist ein weiterer interessanter Aspekt der Interviewauswertung, dass im Bereich professioneller Pflege eine Laufbahn- oder gar Karriereplanung, wie sie für andere Berufe selbstverständlich und bedeutsam für die berufliche Motivation angesehen wird, offenbar nicht üblich ist. Viele Pflegende - dies geht aus den Schilderungen der Befragten hervor -

orientieren sich bei wichtigen beruflichen Entscheidungen wie einem Wechsel des Arbeitsplatzes, offenbar eher an pragmatischen Überlegungen, insbesondere den Dienstzeiten, als an inhaltlichen Aspekten wie z.B. spezifischen Aufgaben. Eine solche Priorisierung bleibt nicht ohne Folgen für das professionelle Selbstbild und die öffentliche Wahrnehmung (das Image) professioneller Pflege. Hier stellt sich die Frage, welche Auswirkungen dies hat hinsichtlich der Möglichkeiten Wertschätzung aktiv zu generieren. Wie viel Wertschätzung kann eine Berufsgruppe erwarten, die ihre Arbeit in hohem Maße über Rahmenbedingungen statt über berufsspezifische Kriterien wie Arbeitsinhalte oder Qualifikationsprofile definiert?

Als ausgewogen wird in unserer Kultur das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben dann angesehen, wenn beide Bereiche nebeneinander existieren können, etwa gleich viel Gewicht haben, sich gegenseitig nicht beeinträchtigen und ihr Verhältnis subjektiv positiv bewertet wird. So sollen weder private Probleme die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz schmälern noch berufliche Fragen mit nach Hause genommen werden und das Privatleben belasten. Im Rahmen der Interviews entstand der Eindruck, dass dies im Kontext von Pflegearbeit häufig nicht gelingt, was beispielsweise dazu führt, dass fachliche Fragen mit nach Hause genommen werden, die am Arbeitsplatz mangels Zeit oder Gelegenheit nicht ausreichend geklärt oder reflektiert werden konnten. Daneben wirken sich auch emotional besonders belastende Ereignisse wie z.B. der Tod einer zu pflegenden Person bis in den privaten Lebensbereich hinein aus. Neben solchen, eher an den Arbeitsinhalten orientierten Fragen kann aber auch der Unmut über problematische, zum Teil als Zumutung erlebte, Rahmenbedingungen der Arbeit mit nach Hause genommen werden. Ohne dass dies den Betroffenen selbst bewusst werden muss, kann schließlich auch ein von Zeitdruck geprägter Arbeitsstil auf das Privatleben insoweit abfärben als beispielsweise das am Arbeitsplatz übliche Tempo auch zu Hause nur schwer ‚heruntergefahren‘ werden kann, selbst wenn dies im privaten Kontext möglich und erwünscht ist.

In den Interviews werden von den Befragten auch Zusammenhänge zwischen dauerhaft hohen Belastungen und dem Auftreten von Erkrankungen bei Pflegekräften hergestellt. Insbesondere wenn zu den beruflichen Belastungen private hinzukommen, ist die Grenze der Belastbarkeit aus Sicht von Befragten eindeutig überschritten.

Wenn hohe Fehlzeiten den Pflegekräften von Seiten des Managements im wörtlichen Sinne ‚vorgehalten‘ werden und ihnen damit die Verantwortung für die Kosten, die dem

Arbeitgeber entstehen, zugeschrieben wird, werten sie dies als Ignoranz der Vorgesetzten gegenüber ihrer Einsatzbereitschaft und als persönliche Missachtung.

Neben den berufsspezifischen Belastungen werden in den Interviews auch persönliche Copingstrategien beschrieben, die den Übergang von der Arbeit ins Privatleben erleichtern und es den Mitarbeitenden ermöglichen abzuschalten.

Die genannten Maßnahmen sind dabei sehr individuell geprägt: für die eine Pflegekraft ist Bewegung zum Abbau von Spannungen hilfreich (Fahrrad fahren), andere legen im Kontrast zur oft hektischen Arbeit mehr Wert auf Ruhe (hinsetzen, Kaffee trinken) oder setzen auf ‚Reinigungsrituale‘ (Duschen, Umziehen), mit denen das Ende des Arbeitstages und der Beginn der Freizeit symbolisiert werden.

In einzelnen Äußerungen fanden sich auch Hinweise darauf, dass die jeweiligen Strategien nicht primär der eigenen Psychohygiene, sondern auch dazu dienen, nach Beendigung der Arbeit die Funktionsfähigkeit für das private Umfeld wiederherzustellen. Damit würde die dem Privatleben zugeschriebene kompensatorische Funktion ad Absurdum geführt.

Die Art des Copings mit Arbeitsbelastungen scheint für die Befragten eine sehr persönliche Angelegenheit zu sein, was sich an der Entwicklung individueller Strategien, aber auch darin zeigt, dass institutionelle Angebote wie Supervision nicht unbedingt genutzt werden. Eine Interviewpartnerin betont, dass sie intrapersonale Strategien bevorzugt („Ich mach’ das mit mir selber aus, komm’ da mit mir selber ins Reine und klar.“). Vor dem Hintergrund, dass es sowohl über persönliche Vorstellungen von Qualität oder Erfolg wie auch über die persönliche Wertorientierung (die für viele Pflegende einen immens hohen Stellenwert hat) wenig Austausch mit Kollegen oder anderen relevanten Akteuren stattfindet, entsteht der Eindruck, dass im Arbeitsfeld ‚Pflege‘ viele Fragen selbstreferentiell, d.h. gewissermaßen ‚im stillen Kämmerlein‘ geklärt und entschieden werden.

Wichtig für die Work-Life-Balance sind auch gute Kontakte zu Kollegen. Diese beinhalten einerseits Informationen und Austausch über Arbeitsaufgaben oder Klienten - genauso wichtig erscheinen andererseits jedoch informelle Kontakte, die über funktionale Aspekte der Arbeit hinaus den Mitarbeitenden das Gefühl geben, als Person gesehen und geschätzt zu werden und als solche ein wichtiger Teil des Team zu sein. Für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz sind solche emotional stabilisierenden Kontakte offenbar so wichtig, dass

Befragte dafür auch Freizeit investieren, d.h. sie erscheinen früher im Dienst oder bleiben länger, um gemeinsam mit Kollegen in Kontakt zu treten.

Daneben gibt es auch deutliche Anzeichen dafür, dass es positiv erlebt wird, wenn Kollegen im beruflichen Kontext auch als Privatperson sichtbar werden bzw. sich zeigen können, beispielsweise indem Kinder oder der Hund (einmal) mitgebracht werden. An dieser Stelle verschwimmt die übliche Trennung von Arbeit und Privatleben, was - so der Eindruck aus den Interviews - von den Beteiligten als Bereicherung erlebt wird.

Im Kontext von ‚Work-Life-Balance‘ werden schließlich auch positive Einflüsse des Pflegeberufes auf das persönliche Leben angesprochen, die als förderlich oder hilfreich für die eigene Persönlichkeitsentwicklung erlebt werden. So kann der häufig sehr persönliche Kontakt zu Klienten Mitarbeitenden einen Perspektivenwechsel ermöglichen, der neue Einblicke in die Erfahrungswelt einer anderen Generation gibt, Strategien im Umgang mit existenziellen Krisen vermittelt oder eigene Probleme in einem anderen Licht erscheinen lässt.

5.1.1.13 Organisationsentwicklung

Veränderungen und Neuerungen umsetzen, sind für Pflegende wesentliche Merkmale von Organisationsentwicklung. Diese Weiterentwicklungen finden statt in einem Spannungsfeld zwischen der angeordneten Umsetzung neuer Regeln oder Verfahrensweisen einerseits und dem gemeinsamen Analysieren, auswählen des Veränderungsbedarfes und dem Implementieren neuer Arbeitsweisen andererseits. Von großer Bedeutung für die Pflegenden ist dabei, inwieweit ihr Erfahrungswissen in Veränderungen Berücksichtigung findet.

Pflegende nehmen wahr, dass neue Themen für die Arbeitsbereiche relevant werden, die es bislang so noch nicht gab. Diese neuen Themen stehen für sie in Zusammenhang mit Interessen der Träger oder leitenden Mitarbeitenden.

„Zum Beispiel Stichpunkt Öffentlichkeitsarbeit, Stichpunkt Qualitätsmanagement, Stichpunkt Personalentwicklung, das sind alles so neue Bereiche, die es eben vorher unterm Land nicht gegeben hat- die wären jetzt vielleicht auch auf kurz oder lang installiert worden, das weiß ich nicht, sind aber halt durch den (...) Träger mit großen Schritten vorangetrieben worden, und das Interesse unseres Pflegedirektors ist es halt, ähm, ((hebt die Stimme)) akademisches Pflegepersonal auf seinen Stationen zu haben. (II, 229)

Diese Pflegeperson nennt beispielhaft die Themen „*Öffentlichkeitsarbeit*“, „*Qualitätsmanagement*“ oder „*Personalentwicklung*“ als „*neue Bereiche*“, die „*installiert*“ werden sollen. In normalen, kleineren Einrichtungen („*unterm Land*“) wurden diese

Themen bislang nicht vorrangig oder mit besonderer Betonung bearbeitet. Jetzt, durch eine Entscheidung des Trägers, werden die Themen „mit großen Schritten vorangetrieben“. Die gewählte Formulierung des Vorantreibens deutet darauf hin, dass diese Veränderung nicht als organisch und schlüssig sondern vielmehr als eine Top-Down Entscheidung erlebt wird, deren Sinngehalt durchaus in Frage gestellt werden kann. Diese Sichtweise wird untermauert durch die Lautmelodie der Äußerung, dass es ein Ziel des Vorgesetzten sei, „((hebt die Stimme)) akademisches Pflegepersonal auf seinen Stationen zu haben“.

Das Organisationsentwicklung als Top-Down-Entscheidungsprozess erlebt werden kann, kommt auch im folgenden Interviewauszug zum Ausdruck.

„So flexible Leute, Kollegen wie in der Altenpflege hab ich in meinem ganzen Werdegang nicht kennengelernt. Zack, HEIMGESETZ SOFORT UMSETZEN, **zack**, Änderung sofort umsetzen, Standards sofort **implementieren**, da wird keiner gefragt: „Haben Sie Zeit, haben Sie Dings?“ „**Sofort!**“ und dann wird das auch sofort kontrolliert.“ (I10, 53)

Trotz einer grundlegenden Bereitschaft der Mitarbeitenden Veränderungen zu vollziehen („so flexible Leute, Kollegen wie in der Altenpflege“), werden diese als Anordnungen bzw. Anweisungen erlebt („Zack, Heimgesetz sofort umsetzen, **zack** (...) Standards sofort **implementieren**“). Die Interviewpartnerin fühlt sich bei dieser Vorgehensweise nicht beteiligt, weil sie überhaupt nicht gefragt wird, inwieweit sie Zeit hätte, diese Veränderungen zu realisieren („da wird keiner gefragt: „Haben Sie Zeit (...)?“). Die Anweisung lautet „**Sofort!**“ und lässt der Mitarbeiterin auch keinen Spielraum, weil „dann wird das auch sofort kontrolliert“

Sollen Veränderungsprozesse nachhaltig sein und gelingen, erscheint es wichtig, dass Mitarbeitende an diesbezüglichen Entscheidungen beteiligt sind und ein angemessenes Tempo gewählt wird.

„Nä, also das sind=das sind neue Ideen, aber man kann nicht sagen: „So, und ab morgen machen wir's so.“ Das funktioniert halt nicht. Das ist äh: das muss man Schritt für Schritt auch gucken was kann man von dem Alten auch behalten weil's gut war und, äh: was verändern wir, weil wir was anders machen möchten, und läuft das dann wirklich auch gut. Also das wird nen ganzer Prozess sein, der dann da ablaufen wird, und ich ne Mannschaft hier, also n Team hab', die, glaub ich, sehr gespannt darauf sind, jedenfalls die meisten, und, äh: auch ähm: bis jetzt die Begeisterung da ist, das mittragen zu **wollen**, weil da wird vielleicht auch mal das ein oder andere nicht in der regulären Arbeitszeit stattfinden müssen.“ (I30, 22)

Die Pflegeperson mit Leitungsaufgaben stellt dar, das Mitarbeitende Veränderungen „mittragen“ müssen, damit diese gelingen können. Ihr erscheint es deshalb wichtig, Neuerungen nicht absolut und schnell einzuführen („So, und ab morgen machen wir's so.“), sondern diese inhaltlich zu begründen und an das Vorhandene anzuknüpfen („was kann man von dem Alten auch behalten weil's gut war“). Sie versteht

Organisationsentwicklung als einen Prozess, der von einer „*Mannschaft*“ getragen wird, also von einer Gruppe von Menschen die ein gemeinsames Ziel verfolgen. Teamgeist und Gemeinschaftsgefühl können dann auch zu einem hohen Engagement der Beteiligten führen, sodass auch Freizeit in diesen Prozess investiert wird.

Das Spannungsfeld zwischen Veränderungen als Managemententscheidungen und etablierten, gewohnten Arbeitsweisen findet sein Entscheidungsmaßstab in den Arbeitsbedingungen. Auch wenn die Zielgröße der Veränderung feststeht, können Strategie, Beteiligung und Tempo über die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden entscheiden.

„Also das ganze Haus verändert sich ja stetig, und es gibt ja immer neue Veränderungsprozesse, und die haben sich an den einen Prozess noch nicht gewöhnt, schon kommt man mit was Neuem an. Und da auch immer nochmal zu sagen, ähm., das machen wir jetzt, und wir machen's wieder neu, und dann gibt's ganz viel Genörgel und Gemecker und so. Und letztendlich bin ich dazu da, um das dann irgendwie versuchen durchzusetzen, das dann aber auch nicht so mit dem Hammer, sondern schon auch nochmal so auf ner Methode, dass wir dann auch alle damit leben können, wir müssen hier arbeiten.“ (I28, 21)

Diese Leitungsperson beschreibt Organisationsentwicklung als kontinuierliche „*Veränderungsprozesse*“, die „*stetig*“ voran schreiten. Sie problematisiert, dass noch bevor eine Veränderung Routine geworden ist, die Mitarbeitenden sie verinnerlicht haben, seitens des Managements bereits die nächste angestoßen wird („*die haben sich an den einen Prozess noch nicht gewöhnt, schon kommt man mit was Neuem an*“). Die Beschäftigten reagieren darauf ablehnend mit „*ganz viel Genörgel und Gemecker*“. Aufgabe der Führungspersonen ist es aus Sicht der Befragten, Neuerungen auch gegen den Widerstand der Mitarbeitenden „*durchzusetzen*“, jedoch in einer Art und Weise, „*dass wir dann auch alle damit leben können*“. Hier wird deutlich, dass Veränderungen die Arbeitsbedingungen nicht verschlechtern sollten sondern vielmehr dabei sicherzustellen ist, dass die Arbeit nicht auf Kosten der Gesundheit und des Wohlergehens der Mitarbeitenden stattfinden darf. Dafür erscheint es förderlich, die Mitarbeitenden in die Ausgestaltung von Veränderung mit einzubeziehen.

„Aber wie wir das planen wollen, und wer da wo was macht und dann auch seine Position kennt, äh, das möchte ich mit dem Team gemeinsam erarbeiten. Ja, also da hab ich jetzt auch schon nen Termin für festgesetzt, dass wir ne Arbeitsgruppe gründen, mal Fragen stellen: „Was brauchen wir überhaupt? Müssen wir noch was lernen? Brauchen wir noch zusätzliches Wissen?“ (I30, 16)

Diese Führungsperson stellt dar, dass sie zunächst einmal die für eine Veränderung erforderlichen Ressourcen („*was brauchen wir überhaupt*“) und die individuellen Aufgaben der Mitarbeitenden in einer „*Arbeitsgruppe*“ „*gemeinsam erarbeiten*“ und den Prozess planen will. Diese Beteiligung der Mitarbeitenden erscheint besonders wichtig, um

deren Expertise in Bezug auf die Arbeitsprozesse und die damit verbundenen Machbarkeiten abzufragen und zu berücksichtigen. So kann auch Fehlentscheidungen vorgebeugt werden.

„Also ich mein’, gerade die, die da ’n bisschen Erfahrung haben, die an der Basis sind, die haben gesagt „mmh, das is nich gut, das is nich gut“. (...) Na ja, ((seufzt)) aber, es is ja meistens so, dass dann, sagen wir mal die, die an der Basis sind, zuletzt gefragt- die werden eigentlich nur informiert. >Sagen wir mal so ne (3) ja>. (4) Aber es nützt nix äh: so ähm: dem nachzujanken, es macht einem das Leben schwer. Wirklich. (betroffener, trauriger Tonfall) macht einem das Leben schwer.“ (I11, 30)

„Ja, wo se eben- wo wir- wir kriegen dann gesagt: „So wird das jetzt gemacht!“ Wo wir- „**um Gottes Willen: Das geht nicht!**“. „Und **ob** das geht!““ Und wie oft hab’ ich’ es in der langen Zeit erlebt, und ob das geht.“ Und ’nen halbes Jahr später haben wir es wieder so gemacht, wie wir es vorher gemacht haben, **weil’s nicht ging**. Aber dann kommt dann auch keiner: „Wir hatten Unrecht, Ihr hattet Recht.“ Das is- wir sind an der Basis, wir müssen’s machen, wir müssten’s doch wissen. Aber es fragt keiner. Erst hinterher. Ich will ja gar nicht sagen, dass da nicht nen guter Wille dahinter steckt, wieder was zu verbessern, aber mitunter steckt eigentlich nur dahinter einzusparen.“ (I11, 174)

Diese Interviewpartnerin beschreibt, dass aus ihrer Sicht die Mitarbeitenden zu wenig an Veränderungen beteiligt werden. So werden Entscheidungen getroffen, die sich dann als nicht realisierbar erweisen. Dies verbraucht nicht nur unnötig Ressourcen, sondern strapaziert auch die Mitarbeitenden („*macht einem das Leben schwer*“). Mitarbeitende werden nur in Kenntnis gesetzt, aber nicht beteiligt („*die an der Basis sind (werden) zuletzt gefragt- die werden eigentlich nur informiert*“). Diese Vorgehensweise scheint gängig zu sein, sodass die Befragte nicht weiter klagen will und eher resigniert („*es nützt nichts nix, dem nachzujanken, es macht einem das Leben schwer*“). Im weiteren Verlauf des Interviews kommt die Befragte noch einmal auf diesen Aspekt der Organisationsentwicklung zurück und verschärft ihre Darstellung indem sie kritisiert, dass die Mitarbeiter an der Basis nicht nur nicht gefragt werden, sondern dass ausdrücklich gegen ihren Rat („*um Gottes Willen: das geht nicht!*“) Veränderungen durchgesetzt werden („*und ob das geht!*“), die dann „*’nen halbes Jahr später*“ wieder zurückgenommen werden. Als wenig wertschätzend bewertet die Interviewte dabei, dass das Management seinen Irrtum dann nicht einmal zugibt („*dann kommt auch keiner: „Wir hatten Unrecht, Ihr hattet Recht.*““). Diese Vorgehensweise lässt die Befragte zu der Vermutung gelangen, dass manche Veränderungen nicht wirklich mit dem Ziel der Verbesserung durchgeführt werden, sondern ausschließlich um Einsparungen zu realisieren („*mitunter steckt eigentlich nur dahinter einzusparen*“). Als ernsthaft gemeinte Organisationsentwicklung werden von dieser Mitarbeiterin nur Projekte wahrgenommen, die dazu dienen, Arbeitsprozesse zu verbessern und die keine ausschließlichen Sparmaßnahmen darstellen.

In der Zusammenschau der Aussagen zur Kategorie Organisationsentwicklung stellen sich Prozesse der Veränderung und Weiterentwicklung in ihrer Bewertung auch als eine Frage der Kultur dar. Zielt Organisationsentwicklung auf die Verbesserung der Arbeitsprozesse und -ergebnisse ab und knüpft an Vorhandenes im Sinne der Weiterentwicklung an, stehen Mitarbeitende den Veränderungen positiv gegenüber. Werden die Neuerungen im Management beschlossen und zur Umsetzung an die Mitarbeitenden an der Basis weitergegeben, erleben die Beschäftigten die Entscheidungen als über ihren Kopf hinweg getroffen und können diese entsprechend kaum mittragen. Prozesse der Organisationsentwicklung werden von den Pflegenden auch hinsichtlich des zu erwartenden Nutzens für das eigene Arbeitsfeld bewertet. Kann die Verbindung zur eigenen Arbeit nicht hergestellt werden, wird die Notwendigkeit der Veränderung schnell in Zweifel gezogen. Förderlich für das Gelingen von Prozessen der Organisationsentwicklung scheint zu sein, wenn die Mitarbeitenden früh in die Planung von Veränderungen einbezogen werden. So gilt es einerseits die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der Veränderung gemeinsam zu erörtern und der Expertise der Mitarbeitenden im Handlungsfeld einen Stellenwert einzuräumen. Andererseits erscheint es hilfreich, wenn Teilziele und erforderliche Ressourcen für die Veränderung mit den Mitarbeitenden gemeinsam formuliert werden. So können Neuerungen von allen Beteiligten mitgetragen werden. Insgesamt wird deutlich, dass Organisationsentwicklung von den Mitarbeitenden immer auch daran gemessen wird, inwieweit sich ihre Arbeitsbedingungen dadurch verbessern oder verschlechtern. Wenn erlebt wird, dass Organisationsentwicklung auf Kosten der Mitarbeitenden stattfinden soll, wird diese als nicht wertschätzend erlebt. Ziel sollte es sein, Erwerbsarbeit so zu gestalten, dass sie die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden fördert und erhält.

5.1.1.14 Personalentwicklung

Persönliche Weiterentwicklung durch Bildung als lebensbegleitenden Prozess wird von den befragten Pflegenden in unterschiedlichen Zusammenhängen thematisiert. Aus-, Fort- und Weiterbildung dienen zunächst einmal dazu, auf berufliche Anforderungen vorbereitet zu sein und über eine breite Wissensbasis zu verfügen. Thematische Spezialisierungen und Einarbeitungskonzepte zielen in eine entsprechende Richtung. Bildung wird aber auch in einen Zusammenhang gestellt mit persönlichem Wachstum. Darüber hinaus thematisieren die Befragten Aspekte der alternsgerechten Arbeit und der Unterstützung bei Problemlösungen.

Stehen Mitarbeitende vor der Übernahme neuer Aufgaben bzw. einem Wechsel des Arbeitsbereiches, werden Bildungsmaßnahmen als sinnvoll erachtet.

„Ich habe die Notwendigkeit schon gespürt als ich von der Krankenpflege in die Altenpflege dann äh: umgesattelt war. Und da hab ich schon gedacht, also so äh:- ich wollte schon, dass ich auch mit mir zufrieden bin, dass ich auch 100 prozentig, dass ich auch meinen Job machen kann. Und darum bin ich in meinem eigenen Interesse, bin ich nochmal in die Weiterbildung. Das war im Rahmen der äh: leitende Pflegefachkraft, so was. Aber da hab ich auch viel so was Altenpflege angeht, hab ich auch viel dazu gelernt. Und äh: das fand ich schon ganz gut. Und auch diese- in der Altenpflege ist es auch sehr schwierig mit den Gesetzen.“ (I14, 17)

Damit sie ihren „*Job machen kann*“ und dabei mit ihrer eigenen Leistung auch „*zufrieden*“ sein kann, hat diese interviewte Person an einer Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen als sie den Arbeitsbereich gewechselt hat. Auch wenn sie den Titel der Veranstaltung nicht mehr genau erinnert, hat sie viel über ihr neues Arbeitsfeld „*dazu gelernt*“ was ihr für ihren beruflichen Alltag von Nutzen war. Inhaltlich ging es dabei nicht nur um die personenbezogene Pflege, sondern auch um die rechtlichen Regelungen, die für das neue Tätigkeitsfeld relevant sind. Ein anderer Befragter macht deutlich, dass die Teilnahme an Weiterbildungen nicht nur vom Interesse der Mitarbeitenden abhängt, sondern immer auch eine Frage der Finanzierung ist. Weiterbildungen sind in der Regel teuer und viele Pflegende sind deshalb auf die finanzielle Unterstützung ihrer Arbeitgeber angewiesen.

„Und ich bin deswegen auf die Intensiv gegangen weil ich mich eigentlich spezialisieren wollte (2). Ich hätte auch gerne- sehr gerne die Fachweiterbildung gemacht, aber ich hab’ zu einem Zeitpunkt auf die Intensiv gewechselt- ich bin im Jahr 2000 äh ins (Name Klinik) auf die Intensiv gegangen, auf die kardio-chirurgische Intensiv, mhm: aber es is so, dass immer mehr Häuser dazu übergegangen sind, ähm: die Fachweiterbildung nicht mehr anzubieten, nicht mehr zu **bezahlen**, und ich selber kann das nicht bezahlen, weil das sind 20.000 Euro, die ich da aufbringen müsste, und ich wäre- ich krieg das am Ende der Ausbildung auch nicht rückvergütet.“ (I9, 15)

Dieser Pflegende stellt dar, dass der Wechsel in einen anderen Arbeitsbereich verbunden war mit dem Entschluss, sich weiterbilden zu wollen. Der Wunsch nach fachlicher Spezialisierung führte zum Wechsel auf die Intensivstation. Eigentlich war für ihn damit auch die Teilnahme an der „*Fachweiterbildung*“ verbunden. Jedoch war das Haus „*dazu übergegangen, die Fachweiterbildung nicht mehr anzubieten, nicht mehr zu bezahlen*“. Da der Befragte sich nicht in der Lage sieht, Kosten in Höhe von „20.000 Euro“ zu bezahlen, verzichtet er auf die Fachweiterbildung und arbeitet trotzdem im neuen Arbeitsbereich.

Können die hohen Kosten für eine Weiterbildung einerseits dazu führen, dass Mitarbeitende sich die gewünschte Bildungsmaßnahme nicht leisten können, behindern teilweise auch die Vergabemodalitäten eine Passung zwischen Bildungsangebot und Mitarbeitender/m.

„Ja ich weiß nicht, ob das ein Missverständnis bei uns auf der Station ist, oder, auf jeden Fall hat bei uns jemand eine Fortbildung, eine ziemlich gute, eine ziemlich lange gekriegt, die sie gar nicht haben wollte. Und andere, die gesagt haben ‚ich würde ganz gerne‘, die stehen auf einer Liste [...] irgendwann in zwei, drei Jahren.“ (I 26,114)

Die Kriterien, nach denen festgelegt wird, welche Mitarbeitenden an welchen Fortbildungen teilnehmen, scheinen mancherorts unklar zu sein. Wie hier beschrieben wird, geht die Vergabepaxis an den Interessen der Mitarbeitenden vorbei. Eine Pflegende, die gerne an einer Fortbildung teilnehmen würde und thematisch entsprechend interessiert ist, darf an der Fortbildung nicht teilnehmen und wird auf einen späteren Zeitpunkt verwiesen („*stehen auf einer Liste (...) irgendwann in zwei, drei Jahren*“), während eine Kollegin, die sich für die Fortbildung nicht interessiert („*die sie gar nicht haben wollte*“) an dieser Fortbildung teilnehmen muss. Eine derartige Vergabe von Fortbildungsteilnahmen entgegen der Interessenlage der Beschäftigten wird als kontraproduktiv und wenig wertschätzend bewertet. Jedoch kann bei der Auswahl der Bildungsangebote nicht nur das Interesse der Mitarbeitenden ausschlaggebend sein, sondern auch die Relevanz für ihr Aufgabengebiet sollte Berücksichtigung finden.

„Also ich hatte die kurz per E-Mail bekommen, diese Fortbildung, und dachte mir, ach naja, musste jetzt auch nicht gleich ausdrucken, ne, es war ja nun gerade. Aber meine Kollegin hat die ausgedruckt, und die hing schon da, und die haben sich da **schon** angemeldet, ne. Ja und dann hab ich heute mit dem Kaufmann gesprochen, hab gesagt, dass ich das nicht in Ordnung finde, also wir hatten das schon mal gesagt, morgen haben wir Teamsitzung, da werden wir es **wieder** sagen, dass das natürlich erst mal mit **mir** abgesprochen werden muss, weil ich muss ja schon gucken, ähm, ist das für diese Kollegin **wichtig** diese Fortbildung, so jetzt für ihre **alltägliche Arbeit** äh oder **eben nicht**.“ (I6, 236)

In diesem Interviewauszug wird beschrieben, dass sich die Mitarbeitenden sehr schnell zu einer Fortbildung anmelden, wenn entsprechende Angebote publik gemacht werden. Aus Sicht der Leitung ist es aber ihre Aufgabe, den Fortbildungsbedarf insgesamt einzuschätzen („*es war ja nun gerade*“), und auch für jede Mitarbeitende im Einzelfall abzuwägen, „*ist das für diese Kollegin **wichtig**, diese Fortbildung, so jetzt für ihre **alltägliche Arbeit oder eben nicht***“. Deutlich wird hier, dass der Nutzen der Fortbildung für die „**alltägliche Arbeit**“ ein wichtiges Entscheidungskriterium zu sein scheint. Fortbildungen, die diesen unmittelbaren Nutzen haben, werden möglicherweise eher bewilligt, als Fortbildungen, die nur den Interessen der Mitarbeitenden entsprechen und nicht unmittelbar verwertbar erscheinen.

Besonders im Bereich der Entwicklung von Führungskräften werden Bildungsmaßnahmen als wichtige Voraussetzung bewertet, um den besonderen Herausforderungen gewachsen sein zu können.

„Damals als gerade mal 21 jährige frisch Examierte, die ihren Job gut machen wollte, die beweisen wollte, dass sie den Anforderungen, die da gestellt worden sind, nämlich also so ne kleine Schicht zu leiten und die Patienten gut zu versorgen, und auch Schüler auszubilden äh: das alles gut machen wollte. Äh: daran scheitern **musste** einfach, war eigentlich von vorn herein klar. Nur war mir das damals- war mir das damals in der Position gar nicht klar. Also ich hab da immer gekämpft und gemacht und versucht diesen Anforderungen zu entsprechen, die ich gar nicht entsprechen konnte. Einfach, weil ich das Wissen noch nicht hatte (2) äh: was dazu gehört einfach n Mitarbeiter auch n Stück zu führen. Ähm: kann man nicht, wenn man gerade frisch examiniert ist, also ja, da bedarf man selber noch nen gewisses Stück der Führung. Und ähm: mich dem allen zu stellen und dann von vornherein so ins offene Messer gerannt bin, ja, das war zum Scheitern verurteilt.“ (I30, 43)

Als „*ins offene Messer gerannt*“ beschreibt diese Pflegende den Prozess ihrer Berufseinmündung, bei der sie Aufgaben der Schichtleitung übernommen hat, ohne die dafür notwendigen Kompetenzen zu besitzen. Im Nachhinein bewertet sie diesen Anspruch als zum Scheitern verurteilt und stellt dar, dass sie als Berufseinsteigerin gar nicht über das erforderliche Wissen verfügte und auch nicht über die persönlichen Eigenschaften, die es ihr erlaubt hätten, andere Mitarbeitende zu führen („*da bedarf man selber noch nen gewisses Stück der Führung*“). Da sie damals die Situation gar nicht vollständig erfassen und verstehen konnte, hat sie „*da immer gekämpft und gemacht und versucht, diesen Anforderungen zu entsprechen*“. Da aber eben das erforderliche Wissen dafür nicht vorhanden war, konnten die Anforderungen nicht bewältigt werden. In der Perspektive der Personalentwicklung stellt sich der beschriebene Prozess als äußerst fragwürdig dar, wenn junge Mitarbeitende mit Aufgaben betraut werden, bei denen eine Überforderung zu erwarten ist.

„Und dann hab ich da drei Jahre gearbeitet und dann war es so, dass die, ähm: Vertretung sich versetzen lassen hat, die ist dann in den OP gegangen aus den verschiedensten Gründen. Und dann hat mich meine Leitung gefragt, ob ich nicht Vertretung werden möchte. Da war ich glaub ich, 24. Also ganz jung. Und dann hab ich gesagt ok, Vertretung kann ich ja machen und äh das Problem daran war nur, dass meine Leitung dann n halbes Jahr später auch erkrankt und aus diesem Krank nicht wieder gekommen ist. Und dann bin ich holter di polter war ich Stationsleitung ((lacht)) und musste dann, äh: - also dann kam die Pflegedienstleitung auch nochmal auf mich zu und hat gesagt, ja, dann musste noch n Kurs machen, aber das machen wir dann alles in zwei Jahren, dass kriegen wir alles so schnell nich hin und so.“ (I28, 135)

Auch mit drei Jahren Berufserfahrung beschreibt sich diese Pflegende noch als „*ganz jung*“ und damit eher nicht kompetent, eine Führungsposition zu übernehmen. Sie lässt sich dennoch auf die Übernahme einer stellvertretenden Leitungsposition ein („*ok, Vertretung kann ich ja machen*“), weil es ja nur eine Vertretung ist und sie quasi in zweiter Reihe stehen kann. Durch die Erkrankung ihrer Vorgesetzten ist sie dann „*holter di polter*“ Stationsleitung geworden. Anstatt die Pflegedienstleitung darauf mit einer sofortigen Qualifizierungsmaßnahme reagiert, wird der Befragten „*n Kurs (...) in zwei Jahren*“ in Aussicht gestellt, weil das kurzfristig nicht zu organisieren sei. Auch hier wird bewusst

entschieden, dass Mitarbeitende Aufgaben übernehmen, ohne dafür ausreichend qualifiziert zu sein. Damit wird eine Überforderung der Mitarbeitenden bewusst in Kauf genommen.

Wenn Führungspersonen in Situationen der Überforderung geraten, können sie auch weitergehende Unterstützung erhalten.

„Ich (...) hab mich dann an meine Oberin gewandt und hab' gesagt, ich kann jetzt auch langsam diesen Frust im Team nicht mehr auffangen, (2) und äh: die hat mir dann einen Coach empfohlen, bei dem war ich drei mal. Und, gut, der hört zu, man kann sich da mal richtig auskotzen auf gut Deutsch. Und der hat dann auch gesagt, ich würde an Ihrer Stelle auch gar nicht mehr einspringen. Und da hab ich gesagt, dass ist für mich äußerst schwierig. Ähm: zu sagen „so ich komm jetzt nicht, einer von Euch ist dran“. Da sacht er, da müssen se sich einfach abgrenzen, und das musst ich dann eben noch in der Zeit lernen. Und so mit seiner Unterstützung ging das auch ganz gut.“ (I31, 30)

Diese Pflegende mit Leitungsaufgaben berichtet, dass ihre Vorgesetzte ihr die Unterstützung durch einen Coach ermöglicht hat, als sie vor scheinbar unlösbaren Aufgaben in ihrem Team stand (*„ich kann (...) diesen Frust im Team nicht mehr auffangen“*). Dort erlebte sie Supervision (*„mal richtig auskotzen“*) und Ermutigung, sich von ihrem Team abzugrenzen. Das Coaching erlebte sie als erfolgreich, um einen Lernprozess zu durchlaufen (*„mit seiner Unterstützung ging das auch ganz gut“*). Wenn Pflegende mit neuen, ungewöhnlichen oder sie überfordernden Aufgaben konfrontiert werden, erscheint eine angemessene Begleitung sinnvoll, um die persönliche Entwicklung fördern und Traumata vorbeugen zu können. Dieser Umstand trifft sowohl für in ihren Arbeitsfeldern etablierte Pflegende als auch für einzuarbeitende Berufspersonen zu.

„Das weiß ich noch wie heute ((lacht leise)), weil den ersten Tod, glaub ich, vergisst man nie. Wir wollten zum Frühdienst gehen und meine ähm: Kollegin wollte nach links gehen ins Badezimmer und die Bewohnerin- ach Bewohnerin, Patientin war ähm: bettlägerig, und ich sollte die halt mit jemand anderes halt noch versorgen. Und ich sach so mh: (3) ich sach so, die is ganz- weil ich so gemacht hab, Guten Morgen und so, ich sach so, die is ganz kalt. Und ich- weil ich, wie gesagt, noch nie jemanden gesehen hab, und die guckten nur aufs Gesicht, jetzt weiß ich das auch mit dem Dreieck, ja die is tot. Ja und dann bin ich ausm Zimmer raus, musste mich erstmal übergeben, weil ich das, wie gesagt, nich kannte. Und ähm: hab erstmal mich hinsetzen müssen, ähm: und hab die ganze Zeit nur geweint und durfte dann nach Hause gehen. Also nach nem Gespräch, die haben dann mit mir dann halt noch über den Tod halt gesprochen und ähm: dann durfte ich nach Hause gehen. Am nächsten Tag sollte ich dann wiederkommen, aber ich sollte eigentlich mich selber erstmal drauf vorbereiten und das auch verarbeiten was da alles passiert is. Und das war sehr sehr schwer. Und dann hab ich erst nach der ersten Woche meine, meiner Mama gesagt, ich sag so, „ich glaub' ich hör' auf“.“ (I16, 32)

Die unvorbereitete Begegnung mit einem verstorbenen Menschen beschreibt diese Pflegende als derart belastend, dass außer körperlichen Reaktionen (*„musste mich erstmal übergeben“*, *„hab' die ganze Zeit nur geweint“*) sogar von ihr der Berufsausstieg in Erwägung gezogen wurde (*„ich glaub', ich hör' auf“*). Obwohl die Kollegen in der Lage

waren, den eingetretenen Tod zu erkennen, wurde sie vor der überraschenden Erfahrung nicht geschützt oder darauf vorbereitet, um mögliche Auswirkungen zu mindern. Auch im Nachhinein bleibt sie nach einem Gespräch auf sich alleine gestellt und soll das Erlebte selbst verarbeiten und sich selbst auf kommende Ereignisse vorbereiten („*sollte eigentlich mich selber erstmal darauf vorbereiten und das auch verarbeiten*“). Haben in diesem Fall die erfahrenen Kollegen die Interviewpartnerin nicht ausreichend auf die Situation vorbereitet, kann Einarbeitung aber auch von als nicht ausreichend qualifiziert erlebten Mitarbeitenden durchgeführt werden.

„Ich bin eingearbeitet worden, da waren auch ganz viele krank als ich dahin gekommen bin, aber ich bin eingearbeitet worden von einer studentischen Aushilfe, die Sprachen studiert. Die also nichts mit dem Krankenhaus letztendlich zu tun hat. Und so hab ich hier angefangen.“ (I28, 131)

Dieser Interviewpartner berichtet von einer eher nicht stattgefundenen Einarbeitung („*Und so hab ich hier angefangen.*“), weil diese von einer fachfremden studentischen Aushilfe durchgeführt wurde. Die Tatsache, dass diese „*nichts mit dem Krankenhaus letztendlich zu tun*“ hatte, zeigt für ihn, dass er nicht richtig eingearbeitet werden konnte. Er erklärt dies mit dem damaligen Krankenstand auf der Station. Durch die nichtqualifizierte Einarbeitung hatte er aus seiner Sicht einen schwierigeren Start auf der Station.

Beziehen sich die Aussagen der Befragten zu Bildungsprozessen einerseits auf die Vorbereitung auf neue Anforderungen, stellen sie auch dar, dass für erfahrene ältere Mitarbeitende Bildungs- bzw. Entwicklungsangebote erforderlich wären, die deren Erfahrungsschatz aufgreifen und ihnen eine altersgerechte Berufstätigkeit ermöglichen.

„Da müssten auch noch ganz andere Mechanismen entstehen. Was mach ich-, die haben ein **hohes** Potenzial an Erfahrung, das gar nicht ausgeschöpft wird, meines Erachtens, das wird überhaupt gar nicht beachtet, die aber dann halt-, körperlich können die halt nicht mehr oder psychisch durch die anstrengenden Nachtdienste, und dann haben sie noch Familie, oder so. Da wird halt noch viel zu wenig gemacht, dass man guckt äh wie kann ich das Wissen von denen **anwenden**? Wie kann ich die vielleicht anders einbringen in das ganze System 'Krankenhaus' oder 'Gesundheit', ne, das is so **frustrierend** und das sehe ich andauernd.“ (IP4, 370)

Als „*frustrierend*“ beschreibt diese interviewte Person den Umstand, dass im System keine Möglichkeiten vorhanden sind, auf die besonderen Bedürfnisse älterer Mitarbeitender einzugehen, die zwar einerseits weniger belastbar werden, andererseits aber über ein „*hohes Potenzial an Erfahrung*“ verfügen, das „*überhaupt gar nicht beachtet*“ wird. Die im Laufe des Berufslebens erworbenen Kompetenzen werden nicht wertgeschätzt und nicht genutzt („*wie kann ich das Wissen von denen **anwenden**?*“). So bleiben einerseits Wissensressourcen unerschlossen, andererseits erleben sich die älteren Mitarbeitende als

weniger leistungsfähig als die jungen. Um die Aussicht auf eine altersgerechte berufliche Position zu verbessern, kann frühzeitige Qualifizierung sinnvoll sein.

„Und ich sag noch immer- und das sag ich allen unseren Kräften, wir machen seit vier Jahren die Ausbildung, wir haben eigene Schüler hier im Haus, bilden auch eigene aus. Und sag ich allen Mitarbeitern, die jünger sind: Jetzt ist die Zeit umzuschulen noch. Oder die Ausbildung zu Ende zu machen. Weil die Examinierten haben noch mehr Möglichkeiten. Ob das Wohnbereichsleitung, Mentor – das ist Schüler auszubilden – , ob das dann noch mal geht, Unterricht zu geben, ne, ob das sich **weiter** in der Pflege, Gerontologie, weiterzubilden, um einfach in diesen Jahren, ja wenn man sechzig is, vermischt sich das, wer pflegt wen? Und wir müssen bis fünfundsechzig arbeiten. Wir haben jetzt ein Stamm Mitarbeiter ((seufzt schwer)), ja, die werden so getragen.“ (IP10,131)

Solange man jung ist, sollte man sich aus Sicht dieser Befragten so weit qualifizieren, dass man für spätere Zeiten („*wenn man sechzig ist*“), wenn man nicht mehr so leistungsfähig ist („*das vermischt sich das, wer pflegt wen?*“) gute Voraussetzungen hat, andere Tätigkeiten wie Leitungsfunktion, Ausbildung oder eine bestimmte Expertenrolle zu übernehmen. Dies kommt sowohl der eigenen Person zu gute als auch dem Team dem man zugeordnet ist. Findet solche Personalentwicklung nicht statt, entsteht leicht eine Gruppe von älteren Mitarbeitenden, deren verminderte Leistungsfähigkeit vom restlichen Team kompensiert werden muss („*Wir haben jetzt ein Stamm Mitarbeiter, ja, die werden so getragen*“). Bildungsförderung in diesem Sinne erfasst also nicht nur die Berufseinmündung sondern auch die Beendigung des Erwerbslebens.

Wertschätzende Personalentwicklung zeichnet sich aus Sicht der Befragten insgesamt dadurch aus, dass sie Bildungsangebote für die einzelne Mitarbeitende individuelle auswählt. Kriterien der Auswahl können dabei neben den Interessen der Mitarbeitenden und dem inhaltlichen Bezug zum Arbeitsbereich insbesondere die Vorbereitung auf tatsächliche oder mögliche Anforderungen der Berufsarbeit sein. Werden Mitarbeitende mit Aufgaben betraut, für die sie sich nicht ausreichend qualifiziert fühlen, erleben sie dies als das bewusste in Kauf nehmen von Überforderung und Belastung durch die Vorgesetzten. Hier fühlen sich die Mitarbeitenden nicht mehr als Mensch und Kollege gesehen. Dient Bildung der Verbesserung von Fachlichkeit und wird daher vom Arbeitgeber genutzt, wird erwartet, dass die Kosten dafür auch übernommen werden. Schließlich sollte Personalentwicklung nicht nur aktuelle Qualifizierungsbedarfe aufgreifen, sondern sich an der Lebensspanne des Mitarbeitenden orientieren, das heißt, frühzeitig in den Blick nehmen, mit welchen Aufgaben die einzelne Person in welchem Bereich arbeiten kann, wenn mit zunehmendem Alter die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit abnehmen. Wertschätzende Personalentwicklung wäre aus Sicht der

Pflegenden am ehesten mit Konzepten der individuellen Entwicklungsplanung zu erreichen.

5.1.1.15 Führung

Führungskräfte sind eine bedeutsame Quelle von Anerkennung für die Mitarbeitenden. Sprechen die Pflegenden über ihre Vorgesetzten wird deutlich, dass die Art und Weise wie diese mit ihnen – auch in schwierigen Situationen – kommunizieren und interagieren darüber entscheidet, inwieweit sie sich ernst genommen und geachtet fühlen. Transparenz von Entscheidungsprozessen und Partizipation sind dabei positiv bewertete Merkmale. Von besonderer Bedeutung für die Pflegenden ist die Art und Weise, wie ihre Hilfsbereitschaft bei plötzlichen Arbeitsengpässen in Anspruch genommen wird. Hier wird von guten Führungspersonen erwartet, dass sie die Mitarbeitenden nicht über die Maße belasten und sich sogar eher vor sie stellen, sie vor zu starker Belastung schützen. Führungspersonen selbst erleben sich in einer Mittlerrolle zwischen Unternehmensleitung und Mitarbeitenden, der sie oft nicht zufriedenstellend gerecht werden können.

Durch restriktive Rahmenbedingungen und hohe Arbeitsbelastung kommt es immer wieder zu Personalausfällen, die kurzfristig kompensiert werden müssen. Gerade aber das Einspringen erleben Pflegende als belastend. Führungskräfte stehen in der Verantwortung, kurzfristige Dienste gerecht zu verteilen.

„Auf der anderen Seite ist natürlich wenn jetzt jemand im=im=im Spätdienst ausgefallen ist, dann guckt man überlegt man vielleicht, wie ist der Frühdienst besetzt. Kann ich einen nach Hause schicken, dass der heute Nachmittag wieder kommt. Kann ich das mit dem verhandeln und besprechen. Da ist natürlich oftmals auch ein Nein. Wer macht das auch gerne. Und dann muss man sich natürlich auch hinsetzen und dann telefoniert man den Dienstplan von oben nach unten ab, erstmal guckt man wer hat wann noch gearbeitet, wieviel Überstunden hat der ein oder andere denn noch und kann ich den überhaupt anrufen. Ruf ich den dann auch an und dann muss man natürlich auch immer äh=äh die Wahl der Worte ((lacht)) ne, Engelszungen müssen dann reden, und dass man dann bittet, dass er doch vielleicht kommt. Ja, aber da hat man dann oftmals auch keine Möglichkeit, wobei der größte Teil sacht, ja ich komm.“ (IP28, 108)

Die Interviewpartnerin stellt dar, dass kurzfristige Personalausfälle ebenso kurzfristig kompensiert werden müssen. Zunächst prüft sie, inwieweit bereits anwesende Mitarbeiter/innen zeitnah von der Arbeit befreit werden können, um dann später wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren und im Spätdienst weiter zu arbeiten. Diese Option muss ausgehandelt werden und führt oft nicht zum Erfolg („*Da ist oftmals auch ein Nein.*“). Dann „*telefoniert (sie) den Dienstplan von oben nach unten ab*“. Dabei wägt sie ab, wer bereits wie viele Überstunden hat, wer wann gearbeitet hat und bei welchen Personen es überhaupt probat ist, anzurufen („*kann ich den überhaupt anrufen*“). Die stattfindenden

Telefongespräche erscheinen schwierig zu sein, wenn „Engelszungen (...) dann reden (müssen)“ und „man dann bittet, dass er doch vielleicht kommt“. Der Hinweis auf die oftmals fehlenden Handlungsmöglichkeiten weist auf einen hohen Druck hin, der in diesen Situationen erlebt wird. Die meisten Mitarbeitenden scheinen diesen Druck zu antizipieren, wenn sie sagen „ja ich komm“. Einspringen könnte als zum Beruf dazugehörig bewertet werden.

Die Bereitschaft der Mitarbeitenden, auch kurzfristig mehr zu arbeiten birgt, die Gefahr der Überlastung. Diese befragte Führungsperson weist darauf hin, dass die Pflegenden die Möglichkeit haben müssen, eigene Überlastung offen anzusprechen,

„Dann ist mir natürlich wichtig, so als Stationsleitung, dass die Teammitglieder mit dem Stress zurechtkommen, auch nen Ansprechpartner haben, wo sie mal sagen können, „ich kann jetzt nicht mehr, kannst Du übernehmen?“. Dass diese Offenheit da ist, und dass man auch durchaus mal Schwächen zugeben kann und sagen kann „ich kann nicht mehr“. Das ist mir sehr wichtig, und dass man das auch versucht aufzufangen.“ (IP31, 4)

Pflege ist eine Arbeit mit Stress. Um negativen Auswirkungen der Arbeitsbelastung vorzubeugen, erachtet es diese Interviewpartnerin als erforderlich, dass Mitarbeitende eigene Überlastung erkennen und sich Unterstützung holen („ich kann jetzt nicht mehr, kannst Du übernehmen?“). Sie sieht ihre Aufgabe darin, eine Atmosphäre zu schaffen, in der das möglich ist, dass man „Schwächen zugeben kann“. Darüber hinaus sieht sie sich auch in der Pflicht, bei Situationen der Überlastung Abhilfe zu schaffen und die Situation „aufzufangen“. Dazu kann es auch gehören, die Belastungsgrenzen der eigenen Mitarbeitenden gegenüber Begehrlichkeiten anderer Berufsgruppen zu verteidigen.

„Weil dann der Doktor, der Oberarzt so sagte „ja wieso kann denn die andere Nachtwache denn nicht noch zwei Nächte dranhängen?“. Ich sach „die hängt auch noch zwanzig Nächte dran, aber dann is die tot, und da hab ich keine Lust zu, dass machen wir nicht.“ Und dann hat er die Augen verdreht, dann hab ich gesagt, „da kannst die Augen verdrehen wie du willst. Ich muss auch n bisschen auf mein Personal achten. Wenn ich die frage, macht die das, keine Frage. Aber das machen wir **nicht**.“ „Das machen wir nicht, weil“ ich sach „das is die nächste die dann krank is und die dann wieder bei uns fehlt. Und die wir wieder kompensieren müssen. Jetzt is Schluss.“ So. Ich sollte nicht so aggressiv sein, ich sach „ich werd gleich noch lauter und noch aggressiver, wenn das nich langsam jetzt in Eure Köpfe reingeht.“ (IP31, 17)

Dieser Interviewauszug macht die Schutzaufgabe von Führungskräften deutlich. Um die Abläufe in Gang zu halten, fragt der Oberarzt an, ob die aktuelle Nachtwache nicht noch „zwei Nächte dranhängen“ könnte. Die Interviewpartnerin weist diese Anfrage rigide zurück und verweist darauf, dass die Belastungsgrenze der Mitarbeiterin erreicht ist, auch wenn die Person selbst „auch noch zwanzig Nächte“ dranhängen würde, also eine hohe Belastungsbereitschaft besäße. Die Konsequenz daraus, dass Pflegende immer wieder

Personalmangel „*kompensieren müssen*“, ist Überlastung die zu Krankheit und damit erneutem Ausfall führt. Die verwendete Formulierung „*dann is die tot*“ betont die Ernsthaftigkeit der Lage. Die anwaltschaftliche Vertretung der – auch gesundheitsbezogenen – Interessen der Mitarbeitenden kann als wichtiger Faktor für wahrgenommene Wertschätzung gelten.

Wie wichtig den Mitarbeitenden dieser Schutz vor Überlastung durch ihre Vorgesetzten ist, drückt folgende Interviewpassage aus, die diese Verantwortlichkeit vermissen lässt.

„Man wird immer wieder gefragt, und man wird immer wieder gezwungen nein zu sagen oder eben zuzusagen. Das ist ähm: - und wenn man dann nein sacht oder- ich musste mich mal krankmelden und hatte angerufen. Und da sachte sie „ja: wie, krank, was soll ich denn jetzt machen?“ Ich so, „**das weiß ich nicht**, ich **kann nicht** zur Arbeit kommen, ich bin krank.“ „Ja, dann müssen wir jetzt mal überlegen, wie wir das machen wollen.“ Wie **wir** das machen wollen. Da brauch ich dann doch nicht weiter überlegen, ich bin krank, hab mich abgemeldet und möchte meine Ruhe haben. Da möchte ich nicht drüber nachdenken, wie ich und die Leitung darüber beratschlagen können, wie wir das machen können, dass ich jetzt **krank** bin. Das ist (2)- find ich dann schon manchmal n bisschen- ((lacht leise)) also das kann ich kaum noch **ernst** nehmen manchmal.“ (...) und bin dann zu ihr hin (2) und sachte „Du, ich muss jetzt ins Krankenhaus. Ich kann heute und die nächsten Tage nicht arbeiten.“ Und dann- oh und das werd ich nie vergessen- das war, das schlimmste was mir also- dann sagte sie nur „wie, fährst da ins Krankenhaus, was soll ich denn machen? Das- haste mal geguckt wie unser Dienstplan aussieht?““ (IP20, 16)

Diese Mitarbeiterin berichtet, dass sie sich in der Organisation betrieblicher Belange alleine gelassen gefühlt. Zunächst stellt sie dar, dass sie immer wieder angerufen wird, um einzuspringen. Sie fühlt sich „*immer wieder gezwungen nein zu sagen*“. Die Anfragen ihrer Vorgesetzten erlebt sie möglicherweise als belastend, wenn sie zur Verdeutlichung das Beispiel einer Krankmeldung anführt, bei der sie sich aufgefordert fühlte, selbst für Ersatz zu sorgen. Dies hingegen sieht sie in der alleinigen Zuständigkeit der Leitungsperson. Wenn sie krank ist, möchte sie nicht „*mit der Leitung beratschlagen (...)* wie wir das jetzt machen können, dass ich krank bin“. Als Kranke hat sie Anspruch auf Ruhe. Den Umstand, dass Leitungspersonen ihre Aufgaben nicht ausreichend wahrnehmen, verstärkt sie durch die Schilderung eines weiteren Vorfalls, bei dem sie ins Krankenhaus musste und ihre Vorgesetzte mit Hinweis auf den Dienstplan („*haste mal geguckt wie unser Dienstplan aussieht?*“) den Krankenhausaufenthalt in Frage gestellt hat. Dieses Vorgehen erlebte die Befragte als unangemessen und verletzend („*das war das Schlimmste*“). In Momenten der Krankheit erwartet die Interviewte Rückhalt, Schutz und Entlastung durch die Vorgesetzten, nicht jedoch die Übernahme zusätzlicher organisatorischer Aufgaben.

Der Aspekt der Fürsorge wird auch in anderen Interviews beschrieben und drückt sich beispielsweise im Zuhören oder der Anerkennung der Arbeitsleistung aus.

„Das ist das Bedürfnis der Kollegen genau. Dass die hier reinkommen können und sagen können „ich hab das und das Problem oder das und das hab ich erlebt“. Und das- die wollen sich das irgendwie so von der Seele reden. Und dann ja, muss ich- entwedernehm ich das an und sag ok, dass is so, oder ich würd das vielleicht so machen. Manchmal muss ich auch sagen „dass geht mir auch zu weit und ich kann Dir da jetzt auch nicht mehr helfen. Da bin ich auch der verkehrte Ansprechpartner.“ Da muss ich auch so n bisschen gucken, weil, wie geht’s mir dabei.“
(IP28, 23)

Pflegende möchten sich Probleme oder Erlebnisse „*irgendwie so von der Seele reden*“. Dadurch kann Belastung verarbeitet und Unterstützung erhalten werden. Dieses Zuhören wird von der/m Befragten als wichtig bewertet („*genau das Bedürfnis der Kollegen*“), stößt aber an eigene Grenzen. Für manche Fragestellungen ist sie „*der verkehrte Ansprechpartner*“ und das Gesprächsthema „*geht mir auch zu weit*“. Entsprechend grenzt sie sich ab, weil sie auch ihre eigene Belastbarkeit im Blick behalten möchte („*wie geht’s mir dabei*“). Grundsätzlich jedoch stellt diese Führungsperson das Zuhören und Eingehen auf Probleme der Mitarbeitenden als Führungsaufgabe dar, der sie eine Bedeutung für das Wohlbefinden der Mitarbeitenden beimisst.

Diese Sichtweise wird verstärkt durch die Darstellung einer/s Mitarbeitenden, die den Kontakt zu ihrer Vorgesetzten in einer schwierigen Situation gesucht hat.

„Das war das erste Mal, dass ich so gehandelt habe, es war einfach so ne extreme Situation. Und ich habe meine Chefin zuhause privat bei ihr angerufen, sie hatte nen schönen Abend, keine Ahnung, und ich komm dann da und stör sie. Aber sie hat mir zugehört mhm: sie hat mir nicht das Gefühl gegeben, dass ich irgendwas falsch gemacht hab. Das war schon schön. Das **brauchte** ich in dem Moment auch irgendwie. Hätte ich mir dann noch anhören müssen, dass ich anders hätte handeln müssen, ich glaub dann wär ich wirklich verzweifelt gewesen. Also das war in dem Moment genau das richtige.“ (IP20, 44)

Die/der Interviewpartner/in beschreibt eine Situation, in der er/sie die „*Chefin zuhause privat (...) angerufen*“ hat. Dieses Verhalten stellt für sie eine große Ausnahme dar („*das war das erste Mal, dass ich so gehandelt habe*“) und wird durch die Erlebnisstärke des Vorfalls gerechtfertigt („*es war einfach so ne extreme Situation*“). Die Art und Weise, wie die Vorgesetzte reagiert hat die/der Befragte als wertschätzend erlebt. Er/sie hat das bekommen, was er/sie gerade gebraucht hat. Als wichtig wird hier der Aspekt der Akzeptanz beschrieben. Die Führungskraft hat durch vorbehaltloses Zuhören und den Verzicht auf Belehrungen der Pflegenden den Rücken gestärkt und einen positiven Gefühlszustand herbeigeführt. Hätte sie dies nicht getan, wäre die/der Pflegende „*wirklich verzweifelt gewesen*“. Auch in weniger extremen Situationen wird die positive Selbstwahrnehmung der Pflegenden als bedeutsam für ihr Wohlbefinden bewertet.

„In der Position, die ich ja jetzt ausfülle, also dass ich hier die Leitung übernehme, kommt ja noch der Aspekt dazu, dass ich nicht nur dafür zuständig bin, dass nur die Patienten zufrieden sind und gut gepflegt werden, und dass der Laden läuft. Sondern dass ich auch dafür verantwortlich bin, dass ähm: die Mitarbeiter, die ich habe, ähm: zufrieden sind mit ihrer Arbeit, mit ihrem Arbeitsumfeld und auch mit dem, was sie tun und vielleicht hier am Ende der Schicht rausgehen und denken „ja: also, das hab ich heute gemacht und da bin ich ganz zufrieden mit und das ist gut gelaufen.“ Ja, und dass äh: - und die nicht ständig mit so nem Gefühl nach Hause gehen „boah ich bin nicht fertig geworden und eigentlich hätt ich das vielleicht noch besser machen können und, hab gar nicht so die Zeit gehabt, äh: zu pflegen und mal da zu sein.“ (IP30, 6)

Diese Führungsperson beschreibt es als ihre Aufgabe, neben der Patientenzufriedenheit auch dafür verantwortlich zu sein, das „*die Mitarbeiter, die ich habe, zufrieden sind mit ihrer Arbeit, mit ihrem Arbeitsumfeld*“. Am Dienstende sollen die Mitarbeiter eine positive Tagesbilanz ziehen („*das ist gut gelaufen*“) und nicht mit dem Gefühl nach Hause gehen, sie hätten keine Zeit gehabt „*zu pflegen und mal da zu sein*“. In dieser Haltung kommt zum Ausdruck, dass es Aufgabe von Führungspersonen ist, auch unter schwierigen Bedingungen für eine positive Wahrnehmung der Arbeit durch die Mitarbeitenden Sorge zu tragen, indem die Erfolge in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt werden. Wenn Probleme auftreten, sollten Führungspersonen auf Seite der Pflegenden stehen.

„Wenn ich werde Probleme haben, dann geh ich nicht zu unserem Pflegedienstleiter. Das ist kein Sinn. Ich würde zu ihm nicht gehen. (3) Weil was höre ich? Da gibt mir sowieso keiner Recht. „Weißt du wie die Angehörigen sind? Du sollst so machen, dass die sich nicht beschweren.“ Ja, aber wie? Aber wer fragt mich, wie soll ich das machen? Wie schaffen meinen Dienst oder was? Da=da fragt keiner.“ (IP25, 132)

Dieser Interviewpartner berichtet, dass er sich im Konfliktfall von seinem Pflegedienstleiter nicht unterstützt fühlt und ihn deshalb auch gar nicht aufsuchen würde. Um Beschwerden von Angehörigen zu vermeiden, soll die Befragte so arbeiten, wie es die Angehörigen wünschen. Sie weiß aber nicht, wie das gehen soll („*wie soll ich das machen*“) und erlebt sich in ihrer Ratlosigkeit als nicht gesehen („*da fragt keiner*“).

Vorgesetzte, die den Pflegenden nicht den Rücken stärken („*da gibt mir sowieso keiner Recht*“) und sie bei der Bewältigung für sie schwieriger Situationen unterstützen, werden als wenig hilfreich und wertschätzend erlebt.

Die Anforderung, verschiedenen Interessen gerecht werden zu müssen, beschreiben die Führungspersonen als durchaus belastende Herausforderung.

„Wo ich halt mit- oder wo wahrscheinlich auch jede Leitung mit zu kämpfen hat, diese Dinge, den Mitarbeitern gerecht zu werden, die bei der Stange zu halten. Aber auch dem Haus letztendlich gerecht zu werden. Weil die haben uns ja eingesetzt dafür, dass wir auch die Interessen auch des Hauses nen Stück weit an die Mitarbeiter geben und das hier umsetzen. Dass der Laden dann auch in Anführungsstrichen irgendwie läuft. Und da ist man in so ner, äh: Situation die relativ ähm:, ja, zwiegespalten ist. Auf der anderen Seite hat man auch den ärztlichen Dienst, der nicht mit allem einverstanden ist und so des ist ja die dritte Komponente. Ja.“ (IP28, 26)

Die Interviewpartnerin führt aus, dass sie mit unterschiedlichen Ansprüchen konfrontiert ist. Auf der einen Seite stehen die Bedürfnisse der Mitarbeitenden, die „*bei der Stange*“ gehalten werden sollen, auf der anderen Seite gilt es, die ökonomischen Interessen des Arbeitgebers zu vertreten und sicherzustellen, „*dass der Laden läuft*“. Diese Situation erlebt die Befragte als „*zwiegespalten*“. Nicht zuletzt die Ärzte als „*dritte Komponente*“ führen dazu, dass diese Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse als Kampf erlebt haben – eine Wortwahl, die auf einen Konflikt- oder Kriegszustand hindeutet, bei dem es bestenfalls ein Unentschieden zu erreichen gibt mit gegebenenfalls Opfern auf beiden Seiten. In diesem Kampf fühlen sich die Führungspersonen ebenfalls wenig unterstützt.

„Ja, das war so, also die Pflege war sch- immer schon schwierig. Weil wir sind immer so in Sandwichsituationen, äh: Druck von unten, Druck von oben. Es is- hier passiert doch jeden Tag, wir sind in Sandwichsituation, von oben kriegen wir Anweisung was manchmal, **oftmals** nicht realisierbar ist. Aber wir müssen die aber **trotzdem** machen. **Wie:** das is, unsere Sache, so ungefähr. Wir werden einfach **im Stich** gelassen.“ (IP14, 68)

Diese Mitarbeiterin in einer Führungsposition beschreibt ihre Arbeit als „*Sandwichsituation*“, in der sie „Druck von unten“ und „Druck von oben“ erlebt. Die Umsetzung von „*Anweisungen von oben*“ hält sie für „*oftmals nicht realisierbar*“. In dem Auftrag diese Anweisungen „*trotzdem*“ umsetzen zu sollen, fühlt sie sich „*im Stich gelassen*“. Der Rückhalt und die Unterstützung durch Vorgesetzte sind also nicht nur ein Bedürfnis der Mitarbeitenden an der Basis. Er richtet sich vielmehr auch von Mitarbeitenden der mittleren Führungsebene an die oberen Führungskräfte.

Die besondere Herausforderung der Führungspersonen fasst der folgende Interviewauszug zusammen.

„Das ist schon schwierig. Weil das ist schon so n, ähm: so n Zwiespalt gewesen. Also, Vorgesetzter zu sein und dann aber trotzdem relativ menschlich zu reagieren.“ (IP28, 35)

In seiner Äußerung baut der Befragte eine Polarität auf zwischen Führungsrolle und Menschlichkeit und zeichnet damit ein Bild von Führung, dass hinsichtlich des Aspektes der Wertschätzung von Mitarbeitenden besorgniserregend scheint. Wenn „*Vorgesetzter zu sein*“ und „*menschlich zu reagieren*“ durch einen Graben („*Zwiespalt*“) getrennt sind, können der Aufbau und die Pflege einer Wertschätzungskultur in einem Unternehmen nicht gelingen. Die Thematisierung dieser Aspekte weist insgesamt auf die Bedeutung des Führungsstils für die Mitarbeitenden hin.

„Es gab wirklich Teamabende schon, wo dann auch mal äh: ne Kollegin gesagt hat: „Mach es mir vor, was Du von mir verlangst.“ Und dreimal gesagt hat: „Mach es mir vor. Wenn Du es schaffst in der Zeit, dann muss ich's auch schaffen.“. Dann hab ich n Problem mit mir, wo dann gesagt wurde: Ich bin in einer Position, ich muss nichts vormachen. Ich kann sagen, wie's gemacht wird.“
(IP11, 56)

Die Interviewpartnerin beschreibt, wie eine ihrer Mitarbeiterinnen sie aufgefordert hat, die Änderungen die umgesetzt werden sollen, zunächst selbst vorzumachen („*Mach es mir vor*“) und damit nachzuweisen, dass die Umsetzung möglich ist. In dieser Verpflichtung sieht sie sich als Führungsperson jedoch nicht. Vielmehr stellt sie dar, dass sie sich in einer hierarchischen „*Position*“ befindet, in der sie „*nichts vormachen*“ muss, in der sie die Machbarkeit der Veränderung nicht beweisen muss, sondern sagen kann „*wie's gemacht wird*“. Aus der Formulierung im Interview geht nicht deutlich hervor, inwieweit diese Überzeugung von der Interviewten selbst entwickelt wurde oder von einer anderen Person – möglicherweise aus einer höheren Hierarchieebene – übernommen wurde, wenn sie formuliert „*wo dann gesagt wurde: Ich bin in einer Situation...*“. Ob diese Haltung förderlich für Veränderungsprozesse ist, lassen die Ausführungen einer Mitarbeitenden der Basis fraglich erscheinen.

„Das is jetzt ne individuelle Entscheidung vom Haus. Und vor allen Dingen bei Neuerungen sollten se die Leute mit ran ziehen, die die dann umsetzen müssen. Die sollen mal ne Mitarbeitervollversammlung machen, **bevor** se etwas ändern. Und sagen „Leute wir wollen das so und so machen, **meint Ihr dass das geht?**“. Das bedeutet, Planung und aber auch immer wieder Kontrolle und=und mitnehmen und reden und, ausprobieren aus. Läuft das, was wir uns gedacht haben, was wir anders machen wollen, läuft das wirklich besser. Also auch nen Stück Reflexion.“
(IP11, 172)

Diese Äußerung beschreibt den Wunsch nach partizipativer Führung, bei der Mitarbeitenden an Entscheidungs- und Veränderungsprozessen von Anfang an beteiligt werden und nicht vor vollendete Tatsachen gestellt werden („*bevor se etwas ändern*“). Die Mitarbeitenden sollen in Bezug auf ihre Einschätzung der Realisierbarkeit befragt und auch an der formativen Evaluation beteiligt werden („*läuft das wirklich besser?*“). Entscheidungen und Ergebnisse im Verlauf sollen einer gemeinsamen „*Reflexion*“ unterzogen werden. In einem solchen Prozess fühlen sich die Mitarbeitenden in ihrer Praxisexpertise gesehen und wertgeschätzt. Dass ein solches Vorgehen nicht nur eine Wunschvorstellung ist, kommt im folgenden Zitat zum Ausdruck, in dem eine Führungsperson ihre Arbeitsweise beschreibt.

„Und äh: ich hab also schon so in die Wege geleitet, dass wir also gemeinsam Gespräche führen werden hier, also ich hab auch schon mit jedem schon gesprochen. Das wir also so:, Arbeitsgruppen bilden um zu gucken, was möchten wir verändern, ja, und vor allen Dingen, was brauchen wir, um solche Veränderungen auch wirklich durchzuziehen, ja. Es ist ja nicht nur mit dem Wunsch nach Veränderung getan. Man muss ja auch alle mitnehmen. Und da ist es nicht getan, dass nur ich

vorgebe zu sagen „wir machen das jetzt so.“. Um möglichst alle mitzunehmen, muss ich äh: von vornherein, dass offen machen und, äh: im Prinzip auch die, die hier arbeiten, mitgestalten lassen an der Veränderung. Ja, weil, die müssen hinterher arbeiten. Und=und auch nen gewissen Rhythmus finden.“ (IP30, 13)

Diese Führungsperson stellt dar, dass für sie Kommunikation die Grundlage für gelingende Veränderungsprozesse darstellt. Der persönliche Austausch mit jeder/m Einzelnen und im Team ist die Voraussetzung, „um solche Veränderungen auch wirklich durchzuziehen“. In Arbeitsgruppen wird erarbeitet, was verändert werden soll. Diese Form der Beteiligung erhöht aus Sicht der Interviewten die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung, weil alle unmittelbar in der Planung mitwirken und diese tragen („alle mitnehmen“). Die Dinge „offen machen“ und „die, die hier arbeiten, mitgestalten lassen“ bewertet die Befragte als wichtig, weil die Mitarbeitenden schließlich mit der Veränderung leben und sich arrangieren müssen („die müssen hinterher hier arbeiten und nen gewissen Rhythmus finden“). Mit der Haltung, Betroffene zu Beteiligten zu machen, drückt diese Führungsperson eine hohe Wertschätzung gegenüber ihren Mitarbeitenden aus, weil sie ihnen dadurch gleichzeitig signalisiert, dass sie die Kompetenzen besitzen, Veränderungen zu gestalten.

Genau in der Haltung und den Sichtweisen der Führungspersonen scheint eine wichtige Stellschraube für erlebte Wertschätzung bei den Mitarbeitenden zu liegen. Sagen, wie es geht bzw. wie es zu machen ist, steht einer Beteiligung von Anfang an gegenüber. Anscheinend hängt das Verhalten der Führungspersonen aber nicht nur von deren Ausbildung ab, sondern hat auch mit ihren persönlichen Eigenschaften zu tun.

„Ich mein, sie werden ja sicherlich keinen Mitarbeiter finden, der nich irgendwann mal gekränkt wurde oder wenig wert-, oder gar nicht wertgeschätzt wurde. Vielleicht is es auch, dass ein wenig so die Art und Weise, diese Gutsherrenart. (3) Wo ich also sagen muss ähm: diese ganzen Führungsseminare vom (Anbieter der Seminare / 7) für teuer Geld sind manchmal rausgeschmissenes Geld. Also man kann Kühen nicht das Fliegen beibringen, dass is einfach so. Gewisse Dinge hat man einfach und kann man, und kann man. Und die kann man auch mit nem großen Trichter im Führungsseminar- kann man manchen Menschen nicht eintrichtern, das is einfach so. Und das is einfach so, wo ich auch denke, das hat mich sehr verletzt, das hat mich gekränkt, das is auch nich die erste (2) Geschichte, äh:. Aber da macht man am besten nen Haken dran und ähm: ich kann nur so für mich sag'n, mich hat's nich demotiviert in meiner Arbeit. Vielen anderen Kollegen geht es damit so, die sag'n dann, oh ((langer Seufzer)) jetzt ham wir Juni, im Mai erst Urlaub. Äh: da wird so noch irgendwo Platz für n Krankenschein sein ne? Also diese Einstellung hab ich- also dieses demotivierende auch dabei, auch das is was, was meine Arbeitszufriedenheit ja schon mal kurzfristig absinken lassen kann, aber: letztendlich okay.“ (IP22, 131)

Dieser Interviewpartner resümiert aus den Schilderungen seines beruflichen Alltags, dass geringe oder fehlende Wertschätzung etwas ist, das alltäglich geschieht und jedem schon widerfahren ist. Sogar Kränkungen finden seiner Meinung nach immer wieder statt und

sind normal. Entscheidend für die daraus resultierenden Konsequenzen, die emotionale Bewertung der Betroffenen, ist für ihn die Art und Weise, wie es zu der geringen Wertschätzung kommt. Mit dem Begriff der „*Gutsherrenart*“ wählt er eine Allegorie, die ausdrückt, dass Kränkung und Verletzung aus einem überheblichen Verhalten resultieren, bei dem die Führungspersonen wie Gutsherren darüber bestimmen, was geschieht ohne Ansehen der Bedürfnisse der Beteiligten und auf den eigenen Vorteil oder das eigene Wohlergehen bedacht. Seiner Ansicht nach hängt ein solches Verhalten mit der Persönlichkeit der jeweiligen Führungsperson zusammen, da „*diese ganzen Führungsseminare*“ anscheinend kein angemessenes Verhalten der Teilnehmenden bewirken. Wenn Menschen keine positiven, d. h. nicht-gutsherrenmäßigen Führungseigenschaften besitzen, können diese durch Schulungen auch nicht sicher erreicht werden, genauso wenig, wie man „*Kühen nicht das Fliegen beibringen*“ kann. Die Folgen eines autokratischen Führungsstils sieht die befragte Person in Gefühlen des verletzt Seins, der Demotivierung und des Rückzugs, wenn sie beschreibt, dass Kollegen aktiv eine Krankschreibung anstreben bzw. in Aussicht stellen. Er selber erlebt zwar auch die Demotivation, macht aber, weil daran nichts zu ändern ist „*am besten nen Haken dran*“ und akzeptiert die Entscheidungen der Führungspersonen („*letztendlich okay*“). Insgesamt scheint auch hier die Loyalität zu Führungspersonen reduziert zu sein, was deren Akzeptanz und Gestaltungskraft einschränken dürfte.

Die Aussagen zum Aspekt Führung machen zusammenfassend deutlich, dass der Führungsstil und die Führungspersonen selbst eine große Bedeutung für das Wertschätzungserleben der Mitarbeitenden haben. Es wird deutlich, dass Führung hierbei mehr als Begleitung, als Anführung oder Gemeinschaft verstanden wird, denn als organisatorische Aufgabe. Erwartet werden von den Führungspersonen Schutz, Fürsorge und Rückhalt. Pflegende weisen häufig eine hohe Einsatzbereitschaft auf, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie – um die zu pflegende Menschen nicht im Stich zu lassen – zusätzliche Dienste übernehmen oder einspringen, was als belastend erlebt wird. Hier erwarten die Mitarbeitenden, dass Führungspersonen bei der Suche nach Personen, die einspringen könnten, die ihre individuelle Belastung berücksichtigen, und sie nicht immer wieder angerufen werden, obwohl sie schon oft Dienste übernommen haben und erschöpft sind. Diese Leistungsgrenzen gilt es auch gegenüber anderen Berufsgruppen zu verteidigen. Mitarbeitende erwarten von ihren Führungspersonen, dass diese sie vor Anfeindungen von außen schützen, sie in Konflikten nicht ausliefern sondern ihnen Rückhalt geben. Das heißt auch, dass mit möglichen Fehlern positiv umgegangen werden

soll. Führungspersonen sollen ein offenes Ohr für die Probleme der Mitarbeitenden haben und unterstützend agieren.

Diese umfassenden Anforderungen an Führung können auf Seiten der Personen mit Leitungsaufgaben zu Überforderung führen. Sie erleben sich in einem Zwiespalt zwischen den Bedürfnissen der Mitarbeitenden und den Erfordernissen, die das Unternehmen an sie heranträgt. In dieser als Vermittlerrolle wahrgenommenen Position, als 'Diener zweier Herren' stoßen sie an individuelle Grenzen, an denen sie Anliegen ihrer Mitarbeitenden durchaus zurückgeben und auf eine selbständige Problemlösung verweisen. Gerade in Momenten der Erschöpfung, Krankheit oder Überforderung wird dies von den Mitarbeitenden sehr negativ bewertet. Sie erleben hier, dass Führungspersonen ihren Aufgaben nicht nachkommen und Probleme auf den Mitarbeitenden abladen. Geht dies noch mit einer als überheblich erlebten Art und Weise einher, steht die Loyalität der Mitarbeitenden auf dem Spiel. Sie ziehen sich zurück und suchen eigene Bewältigungsstrategien wie Resignation oder Krankmeldung.

Die polarisierende Darstellung von fürsorgenden Ansprüchen der Mitarbeitenden einerseits und Umsetzung schwieriger Anforderungen von oben, die meist ökonomisch begründet werden, andererseits, legt nahe, dass möglicherweise die Kultur einer Einrichtung eine besondere Bedeutung für erlebte Wertschätzung bei den Mitarbeitenden besitzt. Die Art und Weise, wie für das Wohl der Mitarbeitenden Sorge getragen wird, wie deren Erfolge gewürdigt werden, wie sie an der Planung und Realisierung von Veränderungsprozessen beteiligt werden – all das sind Faktoren, die nicht nur von einzelnen Führungspersonen gestaltet werden können. Vielmehr braucht es dazu eine Wertschätzungskultur, die im ganzen Unternehmen erlebbar ist, eine Vision, die alle Führungskräfte gemeinsam haben und selbst erleben.

5.1.1.16 Arbeitsorganisation

Pflegerische Arbeit scheint grundsätzlich eher schwer zu organisieren zu sein. Pflegende, die über ihre Arbeit sprechen, berichten von einer Fülle von Aufgaben, die mit wenig Personal in kurzer Zeit zu bewältigen sind. Es wird deutlich, dass anscheinend den Pflegenden die Rolle zugeschrieben wird, die Arbeitsprozesse am laufen zu halten und dafür zu sorgen, dass andere Berufsgruppen und Funktionsbereiche weiterarbeiten können. Der hohe Druck, den Pflegende dabei erleben, vermindert aus ihrer Sicht die Versorgungsqualität für die zu pflegenden Menschen erheblich und senkt die eigene Arbeitszufriedenheit.

Pflegende, als Berufsgruppe, die im stationären Bereich 24 Stunden am Tag anwesend ist, besitzen anscheinend einen großen Zuständigkeitsbereich. Fallen bestimmte Berufsgruppen aus, übernehmen Pflegende diese Tätigkeiten, weil sie erledigt werden müssen.

„Und jetzt sind wir zu viert. Und die Sekretärin meistens ist auch nicht da. Das heißt, wir müssen die Sekretärinnenarbeit auch erledigen. Die Küchenhilfe ist auch sehr oft krank oder im Urlaub oder - dann müssen wir die Arbeit erledigen. Patient macht Klo schmutzig oder was, wer macht das? Wir! Ja klar, wer sonst. Nachmittags ist keine Putzfrau da, nää? Und das sind alles Sachen, was kommt äh: uns zu- alles zusätzlich. Und jetzt kommt, jetzt kommt wieder- hab ich schon gehört, dass kann sein, da sind Diskussionen, dass wir vielleicht auch noch Blut abnehmen müssen, weil wir haben zuwenig Ärzte. **Aber das Pflegepersonal bleibt immer so!** Sekretärin fällt aus, macht Pflegepersonal. Putzfrau ist nicht da, macht Pflegeperson. Arzt kann nicht Blut abnehmen, macht Pflegepersonal. Das Pflegepersonal, das ist schwarzer Neger für alles.“ (IP25, 22)

Als „*schwarzer Neger für alles*“ erlebt sich diese interviewte Person, wenn sie ständig Aufgaben anderer Berufsgruppen übernehmen muss. Die damit gewählte sprachliche Nähe zum Status eines Sklaven verweist auf die erlebte Unfreiheit in der Arbeitsgestaltung. Auch wenn der Personalschlüssel der Pflegenden nicht erhöht wird („**Aber das Pflegepersonal bleibt immer so!**“), müssen diese Ausfälle in anderen Aufgabenbereichen kompensieren. Scheinbar werden diese Aufgaben nicht als originär in den Zuständigkeitsbereich von Pflege gehörend bewertet und gelten eher als minderwertig, wie der Vergleich zur Sklavenarbeit vermuten lässt. Aber auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe scheinen unterschiedliche Wertigkeiten der Arbeit zu existieren, die verbunden sind mit Wichtigkeit und Vorrang.

„Dann haben wir halt - bis zu 3 Patienten hab' ich zu versorgen, und ähm: ich muss die Patienten in 'ner gewissen Zeit versorgen, und da darf mir nichts dazwischen kommen, weil dann steh ich auf'm Schlauch. Weil: ähm: dann kommen schon andere Sachen, die ich erledigen muss: Untersuchungen, ich muss die Patienten hin- und herfahren, äh: und es hat halt heutzutage keine Zeit, das is alles zeitlich sehr eng terminiert ähm: (3) Leute aus'm OP abholen, das muss ich sofort tun, ob ich da jetzt im Augenblick **Zeit** habe oder nicht, das interessiert keinen. Ich kann nich sagen: „Pass mal auf ich kann erst in 'ner viertel Stunde kommen, weil ich hab 'nen Patienten draußen sitzen, oder ein Patient hat ins Bett abgeführt, ich muss den erst sauber machen“. Ich mein', das mach ich mittlerweile, weil des is mir egal. Die Patienten geh'n mir einfach vor. Aber dann - man hat auch keinen Rückhalt im Haus, weil es heißt: OP- OP genießt höchste Priorität, damit verdienen wir das Geld. Das wird einem wortwörtlich so gesagt. So, und wenn die anrufen aus'm OP, dann müssen die Patienten **sofort** abgeholt werden (2), und wenn man das nicht macht, dann muss man halt, äh, da, ich sag mal, gleich stramm stehen.“ (IP9, 48)

In diesem Interviewauszug wird deutlich gemacht, dass die Abläufe in der Operationsabteilung Vorrang haben vor den Stationsabläufen, vor der normalen Versorgung der Patienten. Arbeitsabläufe auf den normalen Stationen müssen unterbrochen werden, um andere Patienten aus dem OP abzuholen, weil der „*OP genießt höchste Priorität, damit verdienen wir das Geld.*“ Der Interviewpartner beschreibt, dass er dieser Hierarchisierung von Aufgaben- bzw. Arbeitsbereichen nicht unbedingt Folge

leistet, weil ihm die Versorgung der zu pflegenden Menschen, für die er zuständig ist wichtiger ist („*die Patienten geh'n mir einfach vor*“), als das Abholen aus dem OP. Hier scheint es jedoch häufiger zum Konflikt zu kommen, da er berichtet, dass, wenn man der Aufforderung, Patienten aus dem OP abzuholen, nicht umgehend Folge leistet, umgehend ein Kritikgespräch mit dem Vorgesetzten zu erwarten hat („*dann muss man (...) gleich stramm stehen*“). In Bezug auf die Arbeitsorganisation wird deutlich, dass der Befragte eigentlich für die Pflege einer bestimmten Anzahl von Menschen zuständig ist, aber immer wieder andere Dinge „*dazwischen kommen*“ wie zum Beispiel die Transportaufgaben in den OP, die dazu führen können, dass er „*auf'm Schlauch*“ steht, also mit seinen normalen Aufgaben nicht mehr voran kommt. Um diesem Umstand vorzubeugen, versucht er die regulären Pflegeaufgaben schnell zu erledigen („*ich muss die Patienten in 'ner gewissen Zeit versorgen*“), damit die anderen „*Sachen, die ich erledigen muss*“ die eigentliche Pflege nicht stören.

Dieses Management verschiedener Aufgaben und Prioritäten erscheint besonders schwierig, wenn es unter Zeitdruck stattfindet.

„Da hatten wir so viel Aufnahmen, ähm: und die sollen natürlich alle schnell abgeholt werden, aber da hatten wir hier oben auch so viel, ähm: also da war ich so fix und fertig, da hätt' ich heulen können. Da hab ich gedacht, jetzt ist Schluss, das schaffste nicht mehr, nä. Aber es war nur einmal. Und ich bin, äh- hab Ausdauer, ich bin äh: - kann viel ab, aber das war dann zu viel. Und dann haben wir das, unten- dann hieß es die müssen rauf. Ja, aber ich sach, aber ich kann doch jetzt auch nur einen holen und dann das Bett erst fertig machen, um den nächsten zu holen.“ (IP29, 71)

Verzweiflung („*da hätt' ich heulen können*“) empfindet diese Interviewpartnerin ob der vielen Aufgaben, die an sie zeitgleich herangetragen werden. Obgleich sie sich als belastbar erlebt und „*viel ab kann*“, war diese Situation, in der sie zwischen der regulären und der zusätzlichen Arbeit abwägen musste und hin- und hergerissen war, „*zu viel*“. Die erlebte Überforderung („*das schaffste nicht mehr*“) resultiert dabei nicht nur aus eigener Unfähigkeit, sondern auch aus der objektiven Tatsache, dass bestimmte Arbeiten nur nacheinander und nicht gleichzeitig erledigt werden können. Möglicherweise wäre hier tatsächlich mehr Personal erforderlich, um den Anforderungen der verschiedenen Akteure gerecht werden zu können. Aus Sicht einer Leitungsperson, kann Überforderung jedoch auch aus unzureichender Strukturierung der Arbeit resultieren.

„Wenn man nicht **morgens** gleich sich den Tag strukturiert - weil es kommt sowieso oft was dazwischen - aber den muss man sich ganz stark strukturieren, dann schaffen die Kollegen diese Arbeit nicht und dann wird immer gejammert: Es ist so viel Arbeit und können wir nicht noch ne Stunde länger oder- und es ist einfach nicht **nötig!**“ (IP6, 194)

Eine gute Tagesstruktur schützt aus Sicht dieser Befragten davor, das Arbeitspensum nicht zu bewältigen. Ohne Struktur „*schaffen die Kollegen diese Arbeit nicht und dann wird immer gejammert*“. Sie ist der Auffassung, dass die anfallende Arbeit in der zu Verfügung stehenden Zeit schaffbar ist und „*noch ne Stunde länger (...) einfach nicht nötig*“ ist.

Aus Sicht der Pflegenden ist jedoch die geringe für die pflegerische Betreuung zur Verfügung stehende Zeit das größte Problem in der Arbeitsorganisation.

„Es ist ein enormer Zeitdruck, äh, ich hab also eine 50 Prozent Stelle, sprich ich werde ganz oft, fast immer zu 3 Stunden bestellt, 7 bis 10, oder 17 bis 20, heute Abend bin ich auch wieder hier, 17 bis 20. Im Frühdienst ist es **ganz** extrem (2) ich muss also - bekomme eine Gruppe mit 10 Leuten. Wie=wie ich hier anfang, da hatten wir dieses Zeitschema noch nicht, was jetzt auf den Bereichen hängt, da war das einfach so, und da hab ich immer gesagt: „Leute habt Ihr euch das mal ausgerechnet?“ Und ich stand dann immer so mehr oder weniger alleine. Ich sach, ich habe 3 Stunden Dienst, ich habe 10 Leute auf meiner Liste, wovon je nach äh: Gruppenart ähm: **8** mindestens- eigentlich alle 10 - aber 8 kann man definitiv sagen - 8 Bewohner **nicht** allein aus dem Bett können, die ich komplett vom Guten Morgen, ich sach immer, bis Guten Appetit, versorgen muss, mit Akten und allem. Ich habe pro Bewohner 15 Minuten.“ (IP12, 14)

Zunächst berichtet die Befragte, dass ihre Teilzeitbeschäftigung dazu führt, dass sie häufige und dabei kurze Arbeitseinsätze erhält („*ich werde ganz oft, fast immer zu 3 Stunden bestellt*“). Möglicherweise deutet die Wortwahl „*bestellt*“ darauf hin, dass sie selbst nicht über diese Arbeitszeiten mitbestimmen kann. „*Im Frühdienst ist es ganz extrem*“ – dort muss sie 10 meist schwerpflegebedürftige Menschen, die „*nicht allein aus dem Bett können*“ in ihrem drei Stunden dauernden Dienst versorgen, sodass sie „*pro Bewohner nur 15 Minuten*“ Zeit hat. In dieser Zeit soll sie eine umfassende Pflege leisten und auch administrative Aufgaben („*mit Akten und allem*“) erfüllen. Dies erscheint ihr nicht möglich zu sein und sie sieht sich mit überzogenen Ansprüchen konfrontiert. Dies berichten auch andere Pflegenden und vergleichen die personenbezogene Dienstleistung Pflege mit Industriearbeit.

„Ja, wenn wir morgens kommen, machen wir die Übergabe und dann machen wir Grundpflege. Und die Grundpflege, das sieht wirklich so aus wie Fließband, nur schnell=schnell=schnell und weiter, dass die Leute zum Frühstück fertig sind. Und das ist wirklich unmöglich. Das ist unmöglich. Und wir müssen die Leute anziehen, raussetzen, und das kommt wirklich sehr schwer vor. Wir haben Hilfsmittel, aber da ist nicht genug Zeit, diese Hilfsmittel zu organisieren.“ (IP25, 12)

Als „*schnell=schnell=schnell*“ beschreibt die Interviewpartnerin den Takt ihrer Arbeit, „*das sieht wirklich so aus wie Fließband*“. Der erlebte Zeitdruck ist so hoch, dass für den Kontakt zu den Menschen kein Raum bleibt und sie lediglich „*zum Frühstück fertig sind*“. Die Arbeit findet so gehetzt statt, dass die körperliche Belastung der Pflegenden nicht durch Geräte vermindert wird, weil „*nicht genug Zeit (da ist), diese Hilfsmittel zu organisieren*“. Dieser Zustand ist aus Sicht der Befragten „*wirklich unmöglich*“. Die knappen Zeitressourcen bedingen teilweise sogar einen Verzicht auf Erholungspausen.

„Pausen sind da, aber ach, unregelmäßig. Manchmal, auch meine Kollegen, wir haben manchmal keine - wir machen keine Pause, weil **es is einfach keine Zeit da**. Ich weiß gar nicht, wann ich Pause machen soll, wenn 'ne bestimmte Arbeitsmenge da ist, die ich dann schaffen muss. Wir können nicht die Arbeit, die um 3 Uhr getan werden muss, dass können wir nicht auf 4 Uhr, 5 Uhr verschieben.“ (IP14, 21)

Arbeitsmenge und zeitlich geplante Arbeitsabläufe strukturieren für diese Person den Arbeitstag. Wenn zu viel zu tun ist („*wenn 'ne bestimmte Arbeitsmenge da ist, die ich schaffen muss*“) ist „**einfach keine Zeit da**“, um eine Pause zu machen. Die Arbeitsorganisation findet in diesem Fall zu Lasten der Mitarbeitenden statt, die ihre Erholungszeit in den Dienst der Arbeit stellen, um die geplante Arbeit zu bewältigen. Auf Dauer dürften daraus gesundheitliche Konsequenzen für die Pflegenden resultieren. Die Pflegenden erleben, dass immer mehr Arbeit mit immer weniger Personal geleistet werden soll.

„Wir nehmen und nehmen und nehmen immer mehr und mehr Kunden auf. Es gibt aber keine Mitarbeiter. Ganz im Gegenteil, die Mitarbeiter gehen. Und wir nehmen immer mehr Kunden auf. Und ich frage mich „wow, wir sollen das alles leisten?“ **Dass geht doch gar nicht!**“ (IP20, 16)

Die Machbarkeit der erlebten Arbeitsverdichtung („*immer mehr und mehr Kunden*“) wird von diesem Interviewpartner deutlich In Frage gestellt. Verschärft wird die Situation aus seiner Sicht, dadurch das gleichzeitig „*Mitarbeiter gehen*“, das heißt mehr Menschen von weniger Pflegenden betreut werden müssen. Er hält den daraus resultierenden Arbeitsanspruch („*wir sollen das alles leisten*“) quantitativ für schlicht nicht einlösbar („**Das geht doch gar nicht!**“). Personaleinsparungen können auch qualitative Konsequenzen haben, wie der folgende Interviewauszug beschreibt.

„Wenn wir wenig zu tun haben, wird **sofort** Personal abgezogen, das heißt, wir sind auf einer Intensivstation - **auch wenn** wir wenig Patienten haben - dann nur noch zu dritt. Aber man muss immer bedenken, es können Notfälle kommen, wir müssen zur Not () raus ins Haus und äh: selbst wenn wir nur drei, vier Patienten haben und es müssen 2 Leute raus, oder 2 Leute sind beschäftigt, einer **kann** 4 Intensiv-Patienten unmöglich alleine betreuen, das geht nicht!“ (IP9, 19)

Auch dieser Interviewpartner zieht das Fazit „*das geht nicht!*“ wenn er über die Personalbesetzung seines Arbeitsbereichs spricht. Er legt dar, dass auf einer Intensivstation eine Mindestbesetzung erforderlich ist, um auch bei Not- oder Zwischenfällen ausreichend Personal vor Ort zu haben, um die auf der Station befindlichen Patienten angemessen betreuen zu können. Er berichtet jedoch, dass wenn die Station nicht voll ausgelastet ist („*wenn wir wenig zu tun haben*“) diese Mindestbesetzung unterlaufen wird („*wird sofort Personal abgezogen, das heißt, wir sind (...) nur noch zu dritt*“). Sollte ein Notfall auf der Station oder im Haus auftreten, mit dem dann auf jeden Fall zwei Pflegende beschäftigt sind, können beispielsweise vier Intensiv-Patienten nur noch von einer Pflegeperson

betreut werden. Diese Betreuung ist „*unmöglich*“ und von einer Person nicht mehr sicher zu leisten. Die Arbeitsorganisation im Sinne der Personalplanung gefährdet in diesem Fall die Sicherheit der zu pflegenden Menschen und setzt die Beschäftigten höchsten Belastungen aus bis hin zu Gefühlen, die ihnen anvertrauten Menschen nicht mehr verantwortungsvoll pflegen zu können. Offen bleibt, wie die Pflegenden in solchen Fällen reagieren können, und wer sie im Falle einer Ablehnung der Verantwortungsübernahme und damit der Versorgung vertreten würde.

Wird die Betreuung der zu pflegenden Menschen einerseits durch zu wenig Personal beeinträchtigt, kann die Arbeitsorganisation im Bereich des Informationsmanagements ebenso negative Auswirkungen auf die Leistungserbringung haben.

„Die Übergaben finden jetzt- das ist **auch neu**, na ja neu in Anführungsstricheln, sagen wir mal vielleicht nen Jahr, dass äh: nur noch die Schichtleitung an die nächste Schichtleitung Übergabe macht. Und die anderen da gar nich dabei sind. Und die müssen dann eben die Schichtleitung fragen. Hallo, ich hab nen leeres Bett, wo ist der Bewohner? Ja, der is im Krankenhaus, oder ansonsten Standard ziehen und durchlesen nä? Das war eben früher nich, wir haben alle zusammen im Schwesterndienstzimmer gesessen, der Frühdienst, der Spätdienst dann wurden - jeder hat seine Bewohner gesagt, weil's ja auch nur 20 waren, und jeder wusste Bescheid. Da geht eben viel verloren an Informationen durch diese Übergaben heute.“ (IP11, 70)

Die Weitergabe von Informationen zu den zu pflegenden Menschen, zum Verlauf ihrer Betreuung in der vergangenen Schicht, in den sogenannten „*Übergaben*“ findet vielerorts nicht mehr im gesamten Team statt sondern nur noch von „*einer Schichtleitung an die nächste Schichtleitung*“ statt. Dies führt aus Sicht der Interviewpartnerin zu einem Verlust von Informationen für die Mitarbeitenden, die oft nicht mehr wissen, was in einem Arbeitsbereich alles stattgefunden hat. Tauchen Fragen auf, müssen die Mitarbeitenden bei der Schichtleitung nachfragen („*Hallo, ich hab nen leeres Bett, wo ist der Bewohner?*“). Waren die Mitarbeitenden früher im Bilde über den Gesamtprozess in ihrem Arbeitsbereich („*jeder wusste Bescheid*“), sind sie mit der beschriebenen Übergabeform nur auf ihre unmittelbare Arbeit konzentriert. Dieser Umstand wird durchaus als Mangel, als ausgeschlossen bzw. abgeschnitten sein erlebt.

„Da komm ich dann einfach ne halbe Stunde eher, weil's ja auch ganz nett is, dann mal mit den Kollegen zu reden und äh: und mal so n bisschen, bisschen austauschen, ne, sonst kommt man nur zu den Stoßzeiten eben, schon im Arbeiten und Brote schmieren, war was? Nö, war nix. Aber da geht ganz ganz viel verloren. Und wenn man mittags sitzt und redet über den und den und geht die Akten durch, ach ja Mensch, weißt Du ja noch gar nich, äh: da kommt dann auch was. Nur heute wird dann immer gesagt, ja guck in die Akten. Ich setz mich nich hin und guck mir 20 Akten durch, Schriften die ich nich lesen kann und so, was da eventuell gewesen is. Das kann man viel besser im Gespräch, Gespräch erfahren.“ (IP12, 54)

Diese Mitarbeiterin beschreibt, dass sie „*einfach ne halbe Stunde eher*“ zur Arbeit kommt, um Gelegenheit zu haben, „*dann mal mit den Kollegen zu reden und (...) austauschen*“. Sie

investiert ihre Freizeit, um sich für ihre Arbeit ausreichend informiert zu fühlen. Gerade im „Gespräch“ erhält diese Person Informationen zu den zu pflegenden Menschen („was da eventuell gewesen ist“), die sie subjektiv benötigt um gut arbeiten zu können. Natürlich gäbe auch die Möglichkeit in die „Akten“ zu schauen. Dieses Vorgehen erscheint der Befragten aber zu aufwändig und zu unzuverlässig, um wirklich wichtige Informationen zu erhalten.

Der umfassende Charakter von Pflegearbeit scheint durch neue Formen des Informationsmanagements, bei denen nicht mehr alle Informationen allen zugänglich sind, in Frage gestellt zu werden. Auch die Personaleinsatzplanung verändert die Arbeitsform und stellt das Pflegesystem der Bezugspflege in Frage.

„Weil jetzt haben wir auch Springergruppen. Zum Beispiel eine, die macht nur von 7 bis um 10 Uhr. Die macht dann 2 von der 6, 2 von der 5, 2 von der 7. Und das gab's halt früher nich. Wir haben damals ja mit 2 normalen plus Schüler, wenn einer da war, gearbeitet, und jetzt halt, ja dieses **Durcheinander** sag ich jetzt mal. Wir springen von einem Bereich zum nächsten und gucken da - ich mein, das Helfen is logisch, aber wir springen in dem Sinne und man weiß halt nich jetzt mehr, wo man jetzt war und wo man nich mehr war. Und das is ziemlich anstrengend, sach ich jetzt mal so.“ (IP16, 48)

„Springergruppen“, die einzelne Menschen in unterschiedlichen Arbeitsbereichen versorgen, lösen aus Sicht des Interviewten die normale Arbeitsorganisation eines mehrköpfigen Teams („zwei normale plus Schüler“), dass eine gesamte Station betreut, ab. Die neue Organisationsform erlebt der Befragte als „**Durcheinander**“, bei dem er nicht mehr weiß, „wo man jetzt war und wo man nich mehr war“. Die so entstehende Desorientierung seitens der Mitarbeitenden könnte Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben. Zumindest verändert sie die Beziehung zu den zu pflegenden Menschen.

„Und das Pflegepersonal wird individuell eingesetzt. Läuft also (3) quer über Eck. Oder pflegt quer über Eck. Und das war natürlich früher für die alten Leutchen **viel** besser, die haben uns gekannt, es warn immer dieselben da und du hast eine Bezugspflege machen können, es war nen Vertrauen da.“ (IP11, 10)

Der flexible Personaleinsatz führt dazu, dass es weniger Kontinuität in den Beziehungen zu den zu pflegenden Menschen gibt. Früher „warn es immer dieselben“ Pflegenden und die zu pflegenden Menschen „haben uns gekannt“, „es war nen Vertrauen da“. Eine solche Bezugspflege ist im flexiblen Personaleinsatz nicht mehr möglich. Das Wohlbefinden der zu pflegenden Menschen könnte nicht nur durch den Wegfall von Vertrauensbeziehungen beeinträchtigt werden, auch kann Pflege von wechselnden Personen und unter Zeitdruck zu Oberflächlichkeit führen.

„Ja, und dann haben wir ja diese Stecktafel auch im Dienstzimmer. Für manche Bewohner sind- is ja da nur ne viertel Stunde gesteckt und wenn man duscht, dann halt ne halbe Stunde. Und das-manchmal schafft man das, es gibt Bewohner, klar, die sich teilweise auch noch n bisschen selber ähm: pflegen können, wo das dann wirklich in der viertel Stunde geschafft werden **kann**. Manche aber auch - man möchte ja jetzt auch nicht unten rum waschen, zacki zack und dann im Rollstuhl oben rum anziehen zack und man hat nicht viel miteinander geredet, oder man hat die Bedürfnisse nicht gesehen, die der Bewohner vielleicht hat, aber das is schon manchmal sehr anstrengend.“
(IP16, 13)

Für die Versorgung eines zu pflegenden Menschen ist im Normalfall „*nur ne viertel Stunde*“ eingeplant. Dieses Zeitbudget reicht aus Sicht des Befragten nur dafür aus, eine Teilwäsche durchzuführen und dies „*zacki, zack*“. Zeit miteinander zu reden, die Befindlichkeit des zu pflegenden Menschen und dessen Bedürfnisse in Erfahrung zu bringen, gelingt in diesem knappen Zeitraum nicht. Da eine Ausrichtung der Pflege an den Bedürfnissen und dem Bedarf des Menschen jedoch ein wichtiges Kriterium guter Pflege ist, scheinen aktuelle Formen der Arbeitsorganisation Qualitätseinbußen in der pflegerischen Versorgung in Kauf zu nehmen. Dies kann auch die Qualifikation der Pflegenden betreffen.

„Also wir haben so also ne Fachabteilung, und dann wird trotzdem jedes Bett quasi belegt, egal welche - also wenn jetzt die Chirurgen voll sind, dann heißt es, wir haben also chirurgische Patienten hier auch liegen. Und das macht's natürlich dann auch nochmal n bissl schwieriger, sich auch noch um die chirurgischen Patienten zu kümmern. Und wenn man dann fachlich nicht versiert genug ist, dem auch direkte Auskünfte zu geben, dann hat der Patient natürlich auch das Gefühl, ähm: „wo bin ich eigentlich hier?“ und, äh, „warum wissen Sie nicht was ich wirklich hab?““, oder „warum wissen Sie nicht, wie man den Verband wechselt?“ oder diese ganzen Dinge. Weil's halt auch nicht unser Schwerpunkt ist. Da kommt man noch in so ne Erklärungsnot.“ (IP28, 18)

Die Interviewpartnerin beschreibt, dass sie auf ihrer Station immer wieder fachfremde Patienten betreuen muss, wenn freie Betten vorhanden sind und „*jetzt die Chirurgen voll sind*“. Sie erlebt es als problematisch, auch chirurgische Patienten zu betreuen, weil sie sich „*fachlich nicht versiert genug*“ erlebt. Krankheitsbezogene Auskünfte oder bestimmte Interventionen („*wie man den Verband wechselt*“), die sie mangels Qualifikation nicht leisten kann, bringen sie in „*Erklärungsnot*“ und verunsichern die Patienten. Die Arbeitsorganisation führt hier zu Gefühlen der Überforderung bei der Mitarbeiterin. Da dies aus ihren Augen geschieht, um die Betten auszulasten, stehen ökonomische Interessen über dem Wohlbefinden der Mitarbeitenden. Ein nicht qualifikationsadäquater Personaleinsatz kann auch Komplikationen für die zu pflegenden Menschen mit sich bringen.

„Und ich hab' gesagt, aber das merkt=also ich hätte das **sofort gemerkt** wenn ich rein gekommen wäre, das irgendwas nicht in Ordnung ist, und hätte das **sofort irgendwie**, Fachkraft geholt und 'nen Arzt oder so dann verständigt. Und mein Kollege, der kannte sie halt nicht so gut, und der hat sie erstmal noch geduscht, und ähm, ganzen, ganz normalen Ablauf mit ihr durchgezogen bevor, bevor

er überhaupt jemandem Bescheid gesagt hat, was ich auch verstehen kann, weil er auch keine ausgebildete Kraft ist, sondern er ist auch **Student**, und er **diese** Kundin auch nicht so gut kannte **wie ich**. Und dann hab' ich gedacht, hrrr, wär' ich, wär' ich hingegangen, ich hätte es schneller gemerkt, vielleicht hätte man dann noch mehr retten können.“ (IP2, 103)

In der beschriebenen Situation ist ein zu pflegender Mensch mit einer akuten Verschlechterung seines Gesundheitszustandes von einem Studenten versorgt worden. Dieser hat die Veränderung nicht bemerkt und zunächst „den ganz normalen Ablauf mit ihr durchgezogen“. Erst dann scheint ihm etwas aufgefallen zu sein und er hat „jemandem Bescheid gesagt“. Hätte die Befragte als Pflegeperson, die den zu pflegenden Mensch gut kannte, die Betreuung durchgeführt und nicht eine Aushilfe, dann wäre die Veränderung sofort aufgefallen und „vielleicht hätte man dann noch mehr retten können“. Gerade also die umfassende Kenntnis des zu pflegenden Menschen, die Kontinuität in der Betreuung scheint eine Ressource für die Versorgungsqualität zu sein, auf die Arbeitsorganisation Rücksicht nehmen sollte.

In den Schilderungen der interviewten Pflegepersonen wird insgesamt deutlich, dass sie die Organisation ihrer Arbeit als unzureichend bewerten. Vorrangig wird eine Unverhältnismäßigkeit von zur Verfügung stehender Arbeitskraft und zu bewältigender Arbeitsmenge beklagt. Pflegende erleben sich am Ende ihrer Kräfte und sollen immer mehr Arbeit in weniger Zeit leisten. Möglichkeiten der Entlastung durch bessere Planung sehen sie nur begrenzt. Durch die Form der Arbeitsorganisation sehen die Pflegenden die Qualität ihrer Arbeit beeinträchtigt. Einerseits wird dadurch ihr Berufsverständnis unterlaufen, das sich besonders in der Beziehung zu den zu pflegenden Menschen und entsprechend dem Zeitbudget, das sie dafür zur Verfügung haben ausdrückt. Andererseits sehen sie die Qualität der pflegerischen Versorgung gefährdet, da es zu Informationsverlusten und oberflächlichen Kontakten kommt, bei denen Dinge übersehen werden können.

Arbeitsorganisation im Sinne von qualitativer und quantitativer Arbeitseinteilung sowie der Personaleinsatzplanung erleben Pflegende als unstrukturiert und eher im Sinne eines Management by Chaos auf Kosten der Mitarbeitenden. Um Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden auszudrücken, erscheint es wünschenswert, dass sich die Arbeitsorganisation stärker an den Mitarbeitenden ausrichtet. Das Arbeitspensum sollte für die Pflegenden zu bewältigen sein in einem Gefühl, auch die Verantwortung für ihre Arbeit übernehmen zu können. Personalengpässe – auch anderer Berufsgruppen – wären

entsprechend nicht durch die vorhandenen Pflegenden zu kompensieren sondern beispielsweise durch zusätzliches Personal.

5.1.1.17 Beziehung

Das Kapitel zu der in vieler Hinsicht wichtigen Kategorie ‚Beziehung‘ beschäftigt sich eingangs damit, wie Befragte diesen Begriff definieren und welche Implikationen aus ihrer Sicht damit verbunden sind. Konkret geht es um Kriterien, die sie für charakteristisch halten oder um solche, die in ihren Augen wichtige strukturelle oder personale Voraussetzungen einer positiven Kundenbeziehung darstellen und Konsequenzen sowohl für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Akteure als auch für die Qualität der Arbeit und das Behandlungsergebnis haben.

In den Interviews werden eine Vielzahl von Aspekten explizit angesprochen, andere Gesichtspunkte werden indirekt, zwischen den Zeilen ausgedrückt und sind den Befragten selbst vielleicht gar nicht bewusst.

Die meisten der genannten Aspekte lassen sich sowohl auf private als auch auf professionelle Beziehungen übertragen. Professionelle Pflege hat jedoch auch innerhalb der Dienstleistungsberufe insofern einen Sonderstatus, als viele Aufgaben körpernah stattfinden, Klienten nicht selten über einen langen Zeitraum versorgt werden und pflegerische Leistungen alle Lebensbereiche betreffen können. Pflegearbeit konfrontiert die Akteure mit Gefühlen z.B. von Angst, Wut oder Scham, tangiert Geschlechterrollen, berührt tabuisierte Bereiche wie Leiden, Hilflosigkeit oder Kontrollverlust und ist gleichzeitig im Alltag höchst präsent. Ein aus Sicht der Beteiligten stimmiges Verhältnis von Nähe und Distanz zu entwickeln ist vor dem Hintergrund, dass Pflegearbeit persönlich wie auch gesellschaftlich sensible Themen aktualisiert, eine anspruchsvolle und unter Umständen auch heikle Aufgabe.

Insbesondere für den Aufbau von Beziehungen und den Prozess des ‚sich-Kennenlernens‘ scheint die direkte, persönliche Begegnung durch nichts zu ersetzen zu sein.

„Auf dem Zettel ist das immer anders als wie wenn man die Leute mit Gesicht sieht“. (IP4, 158)

Erst im face-to-face-Kontakt ist es den Akteuren möglich, miteinander in Kontakt zu treten, sich einen eigenen Eindruck vom Gegenüber zu verschaffen, der durchaus von anderen Informationsquellen abweichen kann („auf dem Zettel ist das immer ganz anders“). Erst im Laufe der Zeit stellt sich eine gewisse Vertrautheit ein, die sich dann bereits in der Art der Begrüßung zeigen kann.

„Denn die, sag‘ ich mal, die Stammgäste sind, in Anführungsstrichen. Die leider immer kommen müssen, die reden einen meistens auch mit Vornamen an, die winken schon so. Da haben die schon ‘ne Vertrautheit aufgebaut. Das ist, denke ich, für die Patienten ganz angenehm. Die wissen dann, wie sie jeden nehmen müssen.“ (IP 29:59)

Vertrautheit und die damit verbundenen Nähe kann durch eine persönliche Anrede („*die reden einen auch mit dem Vornahmen an*“) oder entsprechend Gesten des Wiedererkennens („*die winken schon so*“) zum Ausdruck kommen. Dass Vertrautheit ein reziprokes Phänomen ist, macht die Befragte deutlich, indem sie am Ende des Zitates die Perspektive der Kunden einnimmt, die wissen, „*wie sie jeden nehmen müssen*“. Es ist aus Sicht dieser Befragten also nicht nur wichtig, dass die Pflegenden wissen müssen, mit wem sie es zu tun haben, um ihrem professionellen Auftrag gerecht zu werden, sondern hier geht es um die Kunden, für die es offenbar ebenso wichtig ist, mit den Mitarbeitenden umgehen zu können.

Vertrautheit, d.h. das Gefühl sich zu kennen und einschätzen zu können, führt offenbar auch dazu, dass Vorbehalte abgebaut werden können und dass das Vertrauen auf Seiten der Kunden wächst.

„Das wird dann ein Vertrauensverhältnis, das kann man schon so sagen. Da merkt man schon, dass die Leute einem dann immer und immer mehr vertrauen. Erst sind manche so ‘n bisschen garstig und dann grüßen sie einen, dann mit der Zeit: Ach, das ist ja schön, dass wir uns sehen!. Und dann denkt man sich: Ja, ja, da hast du ja nichts falsch gemacht.“ (IP 8, 52)

Diese Befragte macht durch ihre Äußerung jedoch gleichzeitig deutlich, dass Vertrauen nicht automatisch im Verlauf der Zeit entsteht, sondern, dass es von entscheidender Bedeutung ist, wie Pflegende sich Verhalten bzw. wie dieses Verhalten aufgenommen wird: In die eigene Person gesetztes Vertrauen wird hier als Indikator einer guten Beziehung und als Bestätigung des eigenen Verhaltens verstanden („*Da hast du ja nichts falsch gemacht*“). Befragte weisen in diesem Zusammenhang außerdem darauf hin, dass Beziehungen einmalige und damit einzigartige Verbindungen zwischen Individuen sind.

„Das find‘ ich sehr wichtig. Weil sonst kann ich zu jedem gleich freundlich sein, das will ich ja eben nicht, ich möchte ja ‘ne Beziehung irgendwie haben.“ (IP 12, 128).

Diese Befragte macht deutlich, dass für professionelle Beziehungen offenbar Ähnliches gilt, wie es für private Beziehungen als selbstverständlich angenommen wird: individuelle bzw. subjektive Aspekte haben einen hohen Stellenwert. Jede Beziehung wird maßgeblich durch die Persönlichkeit der aufeinandertreffenden Individuen bzw. die Konstellation der Charaktere beeinflusst, ihre Verschiedenheit ist gewissermaßen ‚grundsätzlich angelegt‘.

Auch wenn es darum geht einen professionellen Auftrag zu erfüllen, muss es daher Spielräume bei der Gestaltung der Beziehung geben. Eine Gleichbehandlung von Kunden - selbst eine freundliche - erscheint aus dieser Sicht nicht zielführend, denn damit wird Individualität ignoriert („*sonst kann ich zu jedem gleich freundlich sein*“).

Was den Stellenwert der Beziehungsgestaltung in der Pflege angeht, so scheint er in der Pflege höher zu sein als in anderen Dienstleistungsberufen, z.B. im Einzelhandel. Möglicherweise lässt sich dies damit erklären, dass Dienstleistungsarbeit im Einzelhandel stärker durch Verkaufsinteressen motiviert ist, während das Ziel in der Pflege eher darin besteht, auf diesem Wege Wohlbefinden und eine gute Basis für die weitere Zusammenarbeit zu erzielen, Beziehungsgestaltung ist hier entsprechend nicht Mittel, sondern Ziel der professionellen Bemühungen. Diese Annahme kommt auch in der folgenden Aussage zum Ausdruck.

„Hier sieht man noch den **Mensch** und hier wird nach den Bedürfnissen und nach den Wünschen gearbeitet und so im Krankenhaus hat man halt das Programm nach Vorschrift gearbeitet und hat man nicht den Menschen gesehen.“ (IP 7, 17)

Unabhängig davon, dass die als wichtig angesehene Beziehungsarbeit aus Sicht dieser Befragten gar nicht (mehr) überall realisiert werden kann („*im Krankenhaus hat man (...) nicht den Menschen gesehen*“) wird deutlich, dass die Wahrnehmung und Berücksichtigung der Individualität mit einem standardisierten „*Programm nach Vorschrift*“ nicht vereinbar ist. In der von dieser Interviewpartnerin gewählten Formulierung bringt sie außerdem den Aspekt der Fremdbestimmung („*nach Vorschrift*“) zum Ausdruck, der die Handlungsspielräume der Akteure beschränkt und für eine ‚menschliche‘ Gestaltung der Beziehung kontraindiziert scheint.

Miteinander vertraut zu sein, bedeutet Veränderungen wahrnehmen und darauf reagieren können und ist insofern bedeutsam für die professionelle Leistung und ihr Ergebnis. Sie dient also keineswegs nur dem Wohlbefinden der Akteure im Sinne einer angenehmen, aber nicht unbedingt notwendigen ‚Zugabe‘ zur eigentlichen professionellen Leistung. Pflegearbeit basiert auf der Beziehung zwischen Kunde und Pflegeperson, für Pflegende ist diese oftmals der Kontext, in den Interaktionen ‚eingebettet‘ sind und vor dessen Hintergrund sie gedeutet und verstanden werden können.

„Ne, also Fremde, die ich nicht einschätzen kann, wo ich nicht weiß, wie hören die oder wie können die das umsetzen. Bei meinen weiß ich ja genau, wie die ticken. Aber bei Fremden ‚das find‘ ich eben ganz schwer.“ (IP12, 126)

Dies gilt möglicherweise um so mehr, je stärker das Gegenüber in seiner Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt ist, z.B. wenn zu Pflegende demenziell verändert oder ihr Bewusstsein getrübt ist.

Eine gute Beziehung der Akteure trägt darüber hinaus dazu bei, dass auch Emotionen besser eingeordnet und beispielsweise Aggressionen nicht als persönlicher Angriff, sondern als Ausdruck der Befindlichkeit des zu pflegenden Menschen verstanden werden.

„Das ist genauso mit Patienten, wenn die mal ihre Wut ablassen wollen, ist nichts Persönliches“.
(IP 31:4)

Auf der Basis einer vertrauten und vertrauensvollen Beziehung gelingt es offenbar leichter angesichts überschäumender Emotionen Gelassenheit an den Tag zu legen - somit dient eine solche Beziehung auch der Vermeidung unnötiger Konflikte, die die Beteiligten ansonsten Zeit und Kraft rauben könnten.

Vertrautheit und wechselseitige Anteilnahme im Kontext professioneller Beziehungen können (über einen langen Zeitraum) dazu führen, dass sich Beziehungen entwickeln, die einen freundschaftlich-familiären Charakter haben.

„Wie ich mein fünf Tage altes Baby meiner Lieblingsbewohnerin auf ‘n Tisch [gelegt hab‘]. Ich sag‘: Lisbeth, da is‘ er ((lacht)). Quasi aus‘m Krankenhaus mit dem Neugeborenen hin. Sie hat die Schwangerschaft - sie lebte mit ihrer Schwester zusammen in einem Zimmer (...) Ich bin sogar bis (Name einer Stadt) noch bis zur Beerdigung gefahren, das war mir ganz wichtig, die hab‘ ich die ganzen Jahre begleitet. Und dann diese Schwangerschaft haben sie mitgemacht, und dann war’s endlich da. So das, das ist für mich so ja, war toll.“ (IP12, 130)

„Ich komm‘ mit meinen Kindern auch manchmal hierhin, damit die sehen, wie groß die werden und so,“ (IP 12, 70)

Reziprozität innerhalb einer professionellen Beziehung kann somit für Pflegende auch bedeuten, Kunden am eigenen Leben teilnehmen zu lassen und sich von einer ganz persönlichen Seite zu zeigen. Damit verschwimmen einerseits übliche Grenzen zwischen Arbeitsbereich und Privatleben, andererseits können Beziehungen an Normalität gewinnen, wenn ein wechselseitiges Geben und Nehmen möglich ist. Für die oben zitierte Befragte ist es ganz offensichtlich eine Bereicherung, ihre Kundinnen an wichtigen Ereignissen in ihrem Leben teilhaben zu lassen („*Lisbeth, da is‘ er*“) und sie erlebt die Anteilnahme daran als Bereicherung oder sogar Unterstützung („*diese Schwangerschaft haben sie mitgemacht, und dann war’s endlich da. Das (...) war toll*“).

Auch anhand vergleichsweise kleinerer Begebenheiten wird deutlich, dass Reziprozität in professionellen Beziehungen eine wichtige Rolle spielt.

„Das find‘ ich angenehm, wenn ich jetzt Lob bekomme oder freundlich von den Leuten behandelt werde, [dann] bin ich auch freundlich und finde das auch schön, wenn die freundlich zu mir sind.“ (IP 8, 54)

Wenn Reziprozität ein wichtiger Bestandteil auch professioneller Beziehungen ist, dann ergeben sich daraus auch Gelegenheiten ein positives Feedback für eigene Leistungen oder bestimmte persönliche Eigenschaften zu erhalten. Gleichzeitig erleben Pflegende, z.B. über Lob, dass sie mit ihrer Arbeit bei den Kunden etwas Positives bewirken können und erhalten auf diese Weise auch eine Bestätigung der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit. Außerdem gibt das zuletzt zitierte Beispiel einen Hinweis darauf, dass reziproke Prozesse sich im Sinne eines Kreislaufes wechselseitig verstärken. So folgt auf eine gute Leistung ein Lob, dass wiederum eine positive Rückmeldung und damit einer Bestärkung des Verhaltens des Interaktionspartners nach sich zieht, es wird also ein Prozess angestoßen und fortgesetzt, der – eine positive Ausgangssituation vorausgesetzt - geeignet erscheint, die Beziehung zu festigen.

In den Interviews gab es jedoch auch Beispiele, wo Reziprozität im Sinne von gegenseitiger Anteilnahme und Verständnis für die Situation des anderen vermisst wurde.

„Aber es gab natürlich auch viele Momente, die schön waren und [an denen] die Familien dann zusammen saßen unterm Tannenbaum und halt Weihnachten gefeiert haben. Und wo ich dann so hinkam und dachte: Würdest du jetzt auch gern machen. So irgendwie auch ‘n bisschen neidisch sogar. Aber auch Freude, es war mehr so ‘n gemischtes Gefühl. – Was ganz furchtbar ist, ähm, es gibt Kunden, viele nicht, so ‘n paar, die dann sagen: Och und Sie müssen heute arbeiten. Und ich sag‘ dann: Ja. Und dann: Ja, das gehört ja auch dazu, das haben Sie sich ja so ausgesucht ((lacht)). Wo man dann denkt: Ja sicher, hab‘ ich mir das so ausgesucht, aber das hilft überhaupt gar nicht, wenn du dann in dem Moment dann denkst: Ich wär‘ am liebsten gar nicht hier bei Ihnen, so. Also, das ist dann- da sticht man noch mal kurz so ‘rein irgendwie. Kann ich nicht gut haben.“ (IP 20, 31)

Dieser Interviewausschnitt zeigt, dass die Pflegende enttäuscht und gekränkt ist, wenn sie von Kunden auf ihre professionelle Funktion reduziert und nicht auch als Person wahrgenommen wird, die genauso gerne mit der Familie Weihnachten feiern würde, wie es die Kunden tun. Die Entscheidung für den Beruf bedeutet aus ihrer Sicht keineswegs, dass in einer Situation, in der dessen ‚Schattenseiten‘ spürbar werden, kein Gefühle von Trauer oder Bedauern auftreten, und offenbar möchte sie auch mit diesen Gefühlen wahrgenommen werden und Anteilnahme erhalten („*das hilft überhaupt gar nicht*“). An einem Tag wie Weihnachten, den die meisten Menschen mit ihren Lieben verbringen, zu arbeiten bedeutet einen besonderen Einsatz, der gewürdigt werden muss. Geschieht dies nicht, so stimmt das subjektive Verhältnis von Geben und Nehmen nicht und als Reaktion können Gefühle von Ärger („*Ich wär am liebsten gar nicht hier bei Ihnen*“) oder Kränkung auftreten („*da sticht man noch mal kurz so rein irgendwie. Kann ich gar nicht*“).

gut haben“). Hier wird erneut deutlich, was die Reduzierung auf professionelle Funktionen und die damit verbundene Ignoranz gegenüber persönlichen Bedürfnissen oder privaten Wünschen bedeutet: Auch im Arbeitskontext möchten Pflegende als ‚ganze Personen‘ wahrgenommen und verstanden werden, so wie sie es dem Anspruch an ihr eigenes Verhalten gegenüber Kunden entspricht.

Neben Vertrautheit und Reziprozität wird als weiteres Kriterium, über das Beziehung definiert wird, in den Interviews vor allem Achtung genannt, die sich z.B. durch einen respektvollen Umgang miteinander, aber auch durch die Bereitschaft, die Perspektive des anderen einzunehmen, ausdrückt. Auch hier zeigt sich in den Äußerungen, dass Reziprozität eine große Rolle spielt, d.h. es geht um gegenseitige Achtung oder um die Bereitschaft beider Akteure, eine Situation aus der Perspektive des jeweils anderen zu betrachten.

„Und trotzdem haben [die Pflegenden] immer ein gutes Wort. (...) Wenn jemand sich da unterhält, da kann ich - die sitzt im Rollstuhl – da kann ich mich nicht hinstellen und sagen: Was wollen Sie? So. Da muss ich schon auf Augenhöhe und sagen: Ja, jetzt müssen Sie ein bisschen warten, aber ich bin in zehn Minuten wieder da und dann können wir was Gutes unternehmen. Und nicht einfach, wenn jemand ruft: Hallo? weiter zu laufen. Weil das ist schlimm, wenn ich was zu sagen habe und was will und jemand ist da und läuft trotzdem vorbei.“ (IP 10, 315)

Wie das Beispiel zeigt, ist Achtung für diese Pflegende eine Haltung, die dadurch zum Ausdruck kommt, dass über Wort und Körpersprache die Bereitschaft signalisiert wird, auf das Gegenüber einzugehen („*die sitzt im Rollstuhl, da kann ich mich nicht hinstellen*“). Achtung bedeutet für diese Befragte außerdem das weitere Vorgehen zu erläutern („*jetzt müssen Sie ein bisschen warten*“) und verbindliche Zusagen („*ich bin in zehn Minuten wieder da und dann können wir was Gutes unternehmen*“). Ignoranz gegenüber einer Person und ihren Bedürfnissen stellt für diese Befragte das Gegenteil von Achtung dar.

Die folgende Interviewsequenz macht deutlich, dass Achtung für die Befragte gewissermaßen ein normatives Kriterium darstellt, das selbst dann bzw. gerade dann gilt, wenn Forderungen nicht angemessen oder in der Situation nicht erfüllbar erscheinen. Die Bereitschaft, Dinge mit dem Kunden auszuhandeln, ist demnach ebenfalls ein Ausdruck von Achtung.

„Also, ich hab‘ schon die Erfahrung gemacht, dass Patienten - will ich nicht aburteilen oder so - dass die schon ‘ne relativ egoistische Haltung haben. Die sehen ja in dem Moment nur sich und ihre Krankheit und ihr Unwohlsein und erwarten, dass sofort jemand da ist. Und ich weiß aber, dass draußen noch 33 andere Patienten liegen, wo es dem einen oder anderen noch schlechter geht. Und dann kann ich das aber auch sagen, dass ich gleich komme. Nicht dass er mir jetzt unwichtig ist, das darf ich natürlich nicht so sagen, aber dass ich noch was zu erledigen hab‘ und aber sofort wiederkomme. Und dann muss ich das aber auch machen. Und wenn Patienten merken, dass das dann so richtig ist und ich

dann erkläre, warum ich erst noch mal woanders hin musste, dann geht das eigentlich immer ganz gut. Ähm, [das] muss ich allerdings auch sagen, hab' ich erst lernen müssen. Da kann man auch schon mal ungehalten sein und sagen: Ich hab' jetzt keine Zeit. Und wird dann auch zischend oder zickig und ähm – nur dann eskaliert natürlich so 'ne Situation. Und da muss man sich eben seinen Teil denken, ruhig antworten, ruhig bleiben und dann auf jeden Fall aber auch kommen und sein Wort halten. Oder wenn man mal irgendwelche Extrawünsche von den Patienten berücksichtigt, da fühlen die sich ernster genommen: Die hat ja für mich gesorgt, die hat ja dran gedacht. Und dann hat man ja schon 'n kleinen Bonus vorgearbeitet und dann geht das eigentlich immer ganz gut.“ (IP 31, 21)

Das zitierte Beispiel zeigt, dass Achtung gegenüber den Kunden aus Sicht dieser Befragten bedeutet, ihre Bedürfnisse erst einmal als solche anzunehmen, unabhängig davon, ob sie gerechtfertigt erscheinen oder nicht (*„die sehen ja in dem Moment nur sich und ihre Krankheit“*). Trotzdem orientiert sich das weitere Verhalten an einer grundsätzlichen Bereitschaft, Wünsche nach Möglichkeit zu berücksichtigen: Die Situation und die Einschränkungen der eigenen Handlungsmöglichkeiten werden erklärt, so dass sie für die Kunden verständlich und die sich daraus auch für sie ergebenden Konsequenzen nachvollziehbar werden (*„dass ich noch was zu erledigen hab' und aber sofort wiederkomme“*, *„und ich dann erkläre, warum ich erst noch mal woanders hin musste“*). Die für das Verständnis der Situation notwendigen Informationen zu geben, legt den Fokus der Situation auf eine sachliche Ebene und trägt dazu bei, den Konflikt auf der Beziehungsebene auszutragen. Dem Kunden wird deutlich, in welcher Situation die Pflegende sich befindet und kann seinerseits Verständnis dafür entwickeln und deutlich machen.

Solche Aushandlungsprozesse – dies wurden in den Interviews immer wieder deutlich – gehören zum Pflegealltag und sind damit auch wichtiger Teil der Beziehungsarbeit. Dabei geht es einerseits darum im Sinne von ‚sentimental work‘ die Gefühle der Kunden positiv zu beeinflussen (*„da fühlen die sich ernster genommen: Die hat ja für mich gesorgt“*), aber, wie das Beispiel ebenfalls zeigt, genauso darum, die eigenen Gefühle durch ‚emotional work‘ zu regulieren (*„da muss man sich eben seinen Teil denken, ruhig antworten, ruhig bleiben“*).

Achtung und Respekt von Seiten der Pflegenden bedeutet entsprechend nicht, dass alle Wünsche sofort erfüllt werden, sondern dass notwendige Informationen gegeben, Umstände erklärt und Kunden auf Augenhöhe begegnet wird. In gleichem Maße wird ihnen aber auch Verständnis für ihre Wünsche signalisiert, werden Perspektiven eröffnet und Zusagen verbindlich auch eingehalten.

Als Ausdruck mangelnder Achtung gegenüber Bewohnern nennt eine Befragte den Gebrauch von Kosenamen.

„Und dann auch die Ansprache: Mein Schätzchen und so was. Och, das geht doch gar nicht. Das finde ich immer ganz schlimm.“ (IP6, 302)

Aus Sicht dieser Befragten sind Kosenamen im professionelle Kontext fehl am Platz, denn die Beziehung die Akteure haben keine entsprechende persönliche Beziehung. Verniedlichungen („*Schätzchen*“) machen das Gegenüber eher klein und bedeuten keine Begegnung auf Augenhöhe. Sie kommen eher einer Entmündigung der Klienten gleich, die sich mit einer professionellen Haltung, wie sie oben beschrieben wurde, nicht zu vereinbaren ist.

Als wichtige, gewissermaßen strukturelle Voraussetzungen für Beziehungsaufbau und Interaktionsarbeit werden von den Befragten insbesondere die Faktoren ‚Zeit‘ und ‚personelle Kontinuität‘ angesprochen. Diese Faktoren sind im Arbeitsalltag der Pflege aber durchaus nicht selbstverständlich, wo eher der Mangel daran, die Beziehungsgestaltung prägt.

„Ich glaub‘ das hab‘ ich mir antrainiert, dass ich am Flur ganz schnell und zack, zack, zack. Wenn ich dann beim Bewohner [bin]: Ah, wir haben Zeit. Machen Sie langsam.“ (IP 12, 46)

Diese Befragte ist sich offenbar bewusst, dass Zeitdruck für Klienten Stress bedeutet und die Arbeit mit den Klienten stört oder sogar erschwert. Sie weiß außerdem, dass Zeitdruck insbesondere über die Körpersprache der Pflegenden vermittelt und von den Kunden wahrgenommen wird. Die Tatsache, dass die Befragte bereits eine eigene Strategie entwickelt hat, zeigt auch, dass Hektik und Zeitdruck ‚normaler‘ Teil des Arbeitsalltages in der Pflege ist. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Zeitdruck und Arbeitsverdichtung in der Pflege sich in den vergangenen Jahren auf Grund von politisch gewollten Veränderungen im Gesundheitssystem verstärkt haben, kann die hier beschriebene Strategie auch als einen Versuch verstanden werden, strukturelle Probleme in der Gesundheitsversorgung durch erhöhten persönlichen Einsatz zu kompensieren, damit sie nicht zu Lasten der zu pflegenden Menschen gehen, für deren Wohlbefinden sich Pflegende verantwortlich fühlen und die die die Folgen im wörtlichen Sinne ‚am eigenen Leib‘ zu spüren bekämen.

Pflegende sehen sich aber nicht nur in der Fürsorgepflicht für ihre Klienten, sondern auch als Repräsentanten der eigenen Einrichtung bzw. des Trägers.

„Wenn Sie da immer so abrupt sagen: Keine Zeit, mach‘ ich nicht, kann ich nicht, und erst wenn [es] Ihnen ganz schlecht geht, dann würden Sie auch sagen: Da würd‘ ich nicht noch mal hinkommen wollen.“ (IP29, 57)

Hier wird die Kundenperspektive übernommen und deutlich gemacht, dass sowohl Zeitdruck („*keine Zeit, mach‘ ich nicht*“) als auch mangelnde Fachkompetenz („*kann ich nicht*“) und eine sehr geringe Orientierung an Bedürfnissen und Wünschen der Kunden („*erst wenn es Ihnen ganz schlecht geht*“) kein gutes Aushängeschild für eine Organisation sind und Kunden durch die schlechte Qualität der Dienstleistung ‚motiviert‘ werden, sich nach Alternativen umzusehen („*da würd‘ ich nicht noch mal hinkommen wollen*“). Umgekehrt bedeutet dies, dass eine gute Beziehung zu den Mitarbeitenden ein Aspekt ist, der die Kundenbindung erhöht und somit auch betriebswirtschaftliche Relevanz besitzt.

Um Beziehungen und ein Gefühl von Vertrautheit aufzubauen braucht es neben genügend Zeit auch personelle Kontinuität in der Betreuung.

„Wenn ich jetzt hier so einen meiner Bereiche habe, Pflege, dann sehe ich schon zu, dass ich die Patienten, die ich betreue, möglichst schon betreue über ‘n gewissen Zeitraum bzw. zusehe, dass eine meiner Kolleginnen das über ‘n gewissen Zeitraum tut. Damit da auch ‘ne Beziehung sich aufbauen kann. Weil, das hab‘ ich aus dem Nachtdienst heraus als schon sehr wichtig empfunden. Patienten bauen Beziehungen auf zur Krankenpflege. Und diese Beziehungen wollen auch gepflegt werden, da nützt nix, wenn ich keinen Bezug bekomme, weder als Patient zur Pflege noch die Pflege zum Patienten. Wenn das immer nur so rein und raus geht. Und je kürzer die Zeit ist, die ich mit jemandem verbringe, desto intensiver müsste die Zeit sein. Das fänd‘ ich, das wär‘ mir sehr wichtig.“ (IP 30, 4)

Die Befragte verweist auf ihre Erfahrungen im Nachtdienst, d.h. sie bezieht sich auf eine Situation, in der sie für alle Belange der Patienten die erste Ansprechpartnerin ist und in ihrer Rolle als ‚Hüterin der Nacht‘ für die Patientin eine besondere Bedeutung haben dürfte, z.B. wenn Schmerzen oder Komplikationen auftreten oder wenn Patienten Gefühle von Angst oder Trauer äußern. Mit Blick auf die verdichteten Arbeitsbedingungen, konkret auf die kurzen Liegezeiten im Krankenhaus wünscht sich diese Befragte, dass das Verhältnis von Aufenthaltsdauer und persönlicher Zuwendung besser aufeinander abgestimmt werden könnte, damit Beziehungsarbeit auch unter den veränderten Rahmenbedingungen realisiert werden kann („*je kürzer die Zeit, die ich mit jemandem verbringe, desto intensiver müsste die Zeit sein*“). Pflegekonzepte wie das der Bezugspflege oder des Case-Managements, die darauf abheben die personelle Kontinuität in der Betreuung zu gewährleisten müssten demnach unter den aktuellen Rahmenbedingungen in der Pflege mehr Bedeutung haben als je zuvor.

In diesem Zitat findet sich neben dem Bedingungsfaktoren ‚Zeit‘ und ‚personelle Kontinuität‘ auch ein erneuter Verweis auf das bereits beschriebene Kriterium

„Reziprozität“ von Pflegekraft und Kunden, („Wenn ich keinen Bezug bekomme, weder als Patient zur Pflege noch die Pflege zum Patienten“), ohne die eine Beziehung nicht gegeben ist und die darin enthaltenen Chancen nicht verwirklicht werden können.

Personelle Kontinuität ist darüber hinaus auch bedeutsam für das Maß an Sicherheit auf Seiten von Pflegenden und Kunden.

„Aber auch, dass die Pflegekraft, die am Bett steht, nicht ständig ‘ne andere ist oder unsicher wirkt, sondern auch ‘n gewisses Maß an Sicherheit ausstrahlt und den Patienten da auch begleiten kann.“
(IP30, 11)

„Aber trotzdem, wenn wir abends so durchgehen oder so, dann ist doch immer noch mal - der eine sagt dieses und der andere sagt jenes. Ich meine, das gehört für mich auch dazu, weil dann kommen die auch ganz gerne. Dann sind sie auch ganz froh, dass sie sagen können [sie] sind gut aufgehoben, ne.“
(IP29, 57)

Nur Pflegende, die ihre Kunden gut kennen und regelmäßig betreuen, sind in der Lage Entwicklungen zu beurteilen und relevante Veränderungen beim Kunden zu erkennen und einzuordnen. Neben fachlichen Kompetenzen sind eine gute Beziehung und regelmäßige Kontakte zu den Klienten die wesentlichen Faktoren, die den Pflegenden die Sicherheit und das notwendige Standing vermitteln, damit auch die Kunden sich sicher, kompetent versorgt gut aufgehoben fühlen können.

Personelle Kontinuität nützt somit sowohl Kunden als auch Pflegenden, letzteren auch insofern, als eine kontinuierliche Betreuung bestimmter Klienten für Mitarbeitende auch die Gelegenheiten und Chancen auf ein persönliches Feedback erhöht.

„Also, ich versuche schon immer zu den gleichen Kunden zu gehen. Also, man baut schon so ‘n bisschen ein Verhältnis auf zu denen. Also, die freuen sich dann, wenn man morgens ‘reinkommt und erzählen einem auch viel aus ihrem Leben, das ist irgendwie schön. Also, die Erfahrungen von den älteren Menschen, zu hören, was die erlebt haben.“ (IP2, 49)

Auf der Basis von Vertrautheit und Vertrauen werden positive Emotionen geäußert („*die freuen sich dann, wenn man morgens ‘reinkommt*“) und Einblicke in die persönliche Lebenssituation gewährt („*und erzählen einem auch viel aus ihrem Leben*“). Dies wird von den Pflegenden einerseits als Bestätigung für ihre professionelle Leistung erlebt, daneben bietet ein solcher Austausch aber offenbar auch Gelegenheiten, um sich an den Erfahrungen anderer Personen oder früherer Generationen zu orientieren oder daraus etwas für sich persönlich zu lernen („*das ist irgendwie schön (...) die Erfahrungen von den älteren Menschen, zu hören, was die erlebt haben*“).

Beziehungsaufbau- und pflege erfordert jedoch soziale Kompetenzen, die erlernt werden müssen: und Anleitung; Förderung und Zeit benötigen.

„Viele junge Kollegen können das nicht. Die haben keine Idee, wie sie das umsetzen sollen und brauchen dazu halt auch Anleitung: Wie baue ich überhaupt eine Beziehung zu ‘nem Patienten auf? Das fiel auch früher viel leichter. Als ich die Ausbildung gemacht hab‘ und Sie haben einen Patienten über drei Wochen immer wieder gesehen, dann haben Sie den viel länger begleitet und dann war so eine Beziehung viel einfacher zu gestalten, als wenn Sie jetzt einem Patienten nur drei oder vier Tage pflegen. Da ist nicht so viel drum rum.“ (IP 30, 5)

Diese Befragte betont, dass der Aufbau von professionellen Beziehungen zu erst einmal fremden Menschen, die sich darüber hinaus noch in einer besonderen, möglicherweise existenziell bedrohlichen Situation befinden, für viele Auszubildende und Berufseinsteiger eine große Herausforderung darstellt, die im Rahmen kurzer stationärer Aufenthalte noch erhöht werde. Angesichts des Mangels an Gelegenheiten sei es um so wichtiger, diese durch eine gute Anleitung und Begleitung zu unterstützen. Außerdem weist sie darauf hin, dass Beziehungsgestaltung Handlungsspielräume brauche.

Also, von daher ist mir wichtig, eine gewisse Selbstständigkeit in der Pflege, so dass man da auch Beziehungen aufbauen kann. Ja. Pflegerische Beziehungen. Professionelle Beziehungen. (IP 30, 7)

Wie eingangs bereits erwähnt entwickeln sich Beziehungen im persönlichen Kontakt, sie können also nicht ‚stellvertretend‘ oder vermittelt über z.B. dokumentierte Angaben aufgebaut werden. Wie eine Beziehung sich entwickelt, bestimmen die Akteure auf Grund ihrer Persönlichkeiten und dem situativen Kontext, in dem sie sich befinden. Abgesehen von einer Haltung, wie sie im Rahmen der beruflichen Sozialisation vermittelt wird und sich beispielsweise in Achtung und Respekt gegenüber Kunden manifestiert, erscheinen detaillierte Vorgaben für die Beziehungsgestaltung vor diesem Hintergrund eher hinderlich. So legt auch die zitierte Befragte zwar Wert auf Anleitung und Unterstützung der Berufsneulinge, genauso aber auch auf Autonomie und Selbstständigkeit der (professionellen) Akteure, die die Chance haben sollen, ihren persönlichen Weg frei von einengenden Vorgaben zu finden.

Auch wenn viele der beschriebenen Aspekte sowohl in privaten als auch in professionellen Beziehungen eine Bedeutung haben, so gibt es selbstverständlich auch Unterschiede, z.B. dass professionelle Beziehungen mit einem ‚Auftrag‘ geknüpft sind, der nach professionellen Kriterien ausgeführt werden muss.

Darüber hinaus ist das Verhältnis von Pflegenden und Kunden ein grundsätzlich ungleiches, das, überspitzt ausgedrückt, von Bedürftigkeit und Abhängigkeit auf der einen Seite und Fachkompetenz, Macht aber auch Verantwortung auf der anderen Seite geprägt ist. Auch wenn Kunden den Anbieter wechseln, sich beschweren oder die Kooperation

verweigern können, so können sind sie meist nicht in der Lage, ihre Rolle als Empfänger pflegerischer Dienstleistungen zu verlassen, wenn sie es möchten.

Pflegende sind sich in der Regel dessen bewusst und bemühen sich häufig auf der Grundlage eines humanistisch oder christlich geprägten Menschenbildes, Interessen und Wünsche der Klienten zu erfahren und zu berücksichtigen, sie zu motivieren, zu aktivieren und zu ermutigen und so weit wie möglich in Abläufe einzubeziehen bzw. diese gemeinsam mit ihnen zu planen. Es ist ein Anliegen, Kunden auf Augenhöhe und mit Achtung und Respekt zu begegnen. Manchmal übernehmen sie auch anwaltliche Funktionen für Kunden, wenn diese selbst nicht in der Lage sind, ihre Interessen gegenüber Dritten deutlich zu machen. Eine gute Beziehung zum Kunden ist eine wichtige Grundlage für eine Arbeit, die den Klienten und seine Bedürfnisse und Wünsche in den Mittelpunkt stellt. Diesem Anspruch tagtäglich gerecht werden zu wollen, kann Pflegende jedoch auch überfordern und krank machen.

„Ich baue schon Bindungen auf zu den Leuten. Also, ich brauch‘ das auch. Weil das sind ja Menschen, das sind ja nicht- (...) Es gibt auch Leute, die sehen das, glaube ich, so: Das ist meine Arbeit. Die sehen die Leute, also, die Menschen, vielleicht auch nicht wirklich so als Menschen, sondern so: Das ist jetzt hier so, Ich versorg‘ die jetzt und dann ist gut. Aber das kann ich halt nicht. Also, ich geh‘ da schon emotional ‘rein. Das ist, glaube ich, auch ein Grund für mich, warum ich das nicht immer machen will, weil, erstens will ich nicht abstumpfen in dem Bereich, und zweitens, ja, weiß ich nicht, in wie weit mir das halt auf Dauer gut tut so zu arbeiten.“ (IP 2, 101)

Das Zitat verdeutlicht, dass professionelle Beziehungsarbeit auch emotional eine Herausforderung darstellen kann. Die tägliche Konfrontation mit Krankheit oder Leiden fordert von Pflegenden auf der einen Seite die Fähigkeit, sich Kunden auch emotional zuzuwenden und Anteil an ihrem Schicksal zu nehmen und auf der anderen Seite auch Abgrenzung und Selbstschutz, um die eigene emotionale Schwingungsfähigkeit zu erhalten, „*nicht ab[zu]stumpfen*“ oder selbst gesundheitliche Beeinträchtigungen davon zu tragen.

Entsprechend ist es auch Teil der professionellen Beziehungsarbeit, Grenzen deutlich zu machen und das Verhältnis von Nähe und Distanz auch mit Blick auf eigene Bedürfnisse, Gefühle und Belastungen gut auszuloten. Wie wichtig dies ist, wird deutlich, wenn Kunden sich übergriffig verhalten und sich Pflegenden gegenüber in persönlich kränkender oder schamverletzender Weise äußern oder verhalten.

„Wir haben auch einen Kunden, der dann- ganz stark demütig, der dann sagt: Was denken Sie, wenn Sie hier meinen Penis waschen, und so. Und: Mehr als Arsch abwischen können Sie nicht! Und all solche Sachen. Wo man ähm, wo-, ja klar, wo man drüber stehen muss. Wo man sagen muss: Da rein , da raus. Aber wo es manchmal auch-, einfach wo ich an meine Grenzen komme und denke: Boah, also, auf der Straße würdest du dich so nicht behandeln lassen, der ist doch krank im Kopf. Der hat Demenz oder

sonst was. Das lässt du dir nicht gefallen. Natürlich gab's dann auch immer Momente, wo ich ihn da sitzen lassen hab' und gesagt hab': Es reicht jetzt, wir müssen uns nicht sympathisch finden, aber mit Respekt sollte es schon zugehen, ich fahr' jetzt.“ (IP 20, 16)

Gerade körpernahe Tätigkeiten wie die Intimpflege berühren Tabuthemen, wie z.B. Sexualität, und können sowohl auf Seiten der Kunden als auch bei den Pflegenden Gefühle von Scham, Unsicherheit und Peinlichkeit hervorrufen. Übergriffe und Anzüglichkeiten wie in den oben zitierten Beispiel können Pflegende in für sie unerträgliche Situationen bringen, in denen es ihnen nicht mehr möglich ist, sich innerlich zu distanzieren und sie nur noch den Wunsch haben die Situation zu verlassen und die Beziehung zum Klienten abubrechen. Im beschriebenen Beispiel können Erklärungsversuche, die das übergriffige Verhalten auf krankheitsbedingten Kontrollverlust („*der hat Demenz oder sonst was*“) zurückführen, einem solchen Angriff auf die persönliche Integrität nichts entgegensetzen.

Auch in vergleichsweise alltäglichen Situationen ist es häufig nicht einfach, körpernahe Tätigkeiten, die mit Eingriffen in die Intimsphäre des Klienten verbunden sind, in einer Weise durchzuführen, die dem Bedürfnis der Beteiligten nach einer Wahrung der persönlichen Grenzen (Integrität) entspricht.

„Andere Leute zu berühren, **fremde** Leute berühren, gerade dieses Pflege-, gerade beim Waschen oder Intimbereich waschen-. Wenn ich ein junges Mädchen bin und ich hab' 'n Mann vor mir liegen, der auch vielleicht mittleren Alters ist, noch nicht **soo** alt und der kann das nicht-, kann nicht damit umgehen - kann ich das **respektabel** machen? Und nicht nur ins Lächerliche ziehen, ne. Wie gehe ich damit um.“ (IP 4, 344)

Es erfordert hohe persönliche und soziale Kompetenzen deutlich zu machen, dass körperliche Nähe, wie sie üblicherweise in intimen Beziehungen vorkommt bzw. zugelassen wird, Teil von nicht sexualisierten, professionellen Handlungen sind. Die notwendige Souveränität dazu wird häufig erst im Laufe der Berufstätigkeit gewonnen werden, Berufsanfänger sind mit solchen Situation oft genauso überfordert wie Kunden („*wenn ich ein junges Mädchen bin*“, „*der [Patient] kann das nicht, kann nicht damit umgehen*“). Pflegende sehen sich in einer solchen Situation der Aufgabe gegenüber, sowohl eigene Unsicherheiten und Schamgefühle als auch die der Kunden zu regulieren. In ihrer Äußerung macht die Befragte (implizit) deutlich, dass sie es als professionelle Aufgabe ansieht, hier Klarheit in die Beziehung zu bringen, indem sie durch ihr eigenes Verhalten den Rahmen vorgibt, ggf. Grenzen setzt und damit die Verantwortung für die Beziehung übernimmt („*kann ich das respektabel machen*“). Dass intime, körperliche Nähe im professionellen Kontext von Pflege auch für Pflegende selbst schambesetzt sein kann, wird in diesem Zitat auch dadurch deutlich, dass die Befragte mehrmals ansetzen

muss, um den Sachverhalt zu erläutern und dass sie in ihrer Schilderung wenig konkret wird.

Ein weiteres Beispiel aus dem Kontext pflegerischer Beziehungen, das Pflegende an die Grenzen ihrer psychischen Belastbarkeit und Toleranz bringen kann, ist die Konfrontation mit Aggressionen von Kunden, die sich im persönlichen Kontakt ‚entladen‘. Auch hier geht es darum, in einer Weise Grenzen zu setzen, die auch mit der professionellen Rolle in Einklang steht.

„Natürlich gibt’s auch schon mal Beschimpfungen von der übelsten Art, alles, was die Fantasie so hergibt, wo ich dann auch schon manchmal sag’: Wissen Sie was, ist genug jetzt. Ich krieg’ hier ‘ne Psychiatriezulage, die haben Sie jetzt in diesem Moment für den ganzen Monat aufgebraucht. ((lacht leise)) Ich sag’: Wir gehen freundlich mit Ihnen um und ich hab’ es nicht nötig, als, weiß ich nicht, als Motherfucker, haste nicht gesehen, fick dich selber. Irgendwann ist gut. Ich möchte nicht mehr, dass Sie mich so ansprechen, dass Sie mich so beschimpfen. Und manchmal staune ich und dann hört es auch auf, dann reißt es auch ab.“ (IP 22, 85)

Das Beispiel gibt die Strategie eines Befragten wieder, in der es ihm gelingt sich mit sehr klaren Worten und auch einer Portion Humor den notwendigen Respekt zu verschaffen, um seine persönliche Integrität wiederherzustellen und damit auch eine Grundlage dafür zu legen, um die Beziehung zum Kunden in konstruktiver Weise überhaupt fortsetzen zu können.

Zusammenfassung

Pflegende sehen es als Teil ihrer professionellen Aufgabe an, die Beziehung mit den Kunden aktiv zu gestalten. Der Beziehungsaufbau umfasst dabei ein gegenseitiges Kennenlernen, das nicht rein funktional auf die Erfüllung bestimmter Aufgaben ausgerichtet ist, sondern die Begegnung von zwei Individuen darstellt, die face-to-face miteinander interagieren. Nicht nur Kunden möchten mit ihren Bedürfnissen und Interessen gesehen und berücksichtigt werden, sondern auch Pflegende möchten als Person wahrgenommen und nicht auf ihre professionelle Rolle reduziert werden. Auf Basis wechselseitiger Achtung der Akteure entwickeln sich persönliche Vertrautheit und Vertrauen als Grundlage für eine gute Kooperation, die nicht nur für die Zufriedenheit der Akteure, sondern auch für den Behandlungserfolg bedeutsam sind.

Die in den Interviews angesprochenen Voraussetzungen dafür, dass Beziehungen sich positiv entwickeln, sind sowohl struktureller als auch personeller Art. So müssen für positive Beziehungen zwischen Kunden und Pflegenden sowohl die zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stehen als auch personelle Kontinuität und Handlungsspielräume vorhanden sein. Die Interviews zeigen, dass sowohl Zeitdruck und Hektik als auch ein häufiger

Personalwechsel für Aufbau und Pflege konstruktiver Beziehungen schädlich sind. Kontinuität in der Betreuung gibt sowohl Pflegenden die Sicherheit, Verhalten einordnen und Veränderungen wahrnehmen zu können als auch Kunden das Vertrauen, dass für ihn gut gesorgt wird. Kontinuierliche Beziehungen beinhalten für Pflegende außerdem Gelegenheiten, persönlich relevante Einblicke in die Biografie anderer Person zu haben, ein Feedback für die eigenen Leistungen zu erhalten oder auf Verständnis zu stoßen, wenn z.B. ein Kundenwunsch nicht sofort erfüllt werden kann.

Pflegerische Beziehungen erfordern hohe persönliche und soziale Kompetenzen, gerade weil sie oft mit großer körperlicher Nähe verbunden sind, viele Lebensbereiche des Kunden betreffen und somit im Alltag ständig präsent sind. Die nötige Souveränität, um eigene Gefühle von Unsicherheit, Angst, Scham oder auch Wut zu regulieren (emotional labor) und auf Seiten des Kunden positiv zu beeinflussen (sentimental work) muss im Laufe von Ausbildung und Berufstätigkeit erst erlernt bzw. entwickelt werden. Ähnliches gilt für Situationen, in denen Pflegende sich in ihrer Integrität verletzt fühlen, weil Kunden es an Achtung und Respekt fehlen lassen. Beziehungen - auch professionelle Beziehungen - sind stets wechselseitig. Wenn persönliche Grenzen durch das Gegenüber massiv verletzt werden, kann ein Abbruch der Beziehung auch aus Sicht von Pflegenden, die sich auf Grund ihrer professionellen Rolle eigentlich in der Verantwortung für die Gestaltung der Beziehung sehen, die angemessene Lösung sein.

5.1.1.18 Berufsverständnis

Die Kategorie „Berufsverständnis“ umfasst die in den Interviews genannten Aspekte, die für das persönliche Berufsbild von zentraler Bedeutung sind. Konkret geht es einerseits um die Vorstellungen von spezifischen Tätigkeiten und Kompetenzen Pflegender, andererseits aber auch um berufsethische Grundsätze, an denen sich das professionelle Handeln orientiert und aus deren Umsetzung die Mitarbeitenden (Selbst)Wertschätzung, berufliches Selbstbewusstsein und Stolz beziehen. Eng verknüpft mit fachlichen und ethischen Aspekten sind Selbstbild und Status von Pflegenden, denn das Verständnis der beruflichen Rolle und die Position im Versorgungssystem zeigen sich konkret anhand autonomer Aufgabenbereiche und vorhandener Handlungsspielräumen und spiegeln sich in Kommunikation und Kooperation mit anderen Berufsgruppen wider. (Auch wenn Selbst- und Fremdwahrnehmung hier durchaus voneinander abweichen können, so sind sie im Kontext des Versorgungssystems selbstverständlich aufeinander bezogen. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Selbstverständnis Pflegender die Außenwahrnehmung der

Berufsgruppe in ähnlicher Weise beeinflusst wie Rollenzuschreibungen von außen nicht ohne Folgen für das Selbstbild bleiben dürften.)

Es fällt auf, dass Interviewpartnerinnen, wenn sie über ihre Tätigkeiten sprechen, sich so gut wie nie auf die Erläuterung oder das Aufzählen bestimmter Tätigkeiten wie z.B. das Anreichen von Nahrung oder die Gabe von Medikamenten beschränken, sondern jede ihrer Tätigkeiten im Kontext der Beziehungsgestaltung schildern. Gemeint ist, dass in gleichem Zuge mit pflegerischen ‚Verrichtungen‘ Aspekte der Individualität oder der Bedeutsamkeit dieser Handlung für den zu pflegenden Menschen mitschwingen.

„Wie gesagt, das ist eben jeden abzuholen, wo er steht. Und das find’ ich, das ist eigentlich Altenpflege. Dieses ganze Waschen und sauber Machen, ja mein Gott. Ist unangenehm für den Menschen auch und die es noch mitkriegen: Oh, Schwester! Ich sag’: Komm, was soll’s. Machen wir schnell und gut ist. Und dann redet man über ’n Bild.“ (IP 12, 56)

Das Beispiel in diesem Zitat verdeutlicht, dass der Pflegekraft bewusst ist, dass die Durchführung körperpflegerischer Maßnahmen, insbesondere im Intimbereich, für zu pflegende Menschen oft schambesetzt und peinlich ist („*Ist unangenehm*“, „*Oh, Schwester!*“). Entsprechend ist sie bemüht, diese für den zu pflegenden Menschen peinliche Situation schnell zu beenden („*machen wir schnell*“). Sie begegnet den Gefühlen von Scham und Peinlichkeit, indem sie diese zwar aufgreift, sie aber gleichzeitig relativiert („*Komm’, was soll’s.*“) und auf das angestrebte Ergebnis hinweist („*und gut ist*“). So verdeutlicht diese Befragte ihrer Gegenüber, dass sie Ihre Gefühle versteht und in gewisser Weise auch teilt („*ist unangenehm für den Menschen auch*“). Sie verringert die professionelle, zwischen Kundin und Pfleger übliche Distanz, indem sie die Kundin duzt („*Komm*“) und in der ersten Person Plural spricht („*wir*“). Damit drückt sie Verstehen, Nähe und Solidarität aus, die es der Kundin vermutlich erleichtern sollen, sich der Pflegekraft in dieser intimen Situation anvertrauen zu können. So kann auch der anschließende Themenwechsel als Versuch gedeutet werden, die Situation für die Beteiligten erträglich zu gestalten und von Scham verursachenden Aspekten abzulenken.

Mit Blick auf solche Tätigkeiten, die stets auch einen Eingriff in die Intimsphäre anderer Personen bedeuten, erscheint es plausibel, dass Pflegende sich bei der Darstellung ihrer Arbeit nicht auf die Darstellung spezifischer Tätigkeiten beschränken, sondern dies in der Regel mit Blick auf das jeweilige Gegenüber tun. Im Mittelpunkt des Berufsverständnisses stehen weniger die professionellen Handlungen als solche, sondern ihre Bedeutung für den jeweiligen Kunden und sein persönliches Wohlbefinden („*jeden abholen, wo er steht*“).

Auch das folgende Zitat fokussiert die Interaktionsarbeit mit den Kunden, indem die dafür notwendigen Kompetenzen betont werden.

„Ja, worauf die [Berufseinsteiger] sich einstellen müssen: Gerade auf den Umgang mit vielen unterschiedlichen Menschen und vielen unterschiedlichen Charakteren, darauf **einstellen** können, mit denen sich auch **beschäftigen** können vor allen Dingen. Nicht nur wissen müssen: Es gibt die und die Krankheit und (...) bei den und den Symptomen das und das, sondern sich auch auf **jeden** einzelnen Patienten ein bisschen einstellen können, das muss man **versuchen** und können.“ (IP 4, 326)

Auch diese Befragte betont, dass neben spezifischem Fachwissen („*die und die Krankheit*“, „*bei den und den Symptomen das und das*“) die Wahrnehmung und Berücksichtigung der Individualität der zu pflegenden Menschen („*auf jeden einzelnen Patienten*“) verbunden mit der für Interaktionsarbeit unverzichtbaren Empathiefähigkeit („*sich einstellen können*“) sowie soziale Handlungskompetenzen („*sich auch beschäftigen können*“) von großer Bedeutung für die Ausübung des Pflegeberufes sind.

Die Bedeutung sozialer Aspekte für das Berufsverständnis Pflegenden wird auch durch den Vergleich mit psychosozialen Berufen im engeren Sinne ausgedrückt.

„Wir sind Sozialarbeiter hier, weil es gibt ja auch zum Beispiel Bewohner, die früher Alkoholiker waren oder wo teilweise auch keine Angehörigen da sind, die kaum Besuch bekommen. Ja, also, da muss man oftmals so schlichten oder oftmals auch deren Interessen vertreten. Und auch Fürsprecher [sein] und ich finde als Altenpflegerin oder Altenpfleger oder wenn man in der Altenpflege arbeitet, viel soziales Engagement, das ist soziale Kompetenz, die würd' ich mal sehr hoch einstufen. Hier ist weniger Krankheitsbild oder Diagnostik oder Therapie gefragt, sondern viel mehr diese soziale Kompetenz oder psychosozial, würd' ich mal sagen. Manchmal ist man wie so 'n Psychologe, weil diese Demenzkranken, was wir hier ja auch sehr viel haben, und da muss man auch in deren Situation oder in der Lage, wo sie sich momentan befinden, muss man dann hineinschauen oder sich mal vorstellen.“ (IP 14, 28)

Üblicherweise fällt es in den Arbeitsbereich von Sozialarbeitern oder Psychologen, Menschen in persönlichen Krisen oder im Falle psychischer Erkrankungen oder Beeinträchtigungen („*früher Alkoholiker waren*“) zu unterstützen. In ihrem Arbeitsalltag erleben es Pflegenden jedoch häufig, dass Kunden psychosoziale Unterstützung brauchen („*da muss man oftmals so schlichten oder oftmals auch deren Interessen vertreten*“), beispielsweise weil niemand sonst diese Aufgaben übernehmen könnte („*wo teilweise auch keine Angehörigen da sind*“, „*die kaum Besuch bekommen*“) oder weil die Kunden kognitiv überfordert sind („*diese Demenzkranken*“). Der Verweis der Befragten auf den großen Anteil Demenzkranker in der Einrichtung („*diese Demenzkranken, was wir hier ja auch sehr viel haben*“) verdeutlicht, dass eine angemessene psychosoziale Betreuung nicht mehr allein von Sozialarbeitern oder Psychologen geleistet werden kann, sondern in großem Umfang dem Aufgabenbereich der Mitarbeitenden zuzurechnen ist, die die alltägliche Betreuung rund um die Uhr übernehmen. Entsprechend bedeutsam ist es, dass

Pflegende über die entsprechenden sozialen und kommunikativen Kompetenzen verfügen („hier ist weniger (...) Diagnostik oder Therapie gefragt, sondern viel mehr diese soziale Kompetenz“). Die Interviewpartnerin nennt hier konkret die Fähigkeit zur Empathie („in der Lage, wo sie sich momentan befinden, muss man dann hineinschauen oder sich mal vorstellen“) und die Bereitschaft, auch als Sprachrohr für Kunden zu fungieren („deren Interessen vertreten“, „Fürsprecher sein“).

Nicht nur die zu pflegenden Menschen profitieren von der Empathiefähigkeit und Fürsorge der Pflegenden. Wie wichtig es auch im Interesse einer effektiven und ökonomischen Arbeitsorganisation ist, die Belange von Kunden von vorne herein ‚mitzudenken‘, zeigt eine weitere Interviewsequenz.

„Pflege ist Aushandlungssache. So hab’ ich das in der Weiterbildung-, hat meine Professorin mir gesagt ((lacht)), in Arbeitsorganisation. Zuerst hab’ ich das nicht so verstanden, was sie so meint, aber nachher doch. Also, man ist ständig am Verhandeln und am Aushandeln. Ja, und wenn man- wir müssen arbeitsorganisatorisch auch sehr gut organisieren, sonst verliert man sehr viel Zeit, das ist das. Also, man muss am Anfang des Dienstes alles so gut organisieren, dass man keine Zeit [verliert], Zeit ist Geld, hat man mir auch gesagt. Das hab’ ich zuerst auch irgendwie nicht verstanden, aber tatsächlich, es ist Zeit, Zeit, Zeit, das ist das A und O.“ (IP 14, 21)

Die für die Befragte erst einmal nicht nachvollziehbare Äußerung der Professorin („Pflege ist Aushandlungssache“) bestätigt sich in der Berufspraxis der Befragten. Implizit wird in diesem Zitat ausgedrückt, dass Berufseinsteiger erst einmal andere Vorstellungen von Pflegearbeit haben, als mit den zu Pflegenden über die Modalitäten des Vorgehens zu verhandeln und gemeinsame Strategien zu entwickeln. Mit Blick auf die im Laufe der eigenen Berufstätigkeit gesammelte Erfahrungen ‚rächt‘ es sich aus heutiger Sicht der Interviewpartnerin, wenn Planungen vorab ohne Einbeziehung der Kunden erstellt werden, bzw. dafür kein Raum (keine Zeit) vorgesehen ist („sonst verliert man sehr viel Zeit“). Anhand des Maßstabes ‚Zeitaufwand‘ macht die Befragte deutlich, dass die benötigte Zeit nicht primär über die anstehende Tätigkeit bestimmt werden kann, sondern in viel höherem Maße von den Abstimmungsprozessen mit den Kunden abhängt. Damit wird das Ergebnis bzw. der ‚Erfolg‘ von Interaktionsarbeit zu einem auch ökonomisch relevanten Faktor von professioneller Pflegearbeit, dessen Relevanz somit keineswegs auf ‚Wohlfühlaspekte‘ auf Seiten von Kunden oder Mitarbeitenden beschränkt werden kann. Kunden zu übergehen ist somit nicht nur aus berufsethischer Sicht problematisch, sondern kann auch teuer werden.

Der folgende Interviewausschnitt gibt Beispiele dafür, welche persönlich relevanten Aspekte im Rahmen von Interaktionsarbeit geklärt werden müssen, um zu einem für die Beteiligten befriedigenden ‚Ergebnis‘ zu kommen.

„Also, Altenpflege ist ja viel mehr, ja dieses soziale Umfeld, das sie mitbringen. Das spielt eine sehr große Rolle. Die Rituale. Und wie sie frühstücken möchten und wie sie angezogen werden möchten, was für Gewohnheiten sie haben. Kopfkissen so oder Kopfkissen hier oder die Schuhe und all solche Kleinigkeiten, welches Parfum sie benutzen oder so was. Und der Alltag spielt eben eine Rolle und auch ihre **Geschichte**, die sie mitbringen oder Vergangenheit oder wie auch immer, ihre Kinder und dieses Ganze.“ (IP 14, 25-26)

Individuelle Eigenschaften und Strategien sind konstitutive Elemente des Pflegeprozesses. Dazu gehören Gewohnheiten („*Kopfkissen so*“), Vorlieben („*wie sie angezogen werden möchten*“, „*welches Parfum sie benutzen*“), Lebenserfahrungen („*ihre Geschichte, die sie mitbringen*“) oder die familiäre Situation („*ihre Kinder und dieses Ganze*“). Das Wissen darüber fließt ein in die Gestaltung alltäglicher Handlungsabläufe, wie z.B. Körperpflege oder Nahrungsaufnahme; die notwendige Kenntnis darüber zu erlangen, erfordert neben Zeit eine vertrauensvolle persönliche Beziehung der Akteure. Dies ist vielen Pflegenden bewusst und sie sind deshalb bemüht, neben einer fachlich korrekten Durchführung ihrer Arbeit auch das Vertrauen ihrer Klienten zu gewinnen und ihnen Sicherheit in oftmals prekärer Lage zu vermitteln.

„Weil, da liegen Menschen, die hilflos sind, im Bett und die, ja die müssen sich auf uns verlassen, dass wir denen die richtigen Sachen geben und die richtig- diese Sachen anschließen und wenn wir da nicht-, wenn wir das falsch machen, dann, ja, stehen Menschenleben auf dem Spiel.“ (IP 2, 61)

Diese Befragte schildert mit viel Empathie die Abhängigkeit der ihr anvertrauten Klienten („*Menschen, die hilflos sind*“, „*die müssen uns auf uns verlassen*“) und leitet daraus die hohe Verantwortung für den eigenen Berufsstand ab („*wenn wir das falsch machen, dann stehen Menschenleben auf dem Spiel*“). Auffällig an dieser Textsequenz ist die Gegenüberstellung der beiden Akteursgruppen, die jeweils nur mit Pronomen („*die*“ und „*wir*“) benannt werden. Aus dem Kontext wird deutlich, dass es sich bei „*die*“ um die Kunden handelt, denn die „*liegen*“ und sind „*hilflos*“. Ob mit der Verwendung der Personalpronomen („*wir*“, „*uns*“) Kollegen oder die Berufsgruppe insgesamt gemeint ist, muss an dieser Stelle offen bleiben. Deutlich werden in jedem Fall die hohe Identifikation der Befragten mit der Bezugsgruppe und die spezifischen Aufgaben und Verantwortlichkeiten. („*dass wir denen die richtigen Sachen geben*“, „*wenn wir da nicht*“, „*wenn wir das falsch machen*“).

Einzelne Interviewpartner/innen gewichten die Bedeutung psychosozialer Kompetenzen für die Alten- bzw. die Krankenpflege unterschiedlich.

„Ich bin ja Krankenschwester. Wir haben viel mehr mit Krankheitsbildern zu tun und assistieren den Ärzten und weniger als- im Krankenhaus das spielt das soziale Umfeld **fast** keine Rolle, weil erst mal jetzt sowieso die Krankenhausverweildauer ist ja kurz und früher war's anders. Früher da sind sie auch

lange geblieben. Also, die innere Station, da sind schon chronisch Kranke lange geblieben. Aber jetzt glaub' ich nicht mehr und, ja, da haben wir erst mal nicht den Menschen im Vordergrund, sondern das Krankheitsbild.“ (IP14, 17)

In diesem Interviewausschnitt wird von der Krankenpflege ein eher funktionalistisches Bild gezeichnet; im Fokus steht die Erkrankung des Patienten, sowie die notwendige Diagnostik, Therapie und Pflege (*„haben viel mehr mit Krankheitsbildern zu tun“*). Aufgaben der Pflegenden werden in engem Bezug zur Erkrankung gesehen, sie erscheinen stärker zweckgerichtet und weniger durch die Belange der Menschen bestimmt (*„da haben wir erst mal nicht den Menschen im Vordergrund, sondern das Krankheitsbild“*, *„assistieren den Ärzten“*). Im Vergleich zur Altenpflege erhält die Beziehungsarbeit mit den Klienten oder sein Lebenskontext im Rahmen von Krankenpflege einen wesentlich geringeren Stellenwert (*„im Krankenhaus spielt das soziale Umfeld fast keine Rolle“*). Begründet wird dies auch damit, dass eine intensivere Beschäftigung mit psychosozialen Fragen unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen schon auf Grund von Zeitmangel gar nicht möglich erscheint (*„die Krankenhausverweildauer ist ja kurz“*). Im Unterschied dazu wird der Stellenwert der sozialen und kommunikativen Kompetenzen für die Altenpflege von der Befragten wesentlich höher eingeschätzt.

„In der Altenpflege ist die Lebenserfahrung sehr, sehr- Berufserfahrung auch sehr, sehr wichtig, finde ich. Weil das sind alte Menschen, die auch lebenserfahren sind. Um dem gerecht zu werden, da muss man auch eigene Lebenserfahrung mitbringen.“ (IP 14, 33)

Entsprechend gerät die Persönlichkeit der Pflegeperson, insbesondere ihre Reife und Erfahrung stärker in den Blick (*„Lebenserfahrung sehr, sehr- Berufserfahrung auch sehr, sehr wichtig“*). Die eigene Lebenserfahrung wird von der Interviewpartnerin gewissermaßen als Voraussetzung für Begegnung und Austausch auf Augenhöhe angesehen (*„das sind alte Menschen, die auch lebenserfahren sind. Um dem gerecht zu werden, da muss man auch eigene Lebenserfahrung mitbringen“*). Die Befragte betont, dass sowohl Lebens- als auch Berufserfahrung wichtig seien. Es geht ihr also offensichtlich nicht nur darum, bestimmte Erfahrungen mit den zu pflegenden Menschen teilen zu können, sondern daneben auch darum, im beruflichen Kontext entsprechende Erfahrungen gemacht und Einsichten im Umgang mit anderen Klienten in vielleicht ähnlicher Situation gewonnen zu haben. Auf diese Weise treten neben die Gemeinsamkeit und die Nähe hinsichtlich persönlicher Erfahrungen der Unterschied und die Distanz hinsichtlich der jeweiligen Rolle der beiden Akteure. Beide sind für die Befragte gleichermaßen wichtig (*„Lebenserfahrung sehr, sehr- Berufserfahrung auch sehr, sehr*

wichtig“), dies legt die Interpretation nahe, dass die Rolle für die Mitarbeitenden trotz aller Gemeinsamkeiten und der sich daraus möglicherweise entwickelnden Nähe professionell definiert ist und sich nicht im persönlichen (gegenseitigen) Austausch erschöpft, sondern darüber hinaus einen professionellen Auftrag erfüllt, der - wie oben beschrieben - Fürsorge, Übernahme von Verantwortung und konkrete Unterstützungsleistungen beinhaltet.

Dieselbe Interviewpartnerin schildert etwas später im Gespräch, dass aus ihrer Sicht auch die Fähigkeit, sich vom Schicksal der Klienten zu distanzieren, Teil ihres professionellen Selbstverständnisses ist. Sie verdeutlicht dies am Beispiel ihrer Tochter, die ebenfalls einen sozialen Beruf ergriffen hat.

„Zum Beispiel meine Tochter, die ist in der Ausbildung zur Physiotherapie, die hat auch ihren ersten Fall erlebt. Sie hat den Patienten behandelt und am nächsten Tag war er oder war sie tot. ((lacht leise)) Da war sie selbst sehr fertig. (...) Schuldgefühle, weil sie auch damit involviert war. Grundlos, einfach nur so. Und ich habe mit ihr auch lange diskutieren müssen, ich habe erst mal zugehört, dass sie ihre Gefühle erst mal losheult oder los- also, alles raus aus dem Inneren. Und nachher hab' ich dann damit auseinandergesetzt. Ich hab' gesagt, das ist- wenn sie später professionell arbeiten möchte, dass es unbedingt notwendig ist, diesen inneren Abstand [zu haben]. Egal wie ich mich auch mit den Bewohnern unterhalten habe und wie ich mich da engagiert habe um ihre Probleme und ihre Belange. Aber dann, wenn ich mich zum anderen Bewohner wende, dann das steht wieder im Vordergrund. Und so von einem zum anderen, ich kann nicht Problem A zu Problem B mitnehmen, das geht nicht. Ja, genau, man muss sich distanzieren.“ (IP 14, 47)

Der „erste Fall“, gemeint ist offenbar der erste Todesfall, mit dem die Tochter im Rahmen ihrer Ausbildung zur Physiotherapeutin konfrontiert wird, hat bei dieser massive Betroffenheit und Trauer (*„da war sie selbst sehr fertig“*), aber auch unbegründete Schuldgefühle ausgelöst (*„Schuldgefühle, weil sie auch damit involviert war. Grundlos, einfach nur so“*). Die Befragte schildert, wie sie ihrer Tochter erklärt habe, dass innerer Abstand unbedingt nötig sei, um *„professionell arbeiten“* zu können. Sich in der einen Situation auf den Menschen und seine Belange einzulassen ist für sie durchaus damit zu vereinbaren sich im Anschluss innerlich wieder zu distanzieren und sich anderen Aufgaben zuzuwenden (*„Egal wie ich mich auch mit den Bewohnern unterhalten habe und wie ich mich da engagiert habe um ihre Probleme und ihre Belange. Aber dann, wenn ich mich zum anderen Bewohner wende, dann das steht wieder im Vordergrund“*). Dies sei nicht nur für die eigene Psychohygiene notwendig (*„unbedingt notwendig, diesen inneren Abstand [zu haben]“*), sondern auch im Interesse der anderen Kunden, die genauso zu versorgen seien (*„ich kann nicht Problem A zu Problem B mitnehmen“*).

Im Bereich der im Berufsverständnis der Pflegenden verankerten Kompetenzen und Tätigkeiten stellt sich zusammenfassend ein überwiegend nicht verrichtungsorientiertes

Berufsverständnis dar. Vielmehr verstehen die Pflegenden ihren Beruf vorrangig als Beziehungs- und Interaktionsarbeit. Sie sehen ihre Aufgaben darin, Menschen mit einem Pflegebedarf in einer Art und Weise zu unterstützen, dass diese ihr Leben trotz Einschränkungen würdevoll und selbstbestimmt führen können. Dabei steht die Einzigartigkeit des zu Pflegenden im Mittelpunkt. Durch die Individualisierung der pflegerischen Unterstützung kann einerseits ein Maximum an Selbstverwirklichung des Menschen erreicht werden, andererseits wird der Ressourceneinsatz optimiert, indem der zu Pflegenden nur die Leistungen erhält, die für ihn notwendig und von ihm erwünscht sind. Pflegende übernehmen dabei ein hohes Maß an Verantwortung für das Wohlergehen und die Sicherheit des zu pflegenden Menschen. In einem solchen Berufsverständnis werden Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung und der Regulation von Nähe und Distanz als wichtig erachtet.

Professionelle Pflege berührt häufig ethische Fragen, denn Pflegende treffen in ihrem Arbeitskontext nicht selten auf Menschen, die an schweren, zum Teil existenziell bedrohlichen Erkrankungen leiden oder die auf Grund von Alter oder Gebrechlichkeit abhängig von Unterstützungsleistungen anderer geworden sind. Zur Verfügung stehende Therapien erscheinen mit Blick auf die Lebensqualität mitunter fraglich, Entscheidungen für oder gegen bestimmte therapeutische oder pflegerische Maßnahmen können manchmal nicht mehr von der zu pflegenden Person selbst getroffen werden und bleiben so Angehörigen, gesetzlichen Betreuern oder dem an Pflege und Behandlung beteiligten Mitarbeitenden überlassen. Selbst in weniger dramatischen, alltäglichen Arbeitssituationen stellen sich immer wieder Fragen danach, welche Entscheidung die für den Betroffenen beste ist oder wer sie zu treffen befugt ist.

In den Interviews wird immer wieder deutlich, wie wichtig es Pflegenden ist, Bedürfnisse, Wünsche und Interessen der zu pflegenden Menschen zu ermitteln, darauf einzugehen und die Betroffenen so in die Planung und Durchführung der aus pflegerischer Sicht sinnvollen Maßnahmen einzubeziehen. Zu einem solchen Berufsverständnis gehört eine ethische Haltung, die sich anhand von Begriffen wie ‚Respekt‘, ‚Patientenorientierung‘ und ‚Begegnung auf Augenhöhe‘ charakterisieren lässt.

„Respekt vor dem Patienten ist das alleroberste Gebot und Arbeit auf Augenhöhe. Das sind so zwei Grundsätze, die ich auch den Schülern immer wieder vermittele. Respekt ist das Allerwichtigste und der Patient ist ein gleichberechtigtes Gegenüber, egal wie krank er ist. Auf seiner Ebene ist er gleichberechtigt gegenüber. Und auf der Ebene verhandele ich mit ihm.“ (IP 28, 73)

„Das ist ganz- ganz ganz wichtig, sich wirklich den Patienten anzuhören und ausführlich mit dem zu reden. Und erst mal zu gucken, wie das aus seiner Perspektive ist. (...) Das gehört für mich zum Ernstnehmen und zur Augenhöhe, dass ich mich bemühe das aus Sicht des Patienten zu sehen.“
(IP 28, 182)

In beiden Interviewsequenzen wird betont, welch hohen Stellenwert diese Haltung für die Befragte hat („*das allerobere Gebot*“, „*ganz, ganz, ganz wichtig*“). Mit der Formulierung ‚*Gebot*‘ wird durch den Bezug zu Grundlagen der christlichen Religion die Bedeutung und die Unumstößlichkeit dieses Grundsatzes betont, der in den Augen der Befragten uneingeschränkt für jeden Menschen gilt („*egal wie krank er ist*“). In der zweiten Sequenz wird deutlich, wie eine solche Haltung praktisch gelebt wird („*den Patienten anzuhören und ausführlich mit dem zu reden*“, „*gucken, wie das aus seiner Perspektive ist*“) und welche Implikationen sie hat („*der Patient ist ein gleichberechtigtes Gegenüber*“, „*das [Zuhören] gehört für mich zum Ernstnehmen und zur Augenhöhe*“). Auch in diesem Interviewausschnitt wird der Begriff des ‚Verhandelns‘ verwendet, der ausdrückt, dass - analog zu einer geschäftlichen Verhandlung - sich die Partner auf Augenhöhe begegnen und bemüht sind, ihre jeweiligen Interessen so miteinander abzustimmen, dass am Ende beide Parteien zu ihrem „Recht“ kommen und mit dem Ergebnis zufrieden sind.

Der folgende Interviewausschnitt, in dem eine Interviewpartnerin schildert, wie eine Patientin in einer psychiatrischen Klinik sich wegen Angstgefühlen an sie wendet, gibt ein Beispiel für die Vielschichtigkeit (Komplexität) solcher Interaktionsprozesse. Er macht deutlich, dass zu pflegende Menschen nicht als passive Empfänger von Hilfe und Unterstützung gesehen werden, sondern vielmehr als aktiver Teil einer Partnerschaft, der Verantwortung für das eigene Handeln und Wohlergehen übernimmt.

„Mir geht’s grade nicht gut, ich hab Angst. Ich hab Ängste, kann ich mal ’n Bedarf haben? - Ja, hallo, Sie schildern mir was, Sie haben Ängste, aber irgendwie stimmt das nicht überein mit dem, was Sie sagen und was ich so sehe. So. Löchert mich an und sagt, sie hat Ängste, die Patientin hier. Dann müssen Sie erstmal drüber reden, was denn da eigentlich ist. Warum, was sind das für Ängste? Ist was vorausgegangen? Gab’s ’n Telefonat? Gab’s irgendwie ’ne Erinnerung? War was belastend am Wochenende? Bedarf? Gibt’s Alternativen? Was glauben Sie, was könnte noch gut tun? Was hat in der Vergangenheit geholfen? - Ja, aber Sie wissen doch, die Angst ist da, die Angst ist da, die Angst vor der Angst, dass etwas passieren könnte. - Aber was soll passieren? Hier kann Ihnen doch eigentlich-, hier kann Ihnen nichts passieren, und wenn, sind wir da. – Dann, während wir noch gemeinsam weiter reden: Können wir den Flur auf und ab gehen? Sollen wir mal kurz ins Bad gehen? Was ich dann immer so sage: Das Medikament ist aus meiner Sicht das letzte Mittel der Wahl. Nehmen Sie doch ’n Entspannungsbad.“ (IP 22, 69)

Für die Befragte ist es keinesfalls damit getan, dem Wunsch der Patientin nach ihrer Bedarfsmedikation zu entsprechen und ihr diese auszuhändigen. Dieses sei aus ihrer Sicht die letzte Möglichkeit („*das Medikament ist ... das letzte Mittel der Wahl*“) bevor dieses zum Einsatz kommt, hält sie noch einige Alternativen bereit. So fragt sie beispielsweise nach Ursachen bzw. Auslösern der Angst („*Ist was vorausgegangen? Gab's 'n Telefonat? Gab's irgendwie 'ne Erinnerung?*“), macht ihre eigene Wahrnehmung zum Thema („*irgendwie stimmt das nicht überein ... mit dem was ich sehe*“), sucht gemeinsam mit der Patientin nach Alternativen („*Was glauben Sie, was könnte noch gut tun?*“) und versucht, an bewährte Copingstrategien anzuknüpfen, an die die Patientin selbst im Moment vielleicht gar nicht denkt („*Was hat in der Vergangenheit geholfen?*“). Diese Form der Interaktion macht es der Klientin schwer, sich auf die Rolle der Empfängerin einer Gesundheitsleistung, in diesem Fall des Medikamentes, zurückzuziehen. Sie wird aufgefordert, sich aktiv mit ihrer Symptomatik auseinanderzusetzen und Verantwortung für das eigene Wohlergehen zu übernehmen. Der ‚Zugriff‘ auf das gewünschte Medikament wird der Patientin nicht leicht gemacht, die Rolle der ‚Konsumentin‘ wird ihr gewissermaßen verweigert. Gleichzeitig bietet die Pflegekraft jedoch ihre Unterstützung bei anstehenden Reflexionsprozessen an und zeigt damit ihr Bemühen, gemeinsam mit der Patientin langfristige (Lösungs)Strategien zu entwickeln statt kurzfristig Symptombekämpfung zu betreiben.

Neben den beschriebenen, eher kognitiv orientierten Unterstützungsangeboten, bietet die Pflegende auch emotionale Nähe und Begleitung an („*hier kann Ihnen nichts passieren und wenn, sind wir da*“) und gibt der Patientin die Gelegenheit, psychische Spannungen durch Bewegung („*Können wir den Flur auf und ab gehen?*“) oder durch ‚bewährte Hausmittel‘ („*Entspannungsbad*“) abzubauen.

Das Beispiel zeigt, wie breit das Spektrum pflegerischen Handelns unter Umständen sein kann. Dem Anliegen der Patientin zu entsprechen und das gewünschte Medikament auszuhändigen, wäre vermutlich mit relativ wenig Zeitaufwand verbunden gewesen. Die Pflegekraft in diesem Beispiel bringt jedoch sowohl ihre fachlichen und persönlichen Kompetenzen als auch ihre Überzeugung ein, dass dieser Patientin mit einer ‚schnellen Lösung‘ auf Dauer nicht geholfen ist. Und sie nimmt sich die notwendige Zeit, um die Kundin zu begleiten, zu unterstützen und zur Übernahme von Verantwortung zu motivieren.

Der ‚Faktor Zeit‘ wird auch von Pflegenden in anderen Arbeitskontexten als wichtige Voraussetzung für ein professionelles Handeln in Übereinstimmung mit den persönlichen Wertvorstellungen thematisiert.

„Hier schnell und weiter, und nächste schnell und weiter. Hauptsache, ich sehe das Ende schon. Aber das sind Leute, ne? Das sind kranke Leute, die brauchen Zeit. Die brauchen Zuwendung, die brauchen Gespräche. Die hören schlecht, die brauchen Zeit, wenn ich was sage. Bis das ankommt, das dauert auch. Und wenn ich sage, zum Beispiel: Waschen Sie [Ihr] Gesicht. - Bitte, was haben Sie gesagt? Was wollen Sie? - Da muss ich zwei-, dreimal wiederholen, das ist **wieder** die Zeit, ne?“ (IP 25, 28)

Diese Interviewpartnerin betont, welche Bedeutung ‚Zeit‘ gerade für alte oder gebrechliche Menschen hat („*Das sind kranke Leute, die brauchen Zeit.*“, *Die hören schlecht, die brauchen Zeit, wenn ich was sage. Bis das ankommt, das dauert auch.*“) Ein Arbeitsstil, der auf ein hohes Tempo setzt („*hier schnell und weiter, und nächste schnell und weiter*“), überfordert diese Kunden und basiert eher auf dem Wunsch, ein großes Arbeitspensum möglichst schnell ‚abzuarbeiten‘ („*Hauptsache, ich sehe das Ende schon*“). Mit der Formulierung „*aber das sind Leute*“ weist die Befragte darauf hin, dass ein solcher Umgang mit Menschen aus ihrer Sicht unethisch ist und menschliche Bedürfnisse nach Kontakt und Kommunikation übergeht („*die brauchen Zuwendung, die brauchen Gespräche*“). Um diesen, für das Wohlbefinden und die subjektive Lebensqualität zentralen Bedürfnissen auch unter den besonderen Bedingungen von Hochaltrigkeit oder Pflegebedürftigkeit entsprechen zu können („*da muss ich zwei-, dreimal wiederholen*“) brauchen Mitarbeitende - neben fachlichen und persönlichen Kompetenzen – aus Sicht der Befragten vor allem ausreichend Zeit („*das ist **wieder** die Zeit*“), d.h. Arbeitsbedingungen, die ein Eingehen auf die Klienten überhaupt ermöglichen.

Zeit ist aber auch in anderer Hinsicht ein Thema in den Interviews. So vertreten einzelne Befragte die Meinung, dass der Umgang mit der Zeit im Pflegeberuf ein anderer sei als beispielsweise in der industriellen Produktion.

„Mir kommt’s **wirklich** auf die halbe Stunde nicht drauf an. Weil ich auch immer sag: Es ist ’n sozialer Beruf, dann- wir können keine Maschinen abstellen wie in ’ner Firma. Es geht einfach nicht. Und auch, wenn dann manchmal Außenstehende sagen: Du kannst nicht mehr als arbeiten, da musst du ’n bisschen langsamer gehen und nicht immer nur rennen, rennen, rennen. Da hab’ ich gesagt: Ihr habt gut reden. Langsamer gehen und da muss mal was liegen bleiben. Ich hab’ gesagt: Was soll denn liegen bleiben? Soll ich dann sagen: Gut, in jedes gerade Zimmer geh’ ich und in die ungeraden geh’ ich heute nicht? Weil zwei Kollegen krank sind? Ich sag: Die Arbeit muss trotzdem gemacht werden. Es ist eben so.“ (IP 11, 20)

Argumentiert wird hier ebenfalls mit Bezug auf humanistische Werte, so könnten die Bedürfnisse von zu pflegenden Menschen nicht rationiert oder abgestellt werden („*Soll ich dann sagen: Gut, in jedes gerade Zimmer geh’ ich und in die ungeraden geh’ ich heute*“)

nicht?“ , „wir können keine Maschinen abstellen wie in , 'ner Firma“). Für die oben zitierte Befragte ist mit der Entscheidung für den Beruf auch die Bereitschaft verbunden, über den im Arbeitsvertrag festgelegten Zeitumfang hinaus tätig zu werden, wenn dies im Interesse der Klienten erforderlich erscheint („*Mir kommt's wirklich auf die halbe Stunde nicht drauf an. (...) Es ist 'n sozialer Beruf*“). Anhand der Äußerung wird aber auch deutlich, welche ‚Falle‘ möglicherweise in einer solchen Arbeitshaltung steckt, denn sie erlaubt es dieser Interviewpartnerin scheinbar nicht, Grenzen zu setzen oder Prioritäten neu zu bestimmen („*Die Arbeit muss trotzdem gemacht werden.*“) Obwohl die Gegebenheiten als persönlich belastend erlebt werden („*immer nur rennen, rennen, rennen*“), werden sie als unabänderlich akzeptiert („*Es ist eben so.*“) und damit jede Möglichkeit, die Arbeitsbedingungen im eigenen Interesse zu verändern, ausgeschlossen. Wie bereits im Kapitel zur Work-Life-Balance angesprochen, gibt es offenbar Pflegende, die bereit sind, strukturelle Defizite der Einrichtung oder der Gesundheitsversorgung durch eigenen Einsatz zu kompensieren, selbst wenn dies persönlichen Verzicht oder Nachteile für die eigene Gesundheit mit sich bringt. Eine Form von Selbstlosigkeit, das Zurückstellen eigener Bedürfnisse und Belastungsgrenzen hinter die Bedarfe und Wünsche der zu pflegenden Menschen scheint ein wichtiger berufsethischer Grundsatz von Pflegenden zu sein.

Die folgende Äußerung bezieht sich auf die Berufsmotivation und argumentiert in ganz ähnlicher Weise, indem Menschen und Maschinen, d.h. Büro- bzw. Industriearbeit mit sozialer Arbeit verglichen werden.

„Altenpflege ist gar kein Job für diejenigen, die nur Geld verdienen wollen. Wer nicht hier mit Herz und gerne das macht, da ist es nicht hier- Muss man auch gucken: Ich hab' bis 13:00 Uhr Dienst, aber da sind noch zwei Leute zu versorgen. Geh' ich jetzt nach Hause? Was mach' ich jetzt? Das ist so schwierig, weil so sag' ich: Computer kann ich ausmachen, schreit nicht, ne? Laufband kann ich auch zum Halten bringen, (...) aber hier sind Menschen zu versorgen und das macht auch vielen Pflegenden zu schaffen.“
(IP10, 53)

Ausschließlich monetäre Interessen seien für den Pflegeberuf nicht ausreichend („*gar kein Job für diejenigen, die nur Geld verdienen wollen*“), hinzu kommen müssten eine hohe intrinsische Motivation und die Bereitschaft sich persönlich zu engagieren („*Wer nicht hier mit Herz und gerne das macht, da ist es nicht hier-*“). Auch hier wird der Vergleich mit einer Maschine herangezogen, um zu verdeutlichen, dass professionelles Handeln in der Pflege nicht mechanisch geplant und durchgeführt werden kann, sondern wesentlich an den Bedürfnissen der Kunden orientiert sein muss („*Computer kann ich ausmachen, schreit nicht*“). Und auch hier findet sich der Hinweis, dass Pflegende darunter leiden,

wenn sie ihre humanitären Werte, die für die Berufswahl von zentraler Bedeutung waren, im Arbeitsalltag nicht verwirklichen können („*hier sind Menschen zu versorgen und das macht auch vielen Pflegenden zu schaffen*“).

Es ist jedoch nicht ausschließlich der enge zeitliche Rahmen der professionellen Pflege, der mit für das Berufsverständnis zentralen Werten wie ‚Respekt‘ oder ‚Klientenorientierung‘ kollidiert. Auch Vorgaben der Organisation können Pflegende in einen Konflikt zwischen Berufsethos und Erwartungen des Managements bringen.

„Sie sind da so ähm ja, beschnitten worden, sagen wir mal, unsere Leute. Ich sag immer: Das ist doch denen ihre Wohnung, ne? Und die haben alle Rauchmelder drinnen. Und eh’ wir das in die drin hatten, hier nicht mehr rauchen. Sie müssen da in diesen Raum gehen. Und dann hieß es: Sofort Zigarette wegnehmen und notfalls wegschmeißen. Und da hab’ ich gesagt: Das mach’ ich nicht. Ich hab’ die dann genommen und hab’ gesagt: Kommen Sie, ich fahr’ Sie rüber und hab’s denen dann dort wiedergegeben. Aber ich hab’ gesagt: Das mach’ ich nicht.“ (IP 11, 32)

Auf der Grundlage eines an humanistischen oder auch christlichen Werten orientierten Berufsverständnisses fühlen sich Pflegende unter Umständen auch herausgefordert, anwaltliche Funktionen für Klienten zu übernehmen, wenn diese aus Sicht von Pflegenden selbst nicht (mehr) dazu in der Lage sind und ihre Interessen verletzt werden („*sie sind da ja ... beschnitten worden*“). So führt in dem beschriebenen Beispiel die hohe Identifikation der Pflegekraft mit ‚ihren‘ zu pflegenden Menschen („*unsere Leute*“) auf der einen Seite und die Verletzung von zentralen Werten, wie Autonomie oder Respekt vor der Privatsphäre („*Das ist doch denen ihre Wohnung*“) dazu, dass die Mitarbeitende mit Vorgesetzten bzw. dem Einrichtungsmanagement stellvertretend für den Klienten in den Konflikt geht („*Aber ich hab’ gesagt: Das mach’ ich nicht.*“). Mit Blick auf die Interessen der Menschen einerseits und die Sicherheitsvorgaben andererseits wird von der Pflegenden eine eigene Strategie entwickelt („*und hab’ gesagt: Kommen Sie, ich fahr’ Sie rüber und hab’s denen dann dort wiedergegeben*“), die aus ihrer Sicht beiden Interessen gerecht wird.

In der folgenden Äußerung wird ebenfalls die - scheinbar im Berufsverständnis verankerte - Bereitschaft thematisiert ‚anwaltliche Funktionen‘ für zu pflegende Menschen zu übernehmen. Die Ironie, die in Wortwahl und Formulierung zum Ausdruck kommt, lässt jedoch erkennen, dass die eigene Berufsrolle durchaus selbstkritisch betrachtet wird.

„Als Pflegekraft hab’ ich natürlich den Reflex; ich werf’ mich schützend vor die Person, die da jetzt gerade ähm irgendwie ausgegrenzt wird. (IP 5, 53)

Der Impuls, Klienten zu schützen wird hier als Teil der ‚Natur‘ der Pflegenden beschrieben („*als Pflegekraft hab’ ich natürlich den Reflex*“), hier impliziert insbesondere der Begriff ‚Reflex‘ eine physiologische Reaktion, die durch den Willen nicht kontrollierbar ist. Auch die Darstellung des Verhalten („*ich werf’ mich schützend vor die Person*“) überspitzt die Realität und legt die Deutung nahe, dass die Befragte das beschriebene Verhalten in Frage stellen möchte. Gerade in der überzogenen Darstellung treten die als Teil der ‚Natur‘ der Pflegenden unterstellten Eigenschaften wie Hilfsbereitschaft, soziales Engagement oder auch Selbstaufgabe besonders deutlich hervor. Die groteske Art der Darstellung dürfte dazu anregen, sich dem eigenen beruflichen Selbstverständnis auf humorvolle Weise, aber durchaus auch selbstkritisch zu nähern. Der ‚wahre Kern‘ überzogener Darstellungen, in diesem Fall die hohe Einsatz- bzw. Verausgabungsbereitschaft Pflegender, die bis zur Selbstaufgabe reichen kann, wird hier kritisch betrachtet.

Insgesamt zeigen die Interviewauszüge auf, dass die Unterstützung von Menschen mit einem Hilfebedarf einen zentralen Grundwert pflegerischen Handelns darstellt. Sind Menschen auf eine bestimmte Hilfe angewiesen und von dieser abhängig, stellen die Pflegenden eigene Bedürfnisse und institutionelle Regelungen zurück. Ob diese Haltung ein konstitutives Element der interaktionsintensiven Dienstleistung ist oder sie aus dem traditionellen Berufsbild entstammt, dessen Wurzeln in der christlichen Tradition der Pflege und Idealen von ‚gelebter Nächstenliebe‘ zu suchen sind, bleibt offen.

Wenn Pflegende darüber sprechen, wie sie den Status ihrer Berufsgruppe innerhalb eines multidisziplinären Teams wahrnehmen, scheinen Fragen bezüglich des Berufsverständnisses und der Professionalität im Vergleich zu funktionalen Aspekten der Berufstätigkeit wie Einsetzbarkeit oder Leistung eher untergeordnete Bedeutung zu haben.

„Und das war natürlich ’ne, ja, ’ne immens hohe Belastung. Und jetzt ist so ’n relativer Abfall [der Belastung], so. Und wo man sich jetzt aber wieder an so Dingen festhalten kann: Was macht eigentlich Pflege? und: Was wollen wir eigentlich machen? Wollen wir nur verwalten oder sind wir ’ne eigene Berufsgruppe? Wollen wir auch zeigen, was wir können? Und da sind wir jetzt gerade wieder an dem Punkt angelangt, dass wir da jetzt auch wieder anfangen, ähm, Expertenstandards umzusetzen. Solche Sachen. Dass man dann sagt: Da müssen wir jetzt auch was machen und da müssen dann die Mitarbeiter wieder geschult werden. Weil diese Dinge liefen ja alle nebenher.“ (IP 28, 64)

Die Befragte berichtet von einer Zeit hoher Belastungen für die Pflege. Erst als diese Phase vorbei ist und das Arbeitsaufkommen es gewissermaßen ‚erlaubt‘, erhalten Fragen nach dem beruflichen Selbstverständnis („*wo man sich jetzt aber wieder an so Dingen festhalten kann: Was macht eigentlich Pflege?*“) und dem Profil der Berufsgruppe Raum („*Wollen wir nur verwalten oder sind wir ’ne eigene Berufsgruppe?*“, „*Wollen wir auch zeigen, was*

wir können?“). Durch die Schilderung dessen, was während der Belastungsphase offenbar kaum möglich war und erst aktuell wieder auf die Agenda gesetzt werden konnte, entsteht der Eindruck, dass pflegespezifische Aufgaben in der Vergangenheit weitgehend zurückgestellt bzw. vernachlässigt wurden („*diese Dinge liefen ja alle nebenher*“, „*dass wir da jetzt auch wieder anfangen, Expertenstandards umzusetzen*“). So stellen (Nationale) Expertenstandards als Instrumente der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflege insofern eine ‚Errungenschaft‘ dar, als sie auf wissenschaftlicher Grundlage erarbeitet und für die Berufsgruppe der Pflegenden (d.h. nicht nur auf eine Einrichtung beschränkt wie Pflegestandards) verbindlich formuliert wurden.

Auch derart grundlegende Fragen wie: „*Was macht eigentlich Pflege?*“, „*Sind wir ’ne eigene Berufsgruppe?*“ oder: „*Wollen wir auch zeigen, was wir können?*“ zeugen nicht von einem sicheren Standing und einer gefestigten Position des Pflegeberufes im Kontext des Versorgungssystems.

Verschiedene Formulierungen innerhalb dieser Interviewsequenz deuten an, dass ‚die Pflege‘ nicht zum ersten Mal damit beschäftigt ist, ihr eigenes Berufsbild zu definieren und zu etablieren. So spricht die Befragte davon, „dass man sich jetzt aber wieder an so Dingen festhalten kann“. Bereits aus diesem kurzen Satz spricht große Unsicherheit, denn es gibt erstens kein konkret benanntes, handelndes Subjekt: anstelle eines ‚ich‘, ‚wir‘ oder ‚die Pflegenden‘ findet sich ein diffuses, anonymes „man“. Mit dem Verb („*festhalten kann*“) wird nicht zielgerichtete Aktivität ausgedrückt, sondern eher die Suche nach Halt und Orientierung. Auch Inhalte oder Ziele der Bemühungen bleiben schwammig („*an so Dingen*“). Es drängt sich der Eindruck auf, dass das Team, was die Entwicklung eines professionellen Selbstverständnisses angeht, noch bzw. wieder am Anfang steht; zur Zeit fehlen sowohl die handelnden Akteure als auch die notwendige Klarheit über Ziele sowie entsprechende Handlungsstrategien. Den Eindruck ‚wieder am Anfang zu stehen‘ hat offenbar auch die Befragte selbst („*da sind wir jetzt gerade wieder an dem Punkt angelangt, dass wir da jetzt auch wieder anfangen*“) und der Blick auf die erfolglosen Bemühungen der Vergangenheit scheint einherzugehen mit einer gewissen Resignation und einer nur geringen Hoffnung, dass sich in Zukunft etwas grundlegend zum Positiven wenden könnte.

Der Eindruck, dass es um Ansehen und Status von Pflegenden sowohl im multidisziplinären Versorgungskontext als auch in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit nicht besonders gut bestellt ist, wird durch die Äußerungen weiterer Interviewpartner/innen

bestätigt. Allerdings gehen verschiedene Befragte mit dieser offenbar weit verbreiteten Einschätzung ganz unterschiedlich um.

„Dass ich nicht minderwertiger bin als der Arzt, nur ich hab’ einen anderen Beruf. Ich bin deren Berufskollege. Also, ich finde so sollte auch jeder denken, der im Pflegeberuf arbeitet. Und ähm gut, dazu muss man sich halt qualifizieren.“ (IP 14, 35)

„Ich bin selbstbewusst und ich habe Selbstvertrauen in mir selbst. Ich glaube, sonst ist man in diesem Beruf überfordert. Dann hat man noch mehr Stress. Wenn man immer in Frage stellt: Mensch, habe ich das gut gemacht oder nicht?“ (IP 14, 54)

Die Strategie der oben zitierten Befragten zielt darauf ab, sich die eigenen Qualifikationen bzw. die der eigenen Berufsgruppe vor Augen zu führen und die an der Versorgung beteiligten Disziplinen nicht als hierarchische Ordnung zu denken, sondern als gleichberechtigte, sich ergänzende Qualifikationen (*„ich bin nicht minderwertiger (...) ich hab’ einen anderen Beruf“*, *„Ich bin deren Berufskollege.“*). Der Ansatzpunkt zur Stärkung des Berufsbildes ist hier das berufliche Selbstbild Pflegender (*„so sollte jeder denken, der in der Pflege arbeitet“*). Dieses basiert auf Fachkompetenz (*„dazu muss man sich halt qualifizieren“*) und einem positiven Selbstwertgefühl. (*„Ich bin selbstbewusst und ich habe Selbstvertrauen in mir selbst“*). Selbstzweifel oder Unsicherheit (*„Wenn man immer in Frage stellt: Mensch, habe ich das gut gemacht oder nicht?“*), verstärken aus ihrer Sicht den ohnehin hohen Belastungspegel (*„dann hat man noch mehr Stress“*) und bringen die Mitarbeitenden an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bzw. darüber hinaus (*„sonst ist man in diesem Beruf überfordert“*). Fachkompetenz und ein stabiles Selbstwertgefühl (Selbstbewusstsein) werden hier als tragende Säulen des Berufsbildes herausgestellt.

Eine andere Befragte beschreibt im Zusammenhang mit dem eigenen Berufsverständnis, wie sie auf Äußerungen reagiert, die verbreitete Klischees des Berufes zum Inhalt haben. Häufig wird das Berufsbild dabei auf bestimmte Aufgaben reduziert, die mit gesellschaftlichen Tabus belegt sind, wie z.B. der Umgang mit Ausscheidungen.

„Wenn du sagst: Ich bin Altenpflegerin, der erste Satz: Das könnet ich nicht. Und dann, ähm, oha, da saubermachen und so. Ja, ich sag: Das gehört dazu. Ich sag’ immer: Das ist Handwerk, das muss man lernen, das muss man gut können. Ja gut, is’ nicht immer angenehm. Aber das Eigentliche ist für mich die Begleitung, ähm, des letzten Lebensabschnittes.“ (IP 12, 56)

Die Befragte reagiert souverän und selbstbewusst, indem sie einerseits den angesprochenen Umgang mit Ausscheidungen als einen Teil der Arbeit darstellt, der fachliche Kompetenz erfordert (*„das muss man lernen, das muss man gut können“*) und einräumt, dass diese Arbeit *„nicht immer angenehm“* sei. Andererseits korrigiert sie den Stellenwert solcher Aufgaben, indem sie diese als Fertigkeiten darstellt, die zwar notwendig und wichtig, aber

für das Berufsverständnis nicht zentral, sind („*das ist Handwerk*“). In den Mittelpunkt der beruflichen Arbeit stellt sie statt dessen die Interaktionsarbeit mit den Kunden, der in einer wichtigen und oftmals nicht leichten Lebensphase eine verlässliche und kompetente Person an seiner Seite wissen soll („*das Eigentliche ist für mich die Begleitung des letzten Lebensabschnittes*“).

Pflegende wehren sich jedoch gegen die Vorstellung von professioneller Pflege, bei der die Berufsangehörigen auf den Status von Dienstboten degradiert werden.

„Ich sag’, da sind mir unsere[Bewohner] **zehn mal lieber**. Die vielleicht vom Bahnhof kommen, das sind die **Dankbarsten**. Die sagen für jedes Wort danke schön. Och Schwester, vielen Dank, oder: So gut ging’s mir noch nie. Ich sag, die sind mir zehn mal lieber als die, die drei mal mit dem Stock klopfen und du hast schon vor der Tür zu stehen. Heben Sie mir mal mein Taschentüchchen auf, ne? Da kann ich nicht mit, das da, nee, nee. (...) Weil da sind viele, die sind Selbstzahler und hier Arztgattinnen und was weiß ich, und Geld da, und die meinen dann, die haben so ’nen Sklaven an ihrer Seite. Das ist für mich keine Altenpflege.“ (IP 11, 148)

Aus dieser Äußerung geht hervor, dass die Befragte sich durchaus über Dank und Anerkennung von Seiten der zu pflegenden Menschen freut („*Die sagen für jedes Wort danke schön*“) Wenn pflegerische Dienstleistungen allerdings in gebieterischer Weise eingefordert werden („*die dreimal mit dem Stock klopfen und du hast schon vor der Tür zu stehen*“) oder wenn Kundenwünsche nicht nachvollziehbar und überzogen erscheinen („*Heben Sie mir mal mein Taschentüchlein auf*“) oder mit der Erwartung einer Sonderbehandlung verbunden sind, die nicht durch den pflegerischen Bedarf, sondern durch bestimmte Privilegien, wie Status oder Einkommen begründet werden („*die sind Selbstzahler und hier Arztgattinnen und was weiß ich, und Geld da*“), dann werden professionelle Dienstleistungen als Fronarbeit erlebt („*die meinen dann, die haben so ’nen Sklaven an ihrer Seite*“) und entsprechen nicht mehr dem eigenen Berufsverständnis („*Das ist für mich keine Altenpflege.*“). Das Beispiel zeigt, dass die Wahrnehmung einer Dienstleistung als Teil der professionellen Arbeit auch eng damit verknüpft ist, in welchem sozialen Kontext sie stattfindet. Mit Blick auf das Zitat sind es vor allem die Sinnhaftigkeit sowie die Möglichkeit Arbeitsprozesse (mit) zu gestalten, auf die sich die Einschätzung der Mitarbeitenden stützt, dass eine Tätigkeit als bedeutsam und hinsichtlich des Berufsverständnisses auch als identitätsstiftend erlebt wird.

Andere Befragte kritisieren es als ungünstig sowohl für die professionelle Selbsteinschätzung als auch für die Außendarstellung des Berufes, wenn Unterschiede hinsichtlich der Qualifikation der Mitarbeitenden nicht beachtet oder nivelliert werden.

„Die gelernten Altenpfleger, was sie selber für [ein] Ego hatten: Alle können alles machen. (...) Aber dieses war [üblich], alle machen alles. Dass sie [die Kollegin] sagt: Ja, die kann auch spritzen, die kann auch-. Ich sag’: Ja und warum hast du gelernt, wenn die das auch kann? So diese Selbstanerkennung. Weil das in der Gesellschaft ja nicht so [ist], Selbstwert. Weil, wenn ich das von der Gesellschaft nicht habe, dann ist es auch so. Wenn ich das immer so höre, ja, dann hab’ ich auch keinen Anspruch. - Das hat mich so dermaßen erschlagen, dass ich sag’: Ja meine Güte, wie geht das? Du bist doch die Fachkraft, du musst doch die Medikamente [geben], du musst doch auf diese Wunde gucken, ne?“
(IP 10, 184)

Diese Interviewpartnerin bringt ihr Unverständnis und ihren Ärger darüber zum Ausdruck, dass dreijährig examinierte Pflegekräfte ihrer Qualifikation so wenig Bedeutung beimessen, dass selbst Tätigkeiten, die diesen Abschluss zwingend voraussetzen, in selbstverständlicher Weise an gering oder gar nicht qualifizierte Kollegen delegiert werden („*die kann auch spritzen*“). Wenn die Arbeit von Pflegenden in der Gesellschaft keine (ausreichende) Wertschätzung erhalte, dürften Pflegende diese Einschätzung keinesfalls für sich akzeptieren und übernehmen („*wenn ich das von der Gesellschaft nicht habe, dann ist es auch so*“). Das Votum dieser Interviewpartnerin zielt darauf ab, dass Pflegende sich von einer negativ besetzten öffentlichen Wahrnehmung freimachen und selbst für sich und die eigene Berufsgruppe eintreten. Sich der eigenen Professionalität bewusst zu sein und den Beruf mit Selbstbewusstsein auszuüben ist aus ihrer Sicht Ausdruck einer solchen Haltung („*Du bist die Fachkraft, du musst doch die Medikamente geben, du musst doch auf diese Wunde gucken.*“). Indem Pflegende berufsspezifische Aufgaben wahllos delegieren, entwerten sie selbst ihre eigene professionelle Kompetenz und bestätigen reduzierende Klischees („Pflegen kann jeder“) über ihr komplexes und anspruchsvolles Arbeitsfeld.

Zusammenfassung

Pflegearbeit kann aus Sicht von Pflegenden nicht ohne den zu pflegenden Menschen ‚gedacht‘ werden, sie lässt sich nur begrenzt über spezifische Tätigkeiten definieren, sondern hat immer Bezug zu der individuellen Person, an die sie sich richtet bzw. mit der sie gemeinsam entwickelt wird. Ausschließlich verrichtungsorientierte Darstellungen professioneller Pflege stammen eher selten von Pflegenden selbst; sondern eher von Instanzen, für die sichtbare, objektivierbare oder messbare Daten als Maßstab für Qualität oder Erfolg herangezogen werden, wie zum Beispiel Kostenträgern oder Einrichtungsmanagement. Reduziert auf bestimmte Handlungen oder professionelle Fertigkeiten (wie z.B. Lagerung oder Applikation von Medikamenten) erscheint Pflegearbeit gewissermaßen ‚blutleer‘. Lebendig und in ihrer individuellen Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit verständlich wird sie erst im sozialen Kontext der jeweiligen

Kundeninteraktion. Dies gilt aus Sicht einiger Befragter besonders für die Altenpflege, die ihr Berufsbild eher ganzheitlich als „Begleitung des letzten Lebensabschnittes“ definiert, wohingegen der Krankenpflege (von Pflegenden aus dem Bereich der Altenpflege) eine eher funktionalistische Orientierung zugeschrieben wird, bei der medizinisches Fachwissen eine größere Rolle spielt.

In allen Arbeitsfeldern der Pflege werden soziale und kommunikative Kompetenzen neben Fachwissen und spezifischen Fertigkeiten als konstitutiver Teil der professionellen Kompetenz angesehen. Mit dem Begriff des ‚Aushandelns‘ oder ‚Verhandelns‘ werden von Befragten Prozesse der Abstimmung, der Kooperation und der gemeinsamer Zielfindung beschrieben, die zwischen Pflegeperson und Kunde stattfinden; der Begriff versinnbildlicht, aber auch den gleichwertigen Status der Akteure und ihre „Begegnung auf Augenhöhe“. Während sich im Rahmen einer positiven Interaktionsbeziehung auf Seiten des Kunden Gefühle von Vertrauen, Angenommen-Sein und Sicherheit aufbauen, entwickelt sich - gewissermaßen korrespondierend dazu - auf Seiten der Mitarbeitenden ein Gefühl von Verantwortung, das sich beispielsweise durch Fürsorge, der Übernahme anwaltlicher Funktionen oder dem Bemühen um Verbindlichkeit ausdrückt, um das in die eigene Person oder das Team gesetzte, Vertrauen zu rechtfertigen.

Persönliche Reife und sowohl Lebens- als auch Berufserfahrung sind wichtige Ressourcen der Pflegenden, um die Kundenbeziehung positiv gestalten zu können. Sie verändern aus Sicht von Befragten jedoch sowohl das Berufsverständnis als auch das professionelle Handeln. Persönliche Erfahrungen mit Krisen oder schwierigen Lebenssituationen können für die Sorgen Anderer sensibilisieren und es Pflegenden unter Umständen erleichtern, in solchen Situationen empathisch zu reagieren und emotionale Nähe zu den zu pflegenden Menschen herzustellen. Berufliche Erfahrungen mit Menschen in gesundheitlichen Krisen oder existenziell bedrohlichen Situationen wiederum erhöhen die Sicherheit in Ausübung (in / innerhalb) der beruflichen Rolle, stärken das professionelle Standing und ermöglichen es, die sowohl für Kunden als auch für Pflegende selbst angemessene Distanz herzustellen und aufrecht zu erhalten. Die Fähigkeit, innere Distanz zur Arbeit zu gewinnen ist - gerade in einem sozialen Beruf - für einzelne Befragte ein unverzichtbarer Bestandteil der professionellen Identität und die Voraussetzung dafür, den Beruf lebenslang ausüben zu können.

Pflege als Teil der Gesundheitsversorgung berührt stets auch ethische Fragen. Pflegekonzepte in unserem Kulturkreis beziehen sich explizit auf humanistische oder christliche Werte und zeichnen sich durch eine Haltung der Mitarbeitenden aus, die den Menschen und seine Bedürfnisse und Interessen in den Mittelpunkt stellt. Diese Haltung spiegelt sich häufig im konkreten Arbeitshandeln, sodass neben fachlichen und psychosozialen Kompetenzen persönliche Werte, Überzeugungen und Haltungen eine weitere wichtige Säule des Berufsverständnisses bilden. Gerade die hohe Werteorientierung kollidiert jedoch häufig mit der Realität des Berufsalltags, in dem eher ökonomische Kriterien dominieren und die für die Kundeninteraktion erforderlichen Zeit- bzw. Personalressourcen häufig nicht zur Verfügung stehen. Dies bringt Pflegende zunehmend in ethische Konflikte, die sie zum Teil durch hohen persönlichen Einsatz zu ‚lösen‘ versuchen. Es fällt auf, dass Pflegende zwar durchaus die Bereitschaft zeigen, auch anwaltliche Funktionen für Klienten zu übernehmen und sich für die Wahrung von Kundeninteressen ggf. auch in Konflikte mit Vorgesetzten zu begeben. Es fällt ihnen aber offenbar schwer, sich mit Nachdruck für eigene Interessen oder die der Berufsgruppe einzusetzen, obwohl sie ihre eigenen Arbeitsbedingungen nicht selten als Zumutung erleben.

Dieser Umstand zeigt auf, dass zentrale Fragen des Berufsverständnisses weiterhin einer Klärung harren. Erst wenn der Kern pflegerischen Handelns im Sinne der Interaktionarbeit einerseits und der gesundheitsbezogenen Beratung und Unterstützung andererseits beschrieben ist und nach außen kommuniziert werden kann, lässt sich der anscheinende Teufelskreis durchbrechen, in dem ein geringes professionelles Selbstwertgefühl zu einer eher zurückhaltenden Darstellung der fachlichen Leistungen und damit zu einem geringen gesellschaftlichen Ansehen des Berufes führt, was dann wiederum das berufliche Selbstwertgefühl mindert.

Darüber hinaus erscheint es wichtig, dass die gelebten zentralen Werte pflegerischen Handelns auch Eingang in das professionelle Berufsverständnis finden, damit diese aktiv weiterentwickelt und gestaltbar werden. Nur so können Pflegende davon entlastet werden, konkurrierende Anforderungen ausschließlich individuell, auf „eigene Kosten“ bewältigen zu müssen.

5.1.1.19 Berufssozialisation

Die in dieser Kategorie aufgeführten Aspekte weisen enge Bezüge zur Kategorie ‚Berufsverständnis‘ auf. Dies liegt insofern nahe, als das berufliche Selbstverständnis im Laufe von Ausbildung und anschließender Berufstätigkeit fortlaufend (weiter)entwickelt wird. So stellt das aktuelle Berufsverständnis einer Pflegenden gewissermaßen das ‚vorläufige Ergebnis‘ von Sozialisationsprozessen dar. Ähnlich wie sich Sozialisationsprozesse über die ganze Lebensspanne eines Menschen erstrecken, bezieht sich die berufliche Sozialisation auf die gesamte Phase der Berufstätigkeit, angefangen vom Praktikum zur Berufsorientierung bis zur Berentung und manchmal sogar darüber hinaus, z.B. wenn berufliche Kompetenzen oder Erfahrungen in ein Ehrenamt eingebracht werden.

Das vorliegende Kapitel geht auf Aspekte der beruflichen Sozialisation ein, die Befragte im Verlauf der Interviews von sich aus thematisierten und in denen Bezüge zwischen beruflich relevanten Lernprozessen im Hinblick auf das Erleben von Wertschätzung hergestellt werden. Es geht also um die Wirkung von Äußerungen bzw. um Rückmeldungen, die Auszubildende und Berufseinsteiger/innen, aber auch berufserfahrene Pflegende zu Inhalten, aber auch zum Stellenwert ihrer Arbeit erhalten und darum, wie diese wahrgenommen, bewertet und verarbeitet werden. In diese Kategorie gehören Aspekte, die sich auf die berufliche Sozialisation im Rahmen der schulischen oder praktischen Ausbildung beziehen, aber auch Einflüsse, die während der anschließenden Berufstätigkeit durch Kunden, Kollegen, Vorgesetzte, oder den Einrichtungsträger (Arbeitgeber) vermittelt werden.

Wichtig erscheint in diesem Kontext, sich vor Augen zu führen, dass sozialisatorische Prozesse - unabhängig davon, ob sie reflektiert oder eher unbewusst, gezielt ausgewählt, zufällig oder gezwungenermaßen stattfinden – durch Vorbilder, professionelle Regeln oder persönliche Erfahrungen angestoßen werden können.

Unterschiede zwischen erfahrenen Pflegenden und Auszubildenden bzw. Berufsanfängern werden in den Interviews mehrfach erwähnt. Damit werden unterschiedliche Phasen der beruflichen Sozialisation angesprochen, die sich an der Verweildauer im Arbeitskontext bzw. dem Umfang der bisherigen professionellen Erfahrungen orientieren. Unterschiede zeigen sich beispielsweise darin, wie Pflegearbeit erlebt wird und welche Aspekte der Arbeit die Pflegenden nachhaltig beschäftigt. So scheint für frisch examinierte oder noch

wenig berufserfahrene Pflegende die Konfrontation mit Leiden und Tod ein zentrales Thema zu sein, wie die folgende Interviewsequenz zeigt.

„In jungen Jahren hat man schon mal daran gedacht, ähm, wenn jemand ähm- wenn das Bett plötzlich frei war ((atmet sehr schwer)). Lange Zeit [hat man] den Patienten gehabt oder man kommt zur Arbeit und dann ist frei ((lacht leise)) obwohl er gar nicht so alt war oder so. Dann hat man schon so 'n Schock oder so was. Oder ähm dann hab ich eine Zeit lang, als ich jung war, ich glaube zwischen 20 oder 30, ähm, diese Sinnlosigkeit in meinem Beruf oder so. Da hab' ich gedacht: Ist das denn richtig? Ist das 'n richtiger Beruf für dich? Ähm, da war ich schon mit mir selbst im Konflikt und mit meinem Beruf.“
(IP14, 60)

Die Äußerung der Interviewpartnerin und die sie begleitenden nonverbalen Signale (schweres Atmen., leises Lachen, häufiger Gebrauch von Verzögerungslauten: ‚ähm‘) verdeutlichen, wie sehr die ersten Erfahrungen mit dem Tod eines zu pflegenden Menschen die Befragte auch rückblickend noch berühren. Sie benutzt Umschreibungen für die erlebte Konfrontation mit dem Tod von Menschen („*wenn das Bett plötzlich frei war*“), die bildhaft zeigen, wie unvorbereitet und ungeschützt sie in den beschriebenen Situationen war („*man kommt zur Arbeit und dann ist frei*“). In den Ausführungen wird deutlich, dass eine Beziehung zu der zu pflegenden Person aufgebaut worden war („*lange Zeit hat man den Patienten gehabt*“), die durch den unerwarteten Tod des Klienten ein jähes Ende findet („*obwohl er gar nicht so alt war*“). Dies führt zu einer tiefen Erschütterung bei der Befragten („*dann hat man schon so 'n Schock*“). Die Befragte schildert in ihrer Äußerung, welche Reaktionen die plötzliche Konfrontation mit dem Tod des Menschen bei ihr ausgelöst hat. Dazu gehören auch massive Zweifel an der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit („*diese Sinnlosigkeit in meinem Beruf*“), die sogar dazu führten, dass die Berufswahl in Frage gestellt wurde („*Ist das 'n richtiger Beruf für dich?*“)

Die Tatsache, dass durch den Tod eines Klienten auf Seiten der Interviewpartnerin Zweifel an der Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit aufkommen („*Ist das denn richtig?*“), zeigt nicht nur wie tiefgreifend die emotionale Erschütterung angesichts des Todes eines Klienten war. Ihre Reaktion lässt außerdem darauf schließen, dass Heilung oder zumindest eine Stabilisierung der gesundheitlichen Verfassung für diese Befragte bedeutsame Indikatoren sind, anhand derer sich ‚gute Pflege‘ messen lässt. Können Ziele wie Heilung oder Stabilisierung nicht erreicht werden - was im Kontext von Alten- und Krankenpflege durchaus nicht unwahrscheinlich erscheint - kann dies entsprechend massive negative Folgen für das Berufsverständnis, aber auch für das berufliche Selbstwertgefühl, haben.

Im Laufe der beruflichen Sozialisation ändert sich häufig auch die Art der Kommunikation mit den zu pflegenden Menschen, wie der folgende Interviewausschnitt zeigt.

„(...) also [ich war] schon früher sehr temperamentvoll und [hab'] auch eher nicht nachgedacht, bevor man den Mund aufgemacht hat. Aber jetzt sieht man's bei den jungen Kollegen, ah ja, so ging's mir ja auch mal. Da kann man eigentlich nur die Tipps geben: Wenn du keinen Stress haben willst, dann mach's einfach 'n bisschen diplomatischer. Kannst im Aufenthaltsraum 'n bisschen ‚rummotzen, wie doof der is' oder sie is'. Und dann geht das besser. Nur nicht vorm Patienten alles sagen.“ (IP31, 24)

Das Zitat zeigt, dass Lernprozesse im Rahmen der beruflichen Sozialisation auch die Kommunikation mit Kunden betreffen; eine Zunahme an Berufserfahrung zeigt sich aus Sicht der Befragten dadurch, dass das eigene Verhalten stärker reflektiert und auch kontrolliert wird als zu Beginn der Berufstätigkeit (*„früher (...) eher nicht nachgedacht, bevor man den Mund aufgemacht hat“*). Auf diese Weise können Vereinbarungen mit Klienten geschickt ausgehandelt werden (*„mach's einfach 'n bisschen diplomatischer“*) oder unerwünschte Reaktionen z.B. auf Gefühle von Ärger vermieden werden, indem diese nur im geschützten (kollegialen) Rahmen geäußert werden (*„im Aufenthaltsraum 'n bisschen 'rummotzen wie doof der is'“*, *„nur nicht vorm Patienten alles sagen“*).

Das oben zitierte Beispiel verdeutlicht die Prozesshaftigkeit und Wechselseitigkeit von Sozialisationsprozessen. Diese können sowohl durch die Interaktion mit zu pflegenden Menschen (oder auch anderen Akteuren) angestoßen werden als auch - gewissermaßen als ihr Ergebnis - in ihnen zum Ausdruck kommen (*„nicht vorm Patienten alles sagen“*). Gerade in solchen sozialen Lernprozessen scheinen Erfahrungen, Gefühle, Gedanken und Verhalten quasi ‚organisch‘ aufeinander bezogen zu sein. Das ‚Wachstum‘ - bezogen auf den beruflichen Kontext: die Zunahme an Erfahrung und Professionalität - findet dann allerdings oft unmerklich statt und wird erst rückblickend deutlich. So kann ein Vergleich mit weniger erfahrenen Teammitgliedern, wie im Zitat beschrieben, zu einer plötzlichen Erkenntnis im Sinne eines ‚Aha-Erlebnisses‘ führen (*„jetzt sieht man's bei den jungen Kollegen, ah ja, so ging's mir ja auch mal“*).

Eine zu Anfang dieses Kapitels zitierte Pflegende äußerte während des Interviews, dass sich im Laufe ihrer Berufstätigkeit ein Wandel vollzogen habe.

„Also, Altenpflege ist in der Hinsicht interessanter. Also, es ist nicht Jedermanns Sache, das muss ich auch zugeben, also, es gibt sicher Kollegen, die viel mehr in der Krankenpflege arbeiten möchten. Also, ich war früher auch auf [einer] inneren Intensivstation. (...) Aber, so als ich jung war, hab' ich das auch nicht so gemerkt, aber als ich so ein bisschen älter wurde, dann merkt man schon die Tendenz, ja, wo möchtest du jetzt arbeiten. ((lacht)) Irgendwann dann fängt das damit an. Und dann hab' ich mit Altenpflege angefangen und dann fand ich's schon ganz gut.“ (I14, 17)

Die Befragte beschreibt an dieser Stelle, dass sich bei ihr mit zunehmendem Alter bzw. nach längerer Berufstätigkeit die Präferenzen für den Arbeitsbereich verändert haben (*„Altenpflege ist in dieser Hinsicht interessanter“*) und sie von der Intensivstation eines Krankenhauses in die stationäre Altenpflege gewechselt hat. Ohne dass sie im Interview konkretisiert, was genau sie interessanter an der Altenpflege findet, lässt sich aus dem beschriebenen Wechsel die Entscheidung gegen einen durch den Einsatz von Technik dominierten Arbeitsplatz verbunden mit einer kurzen Aufenthaltsdauer der Kunden (Intensivstation) und für einen beruflichen Kontext, bei dem die persönliche Begleitung und langfristige Gestaltung der Kundenbeziehungen im Mittelpunkt steht (Altenpflege), erkennen. Interessanterweise gibt auch diese Befragte einen Hinweis darauf, dass berufliche Entscheidungen zu Beginn der Berufstätigkeit eher unreflektiert stattfinden (*„als ich jung war, hab‘ ich das auch nicht so gemerkt, aber als ich so ein bisschen älter wurde, dann merkt man schon die Tendenz, ja, wo möchtest du jetzt arbeiten“*) Implizit drückt diese Interviewpartnerin mit ihrer Äußerung aus, dass sie erst im Laufe ihrer Berufstätigkeit wahrgenommen hat, welche Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen sie selbst an ihren Arbeitsplatz hat und wo sie entsprechend ‚am richtigen Platz‘ ist. Ihr Lachen könnte in diesem Zusammenhang als humorvolle Kommentierung einer, in den ersten Berufsjahren wenig ausgeprägten Introspektionsfähigkeit gedeutet werden, die sie inzwischen jedoch ausgebildet hat (*„Irgendwann fängt das damit an. Und dann hab‘ ich mit Altenpflege angefangen und dann fand ich’s schon ganz gut.“*) Blickt man vor diesem Hintergrund noch einmal auf die Äußerung dieser Befragten zu Beginn des Textes, in der sie ihre Selbstzweifel und ihre Gedanken an Berufsausstieg angesichts der Konfrontation mit dem Tod von Klienten schildert, wird deutlich, wie bedeutsam die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und die Auseinandersetzung mit Fragen der Beruflichkeit für die Pflegenden sein kann.

Auch eine andere Äußerung thematisiert Unterschiede zwischen den ‚Generationen‘ der Pflegenden. In dem folgenden Interviewausschnitt geht es um die Bereitschaft im Rahmen der Berufstätigkeit in der Pflege Risiken für die eigene Gesundheit in Kauf zu nehmen.

„Ich hab‘ eine Schülerin, die ist-, wo die ihr Examen hatte-, ‘ne ganz Nette-, die sagte dann, ähm-. Ich sag‘: Möchtest du nicht hier im Haus bleiben? Man hat ja so-. Nee, sagt sie, das mach‘ ich nicht, ich mach‘ mir doch den Rücken nicht kaputt. – Und die war gerade 20. Und da hab‘ ich gesagt-, hat mir ‘ne Kollegin heut erzählt, entweder hab‘ ich’s in der Zeitung gelesen oder im Fernsehen gehört. Da hatte jemand gesagt, die jüngeren Leute würden viel krank feiern. Dafür die Älteren aber länger. Logisch, ne, wenn ich für die Jüngeren mitarbeiten muss, dann bin ich irgendwann mal so platt, dann feiere ich einfach länger krank. Aber ich find‘ schon, dass die ‘ne andere Einstellung haben. Die arbeiten zwar auch gerne, aber die sagen einfach, ähm: Ich seh‘ das nicht mehr ein, dass ich, ähm, mich hierher schleppe, wenn ich erkältet bin. Oder, sag‘ ich mal, ich hab‘ Durchfall oder so,

dann bleib' ich eben 'n Tag mal zu Hause und dann geht's mir wieder gut. - Kenn ich gar nicht. Ich bin eigentlich immer-, aber ich sag: Die ältere Generation, die Kollegen von mir, die machen das eigentlich alle so. Die so in meinem Alter sind.“ (IP29, 100)

Aus Sicht der Befragten sind Pflegende der ‚jüngeren Generation‘ besser in der Lage, eigene Interessen zu vertreten und z.B. Grenzen zu setzen, wenn sie auf Grund der Arbeit negative Folgen für die eigene Gesundheit befürchten („*das mach' ich nicht, ich mach' mir doch den Rücken nicht kaputt*“, „*ich seh' das nicht mehr ein, dass ich mich hierher schleppe, wenn ich erkältet bin*“). Ein solches Verhalten ist der Befragten, die selbst zur ‚älteren Generation‘ zählt fremd („*Kenn ich gar nicht. Ich bin eigentlich immer- (...) Die ältere Generation, die machen das eigentlich alles so.*“). Sie erwähnt eine Studie, durch die sie die von ihr wahrgenommenen ‚Generationsunterschiede‘ bestätigt sieht („*die jüngeren Leute würden viel krank feiern. Dafür die Älteren aber länger*“). Die Erklärung für das in dieser Untersuchung beschriebene Phänomen liefert sie jedoch selbst („*Logisch, wenn ich für die Jüngeren mitarbeiten muss, dann bin ich irgendwann mal so platt, dann feiere ich einfach länger krank.*“). Diese Äußerung deutet an, dass Unterschiede zwischen den Generationen hinsichtlich ihrer Verausgabungsbereitschaft bestehen. Selbst vor dem Hintergrund, dass Erkrankungen im Kontext von Arbeit meist auch die Frage nach sich ziehen, von wem die Aufgaben in Vertretung der erkrankten Person übernommen werden, erscheint der von der Befragten hergestellte kausale Zusammenhang zwischen dem krankheitsbedingten Ausfall einer Mitarbeitenden und der Erkrankung einer anderen problematisch. Insbesondere die Formulierung „*wenn ich für die Jüngeren mitarbeiten muss*“ hat einen vorwurfsvollen Beigeschmack und gibt den Eindruck der Interviewpartnerin wieder, dass jüngere Pflegende auf Kosten der Älteren „*viel krank feiern*“. Ähnliches gilt für den von ihr mehrfach gebrauchten Ausdruck des ‚*krank feierns*‘, der in der Umgangssprache zwar weit verbreitet ist, aber auch dort die Konnotation hat, dass Fehlzeiten nicht ausschließlich durch Krankheit verursacht wurden, sondern auch dem Vergnügen („*feiern*“) dienen.

Die Bewertung des Verhaltens der ‚jüngeren Generation‘ von Seiten der Interviewpartnerin erscheint jedoch durchaus ambivalent, denn in ihrer Äußerung verurteilt sie das Verhalten der ‚jüngeren Generation‘ nicht per se. Es gibt durchaus auch Hinweise, die auf Sympathie und Verständnis gegenüber der Haltung der ‚Jüngeren‘ schließen lassen, z.B. wenn eine junge Kollegin als „*'ne ganz Nette*“ beschrieben wird, die von der Befragten offenbar als Kollegin geschätzt wird und mit der sie auch in Zukunft gerne zusammenarbeiten würde („*Möchtest du nicht hier im Haus bleiben?*“). Etwas später beschreibt die Befragte die

andere Arbeitshaltung jüngerer KollegInnen recht neutral und ohne abwertende Formulierungen zu benutzen („*ich find' schon, dass die 'ne andere Einstellung haben*“). Es entsteht sogar der Eindruck, dass das konsequente Vertreten eigener Interessen nicht nur plausibel erscheint („*ich hab' Durchfall oder so, dann bleib' ich eben 'n Tag mal zu Hause und dann geht's mir wieder gut*“) und durchaus mit einer positiven Arbeitshaltung zu vereinbaren ist („*die arbeiten zwar auch gerne*“), sondern auch ein gewisse Bewunderung hervorruft, denn die Befragte selbst hat im Rahmen der eigenen beruflichen Sozialisation nicht gelernt, so klar für sich einzutreten („*Kenn ich gar nicht*“). Der Hinweis, dass es sich dabei nicht um ihre individuelle Sichtweise, sondern um ein alters- oder generationsspezifisches Phänomen handelt („*Die ältere Generation, die Kollegen von mir, die machen das eigentlich alle so. Die so in meinem Alter sind*“) bestätigt den Eindruck, dass auch die Arbeitshaltung bzw. der daraus resultierende Umgang mit eigenen Interessen und insbesondere die gesundheitliche Selbstsorge im Rahmen der beruflichen Sozialisation gelernt werden und das weitere Berufsleben maßgeblich prägen.

Die kritische Äußerung einer Befragten zum Verhalten von KollegInnen gegenüber Auszubildenden oder Praktikanten zeigt ihre Überzeugung, dass bereits ausgebildete und berufserfahrene Pflegende als Teil ihrer professionellen Rolle einen ‚Sozialisationsauftrag‘ hätten.

„Weil die [KollegInnen] da auch keine Lust haben, sich damit auseinanderzusetzen, das is' so schade, grad mit jungen **Leuten** auch, mit Schülern oder Praktikanten. Dann wird nur gemeckert: Oh, der is' **doof**, der is' **faul**, oder was weiß ich, dann sag' ich: Dann musst du mit dem darüber **reden!** – Nee, der geht ja Sonntag schon. Ja, was is' das für 'ne Reaktion, das ist für mich keine Reaktion. Da red' ich mit dem drüber: Hier, das und das musst du ändern. Also, ich hab' da halt 'ne andere Einstellung, ich sag': Die müssen nicht mein Freund sein, die sollen was von mir lernen, die müssen mich nicht mögen. Und das is' halt, ne, manche meinen, jeder muss sie lieb haben das geht halt nicht. Ich bin für die 'n Vorbild und muss denen dann auch mal klipp und klar sagen: So läuft es nicht.“ (IP4, 222)

In diesem Zitat wird deutlich, dass Pflegende nicht nur ‚Objekte sozialisierender Einflüsse‘ anderer (Kunden, Kollegen, Vorgesetzte) sind, durch die die eigene berufliche Entwicklung beeinflusst wird, sondern dass Mitarbeitende auch handelnde Subjekte im Rahmen der eigenen Sozialisation sind, und insbesondere für die Sozialisationserfahrungen von Auszubildenden Verantwortung haben und diese aktiv und konstruktiv mitgestalten können. Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, basiert eine gelingende Sozialisation im Sinne von Weiterentwicklung und Entfaltung der persönlichen Potenziale auch auf der Bereitschaft, sich mit anderen Perspektiven oder neuen Herausforderungen auseinanderzusetzen. Die Befragte beklagt, dass die KollegInnen an ihrem Arbeitsplatz sich darauf nicht immer einließen („*Weil die [KollegInnen] da auch keine Lust haben, sich*

damit auseinanderzusetzen, das is' so schade“). Einerseits drückt sie hier ihr Bedauern aus (*„das is' so schade*“), andererseits wird deutlich, dass sie ihren KollegInnen auch einen Vorwurf macht, denn sie führt ihre mangelnde Motivation (*„keine Lust*“) auf eine gewisse Bequemlichkeit zurück, denn sie führt nicht etwa Zeitdruck oder Personalmangel dafür an, dass die wichtige Aufgabe, nämlich junge Mitarbeitende gut auszubilden, aus ihrer Sicht sträflich vernachlässigt wird.

Außerdem betont die Interviewpartnerin, dass Sozialisation Kommunikation erfordert, um Erfahrungen reflektieren und konstruktiv verarbeiten zu können (*„Dann musst du mit dem darüber reden!*“). Dazu gehören für sie z.B. auch kritische Rückmeldungen, die konkret und bezogen auf die jeweilige Situation vorgebracht werden (*„Da red' ich mit dem drüber. Hier, das und das musst du ändern.*“); mit schlechter Nachrede (*„der is' doof, der is' faul*“) könnten keine Veränderungen erreicht werden (*„dann wird nur gemeckert*“). Die Befragte unterstellt ihren KollegInnen Vermeidungsstrategien, wenn diese den Verzicht auf ein klärendes Gespräch damit begründen, dass ein Auszubildender demnächst seinen Einsatz auf der Station beendet (*„Nee, der geht ja Sonntag schon. ... Das ist für mich keine Reaktion.*“). Sie betont, dass für eine konstruktive Form der Auseinandersetzung eine Haltung erforderlich sei, die manchen Pflegenden abginge, weil sie befürchteten sich Sympathien zu verspielen (*„manche meinen ja, jeder muss sie lieb haben*“). Die Souveränität und das nötige Standing seien jedoch aus dem professionellen Anspruch abzuleiten, nach dem erfahrene Kollegen Auszubildenden und Berufseinsteigern Orientierung geben und sich Auseinandersetzungen stellen müssten. Persönliche Animositäten dürfen aus ihrer Sicht dabei kein maßgebliches Kriterium sein (*„Die müssen nicht mein Freund sein, die sollen was von mir lernen, die müssen mich nicht mögen.*“).

Das Statement dieser Interviewpartnerin zeigt auch, wie bedeutsam das persönliche Berufsverständnis und die darin verankerten Werte für das konkrete professionelle Handeln sind und auf diesem Weg auch für Sozialisationsprozesse relevant sind. (*„Ich bin für die 'n Vorbild und muss denen dann auch mal klipp und klar sagen: So läuft es nicht.*“).

Die gleiche Interviewpartnerin betont die Bedeutung praktischer Erfahrungen im Rahmen der Krankenpflegeausbildung. Durch die vor einigen Jahren veränderte Ausbildungsordnung hat sich der Anteil des theoretischen Unterrichts erhöht auf Kosten der Zeiten für praktische Einsätze, gleichzeitig hat sich das Spektrum der

Einsatzmöglichkeiten für die praktischen Einsätze zwar vergrößert, die Dauer der Einsätze reduzierte sich jedoch.

„Seit 2004, seit dem neuen Krankenpflegegesetz, haben die [Schüler] doppelt so viele Theoriestunden wie davor und da merkt man halt diese Unsicherheit von denen, auch wenn die dann im letzten Ausbildungsjahr sind, ähm, mit dem Umgang mit den Patienten, weil die können sich nicht diese Routine aneignen, die sind immer wieder auf unterschiedlichen Stationen, die haben natürlich auch den sehr großen Vorteil, indem sie im Altenheim sind, in Rehakliniken, in ambulanten Einrichtungen, in verschiedenen Krankenhäusern, [die] kriegen natürlich auch viel zu sehen und viel Input, aber die fühlen sich dann auch nicht, ähm, dazugehörig, und wenn die auf den Stationen sind, dann brauchen die auch 'ne bestimmte Zeit, um Abläufe kennen zu lernen: Wo liegt was? Wie ist die Frühschicht strukturiert? Wie machen wir das? Wie ist die Spätschicht? Das ist auf jeder Station anders. Und dann können die nicht selber 'ne Sicherheit entwickeln und 'ne Routine und das merkt man halt gerade, wenn die dann kurz vor dem Examen stehen und das ist so schade, denen fehlt das. (IP4, 358)

Die Sicherheit, [die SchülerInnen] trauen sich dann auch nicht, obwohl die theoretisch ja 'n Wissen dann ohne Ende teilweise [haben], aber diese Theorie nicht, ähm, diese Praxis.“ (IP4, 362)

Es wird deutlich, dass die Veränderung der Ausbildungsstruktur sich auch auf die berufliche Sozialisation der Auszubildenden auswirkt. Auszubildende bekämen zwar einen guten Überblick über das Versorgungsspektrum („*die kriegen natürlich auch viel zu sehen und viel Input*“), könnten aber keine Sicherheit über die Ausbildung von Routinen entwickeln („*dann brauchen die auch , 'ne bestimmte Zeit, um Abläufe kennenzulernen (...)* und dann können die nicht selber 'ne Sicherheit entwickeln und 'ne Routine“). Der häufige Wechsel der praktischen Einsätze („*die sind immer wieder auf unterschiedlichen Stationen*“) zeige sich selbst bei Auszubildenden im letzten Ausbildungsjahr anhand von „*Unsicherheit*“ im Kontakt mit den zu pflegenden Menschen („*da merkt man halt diese Unsicherheit (...) mit dem Umgang mit den Patienten*“). Darüber hinaus ist es aus Sicht der Befragten unter diesen Bedingungen schwer, sich als Teil des Teams zu erleben („*die fühlen sich dann auch nicht, ähm, dazugehörig*“). Es sind also einerseits die sozialen Situationen, d.h. Aufbau und Gestaltung von Beziehungen zu Kunden und Kollegen, die unter den veränderten Ausbildungsbedingungen schwieriger geworden sind. Andererseits sind Zeit („*dann brauchen die auch 'ne bestimmte Zeit, um Abläufe kennenzulernen*“) und Gelegenheiten erforderlich, um Routinen auszubilden und Sicherheit im professionellen Handeln zu gewinnen. Mit ihrer Formulierung „*selber ,ne Sicherheit entwickeln*“ macht die Befragte deutlich, dass dazu eigenes Handeln erforderlich ist. Dem von ihr beklagten Mangel an Möglichkeiten, selbst aktiv zu werden und z.B. mit den zu pflegenden Menschen zu interagieren, steht der „hohe Input“ und die Reichhaltigkeit der in der Ausbildung vermittelten Inhalte und Eindrücke gegenüber („*die kriegen natürlich auch viel zu sehen*“). Letztendlich führen diese aber nicht zu dem für die Befragte wichtigen Ergebnis eines fachlich und sozial sicherem professionellen Handelns („*Die Sicherheit,*

[die SchülerInnen] trauen sich dann auch nicht, obwohl die theoretisch ja , 'n Wissen dann ohne Ende teilweise [haben]“). Wissen allein reicht offenbar nicht aus, um sich zu „trauen“ und mit Zuversicht und Selbstvertrauen an eine Aufgabe heranzugehen.

Zusammenfassend weisen die Aussagen der Kategorie Berufssozialisation darauf hin, dass Bedürfnisse und Erwartungen der Pflegenden, aber auch persönliche Präferenzen hinsichtlich des Arbeitsbereiches sich im Laufe der beruflichen Sozialisation bzw. der damit einhergehenden Erfahrungen und Eindrücke verändern. Entsprechend der veränderten Kriterien und Maßstäbe ändert sich auch das Erleben von Wertschätzung. So stellt die Konfrontation mit dem Leiden und dem Tod von Menschen oder das Nicht-Ereichen-Können hoher persönlicher Ansprüche gerade Berufseinsteiger vor die Frage der beruflichen Identität, die sich ja grundsätzlich an der Genesung von kranken Menschen ausrichtet. Der offensichtliche Mangel an geeigneten, d.h. angemessenen und realistischen Kriterien für Erfolg oder Qualität von Pflegearbeit begünstigt die Entwicklung individueller und möglicherweise überzogener Ansprüche an die eigene Arbeitsleistung um der Berufsrolle gerecht werden zu können.

Unter der Voraussetzung, dass Sozialisationsprozesse, gerade wenn sie soziale Lernprozesse betreffen, häufig erst rückblickend oder durch den Vergleich mit weniger erfahrenen Kollegen deutlich werden, erscheint eine heterogene Teamzusammensetzung genauso wichtig für Wahrnehmung und Würdigung der eigenen beruflichen Entwicklung wie Gelegenheiten zum kollegialen Austausch.

Pflegende berichten von einem Wandel der eigenen Präferenzen, z.B. einem steigenden Interesse an einem bestimmten Aufgabenbereich im Verlauf der Berufstätigkeit, den sie auch mit der eigenen Lebens- und Berufserfahrung in Verbindung bringen. Dies lässt sich damit erklären, dass Prozesse der beruflichen Sozialisation - im Sinne von Entwicklung und Entfaltung von Fähigkeiten im Kontext sozialer Beziehungen - auch die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, Wünsche und Präferenzen einschließt. Diese zu erkennen und zu berücksichtigen scheint eine wesentliche Voraussetzung dafür zu sein, einen geeigneten Arbeitskontext zu finden, in dem Mitarbeitende auch langfristig bleiben möchten und können. Eine gezielte Unterstützung dieser Prozesse könnte nicht nur von den Mitarbeitenden selbst als hilfreich und wertschätzend erlebt werden, sondern stünde - mit Blick auf mögliche Folgen wie Berufsausstieg - auch im Dienste der Sicherung der zukünftigen Gesundheitsversorgung der Gesellschaft.

Sozialisation beinhaltet und braucht soziale Erfahrungen sowie Möglichkeiten diese zu verarbeiten und zu reflektieren. Die konstruktive Gestaltung von Sozialisationsprozessen erfordert wiederum die Bereitschaft zur Auseinandersetzung von allen Beteiligten. Insbesondere berufserfahrenen Kollegen kommt hier eine besondere Verantwortung zu. Die erforderliche Souveränität lässt sich aus dem professionellen Auftrag ableiten, der u.a. auch darin besteht, zukünftigen Pflegekräften Vorbild zu sein und ihnen die Gelegenheit zu geben ihre fachlichen und persönlichen Kompetenzen zu entwickeln. Professionelle Beziehungen sollten sich auch insofern von privaten Beziehungen unterscheiden, als im beruflichen Kontext der professionelle Auftrag Priorität hat und professionelle Handeln nicht von persönlichen Sympathien oder Animositäten geleitet werden dürfe.

Für den Bereich der Ausbildung wird deutlich, dass berufliche Sozialisation im Rahmen vieler unterschiedlicher Praxiseinsätze stattfindet. Die damit verbundenen Wechsel der jeweiligen sozialen Kontexte erschweren die berufliche Sozialisation möglicherweise auch dadurch, dass kein konstantes Modell beruflicher Rollen verfügbar bleibt.

5.1.1.20 Aufgaben

Pflegerische Aufgaben sind vielfältig und weitreichend. Im Gegensatz zum gesellschaftlichen Bild, das Pflege vor allem als eine Vielzahl unterschiedlicher Verrichtungen darstellt, verstehen die Berufsangehörigen ihre Arbeit als eine umfassende Aufgabe. Alle Tätigkeiten, die sie im Berufsalltag ausüben, um Menschen mit einem Pflegebedarf zu unterstützen, finden für sie in einem größeren Gesamtkontext statt, der am ehesten mit Lebens- oder Alltagsbegleitung zu beschreiben wäre.

„Hier in dieser Abteilung bin ich auch schon seit 20 Jahren ähm: wobei ich auch fünfzehneinhalb Jahre Dauernachtdienst gemacht habe. Äh: Dauernachtdienst ist nochmal ne besondere Situation. Äh: weil man dort immer alles tut, also Bereichspflege pur, beziehungsweise man ist ja die alleinige Ansprechpartnerin, nachts, wenn man alleine arbeitet, und äh: macht alles. Das war mir auch mit so die Zeit, wo ich mich am meisten als Krankenschwester gefühlt hab.“ (IP30, 3)

Diese Interviewpartnerin beschreibt, dass sie sich immer besonders dann als Berufsangehörige („*Krankenschwester*“) erlebt, wenn sie für alle Aufgaben zuständig ist, wenn sie „*immer alles tut*“ und als „*alleinige Ansprechpartnerin*“ für die zu pflegenden Menschen umfassend verantwortlich ist. Dies hat sie besonders im Nachtdienst erlebt, wenn keine Kollegen/innen anwesend waren. Bei den zu erledigenden Aufgaben wird jedoch hinsichtlich des Anspruchsniveaus differenziert.

„Und wenn ich ne examinierte Krankenschwester morgens früh nur Betten auswaschen lasse und Hilfstätigkeiten machen lasse, dann weiß die mittags nicht mehr, warum sie überhaupt äh: arbeiten gekommen ist.“ (IP30, 7)

Mit dieser Äußerung wird ausgedrückt, dass Pflegende auch Tätigkeiten ausführen müssen, für die sie überqualifiziert sind. Das Zitat lässt offen, warum es dazu kommt, dass Pflegende „*Betten auswaschen*“ und „*Hilfstätigkeiten*“ übernehmen. Implizit wird angedeutet, dass möglicherweise die Stationsleitung zuständig für die Aufgabenverteilung ist („*wenn ich (...) nur Betten auswaschen lasse*“). Wenn ausgebildete Pflegepersonen nur mit Hilfstätigkeiten betraut werden, erleben sie eine Entfremdung von ihrem Beruf, einen Sinnverlust und wissen „*mittags nicht mehr, warum sie überhaupt arbeiten gekommen sind*“. Dieser Umstand weist auf einen Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen eigenen beruflichen Kompetenzen, deren Inanspruchnahme und erlebter Wertschätzung hin.

Dass Pflege als eine umfassende Begleitung und Unterstützung von Menschen definiert wird, die eingebettet in einen größeren Gesamtkontext stattfindet, wird auch im nächsten Zitat deutlich.

„Sozialer Dienst schön und gut. Aber ich mein', wir kennen die Leute, wir bringen die ins Bett, wir hol'n die raus, wir reichen denen das Essen, wir sind eigentlich viel näher dran, als wenn da, ich sach mal irgendjemand fremdes, für die Bewohner teilweise fremd. (...) So, aber wir- ich denk immer so, **wir leben** mehr oder weniger mit denen, wir sind am Alltagsgeschehen dabei. Und der soziale Dienst, ja, mag auch wichtig sein, Ausflüge und so was, aber ähm: **den Alltag** sag ich mal, machen=machen wir. Und darum find ich auch so=so Gespräche und (3) so wichtig, wichtiger noch als Pflege. (IP12, 68)

Diese Interviewpartnerin hebt hervor, dass für sie „*Gespräche*“ von besonderer Bedeutung in der Arbeit mit zu pflegenden Menschen sind. Sie macht dies in der Abgrenzung zu „*Pflege*“ („*Und darum find ich auch Gespräche wichtiger noch als Pflege*“) deutlich. Dies ist wahrscheinlich als Abgrenzung zu dem allgemeinen Verständnis von Pflege zu verstehen, das stark verrichtungsorientiert ist. In ihrem Vergleich zum sozialen Dienst, deren Aufgaben sie als umfassender angelegt wahrnimmt und den sie damit auch als höher angesehen erlebt, führt sie genau die körpernahe Assistenz und die Alltagsnähe als Argumente an, dass Pflegende „*viel näher dran*“ sind an den Menschen als andere Berufsgruppen. Den großen Gesamtzusammenhang in dem Pflege aus Sicht der Befragten stattfindet beschreibt sie in dem Bild des gemeinsamen Lebens, das fast familiäre Züge trägt, („*wir leben mehr oder weniger mit denen*“) und das eine enge Beziehung zu den zu pflegenden Menschen unterstreicht.

Große Nähe zu den zu pflegenden Menschen ist Voraussetzung dafür, dass eine auf den Einzelfall zugeschnittene Beratung und Betreuung möglich wird.

„Also das ist im Prinzip ständig so diese Gratwanderung, dieses Abwägen von Situationen, es gibt da nicht so'n Schema-F und ich glaube das macht auch die Arbeit auf der einen Seite sehr interessant und anspruchsvoll und auf der anderen Seite aber auch sehr anstrengend, weil man wirklich jeden Fall wieder individuell für sich angucken und reflektieren muss und eben wieder 'nen Handlungsleitfaden im Prinzip so für sich rauskriegen muss.“ (IP1, 101)

Als „*Gratwanderung*“ beschreibt diese interviewte Person den Prozess, jeden Menschen individuell zu pflegen. Dies gelingt nur durch das „*Abwägen von Situationen*“ und das Finden situationsspezifischer Lösungen („*wieder 'nen Handlungsleitfaden im Prinzip (...)* rauskriegen“). Mit standardisierten Lösungen („*Schema-F*“) ist dieses Ziel nicht zu erreichen. Genau die Arbeit am Einzelfall, das Verstehen personenspezifischer Bedingungen macht die Arbeit „*interessant und anspruchsvoll*“. Jeder Mensch muss umfassend wahrgenommen und sein Bedingungsgefüge reflektiert werden. Voraussetzung dafür ist eine intensive Beziehung zu den zu pflegenden Menschen, die diese Wahrnehmung und Reflexion ermöglicht. Das kann auch bedeuten, möglichst viel Zeit mit diesen zu verbringen.

Der Aspekt der Lebensbegleitung als konstitutives Element pflegerischer Arbeit wird im nächsten Zitat beschrieben.

„Aber wir haben dann so viel Zeit gehabt, dass wir ne Zeitungsrunde machen konnten, dass wir mit den Kunden basteln konnten, wir konnten spazieren gehen, in der Zeit war (Name Kirmes), da sind wir zum (Name Kirmes) gefahren mit so'nem Bulli. Dass - dann haben wir Klavierstunden so gemacht, dass die singen konnten. Da gab's auch noch nen angrenzenden Garten. Ja also wirklich, da haben wir so viel unternommen, was, ja, was mir halt auch wirklich Spaß gemacht hat und was, man auch gesehen hat, dass es auch **anders** gehen kann.“ (IP16, 23)

Dieser Interviewpartner macht mit einem Vergleich deutlich („*dass es auch anders gehen kann*“), dass der Aspekt der Lebensbegleitung, der gemeinsamen Unternehmungen, der Alltagsbegleitung für sie einen Kern pflegerischer Arbeit darstellt. In der Aufzählung nicht körpernaher Pflegetätigkeiten („*Zeitungsrunde*“, „*Kirmes*“, „*Klavierstunden*“, „*Garten*“) wird ein pflegerisches Aufgabenprofil skizziert, das die Lebensqualität der zu pflegenden Menschen unter dem Aspekt sozialer Teilhabe und Inklusion fokussiert, wobei körpernahe Unterstützungsleistungen als integriert verstanden werden können, diese aber nicht im Zentrum des Aufgabenprofils stehen. Eine Arbeit, die sich an solchen Aufgaben ausrichtet, macht „*halt auch wirklich Spaß*“. Eine Arbeitswirklichkeit, die diese Aufgaben ausschließt und zurückstellt, kann als reduzierend und am beruflichen Anspruch vorbeigehend erlebt werden. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die erlebte Wertschätzung.

Werden körpernahe Unterstützungsleistungen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt, erleben die Pflegenden für die in ihren Augen wichtigere umfassende Pflege wenig bis keine Wertschätzung.

Eine möglicherweise fehlgeleitete Prioritätensetzung bei pflegerischen Aufgaben wird auch in der kritischen Haltung gegenüber administrativen Tätigkeiten deutlich.

„Ja, und dieser ganze Schreibkram dazu. Dieser Schwachsinn, jeden Tag Rasieren abhaken. Ne, wer denkt sich so was aus? Dann sach ich immer „Leute, wenn da nen Kreuz ist, heißt doch nich, dass ich das gemacht hab““. Man muss nur am ersten des Monats aufpassen, wenn man da geduscht hat, dass man nich den ganzen Monat duscht. Ne, da muss man am nächsten Tag wieder gucken, aber ansich guckt man, wo sind die Dinger und hak meine 4 Blätter da durch, schreib meinen Satz, wo ich manchmal auch sag, oh: er hat mich angelächelt, äh: was soll man da sagen. Aber man weiß es nich. Die Leute sind eben nich jeden Tach- **ich kann nich jeden Tag** zu einem Menschen was schreiben! Die eine, die sitzt nur im Rollstuhl die sach nichts, die macht nichts, äh: keine Äußerung. Was soll ich jeden Tach zu so einer Person schreiben? Aber wir sind verpflichtet, Frühdienst, Spätdienst, Nachdienst haben se schon rausgenommen, da brauchen wa nich mehr schreiben. Aber äh: Früh und Spät muss immer einen Satz schreiben, und dann kommt da eben so Schwachsinn raus ne. Wo die auch sagen, ja was soll das, aber (2) es gibt dann eben nichts zu schreiben, ne. Ja: dieses Abhaken. Andere Häuser haben ja schon Computer, da scannen die das nur noch. Auch Quatsch, wie gesacht, es is keine Garantie, dass es dann gemacht is.“ (IP12, 42)

Die befragte Person wendet sich gegen die tägliche Dokumentation wiederkehrender Unterstützungsleistungen und bewertet diese als widersinnig („*dieser Schwachsinn, jeden Tag Rasieren abhaken*“). Sie stellt dar, dass der hohe Aufwand der täglichen Dokumentation („*und hak' meine 4 Blätter da durch, schreib' meinen Satz*“) sogar zu einer Abspaltung führen kann, das heißt, dass die Dokumentation unabhängig vom zu pflegenden Menschen geführt wird und das Abhaken einer Leistung nicht zwingend nachweist, dass diese auch tatsächlich erbracht worden ist. Die erlebte Realitätsferne kann auch dazu führen, dass eine einmalig erbrachte Leistung für die Folgetage weiterhin dokumentiert wird („*Man muss nur am ersten des Monats aufpassen, wenn man da geduscht hat, dass man nich den ganzen Monat duscht*“). Auch der verpflichtende Texteintrag in der Dokumentation wird kritisch gesehen („*ich kann nich jeden Tag zu einem Menschen was schreiben!*“). Dadurch, dass „*Früh und Spät (...) immer einen Satz schreiben (muss)*“ kommt es dazu, dass Unwichtiges dokumentiert wird wie „*er halt mich angelächelt*“. In der Aussage wird insgesamt deutlich, dass die Hervorhebung von Einzeltätigkeiten und von administrativen Aufgaben Schwerpunkte setzt, die von den Pflegenden eher nicht getragen werden. Für diese steht die Begleitung und Betreuung der zu pflegenden Menschen in ihrem Lebens- und Krankheitsalltag im Mittelpunkt.

Der Aspekt der Lebensbegleitung als Aufgabe von Pflege kann auch ein Wunsch der zu pflegenden Menschen sein.

„Und was ich auch schon erlebt hab', dass dieser Status gewechselt hat oder geändert hat, also, 'n ganz normaler Mieter gebrechlicher geworden [ist] und plötzlich zählt der dann auch zu der Gruppe der Kranken und ähm erst wurde der Wunsch an uns herangetragen, also, die Einsätze, wo wir dann irgendwie morgens 'n bisschen geholfen haben, das sollte heimlich passieren, ne. Das sollte- das ist natürlich nicht geheim zu halten, ist klar. Wie gesagt, soziale Kontrolle. Und dann sollten wir sagen, was weiß ich, dass wir nur die Orchideen gießen jeden Tag oder irgendwie so was machen, ne.“
(IP 5, 109)

Dieses – auch in der Kategorie Qualitätsprofil kodierte und interpretierte – Zitat beschreibt Pflege als Dienstleistung, die nicht unbedingt gesehen werden soll. Möglicherweise entspringt dieser Wunsch dem Ziel, Normalität und damit Alltagsnähe herzustellen. In dem Moment, in dem ein körpernaher Unterstützungsbedarf eintritt („*wo wir dann irgendwie morgens 'nen bisschen geholfen haben*“), soll die Pflege „*heimlich passieren*“. Die Pflegenden sollen einen Vorwand finden, warum sie die Person aufsuchen, beispielsweise, dass sie die „*Orchideen gießen*“. Der Interviewauszug beschreibt, dass sich auch Kunden Pflege in einem größeren Gesamtzusammenhang im Sinne von Lebensbegleitung wünschen, im Rahmen derer auch konkrete Unterstützungstätigkeiten stattfinden können. Für die auch gesamtgesellschaftliche Wertschätzung pflegerischer Arbeit könnte dieser Gesichtspunkt bedeutsam sein, würde er doch darauf hinweisen, dass eine Darstellung von Pflege als Fürsorgearbeit, als Lebensbegleitung in Phasen akuter und/oder chronischer Krankheit weitaus mehr Wertschätzung für Pflegenden generieren könnte als ein Verständnis von pflegerischer Arbeit als Summe körpernaher Unterstützungstätigkeiten.

Die Gesamtschau der Aussagen zu pflegerischen Aufgaben macht deutlich, dass Pflegenden ihre Aufgaben eingebunden sehen in einen größeren Gesamtzusammenhang. Zielsetzung pflegerischer Arbeit scheint nicht so sehr die Unterstützung von Menschen bei einzelnen Verrichtungen zu sein. Vielmehr sehen Pflegenden ihre Aufgabe in einer umfassenden, ganzheitlichen Begleitung und Betreuung der zu pflegenden Menschen, die sich an deren Lebenswelt und den alltäglichen Gewohnheiten und Bedürfnissen orientiert. Körpernahe Unterstützung findet eingebettet in diesen übergreifenden Prozess statt. Ihre berufsspezifische Kompetenz sehen die Pflegenden entsprechend mehr in der Wahrnehmung und reflexiven Analyse der Bedingungen des Einzelfalls, also hermeneutischen Kompetenzen, und der Entwicklung einzelfallbezogener Versorgungskonzepte, als in pragmatischen Verrichtungen. Indirekt könnte diese Sichtweise auch auf die zu pflegenden Menschen zutreffen, wenn sie sich Pflege als diskrete Dienstleistung wünschen, bei der nicht sichtbar wird, welcher

Unterstützungsbedarf konkret vorliegt. Sollen Pflegende Wertschätzung erleben, so sollte sich die Anerkennung also auf die Fürsorge- und Beziehungsarbeit beziehen, nicht auf körpernahe Unterstützungsleistungen, weil diese eher nicht konstitutiv sind für die berufliche Selbstwahrnehmung der Pflegenden.

5.1.2 Verdichtung der Ergebnisse: die Kernkategorien

In den Schilderungen ihrer Berufswirklichkeit bilden die Interviewpartner/innen Wertschätzung als ein mehrdimensionales Konstrukt ab. Sie beschreiben erlebte Wertschätzung einerseits in Bezug darauf, wie mit ihnen als Person bzw. Mensch im Arbeitsbereich umgegangen wird, andererseits auch in Bezug darauf, wie mit ihnen als Berufsangehörige umgegangen wird, welche Bedeutung ihr Beruf im Leistungsgeschehen der Einrichtung besitzt. Damit stehen die Arbeitsbedingungen in einer engen Verbindung. Wertschätzungserleben wird immer wieder in einen Zusammenhang gestellt zu den Bedingungen unter denen die Arbeit erbracht wird, welche Ressourcen dafür zur Verfügung stehen, und inwieweit die eigene Arbeit gestaltet werden kann. Schließlich wird Wertschätzung immer auch durch die erfahrene Anerkennung für geleistete Arbeit bzw. die Qualität der Arbeitsergebnisse erlebt.

Die Erzählungen der Befragten zeigen, dass Wertschätzung zunächst ein individuelles Konstrukt ist, das subjektiven Maßstäben und Kriterien folgt, was eine Systematisierung oder Sicherstellung aus Sicht der Unternehmensleistung erschwert. Führungspersonen haben deshalb eine besondere Bedeutung für das Wertschätzungserleben der Mitarbeitenden einerseits in Bezug auf die für die einzelne Mitarbeiterin wichtigen Kriterien, andererseits für die gemeinsame Entwicklung von Erfolgskriterien für ein Team oder einen Arbeitsbereich, anhand derer Arbeitserfolge anerkannt werden können. Insgesamt liegt eine Führungsaufgabe in der Realisierung einer Wertschätzungskultur, die immer nur in einem dialogischen Prozess entstehen kann.

In den Schilderungen wird deutlich, dass die Pflegenden insgesamt eher wenig Wertschätzung durch Kollegen, Vorgesetzte und aus ihrem sozialen Umfeld erhalten. Seitens der Gesellschaft erleben sie sogar eher eine Abwertung, die beispielsweise in der skandalisierenden Berichterstattung der Medien ebenso zum Ausdruck kommt wie in den externen Qualitätsprüfungen, die zum Teil auch noch unangekündigt stattfinden. Den Mangel an Anerkennung kompensieren die Pflegenden anscheinend dadurch, dass sie eine berufliche Selbstwertschätzung entwickeln, die sich an den hohen moralisch-ethischen Werten des Berufes und dem Helfen von Menschen ausrichtet. Hilfsbedürftige Menschen

zu unterstützen und Leben zu retten sind ehrenwerte Handlungen, die qua gesellschaftlicher Werte positiv zu würdigen sind. Auch aus der Beschreibung, dass Pflegende Dinge tun, die viele Menschen in der Gesellschaft nicht tun wollen, beziehen Pflegende im Sinne der positiven Umdeutung ein gewisses Maß an Wertschätzung. Die Tatsache, dass gerade sie einen unattraktiven Beruf ergreifen, hebt sie hervor und sichert ihnen zumindest eine bedauernde Würdigung.

In der Gesamtschau der Interviews verdichten sich die Aussagen zu vier Kernkategorien:

- Geachtet werden
- Pflegend/r sein
- Erfolge sehen
- Arbeit mitgestalten,

welche die Kategorien wie folgt integrieren:

Geachtet werden	Pflegende(r) sein	Arbeit mitgestalten	Erfolge sehen
<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenbedingungen • Arbeitsbelastung • öffentliche Anerkennung 	<ul style="list-style-type: none"> • (Berufs) Motivation • Berufsverständnis • Berufssozialisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisations- • Entwicklung • Personalentwicklung • Führung • Arbeitsverhältnis • Arbeitsorganisation • Aufgaben • Kultur • Team • Work-Life-Balance 	<ul style="list-style-type: none"> Qualitätsprofil Anerkennung Koproduktion Arbeitszufriedenheit

Abbildung 3: Kernkategorien

5.1.2.1 Geachtet werden

Wertschätzung bringen die Befragten in einen Zusammenhang mit der eigenen Person. Entscheidend für das Erleben von Wertschätzung ist die Art und Weise, wie mit Ihnen als Mensch bzw. Person umgegangen wird und wie Ihre Werte und Motive anerkannt und respektiert werden. In den Kategorien Rahmenbedingungen, Arbeitsbelastung und öffentliche Anerkennung beschreiben die Interviewten jeweils, dass es für sie wichtig ist, ihre Arbeit leisten zu können ohne persönliche Einschränkungen dabei in Kauf nehmen zu müssen. In Bezug auf die Rahmenbedingungen erleben die Befragten eine kontinuierliche

Arbeitsverdichtung bei immer weiter abnehmenden Ressourcen, die für die Leistungserbringung zur Verfügung stehen. Gleichzeitig steigen – besonders im Bereich der Altenpflege und der ambulanten Pflege – die externen Qualitätsanforderungen fortlaufend, was vor allem den Aufwand für die Dokumentation weiter erhöht. Stattfindende Qualitätsprüfungen bewerten die Pflegenden als überzogene Kontrollen, die ein deutliches Misstrauen gegenüber der Arbeitsqualität der Pflegenden zum Ausdruck bringen. Pflegende in den Krankenhäusern erleben, dass Einsparungen durch den Wegfall von Planstellen im Pflegebereich realisiert werden. Neue Tarifverträge durch Veränderungen der Unternehmensform bringen für viele Beschäftigte Einbußen bei der Bezahlung mit sich. Mit ihren Werten und beruflichen Motiven fühlen sich die Pflegenden unter diesen Bedingungen nicht geachtet und entsprechend auch nicht wertgeschätzt. Dies trifft ebenfalls auf den institutionellen Kontext zu. Im Spannungsfeld von steigenden Anforderungen bei sich verschlechternden Rahmenbedingungen können Pflegende einen Sinnverlust erleben, weil die für sie konstitutiven Elemente der Pflegearbeit in Form der Interaktionsarbeit nicht mehr lebbar und wahrnehmbar sind. Daraus kann auch der Entschluss resultieren, den Beruf zu verlassen.

Das Missverhältnis zwischen den Anforderungen, die an sie als Pflegende gestellt werden, und den Rahmenbedingungen bzw. Ressourcen, die ihnen dafür zur Verfügung gestellt werden, ist maßgeblich für die Entstehung der als hoch erlebten Arbeitsbelastung verantwortlich. Um unter restriktiven Bedingungen den eigenen Maßstäben und Werten treu bleiben zu können, verausgaben sich die Pflegenden sowohl körperlich als auch emotional. Berichten sie einerseits von körperlich schwerer Arbeit, bei der keine Zeit bleibt für den Einsatz von Hilfsmitteln oder dem Hohlen kollegialer Unterstützung und ständigem Einspringen im Schichtdienst für erkrankte Kolleginnen, bleibt andererseits oft nach dem Dienst das Gefühl, nicht gut genug gearbeitet zu haben, den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen nicht ausreichend gerecht geworden zu sein. In diesem Widerstreit zwischen internen und externen Ansprüchen und dem Realisierbaren fühlen sich die Pflegenden alleine gelassen, auf sich gestellt. Sie berichten kaum über systematische Angebote zur Unterstützung bei der Verarbeitung von Arbeitsbelastung wie z. B. Supervision. Wertschätzung erleben die Mitarbeitenden immer dann, wenn die ihnen zugemutete Arbeitsbelastung als tragbar erlebt wird und erkennbar ist, dass die Einrichtung bzw. deren Führungspersonen diesbezüglich Verantwortung übernehmen und sie vor zu hoher Belastung schützen.

Sowohl in ihren Arbeitsbereichen wie auch in der Öffentlichkeit fühlen sich Pflegende im Verhältnis zu ihrer Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung zu wenig anerkannt und wertgeschätzt. Zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung ihrer beruflichen Arbeit klafft eine Lücke, die ein Anerkennungsdefizit zur Folge hat. Die hohe Wertegeleitetheit pflegerischer Arbeit tritt in der öffentlichen Wahrnehmung hinter körpernahe Unterstützungsleistungen zurück, welche mit einer geringen Kompetenzerwartung verbunden sind und eher als bedauernswürdige Tätigkeit denn als bewundernswerter Beruf bewertet werden. Die Befürchtung vieler Menschen in weiterer Zukunft auf eben solche körpernahe Unterstützung angewiesen zu sein, scheint im Sinne einer negativen Projektion auf die Berufsangehörigen übertragen zu werden. In den Bezeichnungen als Waschfrauen oder Urinkellner oder in der Formulierung „Hintern abputzen kann ja jeder“ kommt für die Pflegenden ein Missachtung ihrer Person zum Ausdruck. Ihr Selbstverständnis, Menschen trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein selbstbestimmtes und sicheres Leben zu ermöglichen bzw. ihnen dabei zu helfen, ein solches wiederzuerlangen, wird von der Öffentlichkeit anscheinend nicht wahrgenommen, zumindest jedoch nicht wertgeschätzt. Eine gesellschaftliche Abwertung erleben Pflegende auch durch die skandalisierende Berichterstattung in den Medien, in der das Augenmerk ausschließlich auf Fehler und schlechte Versorgungsqualität gelegt wird und besonders die Pflegenden dafür verantwortlich gemacht werden. Hier werden Defizite des Systems, d. h. die nicht ausreichende finanzielle Absicherung von Pflege auf dem Rücken der Schwächsten in der Kette abgeladen. Obwohl sich die Pflegenden schinden um eine möglichst gute Versorgung zu erreichen, werden sie im Nachhinein für mangelhafte Ergebnisse verantwortlich gemacht. Dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen keine andere Versorgung möglich ist, die eigentliche Schuld also bei denen liegt, welche die Regeln machen und entscheiden, wie viel Geld für Pflege zur Verfügung steht, bleibt in der Berichterstattung unausgesprochen. Erleben sich Pflegende als Sündenböcke des Gesundheitssystems, fühlen sie sich auch als Personen missachtet und nicht wertgeschätzt.

Pflegende erleben Wertschätzung, wenn sie als Menschen in ihrem Einsatz für das Wohl Anderer unter widrigen Bedingungen gesehen und anerkannt werden. Sie fühlen sich wahrgenommen, wenn sie ihre Arbeit unter angemessenen Rahmenbedingungen erledigen können und ihre Verausgabungsbereitschaft von ihren Vorgesetzten konstruktiv begrenzt wird. In der medialen Berichterstattung sollte Ehrfurcht vor der Leistung der Pflegenden zum Ausdruck gebracht und gezeigt werden, welchen gesellschaftlichen Beitrag Pflegende leisten.

5.1.2.2 Pflegende/r sein

Die Kernkategorie Pflegende/r sein wurde aus den Kategorien ‚Berufsmotivation‘, ‚Berufssozialisation‘, ‚Beziehung‘ und ‚Berufsverständnis‘ gebildet und bezieht sich auf identitätsstiftende Aspekte des pflegerischen Selbstverständnisses und auf die Professionalität der beruflichen Leistungen. Es geht um die für Pflegende zentrale Interaktionsarbeit mit Kunden und die Orientierung des beruflichen Handelns an humanistischen oder christlichen Werten, die häufig bereits für die Berufswahl entscheidend sind. Daneben geht es um eine klare Formulierung professioneller Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten, welche die Darstellung der professionellen Leistungen nach außen ermöglicht und auf eine rechtsverbindliche Verankerung im Gesundheitssystem nicht verzichten kann. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Wertschätzung eine Übereinstimmung der Akteure in wesentlichen Bezugspunkten (Objekt, Inhalte, Werte) benötigt, liefert eine klare Definition professioneller pflegerischer Leistungen eine notwendige Voraussetzung für die Generierung von Wertschätzung.

So bedeutet Pflegende(r) sein für viele Befragte, dass ihre Arbeit primär intrinsisch motiviert ist, denn sie wählen den Beruf, weil sie Freude am Kontakt mit Menschen haben und diese in schwierigen Lebenssituationen unterstützen und begleiten möchten. Einblicke in die Biografie anderer Menschen und im professionellen Kontext entstandene Beziehungen bieten Pflegenden darüber hinaus auch persönliche Entwicklungsmöglichkeiten. Monetäre Interessen oder Karrierechancen spielen dem gegenüber eine vergleichsweise geringe Rolle für die Berufswahl.

Positive vorberufliche Erfahrungen mit Pflege in der eigenen Familie können den Weg in den Beruf bahnen, vorausgesetzt dass Befragte sich als selbstwirksam erlebten, ihre Leistungen von Seiten der Familie anerkannt und unterstützt wurden und eine gute Beziehung zum pflegebedürftigen Familienmitglied bestand. Auf einer solchen Grundlage fällt es Auszubildenden und Berufseinsteigern offenbar leichter, mit Kunden empathisch umzugehen oder Berührungängste abzubauen, z.B. wenn es um die Durchführung körpernaher Tätigkeiten geht.

Die hohe Motivation vieler Pflegender kommt auch in der Bereitschaft zum Ausdruck, strukturelle Defizite durch erhöhten Einsatz zu kompensieren oder private Interessen beruflichen Anforderungen unterzuordnen, selbst wenn dies zu Lasten der eigenen Gesundheit geht.

Im Laufe der Berufstätigkeit verändern sich persönliche Präferenzen sowie das professionelle Selbstverständnis Pflegenden unter dem Einfluss von beruflichen Erfahrungen, Weiterbildungen, Gesprächen im Team, Supervisionen oder einem Statuswechsel. Es können aber durchaus auch Erfahrungen aus dem privaten Kontext sein, z. B. Erkrankungen in der eigenen Familie, durch die Reflexionsprozesse angestoßen oder befördert werden. Häufig wird Pflegenden erst rückblickend oder im Vergleich mit Berufseinsteigern deutlich, dass sich die persönliche Einstellung oder das eigene Verhalten verändert haben.

Insbesondere zu Beginn der Berufstätigkeit wird die Konfrontation mit Leiden oder Tod als hohe Belastung erlebt, für deren Verarbeitung es innerhalb des Team oder der Organisation zu wenig Rückhalt und Unterstützung gibt. Hinzu kommt, dass auf Grund des Mangels an angemessenen, realistischen und verbindlichen Qualitätskriterien der Erfolg der Arbeit anhand individuell gesetzter Maßstäbe bewertet wird. Diese orientieren sich oftmals an hohen ideellen Werten, müssen entsprechend hohen Ansprüchen genügen und sind unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen kaum einzulösen. Dies zusammengenommen kann auf Seiten der Pflegenden zu Gefühlen von Insuffizienz, Enttäuschung und Resignation führen.

Berufliche aber auch persönliche Erfahrungen mit Krisen oder schwierigen Situationen können für die Sorgen Anderer sensibilisieren und es Pflegenden erleichtern, empathisch zu reagieren und emotionale Nähe mit zu pflegenden Menschen herzustellen. Berufliche Erfahrungen mit Menschen in gesundheitlichen Krisen oder existenziell bedrohlichen Situationen wiederum erhöhen die Sicherheit in der Ausübung der beruflichen Rolle, stärken das professionelle Standing und ermöglichen es, Nähe herzustellen und aufrecht zu erhalten. Die Fähigkeit, innere Distanz zur Arbeit zu gewinnen ist - gerade in einem sozialen Beruf - für einzelne Befragte ein unverzichtbarer Bestandteil der professionellen Identität und die Voraussetzung dafür, den Beruf lebenslang ausüben zu können.

Berufserfahrene Pflegende haben im Laufe der Zeit häufig Strategien entwickelt, um mit den tagtäglichen Anforderungen zurecht zu kommen bzw. ihre Aufgabenbereiche entsprechend ihrer Interessen und Fähigkeiten zu wählen. Über die Jahre haben sich auch die eigenen Erwartungen und Präferenzen an die berufliche Tätigkeit verändert. Die Interviews geben Hinweise darauf, dass sich das berufliche Interesse erfahrener Pflegenden stärker auf Handlungsfelder verschoben hat, in denen sie ihre Berufs- aber auch ihre

Lebenserfahrung einbringen können und in denen soziale Kompetenzen stärker gefragt sind als z.B. technisches Know-how.

Aus Sicht der Pflegenden ist es Teil ihrer professionellen Aufgabe, die Beziehung zu Menschen aktiv und verantwortlich zu gestalten. Im Mittelpunkt der beruflichen Beziehung steht zwar der professionelle Auftrag, dessen Erfüllung basiert jedoch auf der persönlichen Begegnung zweier Individuen. Die Beziehungsgestaltung lässt sich somit nicht auf professionelle Funktionen reduzieren, sondern beide Akteure möchten unabhängig von ihrer Rolle als Person wahrgenommen und respektiert werden. Auf der Basis gegenseitiger Achtung entwickelt sich Vertrauen für eine gute Kooperation. Während eine positive Interaktionsbeziehung auf Seiten der zu pflegenden Menschen zu Gefühlen von Angenommen-Sein und Sicherheit führt, entwickelt sich in Korrespondenz dazu auf Seiten der Pflegenden ein Gefühl von Verantwortlichkeit für das Wohlbefinden des Menschen sowie der Wunsch, das in die eigene Person gesetzte Vertrauen nicht zu enttäuschen. Pflegende leisten im Kontext ihrer Arbeit sowohl *sentimental work* im Sinne einer Regulierung der Gefühle der zu pflegenden Menschen als auch *emotional labor*, um mit den eigenen Gefühlen von Unsicherheit, Scham oder Ärger einen konstruktiven Umgang zu finden. Persönliche Reife und sowohl Berufs- als auch Lebenserfahrung sind somit wichtige Ressourcen für die Beziehungsgestaltung.

Pflegearbeit kann nicht ohne die zu pflegenden Menschen gedacht werden, d. h. Pflegende stellen ständig Bezüge zu der jeweiligen Person her, für und mit der sie Leistungen erbringen. Dies gilt sowohl für körpernahe Tätigkeiten wie z. B. die Lagerung eines immobilen Menschen als auch für beratende Tätigkeiten, z. B. wenn es um die Möglichkeiten der häuslichen Versorgung geht. Ohne Bezug zum Menschen erscheinen typisch pflegerische Tätigkeiten ‚blutleer‘, denn Pflege ist im Kern Interaktionsarbeit und steht für wechselseitige Austausch- und Aushandlungsprozesse zwischen zu pflegenden Menschen und Pflegenden. Entsprechend werden kommunikative und soziale Kompetenzen neben Fachwissen und spezifisch pflegerischen Fertigkeiten als zentrale Bestandteile der professionellen Kompetenz angesehen.

Wertvorstellungen, die sich an einem humanistischen bzw. christlichen Menschenbild orientieren und den zu Pflegenden und seine Bedürfnisse und Wünsche in den Mittelpunkt stellen, sind für viele Pflegende sowohl Ausgangspunkt als auch Motor des beruflichen Handelns und betreffen insbesondere die Gestaltung der Beziehung zu den zu pflegenden Menschen. Gerade dieser Berufsethos kollidiert jedoch häufig mit der Realität des

Berufsalltags, in dem ökonomische Kriterien dominieren und personelle und zeitliche Ressourcen knapp bemessen sind. Den Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit versuchen Pflegende nicht selten dadurch zu lösen, dass sie sich bemühen, strukturelle Defizite durch verstärkten persönlichen Einsatz zu kompensieren.

In den Interviews wurde deutlich, dass Pflegende viel Energie dafür einsetzen, auch unter restriktiven Rahmenbedingungen die eigenen beruflichen Werte in der Arbeit mit zu pflegenden Menschen umzusetzen. Dabei laufen sie Gefahr die eigenen Interessen und die Selbstfürsorge aus dem Blick zu verlieren. Für die eigene Person, die eigene Berufsgruppe und deren professionelles Profil einzustehen, fällt vielen Pflegenden offenbar schwer. Das Fehlen gemeinsam formulierter, klarer Kriterien für die Qualität der Arbeit oder der Mangel an sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten für die im Rahmen von Interaktionsarbeit zu erbringenden Leistungen führen dazu, dass das professionelle Bild des Pflegeberufes diffus bleibt, schwer vermittelbar ist und wenig professionell wirkt. Dies wiederum wirkt sich ungünstig aus auf das professionelle Selbstbewusstsein von Pflegenden, auf ihr Standing im Kontakt mit den zu pflegendem Menschen und deren Angehörigen oder anderen Berufsgruppen sowie auf das professionelle Image des Berufes als qualifizierte und komplexe Dienstleistung in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit.

In Bezug auf das Erleben von Wertschätzung messen Pflegende ihrem Beruf eine große Bedeutung bei. Eigentlich sind sie stolz darauf, Pflegeperson zu sein, weil sie sich damit hohen zwischenmenschlichen Werten verpflichten und Menschen in Not bzw. mit Unterstützungsbedarf helfen. Mit der Berufswahl bzw. der Zugehörigkeit zu einem Pflegeberuf wird ein Grundsoll an entgegengebrachter Wertschätzung erwartet. Diese Erwartung erfüllt sich im Alltag jedoch nur selten und wird eher der Aufopferung gezollt, diesen Beruf bewusst gewählt zu haben. Wenn in Politik, Öffentlichkeit und auch in den Institutionen der Gesundheitsversorgung die Haltung zum Ausdruck gebracht wird, dass für Pflege keine hohe Qualifikation erforderlich ist, indem Hilfskräfte beschäftigt, Arbeitslose umgeschult und der für eine Pflegeausbildung erforderliche Schulabschluss abgesenkt wird, wird in den Augen der Pflegenden ihr Beruf abgewertet. Die Pflegenden erleben sich in einem Widerspruch zwischen der eigenen Haltung und Überzeugung und dem was ihnen von außen signalisiert wird. Im Kontext verschiedener Berufe im Gesundheitswesen erleben Pflegende ihren Beruf als den am wenigsten bedeutsamen. Dies erscheint ihnen nicht gerechtfertigt, weil ohne sie ein funktionierende Gesundheitsversorgung nicht möglich ist. Um eine Wertschätzung ihres Berufes

wahrnehmen zu können, erwarten die Pflegenden hier einen gleichwertigen Umgang auf Augenhöhe, bei dem ihr Leistungsbeitrag zur Versorgung wahrgenommen und anerkannt wird.

5.1.2.3 Erfolge sehen

Pflegende erleben Wertschätzung, wenn ihre Leistungen gesehen und positiv anerkannt werden. Dies stellt sich in den Schilderungen der Interviewten derzeit in mehrfacher Hinsicht problematisch dar. In der Gesundheitsversorgung arbeiten unterschiedliche Personen zusammen. Nicht nur die Health-Professionals untereinander kooperieren, vielmehr gelingt gesundheitsbezogene Versorgung immer nur dann, wenn mit den Betroffenen – in diesem Fall den zu pflegenden Menschen bzw. deren Angehörigen zusammengearbeitet wird. Ohne einen Leistungsbeitrag des zu pflegenden Menschen kann Genesung oder Stabilisierung nicht gelingen. Entsprechend sind an der Erbringung der Dienstleistung verschiedene Akteure beteiligt, die durchaus unterschiedliche Ziele verfolgen. Entsprechend liegen der Qualitäts- oder Erfolgsbewertung divergierende Kriterien zugrunde, was insbesondere Prozesse der Anerkennung und Wertschätzung erschwert. Nehmen zu pflegende Menschen und ihre Angehörigen eher Aspekte des Wohlbefindens und der Bequemlichkeit in den Blick, weil sie nicht über eine fachliche Expertise verfügen, orientieren sich leitende Mitarbeiter eher an den wirtschaftlichen Kennzahlen, Verordnungen und Regularien. Die Pflegenden wiederum folgen dem Ziel, gute Beziehungen zu den zu Pflegenden Menschen aufzubauen und zu führen, um so in einem Vertrauensverhältnis Menschen in ihrer Genesung und Krankheitsbearbeitung angemessen begleiten, unterstützen und beraten zu können. Die Divergenz der Ziele und entsprechend auch die Divergenz der Erfolgskriterien bewirkt, dass die entsprechenden Arbeitsleistungen von den jeweils anderen Akteuren nicht ausreichend anerkannt werden, weil sie für diese ja eine nachgeordnete Relevanz besitzen. Auf Seite der Pflegenden entsteht so ein Mangel an Wertschätzung. Darüber hinaus machen die Interviews deutlich, dass für pflegerische Arbeit insgesamt stimmige Erfolgskriterien fehlen. Für gelingende Interaktionarbeit, Stärkung der Selbstbestimmung, Verbesserung der Lebensqualität oder das Schaffen von Sicherheit existieren bislang keine operationalisierten Kriterien anhand derer die Qualität bzw. der Erfolg pflegerischer Arbeit messbar wäre.

Eine weitere Dimension der Bewertung geleisteter Arbeit liegt in der grundsätzlichen Perspektive. Werden Erfolge tatsächlich bewusst betrachtet und wahrgenommen oder liegt das Augenmerk auf dem Unerledigten, dem Fehlerhaften, den Dingen, die nicht so gut

gelaufen sind. Pflegende berichten, dass Kundenbeschwerden eine weitaus größere Beachtung bei den leitenden Mitarbeitenden erfahren als das Kundenlob, dass in Arbeitsbesprechungen eher auf Probleme geschaut wird als auf Erfolge. Diese Perspektive erschwert es den Mitarbeitenden, Wertschätzung für ihre Arbeit wahrzunehmen. Werden administrative Aufgaben wie die Pflegedokumentation höher bewertet als die Interaktionsarbeit mit den zu pflegenden Menschen, wird das wichtigste Erfolgskriterium der Pflegenden missachtet und sie erleben eine Geringschätzung der für sie wichtigsten Handlungsstrategie.

Für die Wahrnehmung und Würdigung von Erfolgen ist eine Voraussetzung, dass die zugrundeliegende Arbeitsleistung benannt, in Worte gefasst werden kann. Seitens der Berufsgruppe erscheint dies erforderlich, um die eigene Arbeitsleistung überhaupt nach außen darstellen zu können. Auf Seite der zu pflegenden Menschen stellt sich Pflege oft als eine Dienstleistung dar, die einen Unterstützungsbedarf verbunden mit der Aufgabe von Autonomie und Intimsphäre ausdrückt. Entsprechend wünschen sie sich Pflege als eine diskrete Dienstleistung, die vom sozialen Umfeld nicht wahrgenommen wird und über die im Einzelnen nicht gesprochen werden sollte. Das erwünschte Schweigen bezüglich pflegerischer Arbeit bzw. auch die Unaussprechbarkeit pflegerischer Handlungen erschwert für die Pflegenden die Generierung von Wertschätzung zusätzlich. Weil Pflegende meist in Lebenssituationen aktiv werden, die von Abhängigkeit und Unterstützungsbedarf gekennzeichnet sind, und die entsprechend für Menschen wenig erstrebenswert sind, bleibt ihnen die Anerkennung vorenthalten.

Aufgrund fehlender konsensueller Erfolgskriterien in der Pflege sind die Pflegenden darauf angewiesen, ihre Arbeit anhand subjektiver, als gültig angenommener Kriterien zu bewerten. Diese Selbstreferenzialität kann sowohl positive Effekte auf die Arbeitszufriedenheit haben im Sinne einer inneren Überzeugung, gute Arbeit zu leisten, als auch zu einem dauerhaften Defiziterleben führen, wenn hohe innere Maßstäbe auf restriktive Rahmenbedingungen treffen und die Pflegende ständig das Gefühl haben schlechte Arbeit zu leisten.

5.1.2.4 Arbeit mitgestalten

Bezogen auf die konkreten beruflichen Aufgaben beschreiben Pflegende Wertschätzungsempfinden, wenn sie ihre Arbeit als sinnhaft, berufsbezogen und im Einklang mit ihren eigenen Werten und Zielen erleben. Die Arbeitsanforderungen sollen quantitativ wie qualitativ zu bewältigen und nicht auszehrend sein. Arbeitsorganisation und

-bedingungen sollten gemeinschaftlich auf Augenhöhe verhandelt werden und mit dem Privatleben vereinbar sein. Schließlich sollte die Arbeit mit einer zeitlichen und inhaltlichen Entwicklungsperspektive versehen und existenzsichernd sein.

Pflegende sehen den Kern ihrer Arbeit nicht in Verrichtungen sondern in einer übergeordneten ganzheitlichen am Einzelfall ausgerichteten Begleitungs- und Unterstützungsleistung. Um Wertschätzung in ihrer Arbeit zu erfahren, muss genau dieser ganzheitliche Ansatz gesehen und anerkannt werden. Können Pflegende im Rahmen ihrer Arbeit Beziehungen mit zu pflegenden Menschen aufbauen und diese gestalten, finden sie ihre beruflichen Überzeugungen wieder und erleben ihre Arbeit als sinnhaft. Gerät die Arbeit in die Nähe eines fließbandartigen Ausführens von pflegerischen Verrichtungen unter Zeitdruck, verlieren die Pflegenden Gestaltungsmacht insbesondere auf der personalen Ebene und nehmen eine emotionale Verarmung ihrer Tätigkeit wahr. Dieser Aspekt wird in den Interviews deutlich beschrieben, wenn – auch aufgrund von Einsparungen – von einer Arbeitsverdichtung und der Zunahme administrativer Tätigkeiten berichtet wird, die zu Lasten der Zeit gehen, die für die Arbeit mit dem einzelnen zu pflegenden Menschen zur Verfügung steht. Daraus leidet aus Sicht der Pflegenden die Qualität der Versorgung. Personalengpässe sollten nicht aus dem Stammpersonal heraus kompensiert werden, weil die Arbeit dadurch stark verdichtet wird. Hier würde externe Unterstützung die Arbeitsqualität eher stützen.

Arbeitsbedingungen drücken dann Wertschätzung aus, wenn eigene Arbeitsspitzen oder Überlastungen durch die kollegiale Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen abgefedert werden. Diese Form der Hilfe wird als Ausdruck dafür gewertet, dass die eigene Person akzeptiert ist und die anderen sich in sie einfühlen. Fürsorgliches Verhalten wünschen sich die Pflegenden dabei nicht seitens der Kollegen sondern besonders auch vom Management bzw. den Leitungspersonen. Auch hier sollten Überlastungen vermieden werden, und wenn sie trotzdem auftauchen, sollte eine Unterstützung bei der Verarbeitung stattfinden. Bieten Führungspersonen solche Unterstützung an beispielsweise indem sie das persönliche Gespräch suchen, erleben die Pflegenden Anteilnahme und fühlen sich wertgeschätzt.

Das Kollegium sehen die Pflegenden als eine Art sozialer Gemeinschaft, in der Gleichheit den höchsten Wert darstellt. Jeder soll in seiner Fachlichkeit respektiert werden, auch wenn damit Qualitätseinbußen einher gehen könnten. Diese Akzeptanz der individuellen Arbeitsweise steht für die Pflegenden stellvertretend für die Gestaltungsspielräume, die sie

bei der Arbeit haben. Entsprechend kritisch und einschränkend werden die Bemühungen um Standardisierung gesehen. Ein gutes Team zeichnet sich durch die Abwesenheit von interner Hierarchie und eine große soziale Nähe aus, die auch Kontakte über den Arbeitskontext hinaus einschließt. Die Teammitglieder helfen einander, unterstützen sich auch ungefragt und springen füreinander ein. Gegenseitig besteht eine hohe Bereitschaft, schwierige Bedingungen wie z. B. krankheitsbedingten Arbeitsausfall zu kompensieren, solange nicht der Eindruck entsteht, dass eine sich auf Kosten der anderen ausruht. Jedoch wird erwartet, dass diese Bereitwilligkeit, Personalengpässe zu kompensieren und die gedankliche Nachbereitung des Arbeitstages auch in der Freizeit zu erledigen, auch seitens der Führungspersonen wahrgenommen wird, Anerkennung erfährt und in irgendeiner Art und Weise honoriert wird. Dies nehmen die Pflegenden bislang nur unzureichend wahr. Neben der Komponente der sozialen Unterstützung machen die Äußerungen der Interviewpartnerinnen deutlich, dass die Art und Weise, wie Schicht- und Wochenendarbeit organisiert wird, die persönlichen Belange der Pflegenden oft hintanstellt. Um hier Wertschätzung erleben zu können, wäre eine Berechenbarkeit und Planbarkeit der Arbeitszeiten unverzichtbar. Dazu gehören ein verlässliches Frei ebenso wie die Berücksichtigung persönlicher Termine für Sport, Kinderbetreuung oder Bildungsmaßnahmen.

Der Wunsch, dass persönliches Engagement und Leistungsbereitschaft anerkannt werden, spiegelt sich auch in der Bewertung des Arbeitsverhältnisses wider. Kurze und immer wieder befristete Arbeitsverträge erleben die Pflegenden als Geringschätzung ihrer Person und ihrer Kompetenzen. Diese Form der Vertragsgestaltung drückt lediglich Interesse an ihrer Arbeitskraft aus, sie signalisiert jedoch nicht, dass die Pflegende als Person von Bedeutung für die Einrichtung ist bzw. ihre Kompetenzen die Arbeitsprozesse bereichern. Darüber hinaus verwähren sie den Mitarbeitenden das Gefühl einer sicheren Existenz, weil diese immer wieder um einen Anschlussvertrag bangen müssen. Schließlich erleben die Mitarbeitenden befristete Verträge auch als Druckmittel, um ihre kritische Mitgestaltung des Arbeitskontextes in Grenzen halten zu können. Dadurch erleben sie eine Herabstufung und Ausgrenzung aus betrieblichen Entwicklungsprozessen. Dies ist auch dann der Fall, wenn Neuerungen oder Projekte von oben herab in einem top-down Verfahren verabschiedet und zur Umsetzung an die Mitarbeiter an der Basis weitergereicht werden. Bei einem solchen Vorgehen bleiben die Mitarbeitenden, ihr Erfahrungswissen und ihre Kompetenzen außen vor und ungenutzt. Solchen Formen von Veränderungsprozessen drücken Geringschätzung aus und werden von den Mitarbeitenden nicht mitgetragen.

Diese wünschen sich Veränderungen vielmehr als einen organischen Prozess, an dem sie von Anfang an beteiligt sind und die an Vorhandenes anknüpfen und damit eine Relevanz für ihr eigenes berufliches Handeln erkennen lassen. Ein wichtiges Kriterium zur Bewertung von Veränderungen ist für die Mitarbeitenden dabei, inwieweit ein gesundes Arbeiten möglich bleibt oder gar gefördert wird.

Die Organisation und Gestaltung der Arbeitswirklichkeit im eigenen Arbeitsbereich wird von den Pflegenden als Teamarbeit begriffen. Führungspersonen obliegen dabei nach Ansicht der Befragten weniger die konkreten organisatorischen Aufgaben sondern vielmehr die Schaffung von Bedingungen unter denen gute Arbeit möglich ist. Insbesondere wünschen sich die Pflegenden Schutz vor Überlastung, Fürsorge, Rückhalt und eine anwaltschaftliche Vertretung bei Beschwerden. Diese Form des Umgangs signalisiert ihnen, dass sie als Mitarbeitende wertvoll sind und eine wichtige Arbeit mit guten Ergebnissen leisten. Die Führungspersonen selbst erleben diese Anforderungen eher bedrängend und fühlen sich in einer Sandwichposition zwischen den Anforderungen der Unternehmensleitung und den Bedürfnissen und Wünschen der Mitarbeitenden. Damit Mitarbeitende in ihrer Zusammenarbeit mit Vorgesetzten Wertschätzung erleben können, erscheint eine gewisse Kultur erforderlich, die es auch diesen ermöglicht selbst Wertschätzung zu erfahren.

Der Wunsch nach personenbezogener Unterstützung und Anerkennung kommt auch in den Aussagen zur persönlichen Weiterentwicklung zum Ausdruck. Werden Fortbildungen im Gießkannenprinzip oder nach alphabetischer Reihenfolge vergeben, fühlen sich die Mitarbeitenden in ihren persönlichen Arbeits- und Interessenschwerpunkten nicht gesehen. Positiv und wertschätzend bewerten sie persönliche Personalentwicklungsgespräche, bei denen im Zweierkontakt die individuelle berufliche Entwicklung geplant und entsprechende Bildungsmaßnahmen ausgewählt werden. Personalentwicklung sollte sich dabei auch an den jeweiligen Anforderungen des Arbeitsplatzes orientieren um Überforderungen vorzubeugen. Werden bestimmte Aufgaben oder Funktionen ohne vorherige Qualifizierung übertragen, erleben die Pflegenden dies als überfordernd und missachtend. Personalentwicklungsplanung sollte aus Sicht der Befragten auch den Aspekt der altersgerechten Arbeitsplätze aufgreifen, und damit ausdrücken, dass Mitarbeitende auch dann noch wichtig für das Unternehmen und die Arbeitsergebnisse sind, wenn sie körperlich an Leistungskraft verlieren.

Zusammenfassend wird in den Einzelergebnissen und in den Kernkategorien deutlich, dass Wertschätzung immer durch eine als positiv erlebte Wahrnehmung, ein Anerkennen von Person und ihrem Tun erlebt wird. Dies gilt sowohl auf der direkten personalen Ebene als auch in der Arbeitsgestaltung, der Ergebnismessung und -beurteilung sowie in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung und Bewertung des Berufsstandes insgesamt. Pflegende nehmen eine hohe Arbeitsbelastung auf sich, um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten. Dafür erwarten sie als Gegenleistung positive Anerkennung und Bewertung ihres Berufes und ihres Engagements auf unterschiedlichen Ebenen. Abfällige Bemerkungen, zunehmende Arbeitsbelastung bei schlechterer Ressourcenausstattung oder einen Arbeitseinsatz, der auf Kosten des Privatlebens geht, erleben die Pflegenden als abwertende und entfremdend. Wenn dann noch die interaktive Arbeit mit den zu pflegenden Menschen zugunsten administrativer Aufgaben und zur Bewältigung des insgesamt hohen Arbeitsaufkommens reduziert wird, denken Pflegende daran, den Beruf zu verlassen. Die Gefahr einer zunehmenden Unattraktivität des Berufes und damit einer Verschärfung des Fachkräftemangels sehen auch die Expertinnen und Experten.

5.2 Ergebnisse der Gruppeninterviews mit zu pflegenden Menschen und Angehörigen

Im Forschungsprojekt ProWert – Teilvorhaben Pflegewissenschaft lag auf dem Wertschätzungserleben von beruflich Pflegenden das Hauptaugenmerk. Da das Erleben von Wertschätzung sich aber als im weiteren Sinne kommunikativer Prozess darstellt, als eine Art Aushandlung zwischen den Beteiligten, sind die Sichtweisen von den zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen ebenso von großem Interesse. Um einen ersten Einblick in die Meinungen der Interaktionspartner von Pflegenden zu erhalten wurde im Teilvorhaben je ein exemplarisches Gruppeninterviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern eines Altenpflegeheimes und deren Angehörigen geführt. Die Aussagen machen insgesamt deutlich, dass den Pflegenden eine große soziale Anerkennung entgegengebracht wird, die in einem engen Zusammenhang mit quasi familialen Beziehungsstrukturen steht. In Bezug auf konkrete Einzelaspekte pflegerischer Arbeit, die Wertschätzung verdienen würden, besteht jedoch eine große Sprachlosigkeit.

5.2.1 Ergebnisse der Bewohner/innenbefragung

Aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner sind Pflegende in ihrer Arbeit hoch beansprucht, sie leisten „zu viel“ „schwere Arbeit“. Dies liegt besonders an der hohen Zahl von Menschen, die sie jeweils zu versorgen haben.

„Die Pflegekräfte arbeiten über ihre Kräfte, immer gut aufgelegt und nett zu uns, wenigstens bei uns im Haus. (...) Weil die nur am rennen sind, nur am rennen, den ganzen Tag, und manchmal, es ist zu wenig Zeit für die einzelne Person, zu wenig Zeit hat. Da können die nicht für, das ist so.“
(IB 00.02.26)

Damit Pflegende das Arbeitspensum bewältigen können, müssen Sie „rennen“, die Arbeit im Laufschrift erledigen. Der Kontakt zur einzelnen Bewohnerin kommt dabei zu kurz. Auch wenn dies nicht als Schuld der Pflegenden wahrgenommen wird, hat es Auswirkungen auf die pflegerische Interaktion.

„Weil einfach zu viel Kranke Menschen da sind, und eh, die wollen alle versorgt sein, und eh, man hat, ich will nicht sagen, dass sie uns unhöflich kommen und auch - im Gegenteil – ich meine was muss man sagen, was für einen guten Abendtisch hatten wir gestern im Esssaal.“ (IB 00.01.15)

In diesem Interviewauszug wird zum Ausdruck gebracht, dass Pflegende in ihrer Arbeit überlastet sind, das anscheinend eine gewisse Hektik entsteht, die sich in einer negativ veränderten Kommunikation niederschlägt. Eigentlich erlebt die Befragte hier den Umgangston als unhöflich, kann diese Kritik aber nicht offen äußern bzw. nimmt sie umgehend wieder zurück, indem sie das gute Abendessen als ein positives Gegenereignis

darstellt, was eigentlich mit dem direkten Kontakt zu Pflegenden keine Verbindung hat. Auch in anderen Aussagen werden Beispiele aus dem Umfeld wie die Gartengestaltung oder das Beschäftigungsangebot genannt, wenn eigentlich nach der Leistung der Pflegenden gefragt wurde.

„Unter einem Altersheim stellt man sich immer etwas anderes vor, erstmal liegen die ja meistens in der Stadt, und von Mauern umgeben und hier (...) findet man ein Stück Natur wieder. Aber ich denke ein Haus wirkt in der Hauptsache ja auch durch seine Menschen. Und wenn die Menschen sich hier wohlfühlen, dann hängt das ja wohl (...) in erster Stelle (...) ab von den Pflegekräften.“
(IB 00.06.12)

Auch diese Sequenz bezieht sich zunächst auf die Lage der Einrichtung, setzt diese in Verbindung zum Wohlbefinden und macht für dieses insbesondere die „*Pflegekräfte*“ verantwortlich. Hieraus wird deutlich, dass Leistungsparameter guter Pflegearbeit allgemein diffus zu sein scheinen. Hauptkriterium für die Befragten ist das subjektive Wohlbefinden in einem von Pflegebedürftigkeit – und damit Abhängigkeit – geprägten Lebensalltag. Die Befragten verwenden vermehrt abgeschwächte Formulierungen, dass „*alles schon ganz in Ordnung*“ sei oder sie „*eigentlich ganz zufrieden*“ wären. Dies weist darauf hin, dass hier insgesamt eine Ambivalenz bestehen könnte. Einerseits möchte man gar nicht auf Pflege angewiesen sein und erlebt diese Abhängigkeit als negativ. Andererseits ist es gut, dass die Unterstützung zur Verfügung steht und in Anspruch genommen werden kann. Letztlich ginge es dann darum, das Gute im eigentlich Schlechten zu beschreiben und zu schätzen. Die Qualität der Beziehungen zu den Pflegenden ist hier von entscheidender Bedeutung. Möglicherweise einmal auf Unterstützung angewiesen zu sein, ist für Menschen auch angstbesetzt.

Ganz ganz wichtig ist, Freundlichkeit halte ich für wichtig und menschliche Zuwendung. (...) Irgendwie hat jeder alte Mensch, der das Pflegeheim vor sich hat ein bisschen Furcht. (...) Er brauch sich nicht zu fürchten (...) da geht es menschlich zu. (IB 00.13.20)

Von „*Furcht*“ vor dem Pflegeheim berichtet diese Interviewpartnerin, die jeder Mensch hat. Die Tatsache, dass es dort „*menschlich*“ zugeht, wirkt hier entlastend. „*Freundlichkeit*“ und „*menschliche Zuwendung*“ sind Faktoren, die das Leben in einem Pflegeheim erträglich machen. Die darin zum Ausdruck kommende Nähe scheint der entscheidende Moment zu sein.

„Wenn man noch weit vom Pflegeheim entfernt ist, isses ein Schreckgespenst, (...) das Ende des Lebens. Und dann sitzt man da gut gepflegt in einer Reihe und schweigt – (...) Heute ist wenig vom Schreckgespenst übriggeblieben. Aber es muss ja wohl in der Hauptsache an den Pflegekräften liegen, (...) da hat mich manchmal die Fröhlichkeit mancher (...) wenn ich dann gesehen habe, wie dann also ein junger Mann mit einer alten dementen Frau umgeht, also als wenn das seine Urgroßmutter wäre.“ (IB 00.26.00)

Auch hier wird das Leben in einem Pflegeheim eher negativ konnotiert wenn es als „Schreckgespenst“ beschrieben wird. Das dieses vertrieben worden ist, liegt an den „Pflegerkräften“ und hier besonders an deren „Fröhlichkeit“ und der Nähe, die sie zu den Bewohnerinnen aufbauen. Mit dem Bild der Pflegebeziehung als Urenkel-Urgroßmutter-Beziehung wird der Wunsch umschrieben, dass berufliche Pflege, die wie in einer Familie stattfindet, am besten in den eigenen Lebensentwurf zu integrieren ist.

Ich bin hier her gekommen, für mich ist das wunderbar. Die sind lieb, freundlich hier (...) als wenn es eigene Geschwister wären, eigene Mütter. (IB 00.08.50)

Der Wunsch nach Familialität als Basis pflegerischer Dienstleistungsarbeit wird auch hier zum Ausdruck gebracht. Die vollzogene Analogie zur eigenen Mutter macht einerseits die Not der Betroffenen und deren Wunsch nach Fürsorge und Zuwendung deutlich. Die zu pflegenden Menschen beschreiben es positiv, „auch mal in den Arm genommen“ zu werden. Andererseits stellt die Mutter-Analogie das hohe Anforderungsniveau dar, dem sich Pflegenden besonders in der Altenpflege stellen müssen. Möglicherweise wird hier sogar ein Dilemma sichtbar, weil professionelle Pflege eben nicht privat als Freundschaftsdienst erbracht wird, sondern als Dienstleistung, für die bezahlt werden muss.

Auf die Frage, wie sie als Bewohnerinnen und Bewohner den Pflegenden Wertschätzung konkret zum Ausdruck bringen, wurden eher diffuse Antworten gegeben. Vorrangig werden Beispiele der Koproduktion angeführt, dass sie Pflegenden in der Arbeit unterstützen, indem sie helfen und beispielsweise Medizinbecher säubern oder in der Pflege das tun, was sie selbst noch können, sich also nicht auf Kosten der Pflegenden ausruhen. Aber auch die eigene Fröhlichkeit, das Scherze machen, wird als Ausdruck von Wertschätzung für die Pflegenden bewertet. Aber auch konkrete Belohnungen kommen vor.

„Dann hab’ ich gesagt ’ich mach’s dir alles wieder gut’. Da hab ich nen Karton im Schrank stehen, da sind immer Süßigkeiten drin, ich weiß ja was die gerne mag. Und dann sag ich ’geh nach’m Schrank hin, hol dir was.’ Und die freut sich.“ (IB 00.33.15)

Dieser Interviewauszug veranschaulicht einen pragmatischen Versuch, eine Ausdrucksform für Wertschätzung zu finden. Möglicherweise stellen die hier gegebenen „Süßigkeiten“ eine Art Ersatzwährung bzw. Sprachregelung dar für einen Gegenstand, der nur schwer kommunizierbar ist. Es wird deutlich, dass Anerkennung oder Wertschätzung

für körpernahe Unterstützung nicht oder nur schwer kommunizierbar ist. Es ist unklar, wie Wertschätzung für die Unterstützung bei der Körperpflege angemessen in Worte gefasst werden kann. Bislang werden hier anscheinend Ausweichstrategien über allgemeine Umgangsformen und Geschenke gewählt.

Insgesamt machen die Aussagen der Bewohnerinnen und Bewohner deutlich, dass Wertschätzung für Pflegende besonders in Bezug auf die Beziehungsqualität gegeben wird. Je menschlicher und familienähnlicher die Beziehungen zu den Pflegenden sind, desto anerkennenswerter ist die deren pflegerische Arbeit. Je stärker die Pflegebeziehung verwandtschaftliche Züge trägt, desto leichter lassen sich Eingriffe in die Intimsphäre und der Umgang mit dauerhaften Einschränkungen der Selbstpflege verkraften und verarbeiten. Gleichermaßen tritt dann die Notwendigkeit des direkten Gebens von Anerkennung für die pflegerische Unterstützung in den Hintergrund, weil diese in einer Familie ja eher selbstverständlich ist. Um trotzdem Anerkennung für die Arbeit geben zu können, entwickeln die Bewohner Rituale, die ihre Zuwendung und Dankbarkeit den Pflegenden gegenüber zum Ausdruck bringen sollen. Diese reichen von einer besonderen Ansprache über kleine Hilfstätigkeiten bis hin zu Geschenken in Form von z. B. Süßigkeiten.

5.2.2 Ergebnisse der Angehörigenbefragung

Im Gespräch mit den Angehörigen über die Arbeit der Pflegenden herrscht zunächst eine gewisse Sprachlosigkeit. Es scheint schwer zu fallen, einzelne Leistungen oder Handlungen konkret zu benennen. Im Zentrum steht der Wunsch, dass sich die zu pflegenden Angehörigen wohlfühlen sollen. Überlastung und Zeitnot stehen diesem Bedürfnis entgegen. Hervorzuhebende Leistungen von Pflegenden sind auch aus Sicht der Angehörigen das Geben von Zuwendung und einer besonderen Aufmerksamkeit. Damit werden auch seitens der Angehörigen die psychosozialen Aspekte pflegerischer Arbeit besonders hervorgehoben. Körpernahe Unterstützung erscheint zweitrangig zu sein.

„Ähm das finde ich einfach total klasse, also die sind da wenn eben Zeit ist, nehmen die sich auch Zeit, streicheln mal, tätscheln die Hand, sind eigentlich auch immer da wenn man Hilfe braucht..wenn's eben ein Toilettengang ist oder eben vom Rollstuhl in den Stuhl, oder beim Essen anreichen. Klar manchmal ist halt ein bisschen hektisch auch dann ist halt nicht für jeden so viel Zeit da. Aber ich habe schon so das Gefühl, dass ein sehr großer Teil der Mitarbeiter wirklich so gut er kann da tatkräftig auch dabei ist. Das finde ich super schön. Muss ich echt sagen! (IA 00:01:05)

Wenn Pflegende sich die Zeit nehmen zu „*streicheln*“ oder „*die Hand zu tätscheln*“, also eine bewusste Entscheidung für körperliche Zuwendung treffen, wird dies von den Angehörigen als besonders positiv wahrgenommen. Diese Form der Aufmerksamkeit ist

quasi das Surplus zur regulären körpernahen Unterstützung. Positiv wird darüber hinaus die grundsätzliche Bereitschaft zur persönlichen Begegnung mit den zu pflegenden Menschen bewertet.

„Das kann ich auch nur sagen, und auch sehr aufmerksam, das Personal ist sehr aufmerksam. (...), meine Tante macht noch alles selber. Aber sie holen sie, oder bieten ihr immer wieder an, sei zum Chor und sie kann ja das machen was sie möchte, ne. Und das finde ich gut, weil so von alleine würde sie nicht hingehen. Aber sie kommen und fragen, sagen heute ist dies oder jenes, Gottesdienst oder Gymnastik und sie wird dann abgeholt (...) und dann macht sie das auch, wenn sie möchte“ (IA 00:01:58)

„Ja, äh also eine kleine Bitte oder irgendwie was, also ich hab es noch nicht gesagt, dann ist es schon geschehen. ja. Also Aufmerksamkeit noch und noch.“ (IA 00:03:28)

„Aufmerksamkeit noch und noch“, das Ablesen der Wünsche von den Augen wird genauso als besondere Leistung erlebt wie das Einladen und Motivieren zu bestimmten Veranstaltungen. Dadurch wird deutlich, dass sich die Pflegenden in besonderem Maße um die zu pflegenden Menschen bemühen und kümmern. Konterkarierend dazu erleben die Angehörigen die Arbeitsbedingungen der Pflegenden, die aufgrund der vielen Aufgaben gerade dazu kaum noch Zeit haben.

„Also ich finde auch, das Potenzial der Mitarbeiter ist super. Aber aus zeitlichen Gründen sind einige leider auch überfordert, abgestumpft, sind aus ihrer Sicht auch gar nicht in der Lage, älteren Menschen die Zuwendung suchen, die sie vielleicht gerne geben möchten. Ich denke jeder, der gerne Altenpfleger wird, der mach das ja nicht weil er gerne Popos wischt und füttert. Sondern weil er den alten Menschen, das ist eine Berufung, weil er ja auch irgendwie den alten Menschen, ja, das Leben ein bisschen erleichtern möchte. So wie eine Kindergärtnerin Kinder lieben muss, denke ich, müssen Altenpfleger auch alte Menschen mögen. Und aus zeitlichen Gründen habe ich das Gefühl, eben so, dass viele es grade halt schaffen, zu füttern, zu waschen, zu wickeln, Medikamente anzureichen. Und diejenigen, die sich dann auch mal die Zeit nehmen (...), die haben dann noch unter Umständen mit dem Team Schwierigkeiten, weil sie ihr Soll an Wickeln, Waschen und Füttern nicht erfüllen. Es könnte hier einigen älteren Menschen hier besser gehen, wenn man etwas mehr Zuwendung geben könnte. Ich drücke das jetzt auch so aus, das ist nicht bewusst, dass die Pflegekräfte sagen, es interessiert mich nicht, sondern die haben teilweise (...) wirkliche einen enormen Zeitdruck gerade zu den Hauptzeiten - da merkt man manchmal richtig, wie die schon gedanklich wieder beim nächsten sind und die Uhr im Auge haben- und das überträgt sich manchmal auch auf die älteren Menschen. oder auch auf die Besucher (...) und das finde ich ein bisschen schade (...) sehe ich aber auch nur ne Lösung in mehr Zeit und Geld“ (IA 00:08:16)

Die interviewte Person zeichnet in der Aussage ein Berufsbild der Pflege nach, dass sich vorrangig an einer gelingenden Pflegebeziehung ausrichtet. Voraussetzung dafür ist es, dass die Pflegenden „alte Menschen mögen“. Interessanterweise erscheint die Auffassung kongruent mit der Sichtweise der Berufsangehörigen selbst zu sein, die den Beruf ebenfalls nicht hauptsächlich ergreifen, um körpernahe Unterstützung zu leisten, sondern dieses eben tun, wenn es erforderlich ist. Die Angehörigen beschreiben, dass die erlebte Zuwendung

entscheidend ist für das Wohlbefinden der zu pflegenden Menschen und „*es einigen älteren Menschen hier besser*“ gehen könnte, „*wenn man etwas mehr Zuwendung geben könnte*“. Genau das ist aus Zeitdruck jedoch oft nicht möglich und verkehrt sich fast ins Gegenteil, wenn Pflegende desinteressiert wirken. Aus Sicht der Angehörigen können Pflegende manchmal die Arbeit schlicht nicht schaffen.

„Die Mitarbeiter sind super, ich sag den fehlten zwei Hände noch. Die machten das auch, aber die Zeit ist nicht, da ist der Druck, (...) die reißen sich den Arsch auf (...) Aber irgendwo ist ja auch mal ne Grenze. Das heißt nicht das man jetzt meutern will, ich bin sehr zufrieden oder was, aber ich helfe meiner Frau ja auch (...) aber sonst wäre das ein armes Luder muss ich sagen. Und das ist manch ein anderer auch.“ (IA 00:07:07)

Auch wenn sich die Pflegenden besonders darum bemühen alle anstehenden Aufgaben zu bewältigen und „*sich den Arsch aufreißen*“, bräuchten sie schlicht mehr als zwei Hände, um die Arbeit schaffen zu können. Das führt dazu, dass zu pflegende Menschen durchaus auch zu wenig pflegerische Betreuung erhalten. Gerade wenn keine Angehörigen vorhanden sind, erscheinen die zu pflegenden Menschen als „*arme Luder*“, die unter einer defizitären Versorgung zu leiden haben. Wenn es soweit kommt, ist aus Sicht der befragten Person eine „*Grenze*“ erreicht, die nicht überschritten werden darf. Verantwortlich gemacht werden für die Arbeitsbedingungen in der Pflege die gesellschaftlich-politischen Rahmenbedingungen.

„Das ist ja hauptsächlich ein politisches Problem, die Rahmenbedingungen stimmen nicht, die passen nicht. (...) die sind nicht altengerecht. Ich denke wenn mehr Zeit und Geld zur Verfügung stehen würde, mehr Personal da wäre. Dann wären ja diese Probleme, die gerade geschildert werden ja weniger da (...) oder gar nicht da.“ (IA 00:10:30)

„Von der Situation ist es aber (...) Grundsätzlich so geblieben wie vorhin geschildert, vor 30 Jahren auch. Es ist zwar die Grundpflege da, aber solange diese Pflege nach der Uhr geht, und auch entsprechend vorgegeben wird, wird sich da gar nichts ändern können. Denn wenn ich irgendwo eine Tätigkeit ausübe, und das ist egal welche, und habe da meine 10 Minuten oder eine Stunde, dann muss ich in dieser Zeitscheibe diese Tätigkeiten durchführen, und wenn ich das nicht tue, kriege ich nur Ärger. Und das ist hier nicht anders, vielleicht nicht ganz so ausgeprägt, weil man im Rahmen eines Teams ein bisschen mehr ausgleichen kann, das mag sein. Weil nicht unbedingt eine Maschine (...) dahinter steht um diese Zeitscheiben festzuklopfen, aber vom Grundsätzlichen glaube ich, das da der eigentliche Mangel liegt, das man hier von einer Zeitscheibe irgendwas regeln müsste. Und die Pflegekraft selber, die will ja im Endeffekt mehr oder möchte. Aber die kann wieder nicht, weil die Rahmenvoraussetzungen nicht so gegeben sind. (...) deshalb wäre es jetzt auch völlig falsch, wenn man an eine Pflegekraft ran geht und sagt du musst. Kann die gar nicht.“ (IA 00:13:21)

Aus Sicht der Angehörigen ist eine unzureichende Versorgung im Wesentlichen auf die restriktiven „*Rahmenbedingungen*“ zurückzuführen. Wenn „*mehr Zeit und Geld*“ zur Verfügung stünde, ließe sich eine „*altengerechte*“ Versorgung realisieren. Die Arbeits-

organisation wäre dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht eng getakteten Zeitvorgaben zu folgen hätte, sondern sich an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden ausrichten würde. „Völlig falsch“ erscheint es, von Pflegenden mehr Einsatz für den einzelnen zu pflegenden Menschen zu verlangen, denn auch wenn sie dies grundsätzlich gerne tun würden, reicht die zur Verfügung stehende Zeit nicht aus. Die Pflegenden können nicht mehr leisten als sie jetzt bereits tun. Nicht nur für das Arbeiten unter Zeitdruck, auch für die Tätigkeiten in der Pflege insgesamt zollen die Angehörigen den Pflegenden Respekt.

„Ich würde die Arbeit nicht machen können. Und für so wenig Geld – in Anführungsstrichen – schon mal gar nicht. Ich bewundere diese Leute, die das können. (...) das muss schon eine Berufung sein. (IA 00:25:54)

„Allein körperlich die alten Menschen zu versorgen, (...) Popo wischen, waschen auch Menschen die sich dann eingemacht haben sauber zu machen wieder. Zu füttern, der Mensch spuckt es wieder aus, das sind ja zum Teil auch (...) die unästhetischen Dinge, die dann den Menschen ja nichts ausmachen dürfen. Das bewundere ich dann auch sehr. (...) Man muss denen das hoch anrechnen und auch schätzen oder was, die Arbeit oder was. Man muss da Achtung vor haben, dass die sowas machen und auch vor allen Dingen für das Geld oder so.“ (IA 00:26:53)

Gerade die körpernahe Unterstützung von zu pflegenden Menschen stellt für die Angehörigen ein Tätigkeitsfeld dar, das sie bei anderen, fremden Menschen nicht übernehmen könnten. Für diese durchaus „*unästhetische*“ Arbeit im Nahbereich anderer Menschen „*bewundern*“ die Angehörigen die Pflegenden. Diese Arbeit erscheint ihnen derart unvorstellbar und abseitig, dass Pflegende dies nur aus „*Berufung*“ tun könnten, nicht etwa zum Geld verdienen. Die Bezahlung der Pflegenden wird als schlecht bewertet für die schweren Tätigkeiten, die sie ausführen. In Bezug auf die Attraktivität des Berufes wird aber nicht nur eine bessere Bezahlung angeregt, vielmehr wird auch dafür plädiert, Pflegenden mehr Raum für ihre originäre Arbeit einzuräumen.

„Aber ich glaube auch nicht, das Altenpflegepersonal fehlen würden, es würde leichter zu finden sein. Wenn die Bezahlung etwas besser wäre und wenn eben diese Menschen nicht mit ihrem ganzen Idealismus draufgehen müssen. Wenn sie eben außer Wickeln, Füttern auch wirklich Zeit hätten und der Arbeitsplatz vielleicht wirklich so gestaltet wäre, dass 70% Pflege aber 30% eben auch Beschäftigung. Egal ob das jetzt ein Ballspiel, oder eben solche Dinge. Das befriedigt, glaube ich auch die Altenpfleger mehr, wenn sie eben auch die emotionalen Dinge mit als ihren Arbeitsbereich betrachten könnten.“ (IA 00:32:21)

“Wenn man den Pflegenden selber helfen will, muss man ihnen alle pflegefernen, also alle Tätigkeiten, die sie zusätzlich machen müssen erst mal wieder entfernen von ihnen. So dass sie ihren eigentlichen Aufgaben nachkommen können, oft ist ja, sind ja viele Sachen, die man noch zusätzlich mit machen muss, weil niemand anderes da ist, der das macht. Ich glaube, dass man, wenn die Pflegenden das machen könnten, was sie gelernt haben und auch machen wollten, wenn sie nur das machen könnten, wäre es sicherlich auch eine Hilfe für den Beruf.“ (IA 01:11:19)

Aus Sicht der Interviewpartner ist der Arbeitsalltag der Pflegenden zu sehr bestimmt von Tätigkeiten, die vom Eigentlichen der Pflege ablenken. Einerseits wird gesehen, dass Pflegende zu wenig Zeit haben für die Beschäftigung mit den zu pflegenden Menschen, weil sie zu viel körperbezogene Pflege leisten müssen wie „*Wickeln, Füttern*“ oder Lagern, andererseits sind zu viele „*pflegeferne*“ Aufgaben zu erledigen. Der Umstand, dass Pflegende letztlich alle Aufgaben übernehmen müssen, für die niemand anderes da ist, lässt ihnen zu wenig Zeit für das, „*was sie gelernt haben*“, für das eigentliche Zentrum ihrer Arbeit, die Beziehung zu den zu pflegenden Menschen. In der wahrgenommenen Überlastung versuchen die Angehörigen, die Pflegenden in ihrer Arbeit zu unterstützen.

„Manches Mal gehe ich hin und sage Danke. Oder ein nettes Wort oder irgendwo oder was. (...) Oder man bringt mal eine Kiste Pralinen mit oder mal einen Blumenstrauß, (...) 'hier (...) könnt ihr bei den Bewohnern auf den Tisch stellen' oder was. Dann freuen die sich und sind froh, oder man nimmt denen mal Arbeit ab oder irgendwo, und ich setz mich da hin und helf denen mal füttern, die sind froh, dass sie dann mal einen weniger haben, dass der Angehörige sich dann auch da hin setzt und hilft. (IA 00:37:25)

„Also ich mache das auch ähnlich, bedanke mich oder nehm denen auch Arbeit ab. Einfach, weil wenn ich komme, bringe ich auch Zeit mit, mache das gerne, ähm reiche dann selber Essen und solche Dinge irgendwie an oder unterhalte mich mal eben kurz mit denen und frage nach. Oder manchmal nehme ich dann einfach noch eine zweite Bewohnerin mit nach unten, wenn ich mit der einen schon raus gehe dann sage ich: kann ich die Zweite auch noch mitnehmen, dann freuen die sich, ne. So solche Dinge.“ (IA 00:38:03)

Angehörige drücken den Pflegenden gegenüber Anerkennung und Wertschätzung aus, indem sie mitarbeiten, also vergleichbare Tätigkeiten wie „*füttern*“ oder Spazieren gehen übernehmen und so quasi ein Arbeitsteam begründen. Der Teamcharakter wird auch deutlich, wenn berichtet wird, dass Angehörige das persönliche Gespräch mit den Pflegenden suchen. Man „*unterhält*“ sich mit den Pflegenden und „*sagt Danke*“ und „*mal ein nettes Wort*“. Darüber versuchen die Angehörigen einen Kontakt auf Augenhöhe herzustellen und den Dienstleistungscharakter der Arbeit in den Hintergrund treten zu lassen. Weiterhin drücken die Angehörigen ihre Anerkennung auch durch kleine Geschenke wie „*Pralinen*“ oder einen „*Blumenstrauß*“ aus. Möglicherweise stehen diese Handlungsweisen auch in einem Zusammenhang damit, das eigene Familienmitglied nicht zu Hause selbst zu versorgen sondern in einem Heim pflegen zu lassen.

Insgesamt nehmen Angehörige wahr, dass Pflegende einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind. Auch wenn die Versorgungsqualität der zu pflegenden Angehörigen dadurch beeinträchtigt wird, werden die Pflegenden hier nicht in der Schuld gesehen. Vielmehr werden die Rahmenbedingungen dafür verantwortlich gemacht. Mehr Zeit und Geld für die Pflege würde das Wohlbefinden der zu pflegenden Menschen deutlich

erhöhen, weil genau dadurch die Möglichkeiten für persönlichen Kontakt sowie gegebene Aufmerksamkeit und Zuwendung geschaffen würden. Für die Arbeit der Pflegenden empfinden die Angehörigen eine stille Bewunderung. Dies gilt sowohl für die Arbeitsinhalte als auch für die Arbeitsbedingungen. Anerkennung und Wertschätzung drücken die Angehörigen gegenüber den Pflegenden besonders dadurch aus, dass sie diese in ihrer Arbeit unterstützen und sich dabei als eine Art Team verstehen.

5.2.3 Zusammenfassung

Auch wenn die exemplarische Befragung im Bereich der Altenpflege stattgefunden hat, lassen sich Gesichtspunkte zur Wertschätzung der Pflegenden auf andere Arbeitsbereiche übertragen. Die Ergebnisse der exemplarischen Befragungen deuten darauf hin, dass seitens der zu pflegenden Menschen ein großer Wunsch nach Familialität besteht, der die Inanspruchnahme von Unterstützung abfedert und leichter erträglich macht. Im Akutbereich wird dieser Aspekt nicht genauso ausgeprägt sein, in den Grundzügen ist er jedoch ebenso vorhanden, wie der Diskurs um Anredeformen wie z. B. Schwester oder die Anrede mit dem Vornamen deutlich macht. Auch hier werden Wege gesucht, die Arbeit in der Intimsphäre erträglich, handhabbar zu machen. In allen Settings geht es immer wieder aus Sicht der zu pflegenden Menschen darum, Hilfsbedürftigkeit möglichst wenig zu thematisieren. Dadurch entsteht ein Dilemma. Je weniger über die Pflege gesprochen wird, desto weniger Anlässe gibt es auch, Anerkennung und Wertschätzung zu äußern. Für zu pflegende Menschen und deren Angehörige stellt es sich schwierig und problematisch dar, konkretes Lob für pflegerische Einzeltätigkeiten zu geben, weil diese eben oft unaussprechbar weil die Intimsphäre betreffend sind. An Stelle dessen werden Ersatzrituale entwickelt wie die Spende in die Kaffeekasse, das Mitbringen von Kuchen oder Kaffee. Eine weitere wichtige Form der Anerkennung ist sowohl für zu pflegende Menschen als auch für ihre Angehörigen die Unterstützung der Pflegenden durch aktive Mitarbeit im Pflegegeschehen. Nehmen sich die zu pflegenden Menschen vor, so viel wie möglich selbständig zu tun, sich nicht auf Kosten der Pflegenden auszuruhen, helfen die Angehörigen z. B. bei dem Darreichen von Nahrung oder der Begleitung in die Cafeteria.

Die exemplarischen Gruppeninterviews mit zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen zeigen, dass es bislang an Ausdrucksformen für die vorhandene Anerkennung und Wertschätzung für die Pflegenden mangelt. Grundsätzlich bedarf es eines Aushandlungsprozesses zwischen zu pflegenden Menschen, Pflegenden und Angehörigen, wie und wofür Anerkennung und Wertschätzung geäußert werden kann und soll. Nur so lassen sich auf Dauer tragfähige Säulen für eine Wertschätzungskultur in einer Einrichtung etablieren.

5.3 Ergebnisse der Experteninterviews

Ergänzend zur Perspektive der Pflegenden wurden im Rahmen der Erhebung auch Interviews mit Experten durchgeführt, die in leitenden Funktion von Pflegeeinrichtungen, in Forschung und Lehre oder in einem Berufsverband bzw. Personalrat die Interessen der pflegenden Mitarbeitenden vertreten. Im Winter 2010/2011 beteiligten sich die folgenden Personen an der Expertenbefragung:

Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften; Prof. Dr. Gertrud Hundenborn, Katholische Hochschule NRW, Fachbereich Gesundheitswesen; Johanna Knüppel, Pressereferentin in der Bundesgeschäftsstelle des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, Berlin; Heiko Lückemeier und Siegbert Ruppel, Mitarbeitervertretung, Lukas-Krankenhaus, Bünde; Dorothea Sauter, Projektbeauftragte Pflegedokumentation, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster; Cornelia Kniep, Pflegeberatung der Stadt Bielefeld; Prof. Dr. Michael Schulz, Fachhochschulde der Diakonie, Lehrstuhl Psychiatrische Pflege; Regula Lüthi, Pflegedirektorin, Psychiatrische Dienste Thurgau, Münsterlingen / Schweiz; Prof. Rebecca Spirig, Leitung der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft des Universitätsspitals Basel, Schweiz; Peter Tackenberg, Referent der Geschäftsführung, Deutscher Berufsverbandes für Pflegeberufe, Berlin; Andreas Westerfellhaus, Geschäftsführer der Zentralen Akademie für Gesundheitsberufe, Gütersloh und Präsident des Deutschen Pflegerates, Berlin.

Im Unterschied zu den narrativen Interviews mit den Pflegenden, orientierte sich die Expertenbefragung an einem Leitfaden, der sich schwerpunktmäßig mit den folgenden Themen befasste:

- Konsequenzen der demografischen Entwicklung für den Arbeitsbereich der Pflege
- Veränderungen im Ausbildungssystem und damit verbundene Chancen und Risiken für den Pflegeberuf
- Fähigkeiten, Bedürfnisse und Perspektiven älterer und erfahrener Pflegenden
- Berufsbild in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit und im Selbstverständnis der Mitarbeitenden.

Insgesamt zeigte sich in den Interviews, dass in vieler Hinsicht Übereinstimmungen zwischen Experten und Pflegenden aus der Praxis besteht. In einigen Punkten ergaben sich jedoch vor dem Hintergrund des jeweiligen Arbeitsbereiches oder der beruflichen Position der Experten auch neue Aspekte oder ein anderer Blickwinkel auf ein bestimmtes Thema.

Die Interviews wurden in der Regel telefonisch durchgeführt und aufgenommen. Im Anschluss wurden relevante Textpassagen transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ziel ist, das Spektrum der Expertenmeinungen sowie der Strategien, die den Befragten für bestimmte, im Rahmen der Interviews thematisierten Problemlagen sinnvoll erscheinen, wiederzugeben und auch kontroverse Einschätzungen darzustellen. Damit die Statements der Experten möglichst anschaulich wiedergegeben werden können, finden sich im Text zahlreiche Zitate, mit denen die Befragten ihre Sicht der Dinge so klar auf den Punkt bringen, dass ausführliche Erläuterungen oder Interpretationen sich häufig erübrigen.

5.3.1 Demografische Entwicklung und Sicherung der pflegerischen Versorgung

Die Einschätzung, dass die demografische Entwicklung den Bedarf an qualifizierter Pflege, aber auch an begleitenden Unterstützungsleistungen, z.B. für Einkäufe oder zur Tagesstrukturierung, weiter erhöhen wird, wird von allen befragten Experten grundsätzlich geteilt. Die meisten Befragten prognostizieren, was den zukünftigen Bedarf an entsprechenden Leistungen angeht, einen dramatischen Verlauf, der bereits begonnen habe. Einzelne Befragte warnen jedoch davor, angesichts düsterer Zukunftsszenarien in Panik zu verfallen. Letztere sehen den Bedarf an pflegerischen Leistungen insbesondere bei der Koordination der Angebote, was der Pflege „neue Handlungsfelder wie Vermittlungsarbeit“, z.B. im Rahmen von „Case- oder Care-Management“ eröffne (Höhmann, 44:55). Hier könnten auch informelle Netzwerke, wie Nachbarschaft oder Ehrenamtliche einbezogen werden, da nicht alle zu erbringenden Leistungen in das Arbeitsfeld der professionellen Pflege fielen. Das Problem sei eher, vorhandene soziale Ressourcen im Umfeld Pflegebedürftiger zu identifizieren und in sinnvoller und tragfähiger Weise einzubinden. („Wie kriege ich informellere Netzwerke zuverlässig hin?“ Höhmann, 44:55).

Ein großer Teil der befragten Experten zeichnet jedoch tatsächlich ein düsteres Bild der zukünftigen Versorgung Pflegebedürftiger, wenn nicht wirkungsvolle Gegenmaßnahmen ergriffen würden, mit denen beispielsweise Schulabgänger für den Pflegeberuf gewonnen und die berufliche Situation Pfleger verbessert werden könnten: „Wenn man da nicht - auch im Sinne von wirklich vertrauensbildenden Maßnahmen - jetzt konsequent umsteuert und sie spürbar entlastet, nicht nur auf dem Papier, wird das ganz böse enden“ (Knüppel, 17:42). So würde sich auf Grund der demografischen Entwicklung nicht nur die absolute Zahl bzw. der Anteil pflegebedürftiger Menschen in der Bevölkerung erhöhen, sondern gleichzeitig auch traditionelle Formen familialer Versorgung an Bedeutung verlieren.

In diesem Zusammenhang verweist ein Experte auf die Zunahme an Single-Haushalten oder Partnerschaften ohne Kinder, was bedeute, dass die Betreuung Pflegebedürftiger durch Angehörige¹³ in geringerem Umfang geleistet werden könne. Dies gelte unabhängig davon, dass immer mehr Frauen mit Kindern berufstätig sind und ihnen neben Beruf und Kinderbetreuung faktisch kaum noch Zeit bleiben dürfte, um Eltern oder Schwiegereltern im häuslichen Umfeld zu versorgen: „Es kommt die Single-Generation, die allein lebt, die demenziell krank wird. Wo sollen die denn hin? Die werden nirgendwo aufgefangen“ (Westerfellhaus, 49:44).

Insbesondere alte, pflegebedürftige Menschen hätten im Gesundheitssystem keine Lobby und seien „verloren“: „Wenn Sie keinen haben, der Sie begleitet und der kontrolliert: Warum dieses Medikament? Warum das? Und der danach guckt und den anderen signalisiert, da ist jemand der aufpasst, dann fallen Sie durch“ (Westerfellhaus, 58:22).

Als diese Situation verschärfend wird die Entwicklung im Ausbildungssektor angesehen, wo „30.000 Ausbildungsplätze in den letzten fünf Jahren [d.h. seit 2005] eingespart [wurden], weil man versucht hat durch Personalreduktion Kosten im Gesundheitswesen einzusparen“, was sich als „fataler Fehler“ erwiesen habe (Westerfellhaus, 37:00). Bereits heute suchten „Gesundheitseinrichtungen im ambulanten Sektor wie im stationären Bereich händeringend qualifizierte Pflegekräfte“ (Westerfellhaus 37:00). Für den Pflegeberuf sei es ein Problem „dass wir in Konkurrenz stehen mit allen anderen Branchen um gute, junge Leute“ (Schulz, 48:25), die sich mit Blick auf Arbeitsbedingungen, Vergütung oder Karrierechancen entscheiden würden, „doch lieber Computerfachfrau“ zu werden (Kniep, 37: 40).

Kritik von Expertenseite richtet sich insbesondere gegen die Strukturen der Gesundheitsversorgung, die „einfach total krank“ seien (Westerfellhaus, 59:07). Als Beispiele für strukturell angelegte Probleme im Gesundheitssystem werden beispielsweise die getrennten Finanzierungssysteme genannt, über die Krankenhäuser bzw. Heimeinrichtungen ihre Leistungen finanzieren (vgl. Westerfellhaus, 59:35). Kontrollen der Heime durch unterschiedliche Instanzen machten die Mitarbeitenden „wuschig“ und das gegenwärtige Bewertungssystem sei ungeeignet, weil es nicht die Qualität der Pflege bzw. der Versorgung abbilde (Westerfellhaus, 59:35).

¹³ Angaben zur a) Anzahl der Pflegebedürftigen, die ganz oder in Kombination mit professionellen Leistungen durch die Familie versorgt würden und b) Übernahme der Pflege durch Kinder, d.h. insbesondere Töchter und Schwiegertöchter.

Die Kritik an den Strukturen und insbesondere der Finanzierung der Gesundheitsversorgung geht so weit, dass Personalratsmitglieder die Frage aufwerfen, „ob man Krankenhäuser und andere Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich wirklich nach solchen betriebswirtschaftlichen und konkurrenzwirtschaftlichen Gesichtspunkten sinnvoll führen kann“ (Lückemeier / Ruppel (01: 07: 40).

Folge einer zunehmenden Marktförmigkeit der Gesundheitsversorgung sei auch, dass Kunden das Verhältnis von Preis und-Leistung kritisch prüfen und ihre Bereitschaft sinke, „sich damit abspesen zu lassen, dass eine Krankenschwester sagen muss: Es tut mir Leid, ich hab‘ keine Zeit (...) um den Dekubitus kann ich mich nicht kümmern“ (Westerfellhaus, 56:30). Unzufriedene Kunden würden nach Versorgungsalternativen suchen und diese zunehmend auch finden. Auf diese Weise käme „Druck aus der Gesellschaft“, der „notwendig“ sei, wenn nämlich Kunden deutlich machten: „Für das Geld bin ich nicht bereit, diese Leistung zu akzeptieren“ (Westerfellhaus, 56: 51).

Eine andere Expertin weist darauf hin, dass als eine Folge von Rationalisierungsprozessen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens der „kommunikative Kitt“ fehle (Höhmann 21:00). Konkret führten Maßnahmen wie die Vergrößerung von Teams, wie sie durch die Zusammenlegung zuvor getrennter Arbeitsbereiche entstehen, oder reduzierte Übergabezeiten dazu, dass es kaum noch Gelegenheiten für die Pflegenden gebe, um persönlich Informationen weiterzugeben oder sich über anstehende Aufgaben miteinander auszutauschen.

Kritisiert wird am deutschen Gesundheitssystem auch dessen ‚Arztlastigkeit‘, die u.a. darin zum Ausdruck komme, dass in der deutschen Öffentlichkeit „Medizin mit Arzt gleichgesetzt“ werde und „andere Akteure nicht wahrgenommen“ würden. Insbesondere Pflegeberufe litten unter den negativen Folgen eines ärztlich dominierten Gesundheitssystems: „Und das ist, glaube ich, ein großer Teil der Entwertung der Pflege“ (Sauter, 28:48). Dabei sei es für Altenpflege besonders schwer, ihren Standpunkt zu behaupten und in ihrer Professionalität anerkannt zu werden: „Sie müssen sehr viel rechtfertigen, vor allem in der Altenhilfe, was Sie verkehrt machen, aber wenn es darum geht: Wer kann irgendwas entscheiden? Dann sind Sie nicht da, dann gibt’s nur Ärzte“ (Sauter, 28:56).

In den Interviews wird darauf hingewiesen, dass die Pflegenden die Konsequenzen strukturell angelegter Probleme tagtäglich bei der Ausführung ihrer Arbeit zu spüren

bekämen. Der hohe Zeitdruck und die Erfüllung diverser Vorgaben führe dazu, dass Pflegende ihre Arbeit als fremdbestimmt erlebten und sich den - in ihren Augen zentralen - Aufgaben der Pflege nicht mehr im notwendigen Umfang widmen könnten. Dies wirke sich ungünstig auf die Motivation aus und beeinträchtige zudem die Entwicklung positiver Emotionen im Arbeitskontext: „Es dämpft auch meine Arbeitsfreude, dass es kaum möglich ist, die Themen zu bearbeiten, die einem sehr am Herzen liegen, wenn man so viel Stress hat und immer gesagt kriegt, entweder durch den Träger oder durch Kontrollbehörden, was man zuerst machen muss und das nicht unbedingt mit der eigenen Priorisierung übereinstimmt“ (Sauter, 32:02).

Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation

Veränderungsvorschläge der befragten Experten befassen sich insbesondere mit der als dringend notwendig erachteten Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen sowie mit wirkungsvollen Strategien zur Gewinnung von Auszubildenden bzw. zur Bindung von Mitarbeitenden. Mit Blick auf die gegenwärtige Altersstruktur - das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen Pflegenden in Deutschland liegt zur Zeit bei etwa 40 Jahren - ¹⁴ wird deutlich, dass berufserfahrene, ältere Pflegende einen hohen Stellenwert für Qualität und Sicherstellung der pflegerischen Versorgung haben. Maßnahmen, die es ihnen erleichtern bzw. ermöglichen, bis zum Rentenalter im Beruf zu bleiben, stellen demnach nicht nur einen Beitrag zur Gesundheitsförderung dar, die den Betroffenen selbst zu Gute kommt: „Da kommt nicht viel Nachwuchs mehr nach und da konkurriert die Pflege-Branche mit anderen, attraktiveren Branchen, von daher - ein Arbeitgeber, der nicht in seine Mitarbeiter - auch in die älteren - investiert, um sie zu halten, hat vielleicht bald keine mehr“ (Knüppel, 58:22).

Langjährige Berufserfahrung als wichtige Ressource für die Einrichtung zu erkennen, zu schätzen und zu nutzen, dient ebenso dem Interesse von Kunden und von Auszubildenden bzw. Berufseinsteigern, die alle von der Erfahrung dieser Mitarbeitenden profitieren können.

An dieser Stelle sollen die zur Gewinnung von Auszubildenden oder zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen genannten Ansatzpunkte im Vordergrund stehen. Dabei geht es

¹⁴ vgl. Schoppmann, Susanne (2009) Zur Altersstruktur psychiatrisch Pflegender in der BRD. In: Sabine Hahn, Harald Stefan, Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppman (Hrsg.): Leadership in der psychiatrischen Pflege. Eine Herausforderung für Praxis – Management – Ausbildung – Forschung – Politik. S. 300-302.

einmal um Strategien, die auf den Beruf aufmerksam machen aber auch um Gelegenheiten, bei denen Schüler mehr über Arbeitsbereiche und spezifische Aufgaben der Pflege erfahren. Außerdem werden Maßnahmen thematisiert, die aus Sicht der Experten geeignet erscheinen, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu verbessern, damit Schulabgänger sich für eine Ausbildung in der Pflege entscheiden.

Um die Aufmerksamkeit von Schulabgänger auf den Pflegeberuf zu lenken, werden sowohl Imagekampagnen als auch Berührungsmöglichkeiten mit dem Beruf beispielsweise durch die Präsenz von Pflegenden in Kitas oder Schulen vorgeschlagen, wo diese u. a. Präventionsmaßnahmen durchführen könnten, wie es im Ausland durchaus üblich sei. „In anderen Ländern kommen die in Kindergärten, machen ‘ne U-Untersuchung (...) oder sie sind in Schulen präsent, reden über Ernährung, reden über Drogen mit den Kindern der neunten Klasse“ (Schulz, 52:00).

Gezielte Öffentlichkeitsarbeit in den Schulen könnte insbesondere von charismatischen Pflegenden geleistet werden, die „Feuer und Begeisterung“ haben und „überzeugt von ihrer Arbeit“ sind: „Die müsste man für solche, ich sag‘ wirklich ‚Feldzüge‘ einsetzen“ (Spirig, 42: 44). Auch über Praktika oder ein Freiwilliges Soziales Jahr könnten junge Leute den Beruf kennenlernen und für eine Ausbildung in der Pflege motiviert werden. Wichtig sei neben der Präsenz in der Öffentlichkeit, dass Pflege sich auch in den Medien positiv präsentiere und spannende Seiten des Berufes darstelle, z.B. indem eine Pflegende über ihre Arbeit mit psychisch kranken Müttern und ihren Kindern schreibe (Schulz). Artikel zum Thema Pflege müssten sich nicht auf die Veröffentlichung in Fachzeitschriften beschränken, sondern seien durchaus auch über die Tagespresse einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen (Lüthi).

Betont wird in diesem Zusammenhang, dass Initiativen, die die Aufmerksamkeit potenzieller Interessenten auf sich ziehen und die Attraktivität des Pflegeberufes betonen, auch der Realität standhalten müssten. Werbemaßnahmen und Imagekampagnen seien nur ein „Impuls, wenn hinterher nichts kommt und die Ausbildung unattraktiv ist, die Rahmenbedingungen unattraktiv sind, die Arbeitsmöglichkeiten unattraktiv sind, dann würde das zusammenbrechen“ (Westerfellhaus, 37:30). Die Einschätzung dass werbewirksamen Kampagnen nur eine ‚Türöffner-Funktion‘ zukomme und Initiativen sich damit keinesfalls erschöpfen dürften, kommt im Rahmen der Expertenbefragung mit Bezug auf entsprechende Erfahrungen in der Vergangenheit immer wieder zur Sprache: „Solange der Beruf so unattraktiv ist, die Rahmenbedingungen so unattraktiv sind, wird

man Imagekampagnen noch und noch machen können, da wird man keinen Schüler dazu bringen, der vorher nicht die Idee hatte“ (Knüppel, 31:12). Die befragten Experten lassen in diesem Zusammenhang keinen Zweifel daran, dass reale Veränderungen der Arbeitsbedingungen unbedingt nötig sind, um das Image und die Attraktivität des Pflegeberufes in der gewünschten Weise zu verbessern.

Daneben werden auch ganz konkrete Anreize als Möglichkeit genannt, um Menschen für die professionelle Pflege zu interessieren. So könne man berufliche Erfahrungen im Arbeitsfeld, die im Rahmen eines Freiwilligen Sozialen Jahres gesammelt wurden, finanziell fördern oder als eine Art Bonus auf die Ausbildung anrechnen (Knüppel), Interessenten mit Kindern durch eine Erhöhung des Lohns während Ausbildung oder Studium einen Quereinstieg ermöglichen (Lüthi) oder spezifische Qualifikationsangebote für z.B. Wiedereinsteiger/innen oder Frauen nach der Familienphase anbieten (Knüppel).

Eine Befragte verweist ausdrücklich auf Maßnahmen, wie sie bereits in den 80er Jahren von sogenannten Magnetkrankenhäusern in den USA zur Gewinnung und Bindung von Mitarbeitenden ergriffen wurden (Spirig). Die Anziehungskraft von Magnetkrankenhäusern lässt sich im Wesentlichen auf drei Strategien zurückführen, die später auch in Deutschland aufgegriffen wurden: Engagement des Managements für Pflege, gute Führung in der Pflege und angemessene Gehälter und Vergünstigungen¹⁵.

Konkrete Vorschläge zur Erhöhung der Attraktivität zielen beispielsweise auf eine Verbesserung des Einkommens, Karrieremöglichkeiten oder familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, also auf Strategien, die kaum ohne eine Steigerung der entsprechenden Ausgaben zu machen seien: „Und dass mehr Geld darein muss, das muss jedem klar sein. Wer was anderes erzählt, der lügt einfach“ (Westerfellhaus, 49:44). Maßnahmen zur Personalentwicklung müssten bereits mit der Ausbildung beginnen und den beruflichen Weg vom Anfang bis zum Ende im Blick haben: „Es beginnt mit der Ausbildung, läuft über die Tätigkeitsprofile, läuft über Stellenbesetzungen, läuft über Arbeitszeiten, über Betreuungsmöglichkeiten für Kinder bis hin zur Akademisierung und auch zur

¹⁵ vgl DBfK (2007): Das Motto des ICN zum Internationalen Tag der Krankenpflege 2007. Arbeitsplatz Pflege: Mit Qualität arbeiten – mit Qualität pflegen.
<http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/GesPW/Berichte/0012.pdf> (download: 17.04.2012) Die hier detailliert beschriebenen Organisationsstrukturen und Managementstrategien haben nachweislich dazu geführt, dass bestimmte Kliniken aus Sicht der Pflegenden als Arbeitgeber attraktive sind.

Beantwortung der Frage: Was mache ich, wenn ich alt bin. - Und wir diskutieren darüber „Arbeiten bis 67“ (Westerfellhaus, 37:30).

Mitarbeitende, die sich weiterbildeten, ihre Kompetenzen in die Arbeit einbrächten oder und bestimmte Funktionen übernahmen, müssten dies auch entsprechend vergütet bekommen: „Wie attraktiv ist es z.B. Wohnbereichsleitung oder Praxisanleiter oder PDL zu werden? Zahlt sich das aus, wenn man das zusätzliche Maß an Verantwortung unter schwierigen Rahmenbedingungen in den Blick nimmt? - Das muss stimmen“ (Hundenborn, 37:30). Wenn jemand in einer Weiterbildung oder Studium investiert, dann darf er nicht dastehen und sagen: Ich hab’ eigentlich jetzt weniger, als wenn ich in der Altenhilfeeinrichtung Nachtwache gemacht hätte“ (Hundenborn 37:55).

Karrieregespräche könnten dazu genutzt werden, engagierten Mitarbeitenden die Gelegenheit zu geben, berufliche Wünsche und Ziele zu äußern und ihnen entsprechende Perspektiven zu eröffnen, z.B. durch „Rotationsmöglichkeiten innerhalb der Einrichtung“, „Hospitationen in anderen Arbeitsbereichen“ oder „Weiterqualifizierungsangebote“, die „unabhängig vom Alter“ ermöglicht würden (Lüthi, 32:50). Außerdem weisen Befragte darauf hin, dass für eine qualifizierte Ausbildung auch entsprechende Lehrkräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen müssten. Auch in den Ausbildungssektor müssten zusätzliche Gelder fließen, um dem quantitativ und qualitativ steigenden Bedarf an Pflegekräften gerecht zu werden.

Eine den beruflichen Anforderungen und dem Qualifikationsniveau angemessene Vergütung ist aus Sicht von Befragten ein wichtiges Kriterium, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Eine Befragte wies darauf hin, dass potenzielle Bewerber durchaus um die hohen Belastungen in der Pflege wüssten und diesen deshalb eher mieden. Der Eindruck, im Berufsfeld Pflege ‚verheizt‘ zu werden, führe dazu, dass Interessierte sich entschlossen, „doch lieber Computerfachfrau“ zu werden (Kniep, 37:35): „Und solange das System so läuft, dass so wenig Personal überhaupt vor Ort ist und viele dann so ausgebrannt sind, so schnell, das ist ja wie so ‘ne Spirale, die sich dreht, und wenn das auch noch so verkauft wird in der Öffentlichkeit - ja warum soll ich so was denn tun? Dann wär‘ ich ja schön blöd“ (Kniep, 37:40).

Ungünstig für die Attraktivität des Berufes sei auch das Image als typischer Frauenberuf, mit dem geringe professionelle Kompetenz, kaum Handlungsspielräume und ein niedriger Status im Versorgungssystem mit entsprechend geringen Einflussmöglichkeiten verknüpft

würden. Eine Befragte bringt ihre diesbezügliche Einschätzung folgendermaßen auf den Punkt: „Ich glaube, dass man auf Dauer nur Pflegende für den Beruf gewinnen kann, wenn man denen auch sagt: Das ist ‘n Beruf, in dem es Entscheidungskompetenzen gibt und in dem es politische Verantwortung gibt und ihr könnt über die Belange, für die ihr euch einsetzt, auch politisch mitentscheiden. (...) Solange [dies nicht realisiert ist], sieht man sich in der Verliererposition und das ist keine gute Voraussetzung, um Personal zu gewinnen“ (Sauter, 29:55). Die gegenwärtigen, gesetzlich vorgesehenen und somit auch abgesicherten Gestaltungsspielräume seien äußerst spärlich, so liege beispielsweise die Anordnungsverantwortung noch generell bei Ärzten, während Pflegende nur eine Durchführungsverantwortung hätten: „Wir haben de facto - nicht de juri - in ambulanten Einrichtungen und stationären Pflegeeinrichtungen eine etwas andere Situation: Dort tragen die Pflegenden mehr Verantwortung und haben in Folge dessen vielleicht auch mehr Gestaltungsspielräume (Hundenborn, 39:40). Diese Expertin sieht hier „erheblichen Nachholbedarf“, denn Gestaltungsspielräume verbesserten die Attraktivität des Berufes, allerdings „immer unter der Voraussetzung, dass die Menschen in einen Beruf gehen, die auch Gestaltungswillen haben und Gestaltungskompetenz haben“ (Hundenborn, 40:03). Vor diesem Hintergrund dieser Expertenaussagen erscheint es plausibel, dass ein anspruchsvolleres berufliches Profil auch geeignet ist die entsprechenden Bewerber für den Beruf zu interessieren.

Für einige Befragte ist die Attraktivität des Pflegeberufes auch eng mit den rechtlichen und berufspolitischen Rahmenbedingungen verknüpft. Ein Organ der Selbstverwaltung wie eine Pflegekammer wird als Möglichkeit genannt, „um aus dem Schatten der Ärzte“ zu treten (Sauter, 28:30) und die Belange der Berufsgruppe eigenständig zu vertreten. Eine professionelle Weiterentwicklung könne sich nicht nur auf den Erwerb neuer Kompetenzen stützen, sondern müsse „sich dann auch im Leistungsrecht, im Berufsrecht, im Haftungsrecht widerspiegeln“ (Tackenberg, 20:42).

Neben Veränderungen, die das Arbeitsfeld der Pflege oder den Status der Berufsgruppe betreffen, erfordere die demografische Entwicklung mit ihrer Zunahme an Pflegeempfängern weitere strukturelle Veränderungen, wie z.B. Änderungen des Heimgesetzes, um neue Wohnformen zu ermöglichen oder die gezielte Einbeziehung informeller Netzwerke, wie Nachbarschaft, Kirchengemeinde oder Ehrenamt.

Eine Befragte weist auf die gesellschaftliche Herausforderung hin „wertschätzend mit denen umzugehen, die sich in einem immer schwieriger und komplexer werdenden Feld

beruflich oder ehrenamtlich engagieren“ und spricht damit die Tabuisierung von Alter, Krankheit oder Kontrollverlust an, die dazu führt, dass sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegende in ihren Bedürfnissen und Interessen nur ungern wahrgenommen werden und wenig Respekt und Anerkennung erfahren (Hundenborn, 53:24). Bei der Entwicklung von „Konzepten und Programmen, die sich den demografischen Herausforderungen in Pflege und Medizin stellen“ müssten „bei jeder Entscheidung über Hochleistungsmedizin die Konsequenzen“ bedacht werden, (Hundenborn, 52:10). Die Frage in welchen Bereich der Versorgungen die vorhandenen Ressourcen fließen, ist somit stets auch eine ethische Frage.

Die Vorschläge der Experten zur Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes lassen sich in Kürze folgendermaßen zusammenfassen: Der Beruf könnte an Attraktivität gewinnen, wenn eigene Wertvorstellungen in der Arbeit umgesetzt werden können, die Bezahlung angemessen erscheint, Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten vorhanden sind und zusätzliche Qualifikationen auch durch Einkommens- und Statusverbesserungen honoriert werden. Daneben müssten überkommene Strukturen verändert und die Gestaltungsspielräume und Verantwortungsbereiche für qualifizierte Pflegende vergrößert und auch rechtsverbindlich abgesichert werden.

5.3.2 Wandel der Ausbildung: Akademisierung, Generalisierung, Differenzierung

Der Arbeitsbereich der Pflege, insbesondere aber der Ausbildungssektor, befindet sich im Wandel. Zwischen Akademisierung auf der einen Seite und Senkung von Zugangsvoraussetzungen oder Einsatz von Langzeitarbeitslosen auf der anderen Seite tut sich ein breites Spektrum an Qualifikationen, Aufgaben und Zuständigkeiten auf. Der Pflegeberuf scheint sich dabei auch in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen zu bewegen, in dem sich neue Entwicklungsmöglichkeiten und Aufgabenfelder auftun, aber auch die Gefahr besteht, dass für das Berufsverständnis und das Profil der Arbeit zentrale Aspekte aus dem Fokus geraten und die Pflege an Eigenständigkeit verliert. In diesem Kapitel werden die Einschätzungen und Meinungen der Befragten mit Blick auf die Veränderungen der letzten Jahre dargestellt. Der Blick der Experten richtet sich jedoch auch nach vorn, d.h. es geht auch um Prognosen und Zukunftsszenarien sowie um Strategien, mit denen ein - auch für das professionelle Profil und den Status der Pflege - ‚idealer Qualifikationsmix‘ für die zukünftige pflegerische Versorgung der Bevölkerung erreicht werden kann.

Veränderungen durch Akademisierung

Akademisierung in der Pflege bedeutet nicht nur eine Umstrukturierung der Ausbildung beispielsweise durch veränderte Inhalte oder eine Anhebung des Niveaus. Sie macht gleichzeitig eine Veränderung pflegerischer Arbeitsfelder notwendig. Dies bedeutet, dass sich auch die Einrichtungen, in denen akademisch ausgebildete Pflegende in Zukunft tätig sein werden, sich Gedanken um Aufgaben und Kompetenzen, Einsatzbereiche und Zuständigkeiten, Vergütung und Arbeitszeiten machen müssen. Entsprechende Veränderungen betreffen etablierte Strukturen und traditionelle Hierarchien und berühren somit auch die Interessen anderer Berufsgruppen im Versorgungssystem. Für die Umsetzung ist also sowohl die Akzeptanz der verschiedenen Akteure von Bedeutung als auch die Frage, wie solche Prozesse in Gang zu setzen sind und welches die ersten Schritte in diesem Veränderungsprozess sein könnten. Zu solchen Aspekten äußern sich auch die befragten Experten, wenn es um die Akademisierung in der Pflege geht.

Als Ausweg aus dem Dilemma, ob zuerst die Ausbildung reformiert oder entsprechende Arbeitsplätze geschaffen werden sollen, schlägt der Präsident des Deutschen Pflegerates vor, beides gleichzeitig in Angriff zu nehmen: „Die Aufgabe der Ausbildungsstätten und der Institutionen wie aber auch der Politik ist zu sagen: Wir bieten akademische Qualifikationswege an, also grundständig oder aber dual an Ausbildungsstätten, die dafür geeignet sind, und gleichzeitig sorgt die Politik dafür, die Berufspolitik, welche Tätigkeitsfelder werden denn in der Zukunft für die entsprechenden Pflegekräfte auch umgesetzt“ (Westerfellhaus, 15:20). In ähnlicher Weise argumentiert ein anderer Experte und verweist auf Erfahrungen aus der Vergangenheit, als akademische Qualifikationen anstelle herkömmlicher Weiterbildungen eingeführt wurden, um Pflegenden neue Arbeitsfelder zu eröffnen oder sie für bestimmte Aufgabenbereiche zu qualifizieren: „Ich habe erlebt, dass sich ja sehr viel entwickelt, wenn solche Prozesse beginnen, solche Akademisierungsprozesse. Als ich angefangen habe, da wusste keiner, was man mit den Leuten soll. Dass die mehr Geld verdienen sollen, ob die überhaupt Arbeit kriegen, konnte sich keiner vorstellen. Und jetzt hören wir dasselbe, wenn es darum geht: Wofür brauchen wir jetzt diese Leute, die da z.B. hier [an der Fachhochschule] jetzt studieren. Fakt ist es aber, dass es so wichtig ist, dass diese Leute da sind, weil sie dann letztendlich den Alltag, die Praxis verändern, dadurch dass sie da sind. Also, man kann das nicht theoretisch durchdenken, man muss das dann im Praktischen, in der Konfrontation fangen die Häuser dann an nachzudenken und finden auf einmal auch Geld“ (Schulz, 36:02).

Akademisierung bedeute, die fachlichen Ressourcen der Mitarbeitenden besser einzusetzen und zu nutzen und ihnen mehr Verantwortung zu übertragen: „Und ich glaube, dass es heute volkswirtschaftlich nicht geht, das sehe ich dann immer schon in der Psychiatrie, dass es dort supergute Leute gibt, die im Grunde genommen für das, was sie können, viel zu wenig Verantwortung haben. Und das kann man sich aus meiner Sicht volkswirtschaftlich nicht leisten, dass man diese Leute dort hat und nicht entsprechend nutzt“ (Schulz, 37:40). Bisherige Formen der Weiterqualifizierung an Berufsfachschulen hätten aus Sicht dieses Befragten, der als Professor an einer Fachhochschule tätig ist, zwar die Kompetenzen der Pflegenden erhöht, aber „was ja z.B. die Fachpflege auch nicht gebracht hat, war, dass mit der Qualifikation bestimmte Verantwortungsbereiche einhergegangen sind“ (Schulz, 38:15). Veränderungen im Sinne eines ‚Mehr‘ an Verantwortung und einer Verbesserung der Position der Pflegenden innerhalb des Versorgungssystems erhofft er sich im Unterschied zur Weiterbildung an Fachschulen durch akademische Abschlüsse und führt dazu ein Beispiel aus dem Ausland an: „Und das hat z.B. auch in England ‘n Schub gebracht, als sie [die Pflegenden] dann in diesen ‚Community Psychiatric Nursing‘ [Projekten] dann tatsächlich die Verantwortung für ihren Case-load bekommen haben. Dann hatten sie auch auf einmal ‘ne andere Stellung und dann wusste man aber auch, was man dort bekommen kann. Von daher wird’s ‘ne Frage sein: Wie kriegt man dort mehr Verantwortung in diese verschiedenen Positionen?“ (Schulz, 38:42). Das deutsche Gesundheitssystem könne hier durchaus vom Ausland lernen, ohnehin gelte „Deutschland, was die Pflege angeht, als Entwicklungsland“ (Schulz, 40:05).

In den Interviews wird auch deutlich, dass an Kompetenz und Leistungsfähigkeit akademisch ausgebildeter Pflegenden durchaus anspruchsvolle Erwartungen gestellt werden, z.B. was ihre analytischen, organisatorischen oder kommunikativen Fähigkeiten angeht: „Das ist mein Credo, dass ich denke, dass wenig sehr gut ausgebildete Leute Arbeit effektiver und bedarfsorientierter gestalten können als viele schlecht ausgebildete Leute. Also, wenn da zwei richtig fitte, akademisch und kommunikativ und medizinisch gut qualifizierte Leute rumlaufen, ich glaube, dass die die doppelte Anzahl von anderen Kräften im Hinblick auf ihre Arbeitsorganisation, Umgang mit Bewohnern, wettmachen könnten. (...) Ich glaube, dass da viel in der Inkompetenz und der Selbstblockade der Berufsgruppe steckenbleibt. Wenig analytische Kompetenz. (...) Natürlich können die nicht in 20 Zimmern gleichzeitig sein. Aber die könnten im Grunde doch die Arbeit so

strukturieren, dass nicht alle Leute gleichzeitig zwischen 6:00 und 8:00 Uhr gewaschen werden müssen“ (Höhm, 17:15).

Die befragten Experten sehen die Aufgaben akademisch ausgebildeter Pfleger „auf jeden Fall am Bett des Patienten“. Dabei sollen sie „bestimmte Tätigkeiten übernehmen, eigenverantwortlich, anders übernehmen z.B. in der Steuerung, möglicherweise in der Verordnungsfähigkeit. Alles das, was zusätzliche Qualifikationen denn dann auch benötigt, damit auch die Qualität sichergestellt wird. Aber sie werden es am Bett des Patienten machen.“ (Westerfellhaus, 16:10). „Diplomierte Fachpersonen, ob sie jetzt einen Bachelor haben oder nicht (...), müssen einfach bei den Patientinnen und Patienten sein“ (Lüthi, 19:27). Obwohl alle Befragten, die sich im Rahmen der Interviews diesbezüglich äußern, betonen, dass auch Pfleger mit akademischer Qualifikation im Patientenkontakt stehen sollen, weist ein Experte darauf hin, dass dieser Anspruch in seiner Umsetzung in der Praxis schwierig werden dürfte, da es dazu an den Hochschulen Lehrende geben müsste, die über die entsprechenden fachlichen Kompetenzen verfügten, um Studierende auch in der Praxis kompetent anleiten und schulen zu können: „Wo das Problem ist bei der Pflege, dass es immer, wenn die Menschen ‘ne höhere Stufe erreichen, sie weiter weggekommen sind vom Bett. Und wenn das nicht gelingt, das umzukehren, dann machen auch diese ganzen Studiengänge keinen Sinn. Aber dafür muss man auch sagen, es braucht halt viele Jahre, bis es an den Hochschulen auch Menschen hat, die tatsächlich auch Interventionen schulen können, von der Pflege her“ (Schulz, 24:25).

Akademisierung in der Pflege bedeutet aus Expertensicht jedoch nicht zwangsläufig, dass in Zukunft alle Pfleger eine akademische Qualifikation benötigen: „Man muss natürlich nicht studiert haben, um in der Pflege arbeiten zu können. So viel ist mal klar. Aber es braucht Leute, die das haben“ (Schulz, 33:08). Was den Anteil akademisch ausgebildeter Pfleger angeht, so konstatiert ein anderer Experte: „Wir glauben zum heutigen Zeitpunkt, dass wir 20% der Pflegekräfte in der akademischen Qualifikation brauchen“ (Westerfellhaus, 18:25). Um dieses Ziel zu erreichen und „überhaupt in 10 oder 15 Jahren ansatzweise in Führungspositionen akademisch qualifizierte Pflegekräfte hinzubekommen“ müsse allerdings „das Angebot an Studienplätzen wesentlich erhöht werden“ (Westerfellhaus, 18:55). Derselbe Experte betont in diesem Zusammenhang außerdem die Bedeutung, die Akademisierung sowohl für den Status des Berufes, aber auch für die Qualität der Versorgung habe: „Wenn wir Eigenständigkeit der Pflegeberufe weiterentwickeln wollen im Sinne der Patienten, wenn wir die Verordnungsfähigkeit

antreten wollen, wenn wir diese abrechnen wollen, wenn wir die als wissenschaftlich evaluierte Prozesse einsetzen wollen, dann braucht das ne andere Qualifikation.“ (Westerfellhaus, 34:11)

In den Interviews wurde deutlich, dass mit der Akademisierung und den dadurch angestoßenen Prozessen viele Hoffnungen auf Veränderungen, die als längst überfällig betrachtet werden, verknüpft sind. Diese könnten endlich in Gang kommen und Potenziale freisetzen, deren Ausmaß und Bedeutung den beruflich Pflegenden selbst noch gar nicht bewusst sei, wie der Vergleich eines Befragten mit einem ‚schlafenden Riesen‘ zeigt: „Ich glaube, dass ‘ne Riesenchance liegt in der Größe dieser Berufsgruppe (...). Wie so ‘n Riese, der halt lange Zeit geschlafen hat, aber jetzt, über 10, 15 Jahre, jetzt merkt man, wie dann doch überall in der Republik auf einmal an bestimmten Stellen Dinge passieren, auf einmal ganze Häuser umgestellt werden innerhalb von ‘nem halben Jahr auf ne ANP [Advanced Nursing Practice]-Struktur, also, wo auf einmal sehr viel losgeht“ (Schulz, 39:15). „Und wenn jetzt junge Leute nachkommen, dann wird sich da sehr viel verändern. Und gerade momentan liegt alles da, man kann alles haben an Tätigkeiten und kann noch mal einiges aufholen. Aber wie gesagt, es wird lange Zeit brauchen, bis man dieses nachgeholt hat. International gilt Deutschland, was die Pflege angeht, als Entwicklungsland“ (Schulz, 40:05).

Der Transfer der bisherigen Aus- und Weiterbildungen an Fachschulen auf Studiengänge an Fachhochschulen, vereinzelt auch Universitäten, sieht vor, dass die akademische Grundausbildung in der Pflege mit einem Bachelor endet, während die bisherigen Fachweiterbildungen (z.B. für Pflege auf Intensivstationen oder Psychiatrische Pflege) durch Master-Studiengänge ersetzt werden. Auch auf dieser Ebene - so die Prognose eines befragten Experten - werde es weitere Spezialisierungen geben: „Die Master-Absolventen werden dann diese sogenannten ‚Advanced Practice Nurses‘ werden und die werden sich spezialisieren noch innerhalb der Psychiatrie auf ein ganz spezielles Gebiet und dann dort mit Borderline-Patientinnen, auf Demenzstationen, in der Memory-Klinik für Abklärungen oder für Suizid-Abklärungen, die werden ein ganz spezielles Gebiet noch vertieft erhalten. Auch hier werde die Arbeit jedoch „mehrheitlich im direkten Patientenkontakt“ stattfinden (Schulz, 20:40).

Mit der Akademisierung würden sich aus Sicht von Befragten nicht nur Kompetenzen, Aufgabenprofile, Einflussmöglichkeiten sowie der Status der Pflegenden verändern, sondern auch das Einkommensniveau: „Ich glaube, Pflege kann auch mehr Geld verdienen,

dann muss sie aber auch mehr Verantwortung übernehmen. Das heißt, man muss es natürlich auch differenzieren. Also, das ist natürlich ganz wichtig, dass man sichtbar auch eine Unterscheidung der Qualifikationsprofile hinbekommt. Solange man sagt, dass in der Pflege alle alles können, solange gibt es auch keine Möglichkeit, das langsam mal in Spitzenbereiche vorzufahren, obwohl man weiß, dass es Leute gibt, die so arbeiten“ (Schulz, 22:25).

Eine wichtige Frage, die sich ebenfalls im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflege stellt, betrifft die Anerkennung der bisherigen beruflichen Qualifikationen sowie die beruflichen Erfahrungen, die viele Mitarbeitende über Jahre gesammelt haben. Hier müsse es Anpassungen geben, um erfahrene Pflegende nicht zu benachteiligen und um ihnen Möglichkeiten zu eröffnen und finanzielle Unterstützung anzubieten, sich unter bestimmten Bedingungen ebenfalls an Fachhochschulen weiter zu qualifizieren: „Und jetzt müssen wir uns halt dieser Bologna-Systematik stellen. Aber gleichzeitig müssen wir sehen, dass es Leute gibt, die schon eine Ausbildung haben, also, wo ich aber auch immer finde: Das Schlimmste ist im Grunde die Ungerechtigkeit, dass wir Leute haben, die eine 3-jährige Ausbildung haben und eine Fachweiterbildung z.B. und die keinen Bachelor haben, den sie in Holland nach drei Jahren hätten“ (Schulz, 34:00). „Man muss schauen, dass man jetzt zunächst mal auch dafür sorgt, dass viele Menschen, die vielleicht schon 15 Jahre gearbeitet haben und schon viel gemacht haben, überhaupt die Möglichkeit bekommen, relativ schnell an einen Bachelor zu kommen, um dann überhaupt mit einer Master-Systematik auch weitermachen zu können. Und die Frage muss natürlich auch geklärt werden, wie die Finanzierung läuft, also wir haben ja z.B. früher für die Fachweiterbildung viel Geld ausgegeben und natürlich muss Weiterbildung ja auch ein Thema sein, das die Häuser trotzdem weiter interessiert und wo sie auch Strukturen schaffen, also wo sie auch diese Leute hinterher dann einsetzen wollen. Das muss schon irgendwie passen“ (Schulz, 35:02).

Pro und Kontra Akademisierung in der Pflege

Als Argumente für eine Akademisierung führen befragte ExpertInnen beispielsweise an, dass die dreijährige Ausbildung an Fachschulen „in keiner Weise mehr ausreiche, den Anforderungen gerecht“ zu werden, da „die Themen so komplex geworden“ seien (Sauter, 41:08). Außerdem sei die Ausbildung in der bisherigen Form nicht geeignet, um Pflegende für neue Aufgabenfelder zu qualifizieren (vgl. Knüppel, 40:53). Von der Akademisierung versprechen sich befragte ExpertInnen eine Beförderung der Professionalität und damit auch eine Verbesserung der pflegerischer Leistungen und der Ergebnisqualität: „Ich halte

das [Akademisierung] für sehr notwendig, um fachliche Fragen angemessen beurteilen zu können und um sich fachliche Impulse holen zu können“ (Sauter, 21:40).

Ein Experte vertritt die Ansicht, dass die Fähigkeit zum fachlichen Diskurs erst durch ein Studium erworben werden könnte. Im Rahmen von Fachweiterbildungen würden zwar Fachwissen und spezifische Kompetenzen vermittelt, der Horizont bleibe jedoch sehr begrenzt und die Teilnehmenden würden nicht in die Lage versetzt, sich kritisch mit fachlichen Fragen auseinanderzusetzen. Es bliebe verborgen, „was so in der Welt zu vielen Dingen einfach schon gedacht wurde und wozu wir keinen Zugang haben oder hatten. Für mich ist die Fachweiterbildung an der Stelle ein gescheitertes Modell, weil sie nicht diese Diskursfähigkeit hervorgebracht hat, die ich aber schon bei vielen Leuten sehe, die dann doch so n Studium gemacht haben.“ (Schulz, 37:05) Dass die fachliche Auseinandersetzung mit berufsspezifischen Fragen und die damit verbundenen Gelegenheiten die eigene Arbeit zu reflektieren eine besondere Qualität hat, die u.a. auch für Leitungsfunktionen qualifiziert, zeigt auch die folgende Äußerung: „Ich gönne das jedem, der die Möglichkeit hat, seine Fragen auf so ‘ner fachlichen Ebene zu reflektieren (...) ich würde das fördern im Rahmen meiner Möglichkeiten. (...) „Ich glaube, wenn wir jemanden hätten, der sich bewerben würde, der würde sofort übergeordnete Aufgaben kriegen“ (Sauter, 22:30).

Neben der inhaltlich-fachlichen Qualifizierung und einer eher kritischen Herangehensweise an fachspezifische Themen argumentieren befragte Experten auch damit, dass die Akademisierung der Pflegeberufe sich günstig auf Ansehen und Status Pflegenden im multidisziplinären Team auswirke. Sie bedeute mehr Einfluss und ermögliche eine Begegnung auf Augenhöhe mit anderen, ebenfalls akademisch ausgebildeten Mitarbeitenden im Versorgungssystem. Schließlich sei die internationale Anerkennung des Berufes mit einem akademisch Abschluss „automatisch gegeben“ (Knüppel, 41:08). Eine Angleichung der Abschlüsse in Europa im Sinne des Bologna-Prozesses wird für nötig und sinnvoll gehalten, auch wenn die Vorteile des bisherigen Ausbildungssystems durchaus gesehen werden: „Ich glaube, dass wir letztendlich nicht umhin kommen, uns diesem europäischen Bildungsrahmen zu stellen, auf der anderen Seite muss man tatsächlich sehen, dass dieses duale System, das es in Deutschland für Ausbildungsberufe gibt, auch sehr viel Gutes hat. Deutschland wird weltweit beneidet um die Handwerker und das hat was mit diesem dualen System zu tun“ (Schulz 32:12).

Die Akademisierungswelle bedeute auch deshalb einen Zuwachs an Autonomie für die Pflege, als diese sich in diesem Prozess von inhaltlichen Vorgaben und Interessen der Deutschen Krankenhausgesellschaft abkoppeln könne¹⁶: „Mich freut es vor allem mit der Akademisierung, weil ich glaube, dass es falsch ist, dass Bildung mit den Interessen von Krankenhausgesellschaften verbunden wird. Das ist der falsche Weg. Also, wenn es nicht mehr um Heilung geht, sondern um die Betreuung chron. kranker Menschen, dann muss die Ausbildung auch in der Gemeinde platziert sein und dann kann man über Spezialisierungskurse für Krankenhäuser nachdenken, aber das kann nicht die einzige Ressource sein“ (Schulz, 41:10).

Viele Experten vertreten die Meinung, dass eine akademische Qualifikation zwar nicht zur unabdingbaren Voraussetzung für die Arbeit in der Pflege werden dürfe, sie müsse jedoch auf jeden Fall Bestandteil des Spektrums der Bildungswege in der Pflege sein: „Man muss natürlich nicht studiert haben, um in der Pflege arbeiten zu können. So viel ist mal klar. Aber es braucht Leute, die das haben“ (Schulz, 33, 04). Auch ohne akademische Qualifikation werde gute und professionelle Pflegearbeit geleistet und ein akademischer Abschluss garantiere auch keine ‚gute Pflege‘. Ebenso wichtig sei eine positive Haltung den zu Pflegenden gegenüber sowie eine hohe soziale Kompetenz: „Ich war mal sehr dagegen [gegen Akademisierung], wenn jetzt alle nur noch so ‘ne Ausbildung machen, die ‘n Abitur haben, dann sind ja viele ausgeschlossen, die super Altenpflegerinnen wären, das finde ich schwierig. Von mir aus kann es für bestimmte Positionen bestimmte Ausbildungen geben. Also, nicht jeder kann alles. Ich finde es viel wichtiger, dass man nicht Menschen, die keine Menschen mögen, auf Menschen loslässt. Das finde ich viel wesentlicher, dass man genauer hinguckt, wer macht so ‘ne Ausbildung (Kniep, 32:00).

Eine Befragte beschreibt die aus ihrer Sicht ideale Entwicklung des Ausbildungssektors und die dafür notwendige Differenzierung der Qualifikationen innerhalb der Pflege folgendermaßen: „Eine eigenständige Fakultät an der Uni, die ganzen Fachhochschulsachen knicken (...)und dann in enge Kooperationszusammenhänge mit anderen Berufsgruppen stellen. (...) Man braucht ‘ne zweijährige Pflegeausbildung und ansonsten sollte man Uni-Abschlüsse haben“ (Höhmann, 13:37). „Auch nicht FH, sondern Uni, ganz normal akademisierter Beruf und ein Beruf, der zweijährig ausgebildet mehr

¹⁶ Gegenwärtig gibt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Empfehlungen heraus, die für die Anerkennung der folgenden Weiterbildungen in der Pflege maßgeblich sind: Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie.
http://www.dkgev.de/media/file/10908.DKG-Weiterbildungsempfehlungen_Pflegerische_Fachgebiete.pdf

kann als der jetzige Pflegehelferberuf. Man muss die Tätigkeitsfelder viel stärker differenzieren und deutlich machen, wer was kann und da auch ne Aufgabenteilung machen. Ich hab mehrere Untersuchungen in Altenheimen zu solchen Fragen gemacht und ich komme immer stärker dazu, dass die Pflege, was sie vorne aufbaut, sich hinten wieder umwirft, dadurch, dass sie im Grunde selbst ihre Strukturierungschancen nicht nutzt“ (Höhmann, 14:37). Dieser Idealvorstellung zufolge verfügten alle Pflegenden über eine mindestens zweijährige Ausbildung und in jedem Wohnbereich eines Altenheimes wären zwei Pflegenden mit Master-Abschluss beschäftigt, „die die Arbeit organisieren, dass Doppelarbeiten wegkommen, dass diese ganze Larmoyanz wegkommt, sondern dass man im Grunde wirklich bedürfnisorientiert Arbeit organisieren kann. Ein paar Hilfskräfte kann man sicherlich auch noch brauchen, aber für definierte Tätigkeiten“ (Höhmann, 15:15).

Als ein gewisser Nachteil der akademischen Ausbildung im Vergleich zur herkömmlichen Ausbildung an Fachschulen werden die höheren Kosten angeführt, die durch die Vorteile eines Studiums jedoch durchaus aufgewogen würden (vgl. Knüppel, 40:50).

Bedenken gegenüber Akademisierungsprozessen in der Pflege werden allerdings von Mitgliedern des Personalrats eines Krankenhauses geäußert. Diese befürchten, dass Akademisierung Hand in Hand ginge mit dem zunehmenden Einsatz von Mitarbeitenden, deren Qualifikation unterhalb des Niveaus von dreijährig examinierten Pflegenden liege: „Wenn es darum geht, die Tätigkeits- und Berufsstruktur in den Krankenhäusern oder auch in anderen Bereichen so zu ändern, dass wir dort wenig akademisch ausgebildetes Pflegepersonal haben und der Rest dann schlechter qualifiziert ist als bisher, also unterhalb des dreijährigen Ausbildung auf Facharbeiter-Niveau, dann fände ich das einen Riesen-Rückschritt“ (Lückemeier & Ruppel, 01:25:44). Eine solche Differenzierung verschlechtere nicht nur die Situation der Pflegenden selbst, sondern gefährde auch die Versorgung der Patienten: „Dem deutschen Krankenhaus droht eine drastische Qualitätseinbuße zu Lasten der Kunden, weil das Personal nicht mehr entsprechend qualifiziert ist“ (Lückemeier & Ruppel, 01:26:30). Eine akademische Ausbildung erscheint diesen Experten nur für bestimmte Arbeitsbereiche der Pflege sinnvoll. Genannt werden hier insbesondere Pflegepädagogen und Pflegemanager, also Pflegenden in Berufsfeldern, in denen sich akademische Abschlüsse inzwischen etabliert haben und deren Sinnhaftigkeit inzwischen nicht mehr in Frage gestellt wird.

Akzeptanz akademisch ausgebildeter Pfleger in der Praxis

Was die Akzeptanz von Pflegenden mit Fachhochschulabschluss von Seiten der Arbeitgeber angeht, so rechnen die befragten Experten durchaus mit Skepsis und Widerständen. So sei es nicht einfach, „den ärztlichen und Verwaltungsdirektoren klarzumachen, dass die Pflege nicht nur lernt anhand von Vorbildern und praktischen Erfahrungen, sondern dass sie sich eben auch theoretisch-fachlich weiterbilden muss (...) und dass man auch dafür Geld ausgeben muss und dass sich das lohnt in der interdisziplinären Zusammenarbeit“ (Lüthi, 24:30). Die Befragten gehen aber dennoch davon aus, dass solche Bedenken im Laufe der Zeit durch positive Erfahrungen in der Praxis zerstreut werden können: „Es gibt Krankenhäuser, die sind da echt forsch, die haben tolle Ideen und andere Krankenhäuser [sagen] möglicherweise auch: Bleib’ mir da bloß mit weg! Wer soll die nachher bezahlen? Ich hab’ sowieso kein Geld, die haben nachher Forderungen und Vorstellungen ... Aber das wird sich im Prozess entwickeln, die Macht des Faktischen wird dafür sorgen“ (Westerfellhaus, 17:45).

Ein Problem mancher grundständiger Pflegestudiengänge sei es jedoch, dass sie nicht die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ‚Gesundheits- und Krankenpfleger/in‘ beinhalten, sodass diese akademisch qualifizierten Pflegenden in der Praxis wie Hilfskräfte eingesetzt und vergütet würden: „Wir haben Leute hier - das war ja auch ‘ne groteske [Situation] am Anfang - Leute, die ausgebildet im Diplomstudiengang acht Semester studiert haben, grundständig direkt von der Schule kommend, die dann aber nicht als Krankenschwestern anerkannt worden sind und in der Arbeitslosenstatistik, wenn die sich dann für diesen Bereich ‚Pflege‘ beworben haben, als ungelernete Hilfskräfte eingesetzt worden sind“ (Höhmman, 30:25). Auf Grund dieser Nicht-Anerkennung ihres Abschlusses wären diese Pflegenden in der Qualitätsentwicklung, der Gesundheitsförderung, im Fortbildungsbereich, an Gesundheitsämtern oder für Medizinproduktfirmen tätig oder übernehmen Beratungstätigkeiten für Einrichtungen (Höhmman, 32:30).

Ein Experte konstatiert, dass die Resonanz auf akademisch qualifizierte Pflegende - wenn sie erst einmal in der Praxis angekommen wären - gut sei und dazu führe, dass anfängliche Bedenken revidiert würden: „Die Häuser in denen die Studierenden eingesetzt werden, die sind hellauf begeistert. Natürlich immer erst: Oh Gott, was kommt da jetzt? Aber dann in dem Erfahrungsprozess: Welche Kompetenzen kommen da jetzt? Was entwickelt sich in diesem Segment? Das ist schon bemerkenswert. Auch was nachher die ‚Abnahme‘ am

Markt angeht, also nach Aussagen von Hamburg¹⁷ ist es so, dass die Studenten sehr schnell, schon vor Abschluss vom Markt gesogen werden. Dass man natürlich die Krankenhäuser dabei mitnehmen muss, und vor allen Dingen die dort arbeitenden Pflegekräfte, das ist klar. Und das geht nur mit kontinuierlicher Information. Die werden nachher nebeneinander, parallel und miteinander arbeiten. Es wird in diesem Berufsfeld Pflege nicht so bleiben, wie es war, das muss man sich klarmachen“ (Westerfellhaus, 17:18).

Eine andere Expertin weist darauf hin, dass eine akademische Qualifikation karriereförderlich sei und den Zugang zu verantwortungsvollen und attraktiven Arbeitsfeldern erleichtere, allerdings sei die Frage der Vergütung noch nicht zufriedenstellend geregelt: „In der Praxis wäre es so: die Wenigen, die wir vielleicht gewinnen könnten, auch die können wir nicht höher vergüten, und die würden bestimmt Sonderaufgaben, Stabsfunktionen oder sonst was kriegen. Oder mindestens so ne Expertenrolle, dass sie mindestens 50% der Arbeitszeit in der Beratung der Kollegen wären und höchstens noch 50% der Zeit direkt in der Bewohnerversorgung“ (Sauter, 22:52).

In diesem Zusammenhang merkt ein Befragter (selbst)kritisch an, dass ein in der Pflege dominierendes Gleichheitsgebot die Ausdifferenzierung von Qualifikationen und damit verbundene Karriereoptionen bremse: „Die geringe Karriereoption, die da ist, dieses jahrelang mit Kollegen alt werden im Beruf, ‚aber wir sind immer alle gleich‘ in den Pflegeberufen, da muss nur einer aufmucken und sagen: Ich bin aber ‚n bisschen gleicher, weil ich ‚n bisschen besser gebildet bin, ich krieg auch mehr Geld, weil ich besser qualifiziert bin - der kann gehen, der kann sich in dem Team nicht mehr aufhalten“ (Tackenberg, 39:35). Dieses Phänomen führt der Experte auf ein veraltetes starres Berufsverständnis zurück, das es beispielsweise im anglo-amerikanischen Raum gar nicht gebe. Die Pflegenden seien nicht wirklich offen für Veränderungen und „in ihrer täglichen Arbeitssituation eben stark verhaftet“ (Tackenberg, 39:54). Unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen komme die Botschaft: „Es kann auch besser werden, ihr müsst euch nur anstrengen“ schlecht an. Viele Beschäftigte in der Pflege seien mehr als ausgelastet damit, ihr tägliches Arbeitspensum plus Überstunden zu bewältigen und er habe Verständnis dafür, dass „die sagen: Ich will mich hier gar nicht mehr entwickeln und die Öffentlichkeit ist mir auch egal. Ich bin froh, wenn ich hier überlebe“ (Tackenberg, 40:30).

¹⁷ Andreas Westerfellhaus verweist hier auf Absolventen dualer Studiengänge in Hamburg

Es wird deutlich, dass die problematischen Arbeitsbedingungen Energien absorbieren, die Mitarbeitende eigentlich benötigten, um an ihrer Arbeitssituation etwas zu verändern und damit diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Dass politisches Engagement bei beruflich Pflegenden verglichen mit anderen Berufen auf ‚Facharbeiterniveau‘ offenbar keinen hohen Stellenwert hat, zeigt der geringe Organisationsgrad der Berufsgruppe, der von Seiten der Berufsverbände auf nur ca. 10% geschätzt wird.¹⁸.

Generalistische Grundausbildung

Eine weitere einschneidende Veränderung im Bereich der Pflege bedeutet die Einführung einer generalistischen Ausbildung, bei der die Unterscheidung von Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Kinderkrankenpflege im Rahmen der Grundausbildung abgeschafft wird¹⁹.

Die befragten Experten führen unterschiedliche Argumente für eine generalistische Ausbildung in der Pflege an: „Dann könnte man sagen: Das ist ein gemeinsamer Wissenskörper und dieser Wissenskörper ist auch gesellschaftlich darstellbar“ (Höhm, 33:00). Neben einer gemeinsamen inhaltlichen Basis würden dadurch auch Statusunterschiede nivelliert, die sich hartnäckig hielten obwohl sie für die Praxis und die Qualität der Arbeit keine Relevanz hätten: „Ich glaube, die Kinderkrankenschwestern dachten tatsächlich immer, sie wären was Besseren als die normale Krankenpflege. Ich glaube, für die Gesellschaft ist eher immer wichtig: Was passiert da? Kommen da Leute, denen ich vertraue oder nicht? Ob die dann Altenpfleger sind oder Erzieherin, das ist denen dann letztendlich fast egal. (...) Wichtig ist: Kann der, was er soll, oder nicht?“ (Schulz, 19:03).

Für eine gemeinsame Pflegeausbildung spreche auch die gegenwärtige Benachteiligung der Altenpflege, die sich u.a. darin ausdrücke, dass der Beruf „immer noch nicht europaweit anerkannt“ sei (Hundenborn, 26:14), was die berufliche Mobilität und Flexibilität der Altenpflegekräfte einschränke und den Beruf entwerte. Auch eine andere Befragte weist darauf hin, dass der Beruf der Altenpflege „nur in Deutschland als

¹⁸ Angaben zum Organisationsgrad von Pflegenden in Gewerkschaften oder Berufsverbänden beziehen sich auf die Aussage von Franz Wagner, Bundesgeschäftsführer DBfK

¹⁹ Entsprechende Maßnahmen wurden im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17.

Legislaturperiode angekündigt: „Wir wollen ein Berufsbild in der Altenpflege attraktiver gestalten. Darüber hinaus wollen wir die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen.“ Koalitionsvertrag (Okt. 2009), S. 92. download am 25.04.2012:

http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ministerium/koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile

qualifizierter Beruf anerkannt“ sei und diesbezüglich seit Jahren Handlungsbedarf bestehe. Außerdem seien sowohl die Einsatzmöglichkeiten in unterschiedlichen Arbeitsfeldern als auch die Angebote zur Weiterqualifizierung in der Krankenpflege größer als in der Altenpflege, wodurch der Altenpflege ebenfalls ein geringerer Stellenwert zugeschrieben würde (Knüppel, 34:35).

Insbesondere die Altenpflege leide außerdem unter der gesellschaftlichen Tabuisierung von Alter, Pflegebedürftigkeit oder Kontrollverlusten. Dies führe zu einer Diskriminierung von Klienten und Mitarbeitenden: „Das Ausgrenzen bestimmter Problemfragen aus dem eigenen Wahrnehmungshorizont - ich glaube, dass das kein bewusster Prozess ist - führt auch zu Ausgrenzung derjenigen, die in diesen Feldern tätig sind“ (Hundenborn, 14:00). Dies betrifft aus Sicht dieser Expertin die Altenpflege insofern stärker als die Krankenpflege, als letztere eher mit kurativen Aspekten assoziiert werde, mit medizinisch-technischer Auseinandersetzung, auch mit Fortschrittsglauben (vgl. Hundenborn, 14:13). Die Altenpflege sei noch ein recht junger Beruf und es habe sich „in der Bevölkerung noch nicht herumgesprochen, dass es ein eigener, dreijähriger auch gleichwertiger Beruf“ sei, dessen „Profilentwicklung (...) in den letzten Jahren nicht die öffentliche Wahrnehmung erfahren“ habe (Hundenborn, 10:57).

Konsens unter den Befragten besteht offensichtlich darüber, dass eine gemeinsame Grundausbildung in der Pflege sinnvoll ist: „Ich hoffe, dass wir irgendwann mal so weit kommen, von der Qualifikation ‚Pflege‘ zu sprechen“ (Westerfellhaus, 26:24). Allerdings gestalte sich die Umsetzung in der Praxis äußerst zäh, da sowohl die rechtlichen als auch die sozialpolitischen Rahmenbedingungen noch entsprechend modifiziert werden müssten: „Berufsgesetze müssen geändert werden. Wir haben keine einheitlichen Altenpflegegesetze, wir haben unendliche große Mühe, Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zusammenzubringen“ (Hömann 32:50). Auch aus anderen Gründen sehen Befragte hier dringenden Handlungsbedarf: „Ich glaube, dass wir sehr schnell dahin kommen müssen, eine gemeinsame Ausbildungsstruktur zu haben, die auch in einer Zuständigkeit liegt. Nicht wie heute, wo Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege auch noch in unterschiedlichen politischen Gremien behandelt werden, einmal im Ministerium für Gesundheit und im Sozialministerium auf der andern Seite. Das muss endlich zusammengeführt werden“ (Westerfellhaus, 26:45).

Die Statements der Befragten zeigen aber auch Einigkeit darüber, dass eine generalistische Grundausbildung nicht bedeute, „dass es keine Differenzierung geben muss Richtung

Pädiatrie, Richtung Geriatrie, Richtung Heilerziehungspflege“ (Westerfellhaus, 26:32). Entsprechende Spezialisierungen sind jedoch nicht Teil der Grundausbildung, sondern schließen sich in Form einer Fachweiterbildung bzw. eines Master-Studiums daran an: „Das kommt auf die Arbeitgeber zu, dass sie ihre generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen - völlig egal, ob die eine Fachhochschule oder andere Ausbildung haben - dann noch für ihr Spezialgebiet zusätzlich qualifizieren müssen“ (Lüthi, 22:08).

Ein Befragter weist darauf hin, dass es unter den Pflegenden auch Vorbehalte gegenüber der generalistischen Ausbildung gebe, die aus seiner Sicht jedoch unbegründet seien: „Da gibt es aber große Ängste bei den Berufsgruppen, dass da alles subsummiert wird, so quasi: Einer kann alles. Das wird's nicht geben“ (Westerfellhaus, 27:36).

Absenkung der Zugangsvoraussetzungen und Einsatz gering Qualifizierter im Pflegesektor

Gegenläufig zu Prozessen der Akademisierung erfährt der Pflegesektor unter dem Druck des steigenden Bedarfes an Pflegekräften gleichzeitig verstärkte Bestrebungen, gering qualifizierte Mitarbeitende in der Pflege einzusetzen oder Schulabgängern mit Hauptschulabschluss den Zugang zur dreijährigen Ausbildung zu ermöglichen. Diese Reaktionen der Politik auf die demografische Entwicklung sehen viele befragte Experten kritisch und führen dafür unterschiedliche Argumente an. So argumentiert ein Befragter, der Geschäftsführer einer Ausbildungsstätte ist, dass bereits Realschüler mit mittlerem Notendurchschnitt „erhebliche Probleme [damit hätten], Transferdenken zu leisten, eigenständiges Arbeiten umzusetzen, komplexe Zusammenhänge zu erfassen“ (Westerfellhaus, 09:30). Unter dieses Level zu gehen, funktioniere nicht und sei auch den Bewerbern gegenüber nicht fair. Diesen würde damit signalisiert, dass sie den Beruf ergreifen könnten, aber „faktisch wissen wir ja, dass sie scheitern werden schon innerhalb der Probezeit oder innerhalb kürzester Zeit.“ Dabei ginge es auch nicht darum, Hauptschülern den Zugang in die Pflege grundsätzlich zu verwehren, denn ihnen bliebe ja die Möglichkeit, sich über die Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten zu qualifizieren und die dreijährige Ausbildung daran anzuschließen. „Das ist auch ein verantwortlicher Weg, auch gegenüber den Auszubildenden“ (Westerfellhaus, 10:30). Eine andere Expertin, die für einen Berufsverband tätig ist, kann sich nicht vorstellen, dass diese Regelung Bestand hat, „denn dann wären wir mit der deutschen Ausbildung im europäischen Vergleich Schlusslicht und das könnte die europäische Anerkennung gefährden“ (Knüppel, 52:13).

Die Statements der befragten Experten machen deutlich, dass die Senkung der Zugangsvoraussetzung aus ihrer Sicht faktisch kaum Relevanz hat: „Der Vorschlag mit den Hauptschülern wird ‘ne Fußnote bleiben, letztendlich wird das nicht viele Menschen betreffen“ (Schulz, 46:51). Die Senkung der Zugangsvoraussetzungen für den Einstieg in die dreijährige Pflegeausbildung wird jedoch als massive Entwertung des Berufs verstanden, die auch in der Art und Weise zum Ausdruck komme, wie sie zustande gekommen sei, nämlich „dass der Arbeitsminister Arbeitslose hatte und wir ‘n Pflegenotstand kommen sahen“ (Schulz, 34:40). Die rein quantitative ‚Verrechnung‘ von Angebot und Nachfrage ohne fachliche Kompetenzen und Anforderungen im Arbeitsfeld zu berücksichtigen, wird als Kränkung der Berufsgruppe erlebt: „Das ist ne Ohrfeige zu sagen, das kann jeder Hauptschüler. Ich will Hauptschüler nicht entwerten, aber es ist so viel Wissen gefordert, und dann zu sagen: Das kann man auch, wenn man kein Wissen erworben hat“ (Sauter, 26:05). Als Reaktion auf die Absenkung der Zugangsvoraussetzungen prognostiziert ein Befragter, dass dies die Akademisierung eher befördern werde, denn darin komme eine angemessene Ausrichtung auf die hohen Anforderungen im Arbeitsbereich und die Komplexität der zu leistenden Aufgaben zum Ausdruck: „Ich glaube, dass diese Diskussion noch mal einen Schub für die Akademisierung bringen wird, weil das dann schon auffallen wird, z.B. jemanden mit ‘ner Hauptschule überhaupt dieses Examen zu geben. Das hat ja heute noch keiner gekriegt“ (Schulz, 43:48). Einschränkend räumt der Befragte mit Blick auf den drohenden Pflegenotstand ein, dass wenn „wir keine Leute kriegen, dann würden wir vielleicht auch über ‘n Hauptschüler nachdenken“, denn das sei „ja ‘ne Frage, wie groß der Schmerz ist“ (Schulz, 47:42). Deshalb sei eine grundlegende Ablehnung von Hauptschülern nicht unbedingt zielführend. Statt dessen sei es besser, nach Potenzialen zu suchen: „Und ich glaube auch nach wie vor daran, dass es ne Menge Menschen gibt meinetwegen mit Migrationshintergrund, die in der Hauptschule auch falsch sind und die vielleicht auch gar keine schlechten Krankenschwestern wären oder Pfleger“ (Schulz, 49:52). Die Gewinnung geeigneter Bewerber sei eine Aufgabe, um die sich der Berufsstand bzw. die Berufsverbände unbedingt kümmern müssten: „Selber muss sie [die Pflege] sich mit dem Problem auseinandersetzen, sie muss auch ‘ne Einstellungspolitik formulieren, also, heute gegen die Hauptschüler zu wettern und sie in vier Jahren dann doch einzustellen, weiß ich nicht“ (Schulz, 49:38). Dieser Experte verweist noch einmal auf die Dringlichkeit des Versorgungsproblems sowie auf die Tatsache, dass Pflegeberufe in Zukunft um Schulabgänger konkurrieren müssten: „Bei ‘ner wachsenden Pflegebedürftigkeit der

Bevölkerung und keiner mehr, der es machen will, kriegen wir ein Riesenproblem. Das wird so sein. Und dann wären wir vielleicht froh, wenn wir noch ein paar Hauptschüler dazu motiviert kriegen würden, 'ne Krankenpflegeausbildung zu machen. Denn das andere Problem ist nämlich, dass wir in Konkurrenz stehen mit alle anderen Branchen um gute, junge Leute“ (Schulz, 48:25). Vor dem beschriebenen Hintergrund wird noch einmal deutlich, wie wichtig es ist - sowohl für die Pflegenden selbst als auch im Interesse einer gesicherten Versorgung der Bevölkerung - ,dass der Pflegeberuf ein attraktives, professionelles Profil vorweisen kann und das Arbeitsfeld berufliche Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten bietet.

Auch hinsichtlich des Einsatzes gering Qualifizierter stimmen die befragten Experten weitgehend überein: „Professionelle Pflege braucht professionelle Qualifikation“ (Westerfellhaus, 29:54). Personalratsmitglieder geben in diesem Zusammenhang außerdem zu bedenken, dass eine kürzere Ausbildung auch mit einem geringeren Einkommen verbunden sei und sich durch die Konkurrenz von gering Qualifizierten und examinierten Mitarbeitenden die Einstellungschancen der höher Qualifizierten verschlechtern könnten und das Arbeitsfeld insgesamt an Attraktivität verliere: „Wenn der Bedarf höher wird, wird das Vergütungsniveau noch weiter fallen. Dann hast du also 'ne halbwegs qualifizierte Ausbildung, kannst aber daraus überhaupt kein ordentliches Erwerbseinkommen mehr generieren, weil du in Konkurrenz zu den Unausgebildeten, halb Ausgebildeten, Angelernten, Umgeschulten stehst“ (Lückemeier & Ruppel, 02:07:25).

Unter bestimmten Umständen können sich die befragten Experten den Einsatz von gering Qualifizierten im Pflegesektor jedoch durchaus vorstellen, beispielsweise für Tätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich: „Niemand behauptet ernsthaft, dass ein Mensch, der in seinem eigenen Haus lebt und Unterstützung benötigt bei den Einkäufen, beim Aufhängen der Gardinen und sonstigen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, eine dreijährig examinierte Krankenpflegekraft braucht“ (Westerfellhaus, 30:08). Wichtig sei, dass die Steuerung der anfallenden Arbeiten bei den Pflegenden liege und nicht durch ökonomische Überlegungen diktiert werde: „Nur wer da was macht, mit welcher Qualifikation, das muss die Pflege aus sich heraus selbst festlegen. Sonst passiert das, was sich heute verwischt. Es darf nicht passieren, dass aus ökonomischen Gründen oder aus Mangel an qualifiziertem Personal in Altenpflegeeinrichtungen, ich sag' mal, der Reinigungsdienst Tabletten verteilt“ (Westerfellhaus, 30:15). Klarheit hinsichtlich der Kompetenzen und der Zuständigkeiten fordert auch eine andere Expertin - gerade wenn auch Menschen mit geringen

Qualifikationen im Arbeitsbereich tätig würden. Aus ihrer Sicht sind unklare Zuständigkeiten typische Probleme der Pflege, das zur Entwertung von professioneller Pflegearbeit und zur Destabilisierung des beruflichen Selbstbewusstseins sowie des Standings der Pflegenden führe: „Die oft politisch motivierten Strategien, Menschen in solche Berufe hinein zu bekommen“ hätten Auswirkungen auf das Berufsbild bzw. das Image „wenn man nicht gleichzeitig genau regelt, wer denn welchen Kompetenzbereich - im Sinne von Zuständigkeit und von Können - besetzt. Das ist ja ein großes Problem in der gesamten Sozialisation der Pflegenden, dass in der Regel unabhängig von der Qualifikation, also auch von der formalen Qualifikation, in der Pflegepraxis kaum Unterschiede zu verzeichnen sind, nach wie vor nicht. Und das kann zu einer indirekten Entwertung des Berufes führen“ (Hundenborn, 16:42).

Aufgabenbereiche für gering qualifizierte und angelernte Kräfte im Pflegesektor

Unabhängig von der Kritik an den beschriebenen, von der Politik initiierten Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung und trotz des Ärgers über die geringe Anerkennung professioneller Pflegearbeit, sehen die befragten Experten durchaus, dass zur Deckung des Versorgungsbedarfes neben einer besseren, auch akademischen Qualifizierung weitere Maßnahmen erforderlich sind. Diese liegen, wie an anderer Stelle bereits beschrieben in einer Verstärkung der Anstrengungen bei der Gewinnung von Auszubildenden und einer Erweiterung der Ausbildungskapazitäten, aber auch in Strategien, um langjährig erfahrenen Pflegenden die Berufstätigkeit bis zum Erreichen der regulären Altersgrenze zu ermöglichen. Darüber hinaus wurden in den Interviews auch Vorschläge gemacht, wie und unter welchen Bedingungen gering Qualifizierte im Pflegesektor sinnvoll eingesetzt werden könnten.

So betont eine befragte Expertin, dass viele Klienten in Altenheimen „Anwesenheit als Sicherheit“ suchten, dieses Bedürfnis würde im häuslichen Bereich oft durch Haushaltshilfen aus Polen befriedigt und um dem angemessen zu begegnen, könnten nach Ansicht der Expertin durchaus auch unausgebildete Mitarbeitende eingesetzt werden. „Das Ganze muss aber eingebunden sein in ein Konzept, und das müsste den Hilfskräften auch deutlich sein, wo im Grunde die Mitmenschlichkeit eingebunden ist in ein systematisches Konzept“ (Höhmann, 19:20).

In ähnlicher Weise argumentiert ein anderer Befragter, der in seinem Statement deutlich macht, dass auch die Leistungen ungelerner Kräfte Teil des Gesamtkonzeptes sein müssten, dessen Entwicklung und Steuerung bei der Pflege liege, von ihr verantwortet

werden müsse und nicht durch externe Vorgaben festgelegt werden dürfe: „Und wenn die Pflegekraft sagt: Ich habe eine motivierte Hilfskraft, die das sehr gut macht, weil ich steuere den Fall als Pflegekraft und sage: Jetzt wäre es in Ordnung, der Patient ist stabil, mit ihm sich etwas weiter zu beschäftigen, in die Kommunikation zu gehen und dem täte es jetzt gut, einen Spaziergang zu machen, dann ist das die Pflegekraft, die das steuert und die dann auch diese Hilfskraft dafür einsetzen kann. Das ist in Ordnung. Aber nicht pauschal nach Vorgaben: 1 bis 6 macht Hilfskraft, dann kommt das Ende und jetzt kommt die Pflegekraft und hintendran kommt dann irgendwann noch was. Das kann nicht sein, das ist fatal“ (Westerfellhaus, 33:11). Bei der Steuerung pflegerischer Prozesse handle es sich um eine anspruchsvolle und komplexe Aufgabe, denn hier müssten sowohl die Interessen und Wünsche der Kunden als auch fachliche, ethische organisatorische und wirtschaftliche Aspekte berücksichtigt und die Mitarbeitenden entsprechend ihrer Qualifikationen und Fähigkeiten eingesetzt werden: „Da wird der Mensch aufgeteilt, der demenziell erkrankte Mensch wird jetzt aufgeteilt - spazieren gehen, das macht ‘ne Hilfskraft, und dann kommt ‘ne Pflegekraft, die ihn noch in der Grundversorgung oder in den Prophylaxen betreut (...) das kann man ja häufig gar nicht voneinander trennen (...) und das ist für den Patienten ja eigentlich auch der Horror. Auf der anderen Seite muss ich auch sagen, gerade die Begleitung und die Spaziergänge und das Spielen - wenn man das denn so nennt - mit demenziell erkrankten Menschen ist ‘ne Höchsttherausforderung, da kann ich nicht jemanden hinsetzen und sagen: Das können wir alle miteinander. Da ist ja auch eine ethische Einstellung dazu [nötig], d.h. wie gehe ich mit einem solchen Menschen um. Auf der anderen Seite muss man natürlich auch ehrlicherweise sagen: das Klientel in Altenpflegeeinrichtungen hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert. Vor 20 Jahren ist man ja in der letzten Lebensphase vielleicht dahin gegangen, weil man die Gemeinschaft mit älteren Menschen gesucht hat und Beschäftigung angenommen hat und brauchte. Das hat sich heute erheblich geändert. Die sind intensivst pflegebedürftig. Und da muss natürlich die Wundbehandlung des Menschen, der da möglicherweise ‘ne Infektion bekommt, im Vordergrund stehen und ich kann mich schwer zurückziehen und dann sagen: Jetzt geh’ ich in den Park spazieren, obwohl das noch so notwendig sein könnte“ (Westerfellhaus, 32:30).

In diesen Zusammenhang passt auch die Äußerung eines Experten aus einem großen Berufsverband zum Thema ‚Etablierung neuer Gesundheitsberufe‘. Als Beispiel führt er den ‚Physician Assistant‘ an, der nach amerikanischem Vorbild bestimmte ärztlich delegierte Assistenz Tätigkeiten in unterschiedlichen Bereichen (Operationsdienst,

Intensivstation, Notfallambulanz, Dialyse etc.) übernimmt, der allerdings über wenig Steuerungsmöglichkeiten im Arbeitsfeld verfügt: „Ein Berufsverband wie der DBfK der steht natürlich dafür, dass sie da nicht ‚Medizin-light‘ als Ergebnis kriegen. So [nach dem Motto] so ’n bisschen dürfen die machen, aber ansonsten bleibt alles unter medizinischer Federführung und das, was sie dann tun, ist im Grunde nur ‘ne abgespeckte medizinische Fachausbildung, die den gesamten Bereich des Spektrums, das die Pflegeberufe auszeichnet, also insbesondere die Beziehungs- und Interaktionsaspekte, völlig ausblendet und dort auf ein sehr eng geführtes, krankheitsdominiertes Blickfeld hin ausbildet. Das ist ja auch der Beruf von Medizinerinnen, da sind Pflegenden doch etwas breiter in der Wahrnehmung“ (Tackenberg, 22:37). Diese Aussage impliziert einen weiteren wichtigen Aspekt von Pflegearbeit, nämlich die Interaktion mit den zu Pflegenden, die - wie die Interviews mit den Pflegenden deutlich gezeigt haben - in der Wahrnehmung der Pflegenden neben der Fachlichen Expertise gewissermaßen den Kern von Pflegearbeit ausmachen und die für Berufswahl, Arbeitsmotivation, berufliche Identität und auch das Erleben von Wertschätzung und die Entwicklung von Stolz von zentraler Bedeutung sind. Berufsbilder, die wenig Eigenständigkeit beinhalten und Interaktionsarbeit mit Kunden vernachlässigen, stellen aus Sicht dieser Befragten keine attraktive Alternative zum Pflegeberuf dar, sondern bedeuten einen Rückschritt hinter das bisher Erreichte.

Eine Expertin nimmt im Zusammenhang mit dem Einsatz gering Qualifizierter im Pflegesektor Bezug auf den Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR)²⁰, der entwickelt wurde, um Qualifikationen europaweit vergleichbar zu machen und die berufliche Flexibilität der Beschäftigten innerhalb Europas zu erhöhen. Der EQR unterscheidet acht Qualifikationsniveaus, eine höhere Qualifikation entspricht im EQR entsprechend einem höheren Niveau. Die Befragte betont, dass es in der Pflege Platz für Qualifikationen unterhalb von Niveau 4 gebe und bezieht sich damit auf Aufgaben, die keine Steuerungsfunktionen beinhalten, sondern auf die Alltagsbegleitung (Niveau 1), die persönliche Assistenz und Betreuung (Niveau 2) oder die Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses (Niveau 3) ausgerichtet sind. Entsprechend „abgestufte Qualifikationen in formaler Hinsicht“ müssten in Deutschland erst noch geschaffen werden: „Und das geht beim Laienpflegenden los (...) und reicht über Alltagsbegleitung, über solche Qualifikationen, die zum Teil schon angeboten werden über Lehrgänge, und da

²⁰ vgl. Knigge-Demal & Hundenborn (2011): Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen, S. 11 (Übersicht über die acht Qualifikationsniveaus)., download am 26.04.2012: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_06_Entwurf-Qualifikationsrahmen.pdf

wird man sehr sorgsam darüber nachdenken müssen, wer in diesem Qualifikationsmix welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten übernehmen kann“ (Hundenborn, 20:34). Problematisch sei die Einstufung im EQR aus Sicht der Expertin allerdings, weil dies „ja auch eine Klärung des Pflegebegriffes voraussetzen würde, die konsensfähig ist“ (Hundenborn, 20:04). Trotz der Abgrenzungsprobleme befürwortet diese Expertin einen „geregelten Qualifikationsmix“, da die gesellschaftlichen Herausforderungen in der Versorgung älterer Menschen nicht mit dreijährig examinierten Pflegefachkräften zu bewältigen seien (Hundenborn, 17:54). Trotz der Probleme bei der Definition und Abgrenzung von Aufgabenbereichen und Qualifikationsniveaus und dem Transfer in die Arbeitspraxis ist eine solche Differenzierung aus Sicht dieser Expertin jedoch sinnvoll, weil dadurch die Professionalität pflegerischer Leistungen deutlich werde und der Status und das Selbstbewusstsein Pfleger gestärkt werde: „Wir brauchen Regelungsinstrumente, mit denen wir denen, die mehr gelernt haben und mehr können, auch andere Verantwortung und damit auch ein anderes Selbstbewusstsein geben“ (Hundenborn, 18:25). Diese Expertin kritisiert, dass im Pflegealltag „Qualifizierungswege, formale Abschlüsse und tatsächliche Kompetenzen relativ wenig eine Rolle zu spielen scheinen“ und macht am Beispiel des Begriffes ‚Fachkraft‘ deutlich, dass auf den ersten Blick vielleicht formalistisch anmutendes Beharren auf Definitionen durchaus Relevanz für die Praxis habe und den Interessen der Pflegenden dienen könne: „Auch wie jetzt gerade, die Aufweichung der Fachkräfteregelung, d.h. auch unterhalb der 3-jährigen Ausbildung - das war ja ‘ne ganze Zeit lang jetzt Konsens - von Fachkräften zu sprechen. Das muss zu einer schleichenden Entwertung führen und kann auch auf das Selbstbewusstsein der Pflegenden Einfluss nehmen“ (Hundenborn, 17:35).

Ein weiteres Problem, das sich aus dem Einsatz gering Qualifizierter in der Pflege ergibt, wird darin gesehen, dass Fachkräfte für deren Fehler verantwortlich seien, auch wenn die Personalsituation die notwendige Anleitung oder Überwachung gar nicht zulasse: „Da macht man die Pflegefachkräfte verantwortlich haftbar für Pflegemängel und will aber nicht sehen, dass Pflegemängel natürlich auch da entstehen, wo nicht oder gering Qualifizierte natürlich Pflegetätigkeiten übernehmen müssen, weil einfach die Personaldecke so dünn ist“ (Knüppel, 37:56).

Personalratsmitglieder weisen darauf hin, dass der Einsatz gering Qualifizierter nicht selten im Ersatz dreijährig examinierter Pflegenden bestehe, den sie für höchst problematisch halten. Es gehe dabei meist um Einsparungen und entwerfe damit auch die

in der Pflege zu leistende Arbeit: „Die Wertigkeit drückt sich im Gehalt aus“ (Lückemeier/Ruppel, 32:50). Eine Differenzierung nach Qualifikation in unterschiedliche Hierarchieebenen und eine entsprechende Zuweisung bestimmter Aufgaben lasse Probleme an den Schnittstellen befürchten und komme der Wiedereinführung der Funktionspflege und der „Umsetzung des Produktionsprozesses im Krankenhaus“ gleich. Dadurch seien verstärkt Konflikte zwischen den Hierarchieebenen sowie zwischen den beteiligten Professionen zu befürchten. Eine Spezialisierung sei bereits durch die Tätigkeit in bestimmten Abteilungen (Chirurgie, Gynäkologie etc.) gegeben, eine weitere Differenzierung auf bestimmte Aufgabenbereiche sei nicht erforderlich (vgl. Lückemeier/Ruppel, 18:59).

Die Vertreterin eines Berufsverbandes sieht eine Perspektive für geringer Qualifizierte darin, auch ihnen eine Ausbildung zukommen zu lassen. Sie favorisiert mit Bezug auf Bildungskonzept des deutschen Bildungsrates eine zweijährige Qualifikation, die auf breiter Front für eine Berufstätigkeit im Gesundheitswesen qualifiziere. Damit gäbe es auch für Mitarbeitende im Pflegesektor mit geringerer Qualifikation einen „Ausbildungsberuf, der auch einen Lebensunterhalt erbringen kann“ (Knüppel, 39:24).

Vergleichbar mit der Kritik an der Senkung der Zugangsvoraussetzungen mit dem Ziel drohende bzw. bereits bestehende ‚Versorgungsengpässe‘ zu beseitigen, wird auch der Einsatz von Arbeitssuchenden, die auf Druck der Agentur für Arbeit in den Pflegesektor gehen, kritisch gesehen: „Aber wenn man die Leute nötigt, in den Beruf zu gehen, weil der Arbeitsmarkt nichts anderes hergibt, und 1-Euro-Kräfte genötigt werden, Arbeiten zu tun, die sie nicht tun möchten, also dann finde ich das nicht gut“ (Kniep, 33:25). Wichtig für die Arbeit in der Pflege sei jedoch die persönliche Motivation und die Freude an der Arbeit mit Menschen. Wenn diese auf Seiten der Mitarbeitenden vorhanden seien - so die Befragte - dann biete der Pflegesektor Arbeitsmöglichkeiten für Mitarbeitende mit den unterschiedlichsten Qualifikationen und Fähigkeiten: „Wir brauchen nicht nur Experten. (...) Ich glaube, wir brauchen Menschen mit emotionaler Intelligenz, ich drück das mal so aus. Und emotionale Intelligenz kann ich nicht am Hauptschulabschluss, am Real- oder Abi festmachen. Ich glaube, wenn man mit Menschen arbeitet, dann sollte es multiprofessionell sein, d.h. jeder ist willkommen, der Spaß daran hat, mit Menschen zu arbeiten und dann ist auch so ‘ne kleine Anlernausbildung gerade recht“ (Kniep, 33:18).

Unabhängig davon, wie die befragten Experten zum Einsatz gering Qualifizierter stehen, teilen sie die Einschätzung, dass deren Anteil in der Pflege in Zukunft größer werden wird

und dass damit eine der Akademisierung gegenläufige Entwicklung stattfindet: „Wir werden stärker als bisher mit Hilfskräften arbeiten (...) und natürlich wäre es wünschenswert, wenn in 10 Jahren jeder, der Bezugspfleger ist, ‘n Bachelor hat. (...) Auch da bin ich sehr pessimistisch“ (Sauter, 23:15). Ob diese Entwicklung sich - die wie die soeben zitierte Befragte befürchtet - ungünstig auf die Qualität der Arbeit auswirkt und die Gruppe der Pflegenden möglicherweise in ‚Gewinner‘ und ‚Verlierer‘ teilt, oder ob es gelingt, durch ein gut koordiniertes Miteinander der Qualifikationen die Qualität zu verbessern und mit Hilfe eines klar gegliederten und durchlässigen Ausbildungssystems neue Karrierewege zu eröffnen, hängt aus Sicht eines Befragten auch vom berufspolitischen Engagement der Pflegenden und ihrer Interessenvertretungen ab: „Die Pflege war immer stark zu sagen, was alles nicht geht, und so haben sie ja auch lange festgehalten an der Idee, dass man nur dreijährig Ausgebildete in der Pflege gebrauchen kann, was ja ausgemachter Unsinn war. Das Problem ist dann, dass irgendwann diese Diskussionen von anderen für einen selber geführt werden, von irgendwelchen Geschäftsleuten. Statt dass die Pflege selber hergeht und ein vernünftiges Modell zur Differenzierung von Qualifikationsprofilen vorlegt“ (Schulz, 45:00).

Wertschätzung für Pflegende im Kontext von Arbeitsbedingungen und Qualifikationen

Zwischen Qualifikationen und Arbeitsbedingungen auf der einen und dem Erleben von Wertschätzung auf der anderen Seite bestehen aus Sicht von Experten ebenfalls Zusammenhänge, die im Rahmen der Interviews thematisiert werden. So werden die Arbeitsbedingungen, unter denen Pflegearbeit in Deutschland gegenwärtig stattfindet, nicht als Ausdruck gesellschaftlicher Wertschätzung wahrgenommen. Der dauerhaft hohe Zeitdruck und der chronische Personalmangel zeigten, dass die den Mitarbeitenden keine ausreichenden personellen oder finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und sie in dem Dilemma, ihre Klienten entsprechend beruflicher Standards, ethischer Überzeugungen und auch gesellschaftlicher Erwartungen (!) versorgen zu können, allein gelassen würden. Auch politische Maßnahmen, wie die bereits beschriebene Senkung der Zugangsvoraussetzungen oder der Einsatz von gering Qualifizierten im Pflegesektor ohne jedoch Aufgabenprofile und Zuständigkeiten genau zu regeln, vermitteln aus Sicht der Befragten ein Berufsbild, in dem Wissen und fachspezifische Kompetenz keinen hohen Stellenwert haben. Damit würde den Pflegenden, „die ‘ne hochqualifizierte, hochanspruchsvolle Arbeit unter hohem Zeitdruck leisten“ keine Wertschätzung zuteil,

sondern dies entwerte die Arbeit und stelle eine Kränkung für die ganze Berufsgruppe dar: „Das ist ‘ne Ohrfeige zu sagen, das kann jeder Hauptschüler“ (Sauter, 26:00).

Eine Befragte weist auf die Diskrepanz zwischen der Realität des Arbeitsalltags und den im Rahmen der beruflichen Sozialisation vermittelten Idealen hin. In der Ausbildung werde „große Wertschätzung in den Beruf gelegt“ und zwar „in der unterrichtlichen Vermittlung und in der gesamten Philosophie“ (Hundenborn, 07:58). Die Rahmenbedingungen der Arbeit spiegelten den Pflegenden „mittelbar über die Einrichtung ein anderes Bild der Gesellschaft (Hundenborn, 08:10). „Es ist mehr ein indirekter Prozess. Das Image der Pflege - wenn danach gefragt wird - ist etwas anderes als das, was sich vermittelt über restriktive Rahmenbedingungen“ (Hundenborn, 08:56). Hier erlebten Pflegende, dass ihr Beruf „mit gesellschaftlichen Ignorierungs- oder Abwertungstendenzen“ konfrontiert würde („Hundenborn, 26:44). Es sei wichtig Auszubildende auf die Wirklichkeit des Arbeitsalltags gut vorzubereiten und diese gemeinsam zu reflektieren. Problematisch sei hingegen, „wenn im Fachseminar idealtypische Vorstellungen vermittelt werden, ohne dass die Schüler/innen in der Schule selbst mit ihrer Berufswirklichkeit konfrontiert werden oder sie reflexiv aufarbeiten können“ (Hundenborn, 28:40). Dazu seien „berufspädagogische oder fachdidaktische Ansätze“ nötig, mit denen dies auch umgesetzt werden könne. Die befragte Expertin benutzt den Begriff der „realistischen Utopie“, der beinhalte, dass Ideale als wesentlicher Motor für berufliche Entwicklungen nicht verleugnet würden und gleichzeitig nach realistischen Handlungsmöglichkeiten gesucht werde: „Wo sind begrenzende Rahmenbedingungen, aber auch Möglichkeiten und Spielräume?“ (Hundenborn, 31:48). Pflegende bereits in der Ausbildung darin zu unterstützen, ist in den Augen dieser Expertin auch ein Aspekt von Wertschätzung, der dazu beitragen kann, die zukünftigen Pflegenden zu befähigen, - im Sinne von Selbstwertschätzung - für sich zu sorgen und für die eigenen Interessen einzustehen. Dies beziehe sich sowohl den eigenen Arbeitsbereich als auch auf ein berufspolitisches Engagement: „Wenn man sozusagen nicht den klassischen Weg unterstützen und nähren will, nämlich dass beschränkende Rahmenbedingungen durch individuellen Mehr-Einsatz kompensiert werden. Das ist ja ein klassisches Phänomen, das wir in den Pflegeberufen - mit allen pathologischen Entwicklungen bis hin zu Burnout oder Coolout - kennen“ (Hundenborn, 31:54).

5.3.3 Die berufliche Situation erfahrener, älterer Mitarbeitender

Spezifische Probleme langjährig erfahrener Pflegenden

Die befragten Experten teilen die Einschätzung, dass es insbesondere für ältere Beschäftigte in der Pflege schwierig ist, den Anforderungen am Arbeitsplatz unter den verschärften Bedingungen gerecht zu werden und dabei gesund zu bleiben. Neben den körperlichen Belastungen wird auch die emotionale Erschöpfung angesprochen, die u.a. auch daraus resultiere „sich permanent mit Leiden zu konfrontieren“ (Höhmann, 51:30). Die komplexen Aufgaben, denen sich Pflegenden tagtäglich gegenüber sehen, bedeuten demnach sowohl eine starke körperliche Beanspruchung, aber auch psychische Belastungen, die sich über die Jahre akkumulieren und schließlich zu manifesten Erkrankungen führen können. Aus Sicht der Befragten müsse solchen Entwicklungen und den damit verbundenen Folgen für Betroffene und Unternehmen mit entsprechenden Maßnahmen von Seiten der Einrichtungsträger, aber auch von der Politik frühzeitig entgegengewirkt werden: „Es gibt viele Probleme für ältere Mitarbeiter, sei es gesundheitlicher Art oder stressbedingt, die es erschweren, in höherem Alter im Beruf zu bleiben, wenn darauf keine Rücksicht genommen wird“ (Hundenborn, 42:05).

Dazu gehört unbedingt eine gute Qualifikation, die sich nicht auf die Erstausbildung beschränkt, sondern durch Fort- und Weiterbildung im Verlauf des Berufslebens erweitert wird, denn diese erhöht die Chancen, auch in späteren Berufsjahren einen angemessenen Arbeitsplatz zu finden. Diese Einsicht scheint jedoch erst langsam bei den Unternehmen und im Bewusstsein der Pflegenden selbst anzukommen. Befragte Experten aus dem Personalrat eines Krankenhauses weisen darauf hin, dass es wenig Möglichkeiten für ältere Mitarbeitende oder Pflegenden mit chronischen Erkrankungen gebe, einen angemessenen Arbeitsplatz ohne finanzielle Einbußen zu finden „Je schmaler Sie ausgebildet sind, desto schwieriger ist es, für sich eine sinnvolle Alternative zu finden“ (Lückemeier & Ruppel 26:58). Wenn Pflegenden es versäumt hätten, sich weiterzubilden, denn dann könnten „sie in die Situation kommen, dass Jüngere an ihnen vorbeiziehen, weil ihnen die Qualifikation fehlt, z.B. in Form von Computerkenntnissen, um als Kodierkraft zu arbeiten“ (Knüppel, 55:35).

Auch die Rahmenbedingungen, insbesondere die dünne Personaldecke und der hohe Zeitdruck, unter denen Pflegearbeit gegenwärtig geleistet werden muss, tragen aus Sicht von befragten Experten dazu bei, die Situation älterer Mitarbeitender zu verschärfen. Konkret verweist ein Experte hier auf die personellen Kürzungen des Pflegepersonals in

Krankenhäusern, während im gleichen Zeitraum die Anzahl ärztlicher Mitarbeitender gestiegen sei.²¹ Wenn personelle Ressourcen bereits auf ein kritisches Maß reduziert worden seien, habe ein Team keine Spielräume mehr, um weniger leistungsfähige Kollegen mitzutragen. Bei einer weniger angespannten personellen Situation im Pflegebereich, wie sie nach Ansicht eines Experten durch eine Orientierung an der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych PV) gewährleistet wäre, „wäre es auch nicht die große Frage, ob man es hier bis zur Rente schafft“ und ein Team könnte „auch mal wieder einen ertragen, der nicht auf 100% funkt“ (Schulz, 01:02:00).

In diesem Zusammenhang thematisiert wird auch die zunehmende Dominanz ökonomischer Kriterien in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die mit Arbeitsverdichtung und zunehmendem Zeitdruck einhergehen. Langjährig tätige Mitarbeitende (dies bestätigen im Übrigen auch Aussagen aus den Interviews mit Pflegenden) haben diese Entwicklung häufig selbst hautnah miterlebt und als schmerzhaft Beschränkung ihrer professionellen Handlungsmöglichkeiten wahrgenommen. Die „Klagen vieler Mitarbeiterinnen, wenn Ökonomie über alles gestellt wird, dann geht es ja an die Wurzeln der beruflichen Motivation, d.h. sich ursprünglich in seiner beruflichen Tätigkeit auf den Menschen auszurichten“ - diese Klagen sind aus Sicht der Expertin nachvollziehbar und als Reaktion auf „eine ganz gefährliche Entwicklung“ zu verstehen (Hundenborn, 48:06). Diese Einschätzung bestätigt auch die Aussage einer weiteren Expertin, die den Entfremdungsprozess von wichtigen, identitätsstiftenden Berufsidealen folgendermaßen beschreibt: „Und das, was ich in meinen ersten Berufsjahren sehr geschätzt habe, dass man sich so umfassend um einen Menschen kümmern kann, das geht immer mehr weg. Und das ist ‘n zusätzlicher Stressor, vor allem für die älteren Mitarbeiter, die das anders kennen, die früher auch mal ‘n Ausflug mitmachen durften. Und jetzt ziehen sie die Bewohner schön an und gucken, dass die Protektorenhose richtig sitzt und die Inkontinenzeinlage und dann schicken sie sie in den Bus und wünschen der Sozialarbeiterin, die mitfährt, ‘n schönen Tag. - Da ist die Pflege nicht mehr rund, wenn man solche Dinge ausklammern und delegieren muss“ (Sauter, 40:45).

Eine andere Expertin weist darauf hin, dass „ältere Mitarbeiter nicht als Problem gesehen werden“ wollen und dass es wichtig sei, auch die jungen Kolleg/innen nicht aus dem Blick zu verlieren. Inzwischen seien oft zwei, manchmal sogar drei Generationen in einem Team

²¹ vgl. Simon, Michael (2008): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. download: 19.04.2012: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-116-4-1.pdf

vertreten, worin natürlich auch Konfliktpotenzial läge, das „mit dem Thema ‚ältere Arbeitnehmer‘ ja noch längst nicht abgearbeitet“ sei (Knüppel, 07:19). Außerdem habe sich gezeigt, dass die Annahme, dass ältere Mitarbeitende grundsätzlich weniger belastbar seien als jüngere, nicht haltbar sei²² „Die Pflegenden - egal ob sie nun älter oder jünger sind - in den Krankenhäusern sind so ausgepresst seit einigen Jahren und die Älteren – manchmal verkraften die es sogar noch besser als die Jüngeren. Oder sie bleiben einfach, weil sie vielleicht auch keine Alternative haben, während die Jüngeren einfach schneller aufgeben“ (Knüppel, 11:30). Für langjährige Mitarbeitende stelle sich die Situation eher so dar, dass die Folgen der extrem hohen Belastungen der Vergangenheit jetzt deutlich würden: „Engagierte, die über viele Jahre noch kompensiert haben - immer in der Hoffnung, es wird dann wieder besser - und auch den Patienten zuliebe kompensiert haben, dass die jetzt reihenweise ausfallen und dekompensieren und dann auch richtig gravierend krank werden“ (Knüppel, 11:41). Zu der körperlichen Erschöpfung und den gesundheitlichen Folgen beruflicher Belastungen hinzu käme die Enttäuschung darüber, „dass all diese Opfer im Grunde nichts genützt haben“. Die Bereitschaft, sich im Interesse der Patienten zu engagieren, habe aus Sicht vieler langjährig Beschäftigter weder den erhofften Erfolg gebracht noch positive Resonanz hervorgerufen, sondern sei verbunden mit der Erfahrung, dass der eigene Einsatz die Lage eher verschlechtert habe. Pflegende seien zu der Erkenntnis gekommen, dass „umso mehr sie sich einbringen, umso mehr werden sie eben auch ausgenutzt“. Nach Einschätzung dieser Befragten sei die Enttäuschung und Frustration bei diesen Mitarbeitenden inzwischen so groß, dass sie „jetzt einfach nicht mehr können, aber auch nicht mehr wollen“ (Knüppel, 17:17).

Eine andere Befragte warnt davor, die Skepsis erfahrener Pflegender gegenüber Veränderungen im Arbeitsbereich „nur als ein Organisationshemmnis zu sehen“ (Höhmann, 53:50). Die Nutzung der Erfahrungen langjähriger Pflegender könne auch bedeuten, ihren Widerstand gegenüber Neuerungen ernst zu nehmen. Hinter dieser Aussage dürfte die Erkenntnis stehen, dass nicht jede Innovation tatsächlich Fortschritt mit sich bringt und die Einbeziehung erfahrener und gerade auch kritischer Mitarbeitender dazu beitragen kann, Fehler aus der Vergangenheit in Zukunft zu vermeiden.

²² Die Befragte verweist in diesem Zusammenhang auf Ergebnisse einer Blitzumfrage des DBfK aus dem Jahre 2009 zur Wirksamkeit des von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ursula Schmidt initiierten Förderprogrammes für Krankenhäuser

Spezifische Kompetenzen erfahrener Mitarbeitender

Viele befragte Experten betonen den Wert, den insbesondere das Erfahrungswissen langjährig tätiger Pflegekräfte hat: „Und ich brauch‘ die Menschen mit Erfahrung. Die sind Gold wert“ (Westerfellhaus, 42:19). „Wir können aus Personal- und Kompetenzgründen gar nicht auf die älteren und hochefahrenen Mitarbeiter/innen verzichten“ (Hundenborn, 43:10).

Eine Befragte wies darauf hin, dass ältere Mitarbeitende - vorausgesetzt die berufliche Entwicklung habe unter günstigen Bedingungen stattgefunden - über mehr Selbstbewusstsein und ein besseres berufliches Standing verfügten als Berufseinsteiger: „Wenn das Älterwerden in einem Beruf nicht mit einer vollzogenen inneren Resignation einhergeht, dann würde ich schon sagen, dass das Selbstbewusstsein mit zunehmendem Alter und zunehmender Erfahrung - also nicht einfach nur länger im Beruf sein, sondern Erfahrungsbildung auf der Grundlage von Reflexion - zunimmt“ (Hundenborn, 45:50). Die Reflexion der eigenen Arbeit beinhaltet aus Sicht dieser Befragten insbesondere eine Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen, Haltungen und Handlungen und ver helfe den Pflegenden zu einer schützenden Distanz „gegen Anfeindungen oder - etwas abgeschwächt - gegen Zweifel von außen“ und gebe ihnen damit mehr Sicherheit, um eigene Meinungen und Standpunkte im Arbeitsfeld zu vertreten (Hundenborn, 46:33).

Eine Expertin betont, dass insbesondere ältere Pflegende zwar Probleme damit hätten, ihre Arbeitsleistungen, z.B. im Rahmen der zu leistenden Pflegeplanung und -dokumentation, in Worte zu fassen, aber über viel intuitives Wissen verfügten, das für die zu Pflegenden sehr wertvoll sei: „Und ich glaube auch, unsere alten Mitarbeiter, die wirklich im Umgang mit den Bewohnern so ‘nen Expertenstandard haben, nicht alle, aber viele sind wirkliche Experten, die ein ganz, ganz tolles Gefühl haben für die Bewohner, die quälen wir sehr, wenn wir die immer dazu nötigen, das in Worte zu fassen, was sowieso gar nicht verbalisierbar ist, und dann in der standardisierten Sprache irgendwie abzubilden. Das stresst die ja auch. Und für die Dokumentation werden sie ja auch immer angefahren und aufgehängt, wenn die verkehrt ist. Das würde ich den älteren Mitarbeitern gern ersparen“ (Sauter, 43:00).

Einschränkend wird auch konstatiert, dass die Berufserfahrungen älterer Mitarbeitender nicht in jeder Einrichtung als Ressource wahrgenommen würden, dies hänge von der jeweiligen Unternehmenskultur ab. Viele ältere Arbeitnehmer hätten „oft schlechte Erfahrungen gemacht, haben die Nase voll und resigniert“ (Lückemeier & Ruppel,

01:51:00). Auch die Erwartung jüngerer Pfleger, dass ältere Kollegen bei nachlassender Leistungsfähigkeit besser in Teilzeit arbeiten sollten nach dem Motto: „Wenn sie es nicht mehr packt, dann soll sie lieber reduzieren“, mache deutlich, dass Erfahrungswissen derzeit auch im Kollegenkreis kein hohes Ansehen genieße und auch unter den Pflegenden selbst das Bewusstsein für den Wert von Erfahrungswissen noch entwickelt werden müsse.

Es gibt jedoch durchaus auch positive Beispiele für einen wertschätzenden Umgang mit älteren Pflegenden. So äußert sich eine Befragte aus der Schweiz sehr zufrieden über die entsprechende Kultur und die damit verbundenen Strategien im eigenen Arbeitsbereich: „Wir schauen uns die Arbeitsplätze an (...), wir monitoren das Alter, wir sind auch von den jährlichen Mitarbeitergesprächen sehr aktiv. Also, da ist in vielen Betrieben eine große Wertschätzung älteren Mitarbeitenden gegenüber und eine Bedachtsamkeit im Einsatz“ (Spirig, 45:30). Ein Problem ist aus Sicht dieser Befragten die Ablehnung der Akademisierung der Pflege unter den älteren Pflegenden, auf die von Seiten der Klinikleitung mit Informationen und Kursangeboten reagiert würde.

Vorschläge der Experten für einen angemessenen Einsatz langjähriger Pfleger

Um einerseits die beruflichen Belastungen langjähriger Beschäftigter in der Pflege für diese erträglich zu machen und ihnen ‚Arbeit bis zur Rente‘ zu ermöglichen und andererseits diese Mitarbeitenden in den Einrichtungen zu halten, ihr über Jahre angesammeltes Erfahrungswissen anzuerkennen und in der Arbeit nutzbringend einzusetzen, gab es eine ganze Reihe von Vorschlägen der befragten Experten.

Wichtig sei, dass Betriebe und Mitarbeitende sich gemeinsam der Verantwortung stellen und aktiv würden und zwar einerseits durch Prävention und andererseits durch eine Veränderung der Aufgabenprofile. Im Sinne der Prävention müssten sich die Mitarbeitenden selbst fragen „Wie erhalte ich (...) mich persönlich gesund, damit ich über dieser Arbeitsbelastung nicht krank werde“ und genauso müsse der Betrieb ein Interesse daran zeigen, dass „Ausfallzeiten, die durch Erkrankung entstehen und durch Verschleiß entstehen, eben auch in der Phase der letzten Jahre eines Arbeitslebens begrenzt werden“ (Westerfellhaus, 39: 00). Die Einrichtungen im Gesundheitswesens könnten hier von Wirtschaftsunternehmen lernen, die entsprechende Konzepte der Personalentwicklung seit geraumer Zeit erfolgreich umsetzten. Allerdings müsste eine individuelle Laufbahnplanung frühzeitig beginnen, es sei „zu spät erst mit 45 oder 50 anzusetzen“ (Knüppel, 49:05). Viele ‚Schonarbeitsplätze‘, auf die Mitarbeitende mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit in der Vergangenheit versetzt werden konnten, seien inzwischen abgebaut worden und die

Arbeit in Ambulanzen sei unter den gegenwärtigen Bedingungen auch nicht mehr als ‚ruhig‘ zu bezeichnen. Eine frühzeitige Planung der Berufslaufbahn, die auch für die letzten Jahre der Berufstätigkeit angemessene und attraktive Perspektiven eröffne, setze jedoch auf Seiten der Mitarbeitenden das Bewusstsein voraus, „dass ich auch über Weiterqualifizierung in Segmente eintrete in meiner späteren Lebensarbeitsphase, die meine körperliche Belastung erträglich machen oder reduzieren“ (Westerfellhaus, 40:06). Gemeinsames Ziel der Beteiligten sei die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit, denn „für das Gesundheitssystem, da bricht ‘ne Versorgung zusammen und für den Einzelnen ja auch, weil reduzierte Rentenansprüche“ die Folge sind (Westerfellhaus, 41:00).

Um das Erfahrungswissen langjähriger Pflegekräfte „positiv nutzen zu können“ schlägt eine Befragte vor, im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen insbesondere den Erwerb von „Anleitungsqualifikationen“ zu fördern, von denen Auszubildende und Berufsanfänger, aber beispielsweise auch pflegende Angehörige profitieren können (Höhm, 53:30). Außerdem könnten erfahrene Mitarbeitende - wie es in skandinavischen Ländern bereits praktiziert würde - verstärkt beratende Aufgaben übernehmen. (vgl. Hundenborn 44:00). Ein konkreter Vorschlag, der auch an großen deutschen Kliniken bereits praktiziert würde, sei der Einsatz älterer Mitarbeiter/innen für die telefonische Beratung chronisch Kranker. Hier würden z.B. entlassene Patienten noch eine Zeitlang im Sinne von Nachsorge weiter betreut und für diese Aufgabe würden unbedingt Pflegekräfte mit Berufserfahrung gebraucht, „denn die müssen den Zustand einschätzen können“ (Knüppel, 53:36). Außerdem nehme der Bedarf an Mitarbeitenden zu, die Patienten im Rahmen klinischer Studien betreuen und die dafür notwendigen Daten erheben. Allein an der Medizinischen Hochschule Hannover, an der die befragte Expertin viele Jahre gearbeitet hat, seien über 300 sogenannte ‚Study Nurses‘ tätig. (vgl. Knüppel, 57:30). Der Bedarf an Pflegenden, die kommunikative, beratende oder anleitende Aufgaben übernehmen können, wird aus Sicht von Befragten weiterhin steigen: „Das [Kommunikation, Beratung, Anleitung] wird viel wichtiger werden als das tatsächliche Tun, das Heben, Machen. Und da gibt es auch sehr viele Arbeitsplätze, wo man Leute mit einer großen Berufserfahrung hinentwickeln kann“ (Schulz, 01:04:20). Dabei müsse den Mitarbeitenden die Teilnahme an Fort- und Weiterbildung oder auch Studiengängen unabhängig vom Alter ermöglicht und vom Arbeitgeber unterstützt werden (Lüthi, 32:30).

Ein gutes Beispiel für die Umsetzung gezielter Personalentwicklung im Bereich der Pflege liefert eine Expertin aus der Schweiz. Das Klinikum, in dem die Befragte tätig ist, bietet in

Anlehnung an das Vorbild amerikanischer Magnetkrankenhäuser den dort arbeitenden Pflegenden die Chance, alle möglichen Karriereschritte im eigenen Haus zu durchlaufen - eine Errungenschaft, für die die Befragte sich persönlich eingesetzt hat und mit dem Anspruch verfolgt wird, die eigene Laufbahn von Anfang an planbar zu machen: „Und man kann von Stufe 1 [diplomierte Pflegefachkraft] bis Stufe 6 [Leitung der klinischen Pflegewissenschaft] eine ganze Karriere in unserem Haus durchlaufen (...) auch mit Lohnanpassungen entsprechend, wo es wirklich darum geht auf jeder Stufe Mitarbeitende sinnvoll zu unterstützen, einzubringen und die Karrieren gut zu planen“ (Spirig, 48:58).

Neben Qualifizierungsmaßnahmen, die langfristig das Aufgabenprofil der Pflegenden verlagern, könnten konkrete und auch kurzfristig umsetzbare Entlastungsmöglichkeiten für ältere Mitarbeitende darin bestehen, dass beispielsweise der Umfang der Aufgaben mit Blick auf eine häufig geminderte körperliche Belastbarkeit älterer Pflegenden verringert würde, oder die Belastungen von Schicht- bzw. Nachtdienst durch eine entsprechende Dienstplanung reduziert würden (vgl. Hundenborn, 43:14). Eine flexible Gestaltung der Dienstpläne, die den Bedürfnissen älterer Mitarbeitender entgegenkommt, sollte von den Teams eigenverantwortlich geregelt werden können und von Seiten der Führungskräfte unterstützt werden: „Bei uns sind alle Dienstzeiten erlaubt, solange die Bewohnerversorgung aufrecht erhalten werden kann“ (Sauter 43:45).

Die Aufteilung der Arbeit könne auch so aussehen, dass „die Jüngeren mehr in die körperliche Arbeit gehen und die Älteren mehr in die versorgende“ (Kniep, 38:41). Da die Fähigkeiten und Grenzen jüngerer und älterer Pflegenden in mancher Hinsicht anders seien, könne nicht eine Gleichbehandlung der Mitarbeitenden das Ziel sein, sondern eine möglichst gerechte Aufteilung der Aufgaben: „Wir müssen Modelle finden, die nach dem Gerechtigkeitsprinzip - nicht nach dem Gleichheitsprinzip - vorgehen, nämlich dem Einzelnen ein Arbeitsumfeld und Arbeitsinhalte ermöglichen, die seinen sich verändernden körperlichen und geistigen Möglichkeiten entsprechen“ (Hundenborn, 42:53).

Angemessene Arbeitsplätze für ältere, erfahrene Pflegende zu finden, erfordere stets „individuelle Lösungen“ (Lüthi, 36:31). Es sei Aufgabe der Führungskräfte, wahrzunehmen, wie es den Mitarbeitenden an ihrem Arbeitsplatz gehe bzw. zu reagieren wenn „jemand selber aktiv sagt: Jetzt wird es mir zu viel“ (Lüthi 36:35). Dann müsse mit Blick auf die individuellen Bedürfnisse und Ansprüche geschaut und gemeinsam nach

Wegen gesucht werden: „Es gibt Leute, die wollen lieber reduzieren“, ältere Mitarbeitende wünschten sich häufig, „dass sie nicht mehr auf die Nachtwache müssen“ oder dass „der Rhythmus ein wenig regelmäßiger sein könnte“ (Lüthi, 36:42). Durch eine Veränderung der Dienstplanung könne also für Entlastung gesorgt werden könne.

Ziel der Bemühungen, geeignete Arbeitsplätze für langjährige Mitarbeitende zu finden, müsse es sein, die „Mitarbeiter anständig alt werden [zu] lassen, indem beispielsweise die Arbeitszeiten entsprechend ihrer Bedürfnisse verändert oder Angebote zur Weiterqualifizierung gemacht würden. Im Rahmen der Gesundheitsförderung könnten außerdem Kurse zum Thema ‚Stressmanagement‘ angeboten werden, um die Mitarbeitenden in den eigenen Bemühungen ihre Gesundheit und damit auch ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten, von Seiten des Arbeitgebers zu unterstützen.

Neben Veränderungen von Arbeitszeiten oder Tätigkeitsprofilen schlägt eine Befragte vor, sogenannte ‚Sabbaticals‘ zu fördern, vergleichbar mit dem Sabbatjahr für Lehrer, das eine langfristige Auszeit und nachhaltige Erholung und unter Umständen auch eine berufliche Neuorientierung ermöglichen könne (vgl. Höhmann, 52:05). Ein Vorschlag von Personalvertretern zielt darauf ab, langjährig erfahrenen Mitarbeitenden durch entsprechende Regelungen die Möglichkeit zu geben, ihre „Arbeitszeit ohne Verdiensteinbußen zu reduzieren“ (Lückemeier & Ruppel, 01:47:20).

Schließlich betont eine Expertin, dass es gerade den älteren Mitarbeitenden gegenüber wichtig sei, deutlich zu machen, dass ihre Arbeit wahrgenommen und geschätzt wird: „Ich hab‘ wenig Ideen, was wir denen [älteren Mitarbeitenden] Gutes tun können, außer natürlich in der Arbeit ‘ne wertschätzende Kommunikation zu machen und denen zu sagen, dass wir wissen, was wir an ihnen haben“ (Sauter, 43:00). Vor dem Hintergrund, dass bei älteren Mitarbeitenden angesichts der vielfältigen Neuerungen im Arbeitsbereich der Pflege nicht selten das Gefühl aufkommt ‚nicht mehr zu genügen‘, erscheint die Anerkennung von Vorgesetzten als ein durchaus wichtiges ‚Instrument‘, um die Fähigkeiten und Ressourcen langjährig erfahrener Pfleger zu würdigen und auch zu erhalten.

5.3.4. Öffentliches Image und berufliches Selbstverständnis Pfleger

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem Berufsbild der Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung, aber auch mit dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden. Es geht also um die Fremd- und Selbstwahrnehmung eines Berufes, der dabei ist, sich im

Spannungsfeld von gesellschaftlichen Vorstellungen und Traditionen, ökonomischen Zwängen, sich verändernden Anforderungen, neuen Qualifikationen und ethischen Fragen neu zu definieren und im Versorgungssystem (neu) zu positionieren. Was vor dem Hintergrund von demografischem Wandel, technischem Fortschritt etc. für Aufgabenprofile und Ausbildungsstrukturen im Berufsfeld Pflege gilt, lässt sich auch für das Berufsimago und das Selbstverständnis sagen, denn - so ein Experte - auch die Berufsbilder würden „Antworten geben müssen auf die gesundheitliche Versorgung“ (Tackenberg, 14:29).

Über die Einschätzung, dass das Berufsbild und damit auch das Image des Pflegeberufes verbesserungswürdig ist, herrscht unter den befragten Experten Konsens. Notwendig erscheinende Veränderungen, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll, betreffen die Arbeitsinhalte und die Rahmenbedingungen, aber auch Einstellungen und Verhalten der Pflegenden, die aus Sicht der Befragten wesentlich dazu beitragen, Vorstellungen oder Strukturen zu festigen oder auch zu verändern.

Das Berufsbild der Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung

In der öffentlichen Wahrnehmung konstatiert ein Befragter, der für einen Berufsverband arbeitet, sei das Image des Berufes gespalten. So würden die Berufsangehörigen in der Öffentlichkeit insofern positiv wahrgenommen, als ihnen Eigenschaften wie z.B. Aufrichtigkeit oder Vertrauenswürdigkeit zugeschrieben würden. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Allensbacher Berufsprestige Skala und den Reader's Digest European Trusted Brands Survey²³, wo der Pflegeberuf bzw. seine Wahrnehmung in der Bevölkerung jeweils gut Ergebnisse erzielt hat. Dies bestätigt auch eine Expertin aus der Schweiz, sie weist aber gleichzeitig darauf hin, dass das positive Ansehen des Pflegeberufes in der Bevölkerung sich nicht auf die Professionalität der Leistungen stütze, sondern Ausdruck traditioneller Vorstellungen von den persönlichen Eigenschaften der (weiblichen) Berufsangehörigen sei: „Pflegende sind Professionelle, denen vertraut man. Sie haben die vierte oder fünfte Position in der Schweiz. Das sind wertgeschätzte Berufsleute, aber im dem Sinne nicht auf Grund der professionellen Arbeit, sondern auf

²³ vgl. Allensbacher Berufsprestige Skala 2011: Die Krankenpflege belegt den zweiten Platz auf der Beliebtheitskala. download am 30.04.2012: http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/prd_1102.pdf
vgl. Reader's Digest European Trusted Brands Survey 2012. download am 30.04.2012:
http://translate.google.de/translate?hl=de&sl=en&u=http://www.rdtrustedbrands.com/&ei=6XueT9GsLojzsga3odGWAQ&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CDgQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Dreader%2527s%2Bdigest%2Beuropean%2Btrusted%2Bbrands%2B2012%26hl%3Dde%26rlz%3D1R2ADRA_deDE439%26biw%3D1280%26bih%3D815%26prmd%3Dimvns

Grund der Freundlichkeit, Höflichkeit: „Sie hilft mir“, von solchen traditionellen Werten“ (Spirig, 17:40).

Obwohl dem Beruf viel Vertrauen entgegengebracht und seine Leistung durchaus gewürdigt würde, enthielten Kommentare zur Berufsarbeit Pflegender häufig auch distanzierende Aspekte oder brächten Unverständnis und Anteilnahme angesichts der zu leistenden Arbeit zum Ausdruck, z.B. in der Äußerung: „Ich bin froh, dass du das tust, ich könnte das nicht tun“ (Tackenberg, 10:09). Der Befragte führt dies darauf zurück, dass Pflegearbeit in der öffentlichen Wahrnehmung durch die Konfrontation mit Leiden, Kontrollverlust oder Tod dominiert werde und damit gesellschaftliche Tabus berührt würden. Diese Themen dürften - auch mit Blick auf die demografische Entwicklung - jedoch nicht länger verdrängt werden: „Abhängigkeit und Leid wird noch viel stärker betont werden müssen, denn es werden mehr und mehr Bevölkerungsgruppen damit konfrontiert werden“, so dass diese Themen „öffentlicher werden“ (Tackenberg, 12:09). Wenn Menschen persönlich oder in ihrem Umfeld von Pflegebedürftigkeit betroffen seien, verändere dies ihre Meinung über den Beruf in positiver Weise, aber die öffentliche Wahrnehmung sei bestimmt durch die Tabuisierung und Verdrängung von Themen wie „Abhängigkeit und Leid“ oder „chronischer Erkrankung“ (Tackenberg, 11:55).

Überkommenen Vorstellungen entspreche es auch, dass mit beruflicher Pflege nicht nur ein geringer Grad an Professionalität, sondern auch wenig Eigenständigkeit und kaum Entscheidungsspielräume verknüpft würden. Demnach sei die Pflege in der Wahrnehmung der Bevölkerung ein medizinischer Assistenzberuf, der wenig eigenes Profil und kaum Handlungsspielräume habe. Auch dies sei negativ für das Berufsimago: „Also vom Tätigkeitsspektrum ist sicherlich imponierend der Aspekt: Die begehren in irgendeiner Form eine Arzt-Assistenz (..) und sie sind vor allen Dingen ‘ne wichtige Anlaufstelle, wenn alle anderen fehlen und nicht zur Verfügung stehen“ (Tackenberg, 11:35). Mit solchen Einschätzungen geben Befragte ein Bild von professionell Pflegenden wieder, das sie in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit zu Ersatzspielern für andere Professionelle degradiert, die keinen eigenen Aufgabenbereich haben und kaum über berufsspezifische Kompetenzen verfügen.

Dass die Wahrnehmung des Pflegeberufes in der Bevölkerung zwiespältig ist, zeigt sich aus Expertensicht auch im Widerspruch zwischen der „Achtung vor dem, was Pflegekräfte leisten“ und den Rahmenbedingungen und der Vergütung der Arbeit, in der eine solche Wertschätzung nicht zum Ausdruck komme: „Schlechte Arbeitsbedingungen dürften dann

ja nicht sein, wenn der Beruf so angesehen wäre. Und die Vergütung entspricht dem ja nicht und viele andere Dinge auch“ (Knüppel, 01:03:20). In die gleiche Richtung geht auch die Einschätzung eines Personalratsmitgliedes, dass die professionelle Leistung des Pflegeberufes kaum wahrgenommen werde und die anfallenden Kosten für Kunden mehr Gewicht hätten als die Qualität der Leistung: „Schön, dass es dich gibt, aber meine Oma soll ‘ne Polin waschen, weil die macht es für ‘n Drittel. Alle wollen’s, keiner will’s bezahlen. Den Beruf gibt’s irgendwie gar nicht so richtig, glaub ich, also in der Wahrnehmung“ (Lückemeier & Ruppel, 02:03:27). Das wenig professionelle Image des Pflegeberufes komme auch in reduzierenden Bezeichnungen wie „Urinkellner“ zum Ausdruck, die nach Aussage der befragten Experten ausschließlich auf männliche Pflegende gemünzt sei. Ausgehend von einem traditionellen Rollenverständnis dürfte eine berufliche Tätigkeit gerade dann als wenig ‚männlich‘ - und damit als unattraktiv für männliche Bewerber – angesehen werden, wenn sie in einem traditionell weiblichen Arbeitsfeld stattfindet, die Aufgaben als wenig komplex und ‚einfach‘ angesehen werden und die Arbeit darüber hinaus noch – verglichen mit dem Einkommen in klassischen Männerberufen bei gleichem Ausbildungsniveau – eher schlecht bezahlt wird.

Fasst man die Äußerungen der zitierten Befragten zusammen, so bescheinigt die öffentliche Wahrnehmung den Pflegenden zwar eine hohe soziale Kompetenz und eine humanistische Grundhaltung, verknüpft die Arbeit jedoch auch mit einem hohen persönlichen Einsatz, geringer Professionalität, unattraktiven Arbeitsbedingungen und einem eher schlechten Einkommen. Eine Expertin bringt das negative Berufsimago der Pflege in der Öffentlichkeit folgendermaßen auf den Punkt: „Das ist der Beruf für die Spätaussiedler, die sonst schwer vermittelbar sind“ (Sauter, 47:41). Auch wenn das Image durch persönliche Erfahrungen im Umfeld besser würde, betreffe dies eher die ältere Generation und nicht junge Leute bzw. potenzielle Berufseinsteiger: „Bei der jüngeren Generation fällt die Pflege völlig unten durch, (...) die haben überhaupt keinen Vertrag mit sozialem Engagement auch nicht so sehr, aber Pflege ist sowieso das Allerletzte, ne, wegen der Nähe zu den Körperausscheidungen und zur Körperpflege. Das ist ekelig und das ist untere Talsohle“ (Sauter, 45:38). Unter den gegebenen Bedingungen wolle niemand jungen Menschen raten, einen Pflegeberuf zu ergreifen, denn sie hätten „viel Arbeit, wenig Geld, schlechte Arbeitszeiten und wenig zu sagen“ (Sauter, 47:26).

Hinzu kommt - so das Statement einer weiteren Expertin - dass die Erwartungen an die Pflege von Seiten der Gesellschaft widersprüchlich seien: „Auf der einen Seite muss Humanität deklariert und demonstriert werden und auf der anderen Seite aber natürlich auch rationales, ökonomisch effizientes Handeln. Und das führt natürlich dazu, dass die Rahmenbedingungen oft so sind, dass diese Mitmenschlichkeit gar nicht in der Weise gelebt werden kann. Das könnte sich aber keine Einrichtung leisten, in ein Leitbild zu schreiben: Wir können uns das, was alle anderen Altenheime anpreisen, nämlich Bewohnerorientierung, gar nicht leisten. (...) Das führt „im Grunde zum Konflikt, den der Mitarbeiter vor Ort aushalten muss und ausbaden muss“ (Höhmann, 58:52). Pflege findet laut dieser Expertin also nicht nur im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Humanität statt, sondern auch zwischen gesellschaftlichen Werten und denen der Pflegeperson bzw. der Berufsgruppe. Zu dem ökonomischen Druck komme „auch wertbezogener Druck, also Legitimationsdruck“ hinzu, der Fragen aufwerfe wie: „Was ist modern? Und was ist gut? Und was muss unbedingt sein? Also, was gilt gesellschaftlich als unverzichtbar“ (Höhmann, 59:25).

Für eine andere Expertin haben Arbeits- und Rahmenbedingungen gewissermaßen eine Indikatorfunktion, anhand derer Status und Ansehen eines Berufes deutlich würden. Deutschland schneide im europäischen Vergleich schlecht ab, denn hier seien die Arbeitsbedingungen besonders ungünstig: „So ‘ne miserable berufliche Situation sehe ich in anderen europäischen Ländern nicht“ (Sauter, 49:32). Erfahrungen von Befragten im Ausland und Vergleiche mit Ländern, in denen Pflegende ein höheres Ansehen hätten, würden sich in positiver Weise vom deutschen Pflegealltag abheben: „Ich erblicke vor Neid, was die Schweizer alles machen dürfen in ihrem Alltag. Wie viel Personal die haben, wie viel Stellen die haben, wie viel Zeit die haben, wie langsam die sein dürfen in der Arbeit (...), was die alles beforschen dürfen, welche Fragestellungen die laut äußern dürfen, usw.“ (Sauter, 48:45). Der bessere Position und der höhere Status kämen jedoch nicht nur in Rahmenbedingungen und Einkommen zum Ausdruck, sondern zeigten sich beispielsweise auch anhand von Partizipationsmöglichkeiten: „Man darf mitreden und man hat die Zeit mitzureden. Da sehe ich ‘n deutlichen Unterschied zwischen der Schweiz und Deutschland“ (Sauter, 49:15). Dass Pflegeberufe in anderen europäischen Ländern bessere Möglichkeiten und ein höheres Ansehen hätten, zeige sich auch in der Abwanderung insbesondere von gut qualifizierten Pflegekräften: „Wir erleben schon auch, dass die die jungen – und da in der Regel die am besten qualifizierten – dann den Sprung über die Grenze wagen und dann häufig auch nicht mehr zurück wollen und kommen. Und das ist

schon ein Brain Drain, den man eigentlich stoppen müsste durch bessere Bedingungen im Inland. Das sind unsere Führungskräfte der Zukunft, die wir eigentlich ganz dringend brauchen“ (Knüppel 01:14:27 Text S. 23)

Dass es im Ausland durchaus auch ähnliche Probleme gibt, verdeutlicht die Aussage einer Expertin aus der Schweiz, die Parallelen zur Situation in Deutschland aufzeigt. So genieße die Pflege auch in der Schweiz zwar großes Vertrauen in der Bevölkerung; gleichzeitig gebe es aber auch kritische Stimmen, die die Weiterentwicklung des Berufes ablehnten, die professionelle Pflege entwerteten, z.B. indem sie „sich lächerlich machen über die Akademisierung der Pflege, finden, das sei alles maßlos übertrieben, die auch diese Überlegungen machen, wie in Deutschland auch (...) oder die erzählen, dass ihre Frau ja auch ihre Schwiegermutter gepflegt hat und so“ (Lüthi, 44:49). Auch dort gebe es Bestrebungen, „die fachlichen Aufgaben der Pflege ein wenig runter zu drücken [und] klein zu reden“, neue Gesundheitsberufe mit geringerer Qualifikation zu etablieren und das aus Sicht der Befragten bewährte zahlenmäßige Verhältnis von diplomierten Pflegekräften und geringer qualifizierten Mitarbeiterinnen zu Ungunsten der Pflegenden und der Qualität der Arbeit zu verändern (Lüthi, 46:20). Auch innerhalb der Berufsgruppe sei man sich hinsichtlich des Stellenwertes der Pflege „uneins, was es schwierig macht, gegen außen aufzutreten“ (Lüthi, 47:30).

Das Selbstverständnis Pflegenden in Bezug auf die eigene Leistung und die professionelle Rolle

Was das Selbstverständnis der Pflegenden angeht, so beklagen viele Expert/innen das geringe berufliche Selbstbewusstsein und die Tendenz die eigenen Leistungen nicht wahrzunehmen oder anzuerkennen. Wenn „sie sich selber klein machen (...) auch in Äußerungen: Ich bin ja nur Pflegekraft“, trügen Pflegenden selbst dazu bei, dass der Pflegeberuf ein eher geringes Ansehen habe (Knüppel, 01:03:20). Das erforderliche Selbstbewusstsein müssten sich Pflegekräfte noch erarbeiten, denn es sei ihnen „sicher nicht unbedingt in die Wiege gelegt“ - d.h. im Rahmen ihrer beruflichen Sozialisation vermittelt - worden. Eine Expertin weist allerdings darauf hin, dass dieses Phänomen in sozialen Berufen weit verbreitet sei: „Alles, was sozial ist, ist nicht so angesehen wie Ingenieur oder Architekt oder Computer - ich denke, die Menschen müssen alle umdenken, die müssen dem Mensch-Sein mehr Wert zumessen. Das wäre schon ein einfacher Weg“ (Kniep, 41:40). Die Wahl der Beispiele für ‚angesehene Berufe‘ impliziert, dass aus Sicht der Befragten Berufe, die ein Produkt vorweisen können, akademisch gebildet und

technisch ausgerichtet sind, es diesbezüglich leichter haben, während der Wert von ‚Soft Skills‘ im Rahmen von Beziehungs- bzw. Interaktionsarbeit von der Gesellschaft nicht ausreichend gewürdigt werde.

Es sei schade, dass Pflegende „außer sie sind eben akademisch weitergebildet und besetzen entsprechende Positionen (...) sich nicht so selbstbewusst hin[stellten] wie die Bankangestellte und sagen: So, das bin ich und das ist mein Beruf“ (Knüppel, 01:03:27). Pflegende täten sich immer noch schwer damit „ihr eigenes Wissen und ihre eigenen Kompetenzen als positiv einzustufen, wertzuschätzen und auch selbstbewusst damit umzugehen“ (Knüppel, 01:19:45).

Das geringe Selbstbewusstsein in der Berufsgruppe bringt eine andere Expertin in Zusammenhang mit hohen Erwartungen an sich selbst und verweist in diesem Zusammenhang auf eine Befragung unter Auszubildenden in der Pflege, in der dieser Aspekt deutlich geworden sei. In der Folge erlebten die Pflegenden oft Entwertung, weil sie den eigenen Ansprüchen nicht genügen. Den eigenen Standpunkt in einem akademisch geprägten Milieu zu behaupten, sei insbesondere für nicht akademisch ausgebildete Pflegende oft schwer: „Die [Pflegekräfte] haben einen so hohen Anspruch, weil sie ja nicht akademisch sind, also, im Sinne von doppelt genügen müssen. Ich muss allen zeigen, ich bin gut, auch wenn ich nicht akademisch bin. Auch wenn ich in einem Beruf bin, der jetzt langsam akademisiert wird, der rundherum mit Akademikern zu tun hat. Also, ich denke, da hat es doppelte Hürden“ (Spirig, 33:37).

Eine Ursache für das schwache professionelle Standing der Pflege sieht ein Befragter in der beruflichen Sozialisation, in der weder klare Kriterien für die Qualität von Pflegearbeit noch die notwendigen Kompetenzen für eine konstruktive Auseinandersetzung damit vermittelt würden. Entsprechend seien Pflegende kaum in der Lage, ihre eigenen Leistungen wahrzunehmen, nach außen zu präsentieren oder durch Reflexion und Austausch mit Kollegen und Mitarbeitenden anderer Berufsgruppen aktiv am eigenen Image zu arbeiten: „Aber auch innerhalb der Pflege und innerhalb der Erziehung haben wir (...) im Grunde genommen nicht gelernt, die Qualität unserer Arbeit, also, uns der auch zu stellen und zu sagen: Es gibt gute und schlechte Pflege und darüber z.B. auch im Team offen zu diskutieren: Warum ist das gute Pflege? Warum ist das schlechte Pflege?“ (Schulz, 26:10). Die ganze Berufsgruppe habe ein Problem damit, deutlich zu machen, was sie leiste und auf diesem Wege auch für Anerkennung der Arbeit zu sorgen: „Und das ist ein Grundproblem von Pflege, also von Wertigkeit. (...) Aber das ist auch ein

gesellschaftliches Problem, aber das ist auch ein Pflegeproblem, weil sie nicht deutlich gemacht haben, was sie dort tun“ (Schulz, 42:11).

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der Experteninterviews thematisiert wird, ist die Reaktion auf skandalisierende Darstellungen in den Medien. Nach Einschätzung von befragten Experten begegne die Pflege unangemessenen oder einseitigen Darstellungen in den Medien zu defensiv und aus einer Opfer-Rolle heraus, denn oftmals gehe es bei solchen Berichten um Einzelphänomene, „die man überall skandalisieren kann“ (Höhmnn, 56:38). Es gebe eine „sehr passive und moralisch gekränkte Rechtfertigungssituation der Betroffenen, die wenig einhergeht mit faktischer Aufklärung und mit einer analytischen Demonstration des eigenen Wissenskörpers, also die nicht auf einer sachlichen Ebene abläuft, sondern die immer in diese Richtung geht: Ja, wir haben ja so viel zu tun, wir sind verkannt, statt zu sagen: Ja, Skandale kommen in jedem Beruf vor, (...) wir haben hier die A-Karte gezogen, die werden hier aus den und den Gründen häufiger skandalisiert als andere“ (Höhmnn, 56:43). In diesem Zusammenhang sei der Verweis auf die restriktiven Rahmenbedingungen der Arbeit für das Image nicht unbedingt förderlich, da auf diese Weise ein Bild von der Pflege vermittelt werde, das den Fokus auf die Benachteiligung der Berufsgruppe lege. Es sei günstiger, die Rahmenbedingungen als Fakten und deren Konsequenzen zu benennen und das professionelle Handeln fachlich zu begründen: „Wir müssen nicht immer nur sagen, wir haben so wahnsinnig schlechte Arbeitsbedingungen, sondern daraus die Konsequenz zu ziehen und zu sagen: Wir rechtfertigen unser Handeln so und so und so und natürlich gibt es dabei schwarze Schafe, aber in den Rechtfertigungsargumenten stärker proaktiv Konzepte in den Vordergrund zu stellen. Und zu sagen: Was dem MDK zuweilen als halb verdursteter, alter Mensch auffällt, da haben wir gute Gründe gehabt, das so zu tun. Also, d.h. die Empathie ein bisschen mit Wissen und Begründungskompetenz zu unterfüttern“ (Höhmnn, 56:50). Durch ihr Beispiel macht die Befragte deutlich, dass eine offensive, fachlich und ethisch begründete Darstellung des eigenen Arbeitshandelns in ihren Augen das geeignetere Mittel ist, um einerseits die Komplexität der Arbeit und die Professionalität des Handelns darzustellen und andererseits Skandalisierungsversuchen wirksam etwas entgegenzusetzen.

Kritik von Expertenseite richtet sich in diesem Zusammenhang jedoch auch gegen die Medien und ihre Vertreter, denen eine einseitig-negative Berichterstattung vorgeworfen wird, bei der auf Skandalisierung gesetzt würde, anstatt über positive Beispiele und Entwicklungen zu informieren: „Und ich mag auch diese ganzen Sendungen nicht, ,hart

aber fair' und ‚Anne Will' und wie sie alle heißen, die immer diese Missstände beklagen, aber keine Alternativen aufzeigen. Z.B. diese Beratungsstellen hier²⁴, die gibt es seit 12 Jahren, ich hab noch nicht in einer Sendung gehört, dass es die in NRW seit 12 Jahren gibt. Man tut immer so, als gibt es überhaupt nix und niemanden, und in Wirklichkeit würdigt man das, was da ist, nicht. Man würdigt weder die, die so ‚ne Beratung machen, noch würdigt man die, die die Arbeit machen. Dieser ganze Bereich wird stiefmütterlich behandelt“ (Kniep, 16:25). „Ich finde, dann muss man auch mal Alternativen aufzeigen und sagen: So, wir haben Negativbeispiele, aber es gibt auch dies und das und jenes“ (Kniep, 16:30).

Berufliches Standing als Voraussetzung für (interdisziplinäre) Kooperation

Expertenaussagen weisen darauf hin, dass das geringe Selbstbewusstsein Pflegender sich auch auf die Kommunikation und Kooperation mit anderen Berufsgruppen ungünstig auswirkt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitssystems erfordert den Austausch der Berufsgruppen auf Augenhöhe; dieser gestaltet sich jedoch insbesondere mit ärztlichen Mitarbeitenden nach wie vor noch schwierig und sei von Seiten der Pflegenden oftmals angstbesetzt, da diese Berufsgruppe den Arbeitsbereich der Pflege in der Vergangenheit stark dominiert habe und wenig Interesse an der Expertise der Pflege zeige: „Die Ärzte gehen davon aus: die Pflege hat doch nichts beizusteuern, also die denken nicht daran. Und wir grenzen uns ab, würde ich sagen. Es ist ein Unterschied, oder? Nicht, dass die Ärzte nicht offen sind, aber sie denken nicht daran, was die Pflege kann, also im Sinne von ‚gewohnt, in ihrem Kreis zu arbeiten' und Pflegende haben eher die Angst: Genügen sie mit den Ärzten zusammen? (...) Diese Angst haben Ärzte nie“ (Spirig, 20:25). Allerdings scheint es durchaus auch Vorbehalte zu geben, seine fachliche Expertise im Kreis der Berufskollegen zu zeigen, z.B. wenn Pflegende spezifische Aufgaben übernehmen, die mit einem gewissen Sonderstatus einhergehen: „Es gibt aber auch eine Scheu, wenn man langjährig im Team gearbeitet hat, sich vorzustellen, dass man als Konsiliarkraft tätig ist und Kollegen berät. Viele haben vielleicht nicht das Selbstbewusstsein oder haben Sorge, dass sie nicht ernst genommen werden oder als arrogant gelten oder so, wenn sie mit ‚nem bestimmten Auftrag in die Teams gehen und Kurzschulungen machen oder mit ‚nem Bezugspflegenden (...) ‚ne Pflegeberatung vor Ort machen sollen. Das ist auch ‚ne Scheu, nicht mehr der Gleiche unter Gleichen zu sein. Da ist, glaub ich, so ein altes Kollegialitätsgefüge in der Pflege etabliert, was auch ne Zeit

²⁴ Die Befragte verweist hier beispielhaft auf die Pflegeberatung, die als Anlaufstelle für Fragen zur pflegerischen Versorgung von den Kommunen in NRW eingerichtet wurde.

braucht, bis man das aufweicht“ (Sauter, 19:05). Diese Äußerung deutet darauf hin, dass es eine, im Berufsverständnis scheinbar fest verankerte, Norm gibt, nicht mit individuellen Leistungen sichtbar zu werden und ‚aus der Reihe zu tanzen‘.

Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Berufsbildes ‚Pfleger‘ im Einflussbereich von Mitarbeitenden bzw. Berufsverbänden

Auch die in den Experteninterviews angesprochenen Veränderungsansätze beziehen sich sowohl auf die Handlungsebene der Pflegenden bzw. ihrer Verbände als auch auf die organisationale bzw. gesellschaftliche Ebene, auf die die Pflegenden nur mittelbar Einfluss nehmen können. Einigkeit scheint jedoch darüber zu herrschen, dass der Prozess der Bewusstmachung der gesellschaftlichen Leistung Pflegenden „zweigleisig passieren“ müsse (Westerfellhaus, 51:54): „Die Pflegekraft vor Ort, die im ambulanten Pflegedienst einen Patienten in der Familie betreut, die muss deutlich machen, warum es ohne sie nicht geht. Und das muss sie durch qualifizierte Leistung machen“ (Westerfellhaus, 50:47). Dabei brauche es Pflegenden, die von sich und ihrer Arbeit überzeugt seien und souverän und selbstbewusst auftraten: „Und wenn die Pflegekraft das professionell vor Ort macht und aus ihrem Selbstverständnis heraus macht, und das auch mit einer Identifikation dafür [tut], nicht immer mit dem: Huch, ich bin ja nur ‚ne Krankenschwester, sondern mit: Hey, ich bin selbstbewusst, ich bin stolz darauf, Gesundheits- und Krankenschwester zu sein, weil ich kann etwas, das andere nicht können. Und meine Leistung brauchen alle“ (Westerfellhaus, 51:01). Aufgabe der Berufspolitik sei es andererseits, „das, was die [Pflegenden] machen und gut machen“ zu „übersetzen für die Institutionen, für die Gremien, für andere Berufsgruppen und für die politischen Institutionen“ (Westerfellhaus, 52:18).

Wahrnehmung, Entwicklung und Darstellung professioneller Kompetenzen der Pfleger

Strategien, die Experten in diesem Zusammenhang nennen, betreffen den wie bereits erwähnt den persönlichen Einflussbereich der Pflegenden, d.h. sein Arbeitsfeld, aber durchaus auch sein privates Umfeld, denn auch dort würden Berichte aus den Medien kommentiert oder berufliche Klischees weitergetragen. Dabei gehe es darum, „unsere Tätigkeiten und unsere Berufe in eine andere Beschreibung hinein[zu]bringen“ (Westerfellhaus, 42:40) und „die attraktiven Seiten des Berufes und seine Chancen in den Vordergrund zu stellen“ (Westerfellhaus, 00:48). Mit einer realistischen Darstellung der Arbeit, die die Komplexität der Aufgaben deutlich mache, könnten die Pflegenden

reduzierender und skandalisierender Berichterstattung etwas entgegensetzen: „Nur Negativschlagzeilen im Gesundheitswesen führen ja eher dazu, diese Berufe nicht zu ergreifen. (...) Dabei muss die Berufsgruppe selbst aktiv werden“ (Westerfellhaus, 00:46). Aus Sicht von Experten schätzen die Pflegenden selbst die öffentliche Wahrnehmung ihres Berufes häufig zu negativ ein: „Wir beurteilen, glaube ich, unsere eigenes Image häufig tatsächlich schlechter, als es in Wirklichkeit ist“ (Westerfellhaus, 43:30). Auch ein anderer Experte propagiert eine offensivere und selbstbewusste Darstellung der professionellen Leistungen durch die Pflegenden selbst: „Wir müssen - besonders in der BRD - die Pflegenden ermutigen, darzustellen, was sie tun“ (Tackenberg, 26:03). Gerade in Deutschland sei der Bedarf an sachlichen und realistischen Informationen zum Arbeitsfeld der Pflege besonders groß, was möglicherweise darauf zurückgeführt werden kann, dass eine skandalisierende Berichterstattung das Thema in der öffentlichen Wahrnehmung dominiert: Um einer Verzerrung des Berufsbildes in der öffentlichen Wahrnehmung entgegenzuwirken, erscheint ‚Aufklärungsarbeit‘ im Sinne einer wirklichkeitsnahen Darstellung der Komplexität der professionellen Aufgaben und der hohen Anforderungen im Arbeitsfeld aus Expertensicht offenbar dringend nötig.

Damit die Professionalität pflegerischer Leistungen auch wahrgenommen werde, aber auch, um das Selbstbewusstsein der Berufsangehörigen und ihr Standing zu verbessern, müsse die Fachlichkeit des Berufes stärker betont und weiterentwickelt werden: „Ich denke, es braucht fachliche Expertise. Das ist es, was ein gutes Standing schlussendlich ausmacht. Und wir sind diesen Weg in der Schweiz jetzt mit der Advanced Nursing Practice gegangen, und werden irgendwann vermutlich auch bei den ‚Nurse Practitioners‘ ankommen. Aber was ich sehe ist, (...) diese Pflegenden sind selbstbewusst, weil sie Expertinnen und Experten sind und zwar fachlich und methodisch“ (Spirig, 35:06). In eine ähnliche Richtung geht die Argumentation einer anderen Befragten, die betont, dass die Fähigkeit, „evidenzbasiert argumentieren“ zu können, ebenfalls Teil der fachlichen Qualifikation Pflegender sei. Sie sei Voraussetzung für den weiteren Professionalisierungsprozess und versetze Pflegende in die Lage, ihre spezifische Sicht vertreten, anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe begegnen und z.B. begründen zu können „warum sie nun in ihrer Pflegeplanung diese und keine andere Maßnahme wollen“ (Knüppel, 01:19:50).

Eine Befragte weist in diesem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass es schwierig sei, bestimmte, für Qualität und Erfolg der Arbeit durchaus zentrale Leistungen und

Kompetenzen der Pflegenden für Außenstehende, insbesondere für Kostenträger oder Instanzen mit Kontrollfunktion wahrnehmbar zu machen. Als Beispiel führt sie das Erkennen von Frühwarnzeichen einer beginnenden Psychose an: „Das gehört zu den Dingen, die schwer messbar sind, genauso wie intuitives Wissen. Wir können leider dem MDK nicht nachweisen, wie gut unsere Leute ‘ne beginnende Psychose wahrnehmen und wie richtig sie dann reagieren, (...) wenn man das gar nicht in Worte fassen kann. Das spürt man an flackernden Augen, am Blick vom Gegenüber oder ... Das spürt man in so feinen Details. (Sauter, 51:42). Auch wenn die Einschätzung dieser Befragten durchaus plausibel erscheint und deutlich wird, wo sprachliche Grenzen bei der Darstellung der Darstellung pflegerischer Arbeit liegen, so wird gleichzeitig klar, wo Ansätze für Veränderungen und Weiterentwicklungen liegen, nämlich darin für die beschriebenen - und von ihr zum Teil bereits verbalisierten - Wahrnehmungen einen Wortschatz zu entwickeln, wie ihn andere, stärker therapeutisch ausgerichtete Berufsgruppen durchaus haben. Im Grunde geht es im Rahmen von Interaktionsarbeit stets auch um nonverbal geäußerte Signale und Veränderungen, die häufig nur im Kontext einer vertrauensvollen Beziehung als vielleicht geringfügige Veränderung von Körperspannung, Haltung, Blick oder Tonfall registriert und mit Blick auf die aktuelle Situation oder den Lebenskontext verstanden und dann auch eingeordnet und berücksichtigt werden können. Für die Beziehung der Akteure, aber - wie das Beispiel der Psychose anschaulich zeigt - auch für den weiteren Erkrankungs- und Behandlungsverlauf haben solche Wahrnehmungen eine zweifellos große Bedeutung.

Berufliches Selbstbewusstsein und das entsprechende Standing ließe sich aus Sicht von befragten Experten generieren, indem Pflegende sich auf ihre professionelle Leistung und deren Wirksamkeit beriefen, und auch in ihrem Wirkungskreis z.B. klarmachten, „was passiert, wenn ich ‘ne Hilfskraft nehme, die vielleicht einen Dekubitus verursacht, ‘ne professionelle Pflegekraft das aber verhindert“ (Westerfellhaus, 50:11). Es gelte, sich den Wert der eigenen Arbeit vor Augen zu führen, eine positive Haltung dazu einzunehmen, die eigenen Leistungen zu achten und nicht klein zu reden, auch wenn sie - wie im Bereich sozialer Dienstleistungen - nicht in einem Produkt sichtbar würden: „Jeder muss gucken, dass er seinen eigenen Selbstwert erkennt, das gilt aber für alle Menschen (...). Alles, was sozial ist, ist nicht so angesehen wie Ingenieur oder Architekt oder Computer- ich denke, die Menschen müssen alle umdenken, die müssen dem Mensch-Sein mehr Wert zumessen. (...) Ich glaube das ist ne grundsätzliche Einstellung“ (Kniep, 41: 48).

Zur Schärfung des professionellen Profils gehört aus Sicht von Experten auch eine klare, verständliche, allgemeingültige Definition von ‚Pfleger‘: Der Begriff der Pflege werde inflationär gebraucht und es werde „nicht deutlich, was steckt hinter der Marke ‚Pfleger‘. Was ist wirklich Pflege? (...) Jeder, der sagt: Das ist Pflege, muss auch wissen, was dahinter steckt“ (Westerfellhaus, 44:21). Dies beinhaltet auch, dass klar ersichtlich werde, welche konkreten Leistungen Pfleger erbrächten. Damit sei auch eine Grundlage dafür geschaffen, Forderungen zu stellen, z.B. nach mehr bzw. qualifizierterem Personal oder einer höheren Vergütung: „Wir müssen mehr Transparenz ‚reinbringen: Aus welchen Gründen machen wir uns so stark für ‚ne Weiterentwicklung der Pflege? Warum wollen wir ‚ne andere Bezahlung? Warum brauchen wir mehr Stellen? Warum brauchen wir mehr Anteile aus öffentlichen Töpfen, aus dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem? (Westerfellhaus, 45:30) Kostenträgern und Öffentlichkeit müssten die Leistungen der Pflege und die Bedeutung der Arbeit im Kontext der Gesundheitsversorgung vermittelt werden: „Und wir müssen ihnen auch klarmachen: Was ist denn, wenn es diese professionelle Leistung nicht gibt?“ (Westerfellhaus, 46:00). Dieser Experte verspricht sich von mehr Klarheit und Transparenz der Arbeit auch eine höhere Akzeptanz der anfallenden gesellschaftlichen Kosten und die Bereitschaft, in Zukunft mehr Geld in den Pflegesektor zu investieren. Die Bürger müssten entscheiden, was eine gute pflegerische Versorgung ihnen wert sei.

Übernahme von (politischer) Verantwortung

Ein Experte konstatiert, dass in der Pflege in Deutschland viel geklagt werde, die Bereitschaft, selbst Verantwortung zu übernehmen und aktiv zu werden, jedoch gering sei. Die Grenze zwischen berechtigten Klagen und ‚Jammerkultur‘ sei aus seiner Sicht dann überschritten, wenn „die Leute sich nicht wehren“ und ihre Möglichkeiten Einfluss zu nehmen, nicht nutzen (Tackenberg, 44:40). Mitarbeitende müssten selbst aktiv werden statt „sich wie in einem Circulus Vitiosus ständig zu beklagen über Zustände, die man auch hinnimmt, an denen man möglicherweise auch noch mitgestaltet, indem man es zulässt, dass bestimmte Entscheidungen getroffen werden, ohne dass man selbst tätig wird“ (Tackenberg, 44:22). Hier kämen auch berufliche Interessenvertretungen an ihre Grenzen, denn „jedes Unternehmen hat den Betriebsrat, den es verdient. Und wenn sich da Leute bemühen und Dinge abfedern oder rückgängig machen oder verändern wollen und die haben keine Mitarbeiterschaft, die auch mal aktiv wird, sondern sich zurücklehnt und sagt: Ihr müsst machen!“, hätten Veränderungsbestrebungen kaum Chancen auf Verwirklichung (Tackenberg, 44:40). Als Erklärung für dieses Phänomen nimmt der befragte Experte an,

dass „die tägliche Auseinandersetzung so deformierend [sei], dass man sich da Dinge gefallen lässt, die man sich als Fahrgast im Autobus oder als Kunde einer Versicherung nicht bieten lassen würde“ (Tackenberg, 46:34). Sich für die eigenen Interessen zu engagieren und auch die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu reflektieren, ist für diesen Experten Ausdruck von Eigenverantwortlichkeit: „Also, es gehört zum Leben dazu, dass man sich beklagen darf und das auch gemeinsam tun darf, aber es gehört zu ‘nem bewussten, verantwortungsvollen Handeln auch dazu, dass man irgendwann mal sagt: Jetzt ist es genug mit dem Jammern, jetzt muss geguckt werden, kann man nicht doch was verändern und wie hoch ist eigentlich meine Eigenbeteiligung an dem, was mich so jammern lässt?“ (Tackenberg, 46:43).

Die oben beschriebene Position teilt eine weitere Expertin und fordert die Berufsangehörigen auf, sich öffentlich zu äußern, sich in Berufsverbänden zu organisieren und sich damit die Möglichkeit zu verschaffen, auf politischer Ebene die Interessen des Berufsstandes durchzusetzen: „Da müssen Pflegende ganz offensiv und ganz anders in der Öffentlichkeit auftreten und dann auch einfordern, ganz selbstverständlich muss das werden. Aber (...) wir sind eben auch nur mit etwa 8% organisiert und sind damit einfach keine Größe, die politisch wahrgenommen wird und als Player mit einbezogen wird in alle Entscheidungen. Es ist nach wie vor so, dass andere über uns entscheiden, wenn der Kuchen verteilt wird, dass auch die Politik sich nicht in die Karten schauen lässt durch die Pflege, und das wird sich nicht ändern, solange wir nicht z.B. verkammert sind (...) und durch die Pflichtbeiträge einfach Geld ins System kommt, mit dem man auch dann arbeiten kann. Man sieht ja an den Ärzten, was da möglich ist. Da läuft sofort eine Maschinerie an, wenn irgendwer irgendeine Äußerung tut und dann knickt die Politik ein, knicken andere ein und da können wir überhaupt nicht gegenhalten.“ (Knüppel, 01:04:49) Die Befragte verweist auf Erfahrungen in Finnland und Dänemark, wo Pflegekräfte gut organisiert seien, ein wesentlich besseres Ansehen genießen als in Deutschland und Forderungen auch wirkungsvoll durchsetzen könnten: „Wenn im Ausland die Pflege hustet, hat die Regierung Grippe“ (Knüppel, 01:12:54). Dass der Status der pflegenden Berufsgruppe in anderen Nationen einen so viel besseren Status habe, grenze für eine in Deutschland ausgebildete und sozialisierte Pflegeperson fast schon an ein Wunder: „Man kann es fast gar nicht glauben, dass es auch mal anders geht“ (Knüppel, 01:19:50).

Diesem Statement schließt sich ein anderer Experte an, der ebenfalls der Meinung ist, dass Pflege „öffentlich werden“ müsse, „auch im Kleinen“ (Tackenberg, 23:25). Als konkrete Beispiele, wie das Thema ‚Pflege‘ und die Perspektive der Pflegenden stärker in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung zu rücken sei, nennt er Leserbriefe oder Aktionen auf regionaler oder kommunaler Ebene: „Die [Pflegenden] gehen dann in ihre Stadtparlamente, in ihre Gemeinderäte, in ihre Kreistage und sagen: Warum sieht es in unserem Krankenhaus so aus?“ (Tackenberg, 24:08). Es sei wichtig, dass Pflegende in ihrem Umfeld aktiv würden und sowohl ihre Leistungen deutlich machten als auch auf Missstände hinwiesen und dies nicht den Medien oder selbsternannten Interessenvertretern überließe, die dies häufig in skandalisierender Weise täten und den Pflegenden damit einen Bärendienst erwiesen: „Wir brauchen zur öffentlichen Wahrnehmung der Pflegeberufe so ‘ne ganz handhabbare, niedrighschwellige Art von Öffentlichkeitsarbeit, in der tatsächlich darüber berichtet wird, was los ist, und zwar ohne diese Skandalisierung der öffentlichen Pflegeexperten wie jetzt einen Herrn Fussek oder Breitschädel. (...), wir brauchen ein Gegengewicht und dazu müssen die Pflegenden selber etwas machen, die müssen darüber reden, was sie tagtäglich machen“ (Tackenberg, 25:29).

Als Beispiel für Öffentlichkeitsarbeit ‚im Kleinen‘ schildert eine Befragte eine Aktion von Pflegenden, die auf positive Resonanz gestoßen ist. Dabei waren AltenpflegerInnen mit grünen Regenschirmen und der Aufschrift: ‚Ich bin Altenpfleger/in und lasse Sie nicht im Regen stehen!‘ in die Innenstadt gegangen und hatten das Gespräch mit Passanten gesucht (vgl. Sauter, 44:56).

Zu einer wirksamen Öffentlichkeitsarbeit gehört aus Sicht von Befragten unbedingt auch die Präsenz Pflegender in Talkshows, wo diese selbst ihre Themen, ihre Sichtweisen und ihre Interessen vertreten müssten: „Das [negative Bild] kann sich auch nur ändern, wenn die Pflege öffentlich wirksam auftritt und wenn bei Anne Will in jeder Runde zum Thema Gesundheit ‘ne Pflegekraft auf dem Podium sitzt“ (Sauter, 47:32).

Eine Expertin aus der Schweiz bringt die bisher genannten Aspekte zur Verbesserung des Berufsbildes der Pflege folgendermaßen auf den Punkt: Zum einen müsse man „alles fördern, um die tatsächliche Arbeit aufzuzeigen“, z.B. indem Schulklassen ins Krankenhaus kämen, und zum anderen sollten Pflegende bzw. ihre Berufsverbände und Interessenvertretungen dafür sorgen, dass die Berufsgruppe „in allen nationalen Gremien dabei“ sei, die sich mit Fragen der Gesundheitsversorgung beschäftigten. Pflege müsse sich auf allen Ebenen und in allen Institutionen aktiv in die aktuelle Diskussion einmischen

und dies sei keine einfache Aufgabe: „Aber das ist eine Einmischung, die man aktiv betreiben muss, man kann sicher nicht davon ausgehen, dass da jemand wartet“ (Lüthi, 50:16).

Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Berufsbildes ‚Pfleger‘ im Einflussbereich von Organisationen, Politik und Gesellschaft

Ganz pragmatische Vorschläge zur Verbesserung des Berufsbildes betreffen das Verhalten von Führungskräften oder die Gestaltung organisationaler Strukturen bzw. Vorgaben, die die berufliche Entwicklung von Pflegenden gezielt fördern und ihnen Chancen bieten, ihre Kompetenzen zu zeigen und im Arbeitskontext weiterzuentwickeln.

Eine Befragte betont anhand eines Beispiels aus ihrem Arbeitsbereich, wie wichtig es sei, dass Führungskräfte vorausschauend handelten, Veränderungsprozesse im Vorfeld langfristig planen und die Mitarbeitenden beteiligen, gut auf ihre Aufgaben vorbereiten und entsprechend ihrer Kompetenzen und Interessen einsetzen: „Das ganze Team ist proaktiv geführt worden, alle Kompetenzen z.B. der Mitarbeitenden wurden am Anfang entsprechend analysiert, mittels Mitarbeitergesprächen wurden entsprechende Untergruppierungen, Themengruppen festgelegt, per Zielsetzungen wohin sich die Mitarbeitenden zu entwickeln haben und sollen und wohin sie auch möchten, wozu sie ihren Beitrag leisten möchten. Und wir sehen heute ein hochkompetentes Gesamtteam mit deutlich unterschiedlichen Skills, also die Leute sind über Jahre jetzt in Kursen gewesen - ich meine nicht akademisch gebildet - die einzige Akademikerin dort auf der Pflegeseite ist die Frau U. (...) Also, das ist eine großartige Modellbildung“ (Spirig, 37:11).

Eine Befragte aus der Schweiz beschreibt sogenannte ‚Akademie-Praxis-Partnerschaften‘ als Modell für eine enge Kooperation zwischen Hochschulen und Kliniken oder Altenheimen, mit dem auch günstige Strukturen für eine positive Entwicklung des Berufsbildes geschaffen werden könnten: „Das wird denen helfen auch ihr Selbstbildnis zu verändern, die Akademie wirklich hinein zu holen, mit Forschungsarbeiten aktiv zu werden, dass die Führungskräfte auch durch die Kurse, die wir anbieten, unterstützt werden können – also, auf diesen Ebenen hoffen wir aktiv zu werden“ (Spirig, 40:59).

Förderlich, um Ansehen und Image der Pflege im Versorgungssystem zu verbessern sei auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, weil hier Kompetenzen sichtbar würden und Vorbehalte abgebaut werden könnten. Gelegenheiten dazu könnten bereits in den Strukturen der zuständigen Organisationen angelegt oder durch die Auswahl der

Mitarbeitenden in innovativen Projekten vorgegeben werden: „Wie gelingt es uns politisch Einfluss zu nehmen? Wie gelingt es uns zu argumentieren, was wir beisteuern können? Wie gelingt es uns, Politiker, Ärzte zu überzeugen, zusammen zu arbeiten? Ich bin eine ganz starke Netzwerkerin. Jedes Projekt bei uns, sei es ein Forschungsprojekt, sei es ein Praxisentwicklungsprojekt wird interdisziplinär aufgezogen. Das ist ganz wichtig, damit es wirklich auch ein gemeinsames Arbeiten gibt. (...) Also, in der Zusammenarbeit scheint mir noch viel Arbeit nötig zu sein, vor allem mit Ärzten, damit diese alltäglich erleben: Was leisten Pflegende im Alltag? Dass die das in der Forschung erleben, dass man gemeinsame Projekte einreicht“ (Spirig, 19:45). Die Befragte verweist auf entsprechende Erfahrungen aus der Vergangenheit, die ihr deutlich gemacht hätten, wie wichtig es sei eine gute Kooperation bereits in den Strukturen anzulegen und dadurch auch schwierige Situationen, wo Mitarbeitende sich in neuen Rollen erleben, institutionell zu unterstützen: „Wenn es uns gelingt, multidisziplinäre z.B. Steuerungsgruppen für solche ganzen Veränderungsteams einzurichten- das haben wir jetzt- Herzinsuffizienzmanagement z.B. bei uns ist eine multidisziplinäre Steuerungsgruppe, die in dem Sinne auch vorgibt: Es muss multidisziplinär gearbeitet werden in einem Programm. Die Leitlinien sind entsprechend einzurichten Das ist mein Lernen, dass man von Anfang an die Strukturen so gestalten muss, dass es auch möglich ist, dass die Fachkräfte ihre Arbeit auch wirklich einbringen können. (...) Ich denke, wenn man alles den Fachkräften überlässt, dann ist es nicht möglich. Meine Pflegenden z.B. können nicht immer auf Ärzte zugehen, ab und zu haben sie das Standing nicht, die Position nicht. Aber wenn es uns gelingt, eine Steuergruppe einzurichten, die das vorgibt auf der wirklichen Management-Ebene, dann geht es“ (Spirig, 52:40).

Als sehr wichtig zur Verbesserung des Berufsimages erscheint vielen Befragten eine Verbesserung der realen Arbeitsbedingungen, wie sie durch eine Erhöhung der Vergütung, eine klare Regelung und Erhöhung des Personalschlüssels oder eine Planung der Berufslaufbahn mit entsprechenden Qualifikations- und Aufstiegsmöglichkeiten verbunden ist. So versprechen sich die befragten Experten wie bereits erwähnt von einer realistischen Darstellung der professionellen Leistungen, einem klar definierten Pflegebegriff und einem ausdifferenzierten Qualifikations- und Leistungsprofil auch eine höhere Akzeptanz für die Kosten, die mittelbar über Beiträge aus der Sozialversicherung oder unmittelbar auf Kunden bzw. die Solidargemeinschaft zukommen.

Eine Expertin betont, dass der Pflegesektor um eine Differenzierung anhand der Qualifikationen nicht umhin komme und dass dies auch für die Wahrnehmung der professionellen Leistung und das Image des Berufes positiv sei. Gegenwärtig finde in der Pflege „die Arbeitsteilung nicht nach fachlicher Kompetenz, nach Qualifikation statt, sondern nach Gusto: Wer macht was ganz gerne“ (Höhm, 01:03:45). Um diesen Zustand zu verändern, brauche es entsprechend qualifizierte Führungskräfte, deren Aufgabe darin bestehe, die Arbeit angemessen zu verteilen und für einen „Skill-Mix“ zu sorgen. Außerdem könne so vermieden werden, dass qualifizierte und hochmotivierte Pflegenden sich völlig verausgaben, weil sie „völlig unmotivierte und schlechte Hilfskräfte an die Hand“ bekämen, sodass sie „im Grunde permanent fachfremde Aufgaben erledigen“ (Höhm, 01:02:50). Auf diese Weise könnten festgefahrene Teamstrukturen oder eine überkommene Aufgabenverteilung aufgelockert bzw. neu geregelt werden. Eine konkrete Möglichkeit, um neue Konzepte oder neue Settings in der Praxis zu erproben, seien sogenannte ‚nursing development units‘, wie sie beispielsweise in England, den USA oder Finnland installiert worden seien.

Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer qualifikationsbezogenen Differenzierung innerhalb der Pflege gab es im Kreis der befragten Experten allerdings auch kritische Stimmen. So befürchteten Personalratsvertreter, dass Prozesse der Akademisierung und Differenzierung nur scheinbar zu einer Aufwertung des Berufsbildes führten, aber keine realen Verbesserungen mit sich brächten. Aus ihrer Sicht birgt eine solche Entwicklung die Gefahr, dass eine neue Gruppe von geringeren Qualifizierten im Pflegesektor tätig wird, deren Qualifikationsniveau unterhalb der bisherigen dreijährigen Ausbildung liegt und die entsprechend auch weniger verdienen: „Mein Beruf soll mehr wert werden, in Anführungsstrichen. Wie wird ein Beruf mehr wert? - Indem er akademisiert wird, spezialisiert wird und indem ich sozusagen auf unterstelltes, mir nachgestelltes Personal zurückgreifen kann“ (Lückemeier & Ruppel, 02:12:43). Ausgehend von der Annahme, dass für den Pflegesektor insgesamt nicht mehr Geld zur Verfügung steht als bisher, führt die Einführung neuer Hierarchiestufen aus Sicht dieser Befragten nur zu einer subjektiven Verbesserung des Status, ohne dass sich in der Realität für den einzelnen Mitarbeitenden tatsächlich etwas verändert. Hinzu komme noch das Risiko, dass auf Grund der personellen Veränderungen die Versorgungsqualität insgesamt sinke: „Dann gehöre ich ja nicht mehr zur Basis, sondern dann bin ich ja schon irgendwie dazwischen. (...) Und das wäre ‘ne Erhöhung, ohne dass es Geld kostet, nur dadurch, dass die anderen weniger kriegen. (...) Ob man das als Gesellschaft haben will, unter Qualitäts Gesichtspunkten oder unter

Gesichtspunkten, dass eigentlich viele viel können sollen, ist ja auch 'ne Frage. Und dass die Gewerkschaften mit diesen Ideen eher Schwierigkeiten haben, weil 'ne breite Ausbildung natürlich bessere Erwerbschancen bietet, ist ja auch logisch“ (Lückemeier/Ruppel, 02:12:43). Die Befragten können sich zwar vorstellen, dass diese Entwicklung Einigen zwar neue Karrieremöglichkeiten eröffnet, sie weisen aber auf die Gefahr hin, dass sie für Andere Nachteile hat und somit auf ein Nullsummenspiel hinausläuft: „Also, dabei könnte 'ne Imageaufwertung rauskommen, ohne dass die Leute wirklich was davon haben. Dann haben sie für ihr Ego vielleicht was, aber - streng genommen - auf Kosten von anderen“ (Lückemeier/Ruppel, 02:14:20). In diesem Zusammenhang stelle sich auch die Frage nach Solidarität bzw. Abgrenzung innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden: „Das ist ja immer auch 'ne berufsständische Diskussion. Wo will ich denn mit meinem Berufsbild hin? Wie möchte ich denn mein Berufsbild gegen - oder mit anderen zusammen - einordnen lassen, abgrenzen?“ (Lückemeier/Ruppel, 02:12:38).

Neben den oben genannten eher monetären Aspekten muss sich die Gesellschaft aus Sicht der befragten Experten auch mit ethischen Fragen und gesellschaftlichen Tabus auseinandersetzen. Gerade in einer Leistungsgesellschaft seien Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Kontrollverlust und Tod Themen, die gerne verdrängt werden: „Das Thema Pflege ist kein geliebtes Thema, das Thema Sterben ist ja noch viel unbeliebter und die Menschen, die damit zu tun haben, die werden auch nicht mehr geliebt, nur weil sie das machen. Ich meine, es gibt Tabu-Themen, alle wissen, das passiert jeden Tag, alle wissen, es muss auch Menschen geben, die es tun und trotzdem ist es nicht angesehen“ (Kniep, 42:22). „Ich finde, das ist die gesamtgesellschaftliche Sicht auf Älterwerden, auf Gesundheit. Wer hat Wert in der Gesellschaft? Ich glaube, da muss ganz viel Umdenken stattfinden, damit auch solche Berufe mehr Anerkennung bekommen. Das ist nicht einfach nur eine Gruppe und ein Image, das ist ein gesamtgesellschaftliches Gucken auf die vielen Dinge. Das kann man nicht so trennen“ (Kniep, 44:10). Nach Aussage der zitierten Expertin ist eine Aufwertung des Berufsbildes der Pflege ohne die Auseinandersetzung mit diesen Themen gar nicht möglich und muss sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene stattfinden. Eine andere Befragte fordert in diesem Zusammenhang ausdrücklich einen gesellschaftlichen Diskurs zu ethischen Fragen, an denen sich dann auch Rahmenbedingungen und finanzielle Ausstattung des Pflegesektors orientieren müssten. Dieser Expertin geht es darum „eine fachlich bezogene und wertbezogene begründete Lösung zu finden, wie man die einzelnen Teile bedienen kann,

welche Chancen überhaupt bestehen, das zu tun. Und wo man andere Rahmenbedingungen braucht, um die Werte, die man professionell hat, durchsetzen zu können“ (Höhmann, 59:58). In einem solchen Diskurs müsste sich eine Gesellschaft tatsächlich der Frage stellen, was ihr die Pflege und Betreuung alter, kranker oder Behinderter Menschen im wörtlichen Sinne ‚wert‘ ist und wie sie den eigenen Werten zu entsprechen gedenkt.

Wichtig für das Berufsbild in der öffentlichen Wahrnehmung ist aus Sicht der befragten Experten auch die Berichterstattung in den Medien. Hier sollte an die Stelle von skandalisierenden Berichten Informationen über vorhandene Angebote oder erfolgreiche Projekte und Initiativen treten: „Und ich mag auch diese ganzen Sendungen nicht, ‚hart aber fair‘ und ‚Anne Will‘ und wie sie alle heißen, die immer diese Missstände beklagen, aber keine Alternativen aufzeigen. Z.B. diese Beratungsstellen hier, die gibt es seit 12 Jahren, ich hab noch nicht in einer Sendung gehört, dass es die in NRW seit 12 Jahren gibt. Man tut immer so, als gibt es überhaupt nix und niemanden, und in Wirklichkeit würdigt man nicht, was da ist-. Man würdigt weder die, die so ‚ne Beratung machen, noch würdigt man die, die die Arbeit machen. Dieser ganze Bereich wird stiefmütterlich behandelt“ (Kniep, 16:25). „Ich finde, dann muss man auch mal Alternativen aufzeigen und sagen: So, wir haben Negativbeispiele, aber es gibt auch dies und das und jenes“ (Kniep, 16:30). Häufig beschränke sich die Darstellung auf die Schilderung eines Missstandes, und dessen Beseitigung sei der Presse keine Zeile wert: „Ich sag mal, ein Heim wird unheimlich schlecht gemacht, Skandal, Skandal, und wenn sich der Skandal aufgeklärt hat, dann geht das nicht genauso an die Öffentlichkeit, also der Skandal bleibt stehen“ (Kniep, 39:38).

Eine Expertin fasst folgendermaßen zusammen, was aus ihrer Sicht alles zu tun ist, um das Image der Pflege zu verbessern und den Pflegenden die notwendige Wertschätzung zukommen zu lassen: „Ich glaube, man braucht die politische Ebene, man braucht mehr Personal und man braucht mehr Mitsprache für die Pflege. (...) Und ich glaube, das Meiste geht über die Haltung von Vorgesetzten und über die Haltung von Bewohnern und Angehörigen. Und über die Haltung von öffentlichen Gremien“ (Sauter, 52:01).

5.3.5 Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sind sich die befragten Experten einig, dass der Bedarf an Pflegenden - wahrscheinlich dramatisch - steigen werde. Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung steige und die Bedeutung der Familie als traditioneller Ressource bei Pflegebedürftigkeit im Alter nehme ab. Vor diesem Hintergrund müssten Anstrengungen unternommen werden, um einerseits Schulabgänger für den Pflegeberuf zu gewinnen und andererseits für erfahrene Pflegenden Arbeitsbedingungen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, bis zum Eintritt ins Rentenalter im Beruf zu bleiben und ihre Erfahrungen sinnvoll einzusetzen. Der steigende Bedarf betrifft sowohl qualifizierte Pflegende als auch Hilfskräfte im Pflegesektor. Qualifizierte Mitarbeitende werden stärker in Koordinations-, Anleitungs- und Beratungstätigkeiten eingebunden sein und benötigen entsprechend Führungskompetenzen bzw. spezielle Qualifikationen, z.B. im Case-Management.

Imagekampagnen zur Gewinnung von Auszubildenden erscheinen jedoch nur dann sinnvoll, wenn die Berufsrealität den Darstellungen auch Stand halten kann. Eine Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen sei dringend erforderlich. Als Möglichkeiten, Auszubildende zu gewinnen, werden von Befragten die verstärkte Präsenz Pflegender in der Öffentlichkeit vorgeschlagen, z.B. indem sie Präventionskampagnen in Kindergärten oder Schulen durchführen oder in den Medien, z.B. in der lokalen Presse, in realistischer Art und Weise über Arbeitsfelder und Aufgaben der Pflege berichtet würde.

Auch das Gesundheitssystem müsste sich in seinen Strukturen ändern, damit professionelle Pflegekräfte nicht einen großen Teil ihrer Arbeitszeit mit administrativen Aufgaben verbringen müssten, statt sich ihren eigentlichen Aufgaben, nämlich der Pflege und Betreuung alter, kranker oder behinderter Menschen zu widmen. So müssten beispielsweise Vorgaben oder Kontrollen von Pflegeleistungen durch Kostenträger in angemessener Form stattfinden.

Im europäischen Vergleich bildet das deutsche Gesundheitssystem, was die Situation der Pflege angeht, eher ein Schlusslicht. Dies betrifft sowohl die Ausbildungsstrukturen, insbesondere die akademische Ausbildung, als auch den Status im interdisziplinären Team, das von den ärztlichen Mitarbeitenden dominiert werde und Pflegenden eher geringe Entscheidungs- und Handlungsspielräume gewähre.

Die Rahmenbedingungen, unter den Pflege gegenwärtig stattfindet, sind bestimmt durch zunehmende Arbeitsverdichtung und permanenten Zeitdruck. Rationalisierungsmaßnahmen der Vergangenheit haben sich aus Sicht von Befragten häufig als Fehlentscheidungen erwiesen, so fehle z.B. durch die Reduzierung von Übergabezeiten der ‚kommunikative Kitt‘, was zu einer Verringerung des Zusammenhalts in den Teams und zu einer Verschlechterung der Arbeitsqualität geführt habe. Hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der organisationalen Strukturen könnten deutsche Einrichtungen vom Beispiel amerikanischer Magnetkrankenhäuser lernen.

In den Interviews wurde jedoch auch deutlich, dass Verbesserungen, mit denen neue Mitarbeitende gewonnen bzw. vorhandene gebunden werden können, wie z.B. Einkommenssteigerungen, Weiterbildungsangebote, Karrieremöglichkeiten oder schlicht und einfach die Beschäftigung zusätzlicher Mitarbeitender, Kosten verursachen, die von der Gesellschaft gewollt und getragen werden müssen. Deshalb wird von manchen Experten auch ein gesellschaftlicher Diskurs über ethisch relevante Fragen (Was ist uns die gute Versorgung alter Menschen wert?) gefordert, der Grundlage für die Gestaltung der Rahmenbedingungen und für die Finanzierung professioneller Pflege sein soll.

Deutlich wird in den Interviews mit den Befragten vor allem eins: Um den steigenden Bedarf zu decken, muss der Pflegeberuf attraktiv sein bzw. bleiben. Dies ist aus Sicht der Befragten dann gegeben, wenn Pflegenden ihre Wertvorstellungen in der Praxis auch umsetzen können, wenn die Vergütung stimmt, wenn der Beruf Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten bietet und Qualifikationen sich auch in Einkommens- und Statusverbesserungen spiegeln. Um dies zu erreichen, braucht es sowohl auf der Ebene der Organisationen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene Veränderungen, die Pflegenden mehr Verantwortung und Gestaltungsspielräumen geben und diese Veränderungen der Aufgabenprofile und Rahmenbedingungen auch rechtsverbindlich festschreiben und absichern.

Der Ausbildungssektor der Pflege befindet sich im Wandel und lässt sich charakterisieren anhand von Akademisierungsprozessen einerseits und der Beschäftigung von Mitarbeitenden mit geringen Qualifikationen andererseits. Die traditionellen Arbeitsfelder der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege werden zunehmend ersetzt durch eine generalistische Ausbildung auf Fachhochschulniveau. Das Spektrum der Qualifikationen in der Pflege orientiert sich am Europäischen Qualifikationsrahmen, der eine Differenzierung von acht Qualifikationsniveaus vorsieht. Viele Befragte begrüßen die Erweiterung des

Qualifikationsspektrums und verbinden damit eine Verbesserung des professionellen Profils und der Aufstiegsmöglichkeiten. Außerdem stellt ein ‚guter Qualifikationsmix‘ für viele Befragte eine Möglichkeit dar, dem steigenden Bedarf in der Pflege angemessen zu begegnen und eine gute Versorgungsqualität sicher zu stellen.

Experten äußern jedoch auch die Befürchtung, dass die Ausdifferenzierung im Berufsfeld der Pflege sich als Nullsummenspiel herausstellen könnte, bei der es Gewinner und Verlierer, jedoch keine reale Verbesserung der Arbeitssituation für die Berufsgruppe insgesamt gebe und davon auch eine Verschlechterung der Versorgungsqualität ausgehen könne.

Von einer akademischen Ausbildung versprechen sich Experten eine Anpassung der Qualifikation an die gestiegenen Anforderungen im Arbeitsfeld, eine Verbesserung des professionellen Profils und damit auch der Qualität der Arbeit. Pflegende könnten sich damit für neue Aufgabenfelder qualifizieren oder sich fachliche Impulse holen. Akademisierung bedeute außerdem eine Gleichstellung der Pflege mit anderen akademischen Berufen im Gesundheitswesen, die den Status der Pflege verbessert und eine Kooperation auf Augenhöhe ermöglicht. Schließlich finde Deutschland durch eine Akademisierung der Pflege Anschluss an den europäischen Standards und die Pflege erhalte mit Bachelor- bzw. Masterabschlüsse auch internationale Anerkennung.

Ausgehend von der Annahme, dass sich Ausbildungsstrukturen und Arbeitsfelder bzw. Aufgabenprofile wechselseitig bedingen, sollten entsprechende Veränderungen im Zuge der Akademisierung in Ausbildungsstätten und Einrichtungen parallel stattfinden.

Was die Akzeptanz akademisch ausgebildeter Pflegenden angeht, so äußern sich Befragte mit Verweis auf erste positive Erfahrungen optimistisch, auch wenn mit Vorbehalten von verschiedener Seite gerechnet werden müsse, denn diese Veränderungen verursachten Kosten und berührten etablierte Strukturen, traditionelle Hierarchien und die Interessen anderer Berufsgruppen im Gesundheitssystem. Experten prognostizieren hier jedoch, dass sich vieles, z:B. auch die Frage der Vergütung, ‚im Prozess‘ entwickeln werde, auch die Vorbehalte würden sich mit der Zeit verlieren. Der Bedarf an hoch qualifizierten Pflegenden sei vorhanden und diese müssten sowohl Führungsaufgaben wahrnehmen als auch - anders als bisher - am Bett der Patienten zum Einsatz kommen und hier vor allem Koordinations-, Anleitungs- und Beratungsfunktionen übernehmen. Die akademische Ausbildung setze sich insofern positiv von bisherigen Formen der Aus- und Weiterbildung

ab, als sie ‚Diskursfähigkeit‘ vermittele und damit Zugang zu wissenschaftlichem Denken und Arbeiten ermögliche und eine wichtige Basis für den interdisziplinären Austausch darstelle. An diese Pflegenden richten sich auch entsprechend hohe Erwartung hinsichtlich ihrer Fachlichkeit, ihrer kommunikativen und organisatorischen Fähigkeiten, ihrer Analyse- und Führungskompetenzen sowie ihrer Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Eng verknüpft mit der Akademisierung werden auch neue Kompetenzen und Zuständigkeiten für Pflegende, wie z.B. die Verordnungsfähigkeit von Pflegehilfsmitteln.

Nicht alle Pflegenden müssten jedoch über eine akademische Ausbildung verfügen, der Bedarf wird von Befragten auf ca. 20% geschätzt. Dieser Anteil könne vielleicht in 10 oder 15 Jahren erreicht werden, wenn eine ausreichende Zahl an Studienplätzen geschaffen würde. Auch ohne akademischen Abschluss könne ‚gute Pflege‘ geleistet, wichtig seien neben formalen Qualifikationen schließlich auch die soziale Kompetenz und die Haltung gegenüber den zu Pflegenden.

Vor dem Hintergrund der Akademisierung sei es jedoch auch wichtig, darauf zu achten, dass berufserfahrene Pflegende nicht benachteiligt werden. Bisherige Qualifikationen und berufliche Erfahrungen müssen deshalb in dem neuen Qualifikationssystem berücksichtigt und beispielsweise ein Möglichkeit zum Quereinstieg in ein (Master)Studium ermöglicht werden.

Mit einer generalistischen Ausbildung verbinden die Befragten vor allem eine Aufwertung der Altenpflege, in dem Sinne, dass auf diese Weise das professionelle Ansehen erhöht, Statusunterschiede niveliert, aber auch reale Benachteiligungen abgeschafft würden, wie z.B. die auf Deutschland beschränkte Anerkennung des Altenpflegeberufes. Begrüßt wird diese Entwicklung außerdem, weil die Pflege dann eine gemeinsame Wissensbasis definieren und nach außen vermitteln könne. Allerdings seien zur Etablierung einer generalistischen Ausbildung in der Pflege noch einige rechtliche oder sozialpolitische Hürden zu überwinden, so liege z.B. die Zuständigkeit für Alten- und Krankenpflege derzeit bei unterschiedlichen Ministerien und müsste im Zuge einer Generalisierung der Ausbildung zusammengeführt werden.

Die kürzlich eingeführte Absenkung der Zugangsvoraussetzungen zur dreijährigen Ausbildung sehen die Befragten durchgehend kritisch, da Bewerber mit Hauptschulabschluss mit den Anforderungen dieser Ausbildung überfordert seien. Befragte sehen darin eine unbedachte Maßnahme der Politik, um den Bedarf an Pflegekräften zu

decken. Sie ärgern sich über die darin zum Ausdruck kommende Missachtung der professionellen Leistungen und Kompetenzen Pflegender. Für die Praxis besitze sie jedoch kaum Relevanz, da die Chancen der Bewerber mit Hauptschulabschluss, den Anforderungen der Ausbildung zu genügen, als sehr gering eingeschätzt werden. Aus diesem Grund sei die Absenkung der Zugangsvoraussetzungen auch gegenüber den Bewerbern nicht fair, für die ein Einstieg in die Pflege über eine Assistentenausbildung möglich sei.

Sehr wichtig sei eine Durchlässigkeit des Ausbildungssystems, um einerseits interessierten Bewerbern Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten im Arbeitsfeld der Pflege zu geben und andererseits dem steigenden Bedarf an entsprechenden Leistungen gerecht zu werden. Wichtig sei, dass gering und gut qualifizierte Mitarbeitende nicht (auf Grund ökonomischer Überlegungen) gegeneinander ausgespielt werden könnten, dass qualifizierte Arbeit nicht durch den Einsatz weniger bzw. unqualifizierter Mitarbeitender entwertet werde und dass auch Beschäftigte mit einer geringen Qualifikation ein angemessenes Einkommen erhielten. Unter solchen Voraussetzungen – und gesteuert von einer verantwortlichen Pflegekraft – könnten auch Personen ohne spezifische Ausbildung Aufgaben im Arbeitsfeld, z.B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen. Eine Nicht-Beachtung der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, wie sie in der Pflege häufig zu finden sei und auch von den Pflegenden selbst praktiziert werde, führe zu einer indirekten Entwertung des Berufes.

Insgesamt stimmen die befragten Experten auch in dem Punkt überein, dass es in Zukunft einen Bedarf sowohl an hoch Qualifizierten als auch an Menschen mit geringer Qualifikation im Pflegesektor geben wird; dies spiegelt die Entwicklung im Ausbildungssektor, der sich zwischen Akademisierung und dem Einsatz gering Qualifizierter bewegt. Eine zentrale Aufgabe bestehe darin, durch eine gut koordinierte Zusammenarbeit von Akteuren mit unterschiedlichen Qualifikationen für die Kunden eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten und gleichzeitig den Mitarbeitenden mit Hilfe eines klar gegliederten und durchlässigen Ausbildungssystems berufliche Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten, die den Arbeitsbereich für unterschiedliche Menschen attraktiv macht und erhält.

Ähnlich wie Qualifikationen mit gesellschaftlicher Anerkennung verbunden sind, können auch die Arbeitsbedingungen als Ausdruck des Ansehens verstanden werden, das ein Beruf in der Gesellschaft genießt. Aus Sicht der befragten Experten sind die Bedingungen, unter

denen Pflegearbeit in Deutschland gegenwärtig stattfindet, kein Ausdruck gesellschaftlicher Wertschätzung, denn für die Beschäftigten in der Pflege würden nicht die nötigen personellen oder finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt, um ihre Arbeit zur Zufriedenheit aller Beteiligten zu leisten. Maßnahmen, wie die Senkung der Zugangsvoraussetzungen oder der Einsatz von gering Qualifizierten im Pflegesektor, ohne gleichzeitig Aufgabenprofile und Zuständigkeiten zu regeln, entwerte die professionellen Leistungen. Die Pflegenden würden mit dem Dilemma allein gelassen, fachliche Überzeugungen, berufliche Werte und gesellschaftlichen Erwartungen unter damit nicht zu vereinbarenden Bedingungen realisieren zu müssen. Das Image des Berufes sei mit Attributen von Mitmenschlichkeit assoziiert, die im Arbeitsalltag nicht einzulösen seien. Auszubildenden würden die entsprechenden Werte im Rahmen der beruflichen Sozialisation vermittelt ohne sie in angemessener Weise auf die diskrepanten Bedingungen im Arbeitsalltag vorzubereiten und ihnen Gelegenheit zu geben, diese zu reflektieren und realistische Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Dies münde in der Pflege typischerweise darin, dass beschränkende Rahmenbedingungen durch individuellen Mehreinsatz kompensiert würden. Es sei auch ein Aspekt von Wertschätzung die Pflegenden bereits in der Ausbildung darin zu unterstützen, für sich zu sorgen und für die eigenen Interessen einzustehen und zwar sowohl im eigenen Arbeitsbereich als auch auf berufspolitischer Ebene.

Langjährig erfahrene Pflegenden sind aus Sicht der Experten auf Grund ihres Wissens und ihrer Erfahrungen einerseits eine wichtige Ressource, die einen hohen Wert habe und viel zu wenig genutzt werde. Andererseits haben Lebens- und Berufsjahre oftmals Spuren hinterlassen und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen geführt. Diese erschweren den Arbeitsalltag und sollten aus Sicht der Experten Berücksichtigung finden, auch, damit diese Beschäftigten ihre Berufstätigkeit bis zur Rente fortsetzen können und wollen.

Vorausgesetzt die berufliche Entwicklung sei positiv verlaufen und die Pflegenden hätten angesichts der schwierigen Bedingungen nicht resigniert, sei ihr Selbstbewusstsein und ihr berufliches Standing - so eine Expertin - oftmals besser als das von Berufseinsteigern. Wenn sie gelernt hätten, die eigene Arbeit zu reflektieren und sich mit den eigenen Einstellungen und Handlungen auseinanderzusetzen, könne ihnen dies zu der notwendigen Distanz verhelfen, um mit Kränkungen umzugehen und die eigene Standpunkte selbstbewusst zu vertreten. Eine Befragte warnt davor, die Skepsis erfahrener Pflegender

gegenüber Veränderungen im Arbeitsbereich nur als ein Hemmnis zu sehen. Die Argumente erfahrener Mitarbeitender seien ernst zu nehmen, dies könnte verhindern, Fehler aus der Vergangenheit zu wiederholen, denn nicht jede Neuerung erweise sich am Ende auch als Fortschritt.

Gerade ältere Pflegende verfügten auf Grund ihrer langjährigen Erfahrung oftmals über intuitives Wissen, hätten jedoch Schwierigkeiten, ihre Arbeit, z.B. im Rahmen der Pflegeplanung, in Worte zu fassen. Diese Kompetenzen verdienten jedoch unbedingte Wertschätzung, denn sie erreichten die Klienten sehr wohl und hätten für die Interaktionsarbeit eine große Bedeutung.

Ob ältere Pflegekräfte als Ressource oder als Belastung wahrgenommen werden, habe viel mit der Unternehmenskultur zu tun und zeige sich beispielsweise darin, wie mit Vorschlägen oder kritischen Anmerkungen in der Einrichtung umgegangen werde. Wenn jüngere Kollegen wenig Verständnis für die Bedürfnisse oder die nachlassende Belastbarkeit der älteren aufbrächten, zeige dies, dass das Bewusstsein für den Wert von Erfahrungswissen noch entwickelt werden müsse.

Um die Ressourcen erfahrener Pflegender zu nutzen und ihnen die Berufstätigkeit bis zur Rente zu erleichtern, ist es aus Sicht der Experten wichtig, dass sowohl Einrichtungen als auch Mitarbeitende selbst sich mit der Frage auseinandersetzen, wie die späte Berufsphase aussehen könnte. Dazu gehören Präventionsmaßnahmen im Sinne der Gesundheitsförderung, wie z.B. Stressmanagement. Eine langfristige Laufbahnplanung und die Entwicklung veränderter Aufgabenprofile und die entsprechende Qualifizierung erhöhen die Chancen in einer späteren Phase der Berufstätigkeit einen angemessenen Arbeitsplatz zu finden. Es sei wichtig, dass sowohl die Pflegenden selbst als auch Vorgesetzte und Arbeitgeber sich frühzeitig um die Planung der beruflichen Laufbahn kümmern und Perspektiven entwickeln.

Neben Qualifizierungsmaßnahmen nennen Experten auch Entlastungsmöglichkeiten für ältere Mitarbeitende, die durch die Veränderung von Umfang oder Inhalten der Arbeit oder eine andere Dienstplangestaltung die Belastung älterer Pflegender verringern. Die dafür notwendigen Spielräume sollten den Leitungskräften in den jeweiligen Arbeitsbereichen eingeräumt werden, handlungsleitend sollte statt des Prinzips der Gleichheit das Prinzip der Gerechtigkeit sein. Auch Sabbaticals können aus Expertensicht eine Möglichkeit sein um älteren Pflegenden eine längere Erholungsphase oder eine berufliche Neuorientierung

zu ermöglichen. Auch Sonderregelungen für die Phase vor dem Ruhestand, die älteren Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, die Arbeitszeit ohne Verdiensteinbußen zu reduzieren, müssten unter bestimmten Voraussetzungen möglich sein.

Stets gehe es darum, individuelle Lösungen für die Mitarbeitenden zu entwickeln, dies sei eine wichtige Aufgabe von Führungskräften im Bereich der Pflege.

Von Expertenseite werden in diesem Zusammenhang auch strukturelle Veränderungen angesprochen, die - nicht nur im Interesse langjähriger Beschäftigter - dringend nötig seien, um die problematische Arbeitssituation in der Pflege zu entschärfen. Dazu gehören nach Ansicht von Befragten insbesondere verbindliche Vorgaben für eine Personalbemessung, denn gerade älteren Mitarbeitenden machten die restriktiven Arbeitsbedingungen und die ohnehin schon anstrengenden Schichtdienste sehr zu schaffen. Ein besserer Personalschlüssel schaffe für ein Team Spielräume, um körperlich nicht mehr voll belastbare Kollegen mitzutragen, sie für spezielle, ihren Kompetenzen entsprechende Anleitungs- oder Koordinationsaufgaben freizustellen oder ihnen z.B. Nachtdienste zu ersparen.

Schließlich betont eine Expertin, dass es gerade den älteren Mitarbeitenden gegenüber wichtig sei, deutlich zu machen, dass ihre Arbeit wahrgenommen und geschätzt wird, denn diese hätten nicht selten das Gefühl hinter der rasanten Entwicklung im Pflegesektor zurückzubleiben und nicht mehr zu genügen, hier seien insbesondere die Führungskräfte aufgerufen, ihre Anerkennung und die Wertschätzung der professionellen Leistung deutlich zu machen.

Mit den gestiegenen Anforderungen im Arbeitsfeld und dem Wandel im Ausbildungssektor müsse und werde sich aus Sicht der Befragten auch das öffentliche Berufsbild und das professionelle Selbstverständnis der Pflegenden verändern. Derzeit sei das Image der Pflegenden in der öffentlichen Wahrnehmung gespalten: Umfragen bescheinigen der Berufsgruppe auf der einen Seite zwar eine große Vertrauenswürdigkeit, auf der anderen Seite werden die professionellen Kompetenzen Pflegender als eher gering eingeschätzt und sie verrichten eine zwar wichtige, aber dennoch unangenehme Arbeit, die mit gesellschaftlichen Tabus wie Leiden, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Tod assoziiert werde. Das öffentliche Berufsbild orientiere sich aus Sicht der Befragten immer noch an traditionellen Vorstellung eines Assistenzberufs und nehme die Komplexität der Aufgaben und die Professionalität der Leistungen kaum wahr, sondern reduziere sie auf bestimmte

tabuisierte Tätigkeiten. Auch Arbeitsbedingungen und Vergütung spiegeln aus Sicht von Experten den eher geringen Status der Pflege im Versorgungssystem. Der ökonomische Druck, unter dem die Berufsangehörigen arbeiteten, sei hoch und die Kosten hätten auch in der Wahrnehmung der Kunden mehr Gewicht als die Qualität. Noch immer gelte der Pflegeberuf als typischer Frauenberuf, der kaum für Männer attraktive Aspekte wie Einfluss- oder Karriere­möglichkeiten biete. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern habe der Pflegeberuf in Deutschland einen schweren Stand, in anderen Ländern, insbesondere in Skandinavien oder der Schweiz hätten Pflegende bessere Bedingungen, mehr Partizipationsmöglichkeiten und ein höheres Ansehen. Dies führe auch dazu, dass gut qualifizierte deutsche Pflegende in diese Länder abwanderten. Aussagen der Befragten machen jedoch auch deutlich, dass es auch in Ländern, die als Paradebeispiel gerne herangezogen werden, ähnliche Probleme, z.B. eine Entwertung der pflegerischen Leistungen, gebe.

Um das berufliche Profil zu schärfen, sei unbedingt eine klare Definition von ‚Pflege‘ nötig, aus der auch die Leistungen der Berufsgruppe für alle ersichtlich würden. Auf dieser Grundlage könnten dann auch Forderungen nach mehr Personal oder einer besseren Vergütung formuliert und begründet und die Akzeptanz in der Bevölkerung bzw. bei den Kostenträgern erhöht werden.

Experten verweisen in diesem Zusammenhang auf eine Tendenz unter den Pflegenden die eigenen Leistungen und Qualifikationen kaum wahrzunehmen oder anzuerkennen, entsprechend gering sei häufig das berufliche Selbstbewusstsein und das Standing. Dies erschwere die multidisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere in akademisch dominierten Kontexten, wie z.B. in Kliniken. Mit einem solchen Verhalten bestätigten Pflegende das wenig professionelle Image und den entsprechend geringen Status des Berufes in der Bevölkerung, aber auch in der Wahrnehmung anderer Berufsgruppen im Gesundheitssystem, insbesondere auf Seiten der ärztlichen Mitarbeitenden.

Außerdem hätten Pflegende Vorbehalte, ihre fachliche Expertise zu zeigen und damit möglicherweise einen Sonderstatus im Kreise der Berufskollegen einzunehmen. Es gebe ein ‚Gleichheitsgebot‘ in der Pflege, das verhindere, dass Pflegende persönliche Kompetenzen und Qualifikationen präsentieren. Dies führe dazu, dass Pflegende sich in Situationen, in denen ihre persönlichen Kompetenzen im Vordergrund stehen, unwohl fühlten oder befürchteten als arrogant wahrgenommen oder vom Team für ihr ‚ehrgeiziges Verhalten‘ abgestraft würden.

Auch die hohen Erwartungen der Pflegenden an die eigene Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit tragen aus Expertensicht dazu bei, dass das berufliche Selbstbewusstsein eher gering sei, denn im Arbeitsalltag erlebten Pflegenden unter den ohnehin problematischen Arbeitsbedingungen ständig, dass sie den eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden können, was wiederum zur Entwertung der eigenen Leistung führe. Ein Manko der beruflichen Sozialisation sei es, dass Auszubildenden keine klaren Kriterien für die Qualität ihrer Arbeit vermittelt würden, anhand derer sie ihre eigenen Leistungen bewerten könnten. Außerdem würden Auszubildende nicht dazu angeleitet, die Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und Arbeitsqualität zu reflektieren und realistische Strategien zu entwickeln, um mit der offensichtlichen Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit zurechtzukommen. Dies führe nicht selten dazu, dass Pflegenden sich bemühten, strukturelle Defizite durch erhöhten Einsatz zu kompensieren, was auf Dauer gesundheitsschädlich sei und auch nicht dazu beitrage, das professionelle Standing und das Image zu verbessern. Besser sei es, relevante Fragen in den Teams und Einrichtungen oder auf der Ebene von Berufsverbänden und Interessenvertretungen zu diskutieren und auf diese Weise das berufliche Profil der Pflege weiterzuentwickeln.

Auch gegenüber reduzierenden oder skandalisierenden Darstellungen der beruflichen Arbeit verhielten sich die Pflegenden zu defensiv und reagierten eher gekränkt und mit Rechtfertigungen, anstatt Fehler einzugestehen oder professionelles Verhalten sachlich und fachlich begründet darzustellen. Der Hinweis auf die problematischen Arbeitsbedingungen gehöre zwar durchaus in diesen Kontext, es sei aber wichtig, dass die Berufsgruppe auch hier selbstbewusst auftrete und sich nicht als ‚Opfer widriger Umstände‘ präsentiere, denn dies rufe eher Mitleid hervor und stärke nicht das professionelle Ansehen in der Gesellschaft.

Es sei überhaupt wichtig, dass professionell Pflegenden sich in ihrem Einflussbereich, d.h. sowohl am Arbeitsplatz als auch im privaten Umfeld, ihre fachliche Kompetenz zeigen und selbstbewusst auftreten sollten, um das professionelle Ansehen ‚im Kleinen‘ zu verbessern. Darüber wäre es für das Berufsbild günstig, wenn Pflegenden sich stärker in die fachliche Diskussion einmischten, z.B. durch Leserbriefe zu Gesundheits- und Versorgungsfragen in der regionalen Presse, öffentlich wirksame Aktionen oder Anfragen an kommunale Parlamente. Skandalisierende Berichterstattung dürfe nicht die Wahrnehmung von Pflegearbeit in der Öffentlichkeit dominieren, wichtiger seien realistische Darstellungen

über Arbeitsbereiche und Aufgaben der Pflege oder Berichte über positive Projekte und neue Initiativen.

Um das Image zu verbessern und das Standing Pflegender zu erhöhen, sei es daneben Aufgabe der Berufspolitik, Leistungen und Bedeutung der Pflege in den entsprechenden politischen Gremien und Institutionen deutlich zu machen und dort die Interessen der Pflege zu vertreten. Um dies wirksam tun zu können, müssten Pflegende jedoch auch politische Verantwortung übernehmen und sich organisieren. Leider zeige der Vergleich mit anderen Berufen sehr niedrigen Anteil von Pflegenden, die Mitglied eines Berufsverbandes oder einer Gewerkschaft sind, dass politisches Engagement für die eigenen Interessen in der Pflege keinen hohen Stellenwert besitze. Befragte erklären dies damit, dass durch die hohen Belastungen im Arbeitsalltag bereits alle Energien absorbiert würden und die Erfahrung, dass als erfolglos erlebte Bemühungen und in der Vergangenheit zu einer resignativen Haltung bei vielen Beschäftigten in der Pflege geführt habe. Experten führen in diesem Zusammenhang Beispiele aus dem Ausland an, die gezeigt hätten, dass Pflegende, wenn sie gut organisiert sind, ihre Forderungen auch durchsetzen könnten. Aus Expertensicht ist es sehr wichtig, dass die Pflege in allen relevanten Gremien im Gesundheitssystem Vertreter habe, welche die Interessen der Berufsgruppe vertreten.

Innerhalb der Organisationen bzw. Einrichtungen können Führungskräften durch die Gestaltung der Strukturen und Vorgaben sowie durch ihr Verhalten zur Weiterentwicklung des Berufsbildes beitragen, z.B. indem sie berufliche Entwicklung von Pflegenden gezielt fördern und ihnen Chancen bieten, ihre Kompetenzen im Arbeitskontext einzusetzen. Eine langfristige Planung der beruflichen Entwicklung fördert aus Sicht der Befragten sowohl die professionelle Qualität als auch das Selbstbewusstsein der Mitarbeitenden. Auf diese Weise könne auch der notwendige ‚Skill-Mix‘ erreicht und die Bildung eines hochkompetenten Teams gefördert werden. Auch eine Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis, z.B. in Form sogenannter Akademie-Praxis-Partnerschaften, habe sich als förderlich für die positive Entwicklung des Berufsbildes erwiesen und das Selbstbild der Pflegenden positiv beeinflusst. Ebenfalls gefördert werden sollte die interdisziplinäre Zusammenarbeit, denn hier würden die Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen sichtbar und Vorbehalte könnten abgebaut werden. Als günstig habe es sich erwiesen, interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits in den Strukturen der Organisationen anzulegen, denn dies entlaste die an einer Zusammenarbeit interessierten

Gruppen von der Aufgabe, andere von der Sinnhaftigkeit eines solchen Vorhabens zu überzeugen.

Da Pflegearbeit stets auch gesellschaftliche Tabus berühre, was sowohl die zu Pflegenden als auch die Beschäftigten zu spüren bekämen, müsse sich auch die Gesellschaft insgesamt mit Themen wie Abhängigkeit, Leiden oder Tod auseinandersetzen. In einem öffentlichen Diskurs zu fachlichen, insbesondere aber ethischen Fragen könne man sich über gemeinsame Werte verständigen und darüber auch Rahmenbedingungen und Aufgaben professionell Pflegenden bestimmen. Dies könnte dazu beitragen, dem Berufsbild die ihm angemessene gesellschaftliche Würdigung zu verschaffen.

5.4 Exemplarische Dokumentenanalyse

Das Erleben von Anerkennung und Wertschätzung in der beruflichen Arbeit steht in einem engen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit, der Motivation und der Gesundheit der Mitarbeitenden. Damit Anerkennung und Wertschätzung erfahren und gegeben werden können, sind Kriterien oder Ansatzpunkte erforderlich, anhand derer bemessen oder entschieden wird, inwieweit eine Person oder Leistung anerkennenswert ist. Für Pflege als inkommensurable Dienstleistung ist hierbei die soziale Anerkennung von vorrangiger Bedeutung, die unmittelbar mit Fragen der beruflichen Identität, dem gesellschaftlichen Auftrag und den beruflichen Aufgaben in Verbindung stehen. Entsprechend ist es von Interesse, was Auszubildende oder Teilnehmende an Weiterbildungen in Bezug auf das Thema Wertschätzung lernen, welche Kriterien sie diesbezüglich diskutieren bzw. für sich entwickeln und inwieweit Strategien zur Generierung von Wertschätzung besprochen werden. Um diesbezüglich einen groben Überblick zu erhalten, wurden unterschiedliche Aus- und Weiterbildungsrichtlinien hinsichtlich der Thematisierung von Wertschätzung gesichtet. Dabei wurde deutlich, dass in allen Richtlinien Aspekte der beruflichen Rolle oder Identität aufgeführt sind, das Thema Wertschätzung aber nicht explizit benannt wird. So besteht überall grundsätzlich die Möglichkeit zum Thema Wertschätzung zu arbeiten, sichergestellt ist eine reflexive Auseinandersetzung mit diesem entscheidenden Aspekt beruflicher Arbeit jedoch nicht.

Im Rahmen der im Projekt durchgeführten exemplarischen Dokumentenanalyse wurden folgende Richtlinien oder Lehrpläne analysiert:

- Empfehlende Richtlinie zur Ausbildung in der Altenpflege des Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Stand: Juni 2004,
- das Lehrbuch Thiemes Altenpflege: Zeitgemäß und Zukunftsweisend, herausgegeben von Ilka Köther, Thieme Verlag 2005
- das Lehrbuch Menschen pflegen, Band 1-3, herausgegeben von Annette Heuwinkel-Otter; Anke Nümann-Dulke und Norbert Matscheko im Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2006
- die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege 2003
- die DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die Pflege in der Onkologie (1998)

- der Aufbau-Lehrplan für Pflegekräfte in der Onkologie der EONS (European Oncology Nursing Society), herausgegeben von Sara Faithful, 2005,
- die Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe des Landes Nordrhein Westfalen (WBVO-Pflege-NRW) 2009
- das Lehrbuch Psychiatrische Pflege, herausgegeben von Dorothea Sauter, Chris Abderhalden, Ian Needham und Stephan Wolff im Huber Verlag, Bern 2004

5.4.1 Altenpflege

Empfehlende Richtlinie für die Ausbildung in der Altenpflege“ des MAGS NRW 2004:

In der „Empfehlenden Richtlinie für die Ausbildung in der Altenpflege“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW aus dem Jahr 2004 bieten die dort formulierten Ausbildungsziele Ansatzpunkte für das Thema Wertschätzung. Demnach sollen – über die fachlichen Kompetenzen hinaus – im Sinne einer ‚Persönlichkeitsentwicklung‘ bezogen auf die berufliche Sozialisation die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit sowie die Eigenständigkeit und Selbstverantwortlichkeit der Berufsgruppe gefördert werden. Das darin sich ausdrückende Selbstverständnis von pflegeberuflicher Bildung erhebt die ‚Berufliche Tüchtigkeit‘ und die ‚berufliche Mündigkeit‘ zu den obersten Bildungszielen.

Auch die Auseinandersetzung mit problematischen oder belastenden Aspekten der Pflegearbeit (Umgang mit Schmerzen, Leid oder eigenen Gefühlen von Ekel, Scham oder Hilflosigkeit) bietet die Möglichkeit, sich mit Wertschätzung für die damit in Verbindung stehende Arbeit auseinanderzusetzen. Die dabei stattfindende Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben kann frühzeitig sensibilisieren und dabei unterstützen, gesundheitsförderliche Strategien für die eigene Person zu entwickeln.

Indirekt wird Wertschätzung gegenüber dem Pflegeberuf auch dadurch ausgedrückt, indem den angehenden Pflegenden ein aktiver Part im therapeutischen Team zugesprochen wird: „Die Schülerinnen und Schüler bauen eine professionelle Rollenbeziehung zu den Angehörigen anderer Berufsgruppen auf. Sie erkennen Interrollenkonflikte und beteiligen sich konstruktiv an deren Bewältigung. Sie beteiligen sich am Aufbau therapeutischer Teams und tragen zu deren Funktionsfähigkeit bei.“ Sie „wirken an der Aushandlung gemeinsamer Behandlungs- und Betreuungskonzepte mit“ (S. 60).

Auch die Auseinandersetzung mit den Strukturen des Gesundheitssystems und deren Auswirkungen auf die konkrete Arbeit bietet potenzielle Ansatzpunkte für den Diskurs in

Bezug auf Wertschätzung. Hier Möglichkeiten aber auch Reglementierungen zu erkennen, kann dazu beitragen, sich für die Interessen der eigenen Berufsgruppe auch auf politischer Ebene zu engagieren: „Die Schülerinnen und Schüler erkennen, dass Rahmenbedingungen Altenpflegerisches Handeln ermöglichen und fördern aber ebenso begrenzen und verhindern können. Auf der Grundlage systematischer gesellschaftlicher, politischer, rechtlicher und wirtschaftlicher Vorstellungen schätzen sie ihre konkreten Handlungsmöglichkeiten nicht nur auf der unmittelbaren Ebene des Pflegehandelns, sondern auch auf institutioneller und gesellschaftlich-politischer Ebene ein“ (S. 77).

Vergleichbares gilt für die Auseinandersetzung mit der Berufsrolle, die auch immer deren Entwicklung und Wandel und damit auch die Frage nach der Veränderbarkeit und Weiterentwicklung (bzw. der Findung eines eigenen Standpunktes) einschließt.

Lernfelder, die sich über die Vermittlung fachlicher Kompetenzen hinaus mit der Entwicklung des eigenen beruflichen Selbstverständnisses beschäftigen und eine Auseinandersetzung mit der Berufsrolle im Kontext der gesundheitlichen Versorgung fordern, sind beispielsweise:

- LF 3.1.1 Gesundheits- und sozialpolitische Rahmenbedingungen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen (30h)
- LF 3.1.2: Einrichtungsspezifische Rahmenbedingungen im Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen (50h)
- LF 4 Altenpflege als Beruf (insgesamt 240h)
 - LF 4.1 Berufliches Selbstverständnis entwickeln (60h)
 - LF 4.2 Lernen lernen (40h)
 - LF 4.3 Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen (80)
 - LF 4.4 Die eigene Gesundheit erhalten und fördern (60h)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bestimmte Aspekte von Wertschätzung in den Richtlinien für die Altenpflegeausbildung enthalten sind, beispielsweise indem im Rahmen bestimmter Lernfelder eine Auseinandersetzung mit der sich wandelnden Berufsrolle oder den Einflüssen, die gesellschaftliche oder organisationspezifische Einflüsse auf die konkrete Arbeit haben. So wird neben den fachlichen Kompetenzen auch „berufliche Mündigkeit“ als zentrales Ausbildungsziel formuliert. Auszubildende sollen sich von Anfang an als Teil des Teams verstehen, ihre Berufsrolle selbstbewusst wahrnehmen und auch die Grenzen der eigenen Belastbarkeit erkennen und respektieren. Unklar bleibt allerdings, wie dies im Rahmen der Ausbildung konkret - z.B. im Rahmen einer Reflexion oder Supervision von Erfahrungen der Auszubildenden am Arbeitsplatz - tatsächlich umgesetzt werden soll.

Lehrbuch „Thiemes Altenpflege Zeitgemäß und Zukunftsweisend“ von Ilka Köther (Hrsg.)
Thieme Verlag 2005:

Das Lehrbuch ist in Lernbereiche mit jeweils Lernfeldern untergliedert. Innerhalb der Lernfelder sind mögliche Ansatzpunkte für die Auseinandersetzung mit dem Thema Wertschätzung vorhanden. Im Lernfeld 1: *Pflegewissenschaftliche Grundlagen* wird beispielsweise der Wissenschaftsbezug von Pflege hervorgehoben und das Modell des reflektierenden Erfahrungslernens als Anerkennung und Systematisierung pflegerischen Handlungswissens vorgestellt. Dadurch wird eine hohe Wertigkeit pflegerischen Fachwissens hervorgehoben.

Im Lernfeld 4: *Pflegeprozess* wird die Entwicklung von Pflegeklassifikationen als Ausdruck der Professionalisierung und als Beschreibung einer eigenen „Domäne“ (S. 47) dargestellt. Damit erfolgt eine Aufwertung des Berufs, die wiederum mit einer höheren Wertschätzung einhergehen könnte.

Im Lernfeld 6: *Kommunizieren* wird unter Punkt 6.2.3: *Nähe und Distanz* dargelegt dass sich zu pflegende Menschen und die Pflegenden auf Augenhöhe „als Erwachsene“ begegnen (S. 63). Mit dieser Darstellung von Gleichberechtigung wird ein gewisses Maß an gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung für die Pflegenden impliziert. Pflegende haben hier nicht die Rolle von Dienenden, die Zuarbeiten leisten sondern erbringen eine Dienstleistung auf Augenhöhe. Entsprechend können sie Anerkennung und Respekt von ihrem Gegenüber erwarten. Im weiteren Verlauf des Kapitels wird jedoch nur noch von den Anforderungen an die Pflegenden geschrieben, der Gedanke der Reziprozität, also an das, was sie dafür zurückbekommen, wird nicht weiter verfolgt.

Im Lernfeld 1.4: *Anleiten, Beraten, Gespräche führen* wird das „konstruktive Selbstgespräch“ (S. 550) eingeführt, dass Pflegende zur eigenen Psychohygiene beherrschen sollten. Einerseits wird damit ein hohes Belastungspotenzial der beruflichen Arbeit anerkannt, andererseits werden die Pflegenden zur Bewältigung dieser Belastungen auf sich selbst verwiesen, eine in Bezug auf Wertschätzung durchaus ambivalent zu bewertender Umstand.

Im Lernbereich 3: *Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen* wird unter anderem darauf hingewiesen, dass Mitarbeitende an der Leitbildentwicklung beteiligt sein sollten.

Dieser Aspekt von Partizipation betont die Bedeutung der Mitarbeitenden für die Entwicklung des Unternehmens und drückt Anerkennung aus.

Für das Erleben von Anerkennung und Wertschätzung in der beruflichen Arbeit ist die Bewertung von Arbeitsergebnissen von besonderer Bedeutung. Entsprechend sind die Ausführungen zur Ergebnismessung im Kapitel zum Qualitätsmanagement interessant. Dort werden zwar Qualitätskriterien in der Pflege kurz angesprochen, nicht thematisiert wird aber der Zusammenhang zur Arbeitszufriedenheit. So wird nicht sichergestellt, dass Auszubildende lernen, eine positive Haltung und entsprechend geeignete Kriterien für ihren Arbeitsalltag zu entwickeln bzw. anzuwenden.

Im Lernbereich 4: *Altenpflege als Beruf* würde es sich im Besonderen anbieten das Thema Wertschätzung für Pflegende zu bearbeiten, indem die besonderen Leistungen und Handlungskonzepte dargestellt und der besondere Leistungsbeitrag von Pflege für die Gesundheitsversorgung der Gesellschaft hervorgehoben werden. Diese Aspekte werden jedoch thematisch nicht explizit benannt.

Im Lernfeld 4.1: *Berufliches Selbstverständnis entwickeln* werden vorrangig das hohe Niveau und das komplexe Anforderungsprofil beschrieben. Indirekt werden damit die Leistungen der Pflegenden anerkannt. Eine ausdrückliche Bearbeitung des Wertschätzungsdilemmas auf der einen Seite komplexe und schwierige Arbeiten auszuüben, auf der anderen Seite dafür aber eher Mitleid und herabsetzende Kommentare zu erhalten, ist nicht vorgesehen.

Im Lernfeld 4.4: *Die eigene Gesundheit erhalten und fördern* wird darauf hingewiesen, dass der Altenpflegeberuf eine geringe gesellschaftliche Anerkennung besitzt und darauf hinzuwirken sei, die Gesellschaft für die Schwierigkeit der Aufgabe zu sensibilisieren (S.837). Konkrete Ansatzpunkte bzw. Handlungsempfehlungen für die Pflegenden werden diesbezüglich aber nicht gegeben. Darüber hinaus wird in diesem Lernfeld die Gefahr des Burnouts als Folge der intensiven und belastenden beruflichen Arbeit dargestellt, Präventionsstrategien werden beschrieben. Diese Inhalte könnten dahingehend gedeutet werden, dass die Belastungen der Pflege anerkannt werden und damit Wertschätzung zum Ausdruck gebracht wird. Anerkennung und Wertschätzung als eigenständige Faktoren zur Erreichung von Arbeitszufriedenheit und damit als Widerstandsressource gegen Burnout werden nicht ausdrücklich aufgeführt.

Insgesamt wird in diesem Lehrbuch über die Komplexität des Aufgabengebietes, die hohen Anforderungen, die Wissensbasierung und die starke Abhängigkeit der zu pflegenden Menschen ein differenziertes Berufsbild der Altenpflege nachgezeichnet. Das damit dargestellte hohe Niveau des Berufes und der Ausbildung lassen Wertschätzung für berufliche Pflegearbeit indirekt aufscheinen. Jedoch wird nur an wenigen Punkten konkret zu Aspekten von Wertschätzung dieser Arbeit und der Berufsangehörigen Bezug genommen.

5.4.2 Krankenpflege

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV), 2003:

In Anlage 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung werden 12 Themenbereiche benannt, die in der Ausbildung zu behandeln sind. Neben Themenbereichen, welche die fachliche Expertise in Bezug auf den Pflegeprozess, das heißt die Erfassung von Pflegebedarf und die Auswahl geeigneter Interventionen, die Aufgaben in Anleitung und Beratung sowie die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zum Inhalt haben, nehmen die Themenbereiche 10 *Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen* und 11 *Auf die Entwicklung des Pflegeberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen* konkret Bezug auf den Stellenwert des Pflegeberufes und stehen damit unmittelbar in Zusammenhang mit diesbezüglicher Wertschätzung. So soll gelernt werden „den Pflegeberuf im Kontext der Gesundheitsfachberufe zu positionieren“ und „Entwicklungen im Gesundheitswesen wahrzunehmen, deren Folgen für den Pflegeberuf einzuschätzen und sich in die Diskussion einzubringen“. Diese Formulierungen bringen eine hohe Wertigkeit der Pflege im Kanon der Gesundheitsberufe zum Ausdruck und fordern die Pflegenden dazu auf, sich dieser Stellung bewusst zu sein, selbstbewusst aufzutreten und „den Pflegeberuf in seiner Eigenständigkeit zu verstehen, danach zu handeln und weiterzuentwickeln“ (S.9-10).

Auch in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege drückt sich die Wertschätzung für berufliche Pflegearbeit in erster Linie über ein hohes fachliches Niveau aus. Darüber hinaus wird der Pflegeberuf gleichberechtigt im Kanon der Gesundheitsberufe platziert. In der Aufforderung der zukünftigen Berufsangehörigen, den Pflegeberuf in der Gesellschaft zu vertreten, findet sich ein konkreter Ansatzpunkt um die Wertschätzung für Pflegenden zu verbessern. Dieser Aspekt wird jedoch hier nicht ausdrücklich benannt.

„Menschen pflegen“ von Annette Heuwinkel-Otter, Anke Nümann-Dulke und Norbert Matscheko (Hrsg.) 2006:

Das Lehrbuch „Menschen pflegen“ ist ein dreibändiges Werk. Während in Band 1 Grundlagen und Hintergründe der beruflichen Pflege bearbeitet werden, widmen sich Band 2 und 3 vorrangig Pflegediagnosen mit Krankheitsbildern und Lebenssituationen sowie jeweiligen therapeutischen Konzepten. Entsprechend dieser Gliederung erfolgte die exemplarische Analyse anhand von Band 1.

Die Buchreihe will Pflege zur „Hauptsache“ machen und nicht weiter als an die Medizin angehängt verstehen. Die Gliederung nach Pflegediagnosen soll dieser Anspruch Rechnung tragen. Im Kapitel zum Berufsverständnis (S.3ff.) wird Pflege als anspruchsvolle Tätigkeit dargestellt, die von Spezialisten erbracht wird. Auch hier wird über das hohe Niveau der Tätigkeit indirekt Wertschätzung generiert. Die beschriebene Arbeit im Team lässt Pflegende auf Augenhöhe mit anderen Berufsgruppen erscheinen.

Mit der „Ethik der Verantwortung“ (S.25) wird das Recht auf Würde ausdrücklich nicht nur auf die zu pflegenden Menschen bezogen sondern auch auf die Pflegenden selbst. Anerkennung und Wertschätzung sind damit Werte, die auch die kollegialen Beziehungen tragen.

Im Kapitel 2: *Pflegeprozess* wird in den unterschiedlichen Phasen jeweils das Einzigartige, Professionelle des pflegerischen Handelns dargestellt. Über die Eigenständigkeit des Handelns, die Fachlichkeit und die erforderlichen Kompetenzen wird Wertschätzung für die pflegerische Leistung generiert. Die Fassung pflegerischen Handelns als „Pflegetherapie“ (S.65) untermauert diesen Prozess.

Auch das Kapitel 4 zur pflegetheoretischen Verankerung folgt dieser Intention, wenn die Wissenschaftsorientierung pflegerischen Handelns hervorgehoben wird. In Kapitel 5 zur Pflegequalität werden neben verschiedenen Qualitätsmodellen auch Möglichkeiten besprochen, die Versorgungsqualität unmittelbar zu verbessern. Dabei wird die Pflegevisite als eine Möglichkeit beschrieben, „in der die Pflegenden die Möglichkeit haben, ihre Tätigkeiten und Pflegekompetenzen gegenüber dem Patienten und eventuell seinen Angehörigen verbal darzustellen.“ (S.124). Nicht gesprochen wird hier von der

Möglichkeit, in der Pflegevisite eigene Erfolge bewusst zu machen und zu kommunizieren, was für erlebte Wertschätzung eine große Bedeutung hätte.

Im Kapitel 7 zum Menschenbild wird im Besonderen die Bedeutung der Beziehung dargelegt. Die Beziehung wird hier als gleichberechtigt, von Akzeptanz getragen konturiert. Implizit ist damit auch gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung verankert. Die Bedeutung der Pflegebeziehung – auch als Ressource – für das Wertschätzungserleben der Pflegenden wird hier nicht ausdrücklich thematisiert.

Das Kapitel 9 befasst sich mit der Gesunderhaltung und thematisiert im Unterpunkt 9.3 (S.223) die Gesunderhaltung der Pflegenden. Die Bewusstheit über eigene Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen hilft den Pflegenden, ihre Gesundheit zu erhalten und wertschätzend mit sich selbst umzugehen. Beiträge der Arbeitgeber zur Gesunderhaltung der Mitarbeitenden werden unter dem Gesichtspunkt der Wertschätzung hier nicht thematisiert. Supervision wird als professionelle Hilfe dargestellt, nicht als selbstverständliche Form der Bearbeitung beruflicher Belastungen (S.231). In den folgenden Kapiteln zu verschiedenen Arbeitsfeldern beruflicher Pflege finden sich keine expliziten Bezüge auf die Generierung von Anerkennung und Wertschätzung für die Pflegenden.

Zusammenfassend lässt sich auch für das Lehrbuch „Menschen pflegen“ feststellen, dass Wertschätzung für pflegeberufliches Handeln implizit über ein hohes Niveau an Fachlichkeit und die beschriebene Komplexität der Aufgaben assoziativ erzeugt wird. In den Kapiteln zur Beruflichkeit und zur Berufsrolle wird Wertschätzung in Bezug auf die hohe Verantwortung einerseits und die Symmetrie der Pflegebeziehung andererseits indirekt ausgedrückt. Aktive Strategien zur Generierung von Anerkennung Wertschätzung aus unterschiedlichen Bereichen bzw. Quellen werden nicht vorgestellt.

5.4.3 Weiterbildungen

DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften in der Onkologie. Aus: DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie (2011):

Im Rahmen der 720 Stunden dauernden Weiterbildung gliedern sich die Inhalte in die vier Lernbereiche Kernaufgaben in der Onkologie (I), Pflege von Menschen mit onkologischen Erkrankungen (II), Rahmenbedingungen der Institution Krankenhaus kennen und in ihrem Kontext handeln (III) sowie sich selbst im beruflichen Handeln wahrnehmen (IV). Jeder Lernbereich ist in Themenfelder untergliedert. Neben fachlichen Themen zum Umgang mit onkologischen Erkrankungen werden im Lernbereich III, Themenfeld 3: *Arbeitsabläufe in komplexen Situationen unter Beachtung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gestalten* sowie im Lernbereich IV in den Themenfeldern 2 *Die eigene Gesundheit erhalten und fördern*, 3 *Aus verschiedenen Rollen heraus im Team zusammenarbeiten*, 4 *Berufliches Selbstverständnis entwickeln* und 5 *Mit komplexen sozialen und pflegerischen Situationen umgehen* potenziell für Wertschätzung relevante Aspekte beruflicher Pflegearbeit angesprochen.

Im Themenfeld III/3 zu Aspekten der Qualität von Arbeit werden Kompetenzen für die Koordination und Organisation sowie die eigenständige Durchführung des Pflegeprozesses vermittelt. Die Entwicklung und Diskussion von Erfolgs- bzw. Qualitätskriterien pflegerischer Arbeit, die in Bezug auf Wertschätzung relevant sind, erfolgt nicht.

Im Themenfeld IV/2 *die eigene Gesundheit erhalten und fördern*, werden als Inhalte das Achten auf eigene Überlastungen / Stress sowie die Einhaltung von Arbeitsschutzrichtlinien genannt. Darüber hinaus sollen die Pflegenden an Supervision teilnehmen. Dies könnte als Ausdruck von Fürsorge des Arbeitgebers gewertet werden. Ein entsprechender Zusammenhang zu Wertschätzung wird jedoch nicht hergestellt.

Das Themenfeld IV/3 *aus verschiedenen Rollen heraus im Team zusammenarbeiten* befasst sich vorrangig mit den Themen Versorgungskoordination und Wissensvermittlung an Dritte. Zwar wird hier eine Lerneinheit „Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen“ genannt, wobei jedoch nicht ersichtlich wird, inwieweit dabei auf Wertschätzung im Miteinander und die Anerkennung der Leistungsbeiträge eingegangen wird.

Im Themenfeld IV/4 *Berufliches Selbstverständnis entwickeln* werden Kompetenzen erworben, die dazu befähigen, das eigene professionelle Handeln wissenschaftlich zu begründen und den eigenen Berufsstand öffentlich zu vertreten. Gerade der letzte Aspekt erscheint in besonderem Maße dazu geeignet, das Thema Wertschätzung des Berufes bzw. der Berufsangehörigen in und durch die Öffentlichkeit zu problematisieren und Lösungsstrategien entwickeln zu lassen, um die allgemeine Anerkennung zu verbessern.

Der Blick auf die angegebenen Lerneinheiten lässt diesbezüglich nur geringe Hoffnung aufkeimen, werden als Thema dort die Berufsverbände angegeben.

Die Lerneinheit IV/5 *Mit schwierigen sozialen und pflegerischen Situationen umgehen* schließlich fokussiert ethische Aspekte pflegerischen Handelns in der Onkologie. Grundsätzlich bestünde auch bei diesem Thema die Möglichkeit, sich mit grundlegenden pflegerischen Handlungsstrategien und Zielsetzungen auseinanderzusetzen und deren Bedeutung für das individuelle oder gesamtgesellschaftliche Wohl herauszuarbeiten und anzuerkennen.

Insgesamt wird das Thema Wertschätzung in den Empfehlungen der DKG eher nicht aufgegriffen, obgleich unterschiedlich Ansatzpunkte dafür vorhanden wären. Neben den Stunden für das Thema ‚Selbstfürsorge‘ wird in den Richtlinien nicht näher auf das Thema ‚Wertschätzung pflegerischer Dienstleistungen‘ eingegangen. Je nach Ermessen der Weiterbildungsstätte bzw. der Lehrgangsführung wäre es allerdings durchaus möglich, entsprechende Aspekte beispielsweise unter Begriffen wie Kommunikation, Gesprächsführung oder Ethik zu thematisieren.

Aufbau-Lehrplan für Pflegekräfte in der Onkologie (2005) der EONS (European Oncology Nursing Society), herausgegeben von Dr. Sara Faithful:

Der Aufbaulehrplan für Pflegekräfte in der Onkologie (2005) gliedert sich in acht Lerneinheiten: 1) Rahmenbedingungen der Onkologischen Pflege, 2) Grundwissenschaft und Krebsbehandlung, 3) Fähigkeiten des Pflegepersonals bei der Einschätzung von Krebspatienten, 4) Entscheidungsfindung und Kommunikation, 5) Die Rolle des Pflegepersonals im Umgang mit Krebspatienten, 6) Auswirkung von Krebs auf die Person und deren Familie, 7) Klinische Führungsrolle und Verwaltung von Pflegepersonal und 8) Informationstechnologie und Angewandte Forschung in der Krebsbehandlung.

Alle Einheiten beschreiben fachbezogene Lehr- und Lernziele. Auch die Einheit zur ‚Klinischen Führungsrolle‘ thematisiert nicht die Wertschätzung von Person und Leistung der geführten Pflegepersonen. Die Frage der Qualitätsmessung wird nur in Bezug auf die ‚Einhaltung von ‚Qualitätsstandards‘ sichtbar. In der Einheit ‚Entscheidungsfindung und Kommunikation‘ wird auf die thematische Bedeutung für das Arbeitserleben der Pflegenden nicht eingegangen. Eine Auseinandersetzung mit der Rolle der Pflegenden

findet nur in Bezug auf den Behandlungsprozess, nicht hinsichtlich der gesamtgesellschaftlichen Perspektive statt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass auch der Aufbau-Lehrplan die Bedeutung pflegerischer Arbeit eher über ein hohes Anspruchsniveau und eine differenzierte Fachlichkeit darstellt, als über einen expliziten Diskurs zur Bedeutung und Rolle der Pflege in der Gesundheitsversorgung und ihre gesamtgesellschaftliche Bewertung.

Weiterbildungsordnung Psychiatrische Pflege aus der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe Nordrhein-Westfalen (WBVO-Pflege-NRW) 2009:

Die Weiterbildung in der psychiatrischen Pflege soll Kompetenzen vermitteln „zur eigenverantwortlichen Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemlagen in unterschiedlichen Handlungsfeldern“. Thematisch gliedert sich die Weiterbildung in vier Bereiche: Lernbereich I – Fallsteuerung, Lernbereich II – komplexes Handeln in komplexen Pflegesituationen, Lernbereich III – Prozesssteuerung und Lernbereich IV – Steuerung des eigenen Lernens.

In den in der Anlage 1 ausgeführten Modulen selbst findet sich das Thema Wertschätzung nur indirekt wieder und dann häufig bezogen auf die Klienten nicht auf die Pflegenden selbst. Im Lernbereich II – professionelles Handeln – bietet das Thema berufliche Identität beispielsweise in den Modulen 7.3.2 oder 7.3.5 Anknüpfungspunkte für das Thema Wertschätzung in Bezug auf die Beruflichkeit. Das Modul 7.4 – Kommunikation erwähnt Aspekte von Wertschätzung nicht ausdrücklich. Das Modul 7.5 – Supervision – thematisiert wiederum die Aspekte Identität und Rollenverständnis. Weitere Themen sind die Kontrolle eigener Aggressionen sowie die Burn-out-Prophylaxe. Ein Bezug zum Erleben von Wertschätzung wird nicht ausdrücklich hergestellt.

Deutlicher wird das Thema Wertschätzung hingegen im Lernbereich III – Prozesssteuerung – sichtbar. Hier werden im Modul 8.2 – Personalführung und -anleitung mit den Inhalten „Mitarbeitergespräch“ und „zum Lernen motivieren“ sehr konkrete Themen benannt, die mit Wertschätzung in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen. Ausdrücklich benannt wird Wertschätzung jedoch auch hier nicht (GV. NRW 2009, S. 204ff.) Wertschätzung gegenüber der beruflichen Pflegearbeit wird in der Weiterbildungsordnung am ehesten über das Niveau der Fachinhalte zum Ausdruck gebracht. Auch wenn sich inhaltliche Elemente finden lassen, die mit Wertschätzung in direkter Verbindung stehen, werden sie nicht entsprechend kontextualisiert.

Lehrbuch Psychiatrische Pflege von Dorothea Sauter, Chris Abderhalden, Ian Needham, Stephan Wolff (Hrsg.) 2004:

Das Lehrbuch gliedert sich in sechs Abschnitte: Teil I – Grundlagen, Teil II – Rahmenbedingungen, Teil III – Werkzeuge, Teil IV – Fertigkeiten, Teil V – Konzepte und VI – Spezifische Behandlungssettings. In Bezug auf die Thematisierung von Wertschätzung für Pflegende wurden die Teile I und II analysiert, die sich mit grundlegenden Fragen des Berufes beschäftigen.

Im Grundlagenkapitel des Buches erfolgt eine differenzierte Auseinandersetzung mit der beruflichen Rolle von Pflegenden in der Psychiatrie. Diesbezüglich wird deutlich gemacht, dass Pflegende komplexe Aufgaben in der Begleitung und Betreuung von Menschen haben. Diese hohen Anforderungen an die personalen Kompetenzen von Pflegenden sind dabei in einer engen Verbindung zum psychiatrischen Handlungsfeld zu sehen. Mit der Konturierung von Pflege als „therapeutischer Beziehungsprozess“ (S. 69) wird pflegerisches Handeln deutlich anders konturiert als das Durchführen körpernaher Unterstützung und damit aufgewertet.

Pflege im Bereich der Psychiatrie wird als „multiprofessionelle Teamarbeit“ (S.120) beschrieben, in der alle Teammitglieder „gleich wichtig“ (S. 158) und gute Ergebnisse nur zu erreichen sind, wenn alle ihren Beitrag leisten. Pflegende haben hier die Rolle von „Co-Therapeuten“.

In Kapitel 1.4.6.2 *Pflegende und die Berufsausübung* (S. 135) wird in Bezug auf die Pflegenden dargelegt, dass diese auf ihre Gesundheit achten, um die „Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten“. Gesundheitsförderung erscheint hier als eine individuelle Aufgabe und nicht als eine Initiative des Arbeitgebers zum Wohle bzw. Schutz der Mitarbeitenden.

Das Kapitel 2.2.9.2 *Rechtlicher Schutz Pflegender gegenüber PatientInnen* (S.203) zeigt eine andere Perspektive auf, wenn ausgeführt wird, dass Pflegende vor Übergriffen von Patienten/innen zu schützen sind. Die Rolle des Arbeitgebers bzw. der Organisation wird jedoch nicht gesondert diskutiert.

Im Kapitel 2.3.2 zu *Aufgaben des Managements* werden verschiedene Aspekte wie die Zufriedenheit der Mitarbeitenden, eine „offene Kommunikation“, die „Möglichkeit zur

Selbstentfaltung“, ein „besseres Führungsverhalten“, die „persönliche Weiterentwicklung“ der Mitarbeitenden, „Personalentwicklung“ oder eine positive „Fehlerkultur“ benannt, die als erforderlich für eine gelingende Organisationsentwicklung beschrieben werden. Alle diese Aspekte stehen auch direkt mit der Generierung und dem Erleben von Wertschätzung in Verbindung, werden aber nicht in diesem Zusammenhang besprochen.

Im Abschnitt 2.3.2.6 Partner und Öffentlichkeit (S. 215) wird hervorgehoben, dass „psychiatrische Pflege gegenüber Dritten offensiv dar[zu]stellen“ sei um das Image des Berufes zu verbessern. Gemeinsame Auffassungen und Werte sollen in einem Pflegeleitbild erfasst werden, das dann wiederum als Grundlage für die Erarbeitung von Pflegekonzepten genutzt werden kann. Dieser konsensuelle Prozess der Leitbildentwicklung wird nicht in Bezug auf die Entwicklung und Gestaltung einer Wertschätzungskultur gesetzt. Im Kapitel zum Qualitätsmanagement wird der Zusammenhang von Qualitätskriterien mit dem Erleben von Arbeitserfolg und damit der Entstehung von Arbeitszufriedenheit ebenfalls nicht explizit angesprochen.

Insgesamt weist das Lehrbuch Psychiatrische Pflege von Dorothea Sauter (et al.) viele Ansatzpunkte für die Auseinandersetzung mit Erfolgseinschätzung und Wertschätzungserleben von Pflegenden auf. Dies kann durch die ausführliche Auseinandersetzung mit der beruflichen Rolle einerseits und der stringenten Konzeptualisierung von psychiatrischer Betreuung als Teamarbeit und damit Pflegenden als Ko-Therapeuten in Zusammenhang stehen. Wertschätzung für Pflegende bzw. pflegerische Arbeit wird auch in diesem Werk über Anforderungsniveau, Fachlichkeit und Aufgaben hergestellt. Ein eigener thematischer Strang zu diesem Thema ist nicht auszumachen.

5.4.4 Zusammenfassung

Die exemplarische Dokumentenanalyse zeigt, dass Wertschätzung für Pflegende bzw. Pflege nicht ausdrücklich Thema von Ausbildungsrichtlinien und Lehrbüchern ist. Zwar wird Pflege in ihrer inhaltlichen Differenzierung als hochanspruchsvoller Beruf herausgearbeitet, für den umfangreiche Kompetenzen erforderlich sind, die Themen Erfolgsmessung und Anerkennung der geleisteten Arbeit anhand positiver Kriterien werden auch in den Kapiteln zum Qualitätsmanagement nicht explizit besprochen. Zwar werden das schlechte gesellschaftliche Image des Berufes und die hohe Arbeitsbelastung thematisiert, konkrete diesbezügliche Handlungs- bzw. Lösungsstrategien werden jedoch nicht erarbeitet. Entsprechend lässt sich der dringende Bedarf konstatieren, Aspekte der Qualitätskriterien und Erfolgsmessung sowie der gesamtgesellschaftlichen Kommunikation dessen, was pflegerische Arbeit ausmacht in die Aus- und Weiterbildungscurricula aufzunehmen. Dazu könnte auch das Erlernen expliziter Strategien zur aktiven Generierung von Wertschätzung gehören. Nur wenn Wertschätzung zu einem Thema der Aus- und Weiterbildung wird, kann die Ausgangsbasis für das Erleben von Wertschätzung in der und für die Pflegearbeit verbessert werden.

6 Intervention: Potenzialanalyse Wertschätzung

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Wertschätzung ein eudämonistisches Konstrukt ist, also individuellen Zielsetzungen folgt und von jeder Person anhand individueller Kriterien konstruiert und nach subjektiven Maßstäben beurteilt wird. Die Entwicklung von Wertschätzung macht sich dabei nicht wie in der gewerblichen Wirtschaft an einem gegenständlichen Produkt – im übertragenen Sinne also der einzelnen Pflegehandlung – fest sondern fokussiert den übergeordneten Gesamtzusammenhang, den Beruf und die Tätigkeit Pflege auszuüben. Hier genau zeigt sich aber ein wesentliches Dilemma in Bezug auf Wertschätzung für Pflegende: Wird der Pflegeberuf einerseits als helfende, mitmenschliche Arbeit sehr geschätzt und die Berufsangehörigen genießen höchstes Vertrauen (Readers's Digest 2012), so stoßen die damit assoziierten Tätigkeiten und Kontexte wie Abhängigkeit von Hilfe, Krankheit und Tod auf Vorbehalte und Ablehnung. Gerade in Bezug auf die eigene Person möchte man, dass Pflege eher wenig sichtbar im Hintergrund stattfindet. Dies kann dazu führen, dass Pflegende für ihre Arbeit eher eine bedauernde Würdigung („ich könnte das nicht“) erfahren als Wertschätzung. Genau in Bezug auf den größeren Zusammenhang scheint aber sowohl in der Berufsgruppe als auch in der Gesellschaft eine gewisse Sprachlosigkeit zu existieren, sodass nicht genau benannt werden kann, was Pflege eigentlich tut, welchen Beitrag sie zur Gesundheitsversorgung der Gesellschaft leistet. Erst wenn hierzu ein konstruktiver Dialog entsteht, man die für die Pflegenden entscheidenden Handlungskonzepte und -strategien kennt, wird es leichter möglich sein, Pflegenden Wertschätzung für ihre Arbeit zu geben. Dieser offene Austausch über Inhalte und Maxime pflegerischer Arbeit beginnt in den Pflegeeinrichtungen selbst. Hier sollte es Ziel sein, gemeinsame Qualitätskriterien zu formulieren, anhand derer dann der Erfolg pflegerischer Arbeit gemessen sowie Anerkennung und Wertschätzung festgemacht werden können. Management und Führungspersonen haben hier eine entscheidende Funktion diese Prozesse des Austauschs und der Annäherung anzustoßen und konstruktiv zu begleiten.

Wenn die Kriterien, die über ein Wertschätzungserleben der Pflegeperson entscheiden also selbstreferenziell sind, erscheint es in besonderem Maße bedeutsam, diese bewusst zu machen, sie zum Gegenstand eines Dialogs zu erheben, damit sie entsprechend beantwortet werden können. Denn nur wenn einer Person bewusst ist, was ihrer gegenüber wichtig ist, kann sie dieses in besonderem Maße anerkennen und damit Wertschätzung ausdrücken. In

der Pflege ist ein solches Bewusstmachen umso wichtiger, weil Wertschätzung hier insbesondere in der Interaktion erlebt wird, das um die Kriterien des Anderen wissen also konstitutives Element einer gelingenden Wertschätzungskultur ist.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse musste sich die Auswahl einer Intervention folglich an genau diesem Bedarf an Kommunikation und Austausch über relevante Kriterien und Ansatzpunkte für Wertschätzung ausrichten. Gleichzeitig sollte die Intervention die unterschiedlichen für Wertschätzungserleben relevanten Bereiche erfassen. Dieser komplexe Anspruch spezifische Ausprägungen in einem umfassenden System abzubilden, legt die Analogie zum Qualitätsmanagement nahe, innerhalb dessen die Erfassung und Bewertung unterschiedlicher betrieblicher Prozesse der Leistungserbringung stattfinden. Besonderes Augenmerk ist dabei auf den Aspekt der Aushandlung zu legen wie er etwa typisch für Qualitätszirkel ist. Als ein Verfahren des dynamischen Qualitätsmanagements, innerhalb dessen kommunikative Aushandlungsprozesse einen besonderen Stellenwert haben, bietet das systematische Qualitätsmanagement der European Foundation of Quality Management (EFQM) mit dem zentralen Element der Selbstbewertung eine geeignete Möglichkeit zur Übertragung auf den Bereich der Wertschätzung.

6.1 Das EFQM Excellence Modell

Dem Gedanken des Total Quality Managements (TQM) folgend, das den Anspruch hat, Qualität umfassend abzubilden, d. h. nicht nur die Produktqualität zu messen, sondern den gesamten Produktionsprozess einschließlich der Auswirkungen auf das Umfeld und die Effekte für die Kunden zu erfassen (Gucanin 2003: 19f; Vomberg 2004), greift das EFQM Modell unterschiedliche Kriterien zur Qualitätsbewertung auf. Das Modell geht von einer Wechselbeziehung zwischen Mitarbeitenden, Prozessen und Ergebnissen aus. Es teilt die Gesamtqualitätsbewertung zu gleichen Teilen auf die beiden Bereiche Befähiger und Ergebnisse auf. Zum Bereich der Befähiger gehören die Kriterien Prozesse, Führung, Mitarbeiterorientierung, Ressourcen sowie Politik & Strategie. Zum Bereich Ergebnisse zählen die Kriterien Kundenzufriedenheit, Leistungsergebnisse, Mitarbeitendenzufriedenheit sowie Gesellschaftliche Verantwortung (EFQM 2013; Gučanin 2003:78; Möller 1999). Damit bildet das Modell ein umfassendes Qualitätsverständnis ab und trägt der hohen Bedeutung der Kundenperspektive für die Gesamtqualität einer Leistung Rechnung. Das Modell geht davon aus, dass die Kriterien

interdependent sind, dass also eine hohe Mitarbeitendenorientierung direkt auf die Mitarbeiterzufriedenheit und weiter auf die Kundenzufriedenheit wirkt (Gucanin 2003:76f). Die einzelnen Kriterien werden anhand der ihnen zugeordneten Ansatzpunkte im Rahmen einer Potenzialanalyse mittel einer Selbstbewertung der an den Prozessen beteiligten Mitarbeitenden in ihrer Ausgestaltung bewertet.

Die Wirkungszusammenhänge zwischen den Kriterien sind allerdings nicht wissenschaftlich nachgewiesen und dem EFQM-Modell wird vorgeworfen, dass es wichtige Zusammenhänge der Leistungserbringung wie interne Zulieferbeziehungen oder die Unternehmenskultur nicht erfasst. Vielmehr fokussiert es auf strategische und Managementaspekte und versteht Qualitätsmanagement damit zwar als multifaktoriell aber eindimensional. Das EFQM-Modell kann daher kaum als eigenständiges Qualitätsmodell gelten, vielmehr stellt es ein Werkzeug für die Umsetzung von TQM dar (ebda.: 275f). Gleichwohl erscheint es als Denkmodell für die Erfassung einer Wertschätzungskultur geeignet, in der unterschiedliche interne und externe Faktoren interagieren. Insbesondere stellt sich das Vorgehen der Selbstbewertung, also des Dialogs der Beteiligten, als in besonderem Maße geeignet für das Thema Wertschätzung dar, weil es Aushandlungsprozesse nicht nur zulässt sondern explizit initiiert.

6.2 Selbstbewertung

Im Gegensatz zu vielen anderen Vorgehensweisen bei Qualitätsbewertungen, -prüfungen oder Audits, bei denen externe Gutachtende die vorzufindende Qualität bzw. das bestehende Qualitätsmanagement überprüfen und bewerten, steht im EFQM-Modell zunächst die Analyse vorhandener Potenziale im Rahmen einer Selbstbewertung im Vordergrund. Diese Selbstevaluation findet mit der Zielperspektive eines kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozesses statt, der nur über eine partizipative Vorgehensweise zu realisieren ist. Bei einer Selbstbewertung benennen Mitarbeitende aus unterschiedlichen Unternehmensbereichen und Hierarchieebenen Ansatzpunkte zu den Kriterien und bewerten diese hinsichtlich vorliegender Stärken, diesbezüglichen Nachweisen und vorhandenen Instrumenten zur Sicherung bzw. Weiterentwicklung der Stärken. Können Stärken nicht nachgewiesen werden oder existieren keine Instrumente zur systematischen Entwicklung werden diese Stärken zu Verbesserungsbereichen. Darüber hinaus können in der Diskussion zu den Ansatzpunkten auch direkt Verbesserungsbereiche identifiziert und als solche benannt werden. Zu allen gesammelten Verbesserungsbereichen werden dann

Verbesserungsziele mit entsprechenden Maßnahmen zur Zielerreichung formuliert. Bereits laufende oder geplante Maßnahmen in Bezug auf Verbesserungen bei allen Kriterien werden dann gesammelt und nach verschiedenen Aspekten bewertet. Daraus entsteht am Ende ein Aktionsplan mit priorisierten Verbesserungsprojekten, die umgesetzt werden können. Das weitere Vorgehen ist mit der Unternehmensleitung abzustimmen. Um einen kontinuierlichen Prozess zu erreichen, ist die Selbstbewertung jährlich zu wiederholen (Schneider 2004). Im Rahmen einer Selbstbewertung diskutieren die Beteiligten verschiedene Wahrnehmungen und Bewertungsstandpunkte und entwickeln dabei eine gemeinsame Bewertung der jeweiligen Kriterien. Sie lernen dabei die Sichtweisen und die jeweils subjektiven Bewertungsmaßstäbe der Anderen kennen und können diese mit den eigenen Sichtweisen in Verbindung setzen.

6.3 Potenzialanalyse Wertschätzung

Die Forschungsergebnisse im Teilvorhaben Pflegewissenschaft des Projektes ProWert zeigen, dass eine Wertschätzungskultur in einem Unternehmen dann entstehen kann, wenn bestimmte Werte, Anforderungen und Ziele miteinander geteilt werden. Dafür ist ein kommunikativer Prozess, indem individuelle und kollektive Maßstäbe und Wünsche artikuliert und miteinander in Beziehung gesetzt werden unerlässlich. Das methodische Element der Selbstbewertung aus der Potenzialanalyse im EFQM-Modell erscheint in besonderem Maße geeignet, einen solchen Kommunikationsprozess systematisch zu strukturieren, weil sie einerseits über die Kriterien einen thematischen Leitfaden vorgibt, andererseits einen großen Raum für unterschiedliche Sichtweisen und Erfahrungen lässt, der es Jeder/m erlaubt subjektiv relevante Aspekte zu thematisieren und einzubringen. Im Rahmen einer „Potenzialanalyse Wertschätzung“ findet ein dialogischer Prozess zur Förderung einer Wertschätzungskultur durch die Formulierung von gemeinsamen Ansatzpunkten zur Generierung von Anerkennung und Wertschätzung statt. Die Fokussierung auf Stärken bei der Durchführung der Selbstbewertung passt darüber hinaus besonders gut zum Phänomen Wertschätzung, weil damit die Aufmerksamkeit auf positive Aspekte im Leistungsgeschehen gerichtet wird und diese den Beteiligten bewusst werden.

Die Selbstbewertung im Rahmen einer Potenzialanalyse Wertschätzung wird von einer Gruppe von Mitarbeitenden durchgeführt, die rund 10-15 Personen aus verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchieebenen umfasst. Die Analyse der fünf unterschiedlichen Kriterien erfolgt in moderierter Form an zwei aufeinander folgenden Tagen. Am Ende des

zweiten Tages werden die Arbeitsergebnisse Vertretern/innen des Managements vorgestellt und übergeben, das weitere Vorgehen wird zwischen Arbeitsgruppe und Einrichtungsleitung vereinbart.

In Anlehnung an das Modell des dynamischen Qualitätsmanagements der Europäischen Vereinigung für Qualitätsmanagement (EFQM) wurden anhand der Forschungsergebnisse Kriterien formuliert, die dann in der Selbstbewertung diskutiert werden sollen. Das Wertschätzungserleben der Pflegenden bildet sich in den vier Kernkategorien *Geachtet werden*, *Erfolge sehen*, *Arbeit mitgestalten* sowie *Pflegende/r sein* ab. Aus diesen vier Kernkategorien wurden für die Potenzialanalyse Wertschätzung die Kriterien *Beruflichkeit*, *Ergebnisse*, *Arbeitsgestaltung* und *Umfeld* gebildet und um das fünfte Kriterium *Mitarbeitende* ergänzt, um dem zentralen Element einer Wertschätzungskultur, nämlich den Beschäftigten, besonderen Ausdruck zu verleihen.

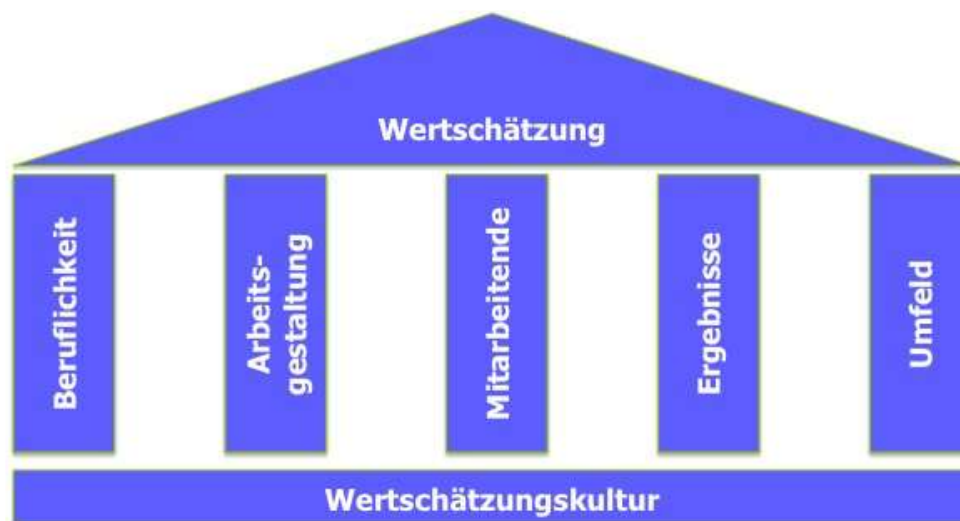


Abbildung 4: Potenzialanalyse Wertschätzung

Die fünf Kriterien bilden die Säulen einer Wertschätzungskultur und werden gleichermaßen von dieser getragen. Für jedes Kriterium werden innerhalb der Selbstbewertung Ansatzpunkte formuliert, Stärken benannt, Nachweise beschrieben und systematische Strategien zur Weiterentwicklung erörtert. Treten hierbei Lücken z. B. fehlende Nachweise auf, wandelt sich die Stärke zu einem Verbesserungsbereich und bildet mit anderen Verbesserungsansätzen die Grundlage für einen Aktionsplan mit Verbesserungsprojekten. Die Verbesserungsbereiche bzw. -ansätze werden zuvor mit Verbesserungszielen und Maßnahmen zur Zielerreichung hinterlegt. Im Einzelnen erfassen die Kriterien folgende Aspekte.

6.3.1 Mitarbeitende

Das Kriterium 1 – Mitarbeitende – steht als zentrales Kriterium im Mittelpunkt und erfasst, wie Wertschätzung dem einzelnen Mitarbeitenden entgegengebracht wird. Mögliche Ansatzpunkte können sich hier auf die Bereiche persönliche Entwicklung, Kompetenzwahrnehmung, Reflexion der Arbeitserfahrungen und Verarbeitung von Belastungen, Gratifikationen, Gesundheitsförderung oder auch die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben beziehen. Von elementarer Bedeutung in diesem Kriterium ist die Art und Weise, wie der/m individuellen Mitarbeiter/in ungeteilte Aufmerksamkeit zuteil wird. Dies kann beispielsweise in systematischen Mitarbeitendengesprächen erfolgen, innerhalb derer die berufliche Entwicklung individuell geplant wird und Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen personenbezogen ausgewählt und zusammengestellt werden. Auch durch eine bewusste Förderung spezieller Interessen oder Schwerpunkte, wodurch eine stärkere Verwirklichung eigener Maxime und Strategien möglich wird, erkennt die einzelne Person in besonderem Maße an. In Bezug auf die Kompetenzen wird erörtert inwieweit in der Einrichtung eine Wissensdatenbank gepflegt wird, in der die Kompetenzen der einzelnen Mitarbeitenden aufgelistet sind und so für Kollegen ersichtlich sind, damit sie für Arbeitsprozesse auch in anderen Bereichen genutzt werden können. Ferner ist es von Interesse wie mit Ideen und Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeitenden umgegangen und inwieweit ihre Expertise für die Beurteilung von Arbeitsprozessen oder auch Vorgesetzten geachtet und genutzt wird.

In der täglichen Arbeit werden die Pflegenden mit hohen Anforderungen konfrontiert, deren Bewältigung oft mit einem Belastungserleben einhergeht. Besonders die Arbeit mit Sterbenden und die häufige Konfrontation mit Leid und dem Tod werden als belastend beschrieben. Wertschätzung wird den Mitarbeitenden dann entgegengebracht, wenn sie dabei unterstützt werden, ihre Arbeitsprozesse zu reflektieren, sich über mögliche Handlungsstrategien auszutauschen und Unterstützung durch Kollegen zu erhalten. Entsprechend gilt es zu diesem Ansatzpunkt zu besprechen, inwieweit Angebote der Einzel- oder Gruppensupervision bestehen, welche Formen der Fallbesprechungen oder Pflegevisiten eingeführt sind oder inwieweit kollegiale Beratung stattfindet.

Die individuelle Wahrnehmung und Anerkennung der Leistungen des einzelnen Mitarbeiters drückt sich auch in der Art und Weise aus, wie er oder sie Lob erhält. Zu diesem Ansatzpunkt werden vorhandene Strategien diskutiert, wie individuelles Lob den Mitarbeitenden übermittelt wird und welche Formen der Belohnung zur Verfügung stehen.

Diese können von mitgebrachten Süßigkeiten über Büchergutscheine bis hin zu einem Wellness-Wochenende reichen. Auch die Einbindung in Entwicklungs- oder Entscheidungsprozesse drückt unmittelbar aus, dass die entsprechende Person für kompetent und wichtig erachtet wird.

Gerade in der Pflege, in der Arbeit mit kranken und alten Menschen, die oft auch körpernahe Unterstützung erfordert, geht berufliche Arbeit mit körperlichen Belastungen einher. Wechselschichtarbeit kann sich ungünstig auf den Biorhythmus von Mitarbeitenden auswirken. Aber auch eine hohe psychische Beanspruchung in der Arbeit mit zu pflegenden Menschen kann Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeitenden haben. Formen der Arbeitsplatzgestaltung mit z. B. bestimmten technischen Hilfsmitteln oder Arbeitsprozessstandards, die bestimmte Pflegehandlungen in Partnerarbeit definieren, können helfen entstehende Belastungen zu vermindern. Auch durch die Ausbildung in bestimmten Techniken wie beispielsweise dem kinästhetischen Arbeiten oder bestimmten Strategien der Gesprächsführung kann Belastungen vorgebeugt werden, weil entstehenden Anforderungen kompetenter begegnet werden kann. Der gesamte Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements schließlich bietet vielfältige Möglichkeiten der Gesundheitsförderung an. Dies können zunächst einmal Gesundheitskurse oder die Subventionierung bestimmter Fitness-Abonnements sein, aber auch die Nutzungsmöglichkeit medizinischer und / oder therapeutischer Unterstützung im eigenen Haus signalisieren den Mitarbeitenden, dass ihre Gesundheit dem Arbeitgeber am Herzen liegt.

Schließlich sehen die Mitarbeitenden einen Zusammenhang zwischen Wertschätzung und der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben. In Bezug auf Wertschätzung ist von Bedeutung, wie Arbeitszeiten organisiert und Dienstpläne gestaltet werden. Davon hängt ab, wie langfristig persönliche Termine geplant werden können, und wie verlässlich geplante freie Wochenende sind. Gerade beim Einspringen, wenn andere Kollegen ausfallen, wird sichtbar wie bedeutsam die einzelne Mitarbeiterin in ihrer Work-life-balance ist. Hier gilt es zu schauen, welche Planungsinstrumente und Vorgehensweisen in der Einrichtung Anwendung finden, damit der/die einzelne Mitarbeitende vor zu hoher Belastung geschützt wird und auch seine/ihre privaten bzw. familiären Belange anerkannt werden.

6.3.2 Ergebnisse

Das Kriterium 2 – Ergebnisse – analysiert, wie die Wertschätzung von Arbeitsleistung und Arbeitsresultaten stattfindet. Erfolg im Arbeitsleben wird zu einem großen Teil über die erreichten Arbeitsergebnisse vermittelt. Entsprechend ist es von großer Bedeutung, mit welchen Kriterien und anhand welcher Maßstäbe die Arbeitsergebnisse gemessen und bewertet werden. Besonderes Augenmerk in der Potenzialanalyse liegt hier auf der Frage inwieweit es sich um positive Kriterien handelt, die Erfolge beschreiben und sich nicht an Defiziten wie der Sturzhäufigkeit oder der Menge auftretender Druckgeschwüre ausrichten. In den Interviews ist deutlich geworden, dass im Arbeitsalltag die Aufmerksamkeit mehr auf auftretende Probleme und noch zu erledigende Arbeiten gerichtet ist und weniger das Geschaffte, das Erreichte, also die Erfolge gesehen werden. Entsprechend gilt es hier, im Besonderen nach positiven Erfolgskriterien und Kennzahlen zu suchen. Im Bereich der Ergebnismessung wird erörtert, welche Formen der Kundenbefragung durchgeführt werden und welche Aussagen zu Pflegeergebnissen dort in welcher Art und Weise erhoben werden. Zu den Kunden können hierbei neben den zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen auch behandelnde Ärzte, Apotheken oder Krankenhäuser zählen. Auch die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit gehört in den Bereich der Ergebnisse im Sinne interner Rückmeldungen zu Arbeitsprozessen und -resultaten. Schließlich spielen hier auch externe Bewertungen eine Rolle die aus Benchmarking-Prozessen oder Wettbewerben stammen können. Bei allen Formen der Ergebnismessung ist stets zu überprüfen, wie diese Daten dokumentiert und kommuniziert werden

6.3.3 Arbeitsgestaltung

Das Gefühl, im Arbeitsalltag wertgeschätzt zu werden, hängt immer auch zusammen mit der Art und Weise, wie Arbeitsprozesse gestaltet werden können und unter welchen Rahmenbedingungen sie stattfinden. Im Kriterium 3 – Arbeitsgestaltung – wird untersucht, wie die Arbeit organisiert ist. Hierzu zählen z. B. die Arbeitszeitmodelle ebenso wie Dienstplanung oder die vorhandenen Möglichkeiten zur Mitbestimmung. Es wird sondiert, welche Möglichkeiten zur Mitbestimmung und Mitgestaltung die Mitarbeitenden auf Ebene der Organisation haben, aber auch wie sie ganz konkret ihrer Arbeitsprozesse ausgestalten können. Gerade innerhalb von Prozessen der Organisationsentwicklung ist es von Interesse, wie die Expertise und das Erfahrungswissen der Mitarbeitenden in entsprechende Prozesse eingebunden wird. Ein weiterer Ansatzpunkt sind die Strategien

zum Umgang mit Arbeitsbelastung. Hier interessiert, welche Unterstützung Mitarbeiter bei Arbeitsspitzen gegeben wird, z.B. durch den Einsatz von Leiharbeitern oder zusätzlichen Assistenzkräften sowie der Beistand im Kundenkontakt, besonders im Falle auftretender Beschwerden.

Die Bedingungen, unter denen Arbeit stattfindet beeinflussen das Erleben von Wertschätzung. Die Interviews zeigen, dass die zunehmenden Restriktionen in diesem Bereich dazu führen, dass Mitarbeitende den Eindruck haben, für immer weniger Geld immer mehr Arbeit leisten zu müssen. Die Analyse der Rahmenbedingungen bezieht sich auf Konzepte, die Qualitätseinschätzungen der Akteure abstimmen und annähern. Dazu gehören z. B. auch Prozesse der Entwicklung von Leitbilder oder ethischen Leitlinien. Weiterhin spielen die für die Arbeit zur Verfügung gestellten Ressourcen eine wichtige Rolle für die wertschätzende Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen. Diese können sich auf ganz unterschiedliche Bereiche beziehen wie beispielsweise die bereitgestellten Arbeitsmaterialien, technische Hilfsmittel, Budgets für Aushilfskräfte oder auch Dienstfahrzeuge und deren Nutzung. Auch die für Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stehenden Mittel oder der Etat für Feiern und Feste gehören zu diesem Bereich. Schließlich thematisiert das Kriterium 3 auch die Aspekte der Gestaltung von Arbeitsverträgen – und hier insbesondere den Aspekt der Befristung – sowie die bestehenden Vergütungsstrukturen, also die Fragen von Tarifverträgen und fairer Entlohnung

6.3.4 Umfeld

Das Kriterium 4 betrachtet, wie Wertschätzung für die Arbeit der Einrichtung aus dem Umfeld generiert wird. Dafür entscheidend ist die Öffentlichkeitsarbeit insgesamt. Dazu gehören die Darstellung der Einrichtung sowie der Arbeitsleistung nach Außen über Qualitätsberichte oder Evaluationen ebenso wie die allgemeine Außendarstellung in Broschüren, Anzeigen oder im Internet. Interessant ist hierbei, welches Leistungsprofil wie genau dargestellt wird. Relevant können hier auch Beziehungen zu Kooperationspartnern oder anderen Kunden sein.

Für die Mitarbeitenden ist es darüber hinaus wichtig, wie sich das Unternehmen an öffentlichen Diskursen beteiligt bzw. diese antreibt. Für die Generierung von Wertschätzung aus dem Umfeld ist es dafür bedeutsam, welche Mitarbeitenden der Einrichtung wie in den Medien oder bei öffentlichen Veranstaltungen präsent sind.

Auch ist relevant, zu welchen Themen die Einrichtung selbst aktiv ist, also öffentliche Veranstaltungen plant und anbietet oder welche Projekte sie aktiv unterstützt. Schließlich beobachten Mitarbeitende auch, wie sich die Einrichtung bzw. deren leitende Mitarbeitenden im öffentlichen Diskurs engagieren, in dem sie z.B. Leserbriefe schreiben, Aufsätze in Fachzeitschriften verfassen oder im Internet mitdiskutieren.

6.3.5 Beruflichkeit

Die Forschungsergebnisse machen deutlich, dass für Pflegende ihre Berufszugehörigkeit eine Quelle von Selbstwertschätzung und Stolz darstellt. Mit der Wahl des Berufes und seiner Ausübung verbinden die Pflegenden hohe zwischenmenschliche Werte und ethische Ansprüche. Entsprechend ist die Berufszugehörigkeit an sich bereits eine Eigenschaft, für die es angemessen erscheint, Wertschätzung zu erhalten. Das Kriterium 5 – Beruflichkeit – analysiert entsprechend, was eine Einrichtung unternimmt, um das berufliche Selbstverständnis ihrer Mitarbeitenden zu fördern und zu unterstützen. Dies kann erfolgen durch die ideelle oder finanzielle Unterstützung des berufspolitischen Engagements z. B. durch die Mitgliedschaft in einem Berufs- und/oder Fachverband oder durch die systematische Förderung von Publikationen der Mitarbeitenden in der Fachpresse. Wertschätzung durch die Anerkennung der Berufszugehörigkeit kann auch dadurch ausgedrückt werden, dass ein intraprofessioneller Austausch durch z. B. regionale Arbeitsgruppen gefördert wird, in denen sich gerontopsychiatrische Fachkräfte, Wohnbereichsleiterinnen, Ausbilder/innen oder Hauswirtschafterinnen treffen und sich über aktuelle Themen austauschen oder sogar an Entwicklungsprojekten gemeinsam arbeiten können.

Ein weitere Form, die Bewusstheit bzw. Sichtbarkeit der Berufszugehörigkeit zu stärken liegt in der Gestaltung von Stellenbeschreibungen und darin formulierten Vorbehaltstätigkeiten für bestimmte Berufsgruppen. Bei der Erstellung von Prozessstandards bzw. phänomenbezogener Versorgungskonzepte wären ebenfalls die Beiträge oder Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen darzustellen. Auch in der Gestaltung von Namensschildern, Mitarbeiterausweisen oder Personaltafeln kann die Berufszugehörigkeit dargestellt und so entsprechend gewürdigt werden. Die Internetauftritte von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sind daraufhin zu analysieren, inwieweit alle beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen sichtbar sind. Diese Sichtbarkeit bezieht sich auch auf die jeweiligen Leistungsbeiträge zur Gesamtdienstleistung und der

dafür notwendigen Expertise, also beispielsweise die Arbeit der Hauswirtschaft, der Technik oder der Sozialarbeit samt entsprechender Qualifikationen.

6.4 Erprobung der Potenzialanalyse Wertschätzung

Mit dem Instrument der Potenzialanalyse Wertschätzung ist eine Intervention konzipiert worden, die darauf abzielt, kommunikative Prozesse in Bezug auf die Wertschätzung von Mitarbeitenden zu initiieren und zu intensivieren. Eine Durchführung der Potenzialanalyse wurde allen lokalen Kooperationspartnern des ProWert-Teilvorhabens Pflegewissenschaft angeboten. Die Resonanz darauf war sehr unterschiedlich. Neben der Brisanz des Themas wurde immer auch der Aufwand für die Freistellung der beteiligten Mitarbeitenden für zwei Tage als Hinderungsgrund angeführt. Sehr zügig wurde die Möglichkeit zur Erprobung in einer Einrichtung der stationären Altenpflege sowie bei einem ambulanten Pflegeanbieter eröffnet. Die Suche nach einer Möglichkeit zur Erprobung in einem Krankenhaus gestaltete sich schwierig. Anfragen wurden stets ambivalent beantwortet: Ja, Wertschätzung sei ein sehr wichtiges Thema, aber momentan sei es zu heikel, sich offensiv damit auseinanderzusetzen. Nach längerer Suche konnte über Kontakte eines anderen Pflege-Projektes im Förderschwerpunkt ein Krankenhaus gefunden werden, das bereit war, eine Potenzialanalyse Wertschätzung durchführen zu lassen. Durch die Präsentation des Projektes auf einer Tagung konnten zwei weitere ambulante Pflegedienste für eine Erprobung gewonnen werden. Insgesamt konnten im ProWert-Teilvorhaben Pflegewissenschaft fünf Potenzialanalysen Wertschätzung durchgeführt werden. Konkret sind in den Einrichtungen jeweils die Selbstbewertungen durchgeführt worden. Das daran anschließende Angebot der moderierenden und beratenden Begleitung der Umsetzung des Aktionsplanes inklusive eines Coachings der Projektleitungen wurde von keiner Einrichtung in Anspruch genommen.

In allen Selbstbewertungen wurde deutlich, dass vielschichtige Ansatzpunkte für die Generierung von Wertschätzung in den Einrichtungen vorhanden sind, diese aber nicht systematisch bearbeitet werden. Teilweise ist gar nicht bewusst, dass bestimmte Rückmeldungen von Kunden mit dem Erleben von Wertschätzung in Verbindung stehen, oder aber das positive Feedback von Kunden oder anderen Einrichtungen verbleibt bei der Person, die es entgegennimmt. Auch Elemente einer bereits bestehenden Wertschätzungskultur wie beispielsweise sich zu grüßen oder mit dem Namen anzusprechen werden in dieser Funktion oft nicht wahrgenommen. Die durchgeführte

Selbstbewertung hat hier dazu geführt, dass in der Einrichtung insgesamt das Bewusstsein für Wertschätzung gestiegen ist und darüber gesprochen wird. Dabei werden viele positive Faktoren bewusst und in ihrer Bedeutung für Wertschätzung stärker wahrgenommen. Darüber hinaus wird die Selbstbewertung aufgrund ihrer Suche nach vorhandenen Stärken als positiver Kontrapunkt zum Tagesgeschäft erlebt, weil sie sichtbar macht, was gut funktioniert, wohingegen im Alltag die Aufmerksamkeit doch eher auf dem Unerledigten oder den auftretenden Problemen liegt. Auch haben die Selbstbewertungen dazu geführt, dass ein Dialog zwischen Mitarbeitenden und Führungskräften in Bezug auf das Thema Wertschätzung begonnen hat. Dies ist besonders deshalb positiv zu bewerten, weil die Interviews gezeigt haben, dass Mitarbeitende und Führungspersonen durchaus divergierende Qualitätskriterien haben und entsprechend ihre Anerkennung und Wertschätzung für unterschiedliche Aspekte des Arbeitsgeschehens geben, wodurch diese oft ins Leere laufen.

Die Potenzialanalyse hat Wertschätzung zu einem Thema in den Einrichtungen gemacht und das Bewusstsein dafür geschärft. Diese höhere Sensibilität führt dazu, dass Wertschätzung verstärkt auch von innen generiert wird, indem sich die Mitarbeitenden stärker positives Feedback geben und das Loben ein Stück weit mehr in der Alltagskultur verankert wird. Der Dialog über Wertschätzung findet dabei auch berufsgruppenübergreifend statt, was zusätzliche positive Effekte für die interdisziplinäre Zusammenarbeit haben dürfte. In einigen Einrichtungen hat über die Priorisierung von Wertschätzungsthemen eine völlig neue Perspektive Einzug gehalten, welche die Mitarbeitendenorientierung sehr viel stärker in das Zentrum der Organisation stellt. Eine Einrichtungsleitung misst der Potenzialanalyse Wertschätzung als kontinuierlicher Maßnahme sogar einen Stellenwert für Förderung der Zufriedenheit und die Bindung der Mitarbeitenden zu.

Nachdenklich stimmt die Erfahrung, dass besonders bezüglich der Kriterien für Erfolg eine große Sprachlosigkeit vorzufinden ist. Weder können die Pflegenden in Worte fassen, was genau der Kern ihres Handelns ist und wofür sie entsprechend Anerkennung und Wertschätzung von den verschiedenen Seiten erhalten möchten, noch existieren passende Messgrößen für die Bewertung der Arbeit. Vorhandene Instrumente orientieren sich häufig eher an problematischen Vorfällen oder messen negative Auswirkungen. Hier stehen die Einrichtungen insgesamt vor einer großen Herausforderung und gleichermaßen Chance, angemessene Erfolgskriterien für ihre Leistungen zu formulieren.

Als Ergebnis der Selbstbewertungen wurde in den Einrichtungen eine Vielzahl von Verbesserungsprojekten beschrieben. Mit je 24 Projekten repräsentieren ein ambulanter Dienst und eine stationäre Einrichtung den unteren Wert bei der Menge der gesammelten Impulse, mit 43 Projekten wiederum ein ambulanter Dienst den oberen Wert. Inhaltlich variieren die Projekte stark und stehen in direktem Zusammenhang mit der Einrichtung, mit der dort vorzufindenden Situation. Sogar in zwei Einrichtungen eines Trägers waren dem Team der einen Einrichtung Themen wichtig, die für die Mitarbeitenden der anderen Einrichtung gar nicht relevant waren. Die Verbesserungsprojekte reichten von der Erarbeitung von Gesprächsleitfäden für Übergabegespräche oder Teamsitzungen, welche Erfolge zwingend thematisieren über die Einführung eines Vorschlagswesens und eines Belohnungssystems bis hin zur Einführung systematischer Mitarbeitendengespräche, der Überarbeitung bzw. Entwicklung von Kundenbefragungen, die für Pflege relevante Aspekte abfragen oder die Einführung eines Hospitationsprogramms, damit die Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen mehr voneinander wissen. Auch wurden Veränderungen des Vergütungssystems in Richtung einer qualifikationsorientierten Bezahlung, die Verbesserung des Dienstplan-Managements, die Überarbeitung des Ausbildungskonzeptes, ein Mitarbeitendenausweis mit Berufsangabe oder ein Lobseminar für Führungskräfte angeregt.

Mit sehr individuellen Zugängen und speziellen Hintergründen haben sich die verschiedenen Einrichtungen auf eine Potenzialanalyse Wertschätzung eingelassen. Alle Beteiligten berichten, dass dadurch ein Dialog in Bezug auf Wertschätzung ausgelöst oder intensiviert wurde. Die Identifizierung unterschiedlicher Maßnahmen zur Förderung von Wertschätzung hat dabei nicht nur unmittelbare Verbesserungen zur Folge gehabt sondern hat insgesamt zur Kulturentwicklung in den Institutionen beigetragen indem ein größeres Bewusstsein für positive Anerkennung, das Fokussieren der Erfolge und den wertschätzenden Umgang untereinander entstanden ist. Alle Einrichtungen sind zu einem Teil unabhängiger von der von außen gegebenen Wertschätzung geworden und haben Strategien in Augenschein genommen, Wertschätzung auch aktiv einzuholen. Damit haben alle Einrichtungen einen Prozess der Weiterentwicklung ihrer Wertschätzungskultur begonnen.

7 Diskussion

Ein Forschungsprojekt mit dem Titel „ProWert - Produzentenstolz durch Wertschätzung“ im BMBF Förderschwerpunkt „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“ impliziert einen zunächst nicht näher beschriebenen Zusammenhang zwischen Wertschätzung, Arbeitsqualität und Stolz. Das Teilvorhaben Pflegewissenschaft an der Fachhochschule der Diakonie hat sich insbesondere der Erforschung des Phänomens Wertschätzung gewidmet und empirisch beschrieben, wie und wodurch Wertschätzung seitens der befragten Pflegenden erlebt wird. Aufbauend auf die Forschungsergebnisse wurde eine Intervention entwickelt, die sogenannte Potenzialanalyse Wertschätzung, deren Ziel es war, die Kommunikation über Wertschätzung in einer Einrichtung anzustoßen und zu intensivieren und damit die Wertschätzungskultur weiterzuentwickeln.

In den Aussagen der befragten Personen stellt sich Wertschätzung als ein mehrdimensionales Konstrukt dar, welches durch eine hohe Individualität und Subjektivität charakterisiert ist. Allen Interviewpartnern/innen sind jeweils unterschiedliche Aspekte ihrer beruflichen Arbeit wichtig, an denen sich Wertschätzung kristallisieren kann. Soll Wertschätzung gezielt gegeben werden, braucht es jeweils die Kenntnis genau dieser Aspekte des Anderen. Um Wertschätzung zu vermehren erscheint es deshalb sinnvoll, innerhalb von Einrichtungen oder Teams verstärkt gemeinsame Erfolgskriterien zu erarbeiten, weil damit eine breitere Basis für Wertschätzung geschaffen werden könnte. Hat man gemeinsam bestimmte Handlungen oder Themen für bedeutsam erklärt, lösen positive Kommentierung, und damit diesbezügliche Anerkennung auch ein Erleben von Wertschätzung bei den Beteiligten aus. Natürlich werden die subjektiven Kriterien dadurch nicht abgelöst, aber sie werden erweitert, ergänzt. Konsensuelle Maßstäbe nähern auch die Sichtweisen von Führungskräften und Mitarbeitenden an der Basis einander an, welche sich in den Interviews als teilweise divergierend dargestellt haben.

Wertschätzung in Bezug auf Arbeit wird Menschen für ihre Leistungen bzw. die erreichten Ergebnisse entgegengebracht. Damit dies möglich wird, braucht es gemeinsam anerkannte Qualitäts- oder Erfolgskriterien, durch deren Bewertung Anerkennung und Wertschätzung entstehen können. Die Pflegenden machen in den Interviews deutlich, dass gerade zwischen den Führungspersonen und den Mitarbeitenden an der Basis häufig Divergenzen bezüglich dieser Kriterien bestehen. Achten die einen auf das Bewältigen des Arbeitspensums und die Qualität der Dokumentation, ist den anderen vor allem die mit den

zu pflegenden Menschen verbrachte Zeit wichtig. Derart unterschiedliche Zielsetzungen machen die Generierung von Wertschätzung schwierig. Neben der Erarbeitung gemeinsamer Erfolgskriterien erscheint vor allem die Identifizierung positiver Messgrößen erforderlich, die tatsächlich Erfolge aufzeigen und nicht Fehler oder Problemindikatoren messen. Anbieten würde sich beispielsweise das Monitoring von Lebensqualität, erlebter Sicherheit oder positiver Stimmungsäußerungen anstatt die Betrachtung von Komplikationsraten wie dem Auftreten von Druckgeschwüren oder Stürzen. In Dienstübergaben könnte neben dem, was noch zu tun ist, auch über das an diesem Tag Erreichte oder Geschaffte gesprochen werden, sodass die Mitarbeitenden mit einem Gefühl von produktiver Leistung nach Hause gehen können. Im wahrsten Sinne des Wortes geht es hier darum, Erfolge sichtbar zu machen. Besonders wichtig erscheint hier, dass die Qualitätskriterien für pflegerische Arbeit von den Pflegenden selbst definiert werden und nicht von einer anderen Berufsgruppe wie etwa der Medizin. Neben der dadurch zum Ausdruck kommenden Professionalisierung und Gleichwertigkeit der Pflege mit anderen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung wäre damit auch sichergestellt, dass die Qualität tatsächlich anhand adäquater, geeigneter Kriterien erfolgen würde.

Im Rahmen der Formulierung gemeinsamer Erfolgskriterien wird die Frage nach der Angemessenheit dieser Kriterien für die Beurteilung von Qualität gleichermaßen virulent, denn erfolgreiche Arbeit wird immer auch mit einer hohen Ergebnisqualität zusammenhängen. In Bezug auf die Qualitätsmessung wird die Vielschichtigkeit des Problems der Wertschätzung für Pflegenden einmal mehr deutlich. Nicht nur fehlen gemeinsame Erfolgskriterien, unklar ist auch insgesamt was eine gute Pflege ausmacht und wie sich Wertschöpfung in der Pflege beschreiben und erfassen lässt. Gute Pflege wird – verkürzt – dann attestiert, wenn die zu pflegenden Menschen keine Schäden davon tragen, sie zufrieden sind und die Pflegedokumentation ordentlich geführt ist. Erfolgreich ist eine Einrichtung dann, wenn sie schwarze Zahlen schreibt. Solche Kriterien erfassen den Gegenstand pflegerischer Arbeit jedoch kaum, ebenso wenig wie die Pflegenoten, die mittlerweile so etwas darstellen wie ein Ersatz-Erfolgskriterium. Mitarbeitende aus verschiedenen Pflegeeinrichtungen vergleichen untereinander die erhaltenen Pflegenoten. Sollen also Erfolge und Wertschätzung in der Pflegearbeit erlebt werden, braucht es nicht nur nach innen sondern auch nach außen angemessene Maßstäbe und Messgrößen. Der Diskurs zur Lebensqualität als Qualitätskriterium könnte hier hilfreiche Anregungen geben. Die Notwendigkeit der Entwicklung geeigneter Qualitäts- und Erfolgskriterien zeigt sich auch in der exemplarischen Dokumentenanalyse und den Gruppendiskussionen.

Innerhalb der Ausbildung wird die Frage nach geeigneten positiven Kriterien nicht thematisiert. Vielmehr werden externe, meist negative Kriterien in den Kapiteln zum Qualitätsmanagement vermittelt. Zu pflegende Menschen und deren Angehörige lassen in ihren Aussagen eine Sprachlosigkeit in Bezug auf die Bewertung pflegerischer Unterstützung erkennen. Abhilfe scheinen hier nur konkrete, gegebenenfalls auch settingbezogene Aushandlungsprozesse schaffen zu können, in denen jeweils verabredet wird, wofür und in welcher Form Wertschätzung gegeben werden soll.

Eng verbunden mit der Frage nach geeigneten Qualitätskriterien ist der Prozess der Stolzentstehung. Die Interviews zeigen, dass Pflegende Stolz eher aufgrund ihrer Berufszugehörigkeit erleben als in Bezug auf die Ergebnisse ihrer Arbeit. Diese Entkopplung von Stolz und Arbeitsleistung könnte zum Ausdruck bringen, dass es an geeigneten Kriterien mangelt, um den Erfolg der eigene Arbeit positiv wahrnehmen zu können. Darüber hinaus wird deutlich, dass sich die Pflegenden in ihrem Handeln stark an übergeordneten Werten und ethischen Maßstäben der Mitmenschlichkeit und des Helfens ausrichten, die im Alltagshandeln kaum umfassend realisierbar erscheinen. Damit stellt Stolz ein anfälliges Konzept für Identifikation und Motivation der Beschäftigten dar, weil trotz vorhandenen Berufsstolzes über einen Ausstieg aus der Berufstätigkeit nachgedacht wird. Auch für die Generierung von Wertschätzung für die Arbeit der Pflegenden erscheint es problematisch, wenn diese von den Pflegenden nach außen nicht mit Stolz dargestellt wird, weil sich dieser lediglich auf den Beruf bezieht. Diesen Umstand beklagen auch die befragten Experten/innen, die darauf hinweisen, dass Pflege in der Außendarstellung meist auf tabuisierte Tätigkeiten reduziert bleibt. Auch die analysierten Lehrbücher und Weiterbildungscurricula weisen den Aspekt der Außendarstellung nicht explizit aus.

Die interviewten Pflegepersonen stellen dar, dass für sie Interaktion und fürsorgende Beziehungsarbeit im Zentrum ihres beruflichen Selbstverständnisses stehen und sie die Qualität ihrer Arbeit daran messen, inwieweit dieser Teil von Pflegearbeit für sie angemessen zu realisieren ist. Haben sie beispielsweise durch eine hohe Arbeitsdichte oder fehlendes Personal zu wenig oder keine Zeit, den interaktiven Anteil ihrer Arbeit auszuüben und zu gestalten, leisten sie in den eigenen Augen schlechte Arbeit und gehen unzufrieden nach Hause, auch wenn sie nach den gängigen Kriterien die anstehende Arbeit gut bewältigt haben. Dieser Umstand zeigt auf, dass Interaktions- und Beziehungsarbeit unbedingt zu einem vorrangigen Qualitätskriterium für pflegerische Arbeit sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch in der Gesellschaft erhoben werden sollte. Die Aussagen der zu

pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen weisen in dieselbe Richtung. Darin wird deutlich, dass die Qualität der Pflegebeziehung der wichtigste Maßstab bei der Beurteilung von Pflege ist und damit auch in das Zentrum pflegerischer Arbeit rücken sollte.

Pflegende erleben Wertschätzung, wenn sie sich als Personen geachtet fühlen. Diese Achtung wird an ganz unterschiedlichen Gesichtspunkten festgemacht. Vorrangig erscheint dabei, dass der Pflege – und damit verbunden den Pflegenden – eine gleichwertige Bedeutung in der Organisation und Realisierung von gesundheitsbezogenen Versorgungsprozessen eingeräumt wird. Pflegende wollen nicht das letzte Glied in der Kette sein, das alle Arbeiten erledigen muss, die von Kollegen/innen aus anderen Berufsgruppen nicht übernommen werden wollen oder geschafft werden. Wertschätzung würde dadurch zum Ausdruck kommen, dass es konkret umschriebene Aufgaben für Pflegende gibt und klar geregelt wäre, was eben auch nicht zur Pflegearbeit gehört. In enger Verbindung zu definierten Aufgaben steht auch eine Achtung gegenüber den Tätigkeiten. Solange Pflegende als Waschfrauen oder Urinkellner bezeichnet werden, erleben Sie nicht, dass ihren Arbeitstätigkeiten soziale Anerkennung entgegengebracht wird. Erst wenn Interaktions- und Beziehungsarbeit als Kern pflegerischer Arbeit dargestellt und kommuniziert, und damit Pflegearbeit als therapeutisches Handeln charakterisiert wird, kann es gelingen, Bewunderung aus der Gesellschaft zu erhalten und Pflege aus dem Bereich des Unausprechlichen, des Handels in der Tabuzone auf der Schattenseite des Lebens herauszuholen. Dazu ist es auch aus Sicht der befragten Experten/innen dringend erforderlich, ein positives Bild von Pflege in der Öffentlichkeit zu zeichnen. Besondere Bedeutung kommt der Kernkategorie „Geachtet werden“ auch deshalb zu, weil Achtung und soziale Anerkennung in direktem Zusammenhang mit erlebter Würde stehen. Mit ihren Aussagen machen die Pflegenden klar, dass es eben nicht nur darum gehen kann, dass Menschen *würdevoll* gepflegt werden oder *würdevoll* sterben können, sondern ganz besonders auch, dass Pflegende *würdevoll* arbeiten können. Allein die Existenz dieses thematischen Schwerpunktes in den Interviews sollte Alarmsignal genug sein, den gesellschaftlichen und politischen Umgang mit dem Arbeitsfeld Pflege und die Darstellung von Pflege in der Öffentlichkeit sehr schnell zu verändern und nachhaltig zu verbessern.

Pflege leistet einen eigenen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Gesellschaft. Dafür ist eine umfangreiche Qualifizierung und damit verbundenen eine hohe Expertise erforderlich. Wertschätzung erleben Pflegende dann, wenn ihre Qualifikation und Expertise Eingang finden in die Planung und Gestaltung von Arbeitsprozessen, andere Berufsgruppen oder Hierarchieebenen auf ihr Handlungs- und Erfahrungswissen hören, und nicht Entscheidungen über ihren Kopf hinweg getroffen werden, die sich dann als schlecht realisierbar oder unpassend erweisen. Im Zusammenhang mit der partizipativen Gestaltung von Arbeitsprozessen wird deutlich, dass Pflegende ihrer Arbeit anscheinend andere Handlungskonzepte bzw. Paradigmen zugrunde legen, als die benachbarten Berufsgruppen oder die Politik, bei denen die Dyade Experte/in \leftrightarrow Laie eine große Bedeutung für das Verständnis von Behandlung hat. Pflegende streben hingegen an, ihren zu pflegenden Menschen auf Augenhöhe zu begegnen und damit eine tragfähige Pflegebeziehung zu begründen, die eine auf Autonomieerhalt, Lebensqualität und Sicherheit ausgerichtete Lebens- und Krankheitsbegleitung erst möglich macht. Möglicherweise liegen in diesen divergierenden Sicht- und Herangehensweisen Gründe für die bislang begrenzte Wahrnehmung und Anerkennung dessen, was Pflege eigentlich tut und zur Gesundheitsversorgung beiträgt. Wird Pflege auf körpernahe Verrichtungen reduziert, werden zentrale Handlungen und Werte der Berufsgruppe nicht gesehen oder gar ignoriert. Aktuelle Bestrebungen zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegende nach §63, 3c SGB V und damit die Schaffung von Arbeitsbereichen mit eigener Entscheidungshoheit wirken diesem Umstand nicht wirklich entgegen, weil sie wiederum nicht den Kern pflegerischen Handelns treffen. Vielmehr erscheinen Pflegende in Zeiten eines zunehmenden Ärztemangels fast als Lückenbüßer, die in Zeiten eines Personalmangels viele verantwortungsvolle Aufgaben übernehmen dürfen, diese aber wieder abgeben müssen, wenn genug anderes Personal vorhanden ist. Dauerhafte Veränderungen der gesamtgesellschaftlichen Wahrnehmung und Charakterisierung beruflicher Pflege lässt sich dadurch eher nicht erreichen. Aus Sicht der Experten/innen könnte eine nachhaltige Akademisierung der pflegerischen Grundausbildung dazu beitragen, die Kernaufgaben von beruflicher Pflege deutlicher wahrnehmbar zu machen, die Arbeitsfelder der Beratung, Edukation, Gesundheitsförderung und Versorgungskoordination aufzuzeigen und insgesamt die Kompetenzzuschreibung zum Pflegeberuf zu erhöhen. Lehrbücher und Curricula sind hier bereits ausdifferenziert und lassen ein komplexes Qualifikationsprofil erkennen.

Beim Arbeitszeitmanagement hat das Gefühl der Achtung ebenso eine wichtige Bedeutung. Ständiges Einspringen und befristete Verträge signalisieren den Pflegenden, dass sie nicht als Person mit eigenen Bedürfnissen und einem Privatleben wichtig sind, sondern dass das Hauptinteresse an ihrer Arbeitskraft besteht. Selbst wenn das operative Geschäft im Alltag im Vordergrund steht, sollte in der Arbeitsorganisation der Mitarbeitende als Person wahrgenommen und in seinen privaten Belangen berücksichtigt werden durch z.B. langfristig sicher planbare freie Wochenenden / freie Tage oder Bereitschaftsregelungen. Dieser Schutz vor Überarbeitung oder zu hoher Belastung erscheint insgesamt von den Mitarbeitenden mit der Achtung ihrer Person in Verbindung gebracht zu werden. Wahrscheinlich liegt hierin eine besondere Aufgabe des Managements von Pflegeeinrichtungen /-bereichen. Zeichnen sich Pflegende einerseits durch eine hohe Sensibilität und Empathiefähigkeit gegenüber den zu pflegenden Menschen aus, ist dies andererseits oft verbunden mit einer mangelnden Fähigkeit für eigene Bedürfnisse einzutreten und diese zu verteidigen oder zu erkämpfen. Daraus könnte im Gegenzug eine Art Verpflichtung für die Arbeitgeber abgeleitet werden, die Personen, die sie wegen der empathischen Fähigkeiten als gute Pflegende einstellen, entsprechend auch vor Überlastung und Auszehrung und damit einem Coolout (Kersting 1999) zu schützen.

Als wesentlich für das Erleben von Achtung und Wertschätzung für die Pflegenden sind sowohl das Bild, das über ihren Beruf in der Öffentlichkeit gezeichnet wird als auch der Stellenwert pflegerischer Arbeit, der in politischen Entscheidungen und Regularien zum Ausdruck kommt. Berichten die Medien fast nur über Fehler und Mängel in der Pflege und bezeichnen sie Berufsangehörige, die durch eine potenzielle Tötung schwerkranker Menschen eventuell straffällig geworden sind beispielsweise als Todesengel, greift dieses Bild schnell auf die Berufsgruppe insgesamt über und die breite Mehrheit der Pflegenden fühlt sich ungerecht behandelt. Auch die mittlerweile bestehende Prüf- und Kontrollkultur, bei der am stärksten die Altenpflege und die ambulante Pflege, am wenigsten die Medizin und die Krankenpflege in Kliniken geprüft werden, bringt keine Achtung zum Ausdruck sondern signalisiert insgesamt ein gesellschaftliches Misstrauen gegenüber der Pflege. Pflegende vermuten, dass sie häufiger geprüft werden als Atomkraftwerke, was sie hinsichtlich des Gefährdungspotenzials als unangemessen bewerten. Hier erscheint es dringend erforderlich, dass wieder eine Art Unschuldsvermutung für die Pflegenden gilt, also grundsätzlich von einer guten und gelingenden Arbeit ausgegangen wird, nicht von vorneherein Fehler und schlechte Qualität erwartet werden und eine Vorverurteilung

stattfindet. Die befragten Expertinnen und Experten fordern diesbezüglich eine „angemessene Form“ der Prüfungen ausdrücklich ein.

Auch im politischen Handeln vermissen die Pflegenden den Ausdruck von Achtung. Es wird viel über Pflege geredet, über Pflege als Jobmotor und den Bedarf an qualifizierten Pflegenden. Gleichzeitig werden gesetzliche Veränderungen wie die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder eine bessere finanzielle Ausstattung verzögert und die schulischen Mindestvoraussetzungen für das Erlernen des Pflegeberufs wurden auf das Hauptschulniveau abgesenkt. Dies bringt ebenso wenig eine Kompetenzerwartung zum Ausdruck wie die Aussage, dass man zum Pflegen kein Abitur benötige. Auch die Experteninterviews geben eine deutliche Kritik an der Entwicklung der Ausbildungsrichtlinien wider und nehmen wahr, dass hier ein Widerspruch vorliegt zwischen den tatsächlichen Anforderungen des Berufes und den durch die Politik gesetzten Zeichen. Schon heute könnten Auszubildende mit mittlerer Reife mit dem Niveau der Pflegeausbildung nicht Schritt halten. Auszubildende mit Hauptschulabschluss wären von vorneherein aufgrund von Überforderung zum Scheitern verurteilt.

Trotz des von der Politik postulierten niedrigen Bildungsniveaus, das für das Erlernen von Pflege erforderlich sein soll und der restriktiven Rahmenbedingungen, werden die Pflegenden fortlaufend für eine schlechte Versorgungsqualität verantwortlich gemacht. Hier erwarten die Pflegenden, dass Klarheit hergestellt wird, dass seitens der Politik eingestanden wird, dass mit begrenzten Ressourcen eben auch nur ein eingeschränkter Standard erreicht werden kann. So können beispielsweise 2 Pflegenden, die im Spätdienst für 35 zu pflegende Menschen zuständig sind gar keine gute Arbeit leisten. Unter dem Gesichtspunkt der Verantwortung, müssten sie die Arbeit sogar verweigern. Eine Gesellschaft muss klar entscheiden und transparent machen, wie viel Geld sie für welche Qualität der pflegerischen Versorgung ausgeben will. Nicht die Pflegenden können die Lücke zwischen Ansprüchen und Machbarem schließen. Hier werden Interessenkonflikte der Gesellschaft auf dem Rücken der Pflegenden ausgetragen. Auch aktuell werden Beitragsrückerstattungen und Absenkungen der Versicherungsbeiträge mehr diskutiert, als die Verbesserung der Finanzierung von Pflegeleistungen und damit beispielsweise eine bessere Personalausstattung in den Pflegebereichen.

Die restriktiven Rahmenbedingungen, unter denen Pflege derzeit stattfindet, könnten auch Resultat dieser eingeschränkten Sicht auf pflegerische Arbeit sein. Um den eigenen Zielen und Werten dennoch gerecht werden zu können, kompensieren Pflegende strukturelle Defizite durch persönlichen Einsatz. Die als restriktiv erlebte Arbeitsrealität signalisiert den Pflegenden nicht, dass ihre Arbeit wertvoll ist und wertgeschätzt wird. Sie erleben eine Art – auch emotionaler – Ausbeutung, wenn sie letztendlich dafür sorgen, dass die Versorgung der Gesellschaft sichergestellt bleibt und das Gesundheitssystem nicht implodiert. Zu Recht gebührte Pflegenden dafür eine hohe Anerkennung. Darüber hinaus bedingt die pflegerische Arbeit im Sinne eines Mittragens von Krankheit und Leid, dass Pflegende emotional immer mehr geben, als sie von den zu pflegenden Menschen bekommen können. Im Konzept einer gesamtgesellschaftlichen Fürsorge wären für eine ausgeglichene Bilanz bei den Pflegenden besondere Maßnahmen der gesellschaftlichen Fürsorge für Angehörige der Pflegeberufe erforderlich (Schnabl 2010). Die von zu Pflegenden Menschen und deren Angehörigen in den Interviews hergestellte Nähe von pflegerischer Arbeit und Familienleben, die anscheinend eine Integration von Pflegebedürftigkeit in das Selbstbild und die eigene Alltagsnormalität erleichtert, macht die gesellschaftliche und soziale Relevanz beruflicher Pflegearbeit nochmals deutlich und unterstreicht, dass die konzeptionelle Fassung von Pflege dringend einer Revision bedarf, bei der körpernahe Unterstützungstätigkeiten in den Hintergrund treten und Pflege vorrangig als Interaktions- und Beziehungsarbeit verstanden wird.

Mit dem Beruf der/s Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/in bzw. Altenpfleger/in sind sowohl berufsgruppenintern wie auch gesellschaftlich bestimmte ethische Maxime und humanistische Werte verbunden. Für die Berufsangehörigen besitzen diese eine hohe Referenz. Konstitutiv für die Wahrnehmung und Identität von Pflege ist die Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen, also Personen, die auf Unterstützung durch Andere angewiesen sind. Die dadurch vorhandene Asymmetrie in der Dienstleistungsbeziehung bringt es mit sich, dass Pflege ein Beruf ist, in dem die Berufsausübenden die Bedürfnisse des Anderen aufgrund seiner Abhängigkeit von Hilfe über die Bedürfnisse der eigenen Person stellen. Dieser Umstand kann dazu führen, dass Pflege schnell mit Altruismus und Assoziationen des Dienens in Verbindung gebracht wird. Da es bislang nicht gelungen ist, diese Aspekte beruflicher Pflege zu professionalisieren, erleben Pflegende diesbezüglich eine unzureichende Anerkennung seitens ihres Umfeldes.

Möglicherweise bedingt die Wahrnehmung, dass der hohe persönliche Einsatz der Pflegenden nicht gesehen wird eine Form von innerer Kränkung, in der sich Pflegende zu einer Art Not- oder Leidensgemeinschaft solidarisieren, in der Verzicht und ein Mangel an Anerkennung zu charakteristischen Merkmalen des Pflegeberufes umgedeutet werden. Damit verbunden sind dann möglicherweise interne Auswirkungen für die Berufsgruppen, die sich in dem Gedanken der Gleichheit sowie der Ablehnung von Hierarchie und Differenzierung ausdrücken und eine nachhaltige Professionalisierung behindern, bei der beispielsweise auch Qualifizierung nicht zu einer Hierarchisierung führen soll. So kann ein negativer Kreislauf entstehen, in dem das Postulat der Gleichheit, das damit verbundene Zurücknehmen der eigenen Person zu einer Ablehnung von Veränderungen, einem fehlenden politischen Engagement und einem unzureichenden Eintreten für eigene Bedürfnisse führen. Dieser Prozess erscheint in den Augen der befragten Experten/innen katastrophal, bräuchte Pflege doch genau gesellschaftliches und (berufs-)politisches Engagement, ein engagiertes Eintreten gegen die schlechte Ressourcenausstattung und für eine gleichberechtigte Stellung im Gesundheitssystem.

Die hohe innere Solidarität der Berufsangehörigen mit den zu pflegenden Menschen trägt möglicherweise mit dazu bei, dass Professionalisierung und Karriere in der Pflege tabuisiert sind und behindert werden, weil damit – auch von außen, z. B. seitens der Medizin oder der Politik – eine Abwendung der Pflegenden vom Bett, also der nahen, direkten Arbeit mit den zu pflegenden Menschen, proklamiert wird, die den Pflegenden unterstellt, dass sie die Hilfsbedürftigen alleine lassen würden. Diese Sichtweisen wiederum führen dazu, dass Pflege einmal mehr eine Reduktion auf körpernahe Unterstützungsarbeit erfährt und damit falsche Berufscharakteristika nach außen dargestellt werden.

Das Erleben von Wertschätzung hängt maßgeblich davon ab, inwieweit Pflegende in ihrer Arbeit als Person individuell wahrgenommen und ihrer Leistungen gesehen und anerkannt werden. Die Gespräche und Diskussionen, die innerhalb der Potenzialanalysen Wertschätzung stattgefunden haben, zeigen dies eindrücklich. Als Zugewinn wird bereits erlebt, gemeinsam zu diesem Thema gearbeitet zu haben und sich im Rahmen der Selbstbewertung mit den Stärken der eigenen Einrichtungen auseinandergesetzt zu haben. Der positive Blick, die konstruktive Perspektive auf das Arbeitsgeschehen allein sorgt schon für eine veränderte Wahrnehmung der eigenen Arbeit, für das Bewusstwerden von Leistung und Erfolg und damit ein gesteigertes Erleben von Wertschätzung.

7.1 Zusammenfassung

Die Interviews mit Angehörigen der Pflegeberufe machen insgesamt deutlich, dass Wertschätzungserleben immer in einem engen Zusammenhang steht mit Achtung und Beachtung. Wenn Pflegende in ihrer Berufsrolle und dem, was sie leisten wahrgenommen werden, sie als Person und Mensch gesehen und anerkannt werden und sie ihre Arbeit unter würdevollen Bedingungen ausüben können, fühlen sie sich wertgeschätzt.

Maßgeblich hindernd für die Wertschätzung der Pflegenden ist der Umstand, dass gesellschaftlich bislang weitgehend unklar ist, was berufliche Pflege eigentlich genau ist. Entsprechend diffus erscheint auch, was eigentlich Wertschöpfung in der Pflege bedeutet. Ist Wertschöpfung ablesbar am wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtung? Fällt Wertschöpfung umso größer aus, je mehr zu pflegende Menschen pro Zeiteinheit versorgt werden? Oder findet Wertschöpfung in der Pflege statt, wenn die Lebensqualität und die Autonomie der zu pflegenden Menschen erhalten oder verbessert wird? Erst wenn konsensuell in der Berufsgruppe und gesamtgesellschaftlich Erfolgs- und Qualitätskriterien formuliert worden sind, welche die zentralen Ziele und Inhalte pflegerischer Arbeit erfassen und abbilden, kann die Arbeit der Pflegenden hinreichend dargestellt, wahrgenommen und anerkannt werden. Solange berufliche Pflege auf körpernahe Unterstützung reduziert wird, ist hier keine Verbesserung zu erwarten. Ziel sollte es sein, dass Pflege im gesellschaftlichen Bewusstsein mit fürsorgendem Handeln, mit Caring, anstatt mit Waschen assoziiert wird. Möglicherweise tragen diffuse Ängste davor, Pflege einmal selbst in Anspruch nehmen zu müssen und damit hilfebedürftig zu sein, dazu bei, dass keine konstruktive Auseinandersetzung mit diesem Beruf stattfindet, sondern dieses Arbeitsfeld eher verdrängt wird. Nicht der Zugewinn, bei Bedarf auf pflegerische Unterstützung zugreifen zu können, sorgt für eine hohe Anerkennung der Berufsangehörigen, vielmehr werden die Ängste vor Pflegebedürftigkeit auf die Berufsangehörigen projiziert und führen zu einer Abwertung oder gar Diffamierung der Pflegenden als Servicepersonal für minderwertige Tätigkeiten. Um hier einen grundsätzlichen Wandel erreichen zu können, müsste die Außendarstellung bzw. Präsentation pflegerischer Arbeit aus Sicht der Expertinnen und Experten nachhaltig verändert werden. Dazu erforderlich wäre auch, dass dieses Thema konkreter Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung wird.

Es ist evident, dass Pflege im Nahbereich der zu pflegenden Menschen arbeitet – so nah wie kaum ein anderer Beruf. Dies kann einerseits als ein hohes Privileg betrachtet werden, andererseits brauchen diese Überschreitung von Grenzen und das Eindringen in die Intimsphäre einen schützenden Rahmen. Pflege tut etwas Unausprechliches. Damit Pflegearbeit besprechbar und damit auch Gegenstand von ausgesprochener Wertschätzung werden kann, erscheint es dringend erforderlich, dass die Berufsgruppe selbst eine Sprache für Pflege findet, welche Pflegearbeit nicht als körpernahe, intime Handlungen darstellt. Die von den zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen gewählte soziale Analogie zur Familie könnte einen geeigneten Bezugsrahmen liefern, der dann fachlich und professionell auszugestalten wäre.

In den Interviews beschreiben die Pflegenden Interaktions- und Beziehungsarbeit als das Zentrum ihres beruflichen Handelns, als das Entscheidende, das Grundlegende ihres Berufes. Entsprechend stehen auch viele der geschilderten Belastungsmomente in einem engen Zusammenhang mit diesen Handlungsbereichen. Entsprechend sollte regelmäßige Supervision für Pflegenden ein Standard sein. In der exemplarischen Dokumentenanalyse hingegen fällt auf, dass für Interaktions- und Beziehungsarbeit nur sehr begrenzt ausgebildet wird. Folglich könnte eine Weiterentwicklung der Ausbildungsrichtlinien wie z. B. der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen oder auch von Weiterbildungsrichtlinien im Sinne eines Ausbaus psychosozialer Kompetenzen nicht nur zu einer verbesserten Versorgungsqualität führen sondern auch die Arbeitszufriedenheit und die berufliche Identität der Pflegenden stärken. Mit der Betonung der Interaktions- und Beziehungsarbeit würde nicht nur Wertschätzung für den Kern pflegerischen Handelns ausgedrückt werden, vielmehr könnte auch die Gefahr von Burnout gemindert werden, weil zentrale Handlungskonzepte anerkannt und in der Arbeitsorganisation stärker berücksichtigt werden.

Wertschätzung für Pflegenden sollte sich sowohl in Organisationsstrukturen wie im gesellschaftlich-politischen Handeln und Entscheiden ausdrücken – inhaltlich wie kommunikativ. Dazu gehört einerseits, dass die Handlungskonzepte, die Pflegenden stolz machen auch wertgeschätzt werden sollten. Andererseits gilt es, die Differenz zwischen gesellschaftlichem Anspruch und Wirklichkeit zu schließen. Bei der Ressourcenausstattung und Bewertung pflegerischer Arbeit muss Transparenz darüber hergestellt werden, dass mit begrenzten Ressourcen auch nur eingeschränkte Ergebnisse erreicht werden können. Die Gesellschaft steht hier vor einer Grundsatzentscheidung

darüber, wie viel Geld eine gute Pflege der Gesellschaft wert ist. Pflegende können hier nicht zum Sündenbock eines verdrängten Dilemmas gemacht werden.

Letztlich tun Pflegende immer mehr als das, was sie bezahlt bekommen, weil soziale Arbeit insgesamt inkommensurable ist. Dies wird auch in den Aussagen der zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen deutlich. Pflegearbeit bezieht sich auf die Würde des Menschen, nicht auf den Wert. Entsprechend kann Wertschätzung hier nicht oder nur in engen Grenzen über wertbezogene Symbole erfolgen. Vielmehr erscheint soziale Anerkennung als vorrangige Form von Wertschätzung. Mit dem, was Pflegende leisten, indem sie persönliche Bedürfnisse hinter die der zu pflegenden Menschen, die von ihrer Hilfe abhängig sind, zurückstellen, werden sie vergleichbar mit Heldinnen und Helden wie sie zum Beispiel auch in Geschichten, Märchen oder Filmen dargestellt werden. Diese Heldinnen und Helden kämpfen unter Einsatz der eigenen Person und dem Zurückstellen eigener Wünsche und Bedürfnisse für das Wohlergehen Anderer. In diesem Sinne wären Management und Gesellschaft dazu aufgefordert, geeignete Formen der Anerkennung für diesen Status bzw. diese gesellschaftliche Rolle zu entwickeln.

7.2 Ausblick

Die empirischen Ergebnisse des Forschungsprojektes ProWert – Teilvorhaben Pflegewissenschaft machen vor allem deutlich, dass eine große Unklarheit bei allen Beteiligten darüber besteht, für welche Aspekte pflegerischer Handlungen oder Aufgaben Anerkennung – auch im Sinne von Bewunderung – gegeben werden soll. Erstaunlich ist dies besonders in Bezug auf die Berufsangehörigen selbst. Hier wäre zu erwarten gewesen, dass die Pflegenden sehr konkret sagen und ausdrücken können, was ihre Kernaufgaben und zentralen Handlungskonzepte sind. Die hier jedoch bestehende Sprachlosigkeit zeigt an, dass Grundlagenforschung im Bereich der Pflege dringend erforderlich ist, die herausarbeitet, was paradigmatische Strategien von Pflege sind, welcher Epistemologie Pflege folgt, worin eigentlich die Wertschöpfung pflegerischer Arbeit liegt und welchen Leistungsbeitrag genau die Pflege im System der Gesundheitsversorgung erbringt. Wenn über den zentralen Gegenstand von Pflege Klarheit besteht, lassen sich auch gemeinsame Kriterien festlegen und nach außen kommunizieren, anhand derer die Qualität pflegerischer Arbeit gemessen werden soll und an denen sich Anerkennung und Wertschätzung kristallisieren können.

Mit einer solchen Grundlagenforschung ließen sich gleichermaßen Konzeptualisierungen ableiten, welche die Stolzentscheidung, die bislang vorrangig aus der Berufszugehörigkeit

resultiert, auf die beruflichen Tätigkeiten ausweiten könnte. Derzeit besteht diesbezüglich eine große Unklarheit.

Entwicklungsbedarf besteht darüber hinaus in den Bereichen der Ergebnismessung und der Qualitätsbeurteilung. In den Daten fällt auf, dass Ergebnisse in der Pflege eher über negativ konnotierte Kriterien gemessen wird: Häufigkeit von Stürzen, Auftreten von Krisen, die Entstehung von Druckgeschwüren. Dieser Logik folgend, zeichnet sich gute Pflege dann vorrangig über das nicht-Auftreten negativer Ereignisse bzw. Folgen aus – ein Umstand, der äußerst ungünstige Voraussetzungen für die Entwicklung und das Erleben von Wertschätzung schafft. Um hier günstige Bedingungen für das Entstehen von Anerkennung zu erreichen, wären durch die Berufsgruppe positive Ergebnismarker wie beispielsweise die Lebensqualität der zu pflegenden Menschen zu identifizieren und zu beschreiben. Diese sollten dann auch den externen Qualitätsprüfungen zugrunde gelegt werden.

Eine weitere Herausforderung liegt darin, nicht nur eine geeignete Sprache für das, was Pflege leistet zu entwickeln, sondern auch geeignete Bilder zu finden, mit denen Pflege in der Öffentlichkeit dargestellt und durch die sie wahrgenommen werden kann. Damit könnte dann auch das gesellschaftliche Image des Berufes nachhaltig verbessert werden.

Schließlich weisen die in den Daten immer wieder zu findenden Hinweise auf die restriktiven Rahmenbedingungen, unter den Pflege erbracht werden muss, darauf hin, dass neben gesellschaftlich gewünschte Leistungsbeschreibungen von Pflege auch ökonomische Berechnungen treten sollten, die dezidiert aufzeigen, mit welchem Ressourceneinsatz welche Qualität der pflegerischen Versorgung zu erzielen ist. Nur so können Pflegende aus der Generalhaftung für die schlechte Versorgungsqualität befreit werden. Damit verbunden wäre dann auch ein gesellschaftlicher und politischer Diskurs darüber, wie viel Geld dieser Gesellschaft eine gute Pflege wert ist.

Nur wenn es langfristig gelingt, die Würdigung, die Pflegende für ihre Berufszugehörigkeit erfahren, zu überführen in eine Bewunderung für das, was sie tun, kann Pflege aus einem gesellschaftlichen Tabubereich herausgeführt werden und sich zu einer positiv konnotierten Dienstleistung entwickeln. Erst wenn Pflegende um die Nähe zu den zu pflegenden Menschen, die nur dieser Beruf ermöglicht, beneidet werden, wird sich das Erleben von Anerkennung und Wertschätzung seitens der Pflegenden nachhaltig verbessern. Insgesamt erscheint hier ein gesellschaftlicher Bewusstseinswandel

erforderlich: Nur wenn Pflegende nicht mehr für ihre Arbeit bedauert werden kann Pflege zu einer attraktiven Dienstleistung werden. Dies ist möglicherweise eine Voraussetzung dafür, dass die Attraktivität des Berufes steigt und auch zukünftig wieder ausreichend beruflicher Nachwuchs zur Verfügung steht. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung würde dadurch wahrscheinlicher.

Ein innerbetrieblicher Diskurs, der sich an Erfolgen und Erreichtem ausrichtet, der Leistungen und Ergebnisse bewusst macht sowie den/die einzelne Mitarbeiter/in als Leistungsträger/in konkret anspricht und deren persönliche Entwicklung thematisiert, wird dazu beitragen, eine Wertschätzungskultur in den Einrichtungen zu begründen und weiterzuentwickeln.

8 Literatur

- Abels, Heinz (2009). Einführung in die Soziologie. Band 2: Die Individuen in ihrer Gesellschaft. 4. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Abels, Heinz (2004). Interaktion, Identität, Präsentation. Kleine Einführung in interpretative Theorien der Soziologie. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Afentakis, Anja, Maier, Tobias (2010). Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik*, 11, S. 990-1002.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1979). *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.) (1973). *Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV), (2003). www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflaprv_2004/gesamt.pdf. zuletzt eingesehen 14.08.2012
- Badelt, Christoph (1994). Soziale Dienstleistungen zwischen wachsenden Ansprüchen und finanziellen Engpässen. In Karsten, Maria-Eleonora (Hrsg.), *Dienstleistungsgesellschaft: Herausforderungen, Trends und Perspektiven* (S. 18-27). Lüneburg: Lüneburger Universitätsschriften 6.
- Bandura, Albert (1997): *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, Albert (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review* 84, S. 191-215.
- Behrens, Johann/Horbach, Annegret/Müller, Rolf (2009): *Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb)*. Abschlussbericht. Marin-Luther-Universität Halle Wittenberg.
- Berger, Peter Ludwig/Luckmann, Thomas (1993): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. 10. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bieger, Thomas (2007): *Dienstleistungsmanagement. Einführung in Strategien und Prozesse bei persönlichen Dienstleistungen*. 4. überarb. Auflage. Bern: Haupt Verlag.
- Böhle, Fritz (2010). *Arbeit und Belastung*. In: Böhle, Fritz/Voß, Günter/Wachtler, Günther (Hrsg.): *Handbuch Arbeitssoziologie*. Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaften. S. 467-481.
- Böhle, Fritz/Milkau, Brigitte (1988): *Sinnliche Erfahrung und Erfahrungswissen im industriellen Arbeitsprozess*. Arbeitspapier 13 im Sonderforschungsbereich 333 an der Universität München. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-100609>; Zugriff 12.04.2012
- Böhle, Fritz; Schulze, Hartmut (1997): *Subjektivierendes Arbeitshandeln - Zur Überwindung einer gespaltenen Subjektivität*. In: Schachtner, Christina (Hrsg.): *Technik und Subjektivität Das Wechselverhältnis zwischen Mensch und Computer aus interdisziplinärer Sicht*, Suhrkamp: Frankfurt a.M. 26-46.
- Brinkmann, Ralf/Stapf, Kurt (2005): *Innere Kündigung. Wenn der Job zur Fassade wird*. München: C. H. Beck Verlag.
- Bundesagentur für Arbeit (2010): *Fachkräftemangel im Pflegebereich gefährdet die Versorgung Pflegebedürftiger*. [Pressemitteilungen online.de](http://www.pressemitteilungen-online.de). Zugriff am 27.02.2012, <http://www.pressemitteilungen-online.de/index.php/fachkraeftemangel-im-pflegebereich-gefaehrdet-die-versorgung-pflegebeduerftiger/>

- Cernavin, Oleg (2007): Wertschätzung als Produktivitätsfaktor. In: Streich, Deryk /Wahl, Dorothee (Hrsg.): Innovationsfähigkeit in einer modernen Arbeitswelt. Frankfurt: Campus Verlag. 51-62.
- Darmstädter, Tim/Mey, Günter (1998): Identität im Selbstwiderspruch oder „Die Schizophrenie des Lebens“. Psychologie und Gesellschaftskritik 22, 65-94. Zugriff am 08.02.2012, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-4490>
- Darwall, Stephen L. (1977): Two Kinds of Respect. In: Ethics 88, S. 36-49. Chicago: The University of Chicago Press.
- Dausien, Bettina (1994): Biographien als „Königinnenweg“- Überlegungen zur Relevanz biographischer Ansätze in der Frauenforschung. In: Diezinger, Angelika/Kitzer, Hedwig/Anker, Ingrid/Bingel, Irma/Haas, Erika/Odierna, Simone (Hrsg.): Erfahrung mit Methode - Wege sozialwissenschaftlicher Frauenforschung. Freiburg: Kore Verlag. 129-153
- DBfK (2011): Personalbemessung in der stationären Altenhilfe. Zugriff am 23.02.2012, <http://www.dbfk.de/download/download/Personalbemessung-in-der-stationaeren-Altenhilfe-DBfK-Position-2011-10-06.pdf>
- Deci, Edward L./Ryan, Richard M. (1993): Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. Zeitschrift für Pädagogik, 2, S. 223-239. Zugriff am 15.02.2012, http://www.updatenet.net/images/f/f4/Selbstbestimmung_Deci_Ryan_1993.pdf
- Deci, Edward L./Ryan, Richard M. (1985): Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum.
- Deissler, Klaus D./ Gergen, Kenneth, J. (Hrsg.) (2004): Die wertschätzende Organisation. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Der Paritätische (2011): Jedem zweiten Pflegeanbieter fehlt Personal. Pressemeldung vom 05.10.2011. Zugriff am 27.02.2012, <http://www.paritaet-nrw.org/content/e13324/e5779/e36351/>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011): Personal im Gesundheitswesen 2010. Zugriff am 27.02.2012, http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/62/aid/8925/title/Personal_im_Gesundheitswesen_2010
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011): Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/41/aid/8657> letztmalig eingesehen 14.08.2012
- Donabedian, Avedis (1992): Quality Assurance in Health Care: Consumer's Role. Quality in Health Care, 1, 247-251.
- Donabedian, Avedis (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Dunkel, Wolfgang (1988): Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten. Soziale Welt, 39, 66-85.
- Dunkel, Wolfgang/Wehrich, Margit (2010): Arbeit als Interaktion. In: Voß, Günter/Wachtler, Günther/Böhle, Fritz (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 177-202.
- Dunkel, Wolfgang/Wehrich, Margit (2006): Interaktive Arbeit. In: Dunkel, Wolfgang/Sauer, Dieter (Hrsg.): Von der Allgegenwart der verschwindenden Arbeit. Berlin: Edition Sigma. 67-82.

- Ehmke, Kurt/Gärtner, Hubertus (2011): Hygienemängel in Bethel-Klinik festgestellt. Neue Westfälische, 06.12.2011. Zugriff am 23.02.2012, http://www.nw-news.de/lokale_news/bielefeld/bielefeld/5488615_Hygienemaengel_in_Bethel-Klinik_festgestellt.html
- El-Cherkeh, Tanja/Fischer, Michael (2010): Berufsausbildung in der Altenpflege: Einstellungen und Potenziale bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg. Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut (HWWI) Policy Paper 3-13. Zugriff am 06.02.2012 http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/HWWI_Policy_Paper_3-17.pdf
- Engelbrecht, Stefan; Fesenfeld, Anke; Hellweg, Susanne; Schneider, Heike (2010): Wertschätzung in Zeiten zunehmender Ökonomisierung der Pflegeberufe. In: Kastner, Michael: Leistungs- und Gesundheitsmanagement – psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation. Lengerich: Pabst Science Publishers, 201-229.
- Erikson, Erik Homburger (1992): Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Erikson, Erik Homburger (1971): Kindheit und Gesellschaft. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Verlag.
- EFQM - European Foundation of Quality Management (2012): Overview Model 2013. www.efqm.org/en/PdfResources/Overview%20EFQM%202013%20v1.pdf. letzter Zugriff 20.09.2012
- Faithful, Sara (Hrsg.) (2005): Aufbau-Lehrplan für Pflegekräfte in der Onkologie der EONS (European Oncology Nursing Society). www.cancernurse.eu/documents/EONSPostBasicCurriculum-de.pdf letztmalig eingesehen am 14.08.2012
- Fischbach, Andrea/Lichtenthaler, Philipp/Decker, Catharina/Boltz, Jessica (2010): Dienstleistungsbedingungen, -einstellungen und -konsequenzen in der Pflege aus der Sicht von Auszubildenden. Arbeitspapier aus dem vom BMBF geförderten Projekt Berufe im Schatten. Münster. Zugriff am 02.03.2012, http://www.berufe-im-schatten.de/data/bis_ergebnisbericht_zur_azubiumfrage_in_der_pflege.pdf
- Fischbach, Andrea/Meyer-Gomes, Katrin/Zapf, Dieter/Rank, Johannes (2006): Emotion work across cultures: A comparison between the United States and Germany. In: Zerbe, Wilfred J./Ashkanasy, Neal M./Härtel, Charmine E. (Eds.): Research on Emotion in Organizations, Individual and Organizational Perspective on Emotion Management and Display, Vol. 2. New York: Elsevier. 197-222.
- Fisher, Cynthia D. (2002): Antecedents and Consequences of Real-Time-Affective Reactions at Work. *Motivation & Emotion*, 26 (1), 3-30.
- Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 3. Aufl. Reinbek: Rowohlt.
- Frese, Michael (1990): Arbeit und Emotion - Ein Essay. In: Frei, Felix/Udrif, Ivars (Hrsg.): Das Bild der Arbeit. Bern: Huber. 285-301.
- Geulen, Dieter/Hurrelmann, Klaus (1980): Zur Programmatik einer umfassenden Sozialisierungstheorie. In: Hurrelmann, Klaus/Ulich, Dieter (Hrsg.): Handbuch der Sozialisierungsforschung. Weinheim: Beltz. 51-67.
- Giesenbauer, Björn/Glaser, Jürgen (2006): Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege - Beeinflussung fremder und eigener Gefühle. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 59-83.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm, L. (2008): Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber

- Goesmann, Christina/Nölle, Kerstin (2009): Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik. Technische Universität Dortmund, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Forschungsbereich Arbeitssoziologie. Zugriff am 23.02.2012, http://www.berufe-im-schatten.de/data/statistik_pflege_1.pdf
- Goffman, Erving (2008): Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. 6.Auflage. München: Piper.
- Gouthier, Matthias H. J./Rhein, Miriam (2010): Serviceorientierung durch Organisationsstolz. In: Bruhn, Manfred/Stauss, Bernd (Hrsg.): Serviceorientierung im Unternehmen. Forum Dienstleistungsmanagement 2010. Wiesbaden: Gabler Verlag. 209-228.
- Gouthier, Matthias H. J. (2006): Produzentenstolz von Dienstleistern als positive Arbeitsemotion. In: Ringsletter, Max/Kaiser, Stephan/Müller-Seitz, Gordon (Hrsg.): Positives Management. Zentrale Konzepte und Ideen des Positive Organizational Scholarship. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag. 91-113.
- Gucanin, Ane (2003): Total Quality Management mit dem EFQM-Modell. Verbesserungspotenziale erkennen und für den Unternehmenserfolg nutzen. Berlin, uni-edition
- Habermas, Jürgen (2009): Arbeit, Liebe, Anerkennung. Der Philosoph Axel Honneth wird 60. Eine Gedankenreise von Marx zu Hegel nach Frankfurt und wieder zurück. Zeit Online, 30. www.zeit.de/2009/30/Philosoph-Honneth?page=all&print=true, Zugriff am 19.04.2010
- Hellweg, Susanne/Müller, Klaus (i.E.): Wer schätzt denn hier den Wert? – Wertschätzung für professionelle Pflege braucht gemeinsame Qualitätskriterien. Plexus,
- Henderson, Angela (2001): Emotional labor and nursing: An under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8, 130-138.
- Herkner, Werner (1993): Lehrbuch Sozialpsychologie. 5. Aufl. Bern: Huber
- Heuwinkel-Otter, Annette/Nümann-Dulke, Anke/Matscheko, Norbert (Hrsg.) (2006): Menschen pflegen. Band 1-3. Heidelberg, Springer.
- Hillmann, Karl-Heinz (1994): Wörterbuch der Soziologie. 4. überarbeitete Auflage Stuttgart: Kröner
- Hillmann, Karl-Heinz (1988). Lexikon zur Soziologie. 2. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hinding, Barbara/Spanowski, Marion/Kastner, Michael (2010): Wertschätzung und Stolz in Dienstleistungsberufen. In: Kastner, Michael (Hrsg.): Leistungs- und Gesundheitsmanagement - psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation. Lengerich: Pabst. 186-200.
- Hochschild, Arlie (1989): Das gekaufte Herz. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Hochschild, Arlie (1979): Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85, S. 551-575.
- Honneth, Axel (1994): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hurrelmann, Klaus/Andresen, Sabine/Schneekloth, Ulrich (2011): Die World Vision Kinderstudien 2007 und 2010: Zentrale Ergebnisse. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 3, 321-332.
- Ikaheimo, Heikki/Laitinen, Arto/Quante, Michael (2004): Leistungsgerechtigkeit: Ein Prinzip der Anerkennung für kulturelle Besonderheiten? In: Halbig, Christoph/Quante, Michael (Hrsg.): Axel Honneth: Sozialphilosophie zwischen Kritik und Anerkennung. Münster: LIT Verlag. 81-86
- Jürgens, Kerstin (2010): Arbeit und Leben. In: Voß, Günter G./Wachtler, Günther/Böhle, Fritz (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 483-510.

- Kersting, Karin (1999): "Coolout" in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Klement, Carmen (2006): Von der Laienarbeit zur Profession? Zum Handeln und Selbstverständnis beruflicher Akteure in der ambulanten Altenpflege. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Köther, Ilka (Hrsg.) (2005): Thieme's Altenpflege. zeitgemäß und zukunftsweisend. Stuttgart: Thieme.
- Krapp, Andreas/Ryan, Richard M. (2002): Selbstwirksamkeit und Lernmotivation. Eine kritische Betrachtung der Theorie von Bandura aus der Sicht der Selbstbestimmungstheorie und der pädagogisch-psychologischen Interessentheorie. Zeitschrift für Pädagogik. 44, 54-82. Zugriff am 23.02.2012, http://www.unibw.de/sowi1_1/personen/krapp/interesse/pdf/krapp-ryan2002
- Krappmann, Lothar (1997): Großeltern und Enkel – Eine Beziehung mit neuen Chancen. In: Lepenies, Annette. (Hrsg.): Alt und Jung: Das Abenteuer der Generationen. Basel: Stroemfeld. 112-117.
- Kropf, Julia (2005): Flexibilisierung - Subjektivierung - Anerkennung. Auswirkungen von Flexibilisierungsmaßnahmen auf die Anerkennungsbeziehungen in Unternehmen. Dissertation an der Fakultät für Sozialwissenschaften, Ruhr-Universität Bochum.
- Kumbruck, Christel (2010): Wertschätzung im Pflgeteam und in direkten Beziehungen mit Patienten. In: Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: LIT Verlag. 235-282.
- Lehmann, Axel (1993): Dienstleistungsmanagement. Strategien und Ansatzpunkte zur Schaffung von Servicequalität. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Loch, Ulrike & Rosenthal, Gabriele (2002): Das narrative Interview. In: Schaeffer, Doris/Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber. 221-246.
- Mandler, George (1980): The generation of emotion: a psychological theory. In: Plutchik, Robert/Kellerman, Henry (Eds.): Emotion: theory, research, and experience. Orlando: Academic Press. 219-243.
- Marcia, James E. (1989): Identity diffusion differentiated. In: M. A. Luszcz & T. Nettelbeck (Eds.), Psychological development across the life-span. North-Holland: Elsevier. 289-295.
- Martini, Astrid (2008): Suchen, Erfahren und Vertrauen in den „Moments of Truth“. Eine Analyse dynamischer Qualitätsbeurteilung bei professionellen Dienstleistungen am Beispiel von Bildungsleistungen. Dissertation FU Berlin. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000003762, Zugriff am 19.03.2012,
- Maslow, Abraham H. (1977): Motivation und Persönlichkeit, Olten: Walter-Verlag AG.
- Mead, George Herbert (1987): Gesammelte Aufsätze. (hrsg. von Hans Joas, übersetzt von K. Laermann u.a.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mead, George Herbert (1969): Sozialpsychologie. (hrsg. von Anselm Strauss, übersetzt von D. Prokop). Neuwied am Rhein: Luchterhand. (Originalausgabe: George Herbert Mead, On Social Psychology, ed. by Anselm Strauss, The University of Chicago Press, 1964)
- Mead, George Herbert (1968): Geist, Identität und Gesellschaft aus Sicht des Sozialbehaviorismus. (hrsg. von Charles W. Morris). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Mey, Günter (2011): Identität, Anerkennung, Inklusion. (Manuskript) Praxisorientierte Tagung II „Aufstiege ermöglichen“, Friedrich Ebert Stiftung, Berlin 25.05.2011. Zugriff am 08.02.2012, http://www.fes.de/integration/pdf/110525_mey.pdf

- Michaelis, Martina (2005): Pflege als extreme Verausgabung: arbeitssoziologische Aspekte. In: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hrsg.): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim und München: Juventa Verlag, 263-277.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010): *Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen*. Zugriff am 27.02.2012, <https://services.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/download/70582/lbg2010.pdf>
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2003): *Ausbildung in der Altenpflege. Empfehlende Richtlinie*. www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/altenpflegeausbildung/NRW-Empfehlende_Richtlinie_Altenpflegeausbildung-09-2006--2003.pdf. letztmalig eingesehen am 14.08.2012
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2012): *Erster großer Erfolg im Kampf gegen Pflegenotstand - Über 20 Prozent mehr Auszubildende in der Altenpflege - Umlage wirkt*. Pressemitteilung vom 06.12.12. Zugriff am 10.12.12. <http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2012/pm20121206a/index.php>
- Möller, Johannes (1999): *Das Europäische Modell für Qualität. Was jeder über EFQM wissen sollte*. Krankenhaus Umschau, Sonderheft 9, 9-11.
- Müller, Karsten/Biebricher, Kristina (2010): *Die Bedeutung affektiver Ereignisse bei der Arbeit*. *Mannheimer Beiträge zur Arbeits- und Organisationspsychologie*, 1. Zugriff am 07.03.2012, http://www.wip-mannheim.de/downloads/mannheimer_beitraege_2010_heft_1.pdf
- Müller, Klaus/Hellweg, Susanne (2012): *Denn Sie wissen nicht, was wir tun. Pflege: Ein Dienstleistungsberuf über den viel vermutet wird, aber wenig bekannt ist?* In: Reichwald, Ralf/Frenz, Martin/Hermann, Sybille/Schipanski, Agnes (Hg): *Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion*. Wiebaden, Gabler /Springer, 575-585.
- Müller, Klaus/Hellweg, Susanne/Schneider, Heike (2009): *ProWert - (Mehr) Wertschätzung für Pflegenden*. In: Hahn, Sabine/Schulz, Michael/Schoppmann, Susanne/Abderhalden, Christoph/Stefan, Harald/Needham, Ian (Hrsg.): *Depressivität und Suizidalität. Prävention - Früherkennung - Pflegeintervention - Selbsthilfe*. Unterostendorf: Ibicura. 199-203. Zugriff am 26.03.2012, http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_10_100918.pdf
- Müller, Klaus (2011): *Gemeinsam zu mehr Anerkennung. Ansatzpunkte zur Steigerung der Wertschätzung für Pflegenden*. *Die Rotkreuzschwester*, 101, 4, 27-29.
- Müller, Klaus (2011): *Wertschätzung – dringend gesucht!* *Devap Impuls*, 1, 3-4.
- Müller, Klaus/ Hellweg, Susanne (2011): *Mehr Wertschätzung! Die Schwester*. *Der Pfleger*, 50, 4, 394-397.
- Müller, Klaus (2011): *Forschungsprojekte wollen die Wertschätzung für Pflegeberufe verbessern*. *Das Krankenhaus*, 3, 264.
- Müller, Klaus/Hellweg, Susanne/Schneider, Heike (2010): *Wertschätzungskultur als Kennzeichen professioneller Pflege*. In: Fuchs-Frohnhofen, Paul et al. (Hg.): *Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“*. Marburg, Tectum. 10-13
- Nerdinger, Friedemann W./Röper, Matthias (1999): *Emotionale Dissonanz und Burnout. Eine empirische Untersuchung im Pflegebereich eines Universitätskrankenhauses*. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 53, 187-193.

- Olesen, Virginia/Bone, Debra (1998): Emotions in rationalizing organizations. Conceptual notes from professional nursing in the USA. In: Bendelow, Gillian/Williams, Simon J. (Eds.): Emotions in social life. Critical themes and contemporary issues. London: Routledge. 313-329.
- Phillips, Sue (1996): Labouring the emotions: expanding the remit of nursing work? *Journal of Advanced Nursing*, 24, 139-143.
- Pricewaterhouse Coopers (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahre 2030. Frankfurt am Main: PwC.
- Readers's Digest (2012): The Brands You Trust. Readers's Digest European Trusted Brands Survey 2012. Readers's Digest
- Rennen-Allhoff, Beate/Tacke, Doris (2000): Sozialisationsforschung: Berufliche Sozialisation in der Pflege. In: Rennen-Allhoff, Beate/Schaeffer, Doris (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Mannheim und München: Juventa. 819-842.
- Rieder, Kerstin (1999): Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege. Weinheim: Beltz Juventa.
- Ryan, Richard. M./Deci, Edward. L. (2000): Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. In: *Contemporary Educational Psychology* 25, 54-67. Zugriff am 06.02.2012 <http://mmrg.pbworks.com/f/Ryan,+Deci+00.pdf>
- Sauter, Dorothea/Abderhalden, Chris/Needham, Ian/Wolff, Stephan (Hrsg.) (2004): *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Huber Verlag.
- Schnabl, Christa (2010): Care/Fürsorge: Eine ethisch relevante Kategorie für moderne Gesellschaften? In: Krobath, Thomas/Heller, Andreas (Hrsg.): *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*. Freiburg: Lambertus. 107-128.
- Schneider, Jochen (2004): Selbstbewertung und Potenzialanalyse: Stärken und Verbesserungsbereiche ermitteln, Aktionspläne erstellen. In: Walraffen-Dreisow, Helmut/Weigel, Roland (Hg.): *EFQM in Einrichtungen der Altenhilfe. Messen – Bewerten – Besser werden*. Stuttgart: Kohlhammer, 139-162.
- Scholl, Armin (2009): *Die Befragung*. 2. Aufl. Konstanz: UVK.
- Schütze, Fritz (1980): Narrative Repräsentation kollektiver Selbstbetroffenheit: BPG Colloquium zur Erzählforschung, 16.-19.09.1980, o.O.
- Fritz Schütze (1976): Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. In: *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Kommunikative Sozialforschung*. München. 159-260.
- Schütze, Fritz (1973): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. In *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie* (S. 11-53). Reinbek: Rowohlt. <http://resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-53118>, Zugriff am 14.03.2012
- Schwarzer, Ralf/Jerusalem, Matthias (2002): Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem, Matthias/Hopf, Diether (Hrsg.): *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 44*. Weinheim: Beltz. 28-53. Zugriff am 06.02.2012 http://www.pedocs.de/volltexte/2011/3930/pdf/ZfPaed_44_Beiheft_Schwarzer_Jerusalem_Konzept_der_Selbstwirksamkeit_D_A.pdf
- Sennett, Richard (1998): *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin-Verlag

- Simon, Michael (2008): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Steuerung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Hannover. Zugriff am 21.02.2012, http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-116-4-1.pdf
- Smith, Pam (1992): The emotional labour of nursing. How nurses care. London: Macmillan.
- Smith, Pam (1991): The nursing process: raising the profile of emotional care in nurse training. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 74-81.
- Spindler, Jutta (2010): Kaiserschnitt und Co: Operationen und Behandlung in Krankenhäusern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Zugriff am 27.03.2012, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2010_02/PDF2010_02.pdf?__blob=publicationFile
- Staden, Helene (1998): Alertness to the needs of others: A study of the emotional labour of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 147-156.
- Statistisches Bundesamt (2011a): Gesundheit. Personal. Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2011. Zugriff am 28.02.2012, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Personal2120731107004.property=file.pdf>
- Statistisches Bundesamt (2011b): Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse. Zugriff am 23.02.2012, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.property=file.pdf>
- Stöcker, Gertrud (2002): Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. Hannover: Schlütersche.
- Strauss, Anselm, L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 2. Auflage (Originaltitel: *Qualitative Analysis for Social Scientists*) Deutsche Erstauflage 1994. München: UTB/Wilhelm Fink Verlag
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1996): *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1990): *Basics of qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, Californian: Sage Publications
- Strauss, Anselm/Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32, 629-651.
- Strauss, Anselm/Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1982): Sentimental work in the technologized hospital. *Sociology of Health & Illness*, 4, 254-278.
- Tracy, J.L. & Robins, R.W. (2007): The prototypical pride expression: Development of a nonverbal behavioral coding system. *Emotion*, 7, 789-801.
- Troyer, Lisa/Mueller, Charles W./Osinsky, Pavel I. (2000): Who's the Boss? *Work and Occupations* 27, 406-427.
- Vomberg, Edeltraud (2004): Qualitätsmanagement mit dem EFQM-Modell für Excellence – Philosophie, Geschichte und Schritte zur Excellence. In: Walraffen-Dreisow, Helmut/Weigel, Roland (Hrsg.): *EFQM in Einrichtungen der Altenhilfe. Messen – Bewerten – Besser werden*. Stuttgart: Kohlhammer, 23-35.
- Voswinkel, Stephan (2011): Anerkennungschancen und -probleme der Dienstleistungsarbeit. Vortrag auf der Tagung „Stolz pflegen“ der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld und der Technischen Universität Dortmund am 19. September 2011 in Bielefeld. Zugriff am

16.02.2012, <http://www.prowert.org/download/abschlussstagung/Voswinkel-Anerkennung-Pflege.pdf>

- Voswinkel, Stephan (2009): Das Leistungsprinzip in unserer Gesellschaft. Vortrag auf dem Thementag „Das Leistungsprinzip – Neue ZuGänge und BlickWinkel eines bekannten Phänomens“ anlässlich der Frühjahrsdelegiertenkonferenz 2009 des Evangelischen Studienwerks e.V. Villigst am 4.4.2009 in Schwerte. Zugriff am 14.02.2012, <http://www.stephan-voswinkel.de/Aktuelles/Voswinkel-Leistungsprinzip-Villigst.pdf>
- Voswinkel, Stephan (2005): Welche Kundenorientierung? Anerkennung in der Dienstleistungsarbeit. Berlin: edition sigma.
- Voß, Günter G./Wachtler, Günther/Böhle, Fritz (Hrsg.) (2010): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wegge, Jürgen (2004): Emotionen in Organisationen. In: Schuler, Heinz (Hrsg.): Organisationspsychologie - Grundlagen und Personalpsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie. 673-749.
- Wegge, Jürgen/Neuhaus, Ludger (2002): Emotionen bei der Büroarbeit am PC: Ein Test der „affective Events“-Theorie. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 46, 173-184.
- Wegge, Jürgen (2001): Emotion und Arbeit: Zum Stand der Dinge. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 55, 49-56.
- Weishaupt, Sabine (2006): Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege - die Interaktion mit dem Körper. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 85-106.
- Weiss, Howard M./Cropanzano, Russell (1996): Affective events theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. Research in Organizational Behavior, 18, S. 1-74.
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe des Landes Nordrhein-Westfalen (WBVO-Pflege-NRW) (2009). https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2124&bes_id=13404&aufgehoben=N&menu=0&sg=. letztmalig eingesehen am 14.08.2012
- Winnicott, Donald W. (1973): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wittpoth, Jürgen (1994): Rahmungen und Spielräume des Selbst. Ein Beitrag zur Theorie der Erwachsenensozialisation im Anschluss an George Herbert Mead und Pierre Bourdieu. Frankfurt am Main: Verlag Moritz Diesterweg.
- Zapf, Dieter/Holz, Melanie (2006): On the positive or negative effects of emotion work in organisations. European Journal of Work and Organizational Psychology. 15, 1, 1-28.
- Zapf, Dieter (2002): Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. Human Resource Management Review, 12, 237-268.