

Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

**Jonglage des Stationsalltags**  
**Eine GTM-Situationsanalyse des Berufsalltags**  
**von Pflegekräften im Krankenhaus**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
im Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft  
der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster

Vorgelegt von  
Ingrid Jänig geb. Wagner  
aus Dillenburg  
2018

---

Dekan: Prof. Dr. Stephan Dutke

Erster Gutachter: Prof. Dr. Franz Breuer

Zweite Gutachterin: Prof. Dr. Kordula Schneider

Tag der mündlichen Prüfung: 5.12.2018

Tag der Promotion:

## **Zusammenfassung**

Pflegekräfte sind in ihrem Berufsalltag mit hohem Arbeitsdruck und Personalmangel konfrontiert. Diese und andere Faktoren beeinflussen tagtäglich die praktische Berufsarbeit. Die vorliegende empirische Forschungsarbeit beleuchtet die Alltagssituationen des Pflegepersonals auf Stationen in Krankenhäusern der Akutversorgung. Auf Basis der Grounded Theory wird mittels teilnehmender Beobachtung und fokussierten Gesprächen mit Pflegekräften erarbeitet, wie sie ihre beruflichen Alltagssituationen wahrnehmen und wie sie damit umgehen. Im Zentrum der Analyse stehen die Situationsaushandlungen, bezogen auf unterschiedliche Interaktionspartner und intraindividuell. Die individuelle Wahrnehmung ist entscheidend und bestimmt die Aushandlungsprozesse. Außerdem analysiert diese Forschungsarbeit die Positionierung der sozialen Welt der Pflege als kollektivem Akteur im Krankenhaus und zeigt Machtverhältnisse auf. Es verfestigen sich längerfristige Denk- und Handlungsmuster, die anhand von vier Pflegekraft-Typen aufgezeigt werden. Diese unterscheiden sich durch eine differente Identifikation mit der Berufsrolle im praktischen Berufsalltag und der unterschiedlichen Einschätzung der eigenen Handlungswirksamkeit in Aushandlungssituationen. Die Ergebnisse ermöglichen detailreiche praxisnahe Einblicke in den Berufsalltag von Pflegekräften im Krankenhaus. Sie können dazu beitragen, Alltagssituationen zu reflektieren und Veränderungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen anzustoßen.

*Wir können den Wind nicht ändern,  
aber die Segel anders setzen.*

*Aristoteles*

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>VI</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>VII</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Intention und Ziel der vorliegenden Arbeit.....	2
1.2 Forschungsbedarf .....	3
1.3 Aufbau der Arbeit .....	4
<b>2 Problemaufriss .....</b>	<b>6</b>
2.1 Krankenhäuser unter Druck: Politische und ökonomische Einflussfaktoren und Folgen.....	6
2.1.1 Krankenhausstrukturreformen – Einführung von Fallpauschalen .....	7
2.1.2 Pflegepersonalbesetzung in den Krankenhäusern.....	8
2.1.3 Auswirkungen auf das Pflegepersonal im Krankenhaus .....	11
2.2 Demografischer Wandel.....	14
2.3 Berufsentwicklung Pflege .....	17
<b>3 Theoretische Grundannahmen .....</b>	<b>22</b>
3.1 Erkenntnisbildung und Reflexivität .....	22
3.2 Wirklichkeitskonstruktion und institutionelle Ordnung.....	25
3.3 Interaktionistisches Denk- und Handlungsmodell .....	30
3.4 Die Situationsdefinition .....	32
3.5 Soziale Welten und die ausgehandelte Ordnung.....	34
3.6 Situationsanalyse.....	36
3.7 Soziale Felder und Habitus .....	39
<b>4 Methodologie und Forschungsverlauf .....</b>	<b>43</b>
4.1 Qualitative Forschungsstrategie .....	44
4.2 Die Forscherpersönlichkeit .....	47
4.2.1 Vorerfahrung und Vorurteil .....	47
4.2.2 Reflexivität im Forschungsprozess .....	49
4.2.3 Theoretische Sensibilität.....	50
4.3 Der Forschungsverlauf .....	52
4.3.1 Forschungsleitende Fragestellung.....	52
4.3.2 Zugang zum Forschungsfeld und Datenerhebung .....	53
4.3.3 Der Forschungsprozess .....	55
4.3.4 Einbezug von Veränderungsprozessen im Zeitverlauf.....	62
4.4 Exkurs: Kreativität im Forschungsprozess.....	63
<b>5 Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>68</b>
5.1 Subjektiv wahrgenommene Herausforderungen .....	70

5.1.1	Verantwortung: Gewährleistung der Patientenversorgung .....	70
5.1.1.1	Der Faktor Personalmangel .....	70
5.1.1.2	Der Zeitfaktor .....	73
5.1.1.3	Nachwuchsbildung .....	75
5.1.2	Berufsrollenambivalenz .....	76
5.1.2.1	Normative Vorgaben .....	78
5.1.2.2	Berufsrolle im Stationsalltag .....	78
5.1.2.3	Vorstellung der Pflegekräfte von ihrer Berufsrolle im Alltag .....	81
5.1.3	Patientenfluktuation und Personalbemessung .....	82
5.1.4	Gesellschaftliche Entwicklungen .....	84
5.1.5	Dokumentation und Administration .....	86
5.1.6	Zusammenfassung der Teilergebnisse .....	87
5.2	Im Kräftefeld der Krankenhausarena .....	89
5.2.1	Umsetzung von Neuerungen in Top-down-Strategie .....	91
5.2.2	Der Zwang zur Wirtschaftlichkeit .....	92
5.2.3	Pflegekräfte fühlen sich machtlos .....	96
5.2.4	Hierarchie zwischen ärztlichem Personal und Pflegepersonal .....	98
5.2.5	Mangelnde Wertschätzung pflegerischer Arbeit .....	100
5.2.6	Die Berufsgruppe Pflege positioniert sich nicht .....	102
5.2.7	Zusammenfassung der Teilergebnisse .....	104
5.3	Aushandeln beruflicher Alltagssituationen .....	106
5.3.1	Situationsaushandlungen im Pflegeteam .....	107
5.3.1.1	Patientenversorgung mit dem vorhandenen Personal gewährleisten .....	108
5.3.1.2	Aufgabenpriorisierung .....	113
5.3.1.3	Pflegeteamdynamik .....	117
5.3.2	Situationsaushandlungen mit Patienten und Angehörigen .....	124
5.3.2.1	Patientenerwartungen .....	124
5.3.2.2	Überforderte Angehörige .....	127
5.3.2.3	Patientenunterstützung bei der Grundpflege .....	128
5.3.2.4	Pflegekräfte grenzen sich ab .....	130
5.3.3	Situationsaushandlungen mit anderen Berufsgruppen .....	131
5.3.3.1	Aushandlungen mit ärztlichem Personal .....	131
5.3.3.2	Umgang mit ärztlichen Anweisungen .....	135
5.3.3.3	Kompensation von Aufgaben anderer Berufsgruppen .....	136
5.3.4	Situationsaushandeln in Bezug auf das Selbstmanagement .....	138
5.3.4.1	Berufliches Selbstverständnis .....	138
5.3.4.2	Aufgabenorientierung .....	141
5.3.4.3	Berufliches Rollenverständnis .....	142
5.3.4.4	Stressverarbeitung .....	146
5.3.5	Zusammenfassung der Teilergebnisse .....	151
5.4	Pflegekraft-Typen .....	155
5.4.1	Typenbildung .....	156
5.4.2	Darstellung der vier Pflegekraft-Typen .....	158
5.4.2.1	Die Rollenerfüllende .....	158
5.4.2.2	Die Ambitionierte .....	160
5.4.2.3	Die Resignierte .....	162
5.4.2.4	Die Wertebehauptende .....	165
5.4.3	Zusammenfassung der Teilergebnisse .....	170

<b>6</b>	<b>Integration der Ergebnisse in ein theoretisches Modell.....</b>	<b>171</b>
<b>7</b>	<b>Diskussion und Ausblick.....</b>	<b>182</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>197</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenhausstatistik mit Fallzahlen und Verweildauer .....	7
Abbildung 2: Entwicklung der Beschäftigten in Krankenhäusern .....	9
Abbildung 3: Forschungsverlauf.....	56
Abbildung 4: Kodierparadigma .....	57
Abbildung 5: Kategorienbildung.....	61
Abbildung 6: Die Arena Krankenhaus mit ihren sozialen Welten .....	89
Abbildung 7: Pflegekraft-Typen .....	156
Abbildung 8: Modell der Situationsaushandlungen .....	180

## Abkürzungsverzeichnis

B.O.K.D.	Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands
BFD	Bundesfreiwilligendienst
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BWL	Betriebswirtschaftslehre
CT	Computertomografie
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DEKV	Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.
DRG	Diagnosis Related Groups
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
GTM	Grounded-Theory-Methodologie
MRT	Magnetresonanztomografie
PDL	Pflegedienstleitung
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPR	Pflegepersonalregelung
R/GTM	Reflexive Grounded Theory
RN4CAST	Nurse forecasting: Human Resources Planning in Nursing
VWL	Volkswirtschaftslehre

## 1 Einleitung

Eine alltägliche Situation im Stationsalltag einer chirurgischen Station eines Krankenhauses:

Es ist Dienstagmorgen, 8.00 Uhr. Die chirurgische Station ist voll, alle 32 Betten sind belegt. Der Dienstplan sieht für diesen Tag vier examinierte Pflegekräfte und zwei Auszubildende für den Frühdienst vor. Seit zwei Tagen ist eine examinierte Pflegekraft erkrankt und heute früh hat sich eine zweite Kollegin krank gemeldet. Die Stationsleitung hat bereits versucht, diesen Ausfall zu kompensieren, indem sie Kollegen, die heute keinen Dienst haben, zuhause angerufen hat, um sie um Unterstützung zu bitten. Leider kann keine Kollegin in den Dienst einspringen. Eine andere Kompensationsmöglichkeit ist nicht vorgesehen. Die Pflegedienstleitung hat die Verantwortung der Dienstplangestaltung an die Stationsleitung delegiert. Jetzt sind also zwei examinierte Pflegekräfte und zwei Auszubildende im Dienst anwesend. Für heute steht einiges auf dem Programm, was erledigt werden muss. Drei Patienten werden heute entlassen, sechs Patienten stehen für heute auf dem OP-Plan und zwei Neuaufnahmen sind angesagt. Schwester Birgit, die schichtverantwortliche Pflegekraft im Frühdienst, hat nach der Dienstübergabe durch den Nachtdienst um 6.00 Uhr die Einteilung der Aufgaben für den Frühdienst vorgenommen. Alle anstehenden Aufgaben müssen mit dem vorhandenen Personal erledigt werden. Zuerst muss dafür gesorgt werden, dass bei allen Patienten die Vitalwerte gemessen werden und alle Patienten, die Unterstützung bei der grundpflegerischen Versorgung (Körperpflege, Mundpflege, Ausscheidung) brauchen, diese auch erhalten. Deshalb hat eine Auszubildende die Vitalwertemessung der Patienten übernommen, damit diese aktuellen Daten bei der Arztvisite vorliegen. Die andere examinierte Kollegin und die zweite Auszubildende nehmen sich die Patienten vor, bei denen grundpflegerische Unterstützung notwendig ist. Schwester Birgit hat zuerst die angeordneten Infusionslösungen und Medikamentenampullen des heutigen Infusionsprogramms für alle Patienten der Station bereitgestellt und nachgeschaut, ob alle Papiere der Patienten für die heutigen Operationen vorbereitet sind. Dann hilft sie mit bei der Patientenversorgung. Sie hat gerade eine 92-jährige Patientin mit dem Bett ins Zimmer gebracht und damit begonnen, die Patientin zu pflegen. Diese Patientin wurde heute Nacht im Bett auf den Flur gefahren, weil sie aufgrund ihrer Demenz sehr unruhig war und ständig aus dem Bett aussteigen wollte. Schwester Birgit hat in ihrer Tasche ein mobiles Telefon, damit sie jederzeit erreichbar ist. Kaum hat sie mit der Grundpflege begonnen, (die Patientin muss im Bett versorgt werden) klingelt das Telefon. Der OP ruft an, dass der erste Patient in den OP gebracht werden soll. Schwester Birgit erklärt der Patientin, dass sie eine Pflegepause machen muss, um etwas Dringendes zu erledigen. Auf dem Weg zum Stationszimmer, um die Patientenakte für den OP zu holen, spricht der Oberarzt sie an und bittet

sie, die Visite zu begleiten. Sie erklärt dem Arzt, dass das gerade nicht geht, weil sie zum OP muss. Sie geht in das Patientenzimmer, informiert den OP-Patient und bereitet ihn zum Transfer vor. Als sie mit diesem Patient, in seinem Bett liegend, über den Flur in Richtung OP fährt, spricht sie ein Angehöriger wegen der Entlassungspapiere eines zur Entlassung vorgesehenen Patienten an. Sie informiert diesen, dass sie sich später darum kümmert, weil sie dringend mit dem Patient in den OP muss. Eine der Auszubildenden fragt sie auf dem Flur noch, ob sie bei der Lagerung eines Patienten behilflich sein kann, bevor sie mit: „Jetzt nicht, frag bitte die Kollegin“, die Station in Richtung OP verlässt. (Auszug aus einem Beobachtungsprotokoll während der Teilnahme im Forschungsfeld.)

So oder ähnlich gestalten sich typische Alltagssituationen von Pflegekräften<sup>1</sup> im Stationsalltag eines Krankenhauses. Die Anhäufung von unterschiedlichen Anforderungen an das Pflegepersonal und deren Gleichzeitigkeit fordern Pflegekräfte fortgesetzt heraus, berufliche Alltagssituationen zu managen. Sie müssen sich in diesen Situationen positionieren, Anforderungen priorisieren, sich mit den Situationsbedingungen arrangieren und dabei möglichst den eigenen Ansprüchen und denen der Interaktionspartner gerecht werden. Dies führt zu steigender Unzufriedenheit im Berufsalltag, was sie auch klar benennen: Sie sprechen vom „Hin- und Hergerissensein“ und von dem Gefühl, „zwischen allen Stühlen zu sitzen“. Bei vielen Pflegekräften entsteht die Einschätzung, „alles Mögliche zu tun und doch ist es nicht genug“. Was steckt hinter diesen Phänomenen? Was sind die konkreten Auslöser Gründe für diese Unzufriedenheit? Wie gehen Pflegekräfte individuell mit den Herausforderungen des beruflichen Alltags um? Wie positionieren sie sich? Diese Ausgangsfragen leiten die vorliegende Forschungsarbeit an.

## 1.1 Intention und Ziel der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Forschungsarbeit versucht, diesen Alltagsphänomenen von Pflegekräften in einer Situationsanalyse auf den Grund zu gehen. Dabei ist es von Bedeutung, wie die Pflegekräfte selbst ihre Alltagssituationen erleben, denn die subjektive Wahrnehmung beeinflusst das individuelle Denken und Handeln und den Umgang mit solchen Situationen.

Basierend auf einer dreijährigen Teilnahme im Forschungsfeld und vielen Gesprächen mit Pflegekräften soll in dieser Arbeit explorativ erarbeitet werden, wie diese ihre beruf-

---

<sup>1</sup> Wenn in dieser Forschungsarbeit von Pflegekräften gesprochen wird, sind damit staatlich examinierte Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung gemeint, in Abgrenzung zu Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege, zu einjährig ausgebildeten Pflegeassistentenkräften und Pflegehilfskräften, zum Beispiel Praktikanten und Personen im FSJ oder BFD.

lichen Alltagssituationen individuell erleben. Um das herauszufinden ist es notwendig, nah an ihre Alltagswelt heranzukommen, um ihre Sichtweisen auf den Berufsalltag zu ergründen und zu analysieren. Hierfür bietet sich eine qualitative Forschungsstrategie an, da sie eine ganzheitliche Betrachtung des Phänomens nah an der Alltagswelt der Betroffenen anstrebt. Deshalb wird als Forschungsansatz die Grounded Theory Methodologie (GTM) gewählt. Diese ermöglicht eine Exploration, Analyse und eine theoretische Modellbildung zum beforschten Bereich.

Ziel der Forschungsarbeit ist es, die Problematiken beruflicher Alltagssituationen zu analysieren, subjektive Wahrnehmungen und Deutungen von Pflegekräften herauszufinden und eine theoretische Konzeptualisierung der empirisch gewonnenen Daten vorzunehmen. Dabei wird konsequent die Innenperspektive der sozialen Welt der Pflege zum Gegenstand der Forschung. Wie Pflegekräfte ihren Berufsalltag individuell wahrnehmen, ist bedeutsam für ihr Handeln.

Außerdem werden die Pflegekräfte als kollektive Akteure in der Arena Krankenhaus als organisationales Feld der täglichen Pflegearbeit in die Forschung einbezogen. Aus dem kollektiven Pflege-Blickwinkel wird die Verflochtenheit der täglichen Arbeit mit Strukturen und Hierarchien im Krankenhaus beleuchtet. Das Spektrum unterschiedlicher Sichtweisen wird analysiert, um nicht nur die Situationsbedingungen offenzulegen, sondern auch zu ergründen, wie Pflegekräfte inter- und intraindividuell mit den beruflichen Alltagssituationen umgehen. Diese Sichtweisen werden auf einer höheren Abstraktionsebene kategorisiert und zueinander in Beziehung gesetzt. Die Analyseergebnisse werden dann in einem theoretischen Modell dargestellt.

## 1.2 Forschungsbedarf

Im Jahr 2012 haben fünf pflegewissenschaftliche Professoren und Professorinnen eine Agenda Pflegeforschung (Behrens et al. 2012) veröffentlicht, in der sie den pflegewissenschaftlichen Forschungsbedarf der nächsten Jahre aufzeigen. Sie weisen auf die epidemiologischen und demografischen gesellschaftlichen Veränderungen hin und sehen die ausreichende pflegerische Versorgung als „eine gesellschaftliche und wissenschaftliche Herausforderung ersten Ranges“ (ebd., S. 3). Obwohl in Deutschland in den letzten beiden Jahrzehnten die Zahl pflegewissenschaftlicher Studiengänge und pflegebezogener Forschungen gestiegen ist, bildet Deutschland international gesehen „nach wie vor eines der Schlusslichter in der Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung“ (ebd.,

S. 4). Als eines der prioritären Forschungsthemen der nächsten Jahre wird in der Agenda neben der Versorgungsproblematik unterschiedlicher Personengruppen die Akutpflege im Krankenhaus aufgezeigt: „Die Pflege in akuten und lebensbedrohlichen Krankheitssituationen ist traditionell ein Kernfeld pflegerischer Arbeit. Dennoch wird dies Feld in Deutschland bisher kaum systematisch empirisch bearbeitet und erforscht.“ (ebd., S. 15) Durch Veränderungen von Rahmenbedingungen haben sich in den Krankenhäusern „die Personal- und Arbeitsbedingungen in der Pflege erheblich verschlechtert“ (ebd., S. 19). Es fehlen Forschungen, die die Akutversorgung im Krankenhaus unter den Aspekten der „Prozessgestaltung, Arbeitssituation und Arbeitsbedingungen“ (ebd., S. 19) von Pflegekräften genauer analysieren. Die vorliegende Forschungsarbeit bearbeitet diese Aspekte und versucht, die Forschungslücke diesbezüglich zu verkleinern.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Dieses erste Kapitel zeigt Intention und Ziel dieser Forschungsarbeit auf und klärt den Forschungsbedarf diesbezüglich.

Das zweite Kapitel beschreibt als Problemaufriss unterschiedliche Faktoren, die für berufliche Alltagssituationen von Pflegekräften im Krankenhaus relevant sind. Dabei werden ausgewählte ökonomische, politische und gesellschaftliche Aspekte dargelegt. Die für dieses Thema relevanten Bezüge aus der pflegewissenschaftlichen Forschung werden aufgezeigt und die Entwicklung des Pflegeberufs betrachtet.

Im dritten Kapitel werden die theoretischen Grundannahmen dieser Forschungsarbeit offengelegt. Unser Denken und Handeln ist geprägt von unserer individuellen Sichtweise. Der Mensch ist zur Reflexion seines Handelns in der Lage und richtet es in Interaktionen auf das Handeln der Interaktionspartner aus. Die Wahrnehmung von Situationen bestimmt das individuelle Handeln, denn die Alltagswirklichkeit wird subjektiv wahrgenommen und individuell konstruiert. Im Blick auf die kollektiven Akteure im Krankenhaus ist das Konzept der Arena mit den sozialen Welten ein leitendes Theoriekonstrukt. Pflegekräfte handeln in Alltagssituationen in einem gemeinsamen Verständigungsprozess. Was sie in Situationen als real erleben, ist auch in den Folgen für sie real. Als sensibilisierende theoretische Konzepte werden die Situationsanalyse von Clarke und das Habituskonzept von Bourdieu mit einbezogen.

Das vierte Kapitel legt die methodologische Strategie und Vorgehensweise offen. Die vorliegende Forschungsarbeit stützt sich auf die Grounded Theory von Anselm Strauss

mit der Berücksichtigung der Reflexion im Forschungsprozess, dargelegt in *Reflexive Grounded Theory* von Breuer. Das Kapitel zeigt nach einer kurzen Darstellung der Methodologie und den methodischen Werkzeugen den Forschungsverlauf und die Bedeutung der Forscherpersönlichkeit im Forschungsprozess auf. Das Kapitel endet mit einem Exkurs zur Kreativität im Forschungsprozess.

Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse der Datenanalyse anhand von vier, aus den Daten gewonnenen, Kategorien dargestellt. Die erste Kategorie zeigt die subjektiv wahrgenommenen Herausforderungen des Berufsalltags von Pflegekräften auf. Die zweite Kategorie eröffnet den Blick in das Kräftefeld der Krankenhausarena. In der dritten Kategorie werden die inter- und intraindividuellen Situationsaushandlungen aufgezeigt und die vierte Kategorie stellt vier Pflegekraft-Typen vor. Einen großen Raum nehmen hier Ausschnitte aus den Gesprächen mit den Forschungsteilnehmern und -teilnehmerinnen ein. So soll die soziale Welt der Pflege aus der Innenperspektive transparent gemacht werden und die unterschiedlichen Sichtweisen von Pflegekräften erkennbar werden.

Das sechste Kapitel stellt die Ergebnisse der Forschungsarbeit in den Zusammenhang mit dem theoretischen Bezugsrahmen. In einer Grafik werden die Kategorien mit dem theoretischen Bezug im Modell der Situationsaushandlungen noch einmal verdeutlicht.

Im siebten Kapitel werden einige Ergebnisse der Forschungsarbeit aufgegriffen und diskutiert. Es wird aufgezeigt, welche Bedeutung die Ergebnisse der Forschungsarbeit für den praktischen Alltag von Pflegekräften im Krankenhaus haben können.

Es ist mir wichtig, eine geschlechtergerechte Sprache zu verwenden. Falls möglich werden neutrale Begriffe verwendet, zum Beispiel „die Pflegekraft“, und ansonsten nach Möglichkeit die männliche und weibliche Form, zum Beispiel „Patienten und Patientinnen“. Falls dies aus Gründen der guten Lesbarkeit nicht möglich sein sollte, verwende ich die maskuline Form. Dabei möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, dass damit beide Geschlechter gleichberechtigt gemeint sind.

## 2 Problemaufriss

Diese Arbeit steht im Kontext der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung und ordnet sich in gesellschaftliche und politische Zusammenhänge ein, die den Krankenhausalltag betreffen. In diesem Kapitel werden Bedingungen und Einflussfaktoren skizziert, die für die eigene Forschungsarbeit relevant sind. Dazu werden auch Ergebnisse aus der Pflegeforschung der letzten Jahre einbezogen.

Der stetige Wandel der Gesellschaft und damit verbundene Veränderungen im Sozial- und Gesundheitswesen wirken sich unmittelbar auf die alltägliche Arbeit von Pflegekräften im Krankenhaus aus. Dadurch sind die Arbeitsbedingungen und Rahmenbedingungen der Arbeit unterschiedlichen Dynamiken ausgesetzt, die in den beruflichen Alltagssituationen aufeinandertreffen.

### 2.1 Krankenhäuser unter Druck: Politische und ökonomische Einflussfaktoren und Folgen

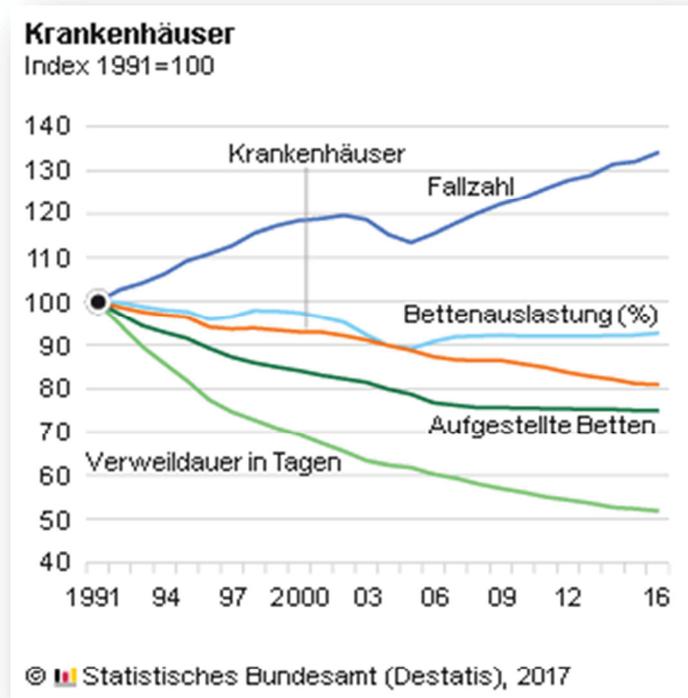
Im Krankenhaussektor kam es in den letzten Jahren immer wieder zu politisch initiierten Reformen, die vor allem wirtschaftliche Konsequenzen für die Krankenhäuser haben.

In Deutschland gibt es im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine höhere Pro-Kopf-Krankenhausbettenzahl. Das Statistische Bundesamt zeigt das Versorgungsnetz von Krankenhausbetten europaweit im Vergleich auf. Obwohl in Deutschland die Anzahl der Krankenhausbetten seit dem Jahr 2000 um zehn Prozent gesunken ist, „hat Deutschland weiterhin das mit Abstand dichteste Versorgungsnetz aller EU-Staaten“<sup>2</sup> (DESTATIS 2017). Aus politischer und ökonomischer Sicht ist es durchaus sinnvoll, Überkapazitäten von Krankenhausbetten abzubauen. In der Folge steigt jedoch der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser und viele geraten in die roten Zahlen. Aktuell steht jedes elfte Krankenhaus vor der Insolvenz (Krankenhaus Rating Report 2017).

Die folgende Grafik des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2017 zeigt die kontinuierliche Schließung von Krankenhäusern und somit den Abbau von Krankenhausbetten in den letzten 25 Jahren.

---

<sup>2</sup> Das Vereinigte Königreich wurde nicht mit einbezogen.



**Abbildung 1: Krankenhausstatistik mit Fallzahlen und Verweildauer<sup>3</sup>**

Die Statistik aus 2017 zeigt die prozentuale Erhöhung der Patientenfälle im Vergleich zur durchschnittlichen Verweildauer, d. h. Anzahl von Tagen des Krankenhausaufenthaltes. Außerdem zeigt die Grafik die gesunkene Anzahl von Krankenhäusern insgesamt und damit verbundene die verringerte Bettenanzahl.

Die Bettenauslastung liegt zwischen 90 % und 100 %. Auffallend sind der damit in Zusammenhang stehende starke Rückgang der Patientenverweildauer, die sich im angegebenen Zeitraum fast halbiert hat, und die damit verbundene kontinuierliche Fallzahlenerhöhung, um die Bettenauslastung auf hohem Niveau zu halten. Die Bettenauslastung ist ein bedeutender ökonomischer Faktor zum Erhalt der Wirtschaftlichkeit. Diese ökonomischen Zielsetzungen haben zur Folge, dass die Betten möglichst voll belegt werden müssen und die Patienten und Patientinnen mit immer kürzeren Liegezeiten mittels Fallzahlenerhöhung durch die Krankenhäuser geschleust werden.

### 2.1.1 Krankenhausstrukturreformen – Einführung von Fallpauschalen

Um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu gewährleisten und die stetig steigenden Kosten im Gesundheitswesen und speziell im Bereich

<sup>3</sup> „Das Statistische Bundesamt hat den gesetzlichen Auftrag, die Ergebnisse von Bundesstatistiken zu veröffentlichen und jedermann zur Verfügung zu stellen. Texte, Daten und Grafiken auf der Webseite können weiterverwendet werden, ohne dass dies durch das Statistische Bundesamt ausdrücklich genehmigt werden muss.“ Diese Information ist online verfügbar unter:  
<https://www.destatis.de/DE/PresseService/StatistikCampus/Beitraege/WissenschaftlicheArbeiten.html>

der Krankenhäuser finanzieren zu können, wurden durch Gesetzesinitiativen unterschiedliche Krankenhausstrukturreformen auf den Weg gebracht. Eine der einschneidendsten Reformen war die Umstellung der Krankenhausfinanzierung mit der Einführung der Fallpauschalen (DRGs, Diagnosis Related Groups) durch das Fallpauschalengesetz (Bundesgesetzblatt 2002). Zwischen 2003 und 2010 wurde das Abrechnungssystem in den Krankenhäusern sukzessive auf ein leistungsorientiertes Entgeltsystem umgestellt, bei dem nach DRGs abgerechnet wird. Bei diesem Vergütungssystem werden die Patienten und Patientinnen nach ihren Erkrankungen jeweils einer diagnosebezogenen Fallgruppe zugeordnet. Damit wird festgelegt, für wie viele Tage ein Krankenhaus die Kosten für einen Patienten mit einer bestimmten Diagnose, Operation und Schweregrad der Erkrankung abrechnen kann. Bleibt ein Patient länger, als es die Fallpauschale vorsieht, werden die weiteren Liegetage von den Krankenkassen nicht mehr voll vergütet. Die patientenbezogenen Pauschalen werden registriert und Entlassungsentscheidungen nach Fallpauschalen ausgerichtet. Das Medizincontrolling erhält somit einen immer größeren Stellenwert in den Krankenhäusern.

Braun et al. (2010) haben die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern untersucht:

Empirische Querschnittsuntersuchungen wie auch eine Längsschnittuntersuchung für die Jahre 2003 bis 2008 zeigen [...] bei einer Reihe von Arbeitsbedingungen und beim beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte im Krankenhaus signifikante und stabile Veränderungen. Dabei handelt es sich u. a. um Arbeitsverdichtungsprozesse, zunehmende Dissonanzen zwischen Normen und beruflichem Alltag und damit verbunden um Verschlechterungen für die Versorgungsqualität von Patienten. (ebd., S. 5)

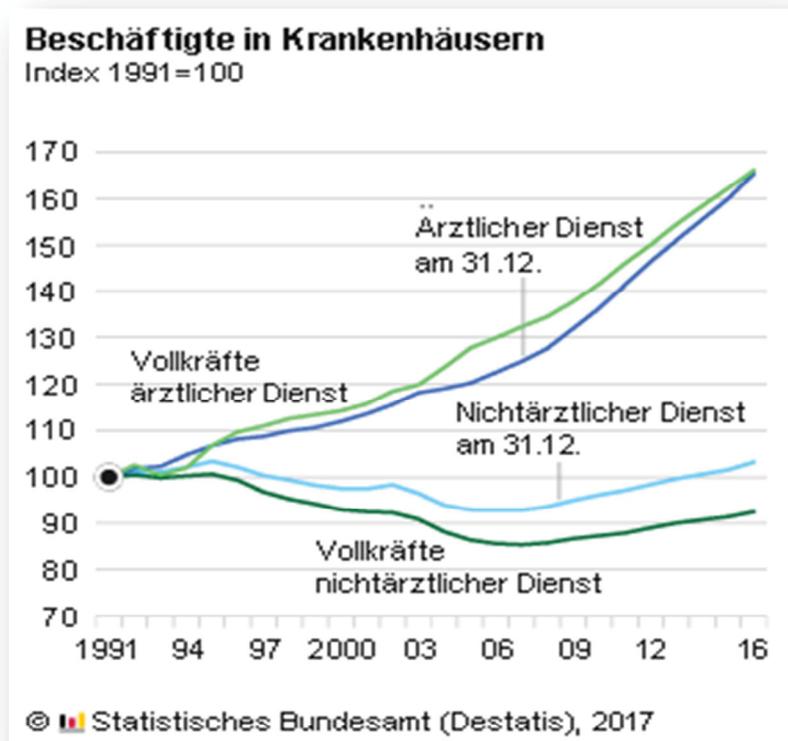
In diesem leistungsorientierten Entgeltsystem wird diagnose- und prozedurenbezogen abgerechnet. Bis 2011 wurde der pflegerische Aufwand noch in keiner Weise berücksichtigt. Deshalb wurde 2011 der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) eingeführt, um hochaufwendige Pflegeleistungen erlösrelevant darstellen und abrechnen zu können. PKMS führt jedoch zu erheblichem Dokumentationsaufwand, die Erlöse sind marginal. (DBfK 2015)

### **2.1.2 Pflegepersonalbesetzung in den Krankenhäusern**

Seit Jahren wird der Pflegepersonalmangel thematisiert; in der Öffentlichkeit wird dieses Problem unter dem Begriff des Pflegenotstandes diskutiert. In allen Bereichen der Pflege

ist ein Mangel an Pflegefachkräften zu verzeichnen, neben der Altenpflege und der ambulanten Pflege auch im Krankenhaussektor. Inzwischen zahlen manche Krankenhäuser Anwerbeprämien, um offene Stellen mit Pflegekräften besetzen zu können.

Der Personalmangel in der Pflege ist unbestritten, aber auch nicht neu. In den letzten Jahrzehnten wurde immer wieder wellenartig über Personalmangel geklagt. 1992 beklagt die Robert-Bosch-Stiftung in ihrer Denkschrift *Pflege braucht Eliten* die unübersehbare Krise in der Krankenpflege durch unbesetzte Stellen und die Belastungen in diesem Beruf (ebd., S. 11). Seitdem hat sich diese Problematik noch verschärft, wie eine Grafik des Statistischen Bundesamtes zeigt:



**Abbildung 2: Entwicklung der Beschäftigten in Krankenhäusern**

Hier wird die Entwicklung des ärztlichen Personals der letzten 25 Jahre der Entwicklung des nichtärztlichen Personals gegenübergestellt. Außerdem wird die Anzahl der insgesamt Beschäftigten (beim nichtärztlichen Dienst die hellblaue Linie) der Anzahl der Vollkräfte (beim nichtärztlichen Dienst dunkelgrüne Linie) gegenübergestellt.

In der Grafik wird ersichtlich, dass das ärztliche Personal von 1991 bis heute kontinuierlich und signifikant aufgestockt wurde, während im nichtärztlichen Dienst – wobei Pflegekräfte die größte Berufsgruppe in den Krankenhäusern stellen – seit 1991 deutlich Personal abgebaut wurde, bis zu den Jahren 2004/2005. Seitdem kommt es wieder zu einer leichten Personalaufstockung im nichtärztlichen Dienst, sodass die Personalausstattung

wieder ungefähr den Wert von vor 25 Jahren erreicht. Beim nichtärztlichen Personal bleibt die Zahl der beschäftigten Vollkräfte jedoch unter dem damaligen Wert zurück.

Im Pflege-Thermometer 2009 (Isfort et al. 2010, S. 22), einer Datenerhebung zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, wird, gestützt auf Daten des Statistischen Bundesamtes, der Abbau von ca. 50.000 Vollkraftstellen in der Krankenhauspflege in den Jahren 1996 bis 2008 nachgewiesen.

Der Personalmangel in der Pflege wurde im Zuge der letzten Bundestagswahlen öffentlichkeitswirksam diskutiert. Es steht außer Frage, dass die Pflegepersonalbesetzung zu knapp kalkuliert ist. Deshalb fordern Berufsverbände und Gewerkschaften eine politische Regelung zur Personalmindestbesetzung, die als längst überfällig angesehen wird.

Anfang der 1990er Jahre bestand ein breiter gesellschaftlicher und auch gesundheitspolitischer Konsens, dass der Pflegedienst der Krankenhäuser unterbesetzt sei und ein „Pflegenotstand“ herrsche. Daraufhin setzte die damalige Bundesregierung 1993 die genannte ‚Pflege-Personalregelung‘ (PPR) in Kraft, die zur Ermittlung des Personalbedarfs im Pflegedienst dienen sollte. Auf Grundlage der PPR wurde der Pflegebedarf aller vollstationären Krankenhauspatienten erhoben und das Ergebnis von allen Krankenhäusern an die Krankenkassen übermittelt. Eine von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommene Auswertung dieser Daten ergab für das Jahr 1993 einen Personalmehrbedarf in Höhe von mehr als 20 %. [...] Entgegen des ursprünglichen Vorhabens wurde die Pflege-Personalregelung jedoch nicht vollständig umgesetzt, sondern bereits 1996 zunächst ausgesetzt und schließlich zum 1.01.1997 vollständig aufgehoben. (Simon 2015, S. 8 f.)

Das Problem wird verschärft durch seitdem gegenläufige Entwicklungen: einerseits einen weiteren Stellenabbau in der Pflege und andererseits zunehmende Arbeitsverdichtung. Der Deutsche Bundestag hat für 2019 Personaluntergrenzen in sensiblen Bereichen der Krankenhäuser (Intensivstationen und Nachtdiensten) beschlossen (BMG 2017) Das bedeutet im Umkehrschluss, dass es für die Tagesschichten auf den Normalstationen der Krankenhäuser weiterhin keine Regelung zur Personalmindestbesetzung gibt. Personalunterbesetzung führt zu einem ungünstigen Patienten-Pflegekraft-Verhältnis.

Die internationale Pflegestudie RN4CAST (Nurse forecasting: Human Resources Planning in Nursing) zeigt die Pflegepersonalsituation in den Krankenhäusern im Ländervergleich auf. Deutschland hat sich mit elf anderen europäischen Ländern und den USA an dieser Studie beteiligt. Im Zeitraum von 2009 bis 2011 wurden 34.000 Pflegekräfte in fast 500 Krankenhäusern befragt. Die Ergebnisse der Befragung zeigen auf, „dass in den in

die Untersuchung einbezogenen deutschen Krankenhäusern eine Pflegefachkraft durchschnittlich 13,0 Patienten pro Schicht<sup>4</sup> zu versorgen hatte (Simon/Mehmecke 2017, S. 115).“ Im Vergleich dazu versorgt eine Pflegekraft in den Niederlanden 7 Patienten pro Schicht und in der Schweiz 5 Patienten (ebd., S. 115f). Simon stellt jedoch in Frage, ob die Daten vergleichbar sind, da es in den in die Untersuchung einbezogenen Ländern teilweise andere Qualifikationsniveaus von Pflegekräften gibt und somit auch andere Aufgabenzuschnitte (besonders in der Abgrenzung zum ärztlichen Tätigkeitsfeld), die in der Datenerhebung nicht berücksichtigt wurden. (Simon 2015, S. 43)

### 2.1.3 Auswirkungen auf das Pflegepersonal im Krankenhaus

Die RN4CAST-Studie zeigt außerdem im Ländervergleich auf, inwieweit die Arbeitssituation im Krankenhaus die Arbeit und das Wohlbefinden von Pflegekräften beeinflusst, und untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung, der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften und der Qualität der Patientenversorgung gibt. In Deutschland wurden dazu 1511 Pflegekräfte in 49 Akutkrankenhäusern mittels standardisiertem Fragebogen befragt und zusätzlich Krankenhausdaten erhoben. Zusätzlich werden Vergleichsdaten aus zwei Erhebungszeiträumen gegenübergestellt. Die erste Erhebung erfolgte 1999 und die zweite zwischen 2009 und 2011. In die Studie 2009-2011 wurden 12 europäische Länder mit insgesamt 34.000 Pflegekräften einbezogen. (Busse 2015)

Rund die Hälfte der Pflegekräfte in Deutschland bewertet die Arbeitsumgebung bei der zweiten Erhebung als mäßig oder schlecht (ebd., S. 12). 37,3 % der Pflegekräfte sind 2011 in Deutschland mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden, deutlich unzufriedener als im Ländervergleich (ebd., S. 14) und als bei der Befragung 1999, damals waren nur 17 % der Pflegekräfte mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden (ebd., S. 16). 30 % der Pflegekräfte leiden 2011 unter emotionaler Erschöpfung (1999 waren es nur 15 %) (ebd., S. 19). Insgesamt hat 2011 im Vergleich zu 1999 die Zufriedenheit mit dem Job ab- und die emotionale Erschöpfung zugenommen (ebd., S. 49) Pflegekräfte bemängeln außerdem eine Verschlechterung des Arbeitsklimas (ebd., S. 44). Es ist ein Zusammenhang nachweisbar zwischen guter Arbeitsumgebung und niedriger Burnout-Rate sowie zwischen guter Arbeitsumgebung und Patientensicherheit (ebd., S. 44 ff.).

---

<sup>4</sup> Dabei wurden nur die Tagschichten einbezogen. Im Bereich der Nachtschicht gibt es ein deutlich ungünstigeres Pflegekraft-Patienten-Verhältnis. Das zeigt Verdi in dem Report „Krankenhäuser nachts zum Teil gefährlich unterbesetzt“ aus dem Jahr 2015 auf.

In der RN4Cast-Studie (in der deutschen Folgestudie G-NWI 2015) wird außerdem festgestellt, dass manche Tätigkeiten aus Zeitmangel nicht durchgeführt werden können. Im Vergleich mit den anderen teilnehmenden Ländern schneidet Deutschland dabei vergleichsweise schlecht ab. Über 80 % der Pflegekräfte in Deutschland geben an, sich aus Zeitmangel den Patienten und Patientinnen nicht zuwenden zu können bzw. keine Zeit für Patientengespräche zu haben. Ebenso beklagen sie einen Zeitmangel bei der Beratung und Anleitung von Patienten und Angehörigen für die Aktualisierung der Pflegepläne. Die zur Verfügung stehenden Zeitressourcen für patientenbezogene Pflegeleistungen werden nicht ganz so kritisch eingeschätzt, liegen im europäischen Vergleich jedoch auch unter dem Durchschnitt. (Köppen et al. 2017, S.26)

Seit 2001 untersucht das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. ([www.dip.de](http://www.dip.de)) die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in unterschiedlichen Pflegesektoren. Dazu werden regelmäßig bundesweite Befragungen von Pflegekräften durchgeführt. Die Befragung im Pflege-Thermometer 2009 fokussiert somatisch ausgerichtete Krankenhäuser der Akutversorgung und ist mit über 14.000 Teilnehmern die bis dahin größte zusammenhängende Befragung von Pflegekräften in Deutschland. Sie zeigt Ergebnisse zu Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Pflegekräften in Akutkrankenhäusern auf. (Isfort et al. 2010)

In der Berufsgruppe der Pflegekräfte wird eine Altersverschiebung hin zu älteren Pflegekräften ermittelt, ein „berufsdemografischer Wandel“ (ebd., S. 6), der sich dadurch ergibt, dass der Stellenabbau von Pflegepersonal größtenteils mangels Übernahme von jungen Ausbildungsabsolventen vollzogen wurde (Isfort et al. 2010, S. 28). In engem Zusammenhang mit dem Alter der Beschäftigten steht auch das Erkrankungsrisiko bzw. der krankheitsbedingte Ausfall der Pflegekräfte. Mit höherem Alter steigt das Risiko, schneller an die Grenze der physischen und psychischen Belastung zu geraten. Der Anteil der teilzeitarbeitenden Pflegekräfte steigt tendenziell und lag 2008 bei 45,57 % (ebd., S. 24). Die zunehmenden Belastungen von Pflegekräften führen dazu, dass jede vierte Pflegekraft aus Gründen von Überforderung eine Reduzierung der Arbeitszeit anstrebt (ebd., S. 59). Es werden viele Überstunden geleistet, die bei mehr als der Hälfte der Pflegekräfte nicht zeitnah in Freizeit umgewandelt werden können, sodass auch dadurch die Arbeitsbelastung steigt. Auch das Einspringen an Wochenenden bei Erkrankung von Kollegen wird als belastend empfunden und stellt zudem hohe Anforderungen an die Zeitflexibilität (ebd., S. 53). Nur jede zweite befragte Pflegekraft geht davon aus, bis zum Renteneintritt in diesem Beruf zu bleiben (ebd., S. 44). Der Zusammenhang von Stellenabbau in der

Krankenhauspflege und erhöhter Patientenfluktuation führt zur Arbeitsverdichtung und hat damit Auswirkungen auf die Patientensicherheit. Über die Hälfte der Pflegekräfte (56,5 %) gibt an, dass die Schichtbesetzung mit examiniertem Personal nicht ausreicht, eine fachlich gute Pflege zu leisten (ebd., S. 62). Das Pflege-Thermometer 2009 bemängelt die geringe Kontakthäufigkeit der Pflegekräfte mit Patienten und Patientinnen zur Sicherstellung einer fachgerechten Pflege (ebd., S. 62) Daraus wird auf einen Zusammenhang zwischen der ausgedünnten Personaldecke in der Krankenhauspflege und den Problemen in der Patientenversorgung und Patientensicherheit geschlossen (ebd., S. 76). Bei der Frage, welche Mängel in den letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen sind, nennt ein hoher Prozentsatz der Pflegenden mehrere Mängel in der Patientensicherheit und Patientenversorgung, zum Beispiel in der grundpflegerischen Versorgung wie Körperpflege, Essenanreichen und Mobilisation, aber auch bei psychosozialen Aufgaben wie Betreuung verwirrter und sterbender Menschen, Gespräche und emotionale Unterstützung bei Patienten mit Angst. „Nur jede dritte Pflegekraft geht noch uneingeschränkt davon aus, dass pflegerische Maßnahmen, die als notwendig erachtet werden, in aller Regel auch durchgeführt werden können.“ (ebd., S. 78)

80 % der Befragten geben an, die Patientenversorgung trotz dieser Bedingungen aufrechterhalten zu können und dass klar geregelt ist, welche Aufgaben in der Patientenversorgung zu priorisieren sind (ebd., S. 78).

Es liegen jedoch in geringerem Umfang Regeln dafür vor, welche Maßnahmen nicht durchgeführt werden können, wenn das Pflegepersonal überlastet ist und entsprechend Entscheidungen treffen muss. Hier sieht man, dass nur einer von zehn Pflegenden das Vorhandensein derartiger Regeln und Absprachen beschreibt. Für den größeren Teil der Befragten gilt demnach, dass die Rationierungen von pflegerischen Leistungen wahrscheinlich situativ und auch individuell bestimmt werden. (ebd., S. 78)

Es wird eine elementare Bedeutung darin gesehen, „wie Pflegende in Zeiten der personellen Drucksituation und Arbeitsverdichtung ihre Arbeit koordinieren und priorisieren“ (ebd., S. 8). Auf diese Fragen geben die Ergebnisse des Pflege-Thermometers jedoch keine klaren Antworten.

Kersting (2016) hat eine Studie im Pflegebereich von Krankenhäusern durchgeführt, um die Reaktionen Pflegender auf den Widerspruch zwischen dem normativen beruflichen Anspruch und den im Pflegealltag vorzufindenden Strukturen zu klären. Dabei geht sie davon aus, dass die Strukturen im Pflege- und Gesundheitsbereich kälteverursachend sind

(ebd., S. 53); dabei maßgebend sind die wirtschaftlichen Zwänge. Durch die unterschiedlichen Reaktionsmuster lernen Pflegende in unterschiedlicher Weise mit dieser strukturellen Kälte umzugehen. In ihrer qualitativen Studie wurden 40 Probanden (Auszubildende in der Pflege und examinierte Pflegekräfte) zum Pflegealltag befragt. Als Ergebnis werden unterschiedliche Reaktionsmuster von Pflegekräften analysiert, die erklären sollen, wie Pflegekräfte mit diesem Widerspruch umgehen. Komplementär zum Burnout-Phänomen wird hier das „Coolout“-Phänomen vorgestellt.

Unterschiedliche Reaktionsmuster befähigen die Pflegekräfte, den normativen Anspruch anzuerkennen und dabei im Berufsalltag handlungsfähig zu bleiben. Als regelkonforme Reaktionsform wird zum Beispiel das Reaktionsmuster der „fraglosen Übernahme“ beschrieben. Bei diesem Reaktionsmuster sehen Pflegende keine Diskrepanz zwischen den normativen beruflichen Anforderungen und den beruflichen Alltagsanforderungen. Bei den operativen Reaktionsformen hingegen sieht sich die Pflegekraft als Opfer oder wird zur Täterin, indem sie falsche eigene Handlungen verdrängt. Andere operative Reaktionsformen negieren falsches Handeln in der Praxis durch Kompensation oder Idealisierung. Darüber hinaus beschreibt die Studie reflexive Reaktionsformen, zum Beispiel als reflektierte Hinnahme der Widerspruchserfahrung. (ebd., S. 211 ff.).

Die Studie sieht die Arbeitsbedingungen als kälteverursachende Strukturen, die hingenommen werden müssen. Die wechselseitigen Beeinflussungen dieser kälteverursachenden Strukturen und den Reaktionsmustern von Pflegekräften werden nicht analysiert.

## 2.2 Demografischer Wandel

Neben den oben genannten Einflussfaktoren wirken sich auch unterschiedliche gesellschaftliche Faktoren auf den Arbeitsalltag von Pflegekräften aus. Die Gesellschaft unterliegt permanenten Veränderungen. Eine bedeutsame Entwicklung ergibt sich durch den demografischen Wandel und die dadurch veränderte Patientenklientel im Krankenhaus.

Das Statistische Bundesamt errechnet nicht nur die zurückliegende und aktuelle Bevölkerungsentwicklung, sondern auch Prognosen für die weitere Bevölkerungsentwicklung:

Die Alterung der Bevölkerung ist ein wesentliches Merkmal des demografischen Wandels und zeigt sich in Deutschland in einem kontinuierlich steigenden Anteil älterer Menschen. Im Jahr 1950 war jeder zehnte Einwohner mindestens 65 Jahre alt, heute ist es jeder Fünfte und bis 2060 könnte es jeder Dritte sein. Auch der Anteil hochaltriger Menschen nimmt zu. Gegenüber 1950 hat sich der Anteil der über 80-Jährigen auf fünf Prozent verfünffacht und

wird bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts auf 13 Prozent steigen. Jeder achte Deutsche wäre dann 80 Jahre und älter. Der Hintergrund dieser Entwicklung ist einerseits die seit Jahrzehnten anhaltend niedrige Geburtenrate. Die damit verbundenen schrumpfenden jungen Jahrgänge führen zu einem wachsenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Andererseits nimmt die Langlebigkeit der Menschen in Deutschland stetig zu. Immer mehr Deutsche erleben ihren 65., 80. und auch 90. Geburtstag. Frauen stellen dabei aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung die Mehrheit der Alten und Hochaltrigen. (BiB 2018)

Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Risiko von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit. Im Alter kommt es zu typischen körperlichen und geistigen Abbauprozessen und die Gebrechlichkeit nimmt zu. Die Funktionen von Organen und Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislauf-System, Nieren- und Lungenfunktion) lassen nach. Die Bewegungsfähigkeit nimmt ab durch Einschränkungen der Muskulatur und Gelenke und die Stabilität der Knochen nimmt ab durch verringerte Knochendichte. Die Sturzgefahr steigt und bei erfolgten Stürzen die Gefahr eines Knochenbruchs. Zudem steigt im höheren Lebensalter das Risiko chronischer Erkrankungen und Tumorerkrankungen an. Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl die Intensität als auch die Anhäufung mehrerer Erkrankungen gleichzeitig (Multimorbidität) zu und führt dazu, dass Menschen im Alter häufiger und länger im Krankenhaus sind (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Weiterhin zeigt diese Statistik, wie die Anzahl der Krankenhausfälle mit dem Alter der Patienten und Patientinnen verknüpft ist. „Etwa ab dem 60. Lebensjahr ist ein starker Anstieg der Krankenhausfälle bei Frauen und noch deutlicher bei Männern zu verzeichnen, der sich mit steigendem Alter weiter fortsetzt.“ (ebd., S. 8)

In der pflegerischen Versorgung dieser Patienten und Patientinnen bedeuten Hochaltrigkeit und Multimorbidität oft einen erhöhten Unterstützungsbedarf bei der täglichen Versorgung, längere Mobilisationszeiten und ein verstärktes Risiko von Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel Dekubitus oder Pneumonie. Mit zunehmendem Lebensalter steigt auch das Demenz-Erkrankungsrisiko.

In Deutschland leben gegenwärtig fast 1,6 Millionen Demenzkranke; zwei Drittel von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Jahr für Jahr treten etwa 300.000 Neuerkrankungen auf. Infolge der demografischen Veränderungen kommt es zu weitaus mehr Neuerkrankungen als zu Sterbefällen unter den bereits Erkrankten. Aus diesem Grund nimmt die Zahl der Demenzkranken kontinuierlich zu. (Bickel 2016)

Bei Demenz kommt es zum Verlust kognitiver Fähigkeiten. Der Mensch ist zunehmend eingeschränkt in seiner Alltagskompetenz, verliert die Fähigkeit, sich einer anderen Umgebung anzupassen, die zeitliche, räumliche und situative Orientierungsfähigkeit und das Gedächtnis, vor allem das Kurzzeitgedächtnis. Oft kommen Menschen mit Demenz mit einer somatischen Einweisungsdiagnose ins Krankenhaus und sind aufgrund ihrer „Begleitdiagnose Demenz“ sehr zeit- und pflegeintensive Patienten.

Mit fortschreitender Demenz können sich verschiedene Symptomatiken entwickeln, wie psychomotorische Unruhe, sich ständig wiederholende Vokalisationen oder das Erzeugen von Geräuschen. Es können wahnhaftige Ideen entstehen, aber auch Angstzustände, Depression und impulsives Verhalten. Letztlich können auch verbal oder körperlich aggressive Handlungen folgen. Im Zusammenwirken mit der Umwelt, die in einem Krankenhaus in der Regel die Bedürfnisse von Demenzkranken kaum unterstützt, besteht das Risiko einer Verschlechterung der Symptome. (DEKV 2017)

Das Pflege-Thermometer 2014 (Isfort et al. 2014) fokussiert in seiner repräsentativen Erhebung die Versorgung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus. Die Datenauswertung zeigt, dass der Anteil der Patienten und Patientinnen mit demenzieller Symptomatik auf den Stationen im Durchschnitt 23 % betrug (ebd., S. 6). Das Pflege-Thermometer zeigt auch die steigende Anzahl von Patienten mit Demenz; dies deckt sich mit den Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Trotz des erheblichen pflegerischen Mehraufwandes von Menschen mit Demenz im Krankenhaus wird diese Entwicklung in der Personalausstattung bisher nicht berücksichtigt (ebd., S. 8).

Die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2014 lassen insgesamt auf eine mangelnde Patientensicherheit für die Patientinnen und Patienten mit Demenz schießen. Nicht nur die Daten aus der Krankenhausstatistik, die aufgrund der steigenden Fallzahl auf eine Arbeitsverdichtung hindeuten, stellen die Sicherstellung der Versorgung auf der Ebene der Personalbesetzung in Frage, sondern konkrete Zahlen von risikobehafteten Vorfällen, die innerhalb von sieben Tagen in den teilnehmenden Stationen vorgefallen sind, untermauern die vorliegende Problematik. (ebd., S. 10)

Zu den risikobehafteten Vorfällen gehören mangelnde Beobachtung der Patienten und Patientinnen mit Demenz, besonders nachts, und daraus resultierend Sedierungen und Fixierungen, selbstverletzendes Verhalten dieser Patienten, zum Beispiel durch Ziehen eines Venenverweilkatheters oder das Sichentfernen von der Station und nicht mehr Zurückfinden, um einige Beispiele zu nennen (ebd., S. 10 f.). Die angemessene Versorgung

von Patienten und Patientinnen mit demenziellen Veränderungen kann bisher im Krankenhaus nur unzureichend gelöst werden. Dies hat mehrere Gründe: Diese Personen können sich nicht adäquat in den Krankenhausablauf einfügen und haben deshalb einen erhöhten Unterstützungsbedarf. Dieser ist aufgrund mangelnder Pflegepersonalressourcen und des hohen Arbeitsaufkommens in der Pflege nicht leistbar. Zudem sind viele Pflegekräfte im Umgang mit Menschen mit Demenz nicht ausreichend geschult. Es fehlen Versorgungskonzepte, die nur sporadisch in Krankenhäusern eingesetzt werden, weil sie kostenintensiv sind.

Pflegekräfte fühlen sich teilweise stark belastet durch die Versorgungsmängel von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Der größte Belastungsfaktor aus den vorgegebenen Optionen der Befragung ist die Sorge, dass Menschen mit Demenz unbemerkt die Station verlassen könnten. Dies gaben 66,9 % der Befragten als stark belastend an. Weitere Belastungsfaktoren sind das Risiko des unbeaufsichtigten Aufstehens dieser Patienten, verbunden mit dem erhöhten Sturzrisiko, die Befürchtung, Patienten mit Demenz im Krankenhausalltag nicht gerecht werden zu können und freiheitsentziehende Maßnahmen nicht verhindern zu können. (ebd., S. 43).

Insgesamt wird als ein Ergebnis des Pflege-Thermometers 2014 deutlich, „dass Pflegenden einen hohen Anspruch an ihre eigene Arbeit haben und ein hohes Problembewusstsein zu Risiken auf Seiten der Patientenversorgung vorliegt“ (ebd., S. 43).

### **2.3 Berufsentwicklung Pflege**

Aufgrund der immer problematischer werdenden Stellenbesetzung in allen Pflegesektoren und des Problems, überhaupt Auszubildende zu finden, die diesen Beruf erlernen wollen, wird zurzeit die Pflegeausbildung reformiert.

Der Pflegeberuf ist dem permanenten Druck unterworfen, sich an die sich verändernden Rahmenbedingungen anzupassen und sich weiterzuentwickeln. Der aktuelle und sich schon länger abzeichnende Personalmangel in der Pflege hat zu einer jahrelangen und kontrovers geführten Diskussion zur Berufsbildung geführt. Vergleicht man die Entwicklung des Pflegeberufs mit der Berufsbildung in anderen europäischen Ländern, wird deutlich, dass es in Deutschland noch erheblichen Entwicklungsbedarf gibt. Die meisten europäischen Länder bilden die Pflegekräfte an Fachhochschulen oder Hochschulen aus (Busse et al. o.J., S. 4). Deutschland hat zurzeit als einziges europäisches Land ein dreigegliedertes Pflegeberufe-Ausbildungssystem (Gesundheits- und Krankenpflege, Ge-

sundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege). Um die Ausbildung im europäischen Raum anschlussfähiger zu machen und die Berufsausbildung attraktiver zu machen, werden diese drei Ausbildungen zu einer generalistischen Ausbildung zusammengeführt. Dies wurde 2017 vom Deutschen Bundestag in einem Pflegeberufereformgesetz beschlossen (BMG 2017). Erstmals werden in diesem Gesetz (ebd.) sogenannte „Vorbehaltene Tätigkeiten“ formuliert, die nur von dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften durchgeführt werden dürfen. Sie umfassen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und Maßnahmen der Qualitätssicherung der Pflege. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung, die Details der Ausbildung regelt, steht noch aus. Es wird davon ausgegangen, dass das Gesetz ab 2020 umgesetzt werden kann.

Auch die oben genannte Ausbildungsreform bleibt hinter europäischen Standards zurück. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und den USA bildet Deutschland das Schlusslicht in Bezug auf die Berufsausbildung und Akademisierung in der Pflege. Die Ausbildungsstätten haben auch innerhalb des deutschen Bildungssystems einen Sonderweg, sie sind nicht den Kultusministerien unterstellt. Die Berufsbildung wird auch nach dem neuen Gesetzesbeschluss nicht in das duale Berufsbildungssystem integriert, sondern bleibt weiterhin in der Hand von Berufsfachschulen unter der Trägerschaft von Institutionen des Gesundheitswesens, zum Beispiel von Krankenhäusern und unter der Aufsicht des Gesundheitsamtes. Als einziges Land in Europa erlaubt Deutschland auch im neuen Pflegeberufegesetz einen Zugang nach der zehnjährigen Schulbildung, während in allen anderen europäischen Ländern zwölf Schuljahre Voraussetzung für den Eintritt in die Ausbildung sind. Für diesen Sonderweg hat Deutschland eine Ausnahmeregelung der EU-Richtlinie (Amtsblatt der Europäischen Union 2013)<sup>5</sup> erwirkt. Dieser Schritt wird von politischer Seite damit begründet, dass man ansonsten nicht genügend Auszubildende für diesen Beruf finden und der Pflegepersonalmangel sich noch verstärken würde. Während in fast allen europäischen Ländern die Ausbildung von Pflegekräften im Hochschulbereich angesiedelt ist, bleibt der Schwerpunkt der Pflegeberufsausbildung in Deutschland im Bereich der Sekundarstufe II.

Im neuen Pflegeberufereformgesetz (Bundesgesetzblatt 2017) wird eine Teilakademisierung angestrebt; perspektivisch soll die berufliche Ausbildung der Pflegekräfte zu ca. 10 % auf Fachhochschulniveau angesiedelt werden. Dazu fehlen zurzeit noch die Kapazi-

---

<sup>5</sup> Diese EU-Richtlinie strebt die europaweite Vergleichbarkeit von Abschlüssen an und fordert die Zulassung zum Einstieg in die Krankenpflegeausbildung nach zwölf Schuljahren.

täten von Studiengängen. In den letzten Jahren wurden an einigen Fachhochschulen Modellstudiengänge dazu etabliert und inzwischen zum Teil wieder eingestellt. Die Kapazitäten der Studiengänge reichen bislang nicht aus, um das angestrebte Ziel zu erreichen, 10% der Pflegekräfte an Hochschulen auszubilden.<sup>6</sup> Während sich die Akademisierung von Pflegeberufen in anderen europäischen Ländern schon vor Jahrzehnten entwickeln hat (und in den USA schon seit rund 100 Jahren), wurden in Deutschland erst vor ca. 20 Jahren Studiengänge an Fachhochschulen etabliert, die Pflegekräfte aufbauend auf die Erstausbildung in der Pflege und nach einigen Jahren Berufserfahrung in Pflegepädagogik oder Pflegemanagement ausbilden. Diese Studiengänge werden oft berufsbegleitend unter hohem persönlichem Aufwand (zeitlich und finanziell) absolviert. (Schaeffer/Wingenfeld 2011, S. 9-15)

Um die Gründe dafür herauszufinden, warum sich die Pflege in Deutschland im Vergleich zu USA und anderen europäischen Ländern so schleppend entwickelt, ist ein Blick auf die historische Berufsentwicklung der Pflege in Deutschland hilfreich. Dabei wird deutlich, dass die Berufsentwicklung nicht immer hinterherhinkte, sondern vor ca. 200 Jahren eher eine Vorreiterrolle einnahm.

Bischoff-Wanner hat sich mit der historischen Entwicklung der „Frauen in der Krankenpflege“ beschäftigt, die aus ihrer Sicht eng mit dem historischen Familienleitbild in Deutschland verknüpft ist. Darin galt der Mann als Ernährer der Familie und die Frau als Hausfrau und Mutter, als „Spezialistin für zwischenmenschliche Beziehungen“ (Bischoff-Wanner 2011, S. 24). Diese Vorstellungen flossen auch in neu entstehende, sogenannte Frauenberufe mit ein:

Weibliche Arbeit ist Liebestätigkeit und lässt sich nicht bezahlen, Frauen sind mütterlich, emotional und selbstlos, aber auch unselbständig, untergeordnet und bedürfen der männlichen Leitung. Auf dieses Modell der Liebestätigkeit konnte somit bei der Berufskonstruktion der Krankenpflege bereits zurückgegriffen werden. (ebd., S. 25)

In dieser Ideologie wurde die Berufstätigkeit in der Krankenpflege zu einer „weiblichen Liebestätigkeit aufgewertet“ (ebd., S. 26) und mit der christlichen Nächstenliebe verbunden. Pastor Theodor Fliedner und seine Frau Friederike griffen diese Ideologie auf und setzten sie im Jahr 1836 mit der Gründung der Diakonissenschwesternschaft in Düsseldorf Kaiserswerth als erste Ausbildungsstätte der Krankenpflege um. Zu dieser Zeit über-

---

<sup>6</sup> Diese Informationen stammen aus informellen Gesprächen im Rahmen meiner beruflichen Vernetzung mit Fachhochschulen, die solche Modellstudiengänge eingerichtet haben.

nahm Fliedner damit eine Vorreiterrolle in der Etablierung der Pflegeberufsausbildung. Organisiert wurde die Krankenpflege in einem Mutterhaussystem mit klaren Regeln: Die Frauen mussten unverheiratet oder verwitwet sein, bekamen nur ein Taschengeld als Bezahlung, standen dem angeschlossenen Krankenhaus zeitlich uneingeschränkt zur Verfügung und waren dafür im Alter versorgt.

Auf der einen Seite entstand hier der Gedanke, dass gute Krankenpflege erlernt werden muss, durch Anlernen in der Pflegepraxis und durch ärztlichen Unterricht. Auf der anderen Seite flossen religiöse Prinzipien der christlichen Liebestätigkeit, des bedingungslosen Gehorsams, der Demut und der Unterordnung zusammen mit bürgerlich-weiblichen Idealen der Selbstlosigkeit und Aufopferung und den Mutterhausprinzipien der Versorgung, Verfügbarkeit und Unselbständigkeit, die sich u. a. in der nicht leistungsgerechten Bezahlung und den Gestellungsverträgen auswirkten. (Bischoff-Wanner 2011, S. 27)

Die Organisation der Krankenpflege mittels Mutterhaussystem hat die Krankenpflege in Deutschland signifikant und nachhaltig geprägt. Sie wurde sowohl von konfessionellen als auch von nichtkonfessionellen Organisationen (zum Beispiel Deutsches Rotes Kreuz) übernommen und blieb bis weit ins 20. Jahrhundert erhalten. Der Krankenpflegeberuf wurde geprägt durch das Rollenverhältnis der Geschlechter und durch die Arztdominanz, wobei Ärzte in der Regel männlich und Pflegekräfte weiblich waren.<sup>7</sup> Dieses Rollen- und Berufsverständnis führte dazu, dass Pflegekräfte sich unter diesem Dienstideal der Selbstlosigkeit nicht für bessere Arbeitsbedingungen einsetzten.

1903 gründete Agnes Karl, eine ehemalige Rot-Kreuz-Schwester, den ersten Berufsverband B.O.K.D. (Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands) für freiberufliche Schwestern, die keinem Mutterhaus angehörten. Damit stieß sie auf heftigen Widerstand, auch aus den Verbänden der Mutterhäuser und der eigenen Berufsgruppe.

Die Verbände lehnten jede staatliche Regelung als „Eingriff in die freie Liebestätigkeit“ ab. Oder betonten die „Besonderheit“ der Krankenpflege, für die arbeits- und ausbildungsrechtliche Regelungen nicht gelten sollten. Diese Argumentation ist bis in die jüngste Zeit nachzuweisen und hat dazu geführt, dass der Krankenpflegeberuf nicht nur im eigenen

---

<sup>7</sup> In einer Krankenpflegezeitschrift aus dem Jahr 1903 wird die Rollenverteilung zwischen männlicher Ärzteschaft und weiblichen Pflegekräften aufgezeigt. So schreibt ein Arzt: „Soll man aber eine Eigenschaft hervorheben, die vor allen anderen unentbehrlich ist zur Krankenpflege, so ist das zweifellos die Selbstlosigkeit, die Selbstverleugnung. In der That, wer andere mit Hingebung pflegen will, der darf nicht an sich denken, der muß es verstehen, sich selbst zu vergessen, nein, er muß gewohnt sein, sich selbst zu vergessen,... Seiner Natur nach besitzt der Mann alles andere eher als gerade Selbstlosigkeit. Der Mann ist Egoist und soll es sein... Die Frau ist dazu bestimmt, mit ihrer Person zurückzutreten, sich selbst zu vergessen, sich aufzuopfern für andere; ihr alleine gebührt dafür auch die Palme der Selbstlosigkeit. Schon die Natur weist der Frau diese entsagungsvolle Stellung an ...“ (Oelke 2003, S. 11)

Land anderen Berufen gegenüber benachteiligt war, sondern auch international und in wissenschaftlicher Hinsicht den Anschluss verlor, obwohl die deutsche Krankenpflege anfänglich führend war. (Bischoff-Wanner 2011, S. 30)

Die theoretischen Ausbildungsinhalte wurden über den gesamten Zeitverlauf größtenteils von Ärzten vermittelt und die Prüfungen von Ärzten abgenommen. Nach dem zweiten Weltkrieg kam es in Deutschland, auch durch medizinische und wissenschaftliche Entwicklungen, zunehmend zur Distanzierung von der Pflege als christliche Liebestätigkeit.

Neben dem Dienst am Patienten wurde mehr und mehr medizinisches Fachwissen gefordert und die Schwestern und Pfleger stärker zur ärztlichen Assistenz herangezogen. Die an Krankheit und Gesundheitsdefiziten orientierte Handlungstheorie wurde zunehmend auch Leitlinie für die Pflege. [...] Für die Pflege fiel ein abgeleiteter und weisungsgebundener Helferstatus ab, sie entwickelte keinen eigenen Verantwortungs- und Wissensbereich. (Veith 2004, S. 102)

Im Laufe der Zeit wurde in der Pflege (zumindest theoretisch) ein Paradigmenwechsel vollzogen, von einer medizinisch-defizitorientierten Sichtweise hin zu einer patientenorientierten ganzheitlichen Betrachtungsweise (Bartholomeyczik 1992, S. 826 ff.). Zu dieser Entwicklung haben unterschiedliche Konzepte und Modelle beigetragen. Pflege-theorien amerikanischer Pflegewissenschaftlerinnen wurden zunehmend in Deutschland wahrgenommen und dadurch das Pflegeverständnis beeinflusst. Es ging nicht mehr nur darum, was eine Pflegekraft tut, sondern auch um Interaktion und Kommunikation.

Damit einhergehend hat sich auch das Verständnis von Krankheit und Gesundheit verändert. Dazu hat das Konzept der Salutogenese<sup>8</sup> von Antonovsky (1997) beigetragen, der nicht danach fragt, was den Menschen krank macht, sondern was ihn gesund erhält. In der pflegerischen Patientenversorgung haben neben kurativen Interventionen auch gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende Aspekte an Bedeutung gewonnen.

---

<sup>8</sup> Antonovsky vergleicht das Leben mit einem Fluss. Aus dem medizinischen Blickwinkel wird ein Mensch, der krank wird, als jemand betrachtet, der in den Fluss gefallen ist und dem man wieder heraushelfen muss, während bei Antonovsky Krankheit und Gesundheit als zwei Pole auf einem Kontinuum beschreibt, zwischen denen sich ein Mensch hin und her bewegt. Sein Salutogenesekonzept zielt auf die Stärkung der individuellen Widerstandsressourcen, um gut durch schwierige Strömschnellen zu kommen. Die Bewältigung schwieriger Lebensphasen wird maßgeblich von der Grundeinstellung zum Leben mitbestimmt, dem Kohärenzgefühl.

### 3 Theoretische Grundannahmen

Unsere Sicht auf die Welt ist geprägt durch unsere individuelle Sozialisation. Wir sind in einer bestimmten Kultur aufgewachsen, die Werte und Normen vorgibt, wir sind in einer individuellen Art und Weise erzogen, haben unterschiedliche Persönlichkeitsprägungen und Vorbilder. Dazu kommen individuelle biografische Erlebnisse und Erfahrungen. Diese Persönlichkeitskonstitutionen prägen unser Verständnis von den Alltagsphänomenen; es ist implizit in unserem Denken enthalten und handlungsleitend. Das gilt für unser Leben im Alltag ebenso wie für das wissenschaftliche Arbeiten. Deshalb ist es wichtig, reflexiv über eigene Grundhaltungen und Vorannahmen nachzudenken und diese im Forschungsprozess transparent zu machen und aufzuzeigen. Diese Grundannahmen zeigen die Blickrichtung auf Menschen, auf das dahinterstehende Menschenbild, und darin wird auch der Blickwinkel dieser Forschungsarbeit deutlich.

Diese Forschungsarbeit geht der Frage nach, wie Pflegekräfte mit herausfordernden Alltagssituationen umgehen, wie sie diese wahrnehmen, was für sie in den Alltagssituationen von Bedeutung ist, was belastend ist, wie sie diese Alltagssituationen interpretieren und wie sie in diesen Alltagssituationen handeln. Deshalb werden im Folgenden die theoretischen Grundannahmen kurz dargestellt, die meines Erachtens für diese Fragestellungen relevant sind: Wie kommen Menschen zu Erkenntnissen? Welches sind denk- und handlungsleitende Prämissen? Wie definieren sie ihre Alltagssituationen und wie treffen sie alltägliche Entscheidungen?

#### 3.1 Erkenntnisbildung und Reflexivität

Die Grundannahmen dieser Forschungsarbeit stützen sich auf den theoretischen Ansatz des Pragmatismus und Symbolischen Interaktionismus. Diese Theorierichtungen wurden vor allem in der Chicago School of Sociology begründet und weiterentwickelt, der auch Anselm Strauss als einer der Konstrukteure der Grounded Theory eine Zeit lang angehörte. Der Pragmatismus richtet sein Interesse darauf, wie Menschen die praktischen Probleme ihres Lebens angehen, wie sie durch ihr Handeln versuchen, die Alltagsprobleme zu lösen, wie sie denken, Erfahrungen machen und zu neuen Erkenntnissen kommen. John Dewey, einer der Pragmatisten der Chicagoer Schule, beschäftigt sich in seiner Theorie des Denkens mit dem Erkenntnisprozess der Menschen sowohl im alltäglichen Leben als auch im wissenschaftlichen Arbeiten. Dabei unterscheidet er zwei Arten von Denken: erstens ein Denken als ein Fürwahrhalten, ohne ausreichende Beweisgründe zu kennen,

und zweitens das reflexive Denken nach vorsätzlicher Forschung und Prüfung der Beweisgründe. (Dewey 2002, S. 8) Das reflexive Denken nimmt seinen Ausgang in einer Irritation oder einem Problem. Dieses führt dazu, dass wir nach Fakten suchen, um dieser Sache auf den Grund zu gehen. Dewey bezeichnet alles als Problem, was „Unsicherheiten erzeugt, uns erstaunt und zum Denken anspornt“ (ebd., S. 13).

Das Denken nimmt seinen Ausgang von einer Stelle, die man ganz gut eine *Straßenkreuzung* nennen kann, von einer Situation, die mehrdeutig ist, die Alternativen enthält, ein Dilemma darstellt. Solange unsere Gedanken ungehindert von einem Ding zum anderen gleiten, solange wir unserer Vorstellung gestatten, nach Belieben Phantasien nachzuhängen, ist kein Zwang zur Reflexion vorhanden. Schwierigkeiten und Hindernisse auf dem Weg, etwas für wahr zu halten, veranlassen uns anzuhalten. Im bangen Zweifel der Unsicherheit erklettern wir – um ein Gleichnis zu verwenden – einen Baum. Wir versuchen, einen Standort zu finden, von dem aus weitere Tatsachen überblickt werden können, der uns eine größere Übersicht über die Situation ermöglicht und es gestattet, die Beziehungen der Tatsachen untereinander zu beurteilen. *Der Wunsch, dem Zustand der Beunruhigung ein Ende zu bereiten, leitet den gesamten Reflexionsprozess.* Wo kein Problem zu lösen, keine Schwierigkeit zu überwinden ist, fließt der Strom unserer Gedanken planlos. [...] Sobald aber eine Frage zu beantworten, eine Unklarheit zu beseitigen ist, wird dem Denken ein Ziel gesetzt und der Strom der Ideen in bestimmte Kanäle geleitet. Jeder mögliche Schluss wird vor Annahme im Hinblick auf dieses regulierende Ziel betrachtet, und es wird geprüft, wieweit er mit dem Problem im Einklang steht. Dieses Verlangen, eine Art der Beunruhigung zu beseitigen, beeinflusst auch die Art der Fragestellung. Ein Wanderer, der nach einem schönen Pfad Ausschau hält, wird andere Betrachtungen anstellen und seine Gedanken nach anderen Gesichtspunkten prüfen, als der Mann, der nach einer bestimmten Stadt gelangen will. *Das Problem setzt den Gedanken ein Ziel, und das Ziel regelt den Denkprozess.* (ebd., S. 14 f., Hervorhebungen i. O.)

So stellt auch ein Mensch in seinem Alltagshandeln eine andere Betrachtungsweise an, zu Problemlösungen zu kommen, als ein Forscher in der Auseinandersetzung mit dem gleichen Problemfeld. Beide nutzen dazu das reflexive Denken.

Reflektiertes Denken bedeutet die Bereitwilligkeit, einen Zustand der Unsicherheit zu ertragen und die Bildung eines Urteils aufzuschieben, um weiter zu forschen. [...] Ebenso wichtig ist es, die verschiedenen Methoden zu beherrschen, die neue Tatsachen entdecken helfen, die die ersten Einfälle entweder bekräftigen oder widerlegen. Einen Zustand des Zweifels zu ertragen und systematisch weiter zu forschen, das sind die wesentlichen Elemente des Denkens. (ebd., S. 16)

Dewey beschreibt die zweifache Bewegung reflexiven Denkens: zum einen von Einzel-tatsachen auf das mögliche Ganze als induktiven Vorgang und zum anderen von der Deu-tung des möglichen Ganzen zu den Einzel-tatsachen zurück, um sie mit weiteren Aspekten zu verbinden, als deduktiv (ebd., S. 62). Das wechselseitige Anwenden von Induktion und Deduktion führt zu einem zusammenhängenden Ganzen und dem Verständnis für die Zusammenhänge zwischen den Elementen, zum „Erkennen bestimmter wechselseitiger Beziehungen zwischen Denkinhalten, die vorher ungeordnet und unzusammenhängend waren“; dies bezeichnet er als „systematisches Folgern“ (ebd., S. 63). Dieses systemati-sche Folgern in abwechselnden induktiven und deduktiven Schritten ist unerlässlich, um voreilige Schlussfolgerungen zu vermeiden. Dazu ist es notwendig, sich seiner Voran-nahmen bewusst zu werden, um im Forschungsprozess zu reflektierten, begründeten Er-gebnissen zu kommen. Dabei ist dieses Schlussfolgern nicht unabhängig von der jeweili-gen Person zu betrachten, sondern wird von der Forscher-Persönlichkeit beeinflusst.

Was einer bestimmten Person in einer gegebenen Situation einfällt, hängt von ihren Anla-gen (ihrer Eigenart und ihrer geistigen Begabung) ab, von ihrem Temperament, der vor-herrschenden Richtung ihrer Interessen, der Umgebung, in der sie aufgewachsen ist, der Natur ihrer früheren Erfahrungen, den Dingen, die sie in der letzten Zeit vorwiegend oder besonders beschäftigt haben (ebd., S. 65).

Auch im alltäglichen Leben kommen wir durch Schlussfolgern zu Erkenntnisgewinn (Dewey 2004, S. 102 f.). Dadurch bilden sich Erfahrungen aus, die durch das Handeln von Menschen im zeitlichen Verlauf Veränderungen erfahren. Sie werden „primär in Verbindung mit Tätigkeiten gemacht, deren Bedeutung in ihren objektiven Konsequenzen liegt – ihren Auswirkungen auf künftige Erfahrungen“ (ebd., S. 158).

Auch der deutsche Soziologe Soeffner beschäftigt sich mit dem Erkenntnisgewinn im Alltag und in der Wissenschaft. Er geht davon aus, dass sich Erkenntnisprozesse in unse-rem Alltagsleben ebenso vollziehen wie im wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Aller-dings kann man nach seiner Auffassung diesen Erkenntnisgewinn nicht gleichsetzen: Es gibt bedeutende Unterschiede, obwohl beide – die Wissenschaft und die alltägliche Hand-lungspraxis – im Sinn- und Handlungsbereich des Alltags verankert sind (Soeffner 2004, S. 17). Er geht davon aus, dass im Alltag eine Wechselwirkung der Erfahrungen besteht, die aus den Interaktionen mit anderen erwächst, diese dann unser Alltagshandeln be-stimmt und Alltagsstrukturen aufbaut.

Der Interaktionsraum unseres jeweiligen konkreten Alltag hat – uns sozialisierend – sich durch uns verändert und wird weiter durch uns verändert. Er ist unser unmittelbarer Anpassungs-, Handlungs-, Planungs- und Erlebnisraum: unser Milieu, das wir mitkonstituieren und dessen Teil wir sind. [...] Primär aus den Interaktionsstrukturen des Alltags organisiert sich unsere Erfahrung, und andererseits konstituieren unsere Erfahrungen und unser Handeln die Strukturen unseres Alltags. (ebd., S. 18)

Wissenschaft dagegen ist „die organisierte und reflektierte Bearbeitung von Alltagserfahrung, Alltagswissen und Alltagshandeln“ (ebd., S. 29). Der Wissenschaftler nimmt eine analytische Distanz zu den „Alltagstexten“ ein. Die Differenz zwischen dem Alltagserleben und der Wissenschaft wird unter anderem deutlich durch

die objektive Begründbarkeit einer abschließenden Interpretation [...]. Diese abschließende Interpretation meint systematisch dasselbe wie die Aufdeckung eines generativ wirksamen Handlungs- und Deutungsmusters, in dem die Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmöglichkeiten eines spezifischen Interaktionssystems – einer Interaktionskonfiguration – und damit auch die strukturellen Ursachen der konkreten Handlungsentscheidungen und der Ausformung dieser konkreten Interaktionskonfiguration vor dem Hintergrund allgemeiner sozialer, historischer Strukturen und Wahlmöglichkeiten erkennbar werden. (ebd., S. 30)

Dabei gehen Menschen in ihrem Alltag von einem anderen Wirklichkeitsbegriff aus als die den Alltag erforschende Wissenschaft. Im Alltag gehen Menschen in der Regel davon aus, dass die Welt so ist, wie sie sie sehen. Der Wissenschaftler nimmt hingegen eine distanzierte Haltung zum Alltagsgeschehen ein, er ist losgelöst vom „Handlungs- und Anpassungszwang im Alltag“ (ebd., S. 45). Daher kann er die Alltagsphänomene auf einer abstrakteren Ebene betrachten und analysieren. Sowohl Dewey als auch Soeffner gehen dabei von einer bestimmten Vorstellung der Wirklichkeit aus. Die Welt um uns herum ist keine statische, unveränderliche Welt, die von allen Menschen gleichermaßen gesehen wird, sondern eine im Veränderungsprozess befindliche und individuell wahrgenommene Wirklichkeit.

### **3.2 Wirklichkeitskonstruktion und institutionelle Ordnung**

Die Soziologen Berger und Luckmann entwarfen 1966 eine wissenssoziologische Theorie, bei der es um die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit geht, an der ihrer Auffassung nach jeder Einzelne beteiligt ist. Darin betrachten sie die Alltagswelt und die Wahrnehmungsweisen der Menschen und fragen danach, „wie gesellschaftlich entwickel-

tes, vermitteltes und bewahrtes Wissen für den Mann auf der Straße“ zu seiner Wirklichkeit wird (Berger/Luckmann 2003, S. 3). Dabei stellen sie fest, dass die Gesellschaftsordnung ein Produkt der Menschen ist, als Resultat vergangenen menschlichen Tuns und in jedem Augenblick, in dem sie von den Menschen immer wieder reproduziert wird (ebd., S. 55).

Berger und Luckmann haben sich wie Dewey und Soeffner mit der Frage beschäftigt, ob es eine objektive Wirklichkeit gibt, die von beiden – den Menschen im Alltag und der Wissenschaft – gleichermaßen geteilt wird. Sie kommen in ihrer wissenssoziologischen Erkenntnistheorie zu dem Ergebnis, dass es keine für alle gültige objektive Wirklichkeit gibt, sondern nur eine subjektive, konstruierte Wirklichkeit. Für einen Menschen in seinem Alltag spielt dies aber keine Rolle. Er „kümmert sich normalerweise nicht darum, was wirklich für ihn ist und was er weiß, es sei denn, er stieße auf einschlägige Schwierigkeiten. Er ist seiner ‚Wirklichkeit‘ und seines ‚Wissens‘ gewiß.“ (ebd., S. 2) Die Alltagswelt wird wahrgenommen als eine Welt, die schon vorarrangiert ist, als eine objektive Wirklichkeit. Berger und Luckmann ergründen, wie es kommt, dass sich die Frage nach der Objektivität der Wirklichkeit für die Menschen in ihrem alltäglichen Leben so nicht stellt (ebd., S. 3).

Ich erfahre die Wirklichkeit der Alltagswelt als eine Wirklichkeitsordnung. Ihre Phänomene sind vor-arrangiert nach Mustern, die unabhängig davon zu sein scheinen, wie ich sie erfahre, und die sich gewissermaßen über meine Erfahrung von ihnen legen. Die Wirklichkeit der Alltagswelt erscheint bereits objektiviert, das heißt konstituiert durch eine Anordnung der Objekte, die schon zu Objekten deklariert worden waren, längst bevor ich auf der Bühne erschien. Die Sprache, die im alltäglichen Leben gebraucht wird, versorgt mich unaufhörlich mit den notwendigen Objektivationen und setzt mir die Ordnung, in welcher diese Objektivationen Sinn haben und in der die Alltagswelt mir sinnhaft erscheint. (ebd., S. 24)

Die Alltagswelt ist eine intersubjektiv geteilte Welt des gegenseitigen Austausches und der Verständigung (ebd., S. 26). Durch den sprachvermittelten, gemeinsam geteilten Sinn werden subjektive Erfahrungen zu typischen Erfahrungen. Daraus entsteht ein mit anderen gemeinsam geteiltes Alltagswissen als Grundlage unseres Denkens und Handelns und wird zur Routine. Obwohl jeder die Wirklichkeit aus seiner subjektiven Perspektive wahrnimmt, gibt es ein gemeinsam geteiltes Wissen.

Jedermannswissen ist das Wissen, welches ich mit anderen in der normalen, selbstverständlich gewissen Routine des Alltags gemein habe. Die Wirklichkeit des Alltags wird als Wirklichkeit hingonnen. [...] Sie ist einfach da – als selbstverständliche, zwingende

Faktizität. [...] Obgleich ich in der Lage bin, ihre Wirklichkeit auch in Frage zu stellen, muss ich solche Zweifel doch abwehren, um in meiner Routinewelt existieren zu können. (ebd., S. 26)

Dadurch wird die gesellschaftliche Ordnung für uns zur objektiven Wirklichkeit. Sie ist „eine ständige menschliche Produktion“ (ebd., S. 55). Zur Klärung des Entstehens und des Fortbestandes der Gesellschaftsordnung gehen Berger und Luckmann (2003) davon aus, dass „alles menschliche Tun [...] dem Gesetz der Gewöhnung unterworfen“ ist (ebd., S. 56). „Jede Handlung, die man häufig wiederholt, verfestigt sich zu einem Modell, welches unter Einsparung von Kraft reproduziert werden kann und dabei vom Handelnden als Modell aufgefasst wird“ (ebd., S. 56). In diesen Prozessen erwerben Menschen ihr Wissen durch Sozialisation, verfestigen es und geben es weiter in sozialen Interaktionen als institutionelle Ordnung, als Wirklichkeit; diese wird auch so hingenommen. Sie bedarf keiner zusätzlichen Verifizierung, weil sie als „selbstverständliche zwingende Faktizität“ (ebd., S. 26) da ist. Problematisch wird es, wenn wir diese Selbstverständlichkeit der Alltagswelt in Frage stellen, die Legitimation für die von Menschen „konstruierte Objektivität“ (ebd., S. 64) hinterfragen.

Die Institutionen stehen dem Individuum als objektive Faktizitäten unabweisbar gegenüber. Sie sind da, außerhalb der Person, und beharren in ihrer Wirklichkeit, ob wir sie leiden mögen oder nicht. Der Einzelne kann sie sich nicht wegwünschen. Sie widersetzen sich seinen Versuchen, sie zu verändern, oder ihnen zu entschlüpfen. Sie haben durch ihre bloße Faktizität zwingende Macht über ihn, sowie auch durch die Kontrollmechanismen, die mindestens den wichtigsten Institutionen beigegeben sind. (ebd., S. 64)

Die gesellschaftliche Ordnung verfestigt sich in Institutionen mit bestimmten Verhaltenserwartungen an den Einzelnen als Rollenträger. Dadurch werden „Institutionen der individuellen Erfahrung einverleibt“ (ebd., S. 78).

Mittels der Rollen, die er spielt, wird der Einzelne in einzelne Gebiete gesellschaftlich objektivierten Wissens eingewiesen, nicht allein im engeren kognitiven Sinne, sondern auch in dem des ‚Wissens‘ um Normen, Werte und sogar Gefühle. (ebd., S. 81)

Somit wird er einsozialisiert in eine institutionelle Ordnung. Diese Ordnung wird legitimiert durch die gemeinsamen Erfahrungen und das geteilte Wissen, wie man sich zu verhalten hat. Institutionelle Ordnungen sind gesellschaftliche Produkte, symbolische Sinnwelten, die „jedes Ding an seinen rechten Platz“ (ebd., S. 105) rücken; sie „setzen die Grenzen dessen, was im Sinne gesellschaftlicher Interaktion relevant ist“ (ebd., S. 109).

Somit wird diese institutionelle Ordnung von den Einzelnen in der Regel nicht hinterfragt, sondern als gegeben hingenommen. Durch institutionell geteiltes Wissen und fortgesetztes Alltagshandeln wird sie reproduziert, bestätigt und an die nächste Generation weitergegeben.

Im Sozialisierungsprozess wird eine Person nicht nur in die institutionelle Ordnung eingeführt, sondern erlernt die institutionelle Legitimation im gleichen Prozess mit (ebd., S. 66). Der Einzelne internalisiert seine (berufliche) Rolle und hat damit Anteil an einer gesellschaftlich geteilten Welt; er repräsentiert die gesellschaftliche Ordnung als institutionelle Ordnung (ebd., S. 79).

In der Perspektive der institutionalen Ordnung erscheinen Rollen als institutionelle Repräsentationen und als mögliche Vermittler zwischen den institutionell vermittelten objektivierten Wissensaggregaten. In der Perspektive der Rollen selbst hat jede einzelne Rolle ihr gesellschaftlich festgelegtes Wissenszubehör. Beide Perspektiven weisen auf das eine umfassende Phänomen hin: die fundamentale Dialektik der Gesellschaft. Von der ersten Perspektive her wäre das Resümee: Gesellschaft ist nur, wo der Einzelne sich ihrer bewusst ist. Von der zweiten her wäre es: Das individuelle Bewusstsein ist immer gesellschaftlich determiniert. Verengt man den Blick auf die Frage der Rollen, so wäre einerseits zu sagen, daß institutionelle Ordnung nur wirklich ist, sofern sie sich in Rollen verwirklicht, und daß Rollen ihrerseits wiederum nur für eine solche institutionelle Ordnung repräsentativ sind, die Rollencharaktere und ihr Wissenszubehör festgelegt hat, so daß sie ihren objektiven Sinn von ihr beziehen. (ebd., S. 83)

Nach Berger und Luckmann wird die Dialektik der Gesellschaft in einer Rollenanalyse deutlich. Hier werden „die Brücken zwischen den Makro-Sinnwelten einer Gesellschaft und den Formen, in denen diese Sinnwelten für den Einzelnen Wirklichkeitscharakter erhalten, sichtbar“ (ebd., S. 83). Innerhalb der Institutionen bilden sich Subsinnwelten aus, ein von Gruppen geteiltes Wissen in einem bestimmten Milieu, in gemeinsam geteilten Sinnkonstruktionen ihres Alltags. Durch das „Auftreten von Subsinnwelten entwickelt sich eine Vielfalt der Perspektiven, unter denen sich die Gesamtgesellschaft betrachten läßt; sie wird von jeder Subsinnwelt her in einem anderen Blickwinkel gesehen“ (ebd., S. 91). Dieses kann zu Rivalitäten dieser Subsinnwelten führen und wirft die Machtfrage auf (ebd., S. 117). In Konfliktsituationen hat die Gruppe die größere Chance, die eigene „Wirklichkeitsbestimmung durchzusetzen“, die „den derberen Stock hat“ (ebd., S. 117), die die machtvolleren Mittel der Interessendurchsetzung hat. Berger und Luckmann stellen die institutionelle Ordnung nicht als unveränderlich dar, sondern zei-

gen auf, dass „jede symbolische Sinnwelt und jede Legitimation Produkt des Menschen ist“ (ebd., S. 138) und somit grundsätzlich wandelbar.

Auch die Institutionalisierung von (Berufs-)Rollen ist kein unveränderbarer, unwiderruflicher Prozess, weil die Legitimation dessen als menschliches Produkt veränderbar ist. Die Dialektik der Gesellschaft bewirkt, dass Rollen veränderbar sind und sich verändern. Der gesellschaftliche Wandel bringt neue Rahmenbedingungen hervor, die auch Veränderungen im Rollenverständnis und Rollenhandeln möglich machen und nicht an tradierten Rollenvorstellungen haften bleiben. Innovative Ideen und theoretische Konzepte können Veränderungsprozesse anstoßen, indem sie Wirklichkeitskonstruktionen und deren Legitimationen bewusst machen und neue Denk- und Handlungsprozesse in Gang setzen. „Wirklichkeitsbestimmungen haben die Kraft der Selbstverwirklichung“ (ebd., S. 137)

Auch Goffman (2003) beschäftigt sich mit dem Handeln in der Gesellschaft, das sich im alltäglichen Handeln in verschiedenen Rollen in Interaktionen vollzieht. Nach seiner Auffassung gibt es, besonders im Bereich der Dienstleistungen, gesellschaftlich geprägte Erwartungsmuster, die vom Rolleninhaber zu erfüllen sind. Dabei vergleicht er das Rollenhandeln mit einem Darsteller auf einer Theaterbühne, der seine Rolle nach vorgegebenen Regeln zu spielen hat. Er formuliert ein Modell, das nach seiner Auffassung charakteristisch ist für einen großen Teil sozialer Interaktionen, wie sie unter natürlichen Bedingungen in der Gesellschaft stattfinden (ebd., S. 218). Dabei entspricht das Rollenhandeln einer bestimmten Fassade, die der Rollenspieler zu wahren hat, solange er auf der Bühne spielt.

Wenn ein Darsteller eine etablierte soziale Rolle übernimmt, wird er im allgemeinen feststellen, daß es bereits eine bestimmte Fassade für diese Rolle gibt. Ob er die Rolle nun in erster Linie übernommen hat, weil er die gestellte Aufgabe erfüllen wollte, oder etwa, weil ihn die entsprechende Fassade reizte, immer wird er feststellen, daß er beiden entsprechen muß. (ebd., S. 28)

Goffman nimmt in seiner Betrachtung auch die Rollenverteilung im Krankenhaus unter die Lupe und beschreibt die unterschiedlichen Fassaden, die einzelne Berufsgruppen präsentieren, um ihre berufliche Professionalität zu demonstrieren, und stellt bedeutende Unterschiede fest zwischen den Fassaden von Ärzten und Krankenschwestern. „Dinge, die für eine Krankenschwester akzeptabel erscheinen, sind unter der Würde eines Arztes“. (ebd., S. 29) Goffman geht davon aus, dass die Rollendarstellung den Erwartungen

der Gesellschaft angepasst wird und jeder sich in seiner Selbstdarstellung darum bemüht (ebd., S. 34).

### 3.3 Interaktionistisches Denk- und Handlungsmodell

Das interaktionistische Denk- und Handlungsmodell ist, ebenso wie die in den vorigen Kapiteln dargestellten Grundannahmen, verbunden mit der sozialphilosophischen Lehre des Pragmatismus. Es ist ein alltagsnahes Modell, das sich damit beschäftigt, wie Menschen in ihrem Alltag handeln und mit Problemen umgehen. „Menschen entwickeln dabei Routinen des Deutens und Handelns, aber sie zeigen auch Kreativität, wenn sie Störungen oder Irritationen erfahren. Dann probieren sie neue Deutungen der Welt und Strategien des Handelns aus (Keller 2012, S. 34).“

Es wird davon ausgegangen, dass Menschen sich in ihrem Handeln an gemeinsamen kulturellen Symbolen orientieren und in permanenten interaktiven Prozessen ihr Denken und Handeln aufeinander abstimmen. In Interaktionen interpretieren sie die eigenen Handlungen ebenso wie die des Interaktionspartners. Impulse von außen stimulieren ablaufende Handlungsprozesse (Keller 2012, S. 37).<sup>9</sup> Zur Erhaltung von Normalität werden im Alltag erprobte und bekannte Handlungsmuster zu Handlungsrouninen, die im Alltag entscheidungsentlastend eingesetzt werden (Soeffner 2004, S. 22 f.). Handlungs- bzw. Problemlösungsrouninen stellen ein „häufig funktionierendes Instrument zur Bewältigung neuer Gegebenheiten und Probleme zur Verfügung, allerdings auch eines, das das Neue als solches nicht erkennt, sondern zum bereits Bekannten umformt“ (ebd., S. 23). Somit kann das Handeln in Routinen kreative Problemlösungsprozesse auch einschränken.

Strauss sieht menschliches Handeln als einen fortlaufenden Prozess, der vor allem aus Routinehandlungen besteht. Wird der Ablauf von Gewohnheiten und Routinen gestört, kommt es zu Impulsen, neue Handlungsweisen zu suchen. Dabei werden verschiedenen Handlungsweisen im Kopf durchgepielt und abgewogen. Dazu gehört auch die Reflexion über das eigene Selbstverständnis. Für Strauss gilt dieses sowohl für individuelles als auch für kollektives Handeln. (Strauss 1991, zit. nach Keller 2012, S. 37)

---

<sup>9</sup> Keller grenzt in seinen Ausführungen zum „interpretativen Paradigma“ das pragmatistische Denk- und Handlungsmodell nach zwei Seiten hin ab. Obwohl Handlungen im Pragmatismus nach Nützlichkeits-erwägungen getroffen werden, unterscheidet sich diese Theorierichtung grundsätzlich vom Utilitarismus, der davon ausgeht, dass Menschen ihre Handlungsentscheidungen rational zur eigenen Nutzenmaximierung treffen. Zur anderen Seite hin grenzt Keller den Pragmatismus gegenüber dem Behaviorismus ab, wo menschliches Handeln bzw. Verhalten als eine Reaktion auf äußere Reize verstanden wird. (Keller 2012, S. 35 f.)

In der Theorie des Symbolischen Interaktionismus beschäftigt sich Mead mit den Kommunikationsprozessen, die in Interaktionen zwischen Personen ablaufen und die in soziale Handlungs- und Deutungsprozesse eingebunden sind. Menschen verständigen sich neben Zeichen und Gesten mittels signifikanter Symbole, bei der den Kommunikationspartnern die Bedeutungen der Äußerungen gemeinsam bekannt sind (Mead 1969, S. 213). Durch einen gemeinsam geteilten Sinn stimmen sie ihre Handlungen aufeinander ab.

Nach Mead ist der Mensch fähig zum Perspektivenwechsel. Als Kind lernt er zum Beispiel in Rollenspielen, den Umgang mit anderen Menschen nicht nur aus der eigenen Perspektive zu sehen, sondern sich auch in die Perspektive der anderen Rollen hineinzudenken; so bildet er ein eigenes Selbstbewusstsein aus, seine Identität (ebd., S. 279). Als Erwachsener kann sich der Mensch in viele unterschiedliche Perspektiven der Menschen um ihn herum hineinversetzen und diese Perspektiven in den eigenen Denk- und Handlungsprozess mit einbeziehen. (Mead 1969, S. 282)<sup>10</sup> Verdeutlicht an einem Spiel heißt dies, dass ein Spieler die möglichen Spielzüge der anderen Spieler gedanklich vorwegnimmt und in die eigene Spielhandlung einbezieht. Auch in unseren alltäglichen sozialen Beziehungen organisieren wir so unser Handeln. Wir können uns in unser Gegenüber hineinversetzen und stimmen so unser Handeln aufeinander ab.

Blumer (1981) hat die theoretischen Grundannahmen des Symbolischen Interaktionismus in drei Prämissen zusammengefasst:

Die *erste* Prämisse besagt, dass Menschen ‚Dingen‘ gegenüber auf der Grundlage der Bedeutungen handeln, die diese Dinge für sie besitzen. Unter ‚Dingen‘ wird hier alles gefasst, was der Mensch in seiner Welt wahrzunehmen vermag – physische Gegenstände, wie Bäume oder Stühle; andere Menschen, wie eine Mutter oder einen Verkäufer; Kategorien von Menschen, wie Freunde oder Feinde; Institutionen, wie eine Schule oder eine Regierung; Leitideale wie individuelle Unabhängigkeit oder Ehrlichkeit; Handlungen anderer Personen, wie sie dem Individuum in seinem täglichen Leben begegnen. (ebd., S. 81, Hervorhebung i. O.)

Der Mensch richtet sein Handeln auf die Bedeutung der Dinge seines Umfeldes aus. Dabei handelt es sich nicht nur um Dinge im alltagssprachlichen Sinne, sondern auch die Beziehung zu anderen Menschen, die Bedeutung des Arbeitsplatzes, kulturelle Werte, ethische Prinzipien und die Menschen, mit denen er täglich interagiert, beeinflussen sein Handeln durch das, was sie ihm bedeuten.

---

<sup>10</sup> Mead bezeichnet die den Menschen umgebende Gemeinschaft der anderen Menschen als „generalisierte Andere“ (ebd.).

Die *zweite* Prämisse besagt, dass die Bedeutung solcher Dinge aus der sozialen Interaktion, die man mit seinem Mitmenschen eingeht, abgeleitet ist, oder aus ihr entsteht. (ebd., S. 81, Hervorhebung i. O.)

Die Bedeutungen, die Dinge haben, entwickeln sich in der sozialen Interaktion, im gemeinsamen sozialen Handeln. Dabei spielt eine Rolle, welche Bedeutungen diese Dinge für mich und für mein Gegenüber haben. Deshalb sind aus Interaktionen hervorgehende Bedeutungen „soziale Produkte, sie sind Schöpfungen, die in den und durch die definierenden Aktivitäten miteinander agierender Personen hervorgebracht werden“. (ebd., S. 81)

Die *dritte* Prämisse besagt, dass diese Bedeutungen in einem interpretativen Prozess, den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt, gehandhabt und abgeändert werden. (S. 81, Hervorhebung i. O.)

Bedeutungen sind flexibel und veränderbar. Für einzelne Personen oder Gruppen können Dinge eine unterschiedliche Bedeutung haben. Bedeutungen werden in den Interaktionsprozessen ausgewählt und ggf. verändert, abhängig von den jeweiligen Situationen.

### 3.4 Die Situationsdefinition

Nicht nur die Bedeutungen werden in Situationen ausgewählt, sondern auch die Handlungen. Wenn Handeln in Interaktionen bezogen auf andere Personen geschieht, wird es auch als soziales Handeln<sup>11</sup> bezeichnet. Alles sinnhafte aufeinander bezogene Handeln kann als soziales Handeln bezeichnet werden. Soziales Handeln geschieht in einem gemeinsamen Verständigungsprozess. Die Handelnden richten sich aufeinander aus, indem sie gemeinsam interagieren. Aus der Sicht des Symbolischen Interaktionismus verständigen sich die Handelnden, indem sie

durch ihre Sprache und ihr Verhalten einander dauernd anzeigen, wie sie die Situation verstehen und wie der andere sie verstehen soll. Sie produzieren in der Interaktion fortlaufend gemeinsame Symbole, an denen sie sich dann orientieren, die sie durch ihr Handeln bestätigen, revidieren und wieder neu definieren. So wird der Sinn der Interaktion fortlaufend ausgehandelt, und es kommt zu einer *gemeinsamen Definition der Situation*. (Abels 2009, S. 209, Hervorhebung i. O.)

---

<sup>11</sup> Max Weber definiert soziales Handeln folgendermaßen: „**Soziales Handeln** aber soll ein solches Handeln heißen, welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn **auf das Verhalten anderer** (bezogen) und daran in seinem Ablauf orientiert ist.“ (Weber 1980, S. 1, Hervorhebung i. O.)

Diese gemeinsame Situationsdefinition ist eine Voraussetzung für gemeinsames Handeln. Sie schafft eine gemeinsame Basis für soziales Handeln und ist notwendig für gelingende Interaktionen.

Die Situation ist der Bestand von Werten und Einstellungen, mit denen sich der Einzelne oder die Gruppe in einem Handlungsvorgang beschäftigen muss und die den Bezug für die Planung dieser Handlung und die Bewertung ihrer Ergebnisse darstellt. Jede konkrete Handlung ist die Lösung einer Situation. [...] Die Situationsdefinition ist eine notwendige Voraussetzung für jeden Willensakt, denn unter gegebenen Bedingungen und mit einer gegebenen Kombination von Einstellungen wird eine unbegrenzte Vielzahl von Handlungen möglich und eine bestimmte Handlung kann nur dann auftreten, wenn diese Bedingungen in einer bestimmten Weise ausgewählt, interpretiert und kombiniert werden und wenn eine gewissen Systematisierung dieser Einstellungen erreicht wird und die anderen übertrifft. (Thomas/Znaniacki 2004, S. 263 f.)

Handlungen werden als konkrete Problemlösungen in einer Situation verstanden. Dabei ist es bedeutsam, wie die einzelnen Personen, aber auch Personengruppen die Bedingungen und die Möglichkeiten ihrer Handlungen einschätzen. Die gemeinsame Situationsdefinition „schafft objektive Handlungsbedingungen und strukturiert die weiteren Interaktionen“ (Abels 2009, S. 209).

Der amerikanische Soziologe Thomas formuliert im sogenannten Thomas-Theorem: „Wenn die Menschen Situationen als real definieren, dann sind auch ihre Folgen real.“ (Thomas 1965, S. 114) Die subjektive individuelle Wahrnehmung einer Situation hat Auswirkungen auf das individuelle Handeln. Schätzt eine Person die Bedingungen und Handlungsmöglichkeiten in einer Situation eher restriktiv ein, wird sie anders handeln als eine Person, die hier breite Spielräume und Möglichkeiten sieht. Die Folgen des Handelns sind für sie so, wie sie individuell die Situation wahrnimmt und deutet. Dabei greift sie auch auf ihre Erfahrungen und Handlungsroutrinen zurück. Oft sind aber auch

neue Deutungsanstrengungen notwendig. Dabei wird die Existenz von Strukturbildungen, Organisationen und anderen emergenten Ebenen des Sozialen keineswegs geleugnet. Was jedoch bestritten wird, ist die Annahme einer davon ausgehenden „determinierenden Wirkung auf das Handeln“. Menschen handeln in Bezug auf Situationen, nicht im Hinblick auf Strukturen, auch wenn Strukturmuster wie „Kultur“, „soziale Schichtung“ oder „soziale Rollen“ Rahmenbedingungen für das jeweilige Handeln vorgeben. Und je komplexer Gesellschaften sind, desto vielfältiger sind die entsprechenden Rahmenbedingungen – und

umso deutungsbedürftiger (vielleicht auch deutungsoffener) sind die Situationen, in denen Menschen sich bewegen. (Keller 2012, S. 113)

Die Situationsdefinitionen werden nicht nur im individuellen, sondern auch im kollektiven Handeln von Gruppen vorgenommen, die sich über Bedeutungen von Situationen verständigen müssen, die Situationen aushandeln und nach Problemlösungen in den jeweiligen Situationen suchen. Dieses hat Auswirkungen auf nachfolgende Handlungen, sowohl individuell, als auch kollektiv. Dabei sieht Joas die Kommunikation zwischen den Beteiligten als wesentlichen Faktor, wie er hier beschreibt:

Handeln stößt auf Probleme und führt zu unintendierten oder unantizipierten Konsequenzen, welche von dem handelnden Kollektiv reflexiv verarbeitet werden müssen. Im Rahmen gemeinschaftlicher Standards werden Handlungsfolgen von spezifisch vorgesehenen Institutionen, aber auch von allen betroffenen Individuen und Kollektiven wahrgenommen, interpretiert, bewertet und in der Vorbereitung künftiger Handlungen berücksichtigt. In diesem Prozess der Folgeninterpretation und -bewertung spielt die Kommunikation zwischen allen Betroffenen eine wesentliche Rolle. (Joas 1992, S. 35)

### 3.5 Soziale Welten und die ausgehandelte Ordnung

Auf die oben ausgeführte theoretische Ausgangsbasis stützt sich Strauss bei seinem Konzept der *social world perspective* und äußert sich dazu in einem Gespräch mit Legewie:

Mir geht es um den engen Zusammenhang oder besser die Identität von Aktion und Interaktion, ich entwickle eine dementsprechend interaktionistische Handlungstheorie. Am Anfang steht das Handlungsschema der Pragmatisten. (...) Im Mittelpunkt meiner Handlungstheorie stehen Akteure – Individuen, Organisationen, soziale Welten –, die eine wie auch immer geartete soziale Ordnung oder Struktur miteinander aushandeln, aufrechterhalten oder auch verändern. (Legewie/Schervier-Legewie 2004, Abschnitt 72–73)

Strauss versteht soziale Welten

als kleinste Einheiten, als Bausteine oder Moleküle gesellschaftlichen Zusammenlebens [...]. Sie sind definiert durch gemeinsame Ziele, durch gemeinsame Tätigkeiten, durch einen Fokus an Tätigkeiten und durch gemeinsame Sichtweisen. Das Konzept der sozialen Welt betont im Gegensatz zu Konzepten wie Organisationen, Gruppen usw. die Tendenz des steten Wandels. Soziale Welten unterteilen sich stetig neu in unterschiedliche Subwelten, wir sprechen von Cliquenbildung oder Gruppierungen usw. Die Grenzen zwischen unterschiedlichen sozialen Welten sind unscharf und unterliegen einem steten Wechsel. Für das Innenleben einer sozialen Welt besteht eine Ordnung, die immer wieder durch Aus-

handlungen hergestellt werden muss. Die Stabilität wird durch Aushandlungsprozesse erreicht, im Gegensatz zur Fluktuation und zum Wandel. Der Wandel ist das Normale, die Ordnung ist das Besondere, wir haben es ständig mit einem Entstehen und Vergehen von Subwelten zu tun. Unterschiedliche Welten bilden Arenen, d. h. Schauplätze, in denen Konflikte ausgetragen werden, in denen sich gestritten wird, in denen sich verschiedene soziale Welten artikulieren, sich abgrenzen, unter Umständen auch eine soziale Welt in mehrere Subwelten zerfällt. (Legewie, o. J.)

Innerhalb und zwischen sozialen Welten als sozialen Gruppen sind permanent Abstimmungsprozesse und Problemlösungsprozesse notwendig. Soziale Welten können als Kulturräume aufgefasst werden, in denen die Akteure und Akteursgruppen interagieren. Sie sind eingebettet in eine Arena, die oft gleichzusetzen ist mit einer Organisation, in der unterschiedliche Akteursgruppen sozialer Welten zusammenarbeiten, um gemeinsame Aufgaben zu lösen. Zum Beispiel finden sich in der Organisation Krankenhaus die Gruppe der Ärzte und Ärztinnen, der Pflegekräfte, der Patienten und Patientinnen und andere zusammen, um Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren (Strübing 2007, S. 95).

Strauss hält das Konzept der Arena und sozialen Welten für „besonders geeignet, den [...] beständigen Fluss der sozialen Wirklichkeit zu analysieren“ (Legewie/Schervier-Legewie 2004, Abschnitt 9).

Nach Soeffner (1991, S. 6) entstehen

aus dem relativ dauerhaften Bemühen mehrerer Menschen, ihre jeweiligen Perspektiven zu koordinieren und gemeinschaftlich zu handeln [...] relativ dauerhafte, durch relativ stabile Routinen „arbeitsteilig“ abgesicherte, d. h. „institutionalisierte“ Wahrnehmungs- und Handlungsräume.

Somit sind die Gesellschaft und die bestehenden Organisationen einerseits einem permanenten Wandel unterlegen, andererseits ist eine gewisse institutionelle Stabilität notwendig, um handlungsfähig zu bleiben. Arenen und soziale Welten stehen zwischen Wandel und Beständigkeit, als Orte zur Aufrechterhaltung einer sozialen Ordnung.

Menschliches Handeln in Organisationen, zum Beispiel in einem Krankenhaus, steht mit den jeweiligen Strukturen in engem Zusammenhang.

Für Strauss ist Struktur nur im Handeln präsent und Handeln somit immer der aktive Part von Struktur, also Strukturierung. Strukturen sind also das relativ dauerhafte Element in Situationen, das durch aktuelles Handeln nicht spontan aus der Welt zu schaffen ist. Damit

werden Strukturen zu Bedingungen, die dem Handeln einen Rahmen geben, es sowohl ermöglichen als auch ihm Grenzen setzen. (Strübing 2007, S. 54)

Strauss stößt bei seinen Forschungsarbeiten auf die „immense Bedeutung von Aushandeln für die soziale Ordnung“ (ebd., S. 55). Dazu schreibt er in seinem Buch *Negotiations*:

Das Problem drängte sich unserer Aufmerksamkeit auf, während wir Personal und Patienten beobachteten, [...] denn jeder schien fortwährend über irgendetwas zu verhandeln. Dieses Aushandeln schien uns so zentral für die untersuchten Ereignisse, dass [...] wir Aushandlung zu einem Schlüsselkonzept machten und den Begriff der ‚ausgehandelten Ordnung‘ prägten. (Strauss zit. nach Strübing 2007, S. 55)

Für ihn ist soziale Ordnung immer eine ausgehandelte Ordnung. Dabei sind die Aushandlungen nicht beliebig, sondern unterliegen einem Muster, wer etwas verhandelt und mit wem. Durch Aushandlungen verständigen sich Personen und Personengruppen über das Miteinander, formulieren Regeln, erarbeiten Standards, treffen Übereinkünfte etc. auf unterschiedlichen Ebenen einer Organisation. Die Ergebnisse dieser Aushandlungen bestehen nicht dauerhaft, sondern werden überprüft, beendet, neu ausgehandelt oder eine Zeit lang beibehalten. Strauss bezieht dabei nicht nur die offiziellen, sondern auch die verdeckten Absprachen mit ein. Durch Aushandlungen wird eine organisationale Ordnung als ausgehandelte Ordnung permanent verändert. (Strübing 2007, S. 60)

### 3.6 Situationsanalyse

Auf der Suche nach einem analytisch-methodischen Weg, die Komplexität des Pflegealltags zu erfassen und darzustellen, bin ich auf das methodologische Instrument der Situationsanalyse gestoßen, einen neueren Analyseansatz der Grounded Theory, der dazu geeignet ist, komplexe lebensweltliche Situationen zu analysieren (Clarke 2012, S. 24). Die sozialwissenschaftliche Theoriediskussion hat sich seit der methodologischen Entstehung der Grounded Theory weiterentwickelt

und damit auch auf gesellschaftliche Veränderungen reagiert, die uns heute andere Forschungsfragen stellen lässt, als vor 50 Jahren. Wo Nationalstaaten an Funktion einbüßen, Familien nicht mehr nur ausnahmsweise von der traditionellen Form abweichen, wo kulturelle Homogenität eher die Ausnahme ist und die sozialen und materialen Konstellationen, in denen soziales Handeln stattfindet, sich immer variantenreicher und komplexer gestalten

ten, da genügen für die Sozialforschung einfache Ursache-Wirkungserklärungen und größtmögliche Generalisierungen der Befunde nicht mehr den aus diesen Verhältnissen resultierenden Anforderungen. Für eine pragmatische Grounded Theory bieten sich daher die von Charmaz, vor allem aber von Clarke angeregten Akzentverschiebungen an: Komplexität vor Generalisierung, Reflexivität vor Kausalität, Multiperspektivität statt eines hegemonialen Beobachterstandpunktes.“ (Strübing 2014, S. 114 f.)

Das Konzept der Situationsanalyse wurde von Clarke als eine neue analytische Vorgehensweise innerhalb der Grounded Theory entwickelt. Sie beschreibt es als eine Postmodernisierung, ein Schieben der GTM durch den „postmodern turn“ (Clarke 2012, S. 26). Clarke geht davon aus, dass sich in der Postmoderne eine Entwicklung vollzogen hat zu mehr Heterogenität und Komplexität des Sozialen und dass es hierfür eine angemessene Vorgehensweise der Analyse geben muss. Im Gegensatz zu den bis dahin gängigen Schwerpunkten der Analyse (Vereinfachung, Dauerhaftigkeit, Stabilität) verschieben sich diese „in der Postmoderne hin zu Partikularismus, Positionalitäten, Komplikationen, Substanzlosigkeit, Instabilitäten, Unregelmäßigkeiten, Widersprüchen, Heterogenitäten, Situiertheit und Fragmentierung“ (ebd., S. 26).

Im Vergleich zum handlungszentrierten Konzept der prozessualen Kernkategorie des *basic social process*, welche der traditionellen Grounded theory zugrunde liegt, hat die Situationsanalyse eine radikal andere konzeptionelle Infrastruktur oder Leitmetapher: Sie stützt sich auf Strauss' situationszentrierten Ansatz der „sozialen Welten / Arenen / Aushandlungen“ (ebd., S. 24, Hervorhebung i. O.).

In diesem Strauss'schen Ansatz sieht Clarke bereits postmoderne Ansätze:

Insbesondere durch die Konzeptualisierung sozialer Welten und Arenen als Vehikel für das Verstehen der tief situierten, doch zugleich auch stets fließenden organisatorischen Elemente der Aushandlungen und Diskurse, hat Strauss die „Postmodernisierung des Sozialen“ weit vorangetrieben. Er nahm vorweg, was später als postmoderne Annahmen bekannt wurde: die Instabilität von Situationen, die charakteristischen, veränderlichen, porösen Grenzen sozialer Welten und Arenen; die Auffassung, dass sich soziale Welten gegenseitig in Aushandlungen, die ihrerseits in Arenen stattfinden, konstituieren beziehungsweise coproduzieren; dass diese sozialen Aushandlungsprozesse zentral sind sowie die Proklamation, dass „die Dinge immer auch ganz anders sein könnten“, und dergleichen mehr. (ebd., S. 3)

Clarke geht davon aus, dass durch Aushandlungen sowohl Strukturelemente als auch Machtwirkungen deutlich werden, und sieht die Stärke der Situationsanalyse darin, „zu

verstehen und auszuloten, was „das Soziale“ am sozialen Leben ist“ (ebd., S. 31). Die Situationsanalyse zielt bewusst darauf, die Komplexität von Situationen zu erfassen, indem sie Methoden einsetzt, die „sowohl Veränderungsprozesse als auch Strukturen und Stabilitäten in Situationen erhellen; und die Akteure und Positionen soweit entwirren, dass Widersprüche, Ambivalenzen und Belanglosigkeiten offenbar werden“ (ebd., S. 31). Dieser Ansatz stellt nicht die einzelnen Handlungen als solche in den Mittelpunkt der Analyse, sondern Handlungssituationen. „*Die Situation an sich wird zum ultimativen Forschungsgegenstand*, und das Verständnis ihrer Elemente und ihrer Beziehungen zum primären Ziel der Untersuchung“ (ebd., S. 24, Hervorhebung i. O).

In der Situationsanalyse nutzt Clarke für ihre Forschungen Maps als analytische Forschungsinstrumente, grafische Darstellungen unterschiedlicher Intentionen. Sie unterscheidet drei Arten von Maps (ebd., S. 24): erstens Situations-Maps zur Analyse von Elementen der Forschungssituation, zweitens Maps von Arenen und sozialen Welten zur Veranschaulichung von Aushandlungsprozessen kollektiver Akteure auf der Mesoebene und drittens Positions-Maps. Sie stützt sich ebenso wie Strauss auf den theoretischen Ansatz des Pragmatismus und geht davon aus, dass Menschen unterschiedliche Perspektiven einnehmen und diese konstitutiv sind für Situationen. In den Situationen werden unterschiedliche Sichtweisen deutlich, denn ausgehend vom Thomas-Theorem nehmen Menschen Situationen unterschiedlich wahr, aus der jeweils eigenen Perspektive, und diese bestimmt die individuelle Interpretation einer Situation. Daraus folgt, dass die Konsequenzen in der wahrgenommenen Situation für die Person real sind und somit handlungsleitend. Die Situationsanalyse versucht, diese Heterogenität der Perspektiven abzubilden, und bezieht dabei die Situationsbedingungen auf eine andere Art und Weise mit ein als Strauss in seinem Kodierparadigma.

*Die Bedingungen der Situation sind in der Situation enthalten.* So etwas wie „Kontext“ gibt es nicht. Die bedingten Elemente der Situation müssen in der Analyse der Situation selbst spezifiziert werden, da *sie für diese konstitutiv sind* und sie nicht etwa nur umgeben, umrahmen oder etwas zur Situation beitragen. Sie *sind* die Situation. (ebd., S. 112, Hervorhebung i. O)

Des Weiteren geht Clarke davon aus, dass alle situationskonstituierenden Elemente nicht statisch zu betrachten sind, sondern einem kontinuierlichen Veränderungsprozess unterliegen. Durch Aushandlungen wird eine relative Stabilität bzw. Kontinuität von Handlungssituationen hergestellt.

In meiner Forschungsarbeit bin ich bei der Auswertung der erhobenen Daten immer wieder auf das Phänomen gestoßen, dass für Pflegekräfte nicht die Handlungen an sich die größte Herausforderung im beruflichen Alltag darstellen, sondern die Komplexität der Handlungssituationen. Nicht einzelne Tätigkeiten, sondern gerade die vielen unterschiedlichen teilweise diametralen Anforderungen zur gleichen Zeit werden als belastend empfunden.

Auf der Suche nach geeigneten methodologischen Analyseinstrumenten bin ich dann auf das Konzept von Clarke gestoßen und konnte es hilfreich bei der Analyse und Konzeptualisierung einsetzen. Das Konzept eignet sich nicht nur zur Analyse von Aushandlungen der Einzelakteure, sondern auch in Bezug auf kollektive Akteure hinsichtlich heterogener Positionierungen, Beeinflussungsdynamiken und Machtwirkungen. Darüber hinaus ermöglicht es die Analyse, eine Verbindung zwischen Handlungssituationen und strukturellen Rahmenbedingungen herzustellen. In Anlehnung an die Situationsanalyse von Clarke habe ich in meiner Modellierung die Handlungssituationen in den Mittelpunkt der Darstellung gerückt und die in der Situation befindlichen kausalen und intervenierenden Bedingungen als Bestandteile der Handlungssituationen mit aufgenommen. Im Verlauf der Datenanalyse und der Konzeptualisierung sind unterschiedliche Maps entstanden und immer wieder überarbeitet worden, um die theoretischen Zusammenhänge und Interdependenzen in bildlich-schematischer Form zu visualisieren.

### **3.7 Soziale Felder und Habitus**

Die im vorigen Kapitel erläuterte Situationsanalyse ermöglicht es, nicht nur die in den Situationen befindlichen Bedingungsfaktoren zu analysieren, sondern auch den Ort der ausgehandelten Ordnung mit seinen Dynamiken zu betrachten, die Arena Krankenhaus mit ihren sozialen Welten. Im Strauss'schen Konzept der ausgehandelten Ordnung wird eher der Blickwinkel eingenommen, dass mittels Aushandlungen die Ordnung erhalten wird und Personen mit ihrem Handeln auch Strukturen bestätigen oder verändern können. Strauss sieht das Handeln der Personen wenig determiniert von Strukturen. Deshalb stütze ich mich in der Analyse auch auf das Konzept von Bourdieu. Er betrachtet soziale Felder als Orte unterschiedlicher Gruppierungen und Interessenslagen, ausgestattet mit ungleicher Verteilung von Macht- und Einflussbefugnissen.

Ebenso wie Strauss in seinem Konzept der sozialen Welten beschäftigt sich auch Bourdieu mit den Kommunikations- und Interaktionsmustern in der sozialen Alltagswelt der

Individuen und der kollektiven Akteure. Dabei betrachtet er die Beziehungsgeflechte aber nicht unter dem Aspekt der sozialen Ordnung, sondern fragt danach, wie sich verfestigte Strukturen und Machtwirkungen auf diese Beziehungsgeflechte auswirken. Die sozialen Welten bei Strauss sind vergleichbar mit dem Begriff der sozialen Felder bei Bourdieu, jedoch kommt bei Bourdieu die determinierende Kraft verfestigter Strukturen stärker in den Mittelpunkt der Betrachtung. Für Bourdieu bestehen die sozialen Felder aus Relationen.

Was in der sozialen Welt existiert, sind Relationen – nicht Interaktionen oder intersubjektive Beziehungen zwischen Akteuren, sondern objektive Relationen, die „unabhängig vom Bewusstsein und Willen der Individuen“ bestehen [...]. (Bourdieu/Wacquant 1996, S. 127, Hervorhebung i. O.)

Bourdieu sieht das soziale Feld als ein Netz von Akteuren in unterschiedlichen Positionen, die mit unterschiedlichen Arten von Macht ausgestattet sind und dadurch unterschiedlichen Einfluss und Profit in diesem Feld haben (ebd., S. 127). Akteure eines Feldes stehen in kooperativen oder konfliktuellen Beziehungen zueinander, bringen durch den Habitus soziale Strukturen hervor. Unter Habitus versteht Bourdieu „die aktive Präsenz früherer Erfahrungen, die sich in jedem Organismus in Gestalt von Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata niederschlagen.“ (Bourdieu 1993, S. 101) Diese Schemata werden durch Sozialisation zu relativ stabilen Habitusformen und wirken als „Erzeugungs- und Strukturierungsprinzip von Praxisformen und Repräsentationen“ (Bourdieu, 1979, S. 164). Dem gegenüber steht das Praxisfeld mit seinen relativ festen Strukturen, die sich durch andauernd ausgeübte gemeinschaftliche Praxisformen als objektive Strukturen verfestigen. Diese beiden Strukturformen stehen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander, das bedeutet, dass „die objektiven sozialen Strukturen den Habitus ebenso strukturieren, wie dieser, in seiner Eigenschaft als strukturierendes System von Dispositionen, die Praxis strukturiert“ (Schwingel 2011, S. 70).

Nach Bourdieu ist die Gesellschaft in verschiedene soziale Felder aufgeteilt, in denen es unterschiedliche Spielregeln gibt, die das Handeln der Akteure beeinflussen, aber nicht festlegen. Dabei verfügen die Akteure über unterschiedliche Ressourcen, Bourdieu (1983) nennt es Kapital. Dabei unterscheidet er vier Kapitalsorten: ökonomisches, kulturelles, soziales und symbolisches Kapital.

Für Bourdieu ist das ökonomische Kapital die bedeutendste Kapitalsorte, aber nicht die allein wirksame. Im Gegensatz zur Auffassung des Symbolischen Interaktionismus, dass

der gegenseitige Austausch durch Kommunikation geschieht, geht Bourdieu auch von der Wirksamkeit der Kapitalsorten in den Interaktionen aus (Fuchs-Heinritz/König 2011, S. 163 f.). Zum ökonomischen Kapital gehören neben dem materiellen Besitz alle in Geld konvertierbaren Dinge.

Das kulturelle Kapital, auch Bildungskapital genannt, zeigt sich individuell in Bildung und Handlungswissen. Dabei ist das Aufwachsen in der Herkunftsfamilie, in einem Milieu bedeutend, welches zum leichten oder mühevollen Aneignen kulturellen Kapitals beiträgt. Institutionell zeigt sich das kulturelle Kapital in Bildungsabschlüssen und akademischen Titeln.

Als soziales Kapital bezeichnet Bourdieu das soziale Beziehungsnetz, das als Ressource genutzt werden kann, um eigene Chancen zu erhöhen.

„Anders ausgedrückt, das Beziehungsnetz ist das Produkt individueller oder kollektiver Investitionsstrategien, die bewußt oder unbewußt auf die Schaffung und Erhaltung von Sozialbeziehungen gerichtet sind, die früher oder später einen unmittelbaren Nutzen versprechen.“ (Bourdieu 1983, S. 192)

Das symbolische Kapital ist den anderen Kapitalsorten nicht gleichzusetzen, sondern resultiert aus den anderen Kapitalsorten als individuelle Ressourcen, gesellschaftlichen Einfluss und soziale Anerkennung zu erhöhen. Ökonomisches Kapital verschafft zum Beispiel eine höhere Kreditwürdigkeit, kulturelles Kapital in Form von Titeln verschafft Vertrauenskapital, soziales Kapital erhöht die Macht, sich zu präsentieren und durchsetzen zu können. „Symbolische Macht ist die Macht, Dinge mit Wörtern zu schaffen.“ (Bourdieu 1992, S. 153)

Es ist der Umfang dieses Kapitals, der den Akteuren (Individuen oder Institutionen) ihre eigentümliche Stellung im Feld zuweist, und sie bestimmen dabei die Struktur des Feldes im Verhältnis dieses ihres besonderen Gewichts, ein Gewicht, das von dem aller anderen Akteure, also von seiner Verteilung im gesamten Raum abhängt. Umgekehrt aber handelt jeder Akteur unter den Zwängen der Struktur des Raumes, die sich ihm umso gewaltsamer auferlegt, je geringer sein verhältnismäßiges Gewicht im Feld ist. (Bourdieu 1998, S. 21)

Bourdieu geht davon aus, dass die Ausstattung der Akteure mit den Kapitalsorten den Einfluss auf das Feld bzw. die Machtkonstellationen im Feld konstituiert und bestimmt.  
Die Akteure

verfügen über Trümpfe, mit denen sie andere ausstechen können und deren Wert je nach Spiel variiert: So wie der relative Wert der Karten je nach Spiel ein anderer ist, so variiert

auch die Hierarchie der verschiedenen Kapitalsorten (ökonomisch, kulturell, sozial, symbolisch) in den verschiedenen Feldern. Es gibt, mit anderen Worten, Karten, die in allen Feldern stechen und einen Effekt haben – das sind die Kapital-Grundsorten –, doch ist ihr relativer Wert als Trumpf je nach Feld und sogar nach den verschiedenen Zuständen ein und desselben Feldes ein anderer. (Bourdieu/Wacquant 1996, S. 128)

Nach Bourdieu bestimmen nicht nur die zur Verfügung stehenden Kapitalressourcen über die Position im sozialen Feld, sondern auch die lebensgeschichtliche Prägung und Entwicklung (der individuelle Habitus) führt zur ungleichen Chancenverteilung und bestimmt mit, wie ein Spieler das Spiel mitspielt (ebd., S. 129). Im Unterschied zu einem Spiel werden im sozialen Feld die Spielregeln von den Spielern selbst ins Spiel gebracht, sie sind historisch gewachsen und werden verändert oder zementiert. Somit sind die sozialen Felder Orte der Kommunikation und des Handelns mit ungleicher Verteilung von Ressourcen und Einflussmöglichkeiten, die sich im Laufe der Zeit als soziale Felder so entwickelt haben. Dieser Aspekt hat besondere Relevanz bei der Betrachtung der kollektiven Akteure in der Krankenhausarena. Dort wird deutlich, wie „Kapitalausstattung“ und Habitus die Interaktionen und Aushandlungsprozesse im Krankenhausalltag beeinflussen.

## 4 Methodologie und Forschungsverlauf

Nach der Skizzierung forschungsrelevanter Zusammenhänge in Kapitel 2 und den Erläuterungen zu Erkenntnisbildung und Interaktion in sozialen Welten in Kapitel 3 werden im folgenden Kapitel die Grounded Theory und der Forschungsverlauf dargestellt.

Die Grounded-Theory ist Methodologie und Forschungsmethode zugleich und ist weltweit eine der am häufigsten angewendeten Forschungsmethodologie im Bereich qualitativer Sozialforschung. In dieser Methodologie wird eine Verbindung hergestellt zwischen alltagsweltlichem und wissenschaftlichem Denken, die sich dazu eignet, die Alltagswirklichkeit explorativ und analytisch zu betrachten. Sie „stellt einen erkenntnisgenerierenden Forschungsstil dar und liefert dazu ein methodisches Instrumentarium“ (Breuer et al. 2018, S.16). Die GTM wurde in den 1960er Jahren von Barney Glaser und Strauss gefunden. Sie haben in Forschungsprojekten zusammengearbeitet (Thematik: Interaktion und Kooperation im Krankenhaus, Krankheit, Schmerz und Sterben) und dabei sukzessive ihre Forschungsmethodik entwickelt. Sie charakterisierten ihre Forschungslogik als induktiv, die in alltagsweltlichen sozialen Forschungsfeldern durch teilnehmende Beobachtung und Interviewgesprächen Daten erhebt. „Das Ziel der Grounded Theory ist es, eine Theorie zu generieren, die ein Verhaltensmuster erklärt, das für die Beteiligten relevant und problematisch ist“ (Strauss 1998, S. 65). In den darauffolgenden Jahren haben Glaser und Strauss die Grounded Theory in unterschiedliche Richtungen weiterentwickelt. Besonders das methodisch-prozedurale Herzstück der GTM, das Kodieren, wird von Strauss und Glaser unterschiedlich beschrieben. Während Glaser dafür eintritt, die Theorie aus den Daten emergieren zu lassen, hat Strauss das Kodierparadigma als Strukturierungshilfe in die Methodologie eingebracht. Strauss hat ab 1990 die GTM in Zusammenarbeit mit Juliet Corbin weiter systematisiert und spezifiziert und den Dreischritt des Kodierens (offenes, axiales und selektives Kodieren) als Analysemethode beschrieben.

„Die Differenzen zwischen den Kodier-Varianten lassen sich auch so erklären, dass die Methodik einen bestimmten Forschungsstil repräsentiert, der durch *flexibel* handhabbare Vorgehenskonzepte und Daumenregeln und nicht durch eine bis in die Feinheiten kanonifizierte Vorschriften-Liste – etwa bezüglich der Schritte und Formen des Kodierens – gekennzeichnet ist (Breuer et al. 2018, S. 19)“. Die unterschiedliche Vorgehensweise in Bezug auf die Datenauswertung führte zu einem Streit zwischen Glaser und Strauss und zu einer Weiterentwicklung der GTM in unterschiedliche Richtungen.

Seit Einführung der GTM sind nun über fünfzig Jahre vergangen und heute findet man eine Pluralisierung der GTM, eine Weiterentwicklung der Methodologie mit unterschiedlichen Akzentuierungen. Die heute prominentesten GTM-Varianten sind die sozialkonstruktivistische Akzentuierung von Kathy Charmaz, die den Aspekt der Selbstreflexivität stärker miteinbezieht und die sogenannte postmoderne Akzentuierung durch Adele Clarke, die versucht, durch eine konzeptuelle Trennung von Handeln und Kontext eine Analyse komplexer Situationen methodologisch erforschbar zu machen. (Breuer et al. 2018, S. 25)

In der forschungsmethodologischen Ausrichtung beziehe ich mich hauptsächlich auf die in den Lehrbüchern von Strauss (1998) und Strauss/Corbin (1996) dargelegte GTM, weiterhin auf die Lehrbücher von Breuer (2010) und die überarbeitete Auflage von Breuer et al. (2018). Breuer setzt neben methodologischen und methodischen Erläuterungen der GTM einen Schwerpunkt auf die Reflexivität in der Forschung (Reflexive Grounded Theory R/GTM). Außerdem erfährt die vorliegende Forschungsarbeit eine Akzentuierung in Richtung Situationsanalyse von Clarke (2012), wie bereits in Kapitel 3.6 erläutert.

## 4.1 Qualitative Forschungsstrategie

Um die Fragestellung der vorliegenden Arbeit zu beantworten, kommt nur eine qualitative Forschungsmethode in Frage. Denn hier geht es nicht um die Quantifizierung oder Messung bestimmter Faktoren, sondern darum, die subjektive Sicht der Pflegekräfte aus der Alltagswelt des Krankenhauses zu erschließen. In Bezug auf die soziale Welt des Krankenhausalltags ist es notwendig, alltagsnahe, praxisrelevante, auf den Praxisalltag bezogene Theorien zu generieren. Mittels einer induktiven Forschungsstrategie sollen aus der intensiven Analyse und des Vergleichens von Einzelfällen verallgemeinernde Aussagen getroffen werden. Es geht darum, eine Verbindung herzustellen zwischen alltagsweltlichem und wissenschaftlichen Denken und einer theoriebildenden Gestaltung von Wirklichkeit. Die Methodologie der Grounded Theory (GTM) stellt dazu ein Instrumentarium zur Verfügung, um aus den erhobenen Daten des Forschungsfeldes theoretische Konzepte zu entwickeln. Während die quantitativen Forschungsstrategien aus dem bisher verfügbaren Wissen Hypothesen ableiten und diese dann mittels geeigneter Forschungsinstrumente erheben, will die Methodologie der Grounded Theory bisher Unbekanntes entdecken, Forschungsfelder analytisch bearbeiten und aus den erhobenen Daten Konzepte und vorläufige Theorien entwickeln. Sie zielt darauf ab, möglichst nah in die Lebenswelt der

Personen des Forschungsbereichs zu kommen, um das Handeln und den subjektiv gemeinten Sinn des Handelns der einzelnen Akteure zu verstehen. Um diesen individuell gedeuteten Sinn zu verstehen, müssen Menschen aus dem Forschungsfeld nach ihrem Erleben der Alltagssituationen befragt werden, um von ihnen zu erfahren, welchen Sinn und welche Bedeutung sie den Alltagsphänomenen beimessen und wie sie die Alltagssituationen interpretieren. In der GTM geht darum, Vorwissen als forschungsleitendes Konzept vorab zu konstruieren, sondern sich möglichst offen auf die Sichtweise der Menschen in ihrem Alltagshandeln einzulassen. Diese Forschungsmethodologie ist dazu geeignet, konkrete Alltagsproblematiken transparent zu machen und daraus Deutungs- und Lösungsansätze zu finden, weil sie an den konkreten Alltagsbezügen der Akteure ansetzt, die Perspektiven der Akteure aufnimmt und ihre Handlungen analysiert. Dadurch kann ein theoretisches Konzept mit einer hohen Praxisrelevanz entstehen. Dieses kann Hinweise auf Bedingungen und Zusammenhänge des Praxisfeldes geben und Möglichkeiten der Veränderung im Praxisfeld aufzeigen.

In meiner Forschungstätigkeit möchte ich von den Pflegekräften erfahren, wo bei ihnen „der Schuh drückt“, was sie beschäftigt, herausfordert, belastet, wie sie ihren beruflichen Alltag wahrnehmen, diesen individuell interpretieren und sich selbst dazu positionieren, indem sie auf jeweils individuelle Art und Weise die Alltagssituationen gestalten und darin handeln. Ausgehend vom Thomas-Theorem sind die individuell wahrgenommenen Situationen für jeden Einzelnen reale Situationen, nach denen das Handeln ausgerichtet wird und auch die Konsequenzen daraus als real wahrgenommen werden. Gestützt auf diese Grundannahme greift diese Forschung die Alltagssituationen der Handelnden mit dem für sie bedeutsamen und von ihnen interpretierten Sinn auf. Darüber hinausgehend sollen die Alltagssituationen nicht nur beschrieben, sondern auch konzeptualisiert werden. Basierend auf den erhobenen Daten werden durch permanente Vergleiche der Einzelfälle Wahrnehmungs- und Handlungsmuster entdeckt und in eine vorläufige Theoriebildung zum untersuchten Phänomen geführt.

Breuer (2010, S. 49) schreibt dazu in seinem Lehrbuch zur Grounded Theory:

Bei sozialwissenschaftlichen Verstehensbemühungen steht soziales Handeln im Blickfeld – Lebensvollzüge, Interaktionen, Gespräche u. Ä. Es sollen Handlungen von Personen hinsichtlich ihrer Voraussetzungen und Konsequenzen, der dabei relevanten Intentionen, Situations- und Handlungsverständnisse aufgeklärt und nachvollzogen bzw. nachvollziehbar gemacht werden. In diesem Zusammenhang spricht man häufig von einer Rekonstruktion der Bedeutungs- und Sinnwelten, die für Akteure in ihrem Handeln eine Rolle spielen.

Dabei geht es darum, den individuell interpretierten Sinn der Menschen in ihren Alltagssituationen zu erschließen und durch methodologische Verfahrensschritte deutlich zu machen. Dabei ist die Theoriebildung nicht als feststehendes Endprodukt zu verstehen. Basierend auf den Grundannahmen über die Konstruktion von Wirklichkeit kann die theoretische Konzeption nur als eine mögliche und vorläufige Theoriebildung verstanden werden, die revidierbar ist. Es ist **eine** mögliche Betrachtungsweise, ein Blickwinkel auf das Alltagsphänomen; dieses kann aber auch aus anderen Blickwinkeln betrachtet werden. Eine reflexive Haltung in Form von „fortdauernder Hinterfragungsbereitschaft, Neugier und Offenheit des Wahrnehmens und Denkens“ (Breuer 2010, S. 47) sind wichtige Grundhaltungen des Forschers im Forschungsprozess und darüber hinaus.

Strauss hebt drei zentrale Punkte dieser Forschungsmethodologie hervor: Erstens kommt es auf die Art und Weise der Kodierung der Daten an. Die unterschiedlichen Kodierungsstrategien zielen nicht nur darauf ab, Phänomene zu beschreiben und zu klassifizieren, sondern es wird auch ein theoretisches Konzept gebildet, das Erklärungen für die untersuchten Phänomene liefern kann. Der zweite wichtige Punkt ist das theoretische Sampling. Bei dieser Forschungsstrategie werden nicht zuerst alle Daten gesammelt, um sie dann auszuwerten, sondern es wird bereits nach dem ersten Interview mit der Auswertung begonnen, Text kodiert, Memos geschrieben, Konzepte generiert und Hypothesen über den Forschungsbereich gebildet, die dann die Auswahl der nächsten Untersuchungsfälle leiten. Der dritte für Strauss wichtige Punkt ist das permanente Vergleichen zwischen den Phänomenen und Kontexten. (Legewie/Schervier-Legewie 2011, S. 74)

Mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Forschungswerkzeuge und der kreativen, dem Forschungsprozess angepassten Anwendung dieser, entwickeln sich nach und nach theoretische Konzepte. Bei der Auswertung der empirisch erhobenen Daten werden Kodierprozesse durchlaufen, die die gesammelten Daten auf unterschiedlichen Abstraktionsstufen analysieren und permanent miteinander vergleichen, Ähnlichkeiten und Kontraste in den Daten herausfinden. Nach intensiven vergleichenden Fallanalysen werden sukzessive verallgemeinerbare Kategorien auf einer höheren Abstraktionsebene gebildet. Wenn mit der Erhebung weiterer Daten keine wesentlichen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind, um eine gegenstandsbezogenen Theorie zu bilden, wird dieses als theoretische Sättigung bezeichnet. Unerlässlich ist in dieser GTM-Vorgehensweise das Schreiben von Memos. Darunter versteht man das „Darstellen und Bearbeiten von Sachverhalten, Erfahrungen, Erlebnissen, Ideen, Konzepten, Theorieentwürfen etc.“ (Breuer et al. 2018, S. 175), also alles was in einem Zusammenhang mit dem zu erforschenden Phänomenbereich und der

Forscherpersönlichkeit steht. Weitere „Werkzeuge“ im Forschungsprozess sind das Führen eines Forschungstagebuchs und das Anfertigen von Diagrammen. In Kapitel 4.3. zum Forschungsverlauf werden einige Forschungswerkzeuge noch einmal kurz in der Anwendung skizziert und reflektiert.

## 4.2 Die Forscherpersönlichkeit

Im R/GTM-Forschungsprozess ist die Persönlichkeit der Forscherin von Bedeutung, denn das zugrundeliegende Menschenbild und die Vorerfahrungen der Forscherin fließen mit in den Forschungsprozess ein und prägen diesen. Auf Basis konstruktivistischer Vorannahmen sind der Blickwinkel der Forscherin, die Interaktionen im Forschungsfeld und die Analyse und Konzeptionalisierung der Daten mit der Forscherpersönlichkeit verbunden. Nach meinem Verständnis gibt es keine objektive Forschung, auch nicht in quantitativen Forschungsdesigns. Dort trifft ein Forscher eine Auswahl, auf welche Theorien er seine Forschung stützt und welche Aspekte er in die Konstruktion seines Datenerhebungsinstrumentes mit einbezieht und welche nicht. Das sind subjektive Auswahlentscheidungen. In der GTM ist der Forscher mit seiner Persönlichkeit jedoch noch stärker in den Forschungsprozess eingebunden. Wie im Exkurs zur Kreativität in Kapitel 4.4 aufgezeigt wird, enthält der Forschungsprozess viele kreative Elemente, die mit der Arbeit eines Künstlers gleichgesetzt werden können (Strauss 1998, S. 35). Der Forscher bringt sein subjektives Verständnis von der Welt und den Dingen mit in den Forschungsprozess ein. Breuer (2010, S. 116) schreibt dazu:

Seine Merkmale, sein persönlicher (Arbeits-)stil und seine individuellen Entscheidungen sind für den Erkenntnisprozess wie das Erkenntnisprodukt von Bedeutung. In unserem Ansatz gehen wir dem gemäß von dem Standpunkt und von einer Haltung aus, die Subjektivitätsvoraussetzung des Forschungsprozesses ernst zu nehmen und methodologisch zu berücksichtigen. Wir richten unseren Blick auf die Erkenntnischancen, die sich unter einer solchen Sichtweise ergeben, auf die „epistemologischen Fenster“, die sich so öffnen (lassen).

### 4.2.1 Vorerfahrung und Vorurteil

Der Zugang zu einem Forschungsfeld ist geprägt von eigenen Vorannahmen über die alltagsweltlichen Phänomene des zu erforschenden Bereichs. Jeder Mensch ist einsozialisiert in eine Kultur, wurde erzogen durch Vermittlung geltender Werte und Normen dieser Kultur, durch Schule und berufliche Bildung, durch Zugehörigkeit zu einem gesell-

schaftlichen Milieu. Dadurch festigt sich unsere Auffassung über Menschen und Dinge um uns herum. Unser Vorverständnis ist vorurteilsbehaftet. In einer reflexiven Forschungshaltung wird das Vorverständnis nicht geleugnet, sondern konstruktiv in den Forschungsprozess mit einbezogen.

(Objekt-) *Erkenntnis* kommt vom *Standpunkt* eines Subjekts aus zustande, ist von einer bestimmten Optik mit „eigenartiger“ *Perspektive* geprägt. Bei unseren Daten haben wir es aus einem *Konglomerat* aus objekt- und subjektseitigen Strukturen und Einflussfaktoren zu tun. Deren Entschlüsselung wird wesentlich auch über den Weg der *Selbstreflexion* angestrebt. Dabei wird das Ziel verfolgt, dass der Forschende sich und seiner Erkenntnistätigkeit aus einer selbst-distanzierten, *dezentrierten Position* gewissermaßen „über die Schulter schaut“. (Breuer et al. 2018, S. 111, Hervorhebung i. O.)

Zu Beginn der Forschung besteht ein Vorverständnis über den Forschungsbereich, und je intensiver der Kontakt vorher mit dem zu beforschenden Bereich war, umso ausgeprägter sind auch die Präkonzepte. Bereits zum Beginn der Forschungsarbeit habe ich meine eigenen Annahmen über den Forschungsbereich im Forschungstagebuch schriftlich reflektiert und ebenso, welche Irritationen die Forschung angeleitet haben und welche Intentionen zu den Fragestellungen dieser Arbeit geführt haben.

Die Nähe zum Forschungsfeld ist ambivalent zu sehen: Einerseits sind die Denk- und Handlungsweisen des Feldes vertraut, die soziale Welt der Pflege mit ihren Sichtweisen, Vorstellungen, Annahmen, Ausdrucksweisen und Konventionen ist bekannt; von daher gibt es kein mühsames oder aufwendiges Sich-Hineinarbeiten. Man kann sich leicht in die Sichtweisen der Pflegekräfte hineinversetzen und ist mit dem typischen Sprachgebrauch und der Deutung von Alltagsphänomenen vertraut. Andererseits bewirken Aspekte des Alltags, die mir selbstverständlich erscheinen und die deshalb unhinterfragt stehen bleiben, eventuell eine gewisse Blindheit gegenüber den Alltagsphänomenen.

Durch jahrzehntelange Tätigkeiten als Pflegekraft in verschiedenen Bereichen der Pflege, sowohl in Akutkrankenhäusern als auch im Altenheim und in der ambulanten Pflege, sind bereits ein breites Vorwissen und Vorerfahrungen vorhanden. Deshalb ist es notwendig, sich am Anfang der Forschung intensiv mit der eigenen Sichtweise auf das Forschungsfeld zu beschäftigen und das Vorwissen zum Forschungsbereich offenzulegen und zu reflektieren. Die reflektierte eigene Sichtweise kann im Verlauf der Forschung auch als „Datensatz“ genutzt werden, um die erhobenen Forschungsdaten mit den eigenen Vorannahmen zu vergleichen und zu kontrastieren. Die eigenen „Präkonzepte“ enthalten möglicherweise [...] auch theoretische Komponenten und Bausteine, die sich im Laufe des

Erkenntnisprozesses als hilfreiche und nützliche Ideen für die Theoriebildung erweisen können“ (Breuer 2010, S. 26).

Auch theoretisches Vorwissen kann sich fördernd oder hemmend im Forschungsprozess auswirken. Mein theoretisches Vorwissen durch das Soziologiestudium und die dort zur Kenntnis genommenen theoretischen Konzepte können einerseits als Heuristiken dienen, theoretisch über die Alltagsphänomene nachzudenken, und ein Begriffsvokabular bei der Benennung von Codes und der Bildung von Konzepten zur Verfügung stellen. Andererseits birgt es die Gefahr, die erhobenen Daten in ein bereits bestehendes Konzept einzuordnen und somit in ein theoretisches Korsett zu zwingen. Dies gilt es bewusst zu reflektieren.

#### **4.2.2 Reflexivität im Forschungsprozess**

Ausgehend von den in Kapitel 3.1 skizzierten theoretischen Grundannahmen zur Dichotomie der Sichtweise auf alltagsweltliche Phänomene befinde ich mich als Forscherin auf einer Gratwanderung zwischen der Alltagswelt der Pflege und der wissenschaftlich-analytischen Welt der Forschung. Das Vorverständnis und die Vorannahmen zum Forschungsbereich sind eng verknüpft mit meiner eigenen Biografie, ebenso das Interesse an dem gewählten Forschungsthema. Durch die berufliche Sozialisierung in den Bereich der Pflege bin ich vertraut mit der sozialen Welt der Pflegekräfte. Die persönlichen Vorbedingungen führen dazu, dass ich den Forschungsbereich auf eine bestimmte Art und Weise wahrnehme und interpretiere. Deshalb werden in diesem Kapitel Aspekte der eigenen Berufsbiografie und die Problematik der Gratwanderung zwischen „zwei Welten“ offengelegt und reflektiert.

Vor über vierzig Jahren bin ich beruflich in den Bereich der Pflege eingestiegen, habe nach einem sozialen Jahr in der stationären Altenpflege die Ausbildung zur Krankenschwester absolviert und einige Jahre im stationären Krankenhausbereich gearbeitet. In der Kindererziehungsphase war ich aufgrund der besseren Passung mit den Familienaufgaben in der stationären Altenpflege beschäftigt und viele Jahre in der ambulanten Pflege. Nach dem Studium der Soziologie und Erziehungswissenschaften bin ich im Jahr 2010 in den stationären Krankenhausbereich zurückgekehrt. Durch das Soziologiestudium habe ich die Fähigkeit trainiert, das Alltägliche mit einem distanzierteren Blick zu betrachten. Außerdem war ich während der Datenerhebungsphase durch meine berufliche Tätigkeit nicht mehr so eng in die Routinen des Stationsalltags eingebunden. Somit wirken meine

Vorerfahrungen aus der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege und meine lange zurückliegenden Erfahrungen im Krankenhausalltag wie Kontrastfolien des zurzeit Vorfindlichen im Krankenhaus. Durch die langjährige berufliche Krankenhausabstinenz kam es beim beruflichen Wiedereintritt in den Krankenhausalltag zum Erstaunen bzw. zu Irritationen darüber, wie Pflegekräfte ihren Pflegealltag erleben, wie sie Alltagssituationen wahrnehmen, welche Handlungsentscheidungen sie treffen und wie sie die Alltagssituationen bewerten.

Aus konstruktivistischer Perspektive gehe ich wie erwähnt davon aus, dass es keine objektive, allgemeingültige Wirklichkeit über den Forschungsbereich gibt, sondern dass jeder Mensch „seine“ Wirklichkeit interpretiert, beeinflusst von seiner Kultur, Sozialisation, seinen Wertevorstellungen und Erfahrungen. „Daten sind weder unabhängig von denen, die beobachten, noch von denen, die beobachtet werden, sondern sie werden durch Interaktion gemeinsam konstruiert.“ (Charmaz 2011, S. 193) So sind die Wirklichkeitsvorstellungen im Forschungsprozess als interaktive Konstruktionsleistungen zu verstehen. Diese Grundannahmen haben Auswirkungen auf die Forschung, auf die Interaktionen im Forschungsfeld sowie bei der Datenauswahl und Datenerhebung. Forscherpersönlichkeit und persönliche Prägungen wirken aufmerksamkeitslenkend und selektiv. Deshalb ist die bewusste Reflexion der eigenen Perspektive notwendig, in Abgrenzung bzw. Ergänzung zu den unterschiedlichen individuellen Perspektiven der Forschungsteilnehmer.

### 4.2.3 Theoretische Sensibilität

Theoretische Sensibilität bezieht sich auf eine persönliche Fähigkeit des Forschers. Gemeint ist ein Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung von Daten. Man kann in eine Forschungssituation mit unterschiedlichem Maß an Sensibilität eintreten. Die Ausprägung der Sensibilität hängt ab vom vorausgehenden Literaturstudium und von Erfahrungen, die man entweder im interessierenden Phänomenbereich selbst gemacht hat oder die für diesen Bereich relevant sind. (Strauss/Corbin 1996, S. 25)

Sie kann durch unterschiedliche Quellen gefördert werden. Dazu gehört die bereichsrelevante Literatur und aktuelle Forschung in dem Bereich, aber auch eigene berufliche und persönliche Erfahrungen können die theoretische Sensibilität erhöhen. „Durch Jahre der Praxis in einem Feld entwickelt man ein grundlegendes Verständnis dafür, wie und warum die Dinge in diesem Feld vor sich gehen, und was unter bestimmten Bedingungen passieren wird.“ (ebd., S. 26) Je besser man den zu erforschenden Bereich kennt, umso

größer werden die Wissensbasis und das verfügbare Verständnis für die Phänomene des entsprechenden Bereichs (ebd., S. 26). Man weiß, was die Personen meinen, wenn sie Dinge erklären. Die Gefahr, Alltagsphänomene im zu erforschenden Bereich als selbstverständlich anzusehen, wird minimiert durch die analytische Distanz im Forschungsprozess, durch vollzogene Perspektivenwechsel und durch die Anwendung von Forschungsinstrumenten der Grounded Theory.

Auch Strauss und Glaser bezogen ihre Vorerfahrungen in ihre Forschungen mit ein. Sie führten eine Forschungsarbeit zur Interaktion mit Sterbenden im Krankenhaus durch, in der sie während der Arbeit sukzessive die methodologischen Schritte und den Forschungsstil der Grounded Theory entwickelten (Anselm Strauss im Gespräch mit Heiner Legewie in Legewie/Schewier-Legewie 2011, S. 72). Beide hatten persönliche Vorerfahrungen mit dem Tod bzw. mit dem Umgang mit Sterbenden, die sie als sensibilisierendes Konzept mit in die Forschungsarbeit einbrachten (ebd., S. 71).

Perspektivenwechsel führten in meinem biografischen Verlauf dazu, dass ich alltägliche Situationen im Krankenhausalltag als nicht mehr so selbstverständlich ansehe. In den letzten Jahren war ich selbst einige Male als Patientin im Krankenhaus, außerdem oft als Begleitperson mit meinem chronisch erkrankten Kind dort. So konnte ich die Alltagssituationen und Routinen des Pflegepersonals aus einem anderen Blickwinkel betrachten. Ebenso kam es durch meine Dozententätigkeit zu Perspektivwechseln. Als Lehrkraft habe ich zwölf Jahre lang Pflegekräfte aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland bei der Anerkennung ihres Krankenpflegediploms unterstützt. In diesem Zusammenhang habe ich mit den ausländischen Pflegekräften viele Aspekte der „deutschen“ Krankenpflege teilweise kontrovers diskutiert und kritisch hinterfragt.

Durch das Studium der Soziologie wurde der Blick dafür geschärft, Alltägliches nicht als gegeben hinzunehmen, sondern zu hinterfragen. Der „soziologische Blick“ hilft mir, einen Schritt zurückzutreten und die Alltagsphänomene aus einer distanzierteren und analysierenden Haltung zu betrachten. Auch durch regelmäßige Zurkenntnisnahme der pflegewissenschaftlichen Literatur zu aktuellen beruflichen Entwicklungen wurde meine thematikbezogene Sensibilität erhöht.

Soziologische, psychologische und erziehungswissenschaftliche Theorien haben mich dazu angeregt, über Menschenbilder nachzudenken und eine eigene Position zu finden, wie ich Menschen und ihr Handeln betrachte. Theoretische Konzepte und Modelle schärfen den Blick bzw. die Fähigkeit, in abstrakterer Art und Weise über Alltagsphänomene

nachzudenken. Dabei wirken diese teilweise als Heuristiken bei der Kategorisierung und Konzeptionalisierung der Daten.

Theoretische Sensibilität stellt einen wichtigen kreativen Aspekt der Grounded Theory dar. [...] Sie befähigt den Analysierenden, die Forschungssituation und die damit verbundenen Daten auf neue Weise zu sehen und das Potential der Daten für das Entwickeln einer Theorie zu erforschen. (Strauss/Corbin 1996, S. 27)

### 4.3 Der Forschungsverlauf

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte empirische Untersuchung fand auf bettenführenden Stationen von Akutkrankenhäusern statt. Nicht fokussiert wurden pädiatrische Stationen und Intensivstationen, da die Arbeitsbedingungen dort in mehrerer Hinsicht nicht mit den bettenführenden Stationen der Erwachsenenpflege vergleichbar sind: Hier gibt es einen anderen Personalschlüssel (d. h., eine Pflegekraft ist für weniger Patienten und Patientinnen verantwortlich), es gibt andere Umgangsweisen mit Patienten und Angehörigen und oft auch in der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Nicht berücksichtigt wurden auch der OP-Bereich und die Funktionsabteilungen wie zum Beispiel Endoskopie, Labor oder Röntgen. Zum kontrastierenden Vergleich der kontextuellen bereichsabhängigen Einflussfaktoren wurde jedoch auch ein Datenerhebungsgespräch mit einer Pflegekraft einer Intensivstation geführt.

Die Forschungsarbeit begann im Jahr 2012 mit der teilnehmenden Beobachtung im Forschungsfeld. Zu Beginn der Forschung war die Fragestellung eher breit angelegt und fokussierte sich dann im Laufe der Datenerhebungen und Datenauswertung.

#### 4.3.1 Forschungsleitende Fragestellung

Nachdem ich nach unterschiedlichen Perspektivwechseln erneut im Bereich der stationären Pflege im Krankenhaus teilnahm, war ich über einige Dinge erstaunt und teilweise auch irritiert, vor allem darüber, wie Pflegekräfte ihren Alltag erleben, was sie als herausfordernd erleben, welche Haltung sie dazu einnehmen und wie sie damit umgehen. Folgende Phänomene haben dabei die Fragestellung forschungsleitend beeinflusst:

Manche Pflegekräfte äußern, dass sie versuchen alles zu tun, was möglich ist, aber dass es ihrer Wahrnehmung nach nie genug ist. Sie haben teilweise den Eindruck, für alles den Kopf hinhalten zu müssen, was nicht gut läuft. Oft gehen sie mit dem unguuten Gefühl nach Hause, die Patienten nicht gut versorgt zu haben. Sie sprechen über innere Zerris-

senheit und das Gefühl, zwischen den Stühlen zu sitzen. Manche suchen Wege zum Berufsausstieg, während andere nach wie vor gerne diesen Beruf ausüben.

Welche Unterschiede in der individuellen Wahrnehmung von Bedingungen und Möglichkeiten im pflegerischen Berufsalltag liegen vor und wie beeinflussen sie das alltägliche Handeln von Pflegekräften? Es ist ein Faktum, dass der Personalmangel in allen Pflegebereichen zu Engpässen führt; dies wird bereits im Problemaufriss in Kapitel 2.1 belegt. Wäre eine Personalaufstockung im Pflegebereich die Lösung? Um diesen Phänomenen nachzugehen, haben sich folgende forschungsleitende Fragestellungen ergeben:

- Mit welchen Herausforderungen sehen sich Pflegekräfte in ihrem Berufsalltag im Krankenhaus konfrontiert?
- Welche Bedingungen empfinden sie als besonders belastend?
- Wie gehen sie mit diesen Herausforderungen um?
- Wie bewältigen sie den Berufsalltag?
- Wie kommt es, dass manche Pflegekräfte anscheinend gut mit den Arbeitsbedingungen zurechtkommen, andere weniger?
- Wird eine andere Personalbemessung von Pflegekräften im Krankenhaus als Lösung der Problematik gesehen?
- Wie kann unter sich ständig verändernden Rahmenbedingungen die Stabilität der Patientenversorgung gewährleistet werden?

### **4.3.2 Zugang zum Forschungsfeld und Datenerhebung**

Durch meine berufliche Tätigkeit in zwei Krankenhäusern, in denen ich nicht in ein Stationsteam eingebunden war, sondern eine stationenübergreifende Tätigkeit der Koordination, Einsatzplanung und Praxisanleitung von Pflegeauszubildenden wahrgenommen habe, konnte ich einen unkomplizierten Zugang zum Forschungsfeld finden. In der dreijährigen Datenerhebungsphase im Forschungsfeld – von August 2012 bis Juli 2015 – habe ich viele Beobachtungen gemacht, informelle Gespräche mit Pflegekräften geführt und dieses in einem Forschungstagebuch festgehalten. Die Datenerhebung habe ich mittels teilnehmender Beobachtung und sechs Interviewgesprächen mit ausgewählten Pflegekräften durchgeführt.

Die Berufstätigkeit im Forschungsfeld ermöglichte es mir, gezielt Gesprächspartner und -partnerinnen auszusuchen, um eine maximale und minimale Kontrastierung von ausgewählten „Fällen“ zu finden, die in Gesprächen zu den Alltagsphänomenen befragt werden

sollten. Dieser Auswahlprozess wird auch als Theoretisches Sampling bezeichnet und ist von entscheidender Bedeutung für den GTM-Forschungsprozess. Denn hier wird die Auswahl der Gesprächspartner und die Anzahl der zu befragenden Personen nicht – wie bei hypothestetestenden Forschungsdesigns – schon vor der Datenerhebung festgelegt, sondern im Verlauf des Forschungsprozesses wird auf der Basis der bereits erhobenen und analysierten Daten eine Auswahl des jeweils nächsten Gesprächspartners getroffen. Nach der Analyse des ersten Falles habe ich eine Pflegekraft ausgewählt, die dazu einen Kontrast bilden könnte in der individuellen Betrachtung und Einstellung zur beruflichen Arbeit im Krankenhausalltag.

Zu den Pflegekräften im Forschungsfeld konnte eine gute Basis für die Zusammenarbeit und den kollegialen Austausch über den Pflegealltag aufgebaut werden. Dadurch konnte ich in zahlreichen informellen Gesprächen die Haltungen und Einstellungen einzelner Pflegekräfte zu ihrer beruflichen Tätigkeit und ihrem beruflichen Umfeld kennenlernen. Das machte die Auswahl der ersten Pflegekraft als Gesprächsteilnehmerin leicht, weil es in ihrer beruflichen Einstellung Aspekte gab, die mich irritierten und zu denen ich Genaueres erfahren wollte. Die Suche nach weiteren geeigneten Gesprächspartnern und -partnerinnen gestaltete sich problemlos, da zu den meisten Pflegekräften ein gutes Arbeitsverhältnis bestand und somit auch die Bereitschaft der Pflegekräfte zu einem offenen Gespräch gegeben war.

Für die Gespräche wurde kein Fragenkatalog vorab festgelegt, sondern ein Erzählimpuls zum Einstieg in das Gespräch gegeben, der nach den Herausforderungen des Arbeitsalltags und den persönlichen Umgehensweisen damit fragt. Es ist bedeutsam, welche Faktoren Pflegekräfte benennen und auch, welche Faktoren anscheinend keine Relevanz für sie besitzen. Dadurch wird deutlich, was für sie maßgebend ist und was aus der Perspektive der Pflegekräfte eher nebensächlich.

Die Gespräche dauerten zwischen 60 und 90 Minuten und wurden mit Einverständnis der Gesprächspartner aufgezeichnet und danach vollständig transkribiert. Die Gesprächssituationen waren geprägt von einem offenen und vertrauensvollen Miteinander.

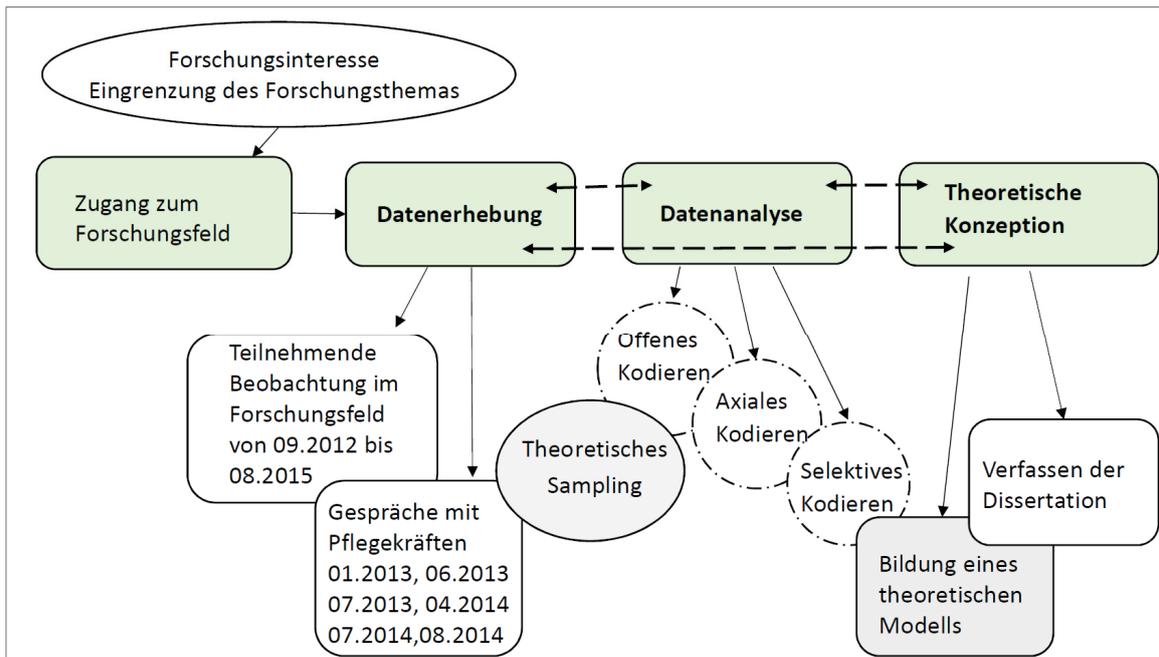
Den Gesprächspartnern wurde vor dem Gespräch das Ziel und die Verwendung der Daten erklärt und ihr Einverständnis zur Verwendung der Daten eingeholt. Ihnen wurde außerdem zugesichert, dass die Gesprächsinhalte anonymisiert werden und in der späteren Veröffentlichung der Forschungsarbeit eine Zuordnung des Gesagten zu konkreten Per-

sonen nicht mehr möglich sein wird. Deshalb werden zum Schutz der forschungsteilnehmenden Personen an dieser Stelle nur ein paar kurze Informationen dazu gegeben.

Insgesamt wurden sechs Gespräche mit drei männlichen und drei weiblichen Pflegekräften mit unterschiedlich langer Berufserfahrung geführt. Die Pflegekräfte arbeiten bzw. arbeiteten in Krankenhäusern mit unterschiedlicher Trägerschaft, sowohl konfessionell, als auch privatwirtschaftlich geführten Häusern. Zum Zeitpunkt des Gesprächs oder bis kurz vorher arbeiteten sie auf den Stationen der Chirurgie, der Inneren Medizin und der Onkologie und ein Gesprächspartner arbeitete auf der Intensivstation. Dabei spielte der medizinische Fachbereich, in dem sich die Pflegekraft befand, eine untergeordnete Rolle. Entscheidend für die Auswahl von Gesprächspartnern als Datenerhebungsfälle waren die Fähigkeit der Gesprächspartner, reflexiv über den Berufsalltag nachdenken und kommunizieren zu können und möglichst unterschiedliche Einstellungen zum Beruf. Dabei wird jeder einzelne Fall als eine eigenständige Untersuchungseinheit betrachtet. Um den Gesprächspartnern größtmöglichen Datenschutz zu gewähren reichen nach meiner Einschätzung die Informationen zu den personenbezogenen Daten der Gesprächsteilnehmer und -teilnehmerinnen aus, weitere individuelle Daten haben keine Relevanz für die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Forschungsverlaufs und der Ergebnisse.

### **4.3.3 Der Forschungsprozess**

Der GTM-Forschungsprozess ist kein Prozess nacheinander abfolgender Arbeitsschritte der Datenerhebung, Datenauswertung und Konzeptbildung, sondern ein spiralförmiger Prozess, bei dem diese Forschungsschritte oft parallel ablaufen. In der folgenden Abbildung werden die überlappenden Forschungsschritte grafisch dargestellt.



**Abbildung 3: Forschungsverlauf**

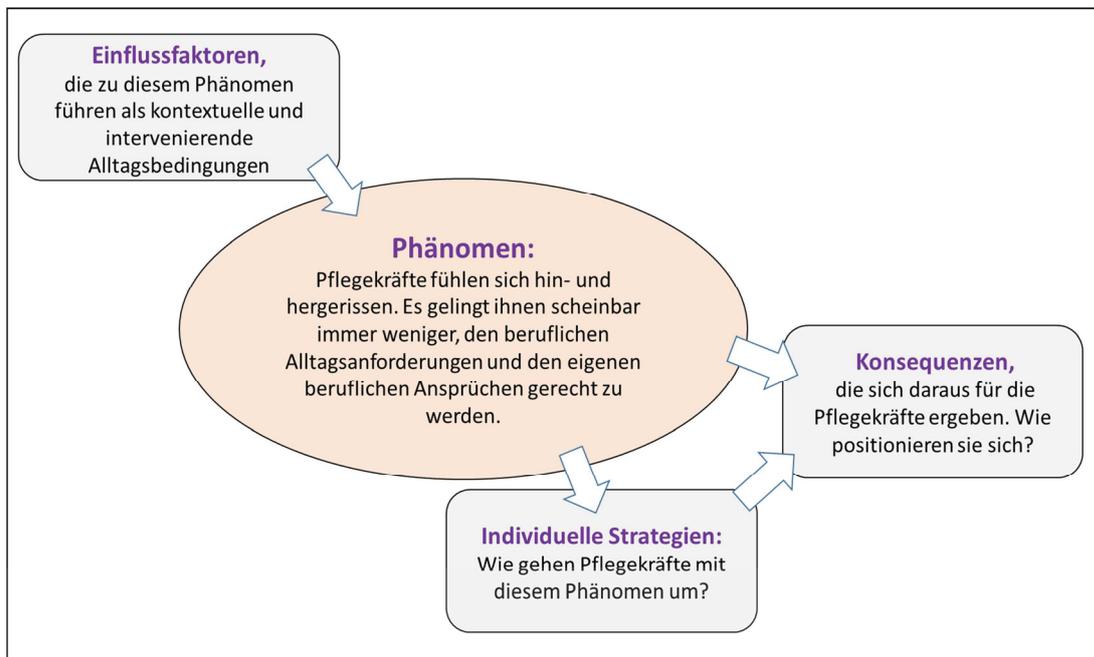
Die Grafik zeigt die unterschiedlichen Elemente der Forschung auf und macht Zusammenhänge und Verflechtungen der einzelnen Forschungsschritte deutlich. Eigene Darstellung.

Wie aus der Grafik ersichtlich, greifen die Datenanalyse, die Datenauswertung und die Theoriebildung in einer zirkulären Bewegung ineinander. Das bedeutet, dass diese Schritte sich überlappen und auch während der Theoriebildung immer wieder auf die erhobenen Daten zurückgegriffen wird. Im Zeitraum der teilnehmenden Beobachtung von September 2012 bis August 2015 wurden nach und nach die Gesprächsteilnehmer nach den obengenannten Gesichtspunkten in die Datenerhebung einbezogen.

Zur Datenanalyse dieser Forschungsarbeit wurden nur die Gesprächstranskripte der Forschungspartner einbezogen und mithilfe der Kodierwerkzeuge bearbeitet. (Die Beobachtungsprotokolle blieben unberücksichtigt). Dabei wurde jedes Transkript einer intensiven Bearbeitung unterzogen, indem das Transkript Zeile für Zeile und Satz für Satz kodiert wurde.

Im Mittelpunkt steht zuerst jeder „Einzelfall“, der analytisch nicht nur rekonstruiert, sondern auf einer höheren Abstraktionsebene analytisch aufgebrochen wird. Die Daten der „Einzelfälle“ werden im Prozess der Datenanalyse ständig miteinander verglichen. Die Sinnzusammenhänge und Bedeutungsgehalte werden mit den Daten jedes weiteren Falles kontrastiert, um Gleiches zu finden und Unterschiede herauszustellen.

Als Werkzeug des Nachdenkens und Analysierens der erhobenen Daten war das folgende Kodierparadigma als heuristisches Modell Ausgangspunkt der Datenanalyse. Es ist angelehnt an das klassische Kodierparadigma von Anselm Strauss.



**Abbildung 4: Kodierparadigma**

Als Heuristik wird bei der Datenanalyse das hier abgebildete Kodierparadigma genutzt. Eigene Darstellung.

Im Mittelpunkt steht das zu erforschende alltagsweltliche Phänomen. Die Bedingungen sind hier nicht in ursächliche, kontextuelle und intervenierende Bedingungen unterteilt, wie im klassischen Kodierparadigma. Gestützt auf die Annahmen von Clarke (vgl. Kapitel 3.6) gehe ich davon aus, dass die in Alltagssituationen befindlichen Bedingungen nicht trennscharf zu unterscheiden sind und alle diese Bedingungen in den Alltagssituationen enthalten sind. Pflegekräfte entwickeln Strategien, um mit diesem Alltagsphänomen umzugehen. Als Konsequenz daraus positionieren sie sich in Alltagssituationen auf unterschiedliche Weise.

Bereits nach dem ersten Gespräch wurden die erhobenen Daten einer intensiven Einzelfallanalyse unterzogen. Das geschieht mithilfe des Kodierens. Am Anfang steht das offene Kodieren. Bei diesem Kodierschritt geht es vorrangig um das Stellen von Fragen an den Text und das Vergleichen von Textstellen. Der transkribierte Text wird sowohl sequenziell, Satz für Satz und im Hinblick auf „besondere“ Begriffe analysiert, und den einzelnen Textfragmenten werden Codes zugeordnet. Dies sind aussagencharakterisierende Begriffe, die entweder aus dem Sprachgebrauch des Gesprächspartners stammen

(In-vivo-Kodes) oder mit einem analytischen Kodennamen versehen werden. Auf diese Weise wird der gesamte Gesprächstext bearbeitet. Ideen und Fragen werden in Memos festgehalten. Das soll im Folgenden anhand eines Beispiels verdeutlicht werden:

<p>Du hast eben schon das Wort Selbstverständnis erwähnt. Das Entscheidende glaube ich ist, dass sich die grundlegende Einstellung zu dem Beruf, meinerseits jetzt zu dem Beruf ja gar nicht geändert hat, sondern eigentlich gehen meine Anforderungen in die gleiche Richtung wie vor zwanzig Jahren, ja, mit Abstufungen aber im Prinzip ist das schon gleich. Das heißt, wir erleben hier eine ganz große Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Und wir konnten früher diesen Ansprüchen mehr gerecht werden. Es wäre ein Unding, zu sagen, nicht <b>richtig</b> faktisch, dass damals alles toll gewesen wäre, „früher war alles besser“, nein auch damals gab es viele Probleme, unbestritten, und vieles hat sich auch zum Positiven geändert, aber dennoch grundsätzlich, ehm, durch die Dinge, die ich eben schon erzählt habe, Arbeitsverdichtung etc, können wir diesen Dingen nicht mehr nachkommen, das Selbstverständnis ist aber geblieben, sodass ich letztlich eine Rolle übernommen habe oder in der Rolle bleiben muss, die mir jetzt eigentlich von Umständen zugeschustert wurde, die mich natürlich unglücklich machen, das muss ich schon sagen, ja, weil ich nicht grundsätzlich dafür da bin, von meinem Selbstverständnis her, Papiere zu bearbeiten, administrative Dinge zu erledigen, die gehören dazu, die mache ich auch an sich nicht ungern aber die gehen eben weg von dem, was eigentlich Krankenpflege für mich bedeutet. Und wenn ich noch den Bogen ein bisschen weiter spanne zu dem was ja mittlerweile Gesundheits- und Krankenpfleger ist, dann sehe ich da diese Rolle hier im Krankenhaus ja schon mal überhaupt nicht erfüllt. Da ist ja wirklich ne Null-Acht-Fünfzehn-Versorgung, die <b>gerade eben</b> die notwendigsten Bedürfnisse im Ansatz erfüllt, aber irgend eine, eine gesundheits- ja ich weiß gar nicht wie ihr das nennt, das müssen die Schüler in der Krankenpflege wissen, ich bin gar nicht so vertraut, weil wir das gar nicht machen, aber da irgendwie Anleitung, Beratung und so was auszufüllen, so was gibt's ja überhaupt nicht.</p>	<p>Berufliches Selbstverständnis unverändert im Zeitverlauf</p> <p>Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch der Berufsausübung und dem erlebten Praxisalltag</p> <p>„Früher“- eigene Ansprüche an die Berufsausübung besser zu verwirklichen</p> <p>Rahmenbedingungen haben sich verändert -</p> <p>eigenes berufliches Selbstverständnis ist gleich geblieben</p> <p>Übernahme einer Berufsrolle in der Praxis - von den Umständen „zugeschustert“</p> <p>Frustration, weil die eigenen Berufsvorstellungen nicht mehr gelebt werden können.</p> <p>Aufgabenprofil entspricht nicht mehr dem eigenen Berufsrollenverständnis</p> <p>Normative Berufsrolle nicht erfüllbar</p> <p>Null-acht-fünfzehn-Patientenversorgung</p> <p>Keine Zeitressourcen für Anleitung und Beratung von Patienten</p> <p>Gespräch 1, Zeile 125-157</p>
--	--

**Memo:**

Das eigene berufliche Selbstverständnis hat sich während der Berufstätigkeit (seit 20 Jahren) nicht verändert. Wodurch wird das berufliche Selbstverständnis geprägt? Sind es moralische Werte? Wird es bestimmt durch die Zeit, die für den direkten Patientenkontakt zur Verfügung steht?

Hat die Pflegekraft heute weniger Zeit für Aufgaben im Praxisalltag, die sie selbst für die wichtigsten pflegerischen Aufgaben hält? Welches sind nach Einschätzung der Pflegekraft die Aufgaben, die sie nach ihrem beruflichen Selbstverständnis als vorrangige Aufgaben der Pflege ansieht?

Die Rahmenbedingungen haben sich deutlich verändert, sodass die eigenen Vorstellungen vom Beruf heute weniger Gestaltungsspielraum geben, die eigenen Berufsvorstellungen im Berufsalltag umzusetzen. Welche Rahmenbedingungen werden genannt?

Was bedeutet Arbeitsverdichtung? Einige Aspekte bereits in der Literatur vorhanden - siehe Problemaufriss.

Welche Rahmenbedingungen hat die Pflegekraft bereits vorher genannt? Was hat sich unter den veränderten Rahmenbedingungen konkret in beruflichen Alltagssituationen verändert? Gibt es dazu im Zeitverlauf der letzten 20 Jahre konkrete Angaben zu Veränderungsprozessen mit zeitlicher Zuordnung? Gibt es unter den Rahmenbedingungen konkrete Aspekte, die schwerpunktmäßig diese Veränderungsprozesse beeinflusst haben?

„Anspruch und Wirklichkeit“: Wessen Anspruch ist gemeint? Der eigene Anspruch? Die normativen Berufsvorgaben? Die Vorgaben der Institution Krankenhaus? Die Erwartungen von Vorgesetzten, Kollegen, Patienten?

Die Diskrepanz zwischen dem eigenen beruflichen Selbstverständnis und dem Erleben bzw. Leb-baren im Stationsalltag wird als größer werdend wahrgenommen. Ist es die Aufgabenausweitung der Pflegekräfte im Berufsalltag? Ist das eigentliche Problem die mangelnde Zeit im Patientenkontakt?

Sind die Ansprüche an die Pflegekraft größer geworden, in Bezug darauf, was eine Pflegekraft tun sollte und/oder wie sie die Aufgaben erfüllen sollte?

Die Pflegekraft ist unglücklich, weil sie sich nicht mehr mit der Berufsrolle in der Praxis identifizieren kann. Welche Auswirkungen hat dieses „unglücklich sein“ auf die Pflegekraft selbst und auf die Erledigung ihrer täglichen Arbeit? Hat das auch Auswirkungen auf das Pflegeteam der Station und/oder auf Patienten?

Die normativen Berufsrollenvorgaben stärken den Bereich von Patientenberatung und Patienten-anleitung. Ein holistischer Ansatz ressourcenfördernder Pflege wurde im Laufe der Zeit stärker fokussiert. Ist dieses normative Berufsrollenverständnis das Problem? Ist die Umsetzung der normativen Rollenvorgaben ein reines Zeitproblem? Vergrößert sich die Lücke zwischen normativen Rollenvorgaben und der erlebten Wirklichkeit im Stationsalltag immer weiter?

So entsteht eine Vielzahl von thematisch breit gefächerten Codes. Durch Gruppierung der Codes, Herausarbeiten von Eigenschaften und Dimensionen werden Kategorien aus den Daten entwickelt. Nach dem offenen Kodieren erhält man also eine Liste von phänomen-relevanten Codes und Kategorien.

Beim axialen Kodieren werden Codes und Kategorien auf eine neue Art und Weise zusammen gesetzt und Verbindungen zwischen den einzelnen Kategorien hergestellt. Damit werden die Daten zu Konzepten verdichtet. Die beiden Kodierprozedere laufen nicht

nacheinander ab, sondern während des axialen Kodierens geht man immer wieder zum offenen Kodieren zurück.

Das dritte Kodierverfahren ist das selektive Kodieren. Dabei wird der rote Faden der Geschichte dargelegt. Die Kategorien und Konzepte werden so angeordnet, dass die zentrale Kategorie als Kernkategorie festgelegt wird und die anderen Kategorien dazu in Beziehung gesetzt werden.

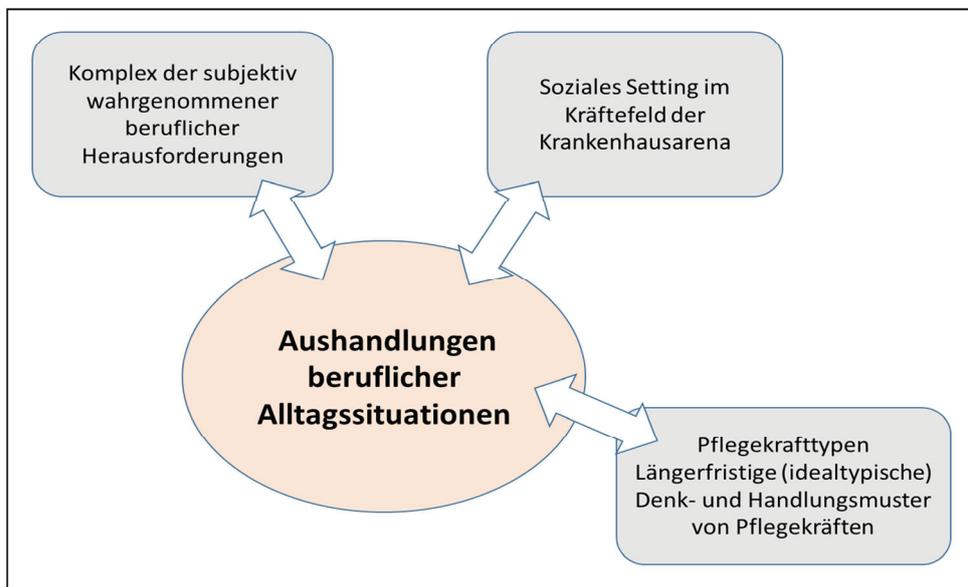
Dieser Prozess des selektiven Kodierens war in meiner Forschungsarbeit der schwierigste Prozess. Nach vielen Kodierprozessen und Kategorienbildungen habe ich mehrere Konzepte auf der Datenbasis begründet erarbeitet und verdichtet sowie Beziehungen zwischen den Kategorien herausgearbeitet. Trotzdem konnte ich über einen längeren Zeitraum die Kernkategorie nicht klar benennen, um die sich die Konzepte anordnen und zu einer theoretischen Konzeption zusammenfügen ließen. Die Zusammenhänge und Schlussfolgerungen waren zwar in meinem Kopf gebildet, aber die Verdichtung zu einer „Geschichte“, zu einem theoretischen Gesamtkonzept, hat einige Zeit in Anspruch genommen. Erst nachdem ich angefangen habe, die Ergebnisse meiner Forschung in der Rohfassung der Dissertation aufzuschreiben, wurde die Kernkategorie klar und die einzelnen Konzepte konnten um die Kernkategorie herum verdichtet und die Zusammenhänge der Konzepte zur Kernkategorie deutlich gemacht werden.

Für die Kreativität im Forschungsprozess, die Entwicklung von Ideen und Zusammenhängen der Daten und Konzepte, ist das Führen eines Forschungstagebuches bedeutsam, um die Felderfahrungen zu reflektieren und ein theoretisches Konzept zu entwickeln. Es ist ein Werkzeug, in dem ich alle Informationen festgehalten habe, die für den Forschungsprozess hilfreich sein könnten. Hier habe ich auch das eigene Vorverständnis zum Forschungsbereich reflektiert, die Forschungsschritte geplant und Analyseteilergebnisse festgehalten.

Während der gesamten Forschungsarbeit habe ich in diesem Forschungstagebuch Memos verfasst. Memos sind Notizen bzw. Protokolle zu unterschiedlichen Aspekten der Forschungsarbeit. Auch persönliche Notizen der Selbstreflexion finden hier ihren Platz. Memos zu den einzelnen Analyse- und Theoriebildungsschritten sind unterstützend und wichtig im gesamten Forschungsprozess. Hier werden möglichst alle Ideen erst einmal festgehalten und manche wieder verworfen. Die Entwicklung des Analyseprozesses der Daten wird durch die fortlaufend erstellten Memos deutlich und kann anhand dessen immer wieder evaluiert, verändert und weiterentwickelt werden.

Ein weites hilfreiches Instrument sind Diagramme, um das Entwickeln und Fortschreiten der Theoriebildung festzuhalten und zu visualisieren. Da ich ein visueller Lerntyp bin, der gerne mit Skizzen und Schaubildern arbeitet und mir dadurch Zusammenhänge von Aspekten, aber auch strukturelle Schwächen der Konzeptbildung besser deutlich werden, habe ich von Anfang an Diagramme erstellt. Diese zeigen die fortschreitende Entwicklung, das Inbeziehungsetzen der Kategorien und Konzepte untereinander, bis hin zur vorläufigen Theoriebildung über den erforschten Phänomenbereich.

Wie in Abbildung 4 aufgezeigt, lehnt sich die Auswertung der Daten an das klassische Kodierparadigma von Strauss an. Um die zunehmende Komplexität und Heterogenität des Berufsalltags von Pflegekräften besser erfassen und darstellen zu können, erfährt die Datenauswertung eine Akzentuierung, hin zur Situationsanalyse. Dabei rücken die Alltagssituationen in den Mittelpunkt der Betrachtung, denn Clarke geht davon aus, dass alle Bedingungen (ursächliche, kontextuelle und intervenierende) in der Situation enthalten sind (vgl. Kap. 3.6). Diese Alltagssituationen müssen permanent ausgehandelt werden und diese Kategorie bildet nach Ablauf der Kodierprozesse die zentrale Kategorie (Kernkategorie), um die die anderen Kategorien in Beziehung gesetzt werden.



**Abbildung 5: Kategorienbildung**

Nach dem Durchlaufen der Kodierprozesse stehen die Aushandlungen beruflicher Alltagssituationen im Fokus, mit denen die anderen Kategorien in Beziehung gesetzt werden. Eigene Darstellung.

Die erste zugeordnete Kategorie ist der Komplex der subjektiv wahrgenommenen beruflichen Herausforderungen. Die Alltagssituationen werden individuell unterschiedlich

wahrgenommen. Viele Alltagsaufgaben werden routiniert abgearbeitet. Von besonderer Bedeutung ist, was als Problem, als Irritation wahrgenommen wird, weil dafür eine Lösung gefunden werden muss, bzw. jeder sich dazu irgendwie positionieren muss. Deshalb sind hier nicht alle situationsrelevanten Bedingungen thematisiert, sondern die als herausfordernd wahrgenommenen.

Nicht nur auf der Individualebene, sondern auch auf der Kollektivebene sehen Pflegekräfte sich im Berufsalltag herausgefordert. Sie thematisieren, wie die Berufsgruppe der Pflege in der „Arena“ Krankenhaus in organisationale Strukturen und Machtverhältnisse eingebunden ist. Sowohl individuell als auch kollektiv müssen Pflegekräfte sich positionieren.

In der letzten Kategorie werden genau diese Aspekte in den Blick genommen. Es geht um die Positionierungen der Pflegekräfte in den täglichen beruflichen Alltagssituationen. Da jede Alltagssituation einzigartig ist, hat sich im Kodierprozess die Verfestigung längerfristiger Denk- und Handlungsmuster als Kategorie verdichtet und wird hier als Pflegekrafttypen beschrieben und mit Daten belegt.

Die drei um die Kernkategorie platzierten Kategorien stehen zur Kernkategorie in einer wechselseitigen Beeinflussung. Die situationsbezogenen Aushandlungsprozesse wirken darauf zurück, was Pflegekräfte in Alltagssituationen als herausfordernd, wahrnehmen, wie sie sich als Berufsgruppe „Pflege“ in der Institution Krankenhaus wahrnehmen und wie sie sich selbst positionieren.

#### **4.3.4 Einbezug von Veränderungsprozessen im Zeitverlauf**

In den Daten kommt oft der Zeitaspekt zum Vorschein: Immer wieder äußern Pflegende, dass sich die beruflichen Alltagsbedingungen auf den Krankenhaus-Stationen verändert haben, teilweise auch in gegenläufige Richtungen, und dass gerade dies zur Herausforderung im Berufsalltag wird, wie zum Beispiel die gegenläufige Entwicklung von normativen Rollenanforderungen und den Möglichkeiten der Berufsausübung im praktischen Berufsalltag. Deshalb macht es Sinn, diese Veränderungsprozesse mit einzubeziehen.

Strauss und Corbin (1996, S. 126 ff.) beschreiben zwei Wege, wie die Prozessaspekte analytisch bearbeitet werden können. Ich bezeichne diese beiden Wege als synchronen

und diachronen Weg. Der synchrone Weg beschreibt den Prozess<sup>12</sup> als Wandel im zeitlichen Verlauf in Stadien oder Phasen. Dieser Weg passt nicht zur Analyse der vorliegenden Daten, weil hier keine Phasen oder Stadien des Prozesses zu identifizieren sind, sondern es um unterschiedliche historische Entwicklungen im Zeitverlauf geht. Deshalb wird hier der diachrone Weg gewählt. Dieser besteht darin, den

„Prozeß als nicht-fortschreitende Bewegung zu konzeptualisieren; d. h. als Handlung/Interaktion, die flexibel ist, im Fluss befindlich, reagibel, mit verändernden Reaktionen auf sich verändernde Bedingungen antwortend.“ (Strauss/Corbin 1996, S. 131).

Die Veränderungen werden über einen längeren Zeitraum betrachtet und Prozessentwicklungen in unterschiedliche, teils gegenläufige Richtungen identifiziert. Erst die Zusammenschau dieser Prozesse macht deren Bedeutung für die Pflegekräfte in ihrem Erleben des Berufsalltags deutlich.

Strauss hat diese Art von Prozess in seiner Studie bearbeitet, die sich mit der Arbeit in Krankenhäusern und mit Arbeitstypen beschäftigt (*The Social Organisation of Medical Work*). Darin zeigt er auf, dass die Arbeit permanent von Veränderungsprozessen beeinflusst wird und ohne den Prozessaspekt nicht angemessen analysiert werden kann. Für Strauss ist diese Prozessform sehr bedeutsam und verleiht der Analyse zusätzliche Dynamik. (Strauss/Corbin 1996, S. 131)

#### 4.4 Exkurs: Kreativität im Forschungsprozess

Die Vorgehensweise der Grounded Theory beinhaltet nicht nur das Anwenden der Forschungsinstrumente, sondern ist auch als kreativer Prozess zu sehen. Im Verlauf der Forschung müssen bei der Datenanalyse und Theoriebildung auch kreative methodologische Schritte erfolgen. Denn „wenn der Künstler in seinem Schaffensprozess keine neue Vision ausbildet, so arbeitet er mechanisch und wiederholt irgendein altes Modell, das wie eine Blaupause in seinem Geist haftet.“ (Dewey 1935, S. 50)

Die GTM ist somit keine Vorgehensweise nach einer Methode, die durch ein Abarbeiten methodischer Regeln zu guten Ergebnissen führt, sondern eine Methodologie, in deren Verlauf kreative Entscheidungsprozesse notwendig sind, um eine Theorie zu generieren. Deshalb ist der Forschungsprozess als kreativer und innovativer Prozess zu verstehen, der

---

<sup>12</sup> Strauss und Corbin definieren den Begriff Prozess so: „Prozess ist das Verknüpfen von Handlungs-/Interaktionssequenzen in ihrer Entwicklung über die Zeit.“ (Strauss/Corbin 1996, S. 131)

die Persönlichkeit und Kreativität des Forschers bewusst einbezieht. Strauss vergleicht den Prozess gerne mit Beispielen des musischen Schaffens (Hildenbrand 1998, S. 13; Vorwort in Strauss 1998) Ich möchte in diesem kleinen Exkurs den kreativen Forschungsprozess mit der Arbeit eines Malers vergleichen:

Stellen Sie sich vor, Sie gehen in eine Kunstausstellung, um sich Bilder anzuschauen. Wenn Sie sich etwas mit Kunst auskennen, werden Sie bemerken, dass jeder Maler eine individuelle Handschrift in seinen Bildern zum Ausdruck bringt. Wenn wir Bilder der Impressionisten betrachten, so stellen wir fest, dass es nicht ihr Ziel war, die Natur möglichst realitätsnah und detailgetreu wiederzugeben, sondern mit künstlerischen Stilmitteln ihren Bildern eine besondere Ausdruckskraft zu verleihen. Dabei entstehen keine naturalistischen Abbildungen, sondern eine Interpretation der Wirklichkeit: Bestimmte Phänomene werden hervorgehoben und andere vernachlässigt, um eine kreative fokussierte Wirklichkeitsinterpretation zu präsentieren. Durch die individuelle Kreativität und Ausdrucksweise bei der Darstellung der Bilder kann man die dem Künstler eigene Handschrift erkennen, jeder Maler bringt seine eigene Persönlichkeit auch in dem ihm eigenen Malstil zum Ausdruck. Die Betrachtung einer Landschaft und die kreative Umsetzung in ein Gemälde kann verglichen werden mit der wissenschaftlichen Umsetzung alltagsweltlicher Phänomene im Forschungsprozess.

Vergleichen wir Bilder von van Gogh, Monet oder Cezanne, wird schnell deutlich, dass jeder Maler den gemalten Wirklichkeitsausschnitt auf eine ihm eigene Art und Weise interpretiert und präsentiert, selbst wenn sie genau den gleichen Wirklichkeitsausschnitt darstellen würden. Van Gogh malt oft mit kräftigen, nebeneinander gelegten Pinselstrichen, während Monet eher weiche Übergänge in seinen Bildern zeigt, typisch in seinen Seerosenbildern. Alle stellen ihre Motive durch ausdrucksstarke Verwendung von Form und Farbe, kombiniert mit interessanten Bildausschnitten, dem Spiel mit Kontrasten, mit Licht und Schatten, der kreativen Anordnung von Bildelementen, auf individuelle kreative Art und Weise dar. Bevor ein Bild entstand, haben sich die Maler oft intensiv mit den gewählten Motiven auseinandergesetzt, sie intensiv beobachtet und erforscht, Vorstudien dazu angefertigt.

Am Anfang stehen die Motivsuche und die Wahl des Bildausschnittes, vergleichbar mit der Wahl des Forschungsbereiches und der Eingrenzung der Forschungsfragen. Ein gut ausgewählter Bildausschnitt trägt erheblich dazu bei, diesen Wirklichkeitsausschnitt für den Betrachter interessant und eindrucksvoll zu präsentieren.

Um ein Bild für den Betrachter interessant zu gestalten, ist auch die Wahl der Perspektive entscheidend. Wenn ein Wirklichkeitsausschnitt gefunden ist, der auf dem Bild präsentiert werden soll, muss der Maler sich entscheiden, aus welchem Blickwinkel er das Motiv zu Papier bringen will. Er kann es aus der Normalperspektive, also auf Augenhöhe malen, aus der Vogelperspektive oder der Froschperspektive. Jede Perspektive gewährt dem Betrachter einen anderen Blick auf das Motiv. Auch in der Forschung ist der Blickwinkel ein entscheidendes Element. Man kann zum Beispiel eher Kommunikations- und Interaktionsprozesse klären, eher die Strukturen, in die Alltagsphänomene eingebettet sind, oder Verlaufsprozesse.

Ein Maler entscheidet sich, mit welchen Werkzeugen bzw. Malmitteln er sein Werk darstellen will. Eine Kohlezeichnung präsentiert einen dargestellten Gegenstand für den Betrachter anders als ein Ölgemälde oder ein Aquarell. Bei einem Aquarell besteht die Faszination darin, dass die wässrigen Farbverläufe oft unvorhersehbare Ergebnisse hervorrufen, da die Farbverläufe nicht unbedingt fest geplant werden können, sondern sich erst während des Malprozesses entfalten. Daraus ergibt sich bis zur Fertigstellung eine gewisse Anspannung und Aufregung, wie das Bild am Ende in seiner Gesamtheit aussehen wird. Es lässt Raum für künstlerische Freiheit, wenn das Motiv nicht unbedingt fotografisch abgebildet werden soll, und damit auch die Möglichkeit der subjektiven Gestaltung und der unerwarteten Entdeckung.

Dabei ist nicht nur entscheidend, was man mit dem Auge wahrnimmt, sondern welchen Eindruck das Motiv auf den Maler macht und wie er es interpretieren will. Wenn zum Beispiel das Licht- und Schattenspiel einer Landschaft besonders beeindruckend ist, gilt es, die Komplexität der Landschaftsaspekte in der bildlichen Darstellung zu reduzieren, um den Eindruck des Lichtes und dessen Wirkung auf den Betrachter durch Farbgebung und Kontrastierung zu erhöhen.

Das „Erlernen“ dieser Maltechniken führt aber nicht automatisch dazu, dass man damit bereits ein ansprechendes Bild herstellen kann, sondern es müssen weitere kreative Arbeitsschritte folgen.

In der Forschung trägt das Erlernen der Kodierverfahren dazu bei, eine Theorie aus den Daten zu generieren. Aber nicht die Technik allein, sondern erst die kreative Handhabung in der Auseinandersetzung mit den Daten führt zu einem guten Ergebnis und damit zur innovativen Theoriebildung. Die einzelnen Arbeitsschritte – das Kodieren, Kontrastieren, Vergleichen und Dimensionieren – gehen dabei ineinander über bzw. werden auch paral-

lel ausgeführt. So geschieht auch in der qualitativen Forschungsmethodologie zugleich eine wissenschaftliche und künstlerische Auseinandersetzung mit dem zu bearbeitenden Wirklichkeitsausschnitt.

Die „Komposition“ nimmt in der Präsentation der Forschungsergebnisse eine zentrale Stellung ein. Genauso wie bei einem Maler die Komposition über den Erfolg oder das Scheitern seines Werkes mitentscheidet, so ist es auch bei der Modellierung und Präsentation der Ergebnisse in einem Forschungsprozess. Die Komposition bestimmt, wie Teile eines Bildes angeordnet werden. Wenn die Bildelemente eher wahllos und zufällig angeordnet werden, wird ein Betrachter kaum Interesse an der Betrachtung eines Bildes zeigen. Wenn aber grundlegende Regeln der Komposition eingehalten werden, kann das Gemälde eine beeindruckende Wirkung hinterlassen. Deshalb braucht jedes Bild einen inhaltlichen „Brennpunkt“, der den Blick bzw. die Aufmerksamkeit auf sich zieht und um den die anderen Elemente des Bildes in Beziehung gesetzt werden. Dazu sind zwei Dinge wichtig: die Schwerpunktsetzung und die Positionierung der restlichen Bildelemente.

Das ist auch bei der Darstellung der Forschungsergebnisse in der Grounded Theory entsprechend so. Anselm Strauss hat ein „Kompositionsschema“ zum Nachdenken über die Analyse und die Anordnung der Forschungsergebnisse vorgelegt, das Kodierparadigma. Als Hauptmotiv rückt hier das betrachtete Phänomen als Kernkategorie in den Mittelpunkt; die anderen Kategorien werden um die Kernkategorie angeordnet und damit in Beziehung gesetzt. Als Darstellungsmittel werden Diagramme benutzt, die dem Betrachter die Zusammenhänge auch visuell verdeutlichen.

Ein wichtiger Bestandteil der Forschungsarbeit ist, wie bereits beschrieben, das Führen eines Forschungstagebuchs. Dort werden unter anderem Modellierungen vorgenommen und Diagramme entworfen, Ideen und Beobachtungen notiert, der Forschungsfortschritt wird sichtbar. Das ist vergleichbar mit den Skizzenbüchern von Malern. In Kunstaustellungen sind manchmal Skizzenbücher bekannter Maler ausgestellt, die Einblicke in die Vorarbeiten der Bildentstehung geben. Darin werden Eindrücke festgehalten, Vorstudien und Skizzen angefertigt, Kompositionsentwürfe, Farbstudien oder andere Übungen, die zur Verfeinerung der Techniken führen, oft mit Bemerkungen des Künstlers versehen. Daraus wird deutlich, wie intensiv der Entstehungsprozess sein kann, bis ein Bild endgültig fertiggestellt wird.

Fazit dieses Exkurses ist, dass es einige Parallelen zwischen der Arbeit eines Künstlers und der eines Forschers in der GTM gibt und dass es Kreativität im Forschungsprozess

braucht, um einen fokussierten Wirklichkeitsausschnitt zu interpretieren und zu präsentieren. In diesem kreativen Prozess kann, wie bei einem Maler, die Forscherpersönlichkeit und dessen Einfluss auf das Endprodukt nicht ausgeklammert werden.

## 5 Darstellung der Ergebnisse

Nach den theoretischen Bezügen und den Aspekten der methodologischen und methodischen Forschungs- und Analyseschritte sollen in diesem Kapitel die Ergebnisse dargestellt werden.

Pflegekräfte sehen sich in ihrem Berufsalltag vielfältigen, komplexen und divergierenden Anforderungen und Herausforderungen gegenüber, mit denen sie sich arrangieren müssen und auf die sie reagieren müssen. Auf Basis der individuellen Situationseinschätzung werden die Alltagssituationen unterschiedlich wahrgenommen und gedeutet. Dementsprechend werden auch die Möglichkeiten und Folgen individuell eingeschätzt und die Handlungen danach ausgerichtet.

Deshalb ist es von Bedeutung, zu erfahren, welche individuellen Situationsdeutungen vorliegen und welche Konsequenzen sich für Pflegekräfte in ihrem beruflichen Alltag daraus ergeben. Aus diesem Grund sollen in der Ergebnisdarstellung die Aussagen der Pflegekräfte selbst breiten Raum bekommen, denn es geht hier vorrangig darum, zu erfahren, wie sie selbst den beruflichen Alltag aus ihrer Perspektive wahrnehmen und deuten. Durch längere Sequenzen aus Gesprächszitaten werden nicht nur Einzelaussagen zum Beleg analytisch erarbeiteter Kategorien und Subkategorien herangezogen, sondern diese auch in größeren Textausschnitten präsentiert, um damit bessere Einblicke in das berufliche Milieu und die soziale Welt der Pflege zu gewähren und die Aspekte im entsprechenden Zusammenhang zu verdeutlichen. In dem analytischen Prozess des Vergleichens der Aussagen aus den Gesprächen mit Pflegekräften werden die unterschiedlichen Sichtweisen deutlich und in vier analytischen Kategorien konzeptualisiert.

Die erste Kategorie zeigt als Komplex der subjektiv der wahrgenommenen Herausforderungen Aspekte auf, die sich aus den individuell wahrgenommenen Alltagsinterpretationen der Gesprächsteilnehmer und –teilnehmerinnen der Interviewgespräche und der vielen informellen Gespräche ergeben haben. Alle Alltagssituationen, die nicht als herausfordernd wahrgenommen werden, arbeiten wir im Alltag routiniert ab. Wenn wir auf Schwierigkeiten treffen, sind wir herausgefordert, reflexiv über Lösungen nachzudenken (vgl. dazu Kapitel 3.1).

Die zweite Kategorie zeigt die soziale Welt der Pflege in der Arena Krankenhaus auf (vgl. dazu Kapitel 3.5). Hier wird analysiert, wie Pflegekräfte sich als kollektiver Akteur in der Krankenhausarena wahrnehmen. Dabei kommen auch die Machtverhältnisse der

Akteursgruppen zur Sprache (vgl. dazu Kapitel 4.4.2). Die Einschätzung der Pflegekräfte, wie sie als kollektiver Akteur im Krankenhaus von den anderen Akteuren „behandelt“ werden, beeinflusst die tägliche Arbeit.

Die dritte Kategorie analysiert, wie Pflegekräfte ihre beruflichen Alltagssituationen aushandeln, sowohl in Bezug auf unterschiedliche Interaktionspartner, als auch intraindividuell. Alle in den jeweiligen Situationen wahrgenommenen Bedingungen und Einflussfaktoren treffen in den Alltagssituationen aufeinander und erfordern permanent Aushandlungsprozesse. So, wie eine Situation individuell wahrgenommen wird, ist sie für diese Person real, auch in den Konsequenzen (vgl. dazu Kapitel 3.4).

Die vierte Kategorie analysiert, welche längerfristigen Denk- und Handlungsmuster bei Pflegekräften vorzufinden sind und wie diese sich konstituieren. Anhand von vier idealtypischen Pflegekraft-Typen werden Unterschiede aufgezeigt, die Einfluss auf die täglichen Situationsaushandlungen haben.

Anmerkungen zur Darstellungsweise der Gesprächsausschnitte:

- Die wörtlichen Zitate aus den Gesprächstranskripten werden *kursiv* geschrieben.
- Die Quellenangaben am Ende des jeweiligen Zitats, zum Beispiel (2/3–8) benennen mit der ersten Ziffer die Nummer des Interviewgesprächs und mit den beiden folgenden Ziffern die Seitenzahlen des Gesprächstranskripts.
- Stark betonte Wörter **fett** gedruckt.
- Pausen werden mit \* gekennzeichnet.
- Ein Gedankenstrich (–) steht, wenn ein Satz nicht vollendet wird oder wenn es in einem zu einem Gedankeneinschub kommt.
- [In eckigen Klammern] stehen Wörter oder Satzteile, die ich zum besseren Verständnis des Inhalts ergänzt habe.
- (In runde Klammern) eingefügte Wörter sind gesprächsbegleitende nonverbale Äußerungen der Gesprächspartner.

## **5.1 Subjektiv wahrgenommene Herausforderungen**

Gestützt auf die Grundannahme, dass die subjektiv erlebten Situationen und die daraus folgenden Konsequenzen für die Personen real sind, beschäftigt sich dieser Ergebnisteil damit, wie Pflegekräfte ihre beruflichen Alltagssituationen wahrnehmen, mit welchen Herausforderungen sie sich in ihrem beruflichen Alltag auseinandersetzen müssen und was sie als belastend oder schwierig empfinden. Dabei werden nicht alle in den Alltagssituationen vorkommende Aspekte dargestellt, sondern nur diejenigen, die sie selbst als herausfordernd erleben, weil genau diese Aspekte auch in den Gesprächen zum Thema gemacht werden.

Die folgende Situationsanalyse greift nicht nur die Alltagssituationen zu einem bestimmten Zeitpunkt auf, sondern umfasst auch die Veränderungsprozesse eines längeren Zeitraumes (vgl. dazu Kapitel 4.3.4). Für Pflegekräfte sind diese Veränderungsprozesse elementar, weil gerade in der teilweise gegenläufigen Entwicklung der Personalmangelsituation und Arbeitsverdichtung Dynamiken entstehen, die als herausfordernd wahrgenommen werden. Diese Veränderungsprozesse werden von den Pflegekräften thematisiert, Herausforderungen werden damit explizit in Verbindung gebracht. Deshalb kann die Analyse herausfordernder beruflicher Alltagssituationen nur in diachroner Darstellung geschehen, die die Veränderungsprozesse der letzten Jahre und die daraus erfolgten Konsequenzen mit einbezieht.

### **5.1.1 Verantwortung: Gewährleistung der Patientenversorgung**

Als erste Unterkategorie kann die Verantwortung der Pflegekräfte zur Gewährleistung der Patientenversorgung benannt werden. Diese Kategorie lässt sich wiederum in verschiedene Teilbereiche untergliedern, die im Folgenden näher dargestellt werden.

#### **5.1.1.1 Der Faktor Personalmangel**

Wie bereits im Kapitel 2 dargestellt, ist die Personalbesetzung in den Krankenhäusern seit Jahren trotz gestiegenen Arbeitsaufkommens eher gleich geblieben und die Forderungen nach mehr Pflegepersonal haben bisher nicht zum Erfolg geführt. Trotz höherer Patientenfluktuation und eines erweiterten Aufgabenspektrums ist der Personalschlüssel bzw. die Personalausstattung des Pflegebereichs in den Krankenhäusern nicht angepasst worden. Aufgrund der überdurchschnittlich hohen krankheitsbedingten Personalausfälle im Bereich des Pflegepersonal (BKK Gesundheitsatlas 2017) sind die Stationen personell

oft unterbesetzt, weil meistens nicht alle auf dem Dienstplan stehenden Personen zum Dienst erscheinen. Trotzdem müssen alle anfallenden Arbeiten zeitnah erledigt werden, da sie meist nicht auf Folgetage verschoben werden können. Eine Stationsleitung einer großen chirurgischen Station sieht das als eine der stärksten Herausforderungen im Pflegealltag:

*Die besondere Herausforderung – hm – schon alleine, dass der Dienst gewährleistet ist, das heißt, dass du genug Leute hast, die den Dienst überhaupt machen können. Weil wie oft ist es so, dass du zum Dienst kommst, normalerweise war es super geplant, dann kriegst du nen Anruf, eine Krankmeldung und dann stehst du da. Du weißt, wie viele Pflegepatienten du hast, wie viel du machen musst, dann kommen noch die Ärzte auf dich zu, die kommen natürlich dann auch noch mit ihren Wünschen, die Angehörigen, die sich dann darüber beklagen, dass vielleicht gerade an **diesem** Tag vielleicht eine Antwort nicht ausreichend war, sondern sie hätte ein bisschen umfangreicher sein können und dann hast du wie so einen kleinen Stapel, es stapelt sich, es stapelt sich, es stapelt sich – dann gehst du nach Hause und dann hast du den Stapel – und dann denkst du, hast du alles von diesem Stapel abgearbeitet oder hast du was vergessen? Du hast den Stapel im Kopf, weil du arbeitest ja alles nacheinander ab, du weißt ganz genau, okay, morgens früh, den müssen wir waschen, den müssen wir waschen, das müssen wir machen, jenes müssen wir machen. Du arbeitest das ab, dann weißt du, Nummer eins ist erledigt. Dann zwischendurch kommen noch Hunderte von Anrufen aus allen verschiedenen diagnostischen Abteilungen, das muss gemacht werden, hier brauchen wir noch ein Labor, hier brauchen wir noch eine Kontrolle, zusätzlich noch die Ärzte. Das heißt, dieser Zettel, dieser Stapel vergrößert sich und du arbeitest nacheinander alles ab und zum Ende des Dienstes weißt du ganz genau, okay [der Stapel] ist kleiner, aber hast du auch wirklich alles gemacht? (5/6–28)*

Dieser Gesprächsausschnitt zeigt auf, wie herausfordernd die befragte Person es wahrnimmt, alle Anforderungen für alle Beteiligten möglichst zur Zufriedenheit zu erfüllen, an alles zu denken, nichts zu vergessen und alle nicht erledigten Aufgaben an das Personal der folgenden Schicht weiterzugeben. Die Arbeitsanforderungen summieren sich und werden im Laufe des Arbeitstages zu Stapeln im Kopf, die abgearbeitet werden müssen. Oft wird dieser Stapel im Kopf mit nach Hause genommen und wirkt dort als Belastungsfaktor nach. Dieser Stapel von Arbeit muss durch das in der jeweiligen Schicht anwesende Personal bewältigt werden.

Zum Pflorgeteam gehören nicht nur examinierte Pflegekräfte, sondern auch Pflegekräfte in Ausbildung sowie Praktikanten und Praktikantinnen. Außerdem werden Arbeiten an Servicekräften oder ehrenamtliche Helfer und Helferinnen abgegeben, zum Beispiel den Pati-

enten das Essen zu bringen und je nach Erfordernissen auch das Essen anzureichen. Dieser Personalmix bringt zusätzliche Arbeitsbelastung, weil es dadurch viele Schnittstellen gibt und vermehrte Absprachen nötig werden. Letztendlich übernimmt aber die Pflegefachkraft die Verantwortung dafür, dass alle Aufgaben fachgerecht und angemessen erledigt werden. Sie muss zusätzlich zu der Einteilung und Bewältigung der anfallenden Aufgaben die Beaufsichtigung der zugeordneten Arbeitskräfte im Pflorgeteam übernehmen. Dies beschreibt sie wie folgt:

*Und jetzt sagen wir mal, wir haben eine Station von 42 Betten. Wenn wir normal besetzt sind, haben wir drei Examierte plus Praktikanten und Schüler und jetzt in diesem breiten Spektrum hast du jetzt nicht nur einen Praktikant, du hast die Kontrolle über einen Praktikanten. Es ist ein Praktikant, er weiß nicht alles, manch einer fragt dich, manch einer geht und macht. Das heißt, du musst ihn im Auge behalten, nicht dass der Praktikant irgendwo hinläuft und irgendwas macht, was er nicht machen darf, das machen die nämlich auch gerne, die übersteigen ihre – also sie übertreten ihre Kompetenzen. (5/275–281)*

Die examinierte Pflegekraft trägt die Verantwortung dafür, dass Praktikanten und andere Hilfskräfte nur Arbeiten ausführen, die in deren Kompetenzbereich liegen. Es gibt Vorbehaltsaufgaben für examinierte Pflegekräfte, für die eine Fachausbildung erforderlich ist, zum Beispiel die Arztvisite zu begleiten, Umgang mit Infusionen, Patienten und Patientinnen nach Operationen aus dem Aufwachraum abholen, die Organisation des Stationsablaufs oder die Dienstplangestaltung. Diese Vorbehaltsaufgaben dürfen nur von den examinierten Pflegekräften übernommen werden; als Konsequenz sinkt die Zeit, die für Pflegeaufgaben am Patientenbett übrig bleibt. Die befragte Pflegekraft erläutert, dass die Patientenbegleitung und pflegerische Aufgaben am Patientenbett einen wichtigen Stellenwert in der Berufsausübung haben sollten, aber aufgrund arbeitsbelastender intervenierender Situationsbedingungen kaum noch leistbar sind. Aus ihrer Perspektive ist die Zeit viel zu gering,

*also überhaupt ja den Kontakt aufzunehmen, den Patienten zu sehen, und entsprechend natürlich auch andere Dinge zu berücksichtigen, also sprich Körperlichkeiten, also mehr wieder diagnosebezogen, oder natürlich andere Dinge wie den Hautzustand beobachten oder andere Dinge. Aber wichtig ist natürlich überhaupt erst mal die Kontaktaufnahme, das ist das A und O für mich und daran scheitert's ja momentan absolut, also zumindest bei den examinierten Kräften. (1/20–27)*

Die alltäglichen Arbeitsbedingungen führen dazu,

*dass der Anteil der direkten Pflege für das examinierte Personal drastisch gesunken ist, [...], dass ich diesen Aufgaben überhaupt nicht mehr nachkommen kann und dass letztlich Mitarbeiter betraut sind mit der Versorgung von Patienten, die dem aus dem Ausbildungsstand überhaupt nicht gewachsen sein können [...]. (1/37–47)*

Diese Prozedere sind gängige Praxis und gehören im Stationsablauf zum „normalen Alltag“. Die Pflegedirektorin eines Krankenhauses nimmt dazu Stellung und sagt, es gehe schon lange nicht mehr darum, die Wünsche der Patientinnen und Patienten zu erfüllen, sondern darum, möglichst Schaden von ihnen abzuwenden. Eine Pflegekraft kommentiert diese Aussage so:

*Ich kann nicht mehr sicherstellen, dass der Patient seine Sondenkost bekommt. [...] Also so Wünsche erfüllen – aber ist das ein Wunsch, dass ich essen darf –, nee, das sind Grundvoraussetzungen. Es ist vielleicht ein Wunsch: „Och können Sie mir vielleicht mal ne Blumenvase bringen.“ Das kann ich ja vielleicht wieder an eine Servicekraft abgeben, aber unsere Aufgabe, den Patienten sicher, sauber und satt zu haben, ich glaub, das wird schwierig, – oder, ich seh das als schwierig an an einigen Stellen. [...] Zum Beispiel wenn aufgrund von Personalmangel der OP-Plan nicht mehr eingehalten werden kann und ich eine dringend notwendige OP auf den anderen Tag verschieben muss und dadurch der Patient in seiner Sicherheit gefährdet ist, oder in seinem Outcome vielleicht auch noch was weiterzuleben, gefährdet ist. (2/991–1008)*

Übereinstimmend wird das Problem der Personalunterbesetzung von allen Pflegekräften wahrgenommen und als dringend verbesserungsbedürftig angesehen. Jedoch gibt es auch die übereinstimmende Einschätzung, dass die defizitäre Personalbesetzung nur ein Problem ist, durch dessen Behebung allein sich noch keine zufriedenstellende Arbeitssituation herstellen ließe. Dies beschreibt eine Befragte folgendermaßen:

*Also es ist immer – man kann manchmal mit weniger [Personal] mehr[erreichen], das hängt ja von vielen Faktoren ab, es hängt ja wirklich nicht nur vom Personalschlüssel ab. Klar, es gibt immer Unzufriedenheit und im Hintergrund steht: „Na, heute sind wir noch einer weniger und noch weniger, wie soll man das umsetzen? Wie viel private Zeit will ich noch investieren oder wie viel meiner eigenen Zeit **opfer** ich“, wie viele sagen. (4/487–491)*

### 5.1.1.2 Der Zeitfaktor

In Kombination mit den Aspekten des Personalmangels als Herausforderung bzw. als belastender Faktor im Pflegealltag spielt auch der Zeitfaktor eine wichtige Rolle. Zur Gewährleistung der Patientenversorgung gehört nicht nur, dass alle anfallenden Aufgaben

mit dem vorhandenen Personal erledigt werden müssen, sondern auch in der zur Verfügung stehenden Zeit. Diese beiden Faktoren stehen im unmittelbaren Zusammenhang und beeinflussen die Arbeitsmotivation. Im folgenden Gesprächsausschnitt wird deutlich, wie stark die knappe Personalausstattung und der daraus resultierende Zeitmangel den Arbeitsalltag beeinflussen.

*Das macht mir keinen Spaß mehr. Nee. Also unter den Bedingungen, wie sie sind, macht's mir keinen Spaß mehr. Heute der Tag, da waren ganz andere Bedingungen, das war ja völlig anders, wir waren drei Examinierete mit drei fähigen Schülern, das war cool, das hat Spaß gemacht. Unter solchen Bedingungen habe ich Spaß am Arbeiten. Man hat gemerkt, alle waren viel lockerer, entspannter, weil keiner so wirklich Stress hatte, alle waren ein bisschen ruhiger und man hatte Zeit, man hat alles in Ruhe gemacht, wie ich ja schon erzählt hatte, das kannst du nicht vergleichen mit den anderen – also mit den meisten anderen Tagen, an denen du unter Hochspannung stehst und zacki-zacki machen, das sind keine schönen Tage. Nee, so hab ich mir das nicht vorgestellt, ganz ehrlich, so möchte ich nicht arbeiten. (6/56–66)*

Durch den erheblichen Zeitdruck, bedingt durch die knappe Personalbesetzung und die Stapel von anfallenden Aufgaben, arbeiten Pflegekräfte oft unter Hochspannung und stehen unter Dauerstress:

*Dieser Beruf ist nicht – zeitlich – ich weiß nicht, wie soll ich das sagen – Zeit darf nicht die Hauptrolle spielen in diesem Beruf. Weil manchmal schafft man das auch eher oder es ergeben sich Situationen, aber diese Zeitrolle, die übernimmt diesen Beruf, und das ist schade. (4/439–442).*

Weil die Zeit für die Erledigung aller anfallenden Aufgaben sehr knapp ist, empfinden Pflegekräfte es umso ärgerlicher, Zeit für die Erledigung von Aufgaben zu verbringen, die wenig mit den eigentlichen Aufgaben der Pflege zu tun haben, da diese Zeit dann am Patientenbett fehlt. Das entspricht nicht ihren Vorstellungen von einer guten Pflegearbeit im Sinne der Patientenversorgung und -fürsorge,

*weil die Zeit ja noch nicht mal da ist für die grundlegenden Sachen, geschweige denn, dass ich weiter hinausblicke, weil die Zeit am Patienten viel zu gering ist, weil die ausgefüllt wird mit Administration und ich weiß nicht mit was für Dingen. (1/161–164)*

Durch die Zunahme von organisatorischen und administrativen Aufgaben für examinieretes Pflegepersonal reduziert sich deren Zeit für Tätigkeiten am Patientenbett eklatant. Eine Pflegekraft stellt den Bezug zu den Ergebnissen des Pflege-Thermometers her (vgl.

Kapitel 2.1.3), speziell zum Zusammenhang zwischen dem Zeitmangel und der Patientenunterversorgung:

*Wenn ich mir ein Pflege-Thermometer [Forschungsstudie] angucke, wenn dann gesagt wird von Pflegekräften, dass bei – ich glaube, es sind knapp 70 % – kann nicht mehr eine Mundpflege durchgeführt werden, [...] weil einfach keine Zeit da ist. [...] Oder ich kann dem Patienten – das finde ich ja noch viel schlimmer – ich kann nicht mehr sicherstellen, dass der Patient seine Sondenkost bekommt. (2/983–992)*

Im Pflegeberuf ist eine hohe Flexibilität die Arbeitszeit betreffend notwendig, nicht nur bei der Kompensation von Personalausfällen, sondern auch bei Pausenregelung und Dienstzeitende. Während der Arbeitszeit ist es in den vorgesehenen Pausenzeiten oft nicht möglich, diese auch als arbeitsfreie Zeiten zu gestalten. Pflegekräfte müssen öfter ihr Frühstück unterbrechen, um zeitnah auf Patienten klingeln zu reagieren, Anrufe entgegenzunehmen, um Patienten und Patientinnen zu Untersuchungen oder zum OP zu bringen, um Fragen anderer Personengruppen zu beantworten oder bei der Arztvisite mitzugehen. Wenn das Arbeitsaufkommen bei Schichtwechsel hoch ist, wird erwartet, dass sie ihre Arbeitszeit verlängern, um gemeinsam mit den Kollegen und Kolleginnen der folgenden Schicht noch ein paar Aufgaben abzuarbeiten. Eine strikte Einhaltung der Arbeitszeit, d. h. das Verlassen der Station bei regulärem Ende der Arbeitszeit, kann zu einer Abmahnung durch den Arbeitgeber führen, wenn wichtige Aufgaben noch nicht erledigt worden sind.

### 5.1.1.3 Nachwuchsbildung

Nicht nur für die Patientenversorgung ist die Zeit knapp, sondern auch für die Anleitung der Auszubildenden (in den Zitaten als „Schüler“ bezeichnet). Dabei ist es elementar, dass Auszubildende fachliche Anleitung im praktischen Pflegealltag bekommen, damit sie lernen, die theoretisch erarbeiteten Fachinhalte in die Praxis umzusetzen und fachkompetent durchzuführen. Dies wird im folgenden Gesprächsausschnitt beschrieben:

*Dann hast du noch den Schüler, der dann zu dir kommt und sagt: „Ich hätte gerne ...“ oder „Ich möchte dies oder jenes sehen.“ Wenn sie das sagen, finden wir das toll, aber wenn sie es nicht sagen, sondern einfach hin und her laufen, dann kann es einfach passieren, dass dir so ein Schüler manchmal entgeht. Weil wenn er die Arbeit verrichtet innerhalb seiner Kompetenzen, dann arbeitest du sogar alles drum herum ab und dann, irgendwann mal am Ende der Schicht, sagst du: „Oh mein Gott, ich hab doch den Schüler.“ Dann bist du **so** in deiner Arbeit, **so** in dieser Tätigkeit, dass du wirklich in jedem Moment*

*vergisst, dass du einen Schüler hast, den du anleiten sollst, zum Beispiel. Das kann wirklich sehr oft passieren. Oder wenn du einen Verband schnell machen musst, du weißt, morgens früh weißt du, du hast den Schüler, du gehst schnell, machst den Verband, damit du zur nächsten Aufgabe gehen kannst, kaum hast du den Verband fertig, (stöhnt) – Schüleranleitung – du hättest den doch mit ihm zusammen machen können. Das ist – das sind so – so Sachen, die dann einfach manchmal schon entgehen, weil du so einen Zeitdruck hast. (5/281–294)*

Seitens der Praxisanleiter (Pflegerkräfte mit spezifischer Weiterbildung zur Anleitung von Auszubildenden) wird die Rolle der examinierten Pflegekräfte als Mentoren in der Nachwuchsbildung als sehr wichtiger Faktor gesehen. Auch hier spielt der Zeitfaktor eine entscheidende Rolle. Denn um Auszubildende zu fördern, muss eine Pflegekraft Zeit mit ihnen verbringen, Aufgaben mit ihnen zusammen erledigen, Pflege Techniken vormachen, erklären und Durchführungen anleiten. Da im Stationsalltag meistens hoher Zeitdruck besteht, können anfallende Aufgaben oft nicht gemeinsam mit den Auszubildenden bearbeitet werden und eine adäquate Praxisanleitung fehlt, wie eine Pflegekraft im Gespräch ausführt.

*Wenn ich nicht den Kontakt zum Schüler habe, wenn ich nicht mit ihm arbeiten kann, dann kann ich ihm auch nichts zeigen, dann kann ich nicht seine Bedürfnisse wirklich sehen und dann kann ich natürlich erst recht nicht die Weichen stellen für ne Zukunft, dass er weiter voranschreitet und sagt, das ist der Job, den er dem entsprechend gewählt hat. (1/288–293)*

### **5.1.2 Berufsrollenambivalenz**

Die Datenanalyse zeigt, dass Pflegekräfte es neben dem Personal- und Zeitmangel als herausfordernd empfinden, mit den Ambivalenzen der Berufsrolle umzugehen. Es gibt Widersprüche zwischen den normativen Rollenvorgaben, den Rollenanforderungen im berufspraktischen Alltag und den individuellen Berufsrollenvorstellungen. Dieses Spannungsfeld soll im Folgenden in seiner Alltagsrelevanz aufgezeigt werden.

Dabei können manche Aspekte nur deutlich werden, wenn die historische Entwicklung des Pflegeberufs mit einbezogen wird, wie sie in Kapitel 2.3 dargestellt wurde. Die Berufsrolle hat im historischen Verlauf einige Wandlungen vollzogen. Es hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen hin zu einem ganzheitlichen Ansatz der Patientenversorgung. Während in der Medizin ein eher naturwissenschaftliches defizitorientiertes Menschenbild vorherrscht, betrachtet die professionelle Pflege den Menschen ganzheitlich, neben den physischen auch psychische und soziale Aspekte. Zu den Pflegeaufgaben gehört da-

her nicht nur die Kompensation krankheitsbedingter Defizite, sondern auch die Förderung der Gesundheit des Menschen in allen Bezügen.

Diese Aspekte haben auch Einzug in das Krankenpflegegesetz gehalten. Wichtige Aufgaben sind demzufolge präventive, rehabilitative und palliative Aufgaben, Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses sowie Beratung, Begleitung und Einbeziehung der Patienten und Patientinnen in diesen Prozess. Diese Aufgaben bilden das Spektrum der pflegerischen Tätigkeiten, was sich in den Ausbildungszielen des zurzeit gültigen Krankenpflegegesetzes von 2003, in Kraft getreten 2004 (BMJV 2003), als Aufgabenprofil zeigt. Paragraph 3 des Gesetzes listet die Ziele der pflegefachlichen Ausbildung auf, eine Übersicht über die Tätigkeiten von Gesundheits- und Krankenpflegern und -pflegerinnen nach der Ausbildung:

Die Ausbildung [...] soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege [...] ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen [...].

Die Ausbildung [...] soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:

- a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
- c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
- d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,

2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:

- a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
- b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
- c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,

3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

Das Ziel der beruflichen Bildung ist, Pflegekräfte zu einer Handlungskompetenz zu befähigen, die sich aus fachlichen, kommunikativen, sozialen und personalen Kompetenzen zusammensetzt. Hier besteht jedoch das bereits erwähnte Spannungsfeld aus drei divergierenden Feldern: Die normativen Vorgaben, vor allem durch Berufsgesetze (Krankenpflegegesetz mit der Ausbildungs- und Prüfungsordnung), zeigen auf, welches die Aufgaben einer Pflegekraft im Pflegealltag sind. Davon abweichend und manchmal im Widerspruch dazu steht das, was im praktischen Berufsalltag in der Ausübung und Gestaltung der Berufsrolle möglich ist. Dazu kommt als Drittes die Vorstellung, die eine Pflegekraft persönlich von der Alltagsgestaltung dieser Berufsrolle hat.

#### **5.1.2.1 Normative Vorgaben**

Das zurzeit gültige Krankenpflegegesetz weist im Vergleich zum vorangegangenen Gesetz dem Bereich der Patientenberatung einen höheren Stellenwert zu, was sich auch im Lehrplan zur Berufsausbildung niederschlägt. Hier wird der Fokus neben der Kuration auf Prävention und die Unterstützung der Selbstpflegekompetenz und Selbstfürsorge der Patienten und Patientinnen gelegt. Dazu ist es notwendig, diese in den Pflegeprozess einzubeziehen, sie gut zu informieren und zu beraten, was von institutioneller Seite für sie getan werden kann und was sie selbst zu ihrem Heilungsprozess beitragen können. Sie brauchen Anleitung zu prophylaktischen Maßnahmen, zum Beispiel wie sie selbst mit entsprechenden Übungen einer Thrombose vorbeugen können. Jeder Patient soll in seiner individuellen Krankheitssituation wahrgenommen werden und individuelle Unterstützungsleistungen bekommen. Der Pflegeprozess sollte individuell geplant werden und Folgendes beinhalten: Pflegeprobleme und individuelle Ressourcen des Patienten erkennen, Pflegeziele festlegen, individuell angepasste Pflegemaßnahmen planen und umsetzen und diesen Prozess evaluieren. Das macht die pflegerischen Anforderungen komplex und die Umsetzung der individuellen Pflegeprozesse zeitaufwendig.

#### **5.1.2.2 Berufsrolle im Stationsalltag**

Die normativen Vorgaben können in der Praxis oft nur eingeschränkt umgesetzt werden. In Relation zur Stationsbesetzung betrachtet (zum Beispiel einer Station mit 40 Patienten, im Frühdienst besetzt mit drei oder vier Pflegekräften und pflegerischen Hilfskräften) und der immer knapper werdenden Zeit für den direkten Patientenkontakt ist eine adäquate

Umsetzung dieses Pflegeprozesses kaum realisierbar, insbesondere die Einbeziehung der Patienten und Patientinnen in diesen Prozess.

Auf die Frage zu den Anforderungen an die Berufsrolle im Praxisalltag äußert sich eine Stationsleitung zur zunehmenden Komplexität von Alltagssituationen wie folgt:

*Es kommt immer mehr dazu, also es ist jetzt nicht mehr so – wir sind jetzt nicht mehr in diesem Nonnenalter, sag ich mal, wo wir wirklich nur gepflegt haben. Wir waren sozusagen die hilfreiche Hand und wir pflegen nur und sonst nichts – interessiert uns nichts, wir reichen die Tabletten an und sonst interessiert uns eigentlich nichts. Ahm, ich finde, das ist alles sehr viel breiter jetzt. Also wir haben – einmal schon alleine – wir müssen wissen, was wir machen. Wir machen ne Planung, wir pflegen, aber wir müssen wissen, warum wir **so** pflegen und nicht anders, was machen wir überhaupt damit, was bezwecken wir damit? Das heißt, es ist nicht mehr so, dass wir dem Arzt alles überlassen, sondern wir sind jetzt zuständig dafür, dass der Patient schnellstmöglich in die Genesung kommt und dass er schnellstmöglich entlassen wird. Das heißt, der Arzt, der macht seine OP und für ihn ist die Sache erledigt. Und dann kommen wir ins Spiel. Wir müssen uns mit ihm [dem Patienten] unterhalten, wie ist seine seelische Verfassung, kann er jetzt aufstehen, will er jetzt aufstehen, fühlt er sich dazu bereit – diese Motivation, die wir machen müssen – dass er aufsteht, dass er nach der OP aufsteht, dass er keine Angst hat, aufzustehen, dann weiter in der Motivation, dass wir ihm geben Stärkung, dass er nicht bei jedem Zwicken glaubt, oh Gott, es könnte sein, dass irgendwas an der Narbe ist, sondern dass man ihm alles wieder erklärt, was überhaupt gemacht wurde, warum dieses Zwicken ist. Weil, in diesen Momenten ist der Arzt ja nicht da, der ist innerhalb von fünf Minuten aus dem Zimmer verschwunden, der kommt nicht für jedes Zwicken ins Zimmer und erklärt ihm, warum es zwickt. Der kommt nicht, sag ich mal, zu jeder Mahlzeit und erklärt dem Patienten, warum er – sag ich mal – diese Mahlzeit zu sich nehmen muss. Und wir wissen ja ganz genau, der Patient möchte das nicht nur einmal erklärt haben, der möchte das vielleicht mal öfters hören, weil er vielleicht heute Morgen das mit dem Ohr gehört hat und eigentlich total durch den Wind war, weil so viele Informationen auf ihn zukamen, dass er dich noch mal mittags das gleiche fragt, dann must du ja noch mal erklären. Dann dieses – nicht Waschen, aber dieses Anleiten – man leitet jetzt den Patienten zu allem an, man versucht immer wieder, dass er eigentlich selbstständig wird. Die werden ja hier so schnell wie möglich entlassen, die Patienten, es wird nicht hier gewaschen, gebadet bis zum geht nicht mehr, sondern der Patient wird operiert und soll schnellstmöglich wieder entlassen werden – und schnellstmöglich am besten noch nach Hause entlassen werden, dass nur, sag ich mal, ein Pflegedienst kommen kann, damit er **selbstständig** bleibt. Und das ist ja genauso wie mit der Stomaversorgung, mit der AP-Versorgung, ja, die Wundmanagerin zum Anleiten, die kommt einmal*

*vielleicht am Tag, aber nicht jeden Tag. Die kommt vielleicht drei Mal und wer macht das außerhalb? Wir. Das heißt, wir sind immer wieder da und leiten den Patienten an – wie muss er das machen – wann muss er das machen. Nahrung, Ernährung – da kommt die Diätberaterin einmal und erklärt ihm, was er zu essen bekommt oder was er am besten essen darf und was er nicht darf oder was passiert, wenn er dies und jenes isst. Ja, sie erklärt ihm das einmal, hinterlässt ihm eine Broschüre und wir sind dann da. Wir sind dann wieder da, wo wir ihnen erklären, warum es so ist und vielleicht, dass er das ausprobieren kann, dass es nicht richtig ist, dass er es ganz lassen soll, er kann's ja ausprobieren, man muss ja alles ausprobieren, nur nicht alles zusammen. Ne, also das sind so Sachen, die – auf die wir dann wiederum eingehen müssen, weil – haben wir einen dementen Patienten mit ner Weglauftendenz, der Arzt läuft nicht hinter ihm her, sondern wir. Haben wir einen Patienten, der schreit, der sich wehrt, der aus dem LVR- Klinikum [Psychiatrie] kommt, dann können wir den Arzt zehnmal anrufen, was macht der denn? Der kommt und sagt: „Ja, was soll ich machen, der muss hierbleiben.“ Und das heißt, **wir** haben den Patienten. (5/219–264)*

Der Pflegeberuf hat sich weiterentwickelt; die Aufgaben der Pflegekräfte haben sich ebenso verändert. Der Gesprächsausschnitt zeigt die Komplexität der Aufgabenstellung auf, die sich nicht mehr mit der Berufsausübung früherer Zeiten vergleichen lässt. Die Pflegekraft spricht die Planungsaufgaben an, präventive und rehabilitative Aufgaben, Patientenmotivation, psychosoziale Patientenbegleitung und Kompensation von Aufgaben anderer Berufsgruppen in deren Stationsabwesenheit. Der Gesprächsausschnitt zeigt den hohen Aufwand des Pflegepersonals an Patientenversorgung und -unterstützung im Genesungsprozess sowie einzelne Aspekte der normativen Rollenanforderungen in Bezug auf Patientenfürsorge in der praktischen Umsetzung. Neben diesen patientenbezogenen Aufgaben benennt das Gesetz als pflegerische Aufgaben unter anderem die Mitwirkung bei qualitätssichernden Maßnahmen und bei Diagnostik und Therapie, die durch Zertifizierungsvorgaben und durch Ausweitung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten eine stärkere Gewichtung bekommen.

Die oben ausgeführte Entwicklung der normativen Berufsrolle bzw. deren Transfer in den Berufsalltag kommt in der Praxis nur schleppend an. Dies hat unterschiedliche Gründe: Auch hier spielt Zeitmangel eine Rolle, dass Vorgaben nicht umgesetzt werden, zum Beispiel das Beraten und Anleiten von Patienten und Patientinnen oder banale Verrichtungen wie die fachgerechte Händedesinfektion. Es wird von Pflegekräften so eingeschätzt, dass die Möglichkeiten zur Umsetzung der Vorgaben der Berufsausübung in der Praxis nicht gegeben sind.

*Ich sehe natürlich, Beraten und Anleitung, wie du sagtest, diese Akademisierung in der Pflege, die ich grundsätzlich auch befürworte natürlich, aber ich bin da sehr praxisbezogen, was das betrifft und sehr pragmatisch auch, aber das nützt mir **alles** nichts, diese Bestrebungen, wenn ich es in der Praxis nicht so umsetzen kann, und mit der Praxis meine ich konkret halt in der Klinik. An den Hochschulen mag das anders aussehen, das ist sicherlich wichtig, dass es da vorangeht, ich bin auch froh, dass das passiert, aber es geht im Endeffekt an der Praxis vollkommen vorbei. [...] Die Inhalte, die vermittelt werden, die Lehrmeinungen, die vertreten werden, die letztlich in der Praxis ja keine Umsetzung finden und das ist ja schon bei auch da wieder den kleinsten Sachen so, das ist die Händedesinfektion. Alle wissen, dass die Händedesinfektion dreißig Sekunden dauert, bis es trocken ist, und nicht zehn Prozent halten sich da dran. (1/223–241)*

Die Pflegekraft ist der Auffassung, dass eine Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben im Praxisalltag nicht realisierbar ist und dass Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten eher gering sind. Geht man der Frage nach, warum zum Beispiel die Händedesinfektion nicht wie vorgeschrieben durchgeführt wird, kommt von vielen Pflegekräften die Antwort, dass dies zu viel Zeit in Anspruch nimmt und dann das Arbeitspensum nicht zu schaffen sei. Noch problematischer ist es mit der Umsetzung neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis. Seitdem der Bereich pflegewissenschaftlicher Forschung zunehmend neue praxisrelevante Erkenntnisse patientenversorgungsbezogener Forschungen bereitstellt, wird diskutiert, wie diese Erkenntnisse in den Praxisalltag Einzug halten könnten, bisher mit unbefriedigenden Transferprozessen.

Einerseits sind es Rahmenbedingungen, die die adäquate Erfüllung der Rollenanforderungen einschränken, andererseits gibt es unterschiedliche Haltungen der Pflegekräfte, die zur Gestaltung der Alltagssituationen im Stationsablauf beitragen.

### **5.1.2.3 Vorstellung der Pflegekräfte von ihrer Berufsrolle im Alltag**

Die individuellen Berufs- und Rollenvorstellungen werden von mehreren Faktoren beeinflusst. Sie sind abhängig von persönlichen Grundeinstellungen und Werthaltungen, von individuellen Lebens- und Berufsphasen und von beruflichen Alltagsbedingungen. Entscheidend scheint hier zu sein, dass es im Laufe der Zeit zu Diskrepanzen zwischen dem beruflichen Selbstverständnis und der zu lebenden Praxis-Berufsrolle kommt und diese Passung mehr oder weniger auseinanderklafft. Das beschreibt eine Pflegekraft folgendermaßen:

*Du hast eben schon das Wort Selbstverständnis erwähnt. Das Entscheidende glaube ich ist, dass sich die grundlegende Einstellung zu dem Beruf, meinerseits jetzt zu dem Beruf ja gar nicht geändert hat, sondern eigentlich gehen meine Anforderungen in die gleiche Richtung wie vor zwanzig Jahren, ja, mit Abstufungen, aber im Prinzip ist das schon gleich. Das heißt, wir erleben hier eine ganz große Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Und wir konnten früher diesen Ansprüchen mehr gerecht werden. Es wäre ein Unding, zu sagen, nicht **richtig** faktisch, dass damals alles toll gewesen wäre, „früher war alles besser“, nein auch damals gab es viele Probleme, unbestritten, und vieles hat sich auch zum Positiven geändert, aber dennoch grundsätzlich, ehm, durch die Dinge, die ich eben schon erzählt habe, Arbeitsverdichtung etc., können wir diesen Dingen nicht mehr nachkommen, das Selbstverständnis ist aber geblieben, sodass ich letztlich eine Rolle übernommen habe oder in der Rolle bleiben muss, die mir jetzt eigentlich von Umständen zugeschustert wurde, die mich natürlich unglücklich machen, das muss ich schon sagen, ja, weil ich nicht grundsätzlich dafür da bin, von meinem Selbstverständnis her, Papiere zu bearbeiten, administrative Dinge zu erledigen, die gehören dazu, die mache ich auch an sich nicht ungerne, aber die gehen eben weg von dem, was eigentlich Krankenpflege für mich bedeutet. Und wenn ich noch den Bogen ein bisschen weiter spanne zu dem, was ja mittlerweile Gesundheits- und Krankenpfleger ist, dann sehe ich da diese Rolle hier im Krankenhaus ja schon mal überhaupt nicht erfüllt. Da ist ja wirklich ne Null-Acht-Fünfzehn-Versorgung, die **gerade eben** die notwendigsten Bedürfnisse im Ansatz erfüllt. (1/125–152)*

Die als restriktiv erlebten Situationsbedingungen des Berufsalltags und die eigenen Vorstellungen zur Berufsausübung sind nicht kongruent und werden als Auseinanderklaffen des eigenen Anspruchs an die Berufsausübung und den tatsächlichen Möglichkeiten im praktischen Berufsalltag erlebt.

### 5.1.3 Patientenfluktuation und Personalbemessung

*Wir haben eine solche Zunahme also überhaupt erst mal an der Arbeitsverdichtung grundsätzlich. Die Einführung der DRGs glaube ich spielt ne ganz entscheidende Rolle, sprich also insbesondere die Senkung der Verweildauer. (1/30–35)*

Seit Einführung der DRGs (Abrechnung nach Fallpauschalen) und verschiedener Krankenhausstrukturreformen zur Kostendämpfung in den Krankenhäusern haben sich die Liegezeiten der Patienten und Patientinnen auf den Krankenhausstationen deutlich verkürzt. Um möglichst kostendeckend zu arbeiten, gibt es weitere Maßnahmen, den Krankenhausbetrieb effizienter zu machen, die die Arbeit der Pflegekräfte tangieren. Es wird eine Vollbelegung angestrebt, d. h., möglichst alle Betten aller Stationen sollen belegt

sein. Um dieses Ziel zu erreichen, werden auf vielen Stationen die Betten nicht mehr nur nach Fachgebiet belegt, sondern interdisziplinär, sodass dadurch eine hohe Bettenauslastung erreicht werden kann. Auf den Stationen liegen somit Patienten aus unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen, manchmal sogar auf einem Zimmer.

Außerdem gibt es zunehmend ambulante Belegärzte, die ein bestimmtes Bettenkontingent beanspruchen. Das hat zur Folge, dass mehrere unterschiedliche Ärzte und Ärztinnen für die Patienten einer Station zuständig sind. Früher wurden die Patientenvisiten vom Stationsarzt des Fachbereichs durchgeführt; heute kommen Ärzte unterschiedlicher Fachbereiche zu unterschiedlichen Zeiten zu einzelnen Patienten auf die Station, oft zu einer Zeit, wo das ohnehin knapp besetzte Stationspersonal mit der pflegerischen Grundversorgung in den Patientenzimmern unterwegs ist. Das Pflegepersonal kann bei den Arztvisiten nicht mehr immer dabei sein und muss die ärztlichen Anordnungen aus der Dokumentation entnehmen, was mit der Gefahr höherer Fehlerquellen einhergeht.

Das Arbeitsaufkommen und die Arbeitsbelastung steigen dadurch für das Pflegepersonal und erfordern fachübergreifende Pflegekompetenzen. Während vor einigen Jahren die Stationen überwiegend fachspezifisch belegt wurden und Pflegekräfte fachspezifische Pflegekompetenzen weiterentwickeln konnten, müssen sich Pflegekräfte heute in allen Fachbereichen auskennen und zusätzlich auf neue medizinische und pflegfachliche Entwicklungen entsprechend reagieren. Dazu kommt die deutlich reduzierte Verweildauer der Patienten.

*Ja, wenn ich mir – man kann die letzten Jahre ja auch sehen, dass die Verweildauer auf den Stationen, ich weiß jetzt nicht die genaue Zahl, wann das angefangen hat, ich glaube irgendwann in den Neunzigern waren es noch 14 Tage und jetzt sind es nur noch sieben Tage laut Statistisches Bundesamt, Verweildauer, das ist schon mal runter gegangen. Man hat aber auch gesehen, dass von 2100 Krankenhäusern bis zu 2011 nur noch 2045 Krankenhäuser – also die Krankenhauszahl, die hat abgenommen, aber man sieht auch, dass zum Beispiel die Fallzahlen in den einzelnen Bereichen ja steigen. Aber ich habe nicht mehr Personal zur Verfügung. (2/767–776)*

Die Personalbemessung im Krankenhaus wurde den Entwicklungen der erhöhten Patientenfluktuation und des höheren Arbeitsaufkommens durch die interdisziplinäre Belegung nicht angepasst.

*Es hat ja angefangen mit der PPR [Pflegepersonalregelung]. Da wurde dann immer schön eingetragen jeden Abend, und das dachte man ja, das würde uns weiterhelfen, um den Be-*

*darf dann so adäquat zu ermitteln. (stöhnt) Das führen häufig immer noch die Krankenhäuser mit durch, die da abends sitzen und da eintragen. Wie objektiv ist das? Da gibt es andere Systeme, die das bestimmt besser widerspiegeln als diese. (2/1013–1018)*

Die Personalbemessungsregelung wurde wieder ausgesetzt, und seitdem existiert keine Bemessung des pflegerischen Arbeitsaufwandes auf den Stationen. Pflegekräfte empfinden die PPR zur Personalbemessung im Krankenhaus nicht mehr angemessen und wünschen sich eine Anpassung an veränderte Arbeitsbedingungen. Neben dem Bedarf an Personalaufstockung sehen sie den Bedarf an organisationalen Veränderungsprozessen.

#### 5.1.4 Gesellschaftliche Entwicklungen

Eine Pflegekraft, die seit zehn Jahren im Pflegeberuf ist, spricht über die gesellschaftlichen Entwicklungen in Bezug auf die Patientenklientel:

*Also eigentlich ist es ja ein überschaubarer Zeitrahmen aber ich finde, auch in der Zeit hat sich ne Entwicklung vollzogen, und die ist auch eher – naja, eher von ner zunehmenden Arbeitsbelastung geprägt, ganz klar, aber das betrifft den gesamten Krankenhausbetrieb und das wirkt sich natürlich auf die Pflege aus und auch da – ob das den Personalschlüssel angeht – das ist natürlich auch noch mal zurückgegangen in der Zeit. Also, wie gesagt, die tägliche Arbeit ist mehr geworden, die Patienten haben sich noch mal mehr verändert. [...] Die Patienten sind pflegebedürftiger oder es kommen halt – die Anzahl derjenigen, die halt ne hohe Pflegebedürftigkeit haben, die ist gewachsen. Also das ist jetzt subjektiv, aber ich glaube, das lässt sich ja auch untermauern und das ist einfach der Demografiewandel (3/283–299)*

Zunehmend wirken sich gesellschaftliche Veränderungsprozesse auf die tägliche Pflegearbeit im Krankenhaus aus. Der demografische Wandel spiegelt sich auch in der Patientenklientel wider. Die längere Lebenszeit führt dazu, dass viele Stationen überwiegend mit alten und hochaltrigen Menschen belegt sind. Viele davon sind multimorbide, haben neben ihrer Einweisungsdiagnose noch andere Erkrankungen oder aufgrund des hohen Alters Einschränkungen zum Beispiel in der Mobilität. Sie brauchen nicht nur Pflege und Betreuung zur aktuellen Einweisungsdiagnose, sondern ihre Versorgung erfordert insgesamt einen höheren Zeit- und Pflegeaufwand.

Die Anzahl demenziell veränderter Patienten und Patientinnen steigt, denn mit höherem Lebensalter steigt das Demenzerkrankungsrisiko. Dies bringt für die stationäre Krankenhausversorgung Probleme mit sich, die bisher in der Regel nicht gut gelöst werden konn-

ten. Patienten mit Demenz sind im Krankenhaus schwierig zu betreuen, weil sie zu den alltäglichen Verrichtungen angeleitet werden müssen. Dazu kommen die Weglauftendenzen<sup>13</sup>, die eine besondere Aufsicht erfordern, dies aber in einem normalen Stationsalltag nicht ausreichend möglich ist. Zudem ist die Unterstützung bei der Körperpflege, Ausscheidung und Essenaufnahme deutlich zeitaufwendiger, da Menschen mit Demenz sich oft herausfordernd verhalten und dieses die Zusammenarbeit zwischen Pflegekraft und Patient erschwert.

Der demografische Wandel führt auch zu Veränderungen der familialen Unterstützungsnetze. Durch die verkürzten Liegezeiten im Krankenhaus werden Patienten und Patientinnen teilweise in einem gesundheitlichen Zustand entlassen, der weitere Unterstützungsleistungen zuhause erforderlich macht. Aufgrund der Zunahme von Frauenberufstätigkeit und Singularisierung von Haushalten wird die Krankenhausnachversorgung oft zu einem Problem und muss bereits vor der Entlassung der Patienten gut organisiert werden. Angehörige kommen mit vielen Fragen, wissen oft nicht, wie sie die Nachbetreuung organisieren können, erhoffen sich Lösungsvorschläge vom Pflegepersonal. Zudem gibt es Unsicherheiten der Angehörigen, ob sie der Aufgabe gewachsen sein werden.

Ein weiterer Faktor wird von Pflegekräften wahrgenommen, der als gesamtgesellschaftlicher Prozess beschrieben werden kann, sich aber auch im Krankenhausalltag auswirkt und von Pflegekräften als herausfordernd erlebt wird: der zunehmende Egoismus in der Gesellschaft. Dies wird in folgendem Gesprächsausschnitt deutlich:

*Das Umsetzen, dass einfach dieses, [...] das was früher selbstverständlich war, nicht mehr selbstverständlich ist. Das ist die Einstellungen, sind die Einstellungen und das ist ja dieses Ichbezogene. Wir entwickeln uns in eine Ich-Gesellschaft – Hauptsache ich – ist mir egal, was mit dem Anderen passiert – von Patienten, auch teilweise von Kollegen, dieses, dieses gesamte Paket (4/14–18)*

Die Solidarität untereinander nimmt ab, Solidarität unter Mitarbeitern und zwischen Pflegekräften und Patienten. Viele denken zuerst an sich und den eigenen Vorteil und dann erst an den anderen und das Gemeinsame. Diese veränderte Haltung führt dazu, dass Erwartungshaltungen mit Nachdruck formuliert und durchgesetzt werden und die Bereitschaft sinkt, auf andere Rücksicht zu nehmen. Dies formulieren einige Pflegekräfte als etwas, was den Stationsalltag zusätzlich erschwert.

---

<sup>13</sup> Dies ist eigentlich keine Weglauftendenz, sondern eher eine Hinlauftendenz, denn der Patient bzw. die Patientin will nicht weg, sondern irgendwo hin, zum Beispiel zur Arbeit oder nach Familienangehörigen suchen.

### 5.1.5 Dokumentation und Administration

Der Dokumentationsaufwand steigt stetig, bedingt durch die höhere Patientenfallzahl und die damit einhergehende Patientenfluktuation: Aufnahme- und Entlassungspapiere müssen bearbeitet werden, der Pflegeprozess muss geplant und evaluiert werden etc.

*Das ist alles so – da kommt, glaube ich, ganz viel zusammen im Zusammenhang mit der Veränderung von Patienten und Pflegebedürftigkeit und – ja und das ist halt – und die Arbeitsbelastung ist größer geworden, weil die Anforderungen mehr geworden sind im administrativen Bereich, oder es wird mehr Wert drauf gelegt, dass gewisse Dinge umgesetzt werden, wie Expertenstandards, als vielleicht noch vor zehn Jahren, da war das eher noch am Anfang. Ich glaube, das ist so, das merke ich an meinem eigenen Schopf. Also wir sind jetzt viel öfter noch mal mit den Leitungen im Gespräch und mit den einzelnen Mitarbeitern, um eben diese Dinge umzusetzen in der Praxis, also Expertenstandards, aber auch krankenhauserne Themen, diese ganzen QM-Themen, Zertifizierungen, all diese Dinge. Und das ist so ein weites Feld, was auch noch auf die Pflegekraft dann auch zukommt, \*\*\* Ja, die PDL kann's nicht alleine leisten, die Stationsleitungen nicht alleine und insofern ist das noch mal ein großer Brocken, der dann zu der normalen Arbeit dazu kommt und ja das ist auf jeden Fall mehr geworden innerhalb der letzten zehn Jahre. (3/315–332)*

Krankenhäuser sind gesetzlich dazu verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und sich regelmäßigen Qualitätsüberprüfungen zu unterziehen. Dabei gibt es Verfahrensanweisungen, wie bestimmte Aufgaben zu erfüllen und zu dokumentieren sind. Diese Qualitätssicherungsprozesse sind mit erheblichem Dokumentationsaufwand verbunden. Seit Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) 2010 zur Dokumentation hochaufwendiger Pflege ist damit auch ein hoher Aufwand verbunden – zusätzlich zu dem hohen Zeit- und Pflegeaufwand am Patientenbett. In der Summe kann ein deutlicher Mehraufwand für Dokumentationsaufgaben festgestellt werden. Dazu kommt ein Mehraufwand an organisatorischen Aufgaben. Hohe Patientenfluktuation, Zunahme von diagnostischen Maßnahmen, interdisziplinäre Belegung, Personalmix und Delegation von Aufgaben an Servicekräfte etc. erhöhen die organisatorischen Anforderungen an Pflegekräfte und Schnittstellenmanagement.

*Es sind ja sehr viele organisatorische Aufgaben, die man dann übernimmt. Gut, die hat man immer gehabt, aber nicht so präsent, dass es immer so im Vordergrund steht. [...] angefangen von Materialbestellung oder Apothekenbestellung, das hat man hier bestellt, immer automatisch, aber jetzt muss es da dokumentiert und da dokumentiert und da dokumentiert, dann muss der eine Arzt unterschreiben und der andere Arzt unterschreiben und*

*dann muss der freigeben zum Beispiel. Ein Arzt muss eine Apotheke freigeben und weiß gar nicht, wer was kriegt im Grunde, weil der kann ja gar keinen Überblick haben. Die Pflegekraft, die das bestellt, hat kein Recht, das freizugeben, aber hat Recht, das alles zu bestellen. Da fängt's schon an. Wenn das aber nicht rechtzeitig freigegeben ist, kriegt man keine Apotheke, zum Beispiel. Dann geht's ja um die Belegung. Man hat ja – Belegungsmanagement – das und jenes, trotzdem klappt es nicht, wenn man es nicht selber organisiert. Man sieht immer wieder, dass die Patienten, die da liegen sollten oder irgendwo, liegen woanders. Das fängt ja auch mit der komplette Dokumentation – klar, Dokumentation ist wichtig und muss da sein, aber es muss auf Papier, in Computer, man führt meistens doppelt gemoppelt, man sagt ja, das hält ja auch besser. (4/108–126)*

### 5.1.6 Zusammenfassung der Teilergebnisse

Die folgende Tabelle führt die wichtigsten Ergebnisse zu den subjektiv wahrgenommenen Herausforderungen des Stationsalltags noch einmal zusammengefasst auf:

<b>Subjektiv wahrgenommene Herausforderungen</b>
<p><b>Verantwortung: Gewährleistung der Patientenversorgung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Alle anfallenden Aufgaben müssen in der jeweiligen Schicht mit dem zur Verfügung stehenden Personal erledigt werden.</li> <li>– Krankheitsausfälle von Pflegepersonal führen zur Dienstplanunterbesetzung.</li> <li>– Multiple Anforderungen stapeln sich.</li> <li>– Qualifikationsmix führt zu Schnittstellenproblematiken.</li> <li>– Adäquate fachpraktische Patientenversorgung und Patientensicherheit kann nicht immer gewährleistet werden.</li> <li>– Die Personalunterbesetzung wird als ein Faktor unter anderen gesehen, der zu mangelnder Patientenversorgung führt.</li> <li>– Alle anfallenden Arbeiten müssen in der zur Verfügung stehenden Zeit erledigt werden.</li> <li>– Starker Zeitdruck – Arbeiten unter Hochspannung.</li> <li>– Pflegekräfte verbringen aufgrund organisatorischer und administrativer Aufgaben wenig Zeit am Patientenbett.</li> <li>– Direkte Patientenversorgung wird oft von Personen mit mangelnder Fachkompetenz ausgeführt mit dem Risiko der Patientengefährdung.</li> <li>– Der Pflegeberuf erfordert hohe Arbeitszeitflexibilität.</li> <li>– Erhöhter Zeitdruck führt zu mangelnder Anleitung der Auszubildenden.</li> </ul>
<p><b>Berufsrollenambivalenz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– „Wir sind nicht mehr im Nonnenzeitalter“: Komplexes Anforderungsprofil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Durchführung des individuellen Pflegeplanungsprozesses, präventive, kurative und palliative Pflege</li> <li>2. Einbezug des Patienten in den Pflegeprozess, Patientenmotivierung und Ressourcenförderung</li> </ol> </li> </ul>

### Subjektiv wahrgenommene Herausforderungen

3. Psychosoziale und emotionale Patientenbedürfnisse berücksichtigen
  4. Patientenberatung zur Gesundheitsförderung und Patientenanleitung zur Selbstpflege
  5. Wundmanagement, Stomaversorgung und andere Pflegetechniken durchführen, basierend auf dem aktuellen Wissensstand und unter Anwendung moderner Präparate
  6. Qualitätssichernde Auflagen erfüllen
  7. Assistenz bei sich rasch weiterentwickelnden Diagnose- und Therapieverfahren
- Auseinanderklaffen von normativen Vorgaben und den Umsetzungsmöglichkeiten im praktischen Berufsalltag.
  - Gesetzliche Vorgaben zur Berufsausübung werden in der Praxis nur teilweise umgesetzt.
  - Die Möglichkeiten der Umsetzung werden durch die bestehenden Rahmenbedingungen eingeschränkt.
  - Aufgaben der Organisation und Dokumentation werden immer zeitintensiver.
  - Schleppender Transfer neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis.
  - Zunehmende Diskrepanz zwischen der Praxisberufsrolle und dem individuellen beruflichen Selbstverständnis.

### Patientenfluktuation und Personalbemessung

- Zunehmende Patientenfluktuation und interdisziplinäre Bettenbelegung wirken arbeitsverdichtend.
- Die Pflegepersonalbemessung auf den Stationen wurde nicht an das erhöhte Arbeitsaufkommen angepasst.
- Personalaufstockung und organisationale Veränderungen sind notwendig.

### Gesellschaftliche Entwicklungen

- Durch den demografischen Wandel liegen immer mehr hochaltrige Menschen und Menschen mit Demenz im Krankenhaus und erfordern in der Regel einen höheren Pflegeaufwand.
- Familiäre Unterstützungsnetze verändern sich, Singularisierung und Vereinsamung nehmen zu.
- Patienten werden teilweise pflegebedürftig entlassen, die Organisation der Anschlussversorgung überfordert manche Angehörige.
- Entwicklung hin zu einer „Ich-Gesellschaft“, die Solidarität untereinander nimmt ab und der eigene Vorteil hat eine immer höhere Priorität.

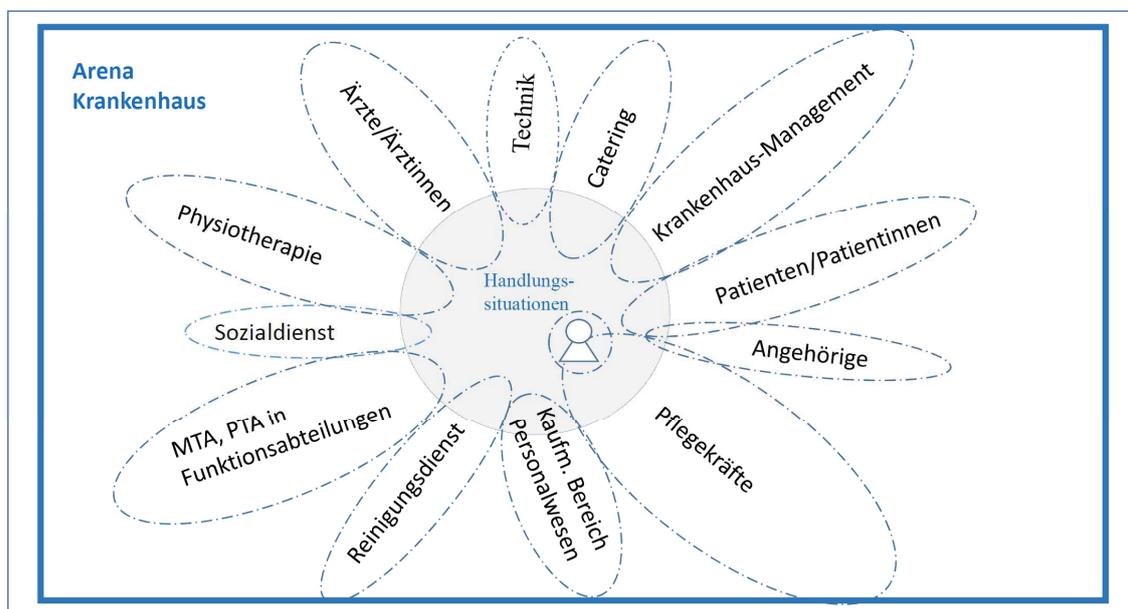
### Dokumentation und Administration

- Der Dokumentationsaufwand steigt durch höhere Patientenfallzahlen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation hochaufwendiger Pflege.
- Der organisatorische Aufwand steigt durch hohe Patientenfluktuation, Zunahme diagnostischer Maßnahmen, interdisziplinäre Bettenbelegung und zunehmende Personalschnittstellenproblematiken.
- Die dafür aufgewendete Zeit fehlt in der direkten Patientenversorgung

## 5.2 Im Kräftefeld der Krankenhausarena

Im vorangehenden Kapitel 5.1 wurde dargestellt, was Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag als herausfordernd wahrnehmen. Neben den dargestellten Einflussfaktoren ist es nicht unerheblich, in welchem organisationalen Kontext diese Alltagssituationen eingebunden sind und welchen Einfluss dieses auf die tägliche Arbeit hat.

Grafisch dargestellt ist das Krankenhaus ein Ort, an dem unterschiedliche „Welten“ in den Alltagssituationen aufeinandertreffen, sowohl in Face-to-Face-Interaktionen als auch in Vorgaben, Regelungen oder anderen Strategien zur Durchsetzung von Interessen.



**Abbildung 6: Die Arena Krankenhaus mit ihren sozialen Welten**

Jede Pflegekraft steht in Handlungssituationen in Interaktionen mit unterschiedlichen Berufsgruppen. Hier sind die wichtigsten an Interaktionen beteiligten Berufsgruppen als kollektive Akteure dargestellt. Eigene Darstellung.

Die Arena Krankenhaus – das Forschungsfeld dieser Arbeit – ist ein Ort, an dem pflegeberufliche Alltagssituationen, die hier analysiert werden, eingebettet sind in ein Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure, Akteursgruppen und Arbeitsbereiche. Das Krankenhaus ist eine Organisation zur Diagnostik und Therapie erkrankter Menschen und ist in seiner organisationalen Struktur in unterschiedliche Abteilungen und Stationen gegliedert. Innerhalb der Organisation Krankenhaus gibt es unterschiedliche Gruppen von Menschen, die in diesem Arbeitszusammenhang als unterschiedliche „soziale Welten“ betrachtet werden können. Die täglichen Arbeitssituationen auf der Station können nicht

losgelöst vom situativen Kontext betrachtet werden, da gerade dieses Aufeinandertreffen unterschiedlicher sozialer Welten in den beruflichen Alltagssituationen der Pflegekräfte zu einer Dynamik führt, die deutlich werden muss, um die Wahrnehmung und Bewertung dieser Alltagssituationen aus dem Blickwinkel der Pflegekräfte aufzuzeigen. Kollektive Akteure der unterschiedlichen sozialen Welten haben voneinander abweichende Interessen und Zielsetzungen und versuchen, diese in Handlungssituationen durchzusetzen. Dazu nutzen sie unterschiedliche Strategien. Die Pflegekraft ist in die situativen Kontexte des Krankenhauses eingebunden und interagiert mit unterschiedlichen Gruppen von Menschen, sozialen Welten und sozialen Milieus. Die Grenzen dieser sozialen Welten sind nicht klar zu ziehen, sondern sie sind unscharf und brüchig und unterliegen einem permanenten Veränderungsprozess, der sich aus dem Aufeinandertreffen multipler, sich in Veränderungsprozessen befindlicher Situationsbedingungen ergibt. Um eine gewisse innere Ordnung bzw. Stabilität zu erhalten, sind permanent Aushandlungen notwendig (vgl. dazu Kapitel 3.5).

Eine elementare Bedeutung für Pflegekräfte hat Gewährleistung einer angemessenen Patientenversorgung, wie bereits im vorherigen Kapitel dargestellt. Dabei werden unterschiedliche Bewertungen der Situationen vorgenommen und mit unterschiedlichen Strategien ausgehandelt. Diese Wahrnehmung und Bewertung von Situationen hängt auch davon ab, zu welcher Gruppe eine Person gehört und welche Aushandlungs- und Machtmittel zur Durchsetzung der eigenen Ziele zur Verfügung stehen. Dabei nehmen Pflegekräfte wahr, dass die einzelnen Gruppen unterschiedlicher sozialer Welten unterschiedliche Ziele anstreben und mit unterschiedlichen Strategien versuchen, diese Ziele zu erreichen: Das Krankenhausmanagement setzt seine Unternehmensziele durch, die vorrangig ökonomisch ausgerichtet sind. Die Ärzte und Ärztinnen beschäftigen sich mit der Diagnostik und Therapie von Krankheiten, sind den Pflegekräften gegenüber weisungsbefugt und erwarten entsprechende Anweisungsdurchführung. Patienten und Patientinnen wollen professionell gepflegt werden, Angehörige haben ihre Vorstellung von der Versorgung der Patienten usw.

Diese unterschiedlichen Akteure bzw. Akteursgruppen stellen unterschiedliche Ansprüche an eine Pflegekraft. Diese sehen sich somit in ihrem beruflichen Alltag Forderungen von unterschiedlichen Seiten ausgesetzt, die nicht immer gut miteinander zu vereinbaren sind, sich manchmal diametral gegenüberstehen. Sie beschreiben es als eine unlösbare Aufgabe, den Anforderungen gerecht zu werden: „weil egal was man macht, es wird **nie genug sein**, – hat man das Gefühl jedenfalls, es ist nie genug.“ (5/44–45)

### 5.2.1 Umsetzung von Neuerungen in Top-down-Strategie

Viele Pflegekräfte empfinden die beruflichen Alltagssituationen als unlösbare Aufgabenstellung. Sie sind motiviert, versuchen möglichst allen und allem gerecht zu werden, geben ihr Bestes und können die Arbeitsaufgaben dennoch nicht zur Zufriedenheit erfüllen, weder zur Zufriedenheit der Interaktionspartner noch zu ihrer eigenen. Dabei sind die Stationsleitungen zusätzlich in einer Sandwich-Position zwischen Geschäftsleitung und Pflorgeteam. Sie müssen alle Anordnungen der Geschäftsleitung auf ihren Stationen umsetzen, auch wenn klar ist, dass diese für das Pflorgeteam zu weiteren Belastungen führen und sie oft nicht wissen, wie sie das im Praxisalltag gemeinsam umsetzen können, ohne dass es zur Überforderung der Kollegen und Kolleginnen kommt. Eine Pflegekraft führt dies wie folgt aus:

*Ich weiß eben aus dieser Leitungsaufgabe im Krankenhaus, man bekommt von einer Pflegedirektion Aufgaben, zum Beispiel den Mitarbeitern schmackhaft zu machen, dass 2-Z-2 gearbeitet wird<sup>14</sup>. Und das sind solche Aufgaben, die möchte man seinen Mitarbeitern nicht gerne sagen. Also man hat dann schon einen Druck von der Leitung und den muss man dann immer wieder mit netten Worten nach unten transportieren. (2/719–725)*

Stationsleitungen sind verantwortlich für die Stationsorganisation, Gestaltung der Dienstpläne, Kompensation der Personalausfälle, übernehmen die Verantwortung für Tätigkeiten, die Auszubildende und Hilfskräfte ausführen, und vieles mehr. Sie sind ausgebildete Pflegekräfte, aber kaum noch am Patientenbett. Für die Managementaufgaben der Station sind sie oft nicht ausreichend qualifiziert und manchmal fehlen auch personale Kompetenzen zur Ausübung dieser Funktion. Eine Mitarbeiterin beschreibt das Dilemma einer Stationsleitungsfunktion so:

*Würd ich **niemals** machen, Stationsleitung, was sind das, 300 Euro mehr im Monat, nö, nö, und dafür den Hintern für **alles** hinhalten, für **alles** verantwortlich sein, **alles** musst du umsetzen, du musst für **alles** den Kopf hinhalten. Wenn das nicht läuft auf deiner Station, dann gibt's Stress und nö, nö, würd ich nicht machen. (6/190–194)*

Das Gleiche gilt für die Pflegekräfte, die in einer der drei Schichten die Leitung des Pflorgeteams übernehmen.

Eine Pflegekraft ist nicht nur in das Pflorgeteam eingebunden und muss mit diesem ihre Handlungen abstimmen, sondern auch mit den Akteuren aus den anderen sozialen Wel-

---

<sup>14</sup> 2-Z-2 bedeutet: Zwei Pflegefachkräfte in der Frühschicht, eine im Zwischendienst und zwei in der Spätschicht.

ten. Dort herrschen andere Ziele, andere Bedürfnisse, Vorstellungen, Strategien und Möglichkeiten der Einflussnahme, bis hin zu Sanktionsmöglichkeiten. Um diese Verflechtung und deren Bedeutung für Pflegekräfte zu klären, soll hier deutlich werden, dass sich Pflegekräfte in einem Machtfeld befinden und sich selbst oft als die Gruppierung sehen, die im Krankenhaus letztlich auf der untersten Stufe dieser sozialen Gruppierungen (Welten) steht. Neben der vergleichsweise niedrigen Bezahlung erfahren sie im sozialen Setting der Arena Krankenhaus wenig Anerkennung und Wertschätzung der geleisteten Arbeit. Pflegekräfte nehmen wahr, dass die herausfordernden Alltagsbedingungen, denen sie sich stellen müssen, von den anderen sozialen Akteuren nicht ausreichend beachtet werden und somit auch keinerlei unterstützende Veränderungsprozesse herbeigeführt werden. Diese Nichtbeachtung der pflegerischen Arbeit bzw. die wahrgenommene mangelnde Wertschätzung geht von unterschiedlichen Ebenen aus. Das wird in den folgenden Abschnitten deutlich.

### 5.2.2 Der Zwang zur Wirtschaftlichkeit

Die Krankenhäuser betreffend gibt es politische Entscheidungen, die massiv auf die tägliche Arbeit im Stationskontext einwirken. Zum einen geht es um politische Entscheidungen, die einen Kostendruck auf die Krankenhäuser legen, um Bett- bzw. Krankenhauskapazitäten abzubauen und damit die Ausgaben im Krankenhaussektor finanzierbar zu erhalten. Anhand der Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes lässt sich erkennen, in welche Richtung sich die Bevölkerungspyramide in den nächsten Jahren entwickeln wird. Die Zunahme von Hochaltrigkeit, Multimorbidität und Demenz sind statistisch belegte Entwicklungen, die auch die Pflegekräfte auf den Stationen betreffen in Form von höherem Pflegeaufwand für die einzelnen Patienten. Darauf wird nach Ansicht der Pflegekräfte von politischer Seite aus nicht reagiert. Dies drückt eine Pflegekraft in Form einer Frage aus:

*Macht die Politik vielleicht – oder sitzt das aus, dass jetzt auf einmal diese Pyramide sich so verändert, und dass es jetzt über Jahrzehnte eine Veraltung gibt und will gar keine neuen Leute einstellen und nimmt einfach in Kauf, dass es zu einer Abnahme der Qualität kommt? \*\* Weiß man nicht. (2/825–829)*

Zum Zwecke der Kostendämpfung wurde nach der Einführung der Fallpauschalen deutlich spürbar, dass zum Erreichen der „schwarzen Null“ in den Krankenhäusern die Liegezeiten der einzelnen Patienten und Patientinnen kürzer wurden. Daraus ergibt sich eine höhere Patientenfluktuation mit dem Mehraufwand an Fallmanagement. Die Pflegekräfte

spüren diesen Druck, den Zwang zur Wirtschaftlichkeit. Der Mehraufwand an täglich anfallender Arbeit wird von Arbeitgeberseite damit erklärt und gerechtfertigt, den Standort nur mit Rationalisierungsmaßnahmen überlebensfähig halten zu können.

*Kostendruck ist da, also es wird immer wieder gesagt, nee, die Fallzahlen stimmen nicht, aber daran können wir jetzt als Gruppe der Pflege ja nichts ändern. (2/396–398)*

Auch die Entscheidung der Krankenhausleitungen, die Stationen interdisziplinär zu belegen, wird mit dem Zwang zur Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser gerechtfertigt.

*Es hat sich verändert, dass es mehr interdisziplinäre Stationen gibt. Ich glaube, dass hat aber wieder nur alles einen Wirtschaftsfaktor. (2/614–615)*

Der Mehraufwand dieser Belegungsstrategie hat aber keine Auswirkungen auf die Pflegepersonalausstattung der Stationen; es wurde somit nicht mehr Pflegepersonal eingestellt. Seit Jahren wird dieses Problem auch auf politischer Ebene diskutiert, man will den Personalschlüssel an die Gegebenheiten anpassen, bisher ohne Ergebnis. Es gibt zurzeit kein Personalbemessungssystem, das den Personalbedarf von Pflegekräften auf den Krankenhausstationen adäquat abbildet. Die Mehrarbeit muss mit gleichbleibender Pflegepersonalausstattung geleistet werden. Pflegekräfte haben nach eigener Aussage in der Vergangenheit immer wieder auf dieses Missverhältnis hingewiesen, sehen aber kaum eine Möglichkeit, Einfluss zu nehmen. In den in die Forschung einbezogenen Krankenhäusern wird den Pflegekräften von Seiten der Geschäftsführung und der Pflegedirektion erklärt, dass die Personalvorgaben ja erfüllt werden. Die Pflegedirektion wird in Bezug auf die Personalausstattung als „auf der anderen Seite“, nicht mehr auf der Seite des Pflegepersonals stehend erlebt, sondern auf der Seite der „Anzugträger“, der Geschäftsführung. Scheinbar hat sie nicht mehr im Blick, wie der Arbeitsalltag an der Basis abläuft. So beschreibt dies eine Pflegekraft mit deutlichen Worten:

*Und das verstehe ich dann auch nicht bei Führungskräften, die im Pflegejob – jeder von uns hat im Pflegejob gelernt, jede Führungskraft, ob jetzt Pflegepädagoge – da steckt ja Pflege in dem Begriff schon drin – Pflegemanagement, Pflegepädagogik, also muss man da aufdröseln, was ist jetzt überhaupt Pflege und was ist Pflegemanagement und warum wird dann eine Pflegekraft, die ins Management kommt, total anders [...]. Was heißt es – Pflegekraft, wenn ich jetzt sage, ich bin Pflegekraft, wird das und das assoziiert, aber wenn ich jetzt Pflegemanagement, wenn ich da solche Anzugträger sehe, die nicht mehr im Hinterkopf haben, ich habe selbst mal am Patientenbett gestanden. Und das macht bei mir diese Schwierigkeit, von einer Pflegekraft das so anzunehmen, und man weiß, dass es an der Ba-*

*sis ganz anders ist. [...] Auch da ist ja wieder ein Chef drüber und ich glaube, dass in so nem Pflegemanagementstudium sehr viel VWL/BWL – also man muss ja seine Zahlen lieben und man hat ja auch dann den Anspruch „ich will das Haus in der und der Zeit wieder in den Plusbereich jagen, nicht nur dauernd Minus einkassieren“, ja weil einfach da noch mal jemand drüber sitzt, der mit der Pflege glaub ich nichts am Hut hat und dann geht das irgendwann verloren. (2/735–762)*

Pflegekräfte sehen somit offensichtlich das Streben der Unternehmensleitung nach Wirtschaftlichkeit und Gewinnoptimierung als priorisierte Strategie, auch zulasten des Pflegepersonals. Sie finden, dass die Folgen der Arbeitsverdichtung für das Pflegepersonal nicht beachtet werden und daraus für die Personalausstattung keine Konsequenzen gezogen werden. Überlastungsanzeigen des Pflegepersonals werden von der Führungsebene teilweise als Inkompetenz oder persönliches Versagen des Pflegepersonals eingestuft. Aus dem Blickwinkel der Pflegekräfte geht es im Krankenhaus vorrangig um Wirtschaftlichkeit und die damit verbundenen Strategien der Patientenversorgung. Da durch die Pflegearbeit kaum Erlöse erzielt werden (außer PKMS), scheint es ihrer Ansicht nach nicht bedeutsam zu sein, wie gut die geleistete Pflege ist und ob die Belastungsgrenzen der Pflegekräfte erreicht sind.

*Und es geht ja alles nur um Profit. Es geht ja nicht mehr – pflege ich gut oder pflege ich schlecht, sondern hab ich erreicht meinen Umsatz oder hab ich nicht. [...] Klar. Es muss ja klappen, es muss auch das alles so sein, es muss ja alles perfekt sein, aber wie es geht einer Pflegekraft dabei, das ist irrelevant. [...] Weil es keinen mehr interessiert, Hauptsache, du funktionierst. Es geht ja nicht darum, ist die Pflegekraft auch glücklich mit der Situation, die so ist – oder ist sie zufrieden – glücklich ist ja zu viel verlangt (lacht), glücklich ist etwas ganz anderes, aber zufrieden – kann man da mit gutem Gewissen dadurch gehen. Darum geht's. [...] Es war – also ich bin ja so viele Jahre schon dabei, 34 Jahre und es war – ja klar, man will nicht sagen, vor 34 Jahren war es schön, aber es war – es war nicht immer so auf ein Ziel. Es müssen alle Betten belegt werden und am besten doppelt belegt und dreifach und trotzdem sind alle glücklich und zufrieden und am besten dann mit nem Viertel vom Personal – das ist das, was sich verändert hat. Ich will nicht sagen, dass in den Achtzigern alles supertoll war, aber die Ziele sind anders. (4/26–50)*

Bei vielen Pflegekräften entsteht der Eindruck, dass es letztlich immer nur ums Geld geht: „immer nur Geld, Geld, Geld“ (2/634). Die Geschäftsführung strebt Gewinnoptimierungen an, um als Standort bestehen bleiben zu können. In diesem Zusammen-

hang wird auch die Einhaltung von Vorschriften stärker kontrolliert, wie eine befragte Pflegekraft ausführt.

*Es hat sich geändert, dass auch ein Arbeitgeber strenger geworden ist und zwar hast du Einschränkungen, alleine Raucherschutzgesetz, dass das mehr verfolgt wird, dass du nicht einfach mal als Pfleger deine Station verlassen kannst. (2/620–623)*

Erlösorientierte Umstrukturierungen werden vorgenommen, die sich nachteilig auf Pflegekräfte auswirken.

*[...] es wurden unsere Umkleiden geklaut, es wurden da zusätzliche Betten hingestellt, aber das Personal wurde nicht aufgestockt. (2/627–628)*

Diese erlösorientierten Maßnahmen steigern aus Perspektive der Pflegekräfte zwar den Unternehmensgewinn, wirken sich aber nachteilig auf die Pflegekräfte aus und damit letztendlich auch auf die Patientenversorgung. Auch die Patientenverweildauer und therapeutische Entscheidungen werden nach ökonomischen Gesichtspunkten getroffen. Seit Einführung der Abrechnung nach Fallpauschalen wird von den Krankenkassen für bestimmte Erkrankungen eine vorgegebene Anzahl von Krankenhausliegetagen bezahlt. Bleibt der Patient länger, zahlt das Krankenhaus drauf. Zur Überwachung und Optimierung der Liegedauer von Patienten und behandlungsbezogener Prozeduren wurde das Medizincontrolling erweitert, Kodierkräfte eingestellt.

*Es gehen die Kodierkräfte über die Station und sagen, das und das können sie noch kodieren, kann der nicht noch mal länger beatmet werden, dass dann – ja, mehr Geld muss reinkommen. (2/634–637)*

Kodierkräfte begleiten teilweise die Arztvisiten, um darauf aufmerksam zu machen, bei welchen Patienten „die Ampel auf Rot steht“, d. h. die Weiterversorgung des Patienten im Krankenhaus durch die Krankenkasse nicht mehr voll vergütet wird. Dann werden Entscheidungen zur Entlassung getroffen, obwohl Patienten noch ein paar Tage Krankenhausaufenthalt zur gesundheitlichen Stabilisierung gebraucht hätten. Die Fachexpertise von Pflegekräften in Bezug auf die Selbstpflegefähigkeit bzw. Selbstpflegedefizite der Patienten und Patientinnen wird dabei oft nicht mit einbezogen. In anderen Fällen wird entschieden, dass bestimmte Patienten ein paar Tage länger als unbedingt notwendig beatmet werden, weil dann ein höherer Erlös erzielt werden kann.

Entscheidungen, die Privatstationen auszubauen, haben ökonomische Gründe, bedeuten für Pflegekräfte aber einen höheren Aufwand an Serviceleistungen bei ohnehin knapp bemessenen Zeitressourcen.

*Es hat sich verändert, dass auf einmal Privatstationen da sind, die einen Hotelcharakter haben, aber warum brauche ich so einen Hotelcharakter. Die Versorgung, die sollte gleichbleiben. Ich muss – nur weil da ne Holzvertäfelung an der Wand ist, wird der Patient nicht besser behandelt. Egal wie jemand – ob der Patient jetzt privat ist oder nicht, er wird von mir immer gleich behandelt. Und das sag ich dann auch so dem Patienten, weil, die denken dann, die werden besser behandelt, aber nee. (2/637–644)*

### 5.2.3 Pflegekräfte fühlen sich machtlos

Pflegekräfte sehen sich Situationsbedingungen ausgesetzt, zu deren Veränderung sie aus ihrer Perspektive kaum etwas beitragen können. Die Geschäftsleitung rechtfertigt die Gesamtsituation mit Wirtschaftlichkeitsgründen, die Pflegedirektion schiebt die Verantwortung der Stationsorganisation, der Dienstplangestaltung, der Personalmangelverwaltung und der Kompensation von Personalausfällen den Stationsleitungen zu. Trotz restriktiver Situationsbedingungen wird von den Pflegekräften die Gewährleistung guter pflegerischer Patientenversorgung erwartet, wie im folgenden Gesprächsausschnitt deutlich wird.

*Also wer 7,2 Tage Verweildauer sagt und das mit dem Stellenschlüssel, den wir momentan haben, das kann auf Dauer nicht funktionieren oder der muss eben in Kauf nehmen, von der Geschäftsführung her beispielsweise, dass eben so ne Versorgung passiert wie jetzt und das müssen auch die Leute in Kauf nehmen, die da arbeiten auf den Stationen oder in den Bereichen, wie eben jetzt ich konkret auch. Wenn mir das nicht passt, kann ich ja die Konsequenzen ziehen und gehen, nicht in ein anderes Krankenhaus, da ist es auch nicht besser, die Umstände sind ja gleich, von punktuellen Sachen da abgesehen. (1/189–198)*

Die Erlöse, die Pflegekräfte durch die Versorgung hochaufwendiger Pflegefälle erzielen, werden vom Krankenhausmanagement nicht entsprechend in eine Aufstockung von Pflegepersonal umgesetzt. Eine Pflegekraft schildert ihren Unmut mit der aktuellen Situation und den Sparmaßnahmen.

*Also, es gibt ja das PKMS-Geld für die besonders schweren Pflegefälle, was **absolut** bis zum letzten Cent der Pflege zusteht und für die Pflege ausgegeben werden soll. Natürlich haben in den letzten Jahren zig Leute gekündigt und wurden nicht ersetzt. Wo ist denn das Geld? Ach ich glaube, da haben wir gebaut. So. Tschuldigung. So, da denk ich mir – un-*

*fair, das ist nicht in Ordnung, das ist nicht okay, das ist nicht okay. Und ich glaube nicht, dass das jeder weiß, was da zu machen ist, und das eigene Haus verklagen will ich auch nicht. (lacht) Das geht ja nicht. Dann geht das weiter. Dann sollten wir ausfüllen Umziehgeld. Haben wir ausgefüllt, haben wir fünfzehn Minuten, die uns zustehen jeden Tag für umziehen, weil – ganz ehrlich – entweder komm ich um sechs Uhr hier aufs Gelände und zieh mich dann um und erscheine dann zum Dienst, oder ich möchte bitte bezahlt werden für die Zeit, die ich vorher da bin, um mich umzuziehen, weil Umziehzeit ist Arbeitszeit. So, das wusste ich damals schon vor vier, fünf Jahren, da war das nämlich auch schon so, dann kann man mir doch nicht erzählen, dass sich das Gesetz erst vor kurzem geändert hat, so war das nicht. Ich weiß das ganz genau, dass es das da auch schon gab. Naja, egal. Auf jeden Fall haben sie sich dann entschieden, ja, gut, wir müssen das jetzt zahlen, gut – rückwirkend für das halbe Jahr, da haben wir erst mal gar nichts von gesehen, auf einmal hieß es dann, ja jetzt müsst ihr neu ausfüllen, von dann bis dann. Ja und was ist mit dem ersten Teil den wir ausgefüllt haben, wo ist das denn? Da hat man nichts von gehört und dann kam plötzlich so – „Wir bezahlen aber nur den zweiten Teil.“ Ja, wem’s nicht passt, der kann sich über Verdi Rechtsbeistand holen und kann dann klagen. Ja, ich verlag doch nicht meinen eigenen Arbeitgeber, wie soll das denn ausgehen? Bei der nächsten kleinen Sache kündigen sie mich, das ist doch klar. **Unfair – das ist unfair** – das ist nicht in Ordnung. (6/20–44)*

Pflegekräfte erleben, dass Zusagen der Geschäftsführung nicht eingehalten werden, und fühlen sich ohnmächtig. Für den Arbeitgeber ist diese aufgeschobene bzw. nicht erfolgte Zahlung für „Umziehzeiten“ bei Hunderten von Beschäftigten eine finanzielle Ersparnis, für Pflegekräfte jedoch eine finanzielle Einbuße und das Gefühl, um das Recht betrogen worden zu sein. Den eigenen Arbeitgeber zu verklagen ist ein Schritt, den nur die wenigsten gehen aus Angst vor Repressalien oder Kündigung. Die Krankenhausleitung hat die Macht, arbeitsrechtliche Sanktionen wie Abmahnung und Kündigung zu verhängen. Es gibt Beispiele von Abmahnungen, die aufzeigen, wie damit in der Praxis verfahren wird. Eine Pflegekraft schildert, dass es zu einer Abmahnung kam, weil sie es vorgezogen hatte, die Patientenversorgung zu Ende zu führen, und der Chefarzt mit der Visite warten musste. In einem anderen Fall gab es eine Abmahnung, weil eine Kollegin nach ihrer regulären Dienstzeit in einer Situation mit hohem Arbeitsaufkommen nicht auf der Station geblieben ist. Diese Vorgehensweisen von Vorgesetzten sind für Pflegekräfte nicht immer nachvollziehbar und lassen daher manchmal ein Gefühl der Willkür zurück.

Es gibt auch Pflegekräfte, die die Fokussierung auf ökonomische Krankenhausziele eher pragmatisch sehen und es ganz normal finden, dass ein Krankenhausbetrieb kostende-

ckend arbeiten muss, um auf dem Markt bestehen zu können. So schildert es die folgende Pflegekraft:

*Ehm, jetzt im Ernst, hat das Haus Geld, [dann] haben wir genug Personal, [dann] haben wir genug Mittel, um den Patienten alles zu bieten. Hat das Krankenhaus kein Geld, läuft man, sag ich mal auf Sparflamme. Deswegen – Geld ist schon wichtig. Das ist – das darf man nicht – ich mein, das ist ja genauso, wie im Privatleben. Du brauchst ja auch Geld, um irgendwas zu kaufen, um irgendwas zu verbessern, ob das jetzt zuhause ist, ob das an deinem Auto ist oder wo auch immer, du brauchst doch das Geld. Geld regiert nun mal die Welt. Anders geht's nicht. Und die Patienten profitieren natürlich auch davon, wenn das Haus Geld hat, dadurch dann natürlich mehr Pflegekräfte, vielleicht dadurch auch entspanntere Versorgung von Patienten, bessere Kritik in den Zeitungen, Mundpropaganda bessere Kritik, vielleicht bewerben sich dann auch bessere Ärzte, weil die sehen, okay, hier werd' ich besser bezahlt, da kann man ja auch mit locken. (5/383–393)*

#### **5.2.4 Hierarchie zwischen ärztlichem Personal und Pflegepersonal**

Ärzte und Ärztinnen haben Weisungsbefugnis gegenüber Pflegekräften. Neben dieser arbeitsrechtlichen Komponente haben sie eine „tradierte Macht“ durch die historische Rollenprägung. Die Anweisungen der Ärzte an Pflegekräfte werden auch auf Tätigkeiten ausgedehnt, die nicht deren Weisungsbefugnis unterliegen. Die Einhaltung tradierter Gepflogenheiten wird von manchen Ärzten mit Nachdruck gefordert, zum Beispiel in welcher Reihenfolge das Patientenzimmer von Ärzten und Pflegekräften bei einer Visite betreten werden darf. Bisher ist eine Begegnung zwischen Arzt und Pflegekraft auf Augenhöhe selten möglich. Der folgende Gesprächsbeitrag kommt von einer intensivmedizinisch weitergebildeten Pflegefachkraft, die sich in der Interaktion mit ärztlichem Personal selbstbewusster präsentieren kann als Pflegekräfte auf Normalstationen.

*Ich glaube, dass sich das auch entwickelt. Es ist nicht mehr so, dass –, also meine Aufgabe ist es nicht, eine Akte zu tragen. Also ich hab –, ich bin ein eigener Berufsstand, ich bin wertvoll, und warum soll der Arzt nicht seine Akte selbst tragen? Das mach ich nicht. Oder warum ist das so, warum muss der Chefarzt als erster das Zimmer betreten? Pustekuchen. Ich glaube, das ist jetzt hier in der jungen Generation, dass das dann auch – dass diese Hierarchien dann auch gebrochen werden und man sich auf gleicher Augenhöhe begegnet. Du musst dann auch deine Argumente haben und du musst dann auch belegen können mit deinem Fachwissen, wenn du dich mit einem Chefarzt auseinandersetzt, aber da – das kann ich wenigstens für unsere Station so sagen – das scheut sich keiner eben diesen Kontakt zu dem Chefarzt oder zu den anderen Hierarchien, Oberarzt oder was weiß ich was. Andere*

*Stationen, das hab ich jetzt dann auch so beim Schülerprojekt immer wieder erlebt, die fügen sich da. Natürlich hat man als Schüler noch mal ne andre Position, man hat vielleicht dieses Wissen nicht, dieses vernetzte Denken noch nicht so verinnerlicht und einem fehlen dann auch so die Argumentationsketten. (2/465–481)*

Ärzte und Ärztinnen drücken sich gegenüber dem Pflegepersonal und auch gegenüber Patienten und Patientinnen in einer medizinischen Fachsprache aus und grenzen sich dadurch von ihnen ab. Pflegekräfte haben nicht die gleiche elaborierte Fachsprache, aber eine pflegerische Fachexpertise, die sie in der Kommunikation jedoch oft nicht entsprechend darstellen können.

Das tradierte Rollenverhalten wird teilweise von beiden Seiten erhalten und fortgeführt, sowohl vom ärztlichen als auch vom pflegerischen Personal. Nach wie vor ist es oft schwierig, wenn Pflegekräfte in kontroversen Diskussionen selbstbewusst ihre Sichtweise oder fachpflegerische Position argumentativ darlegen. Das bringt eine Pflegekraft deutlich zum Ausdruck:

*Und von einigen ist es ja auch noch bei den Assistenten ein Problem, wie weit lässt der zu, dass eine Pflegekraft ihm was sagen kann – darf. [...] Warum, wieso? Vielleicht spielt die Rolle dann, Pflegekraft ist Pflegekraft. Es gibt einen bösen Spruch, den wir benutzen, immer wieder mal „Wir sind nur die kleinen Krankenschwestern“ (ironischer Unterton) weil wenn man dann Hinweis gibt und dann der Große [der Arzt] – der meint, dass er groß ist eigentlich, dann glaubt, er weiß das besser, dann ist man ziemlich gekränkt, dann sagt man, dass man kleine Krankenschwester ist, weil das ist immer so Hand in Hand arbeiten. Wenn man einen Hinweis gibt, das ist so oder so, dann sollte derjenige auch sofort darein knöpfen und zusammen den Weg gehen, aber das ist immer schwierig. Es gibt immer wieder mal junge Assistenten, die sich auf keinen Fall irgendwas von Pflegekraft sagen lassen, weil die haben ja studiert und nicht wir und das ist immer traurig dann. Aber es gibt wieder auf andere Seite viele, die sehr gut mit uns harmonieren und arbeiten, weil die wissen ganz genau, dass sie den Blick ohne Erfahrung nicht haben und dass man da mit Sicherheit dann viel mehr erreichen kann, wenn man sich verlässt auf das Pflegepersonal. (4/709–726)*

Das Kommunikationsverhalten des ärztlichen Personals zielt auf die Priorisierung des eigenen Zeitplanes ab. Sie stellen immer wieder heraus, wie knapp ihre Zeitressourcen sind und dass das Pflegepersonal sich in ihren Zeitplan einfügen sollte. Es ist üblich, dass Ärzte und Ärztinnen dienstliche Gespräche von Pflegekräften unterbrechen und sich Gehör verschaffen, aber umgekehrt wird dies nicht toleriert. Eine Stationschwester berich-

tet, dass die Hierarchien auch in Bezug auf das Fehlermanagement deutlich werden. Fehler des ärztlichen Personals werden verschwiegen, Fehler der Pflegekräfte angeprangert. Manchmal werden auch die Fehler des ärztlichen Personals dem Pflegepersonal als Fehlverhalten unterstellt.

### 5.2.5 Mangelnde Wertschätzung pflegerischer Arbeit

Pflegekräfte erleben auf Normalstationen oft, dass ihre Pflgetätigkeit nicht wertgeschätzt wird. Nicht nur seitens des ärztlichen Personals sind sie „nur die kleinen Krankenschwestern“, sondern auch Patienten/Patientinnen haben zunehmend eine kritische und gering-schätzende Haltung. So schildert eine Pflegekraft ausführlich, wie Patienten ihre Unzufriedenheit an ihr auslassen und welche Wünsche sie für einen guten Pflege-Patienten-Kontakt hat:

*Keiner will auf der Station gerne arbeiten – also fast keiner – das ist ne Lüge. Viele Schüler wollten ja auch auf gewisse Stationen. [...] Ich glaube, dass ich – \*\* dass ich von den Patienten weg will, ich will von den Patienten und von den Angehörigen weg. Das klingt total schizophren, weil ich auf der einen Seite mich so sehr für die Patienten einsetze, dass es ihnen gut geht, dass es ihnen besser geht und so. Ich glaube, das hat was damit zu tun, dass ich das nicht erreiche, dass es einfach eine unrealistische Vorstellung ist, dass ich es nicht hinbekomme, dass alle Patienten zufrieden sein werden unter den Bedingungen, die herrschen, an denen ich nichts ändern kann, das muss man einfach akzeptieren, dass es so ist, wie es ist und dann will ich aber lieber von denen weg, als dass ich mich damit jeden Tag konfrontieren muss, mit dieser Unzufriedenheit von denen, ne dass ich ständig für alles verantwortlich bin: Essen schmeckt nicht, ich muss so lange warten auf den Arzt, warum läuft die Untersuchung so spät, was ist los, warum hab ich meinen Arztbrief nicht? Es gibt so viele Sachen, wo ich sag, Mensch, da kann ich einfach nichts dafür und trotzdem werde ich immer dafür kritisiert, ja weil ich natürlich ständig präsent bin. Klar irgendjemand müssen sie ja fragen und wenn sie den Arzt nie sehen oder so – oder selten, dann gehen die natürlich auf mich los, [...]. Das würde ich wahrscheinlich nicht anders machen, wenn ich Patient wär und wäre unglücklich und würde auch gerne mal wissen, was mit mir los ist und keiner Zeit hat, dann würde ich auch zur Pflege sagen: „Hören Sie mal, Sie können ja mal den Arzt holen, ich würde gerne auch mal wissen, was los ist.“ Das kann man alles verstehen, aber damit will ich nicht mehr leben, ich will damit nicht mehr konfrontiert werden.*

*In der Anästhesie war das anders, da hatten die viel mehr Respekt vor einem, man ist natürlich derjenige, der denen die Narkose gibt, da sind die natürlich ein bisschen netter, da*

*haben die natürlich ein bisschen Angst. Das ist ganz anders, die sind so entspannt in der Anästhesie, wenn es darum geht, mit den Patienten zu sprechen, ich rede jetzt vom Patientenkontakt, weil die haben auch Mega-Stress da. Jedenfalls im Patientenkontakt sind die so entspannt, die unterhalten sich mit denen ganz freundlich, sagen: So, ich bin soundso und ich mach jetzt das und das bei ihnen und kommen sie mal hier rüber. Ich hab da ja hospitiert drei Tage, ich hab's ja gesehen. Die Patienten, die sind so nett. Da war ein Patient, der hat sich oben [auf der Station] benommen wie die offene Hose, ja wirklich, das haben mir Leute erzählt, so boa, der ist nie nett und so. Ich hab mich mit dem Patienten unterhalten und der war total nett zu mir. Also, die haben einfach ein ganz anderes Ansehen da unten. Du bist nicht mehr derjenige, der den Popo abwischt, weil du bist jemand, der mit über ihr Leben entscheidet, weil – so sehen die das wahrscheinlich, gehe ich mal von aus. So und das ist was anderes, das ist viel schöner und so was wünscht man sich doch, dass jemand mal danke sagt, wenn man was macht oder so. Ich mach gerne meinen Job, ich werde dafür bezahlt, ja klar, das geht doch alles viel leichter von der Hand, wenn man auch mal ein Dankeschön hört oder wenn jemand, der was von einem will auch mal bitte sagt, was auch zum höflichen Umgang gehört meiner Meinung nach, ja, was ich mir auch rausnehmen darf zu fordern, finde ich, weil man sagt ja Bitte, wenn man was möchte, ja oder einfach mal so'n Lächeln zu bekommen oder mal zu hören: „Ich finde das echt gut, was Sie machen“ oder „Das haben Sie schön gemacht“. Das ist doch nicht zu viel verlangt, so was zu hören ist echt schön. (6/222–270)*

Pflegekräfte leiden darunter, von vielen Patienten und Patientinnen keine Anerkennung ihrer Leistungen in Form von Wertschätzung zu bekommen. Die Pflegekräfte auf den Bettenstationen haben ein geringeres Ansehen bei den Patienten als die Pflegekräfte auf der Intensivstation, in der Anästhesie oder im OP. Viele Pflegekräfte möchten nicht mehr gerne auf den Stationen arbeiten und warten auf eine Möglichkeit, in eine der obengenannten Abteilungen wechseln zu können. Sie nehmen wahr, dass die Anspruchshaltung der Patienten gestiegen ist, ebenso die Selbstverständlichkeit, mit der Unterstützungsleistungen zeitnah erwartet werden. Pflegekräfte nehmen wahr, dass die Anerkennung ihrer Leistung bei Patienten gesunken ist. Patienten üben offen Kritik und nutzen Beschwerdemöglichkeiten. Bei internen Beschwerden über das Krankenhausbeschwerdemanagement zieht dies Konsequenzen für Pflegekräfte nach sich, bis hin zu Abmahnungen. Aber auch die Bewertungsportale im Internet werden von Patienten genutzt. Dadurch entsteht Druck auf die Pflegekräfte, weil sich negative Beiträge in Internetbewertungen negativ auf die Belegungszahlen und den Ruf des Hauses auswirken können. Dabei steht nicht

die Objektivität der Beschwerden im Vordergrund, sondern die Öffentlichkeitswirksamkeit von Beschwerden.

### 5.2.6 Die Berufsgruppe Pflege positioniert sich nicht

Pflegekräfte können sich als soziale Welt der Pflege in der Arena Krankenhaus nicht gut positionieren. Sie haben nicht gelernt, für ihre eigenen Belange einzutreten und ihre pflegerische Fachexpertise selbstbewusst einzubringen. Die berufliche Sozialisation führt im Ergebnis oft zu einem Anpassungsverhalten und damit zum Erhalt tradierter Rollen. So reduzieren Pflegekräfte ihre Arbeit oft auf die Arztassistenz, obwohl der Pflegeberuf in seiner historischen Entwicklung einen Paradigmenwechsel vollzogen hat, von einer defizitorientierten Versorgung hin zu einem ganzheitlichen Ansatz der ressourcenfördernden Pflege und Gesundheitsberatung (vgl. Kap. 2.3). Pflegerische Handlungskompetenz, die sich nicht nur auf fachpraktische, sondern auch kommunikative und soziale Kompetenzen erstreckt, bleibt in der Praxis unterentwickelt. Im folgenden Gesprächsausschnitt kommt dies deutlich zum Ausdruck.

*So dieser kleine Rahmen, wo die Pflege halt auch Eigenständigkeit hat, hab ich immer gesucht und hab das versucht, dann auch einzufordern, also ich hab auch oft das Gespräch gesucht auch mit den anderen Berufsgruppen, auch mit den Ärzten und das ist das, was ich natürlich auch heute so schade finde, aber wo vielleicht ja mal ne andere Entwicklung kommt, aber das ist immer so dieses – dass man sich so reduziert in der Pflege auf diese Assistenz letztlich oder auf bestimmte grundpflegerische Tätigkeiten nur, ehm, ich wollte da immer mehr, um es mal platt zu sagen und ich hab aber gesehen, dass ja auch die Pflege Kompetenzen hat, und hab natürlich auch nachgelesen, was sagt eigentlich so das Gesetz und man kriegt in der Schule auch, das fand ich – also die Schule hat mich ungemein geprägt, da hat man eigentlich sehr gut auch vermittelt bekommen, dass die Pflege durchaus eigenständige Bereiche hat und eigene Kompetenzen hat, die sie nutzen kann, klar gibt es ein Delegationsrecht und diese Dinge aber – irgendwie ist der Arzt immer in der Hauptverantwortung – aber das was man dann auch selbst machen kann, das wollte ich auch immer unbedingt auch tun, und hab dann das dann auch so eingefordert. Auf der Station war es bei Kollegen, die schon längere Zeit Berufserfahrung hatten, sicherlich auch anders. (3/143–163)*

Geht man der Frage nach, warum Pflegekräfte diese Arbeitsbedingungen scheinbar so hinnehmen, und sich nicht dagegen wehren, stellt man fest, dass nur ein Bruchteil der Pflegekräfte gewerkschaftlich oder in Berufsverbänden organisiert ist. Historisch gab es viele Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft, in denen es kein Streikrecht gab.

*Ja, ich glaube, das hängt bei mir mit dem kirchlichen Träger zusammen. Und zwar wurde uns eingebläut, wenn du hier in der Kirche angestellt bist, darfst du nicht streiken. Wenn ich jetzt in einem anderen Betrieb wär, der vielleicht städtisch geleitet wird, ich bei Verdi irgendwie mit dabei wär, dann würde ich auch mit meinem Fähnchen auf die Straße gehen und würde protestieren und ich – wenn gerade wieder Streiks im öffentlichen Dienst sind. Ich verfolge das sehr gerne in den Nachrichten und ich freue mich dann. Für die Patienten ist das schlecht. Aber wenn das dann ein Krankenhaus wie das Universitätsklinikum dann auch mal streikt, das beobachte ich sehr gerne, weil ich dann einfach weiß, aha, die Kirche wird irgendwann nachziehen und wird dann da auch mehr Gehalt zahlen. Ich glaube, das hängt mit der Kirche bei mir zusammen. Wenn ich woanders wär, dann würde ich alleine schon –, dann würde ich streiken gehen. (2/844–858)*

Während andere Berufsgruppen, zum Beispiel die der Ärzte, starke Interessenvertretungen haben, sehen Pflegekräfte den Kampf um ihre Rechte und Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen als eher aussichtslos an. Aktuell streben die Berufsverbände eine berufliche Selbstverwaltung durch die Einführung von Pflegekammern<sup>15</sup> an.

*Wir als Pflegekräfte müssen, glaube ich, unsere Lobby –, unser Ansehen kann noch weiter gestärkt werden, wenn ich eben so eine Kammerfunktion habe. Es gibt die ganzen Verbände, ich bin auch selbst mit in einem Verband, ich bin da nicht tätig, ich hör mir das mit an aber ich weiß gar nicht, warum ich da nicht bin. Ich glaube, ich hab jetzt erst mal so rausgefunden – . Du zahlst dafür, das war immer so –, ja auch so in meinem Umfeld ist keiner in einem Verband. (2/798–805)*

Die Einrichtung von Pflegekammern wird an der Basis sehr kontrovers diskutiert. Es wird wenig Nutzen davon erwartet, sondern eher Kontrolle befürchtet.

Zusammenfassend kann Folgendes festgehalten werden: Die Pflegekräfte sehen sich Druck von unterschiedlichen Seiten ausgesetzt. Als Berufsgruppe sind sie wenig organisiert, um für ihre Rechte und einer Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen kämpfen. Sie haben keine Lobby und fühlen sich in ihrer Arbeit nicht anerkannt und wertgeschätzt. In der Arena Krankenhaus ist die Gruppe der Pflegekräfte in ein Korsett restriktiver Arbeitsbedingungen gezwängt und Druck von unterschiedlichen Seiten ausgesetzt, sodass sich viele einen Verbleib auf den Bettenstationen eines Krankenhauses langfristig nicht vorstellen können.

---

<sup>15</sup> Inzwischen haben drei Bundesländer in Deutschland eine Pflegekammer gegründet (Stand März 2018); andere Bundesländer treffen Vorbereitungen in diese Richtung. (vgl. DBfK, o.J.)

### 5.2.7 Zusammenfassung der Teilergebnisse

Die zweite Kategorie zeigt die Verflochtenheit der sozialen Welt der Pflege in der Arena Krankenhaus auf und betrachtet die Hierarchie- und Machtkonstellationen auf der kollektiven Ebene aus der Perspektive der Pflegekräfte. Die Ergebnisse werden in tabellarischer Form noch einmal zusammengefasst.

<b>Im Kräftefeld der Arena Krankenhaus</b>
<p><b>Umsetzung von Neuerungen in Top-down-Strategie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pflegekräfte empfinden, dass sie alles ihnen Mögliche tun und es trotzdem nicht ausreicht.</li> <li>– Neuerungen der Krankenhausleitung werden über die Stationsleitungen auf die Stationsebene transportiert.</li> <li>– Stationsleitungen befinden sich in einer prekären Position: Sie müssen Druck von oben nach unten transportieren mit dem Wissen, dass die Belastungsgrenzen des Pflegepersonals bereits erreicht sind.</li> <li>– Stationsleitungen müssen alle Anweisungen der Vorgesetzten umsetzen und den „Kopf hinhalten“, wenn es nicht funktioniert.</li> </ul>
<p><b>Zwang zur Wirtschaftlichkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Druck zur Wirtschaftlichkeit in Krankenhäusern ist politisch gewollt.</li> <li>– Arbeitsaufwand nimmt zu, Pflegepersonalausstattung bleibt gleich. „Die Politik sitzt das aus.“</li> <li>– Rationalisierungsmaßnahmen im Krankenhaus sichern das Überleben des Standorts zulasten des Pflegepersonals.</li> <li>– Die Pflegedirektion steht auf Seite der Geschäftsführung, hat die Probleme der Basis nicht mehr im Blick.</li> <li>– Die priorisierte Unternehmensstrategie ist Gewinnoptimierung.</li> <li>– Es geht nicht mehr darum, „pflege ich gut oder pflege ich schlecht“.</li> <li>– Ausweitung des Medizincontrollings, Kodierkräfte haben die Liegezeiten der Patienten abrechnungstechnisch im Blick.</li> <li>– Entscheidungen zur Patientenentlassung werden nach ökonomischen Gesichtspunkten getroffen, Pflegeexpertise wird dabei nicht berücksichtigt.</li> <li>– Es werden zunehmend Zimmer mit „Hotelcharakter“ für Privatpatienten eingerichtet; hier besteht ein erhöhter Serviceaufwand für Pflegekräfte.</li> </ul>
<p><b>Pflegekräfte fühlen sich machtlos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pflegekräfte erleben Alltagsbedingungen, unter denen eine adäquate Patientenversorgung nicht möglich ist.</li> <li>– Die durch hochaufwendige Pflege erzielten Erlöse werden nicht in Pflegepersonal investiert.</li> <li>– Finanzielle Zusagen (zum Beispiel Bezahlung der Umkleidezeit) werden vom Arbeitgeber nicht immer eingehalten, der Klageweg steht offen.</li> <li>– Der Arbeitgeber hat Sanktionsmacht mittels Abmahnung oder Kündigung.</li> <li>– Vorgehensweisen der Krankenhausleitung gegenüber Pflegepersonal sind nicht immer nachvollziehbar und werden dann als Willkür erlebt.</li> </ul>

**Im Kräftefeld der Arena Krankenhaus****Mangelnde Wertschätzung pflegerischer Arbeit**

- Pflegekräfte werden täglich mit der Unzufriedenheit von Patienten konfrontiert.
- Unzufriedenheit wird von Patienten gegenüber dem Pflegepersonal kommuniziert, auch wenn es nicht deren Aufgabenbereich betrifft: Arzt kommt nicht, Essen schmeckt nicht etc.
- Das Ansehen der Pflegekräfte auf Normalstationen ist geringer als in den Funktionsbereichen.
- Patientenunzufriedenheit und Anspruchshaltung steigt.
- Zunehmend Patientenbeschwerden beim Beschwerdemanagement und Bewertungen in Internetportalen.

**Die Berufsgruppe Pflege positioniert sich nicht**

- Starke Anpassung an tradierte Rollen.
- Pflegekräfte reduzieren ihre Arbeit auf Arztassistentz, bringen ihre pflegerische Handlungskompetenz zu wenig ein.
- Pflegekräfte haben keine Lobby, sind nicht gut in Gewerkschaft und Berufsverbänden organisiert.
- Konfessionelle Träger haben kein Streikrecht.
- Einführung von Pflegekammern wird kontrovers diskutiert.

### 5.3 Aushandeln beruflicher Alltagssituationen

In ihrem beruflichen Alltag sehen sich Pflegekräfte multiplen Anforderungen gegenüber. So hat im Pflegealltag die Komplexität der Aufgaben deutlich zugenommen. Nach wie vor ist es die Hauptaufgabe des Pflegepersonals im Krankenhaus, die Begleitung und pflegerische Versorgung der Patienten und Patientinnen zu gewährleisten; dies stellt sich zugleich als eine der größten Herausforderungen für Pflegekräfte dar. Die Handlungs- und Entscheidungssituationen finden in einem Setting von Interaktionspartnern unterschiedlicher Bezugsgruppen statt: den Interaktionspartnern des Pflorgeteams, den Patienten und Angehörigen, den Ärzten und den anderen Berufsgruppen, die auf der Station direkt oder indirekt mit arbeiten. Die Interaktionen sind geprägt von der individuellen Eigenperspektive der Pflegekraft, der Perspektive der jeweiligen Interaktionspartner und den perspektivimmanenten Erwartungshaltungen. Sie sind eingebunden in eine Arena, die Institution Krankenhaus, und interagieren dort mit unterschiedlichen Akteuren bzw. Akteursgruppen.

In diesem Kapitel wird die Komplexität der Aufgaben, die in den Alltagssituationen teilweise widersprüchliche Anforderungen an die Pflegekraft stellen, in vier Bezugspunkten erläutert. Pflegekräfte müssen sich in diesen Alltagssituationen positionieren, Entscheidungen treffen und agieren. Strauss beschreibt dies in seinem Konzept der *negotiations* als Aushandlungen zum Erhalt einer Stabilität bei sich permanent verändernden Bedingungen (vgl. Kapitel 3.5). Im Stationsalltag sind dazu unterschiedliche Aushandlungen notwendig: Situationsaushandlungen in Bezug auf interindividuelles Handeln mit unterschiedlichen Interaktionspartnern und in Bezug auf intraindividuelles Handeln

- im Pflorgeteam der Station (Kapitel 5.3.1)
- mit Patienten und Angehörigen (Kapitel 5.3.2)
- mit anderen Berufsgruppen (Kapitel 5.3.3)
- bezogen auf das Selbstmanagement (Kapitel 5.3.4)

In den beruflichen Alltagssituationen kommt es zu Situationsaushandlungen in unterschiedlichen Bezügen. Wichtige Faktoren für die Berufsausübung sind die Gestaltung des gegenseitigen Austausches von Informationen, verlässliche Absprachen zur Ablauforganisation und gegenseitige Unterstützung in schwierigen Handlungssituationen. Alltagssituationen mit den Interaktionspartnern beinhalten unterschiedliche Anforderungen an eine Pflegekraft. Im Folgenden sollen die Aushandlungsprozesse in den Situationen des Stationsalltags aufgezeigt werden.

### 5.3.1 Situationsaushandlungen im Pflorgeteam

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie Situationen im Pflorgeteam auf der Station ausgehandelt werden. Dabei wird zunächst der allgemeine Ablauf auf der Station beschrieben und anschließend wird auf drei wichtige Aspekte näher eingegangen: auf die Notwendigkeit, die Patientenversorgung mit dem vorhandenen Personal zu gewährleisten, auf die Aufgabenpriorisierung und auf die Dynamik innerhalb des Pflorgeteams.

Eine zentrale Stellung nimmt die Zusammenarbeit im Pflorgeteam ein. Das Team besteht aus Personen mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau, einem Quali-Mix: Dazu gehören Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung, Pflegeassistenten mit einjähriger Ausbildung, Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegeassistenz und Praktikanten und Praktikantinnen aus Schulen, Fachoberschulen und dem Bundesfreiwilligendienst (BFD) oder Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ). Die anstehenden pflegerischen Aufgaben werden den anwesenden Personen des Pflorgeteams je ihrer nach Qualifikation und Erfahrung zugeteilt. Dabei sind die examinierten Pflegekräfte letztendlich verantwortlich für alles, was im Team geleistet wird. Sie müssen somit alle nicht selbst ausgeführten Aufgaben auf sachgemäße Durchführung überwachen und fachpraktische Anweisungen und Anleitungen im Team geben. Sie müssen außerdem gewährleisten, dass am Ende einer Schicht alle anfallenden Aufgaben adäquat erledigt worden sind oder an das Personal der folgenden Schicht weitergegeben werden. Deshalb ist die Arbeitsorganisation auf der Station von großer Bedeutung. Der Arbeitsalltag auf der Station wird in der Regel von der Stationsleitung in drei Schichten geplant. Dazu muss der Dienstplan mit dem von der Organisation vorgehaltenen Personal so besetzt werden, dass die Patientenversorgung kontinuierlich über 24 Stunden gewährleistet wird. Bei der Einsatzplanung muss die Qualifikation der einzelnen Mitarbeiter berücksichtigt werden. Das Pflegeorganisationssystem<sup>16</sup> der Bezugspflege wird präferiert, ist aufgrund mangelnder personeller

---

<sup>16</sup> Pflegeorganisationssysteme beschreiben, wie die Stationsaufgaben in einem Team auf einer Krankenhausstation organisiert werden. Dies kann unterschiedlich geschehen:

- Als ablauforientierte Funktionspflege, bei der komplexe Pflegeaufgaben in einzelne Tätigkeiten zerlegt werden und eine Pflegekraft (oder Hilfskraft) diese Tätigkeit bei allen Patienten und Patientinnen durchführt, zum Beispiel Blutdruckmessen. Es gibt eine klare Aufgabenverteilung; zudem ist die Funktionspflege effektiv und kostengünstiger als die anderen Pflegesysteme. Für den Patienten bedeutet es, dass mehrere Pflegepersonen kleine Verrichtungen ausführen mit dem Risiko, dass der ganzheitliche Blick auf den Patienten bzw. die Patientin verloren geht.
- Als Bereichspflege, bei der die Patientenzimmer in mehrere Bereiche aufgeteilt werden und eine Fachkraft schichtweise die Verantwortung für die Zimmer eines Bereichs übernimmt und Ansprechpartnerin für zugeteilte Auszubildende und Hilfskräfte ist. Für Patienten und Patientinnen ist die Anzahl der versorgenden Pflegekräfte (und Pflegehilfskräfte) kleiner und der Informationsaustausch in den Bereichen funktioniert besser.

Besetzung jedoch selten umsetzbar. Deshalb kommt meist ein Mix aus Bereichspflege und Funktionspflege zum Einsatz, um alle Aufgaben mit dem anwesenden Personal erledigen zu können und um die Vorteile der beiden Pflegeorganisationssysteme zu nutzen. Durch die jeweilige Tagesbesetzung des Pflgeteams ergibt sich, wie die Arbeitsaufgaben in den Schichten auf das Personal verteilt werden. Es gibt bestimmte Aufgaben, die dem examinierten Fachpersonal vorbehalten bleiben, andere Aufgaben können an Auszubildende oder Praktikanten delegiert werden. Zusätzlich ist von Bedeutung, ob auf der Station unterstützende Arbeitskräfte eingesetzt werden, die dem Pflegepersonal einen Teil der Aufgaben abnehmen können, zum Beispiel Schreibkräfte für Aufgaben der Dokumentation, Servicekräfte zum Austeilen der Essenstabletts oder Transportdienste, um Patienten zu Untersuchungen zu bringen.

### **5.3.1.1 Patientenversorgung mit dem vorhandenen Personal gewährleisten**

Eine examinierte Pflegekraft übernimmt die Schichtleitung. Wie in Kapitel 5.1.1 bereits dargestellt, sind einzelne Schichten häufig von Personalausfällen betroffen, die irgendwie kompensiert werden müssen. In der Regel werden die Arbeitsaufgaben auf das verbleibende Personal verteilt. Dabei ist von Bedeutung, wie hoch der Anteil der Pflegefachkräfte im Verhältnis zu den Auszubildenden und Pflegehilfskräften ist. Es wird personalabhängig eine Entscheidung getroffen, nach welchem Pflegeorganisationssystem gepflegt werden kann.

Nachdem bei Dienstantritt klar ist, mit wie vielen Personen und welchem Quali-Mix man in dieser Schicht als Pflgeteam auf der Station ist, wird entschieden, nach welchem System die anfallenden Arbeiten an diesem Tag bewältigt werden können. Die Bezugspflege ist aufgrund der hohen Personal- und Kostenintensität in der Regel nicht durchführbar. Daher gilt als bevorzugtes Pflegesystem die Bereichspflege. Diese kann aber nur funktionieren, wenn genügend examiniertes Pflegepersonal in der Schicht anwesend ist. Oft wird aus Mangel an Fachpersonal die Funktionspflege durchgeführt. Dabei werden die anfallenden Arbeiten in Teilaufgaben zerlegt und jeder Mitarbeiter nimmt eine andere Aufgabe an einem Patienten vor: Einer misst die Vitalwerte, ein anderer reicht das Essen an und ein dritter begleitet die ärztliche Patientenvisitation. Oft kommt es zu einer Mischung

- 
- Die patientenorientierte Bezugspflege ist ein ganzheitlich orientiertes Pflegesystem, bei der eine Pflegefachkraft die pflegerische Gesamtverantwortung für den gesamten Pflegeprozess von Patienten und Patientinnen übernimmt und Anweisungen an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gibt, wenn sie selbst nicht anwesend ist. Dieses Pflegesystem ist personal- und kostenintensiv. Die Bezugspflegekraft hat größere Handlungsfreiräume, aber auch eine höhere Verantwortung. Die Patienten haben während des gesamten Krankenhausaufenthaltes eine feste Bezugspflegekraft als Ansprechpartnerin für den gesamten Pflegeprozess. (Thieme 2015, S. 197–200)

beider Pflegesysteme. Dabei übernehmen examinierte Pflegekräfte vorzugsweise die administrativen Aufgaben und Dokumentationsaufgaben und die Auszubildenden und Hilfskräfte eher die patientennahen Aufgaben. Das kann zum Beispiel dazu führen, dass eine Auszubildende die grundpflegerische Versorgung durchführt und die examinierte Pflegekraft am Ende der Schicht den Pflegebericht schreibt; im Extremfall hat sie den Patienten an diesem Tag überhaupt nicht gesehen. Vorbehaltsaufgaben für examiniertes Fachpersonal führen dazu, dass viele Aufgaben der direkten Patientenversorgung an Auszubildende weitergegeben werden müssen mit der Folge von Qualitätseinbußen in der pflegfachlichen Versorgung. Das ist den Pflegefachkräften bewusst, lässt sich aber aus ihrer Perspektive oft nicht anders lösen. Die knappe Besetzung mit examiniertem Fachpersonal erzwingt somit aus pragmatischen Gründen oft die Delegation der patientennahen pflegerischen Interventionen an nichtexamiertes Personal, sodass

*letztlich Mitarbeiter betraut sind mit der Versorgung von Patienten, die dem aus dem Ausbildungsstand überhaupt nicht gewachsen sein können, wie Schüler, Praktikanten, früher war's der Zivi, jetzt nicht mehr, die das natürlich so überhaupt nicht leisten können, so dass letztlich auch es zu ner Unterversorgung kommt oder auch zu fehlerhaftem Behandeln von Patienten. (1/45–51)*

Dabei ist dem Fachpersonal bewusst, dass diese Form der Arbeitsorganisation Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung hat. Sie wissen, dass den Auszubildenden und Hilfskräften Kompetenzen fehlen, die notwendig sind, um diese patientennahen Tätigkeiten fachgerecht auszuführen. Die Probleme und Gefahren, die damit für Patienten verbunden sein können, beschreibt eine Pflegekraft wie folgt:

*Das fängt bei einfachen Sachen schon an, beim beispielsweise Essen und Trinken darreichen, das letztlich ja nicht viel Know-how erfordert, aber wenn man dann doch in die Zimmer reinkommt und guckt, wie der Patient hingesetzt worden ist, also dass er schon gar nicht mehr raumobilisiert wurde, ist schon fast gängig, dann liegt der so halb liegend, das Essen ist nicht gerichtet, ehm, Aspirationsgefahr nimmt natürlich zu oder [die Vorbeugung dessen] ist entsprechend nicht ausreichend, es wurde nicht geguckt, ob die Prothesen sitzen, also nur um ein paar Beispiele zu nennen, was das Thema betrifft, dann kann man weiter fortziehen mit der Lagerung, da wird nicht adäquat gelagert, da sind dann immer noch die Fersen nicht frei gelagert oder die falschen Hilfsmittel sind benutzt. Ja da sind natürlich so anspruchsvollere Sachen noch, wobei das schon schwierig genug ist, also selbst was dann die Infusionstherapie und so weiter betrifft, wo die natürlich auch drangehen, weil es ja von uns Examinierten keiner macht. (1/55–70)*

Die Pflegekraft ist sich dessen bewusst, dass die delegierten Aufgaben von nichtexaminiertem Personal nicht fachgerecht ausgeführt werden bzw. aufgrund mangelnder Fachkompetenz nicht ausgeführt werden können. Nach ihrer Einschätzung kommt es dadurch zu Patientengefährdungen. Sie nimmt diese Problematik wahr, kann sie aber nicht ändern. Manche Tätigkeiten erscheinen auf den ersten Blick auch durch Personen ohne Pflegeausbildung leistbar, doch der obige Gesprächsausschnitt zeigt, dass auch bei scheinbar einfachen pflegerischen Verrichtungen Fachwissen und Fachkompetenz notwendig sind, um sie fachgerecht durchzuführen.

Um alle anfallenden Arbeiten gemeinsam bewältigen zu können, werden selbst ärztlich delegierbare Aufgaben<sup>17</sup> regelmäßig den Auszubildenden und Hilfskräften überlassen. Dazu zählen zum Beispiel Injektionen oder Infusionsgaben. Die Pflegekraft hat die Durchführungsverantwortung und kann diese Aufgaben nicht weiterdelegieren. Im Krankenhausalltag ist die Weiterdelegation dieser Aufgaben aus Zeitgründen üblich, ohne dass die Pflegekraft die korrekte Durchführung überwachen kann. Damit bewegt sie sich täglich in einer rechtlichen Grauzone. Bei Durchführungsfehlern wird die Pflegekraft dafür haftbar gemacht. Im Praxisalltag wird diese Problematik ausgeblendet, weil es zur Bewältigung aller anfallenden Aufgaben scheinbar keine Alternative zu diesem Prozedere gibt. Ein Lösungsansatz wäre eine Aufstockung des examinierten Pflegepersonals. *„Mit Sicherheit würd's helfen, wenn noch mehr Personal wäre – mit **Sicherheit**, weil dann könnte man die Rollen besser verteilen. (4/480)“*

Es wäre zudem effektiver für den Personaleinsatz und die Arbeitsorganisation,

*dass jeder nach seiner Qualifikation und vielleicht nach seinen eigenen Ansprüchen entsprechend auch eingesetzt wird und aber dann auch nicht mit irgendwelchen Aufgaben beschossen wird, die er eigentlich – die eigentlich ihn überfordern, oder die ihn eigentlich auch nicht wirklich betreffen. Das ist im Moment aber das, was wir tun, wir machen ja kaum einen Unterschied und im Prinzip muss jeder alles machen und wir müssen's auch von jedem verlangen, weil die Ressourcen zu knapp sind. (3/525–532)*

Aufgrund der Personalsituation kann außerdem kaum auf individuelles Leistungsvermögen und Kompetenzen Rücksicht genommen werden. Darüber hinaus wird beklagt, dass Pflegekräfte Arbeiten erledigen müssen, die mit der Pflege wenig zu tun haben und die

---

<sup>17</sup> Im SGB V § 28 gibt es gesetzliche Vorgaben zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal. Der Arzt kann bestimmte Tätigkeiten (zum Beispiel Verabreichen von Injektionen und Infusionen) an Pflegepersonal delegieren, wenn er sich davon überzeugt hat, dass die Pflegekraft diese Tätigkeiten fachgerecht ausführt. Die Gesamtverantwortung liegt beim Arzt, die Durchführungsverantwortung bei der Pflegekraft. (vgl. Deutsches Ärzteblatt 3/2015)

sie gerne an Hilfskräfte abgeben würden, um mehr Zeit am Patientenbett zu haben. Insgesamt wird jedoch begrüßt, dass Aufgaben an Servicekräfte abgegeben werden können, wie eine Fachkraft ausführlich beschreibt:

*Das hat sich auch noch geändert, und zwar, hat man ja für einzelne Bereiche Servicekräfte eingestellt, zum Beispiel bei der Essensverteilung, da sind irgendwelche Servicekräfte mitbeteiligt, also das wurde ja **schon** verändert. Und ich glaube auch, dass wenn ich eine – wie es in Notaufnahmen schon ist, eine Verwaltungskraft einsetze jetzt hier für den administrativen –, administrative Aufgaben, Telefondienste, dann hab ich ja wieder eine Pflegekraft – natürlich muss dann überlegt werden, aus welchem Pool wird diejenige Kraft bezahlt, ne. Kann ich vielleicht auch wieder eine Pflegekraft abschaffen, wenn ich da ne Verwaltungskraft da hinsetze. Ich glaube, dass – dieser Weg, der darf nicht gegangen werden. [...] Ich finde das auch in Ordnung, warum muss ich jetzt als – ich habe fünf Jahre gelernt, warum muss ich einen Pflegearbeitsraum saubermachen? Warum kann das nicht die Reinigungskraft in ihrer Reinigungstätigkeit mitmachen? Also, ich kann jetzt schon glaube ich überlegen, welche Aufgaben sind jetzt reine pflegerische Aufgaben, oder wo brauche ich einfach auch meine Ausbildung, dass ich weiter am Krankenbett einfach existieren kann. Also ich muss glaube ich den Aufgabenkatalog noch mal so umstricken, oder es muss aufgelistet werden, was sind wirklich pflegerische Aufgaben und was sind pflegefremde Tätigkeiten. Da zählt zum Beispiel dazu das Putzen. Warum muss ich immer telefonieren? Das kann jemand anderes machen. Also, ich möchte am Patientenbett arbeiten. Aber man beobachtet ja auch Krankenhäuser, die vielleicht schon eine Sekretärin haben. Machen die [Pflegekräfte] dann wirklich mehr Arbeit am Patientenbett, oder sind die dann wieder mehr mit anderen Dingen beschäftigt? Wohin geht die Reise? Weiß ich nicht. (2/672–709)*

Manche Pflegekräfte befürchten, dass diese Arbeitsteilung bzw. die Verlagerung von Aufgaben auf Arbeitskräfte mit anderer Qualifizierung und niedrigeren Personalkosten geschieht und im Gegenzug entsprechend Stellen in der Pflege abgebaut werden, um insgesamt die Personalkosten auf dem gleichen Niveau zu halten oder abzusenken.

Ist auf einer Station eine Schicht nicht ausreichend mit Pflegepersonal besetzt, können zur Kompensation von Personalausfällen unterschiedliche Strategien<sup>18</sup> eingesetzt werden: vom Vorhalten eines Springerpools bis hin zur Zahlung von Boni bei ungeplanten Zusatzdiensten zur Kompensation von Dienstplanengpässen. In den in diese Forschungsarbeit einbezogenen Krankenhäusern werden Personalausfälle größtenteils dadurch gelöst, dass Teamkollegen und -kolleginnen einspringen, die dienstfrei haben. Weil Pflegekräf-

<sup>18</sup> Alternative Lösungsansätze der Kompensation von Personalausfällen werden vom DBfK 2014 erläutert: stationsübergreifende Teams, Springerpool, Rotationsprinzip, Leiharbeit, Einsatz von Freiberuflern, Standby-Verfahren und Arbeitszeitkonten.

ten bewusst ist, dass es bei Personalengpässen zu Mängeln in der Patientenversorgung kommt, empfinden sie einen moralischen Druck den Patienten und auch dem Stations-team gegenüber, dem sie sich nur schwer entziehen können, wenn sie zuhause angerufen werden mit der Bitte, den Dienstaussfall von Kollegen außerplanmäßig zu kompensieren und erfordert hohe Flexibilität.

*Ich glaube, der Job der Krankenpflege, der profitiert davon, dass man einspringt, dass man spontan ist, weil es kann immer wieder jemand krank werden, dann wirst du angerufen, kannst du mal eben den Nachtdienst machen. Also davon ist erst mal dieser Beruf, glaub ich, abhängig, dass man die Flexibilität mitbringt, einzuspringen. (2/384–388)*

Diese Flexibilität kann jedoch nicht jeder leisten, denn man braucht die freie Zeit zur Re-generation. Aus Sicht der Pflegekräfte zieht diese Vorgehensweise der Kompensation von Personalausfällen durch andere Pflegekräfte aus dem Stationsteam eine Abwärtsspirale nach sich. Wenn häufig Dienstaussfall von Kollegen kompensiert werden muss, kommen die Kompensierer auch immer weiter unter Druck, denn oft ist ein zeitnahe Freizeitausgleich nicht möglich. Deshalb strebt ein relativ hoher Prozentsatz der Pflegekräfte eine Stellenreduzierung an, um die Pflegearbeit leisten zu können und Zeit zur Erholung und zum Kräftesammeln zu haben. Durch Dauerbelastung steigt das Erkrankungsrisiko von Pflegekräften. In Zeiten, in denen oft krankheitsbedingte Ausfälle kompensiert werden müssen, ist insgesamt der Krankenstand auf der Station höher.<sup>19</sup> Das Personal kommt zunehmend physisch und psychisch an die Belastungsgrenzen und teilweise darüber hinaus, wie eine Pflegekraft beschreibt:

*Also, die Entwicklung die deckt sich glaube ich mit der allgemeinen Entwicklung in Deutschland. Wie gesagt, die zunehmende Arbeitsbelastung und die Zunahme von bestimmten Erkrankungen einfach dann auch in dem Zusammenhang, auch Burnout sicherlich, also die psychischen Erkrankungen sind hier auch vertreten, zunehmend. Auf der anderen Seite gibt's halt auch noch mal spezielle Dinge, die dann die Mitarbeiter entwickeln oder auch Verhaltensweisen, die dann zutage kommen, also klar, wir haben nen hohen Krankenstand, das ist aber auch natürlich damit vergesellschaftet, dass wir von der Altersdemografie, von der Mitarbeiterdemografie ein gealtertes Haus sind, das ist so. Wir haben ein hohes Durchschnittsalter auf den Stationen, teilweise von 47-48-50 [Jahren] so in dem Bereich und dann werden natürlich auch tägliche Belastungen für den Einzelnen irgendwann auch – ja – die werden dann irgendwann auch schlechter verkraftet und äußern sich eher in so-*

---

<sup>19</sup> In einem an der Studie beteiligten Krankenhaus wurde zu dieser Fragestellung eine statistische Erhebung durchgeführt, die dies bestätigt. Diese Berechnung steht hier aus Datenschutzgründen nicht zur Verfügung.

*matischen oder psychischen Erkrankungen und das heißt, wir haben einfach dann auch einen hohen Krankheitsstand. Das ist das eine, aber sogar bei jungen Mitarbeitern erleben wir das, dass schnell auch ne – gerade auch ne psychische Überforderung eintritt. Also das macht was mit den Mitarbeitern, ich glaub schon – ich glaub, die Frustrationsgrenze oder die Toleranzschwelle, wie auch immer man das jetzt – also ich würd's eher Frustrationsgrenze nennen, die ist da insgesamt auch gesunken, die Frustration ist schneller erreicht, sagen wir's mal so. (3/340–363)*

Diese Flexibilität, Personalausfälle zu kompensieren, will und kann nicht mehr jede Pflegekraft leisten, die Bereitschaft dazu sinkt bei vielen Pflegekräften. Dazu kommt, dass sich Belastbarkeitsgrenzen anscheinend verändern. Durch einen hohen Altersdurchschnitt des Pflegepersonals und die fehlende Möglichkeit, Arbeitsbelastungen an die persönlichen Leistungsgrenzen anzupassen, wird das Problem noch verschärft.

### 5.3.1.2 Aufgabenpriorisierung

Eine professionelle Arbeitsorganisation erfordert nicht nur ein Abarbeiten aller anfallenden Arbeiten („es stapelt sich und stapelt sich“), sondern auch ein permanentes Sortieren der anfallenden Arbeitserfordernisse nach Dringlichkeit. Das in der Einleitung dieser Arbeit angeführte längere Praxisbeispiel zeigt, wie durch permanent hinzukommende zusätzliche Arbeitsanforderungen in vielen Situationen wieder neu nach Dringlichkeit entschieden werden muss, welche Aufgabe vorrangig erledigt wird. Das wird an dem folgenden Gesprächsausschnitt auch noch einmal deutlich.

*Du hast den Stapel im Kopf, weil du arbeitest ja alles nacheinander ab, du weißt ganz genau, okay, morgens früh, den müssen wir waschen, den müssen wir waschen, das müssen wir machen, jenes müssen wir machen. Du arbeitest das ab, dann weißt du, Nummer eins ist erledigt. Dann zwischendurch kommen noch Hunderte von Anrufen aus allen verschiedenen diagnostischen Abteilungen, das muss gemacht werden, hier brauchen wir noch ein Labor, hier brauchen wir noch eine Kontrolle, zusätzlich noch die Ärzte. Das heißt, dieser Zettel, dieser Stapel vergrößert sich und du arbeitest nacheinander alles ab und zum Ende des Dienstes weißt du ganz genau, okay [der Stapel] ist kleiner, aber hast du auch wirklich alles gemacht. Es ist schon öfters vorgekommen, nicht nur bei mir, sondern bei allen, dass wir zu Hause sitzen und in dem Moment fällt uns noch was ein: Ach, ich hab was vergessen – ich hab vergessen, Bescheid zu sagen. Du rufst noch mal auf Station an uns sagst: „Hör mal, bei dem Patienten so und so – total vergessen, es ist noch dieses und jenes nicht gemacht“. Das heißt, du rufst da eigentlich an und – ähm – und versuchst dann natürlich, das*

*weiterzugeben, damit es jaaa nicht vergessen wird, was oft gemacht wird, ja und das ist dann natürlich so 'n bisschen, was dich mitnimmt. (5/20–34)*

Dieses permanente Abarbeiten und Priorisieren anfallender Aufgaben führt dazu, dass innerhalb der Schicht kaum Zeit ist, darüber nachzudenken, ob auch alles erledigt ist und in welcher Qualität die Aufgaben erledigt wurden. Auf dem Nachhauseweg besteht dann die Möglichkeit, die letzte Schicht noch einmal zu reflektieren und wichtige Dinge von zuhause aus mit dem Personal der nächsten Schicht nachzubesprechen. Nicht alle Kollegen und Kolleginnen haben die Bereitschaft zur Reflexion. Dann bleiben unter Umständen wichtige Arbeitsaufgaben unerledigt und fallen später als Versäumnisse auf, oft zum Nachteil für die Patienten oder die Organisation.

Die Bereitschaft und Flexibilität des Pflegepersonals zur Aufgabenpriorisierung ist unterschiedlich ausgeprägt, ebenso der Wille oder die Fähigkeit zur Selbstreflexion.

*Wenn ich den vorgeschriebenen Weg gehe, dann brauch ich nicht so viel nachdenken unbedingt, ich brauche nicht so viel meine eigene Initiative reinstecken, das ist alles – steht auf dem Papier, ich arbeite ab und dann bin ich fertig. Dass ich dazwischen Zeit etwas setzen könnte oder eventuell mal umändern kann, dafür muss ich schon mal mich einbringen und da ist ja –. Das [Abarbeiten] ist der einfachste Weg. Dann geht man lieber diesen Weg: „Ich arbeite ab, meine Dienstzeit ist zu Ende, Klappe zu, ich geh nach Hause.“ Und das nimmt zu. Das nimmt zu. (4/427–433)*

Oft hat es Folgen, Arbeitsanforderungen nicht nach Dringlichkeit zu sortieren. Pflegekräfte werden zurechtgewiesen, weil ein Patient nicht rechtzeitig zu einer Untersuchung gebracht wird oder der Arzt mit der Visite wartet. Und in anderen Situationen kann es dramatische Auswirkungen haben, zum Beispiel wenn man nicht zeitnah zu einem Patienten klingelruf kommt und der Patient durch einen Sturz aus dem Bett verletzt ist oder durch einen gerade erlittenen Herzinfarkt verstorben, bevor man das Zimmer betreten hat.<sup>20</sup> Die Einschätzung, welche Arbeitsanforderungen dringlicher sind als andere, erfordert Erfahrung und bewusste Priorisierung.

Examierte Pflegekräfte priorisieren die anfallenden Aufgaben nicht nur für sich selbst, sondern oft auch für nichtexamiertes Personal. Darüber hinaus werden pflegerische Verrichtungen auch von den Fachkräften nicht immer fachgerecht ausgeführt, oft aus

<sup>20</sup> Dieses Ereignis ist in meiner Zeit der teilnehmenden Beobachtung auf einer Station so passiert. Der Patient im Nachbarbett hatte geklingelt. Er konnte selbst nicht aufstehen. Die dann vorgenommene Reanimation blieb erfolglos. Es lässt sich nicht sagen, ob dieser Fall anders ausgegangen wäre, wenn eine Pflegekraft sofort auf den Klingelruf reagiert hätte.

Zeitgründen oder weil sie nicht auf dem aktuellen Stand der fachpraktischen Entwicklungen sind. Auszubildende schauen sich ab, wie die examinierten Pflegekräfte die Aufgaben erledigen. Wenn diese die Vorgaben nicht einhalten, zum Beispiel die Einwirkzeit bei der hygienischen Händedesinfektion, dann sehen sich Auszubildende oft auch nicht verpflichtet, diese Regeln zu befolgen.

*Alle wissen, dass die Händedesinfektion dreißig Sekunden dauert, bis es trocken ist, und nicht zehn Prozent halten sich da dran. (1/239–241)*

Die Händedesinfektion ist in einem Hausstandard festgelegt und somit eine Dienstanweisung, die vorgibt, wie sie zu erfolgen hat. Standards werden im Stationsalltag oft nur unzureichend umgesetzt, was mit Zeitmangel begründet wird.

Nicht nur die Art und Weise, wie Aufgaben erledigt werden, sondern auch Haltungen und Einstellungen zum Beruf wirken sich auf die Auszubildenden prägend aus. Eine Pflegekraft beklagt die negative Vorbildfunktion von Pflegekräften auf den beruflichen Nachwuchs, vor allem Motivationsverlust und mangelnde Empathie:

*Und so ist es auch mit diesen – mit Nachkömmlingen, sag ich mal, mit Schülern oder so. Was ich immer wieder mal erlebe, ich produziere die eigentlich [durch Vorbildfunktion]. Das ist ein ganz böses Wort, aber **ich** produziere die. So wie die sehen, wie ich es mache, die gucken ab und wenn die jetzt sehen, pfff, ihr ist das völlig egal, mir ist morgen noch mehr egal. Also das heißt, da muss sich im Grunde ändern, bei vielen, die Vorbilder – weil wir sind ja irgendwie Vorbilder für diese Schüler. Die kommen da rein, gerade mal Unterricht, viele haben ja überhaupt nicht Vorstellung, was läuft ab, wie läuft's ab, und wenn die dann sehen, och gut, die macht's nicht, warum soll ich denn machen. Das heißt, ich geb denen schon dieses erste Körnchen, das wachsen soll, das ist ja schon falschrum umgedreht, also das kann ja nicht nach oben wachsen, das wächst ja irgendwo nach unten und da kommt nichts. Und das ist etwas, was mich immer wieder ärgert, dass es passiert, dass Leute sagen, aber das hat mir keiner gezeigt oder es hat mich keiner an die Hand genommen. Und dann wundert man sich, wenn morgen dann Kollegen kommen, und so sind. Die haben es nie gelernt, die hatten keine Chancen, irgendwie das zu sehen, dass es auch anderes gibt [...]. (4/287–301)*

Wenn Pflegekräfte selbst in ihrem Berufsalltag Standards und normative Rollenvorgaben nicht umsetzen, können sie es den Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege auch nicht weitervermitteln oder in Vorbildfunktion vorleben.

Weiterhin beklagen die Pflegekräften, dass die organisatorischen Aufgaben und Dokumentationspflichten unverhältnismäßig viel Zeit in Anspruch nehmen:

*Es sind ja sehr viele organisatorische Aufgaben, die man dann übernimmt. Gut, die hat man immer gehabt, aber nicht so präsent, dass es immer so im Vordergrund steht. (4/108–109)*

Die Dokumentationen stehen für Pflegekräfte trotzdem in der Prioritätenliste oben, denn alle Tätigkeiten und pflegerischen Verrichtungen müssen dokumentiert werden. Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht. Der Dokumentationsaufwand steht für manche Pflegekräfte jedoch nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis zu dem gesamten Aufgabenprofil.

*Wenn ich Sekretärin sein wollte, dann wäre es ganz anders. Und das ist etwas, was ich mir sage und im Alltag, wenn ich wütend bin: „Warum muss ich so viel schreiben und das und jenes machen, weil wenn ich Sekretärin sein wollte, dann hätte ich einen ganz anderen Beruf gewählt.“ Das – das verändert sich arg. Das ist wirklich –. Wenn man einen Koordinator hätte auf Station, oder so was, der ein bisschen mal – damit man sich mehr auf wirklich Pflege konzentrieren könnte, das wäre – also das ist mein persönlicher Wunsch. Obwohl, man muss sagen, die neue Generation, die neigen eher zu dieser Dokumentation als zu Pflege, das merkt man immer wieder, da fragt man sich, wieso man in diesem Beruf ist, weil man verliert diesen Kontakt zum Patienten. (4/193–201)*

Letztendlich werden die Pflegekräfte im Praxisalltag verantwortlich gemacht für eine reibungslose Organisation des Stationsablaufs und eine professionelle Patientenversorgung. Dadurch fühlen sie sich verantwortlich dafür, Abläufe zu kontrollieren und Mängel anderer Berufsgruppen zu kompensieren. Die Zeit, die dafür aufgewandt wird, fehlt bei der Patientenversorgung. Viele Pflegekräfte beklagen den hohen Zeitdruck und die geringen Handlungsspielräume im Stationsalltag.

Obwohl sich der Pflegeberuf im Laufe der Jahre weiterentwickelt hat und es theoretisch den bereits genannten Paradigmenwechsel hin zur Patientenorientierung gibt, ist der Arbeitsschwerpunkt vieler Pflegekräfte im Krankenhausalltag immer noch ein, eher tradierteres, vorrangig auf Arztassistenz ausgelegtes Rollenverständnis. Einerseits sind es die Situationsbedingungen, die die adäquate Erfüllung einer professionellen Berufsausübung einschränken, andererseits gibt es unterschiedliche Haltungen der Pflegekräfte, die zur Gestaltung der Alltagssituationen im Stationsablauf beitragen. Es kann sein, dass Pflegekräfte mit hoher Motivation und beruflichem Enthusiasmus angefangen haben und im

Laufe der Zeit in einem Gefühl, immer gegen Widerstände kämpfen zu müssen, die Motivation verlieren und irgendwann nur noch Dienst nach Vorschrift machen. Oder aber die Pflegekräfte kommen nach der Ausbildung in ein Pflorgeteam, in dem ihnen Mitarbeiter die traditionelle Rollenerfüllung vorleben und diese sich daran orientieren und selbst auch eher eine traditionelle Rolle einnehmen. Auf meine Nachfrage, wie sich die Pflegekraft erklärt, dass viele Frischexamierte nach dem Examen in diese traditionelle Rolle hineinkommen, obwohl sie durch die Ausbildung auf dem aktuellen Stand des zur Verfügung stehenden pflegerischen Wissens sind, antwortet sie:

*Das Problem ist wahrscheinlich, ich könnte mir vorstellen, dass es einfach ein langer Prozess ist, um da auch einen Gesinnungswandel sozusagen irgendwann mal zu erleben, weil noch sind die Teams ja so gemischt, dass alle Generationen von Pflegekräften da sind und dass dann natürlich auch der Druck da ist, wenn man selbst vielleicht nicht so das Selbstbewusstsein hat, sich da durchzusetzen, dass man da auch Traditionen einfach übernimmt, dass da so 'n gewisser Druck auch herrscht und man hat ja – ich glaub das ist ganz natürlich auch irgendwie so ein gewisses Anpassungsdenken oder einfach so 'n Verhalten, dass man sich natürlich auch einfügen möchte, man möchte dazugehören und man weiß wie das ist, wenn dann da auch mehrere Generationen aufeinandertreffen, da gibt's Konflikte und es ist immer halt die Frage, wie selbstbewusst ist man und mit welchen Kompetenzen wird man ausgestattet, halt auch um sich da zu positionieren und zu sagen „nein, ich föhne und eise jetzt nicht mehr“<sup>21</sup>, weil das ist irgendwie – das ist nicht zeitgemäß und das ist mittlerweile wissenschaftlich widerlegt“ oder wie auch immer. Aber das ist ja auch das große Thema, dass da halt auch dieser Theorie-Praxis-Transfer, das funktioniert ja auch nicht so richtig eben aus diesen Gründen auch. Oft ist es auch einfach ne Scheu auch derjenigen, die dann neue Dinge mit in die Praxis bringen, das dann auch kundzutun, weil man Angst hat irgendwie, dass man als Theoretiker abgestempelt wird oder einfach dann nicht mehr so akzeptiert wird. Ich denke, da spielen so ganz persönliche Dinge ne ganz große Rolle. (3/234–258)*

### 5.3.1.3 Pflorgeteamdynamik

Als Pflegekraft ist die Einbindung in ein Pflorgeteam bedeutsam und die Zusammenarbeit im Pflorgeteam hat Auswirkungen auf den Stationsalltag. Zum Pflorgeteam gehören die Pflegefachkräfte der jeweiligen Station, Auszubildende im Pflegeberuf und pflegerische Hilfskräfte. In den einzelnen Schichten gibt es keine feste Gruppe, sondern das Team ist

---

<sup>21</sup> Diese Maßnahme diente vor Jahren zur Durchblutungsförderung dekubitusgefährdeter Körperregionen durch den Wechsel von Wärme- und Kälteanwendung, ist durch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse obsolet.

durch die Wechselschichten immer wieder in anderen Konstellationen zusammengesetzt. Somit treffen Menschen mit unterschiedlichen Qualifikationen, Grund- und Werthaltungen, Kompetenzausprägungen und Persönlichkeitsprofilen aufeinander. Dadurch ergibt sich eine entsprechende Teamdynamik, die mitunter auch konfrontativ sein kann. Ziel muss es jedoch sein, die anfallenden Aufgaben miteinander gut abzuarbeiten. Dazu ist ein Mindestmaß an Kommunikation, Aufgabenteilung und Informationsweitergabe in andauernden Abstimmungsprozessen notwendig. Aufgrund der wechselnd zusammengesetzten Teamkonstellationen kann das Miteinanderarbeiten im Schichtablauf ein gutes Hand-in-Hand-Arbeiten sein oder auch eine konfliktträchtige Dynamik entwickeln. Dieses beeinflusst maßgeblich, wie die anstehenden Arbeitsaufgaben erledigt werden. Deshalb schätzen Pflegekräfte eine gute Zusammenarbeit im Pflorgeteam als einen der wichtigsten Faktoren des Pflegealltags ein. Die Dynamik, die im Pflorgeteam durch das Miteinanderarbeiten unterschiedlicher Persönlichkeiten entstehen kann, sowie die unterschiedlichen Vorstellungen von den Aufgaben im Pflegeberuf werden im folgenden Zitat beschrieben:

*Aber die, sag ich mal, Hauptproblematik, – neee, Problematik kann man nicht sagen, oder **haupt...** [das Wichtigste] des Teams ist der menschliche Zusammenhalt, der Austausch, miteinander reden und auch mal sagen – wenn einer sagt: „Ich komm mit dieser Situation nicht zurecht, ich kann das nicht vertreten, ich kann das nicht vertreten“, dann kann man das auch auf den Tisch legen und sagen: „So wie es jetzt läuft, ich kann's nicht vertreten, ich weiß nicht, wie ich mit der Situation zurechtkomme“, völlig egal, worum es geht. Das bringt wahnsinnig viel, weil dann kann ich ja einschätzen, dann weiß ich ganz genau, das sind Sachen, die du nicht vertreten kannst, – das sind die, – das sind die – dann kann man ja ganz anders mischen, dann kann man auch die Dienste zusammensetzen anders, dann kann man – dann weiß man ganz genau, ich kann jetzt zum Beispiel dich nicht **da** einsetzen, weil ich weiß ganz genau, du kommst mit solchen Situationen nicht zurecht, dann muss ich das nicht im Voraus schon provozieren irgendwo, dass es zum Unglück kommt für beide Seiten. Mit Sicherheit der Patient wird nicht glücklich und auch die Pflegekraft kann nicht so sich geben, wie er möchte, weil auf der anderen – sag ich mal, auf dem anderen Gebiet vielleicht Experte ist und kommt wesentlich besser zurecht und kann das so treffen. Dieses Ansehen, wer hat Stärke wo, das macht aus auch. Dass man wirklich sagt, ich hab fünf Leute, diese fünf Leute sind alle fünf mäßig, man muss ja nicht sagen, die sind alle super oder gut, aber von dem ist die Stärke das, von dem ist das, von dem ist das, setz die dahin. Wir haben eine Kollegin, die ist fast zwanzig Jahre dabei, die ist so ne Gemütliche, wenn du ihr was sagst, dann macht sie alles und ist alles gut, aber komm ich heut nicht, komm ich morgen, besser in drei Tagen. Sie ist aber tausendprozentig zuverlässig, also man kann ihr weiß Gott was vertrauen und sagen und alles super. Die würde nie selber auf die Initia-*

tive kommen und sagen, soll ich jetzt irgendwas hier verändern. Aber wenn du ihr sagst: „Veränder das“, die macht das, immer laaangsaam, aber sie macht das. Und damit muss man sich auch entscheiden, will ich das oder will ich das nicht. Sie hatte eine Aufgabe bekommen, zum Beispiel Gerätebeauftragte, **Donnerwetter**, es gibt im Hause nicht einen, der so das hat wie wir. Sie hat alles so perfekt gemacht, jedes Gerät ist dokumentiert. Sie hat kontrolliert, sind die Leute eingewiesen dafür, sie hat die Firmen angerufen, was ich ihr nie zugetraut hätte, hat Termine organisiert zur Einweisung. Ausgeschrieben waren die Einweisungen, wann es passt und wann es nicht passt. **Traumhaft**. Da saßen wir alle und sagen, das ist nicht wahr (staunen). Aber das ist ja – Menschen reifen an Aufgaben. Das heißt, wenn man – man muss wirklich mal sehen, wo könnte ich die einsetzen, was kann der Mensch und dadurch kann man auch manchmal mit weniger Menschen mehr erreichen. Und es ist sehr oft so, dass wirklich an falschen Stellen falsche Menschen sind. [...] Das heißt, dass man wirklich mal überlegen muss, muss das alles so bürokratisch sein oder nicht sein. Man kann ja auch Bürokratie umgehen manchmal, dass man wirklich sagt, dieser Mensch, der ist jetzt so, aber ich schätze ihn und ich weiß, dass er das machen kann und ich unterstütze ihn und lass ihn das machen. Und das ist immer schade, wenn dann solche Leute nicht einfach mal zum Genuss kommen, eventuell seine Kenntnisse und seine Möglichkeiten zu zeigen. Man wird meistens abgestempelt und man lässt denjenigen dann irgendwo links liegen, selten kommt der dann zum Zug. Selten kommt er zur Möglichkeit, dann zu zeigen, was er kann. Und diese Leute verweilen auch dann in dieser Rolle. „Die erwarten von mir nichts. Ich brauch das auch nicht, muss ich auch nicht, ach komm, am besten ich schweige, dann spricht mich auch kein Mensch mehr an und ich geh meinen Weg durch.“ Und das ist das auch. Das kann man in einem Büro, das kann man wahrscheinlich wo, da hab ich meine Papiere, die arbeite ich ab und wunderbar. Aber wo man mit Menschen arbeitet, kann man nicht, weil die Situation ist nie gleich und zum Glück kein Mensch ist gleich. Das heißt, jeder erwartet irgendwo mal bisschen – man kann mit einigen Leuten kann man ja **so** leben, mit anderen so. Man kann ja ins Zimmer reinkommen und dann wundern sich einige, wenn man dann sagt, „Guten Morgen Jungs. Was ist das denn hier, wieso sieht das Zimmer so aus?“ Und da liegen zwei alte Männer und fangen an zu lachen. Am nächsten Morgen ist alles gut und man hatte seinen Spaß, man hat das Eis durchgebrochen und das ist wunderbar – und dann kommt man am nächsten Morgen und dann sagen die tatsächlich, sitzen die Beiden da, so nach dem Motto: „Ach jetzt, heute zeig ich's dir“ und da hat man seinen Spaß und da hat man ja schon Zeit gespart, dann setz ich mich hin und quatsch mit denen fünf Minuten, aber es gibt Leute, da muss man ja sehr formell sein, das hängt ja immer – und genauso ist es mit dem Personal. Ob ich jetzt fünf Leute habe oder zehn habe, je nachdem, wie man sie einsetzt oder wie man sie anspricht, so kann man es dann auch umsetzen. Es hängt ja ab auch, wie man die Leute fördert. Was für

*Fortbildung, muss das immer formelle Fortbildung sein, die was Weltbewegendes bedeuten soll, oder mit Kleinem. Dass man mit Kleinigkeiten – ich bin jetzt am Kämpfen auch mit den verschiedenen Pharmafirmen zum Beispiel, weil das kostet dann den Arbeitgeber nichts, das sind ganz kleine Fortbildungen und wir müssen uns abstimmen, dass man hingehen darf, und viele gehen freiwillig sogar von unseren Leuten in der Freizeit und dann hört man ja Kommentare von Kollegen zum Beispiel: „Ja, aber der muss doch nicht dahin.“ Dann sag ich: „Bestimmst du denn, wer dahingehen muss oder nicht?“ Oder dann gab's Kommentar, dass ein Kollege nur mitkommt, weil es Abendessen gibt. Ja, da gönne ich ihm auch das Abendessen. Das ist ein alleinstehender Mann, der alleine lebt, warum darf er nicht einmal in drei Monaten mal in einem exklusiven Restaurant Abendessen gehen? Und mein Spruch ist immer: „Wenn viele Leute hingehen und jeder ein Prozent behält, dann haben wir schon zehn Prozent, das ist doch wunderbar.“ Kaum einer behält zehn Prozent von den ganzen Sachen und desto mehr Leute, desto mehr haben wir die Sachen zusammen. Aber es ist alles finanzielle Sache, es ist auch wieder auf andere Seite erlebt man sehr oft gerade bei Jüngeren, das ist die eigene Zeit, die man investiert, das möchte keiner. „Ich möchte nicht auf meine private eigene Zeit verzichten. Ich habe was Vernünftigeres vor.“ Wenn ich den Spruch höre, dann ist es vorbei. Was gibt es denn Vernünftigeres für deinen Beruf – was – auf der Couch liegen, ist das wesentlich vernünftiger? Klar ist das manchmal vielleicht mal angenehmer, aber mit Vernunft hat das nichts zu tun. Aber so einen Spruch kriegt man: „Also mit diesem Quatsch will ich mich nicht beschäftigen.“ Und das ist dann dieses Zeichen, wie habe ich denn Ansichten gegenüber meinem Beruf, wenn das Quatsch ist. (4/504–587)*

Dieser Beitrag zeigt, wie unterschiedliche Haltungen und Einstellungen zum Beruf in einem Team aufeinandertreffen und wie herausfordernd es sein kann, diese Unterschiede in einem Team zu akzeptieren, ohne dass es zu Konfrontationen kommt und man andere im Team angreift oder sich selbst vom Team angegriffen fühlt. Da man in diesem Team sehr eng zusammenarbeiten muss und aufeinander angewiesen ist, damit der Tagesablauf funktioniert und es dadurch transparent wird, wer seine Aufgaben gewissenhaft erfüllt, wer motiviert Arbeitsaufgaben übernimmt und wer sich vor der Arbeit „drückt“, gibt es auch viele gegenseitige Be- und Verurteilungen.

In vielen Stationsteams werden negative Äußerungen laut über die Teamkollegen, die gerade nicht anwesend sind. In dem Bestreben, gut in ein Team integriert zu sein, entsteht im Team ein gewisser Anpassungsdruck, der oft von Pflegepersonen ausgeht, die schon längere Zeit auf der Station sind und viel Berufserfahrung haben; manchmal auch von Pflegekräften, die gerade erst ihr Examen bestanden haben und sich gegenüber Pflege-

kräften in Ausbildung auf diese Art und Weise profilieren wollen. Dadurch werden oft auch traditionelle Vorgehensweisen und Pflege Techniken erhalten, die aufgrund neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse obsolet sind. Der Anpassungsdruck und das Anpassungsbestreben mancher Pflegekräfte behindern sowohl fachpraktische Weiterentwicklungen auf der Station als auch individuelle Persönlichkeitsentwicklungen. Es gibt aber auch Pflegekräfte, die diese Weiterentwicklung für sich selbst anstreben und damit im Team nicht immer Akzeptanz und Unterstützung finden. Manchen Pflegekräften bedeutet es mehr, den eigenen Prinzipien treu zu bleiben, selbst dann, wenn es dadurch zu Konflikten im Team kommt.

Im folgenden Ausschnitt geht es darum, sich trotz Kritik Zeit für ein Patientengespräch zu nehmen. Das Patientengespräch wird in der Regel im Pfllegeteam immer noch nicht als professionelle Arbeit angesehen, obwohl der Gesetzgeber schon vor über zehn Jahren diese wichtige Aufgabe der Beratung und Begleitung von Patienten und Patientinnen in den Berufsaufgaben festgeschrieben hat (vgl. Kapitel 5.1.2).

*Das ist dann immer die Frage, kriegt man Verständnis von den anderen, dass man das so gemacht hat oder wie ist die Reaktion, wenn jetzt Kollegen reinkommen und man sitzt neben dem Patient? Da ist immer das schlechte Gewissen, die denken jetzt: „Oh, die sitzt da und quatscht und wir arbeiten.“ Das ist nicht so, man arbeitet auch in diesem Moment, man arbeitet nur auf ganz andere Art. Und ich würde mich sehr freuen, wenn es viel mehr Leute gäbe, die auf diese Art arbeiten würden, auch mit Sitzen und Worten und es sind viele. Jedenfalls in meinem Team sehe ich das so. (4/180–186)*

Diese Pflegekraft vollzieht in Gedanken einen Perspektivenwechsel und interpretiert, was Teamkollegen darüber denken, wenn sie Zeit am Patientenbett verbringt. Diese Einschätzung des vermeintlichen Kollegenurteils setzt sie unter Druck und bewirkt Gewissensbisse. Trotzdem nimmt sie sich immer wieder Zeit zum Patientengespräch und nimmt Kritik der Kollegen in Kauf.

Manche Pflegekräfte sehen nach wie vor die Arbeit am Patientenbett als die wichtigste Aufgabe an und schaffen sich hierfür im Laufe der Schicht kleine Freiräume.

*Ich geb mir und dem Patient, ich geb der Situation was. Ich weiß, das ist nicht immer gut für mich, aber in **dem** Moment, ich denk nicht an meinen Arbeitgeber oder was weiß ich wen. Das ist ein Moment, wo man schon überlegen muss, soll ich mich jetzt mal zehn Minuten dahin setzen oder mach ich das jetzt so und bleib da hängen und schreib dann danach. Dieser Beruf ist nicht – zeitlich – ich weiß nicht, wie soll ich das sagen – Zeit darf nicht die Hauptrolle spielen in diesem Beruf. Weil manchmal schafft man das auch eher oder es er-*

*geben sich Situationen, aber diese Zeitrolle, die übernimmt diesen Beruf, und das ist schade. [...] man hat diesen Zeitraum und in diesem Zeitraum muss alles geschehen und keiner ist mal bereit fünfzehn oder zwanzig Minuten zu investieren, weil viele denken: „Ach der Arbeitgeber, der belohnt mich nicht damit“, - das und jenes – es geht ja immer auch um diese Belohnung. Ich will für alles belohnt werden, ob ich verdiene eine Belohnung oder nicht, ich will belohnt werden. Und das ist etwas, was auch nicht in diesen Beruf passt. Ich kann nicht belohnt werden. Ich kann nicht belohnt werden, wenn ich Hand halte von einem sterbenden Mensch, der jetzt gleich stirbt. Aber er ist belohnt, weil ich ihn nicht alleingelassen habe. Muss ich dafür belohnt werden? Oder stehe ich jetzt auf, es ist halb drei und sag: „Tut mir leid, du bist noch nicht tot, aber ich geh jetzt. Es ist halb drei, mein Dienst ist zu Ende.“ Kann ich das machen? Aber das geht dahin, dass viele wirklich dann auf die Uhr gucken, halb drei. „Tut mir leid, hast Pech, dass du noch nicht gestorben bist.“ Das ist hart, das ist wirklich hart in diesem Beruf, dass man dieses – das ist diese Zeitrolle. (4/435–458)*

Ob eine gute Zusammenarbeit im Team gelingt, hängt von der jeweiligen schichtbezogenen Zusammensetzung des Teams ab. Gibt es eine gute Mischung von Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeiter, wenig Rivalitäten und Konkurrenzkämpfe sowie ein wohlwollendes, wertschätzendes Miteinander, dann kann die Zusammenarbeit im Team gut funktionieren. Auch die individuelle Einstellung zum Beruf ist von Bedeutung. Die „richtige Mischung“ macht den Unterschied. Dies kommt auch in der folgenden Aussage einer Pflegekraft zum Ausdruck:

*Und das ist immer wichtig zu klassifizieren und zu sortieren und zu sagen, okay, da sind Leute, die sind mit Herz und Seele dabei, da sind Leute, da ist es die Lebensabschnittstation und da sind Leute, die sind leider Gottes hier geraten, weil die dachten, gut da komm ich weiter, ich geh in die Pflege und guck mal, wie ich mich da durch das Leben durchzieh. Das ist immer diese Reaktion, die muss stimmen. Wenn „Herz-Leute“ da sind, ein bisschen von den „vorübergehende Station“ und vielleicht mal eine oder zwei „Ach ich lauf mit euch“, dann kann man sehr gut den Alltag bewältigen, weil dann ist diese gesunde Mischung, dann sind mehr, die ziehen, als die, die gezogen werden müssen und dann kann man ja super –, dann kann man vielleicht auch aus diesen zwei Gruppen noch jemanden mit Herz anstecken und rüber ziehen, die Hoffnung gibt man nie auf. Aber problematisch ist, wenn dann diese anderen zwei anderen Gruppen übernehmen. Wenn dann nur ein Herz rumläuft, oder zwei, dann wird man immer missverstanden. Dann wird man – also eigentlich werden diese Leute dann eher als negative gesehen, weil dieser Rummel soll **laufen**, es muss alles **laufen**, ist doch egal, wie es Menschen geht, wie es anderen geht, wir ziehen unseren Panzer an und tschhh geradeaus, da gibst kein rechts, links, oben, unten, nirgends-*

*wo, da ist meine Problematik. Das fällt mir sehr schwer, mir persönlich, dieses – wie kann ich diesen Panzer anknacken und zeigen, äi, da kann morgen deine Mutter, dein Vater, du selber liegen, möchtest du das? (4/270–287)*

Die Pflegekraft klassifiziert Pflegekräfte in drei Gruppen und begründet ihre Gruppierung mit den Grundhaltungen bzw. Intention der Berufsausübung. Sie selbst bezeichnet sich als „Herz-Mensch“ und gruppiert andere in die zweite Gruppe der „vorübergehenden Station“. Damit meint sie Kollegen, die diesen Beruf erlernt haben mit dem Ziel, nicht lange auf der Station zu bleiben, sondern ein Studium aufzunehmen oder in eine Leitungsfunktion zu kommen. In die dritte Gruppe klassifiziert sie Menschen, die mitlaufen und möglichst alles schnell abarbeiten, aber nicht vorrangig die Patientenbedürfnisse im Blick haben.

Wie bereits weiter oben ausgeführt, gibt es in den Pflegeteams Klassifizierungen, Beurteilungen von Kollegen und Vorurteile gegenüber Pflegekräften, die neu ins Team kommen und manchmal darum kämpfen müssen, vom Team akzeptiert zu werden. Besonders junge Kollegen, die gerade ihre Ausbildung abgeschlossen haben, müssen ihre Fachkompetenz im Team unter Beweis stellen. Das hat vermutlich auch damit zu tun, dass in diesem Beruf das Erfahrungswissen eine große Rolle spielt und jemand, der viel theoretisches Wissen hat (wie Pflegekräfte direkt nach der Ausbildung), manches im Praxisalltag anwendungsorientiert festigen und vertiefen muss. Eine Pflegekraft berichtet, wie schwierig das Ankommen im Pflegeteam war:

*Es gab alteingesessene Kollegen auf der Station, die mich als Frischling nicht akzeptiert haben, die dann immer wieder Befürchtungen haben, „nein wir können nicht mit dem zusammenarbeiten, musst dir vorstellen, dann ist irgendwas“ aber – ja – das hat sich nach ungefähr zweieinhalb Monaten geändert. (2/105–109)*

Die Pflegekraft berichtet von einer Situation, in der sich ein Patient suizidiert hat und sie Verantwortung übernommen hat für den weiteren Prozess im Stationsablauf, während „alteingesessene“ Kollegen nicht gut mit dieser Situation umgehen konnten.

*Ich hab dann einfach nur in dieser Situation, ich hab gearbeitet und konnte auch immer so weiter arbeiten. Der Seelsorger und die Pflegedirektion, die wollten dann auch: „Erholen Sie sich doch erst mal“, ich brauchte das innerlich nicht, ich hab dann mit anderen darüber gesprochen, ja, und das war quasi mein Startschuss auf der Station. Als dann die alten Kollegen in Anführungsstrichen dann gesehen haben, der ist doch nicht so doof, der ist*

*jetzt angekommen. Und seitdem war ich angekommen und hab dann auch von der damaligen Stationsleitung direkt Aufgaben übertragen bekommen. (2/137–146)*

### **5.3.2 Situationsaushandlungen mit Patienten und Angehörigen**

Eine der zentralen Aufgaben von examinierten Pflegekräften ist die Gewährleistung der Patientenversorgung, wie bereits unter Punkt 5.1.1 dargestellt. Neben der klaren Aufgabenformulierung durch den Gesetzgeber ist dies auch aus subjektiver Pflegekraftperspektive für viele die wichtigste und vorrangige Aufgabe. Neben den oben aufgeführten Problemen knapper Zeitressourcen und der mangelnden Wertschätzung pflegerischer Tätigkeiten kommen weitere Aspekte der Interaktion mit Patienten und Angehörigen hinzu, die den Berufsalltag prägen. Patienten und Angehörige nehmen aus ihrer Perspektive den Zeitmangel in den Interaktionen mit Pflegekräften wahr und reagieren Pflegekräften gegenüber mit Kritik. Patienten und Angehörige haben nur einen begrenzten Einblick in die Zusammenhänge und Gründe für den Zeitmangel, und Pflegekräfte nehmen diese Kritik teilweise als individuell gegen sie gerichtet wahr. Pflegekräfte erfahren von manchen Patienten keine Anerkennung für das, was sie tun, obwohl sie bemüht sind, ihre Arbeit professionell zu erledigen und die Patienten gut zu versorgen. Das führt zum Empfinden, dass eine Patientenversorgung zu deren Zufriedenheit unmöglich scheint.

#### **5.3.2.1 Patientenerwartungen**

Im Stationsalltag gibt es große Unterschiede in der Anspruchshaltung der Patienten und Patientinnen. Manche sind sehr zurückhaltend, Wünsche zu äußern, selbst wenn sie dadurch Nachteile hinnehmen müssen. Das soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Eine Patientin bekommt das Tablett mit Essen auf den Nachttisch gestellt, kann sich aber weder allein das Brot schmieren noch das Getränk in den Trinkbecher gießen. Das Tablett mit dem Essen wird wieder abgeräumt, ohne dass die Patientin etwas gegessen hat oder etwas dazu sagt.

Manche Patienten trauen sich nicht, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu äußern, um das Pflegepersonal damit nicht zu belasten. Andere Patienten äußern mit Nachdruck ihre Wünsche und Forderungen, auch solche, die sie selbst erfüllen könnten. Die oft hohen Ansprüche von Patienten und Patientinnen oder auch Angehörigen und die mangelnde Wertschätzung der Arbeit der Pflegekräfte schildert eine befragte Pflegekraft wie folgt:

*Und wenn du natürlich auch noch alles gibst, du weißt, du hast vielleicht nicht die personelle Decke, oder wie auch immer oder du versuchst auch schon freundlich und zuvor-*

*kommend zu allen Patienten zu sein und dann kommt dir noch ein Angehöriger und sagt, dass du vielleicht irgendwie was nicht freundlich gemacht hast, dann denkst du: „Ja, mein Gott, ich tu doch schon alles. Warum muss man mir noch einen drauf geben, obwohl ich doch schon alles tue.“ Weißt du, diese Anerkennung seitens der Patienten oder Angehörigen, die ist auch **sehr** gering geworden. Wirklich. Also alles ist selbstverständlich, egal was man macht, das ist ja wohl selbstverständlich, dass man so was macht. „Ich bin doch im Krankenhaus.“ „Sie können sich doch selber waschen.“ „Ja, aber ich bin doch im Krankenhaus.“ Diese Selbstverständlichkeit, das ist also wirklich, was an den Kollegen auch sehr nagt, weil egal was man macht, es wird **nie genug sein**, hat man das Gefühl jedenfalls – es ist nie genug. [...] Aus Sicht der Patienten. Du kannst **machen**, was du willst. Du kannst bei manchen Patienten – sag ich mal, der kriegt einen leicht roten Po, wir besorgen eine Wechseldruckmatratze – der Patient regt sich auf: „Ja, warum krieg ich ne Wechseldruckmatratze?“ „Ja weil Sie schon einen geröteten Po haben und Sie liegen ja vermehrt und damit eben Sie keinen Dekubitus bekommen.“ Du erklärst das alles, du sagst, warum du diese Maßnahme, eigentlich eine teure Super-Maßnahme für diesen Patienten machst, und er ist unzufrieden, weil er verlegt wird auf eine andere Matratze. Und dann denkst du dir auch, mein Gott, „wir tun doch was für **Sie**, mir ist das doch egal, es ist nicht meine Haut, es ist Ihre Haut, wir tun das doch nur für **Sie**.“ Weißt du, das sind so Sachen, wo man dann sich denkt: Leute, irgendwann mal, ihr müsst es doch auch erkennen, wir machen doch schon alles, wir machen viel. (5/34–58)*

Diese Haltung von Patienten und Patientinnen kann man nicht pauschalisieren, aber Pflegekräfte nehmen wahr, dass die Erwartungshaltung von Patienten und Angehörigen steigt. Es gibt Patienten, die zufrieden und dankbar sind für die Unterstützung und Pflege, die sie von Pflegekräften erhalten. Aber bei anspruchsvollen Patienten werden manchmal Umgangsweisen mit Pflegepersonal deutlich, die als unverschämt empfunden werden.

*Also die Patienten haben schon ne ganz andere Erwartungshaltung, ne ganz andere. Die kommen hier hin und sie erwarten, dass es eigentlich fast schon wie im Hotel vor sich geht. Die erwarten, dass die Schwester schon nach einem Klingeln innerhalb von zwei Minuten im Patientenzimmer ist. Wehe, es dauert etwas länger, dann sind sie schon erbost darüber, dass die Schwester lange braucht. Wenn man denen erklärt: „Hören Sie, das ist ne Nachtschwester, die hat sag ich mal, dreißig Patienten zu betreuen und wenn Sie klingeln und die gerade in einem anderen Zimmer ist, dann kann sie nicht sofort springen.“ „Ja, **aber** ich brauchte ...“ „Ja, was brauchten Sie?“ „Dass man das Fenster zumacht.“ Der Patient kann laufen, aber er klingelt, damit das Fenster zugemacht wird zum Beispiel. Der Patient kann laufen, aber er klingelt, damit ihm das Wasser ans Bett gebracht wird. Das sind so Kleinigkeiten, aber an manchen Tagen sind das eben diese Kleinigkeiten, die dann einen so*

*richtig fertig machen. Man ist schon überarbeitet, man ist schon fix und fertig und man versucht immer noch mit nem **Lächeln**, mit allem drum und dran reinzugehen und immer freundlich, damit sich ja keiner beschwert, damit keine Beschwerde kommt und dann hast du noch so einen Patienten und denkst dir: „Na, super, was denn noch, was soll ich denn noch machen?“ Nee, also, es ist schwierig. (5/62–77)*

Manche Patienten und Patientinnen haben eine überzogene Anspruchshaltung. Sie belasten das Pflegepersonal mit Anforderungen, die sie selbst für sich tun könnten. In Zeiten der Informationsbeschaffung durch das Internet haben Patienten teilweise ein medizinisches Halbwissen und meinen, sie wüssten, welche Pflege wie bei ihnen am besten wäre. Dadurch entstehen unnötige konfrontative Auseinandersetzungen und Zeitverschwendung. Patienten nutzen zunehmend die Möglichkeiten, sich beim Beschwerdemanagement oder in Internetportalen über Versäumnisse seitens der Pflegekräfte zu beschweren.

Diese Situationen sind in einem Gesamttagesablauf unter Zeitdruck schwer zu ertragen und führen dazu, dass Pflegekräfte sich permanent in einer Rechtfertigungshaltung gegenüber Patienten, Patientinnen und Angehörigen befinden und ihre Reaktionen situativ nicht immer angemessen sind. Pflegekräfte sehen perspektivisch wenig Aussicht auf Veränderung dieser Alltagssituationen. Dabei kommen auch gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse zum Tragen. Eine Pflegekraft beschreibt es so, dass die Solidarität zwischen Patient und Pflegekraft abgenommen habe und – so wie gesamtgesellschaftlich – ein größerer Egoismus festzustellen sei, was sich genau in den Interaktionsprozessen zwischen Patienten und Pflegepersonal abspiele.

Eine andere Pflegekraft sieht als einzigen Ausweg aus diesem Dilemma, einen Arbeitsbereich zu wählen, bei dem die Patientenversorgung auf einer Bettenstation nicht mehr zum Aufgabenschwerpunkt gehört. Sie hat keine Hoffnung auf Veränderung diesbezüglich, weil sie die Rahmenbedingungen der Pflege auf den Bettenstationen dafür verantwortlich macht und diese als unveränderbar wahrnimmt. Dazu kommt, dass sie sich für Defizite in der Patientenversorgung verantwortlich gemacht sieht, die nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegen. Teilweise kann sie den Ärger und die Kritik der Patienten nachvollziehen. Versetzt man sich in die Lage von Patienten und Angehörigen, sind aus deren Perspektive viele Kritikpunkte nachvollziehbar und auch gerechtfertigt.

Die wahrgenommene Unzufriedenheit und Undankbarkeit mancher Patienten und Patientinnen führt dazu, dass sich einige Pflegekräfte dem nicht mehr aussetzen wollen. Die Interaktionsformen von Patienten und Angehörigen bewirken bei Pflegekräften eine ne-

gative Beeinflussung ihrer Motivation der Patientenversorgung. Ein wertschätzender und höflicher Umgang sowie die Freundlichkeit und Zufriedenheit der Patienten werden von Pflegekräften hingegen als Motivationsschub wahrgenommen.

*Wenn die Patienten dann noch nett sind, ich sag dir ehrlich, wenn **die** nett sind, die Patienten, das macht **so** viel aus. Der Kollege, wir sind alle **ganz** anders, weil du hast nicht so nen motzigen Opa an der Seite sondern der Opa, der sich freut, wenn er dich sieht, der sagt: Danke schön.“ Und er sagt vielleicht – er kann ja wollen, er kann wollen, was er möchte, aber die Höflichkeitsformen schon alleine, die machen schon viel aus und das bemerkst du **wirklich**. (5/209–214)*

### 5.3.2.2 Überforderte Angehörige

Pflegekräfte nehmen wahr, dass Angehörige zunehmend schwerer mit der Patientenbegleitung umgehen können. Sie haben Beratungsbedarf im zunehmenden Dickicht von rechtlichen, medizinischen, versorgungsbezogenen und abrechnungsrelevanten Prozessen. Durch Veränderungen sozialer Netze und familialer Strukturen kommt es zu vermehrt zu Versorgungsengpässen bei der Entlassung von Patienten, die nach möglichst kurzer Liegezeit noch Unterstützungsbedarf zuhause haben, der dann organisiert werden muss. Dass die Angehörigen hier zunehmend Hilfestellung benötigen, aber auch die Zahl der Beschwerden zunimmt, geht aus dem folgenden Gesprächsausschnitt hervor:

*Was mehr geworden ist, ist auch noch mal, dass die Angehörigen zunehmend überfordert sind. Das sind einfach jetzt so die Auswüchse, die wahrscheinlich ja auch – das wird wahrscheinlich ja alles noch extremer in den Ausprägungen, die Hilflosigkeit der Angehörigen hat merklich zugenommen, das merkt man dann natürlich auch als Pflegekraft auf Station. Wir haben viel mehr Anfragen von Angehörigen und auch die Pflegekräfte geben's halt auch so wieder, dass – da ist einfach mehr. Man hat wirklich einfach auch mehr mit Angehörigen zu tun, muss da mehr Hilfestellung leisten und es ist auch nicht immer einfach in der Weise, dass es dann halt auch zunehmend zum Beispiel auch Beschwerden gibt. Das hat sicher auch zugenommen, ist aber einfach auch so 'n Symptom dafür, dass – viele Fragen können die Angehörigen sich jetzt nicht mehr beantworten und dann ist es vielleicht auch ne Verlagerung von Ärger und Problemen auf die Pflege oder auf den Krankenhausbetrieb. Das ist alles so – da kommt, glaube ich, ganz viel zusammen im Zusammenhang mit der Veränderung von Patienten und Pflegebedürftigkeit. (3/300–317)*

Die Pflegekraft vermutet einen Zusammenhang zwischen den Unsicherheiten und ungeklärten Fragestellungen von Angehörigen und deren Beschwerden, die deutlich zunehmen.

Sie sieht hier die Verschiebung einer Problematik auf Pflegekräfte, für die diese ursächlich nicht verantwortlich sind.

### 5.3.2.3 Patientenunterstützung bei der Grundpflege

Patienten und Patientinnen mit eingeschränkter Selbstpflegekompetenz sind bei der grundpflegerischen Versorgung auf die Unterstützung der Pflegekräfte angewiesen, und zwar mehr oder weniger bei der Körper- und Mundpflege, der Mobilisation, der Essenaufnahme und den Ausscheidungen. Nach pflegefachlichen Standards sollen Patienten so unterstützt werden, dass ihre noch bestehende Selbstpflegefähigkeit erhalten bleibt. Das bedeutet für die Pflege, dass Patienten möglichst mit Unterstützung alle Verrichtungen selbst durchführen, zu denen sie aufgrund ihres krankheitsbedingten Zustandes noch in der Lage sind, damit im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes ihre Selbstpflegekompetenz erhalten und erweitert wird.

Außerdem beinhaltet die pflegerische Patientenversorgung prophylaktische Maßnahmen zur Prävention von Zusatzerkrankungen, die durch Immobilität und höhere Infektanfälligkeit auftreten können. Dazu gehören Maßnahmen zur Vermeidung von Pneumonie, Thrombose, Dekubitus, Sturz etc. Dabei soll der Patient beraten und angeleitet werden, wie er selbst präventiv dazu beitragen kann. Diese pflegerischen Interventionen sind jedoch recht zeitintensiv. Viel zeitsparender ist es, wenn Pflegekräfte die grundpflegerische Versorgung übernehmen, denn sie führen diese routiniert in kürzerer Zeit durch als der Patient, der dabei unterstützt werden muss und aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen dafür länger braucht.

Dies wird von Pflegekräften unterschiedlich gehandhabt. Auf den normalen Bettenstationen ist die ressourcenfördernde Pflege aus Zeitgründen nicht die Regel, sondern eher eine vollkompensatorische Pflege, um Zeit zu sparen.

Eine Pflegekraft der Intensivstation kann diesen rehabilitativen Ansatz, d. h. die Unterstützung und Förderung der Selbstpflegekompetenz der Patienten und Patientinnen, umsetzen, da dort die Personal- und Zeitbedingungen nicht mit den Bedingungen der Normalstationen vergleichbar sind. Sie erläutert die Unterschiede wie folgt:

*Doch, ich konnte das jetzt auf der Intensivstation umsetzen. Es gibt einen anderen Patientenschlüssel, ich hab ne kleinere Patientengruppe zu betreuen, also ich konnte das umsetzen. Wenn ich dann aber so andere Stationen auch beobachte, die übernehmen lieber ne Tätigkeit [Pflegeverrichtung, die der Patient mit Unterstützung selbst tun könnte], weil es dauert dann vielleicht zu lange, aber ich hab mir dann immer die Zeit genommen, oder*

*nehm mir immer noch die Zeit, den Patienten erst mal: „Komm, versuch erst mal, selbst was zu machen.“ Das wird dann vielleicht von einigen Patienten auch erst mal nicht so gerne gesehen. „Andere übernehmen aber diese Tätigkeit, warum machen sie das denn nicht?“ Aber wenn ich dem Patienten das dann erkläre, warum das ebenso ist, dann –, ja ich weiß nicht, ob das alle verstehen, aber, ja, da red’ ich mir gerne den Mund fusselig und sag ihnen das so. (2/326–338)*

Manchmal ist es den Pflegekräften ganz recht, wenn die Patienten und Patientinnen signalisieren, dass sie keine pflegerischen Interventionen – seien es Gespräche oder Körperpflege – möchten, weil dadurch Zeit eingespart werden kann.

*Man neigt – gerade die Menschen, die nicht diesen Patientenkontakt haben – auch die Pflegenden – die neigen gerne dazu, eigene Diagnosen zu geben den Menschen. „Hör mal, dann muss ich mich nicht – der ist heute depri, mit dem muss ich nicht reden, der will ja nicht mit mir reden, also kann ich das nur dokumentieren.“ Da hab ich ja schon mein Argument, weil wenn du depri bist, dann hab ich ja schon mal alles abgearbeitet. Oder da ist ja – „Der ist ja jetzt heute schläfrig“, wird sehr oft gesagt, also muss ich mit dem nicht reden, der ist schläfrig. Ich rede ja schon auch beim Waschen, das heißt, man quasselt und sehr oft kommt dann etwas entgegen. Oder genauso wie man sagt: „Der Patient lehnt Waschung ab.“ Ich habe in meinen vierunddreißig Jahren noch nie erlebt, dass ein Patient von mir abgelehnt – also dass er ablehnt, dass ich ihn wasche. Ich hab gedacht, ich möchte mal ausprobieren wie das geht (lacht). Und ich hab auch mal, wo ich genau wusste, der Patient wird nicht beleidigt, auch mal meine Floskeln gelassen – mal gucken – nee, die wollten alle gewaschen werden (lacht). Es gab keine Ablehnung. Oder dass der sagt: „Heute machen wir ja nur die Katzenwaschung“, aber dass er komplett ablehnt, habe ich noch nie in meinem Leben erlebt. Aber das ist, wie gehe ich denn an denjenigen dran. Ich komm ja nicht rein und sage: „Oh, Sie glänzen heute, Sie brauchen nicht gewaschen zu werden“, dass er vielleicht dann sagt: „Wir haben beide keine Lust“ (lacht). Sondern dass man wirklich auch mal dazu motiviert, dass man sagt: „Och, wir machen ja bisschen mal, vielleicht Katzenwaschung oder so.“ „Ja Sie wissen schon, was Sie machen können, ne?“ Also hat man ja schon Erlaubnis, mach mal. Und da gibt’s ja nicht, ob man drei Bewegungen gemacht hat oder fünf. Klar gehören die dazu. Und das ist ja immer so diese Art, wie man’s – was will ich. Will ich das wirklich, oder will ich nicht. Und man erlebt ja immer wieder – ich lache ja heute immer, jedes Mal wenn ich höre, der Patient hat Waschung abgelehnt oder irgendwas. Warum hab ich das noch nie erlebt? (lacht) (4/238–261)*

Der Zeitdruck in der Pflege führt dazu, dass Patientenäußerungen so gedeutet werden, dass Arbeitsaufgaben möglichst zeitsparend erledigt werden können. Dabei werden Pati-

enten und Patientinnen manchmal etikettiert und vorurteilsbehaftet als „depri“ eingestuft, weil es dies den Pflegepersonen ermöglicht, Arbeitsaufgaben ausfallen zu lassen, um besser mit dem Erledigen der Stapel von Aufgaben zurechtzukommen.

#### 5.3.2.4 Pflegekräfte grenzen sich ab

Neben diesen Herausforderungen müssen Pflegekräfte sich permanent mit Patientenschicksalen auseinandersetzen. Manche Schicksale sind auch für Pflegekräfte schwer zu ertragen, zum Beispiel wenn bei jungen Patienten und Patientinnen keine Aussicht mehr auf Heilung besteht und eine palliative Pflege notwendig ist.

Auch Angehörige stehen den Diagnosen und dem Krankheitsverlauf der Patienten oft hilflos gegenüber und benötigen Verständnis und psychosoziale Begleitung. Eine Pflegekraft schildert, dass eine Patientin das Bedürfnis hatte, mit einer Pflegekraft über ihre Krankheit und die schwierige häusliche Lage mit ihrem drogenabhängigen Sohn zu sprechen.

*Die hat fünfzehn Minuten dann nur noch geheult und dann ist immer auch diese Frage, wie viel Nähe man zulässt. Und dann hat sie mich gebeten, ob sie mich einmal in Arm nehmen darf, um einfach mal – und dann hat sie gesagt: „Sie haben keine Ahnung, was mir das jetzt bedeutet hat, weil ich kann mit keinem reden. Mein Mann versteht die Situation nicht, er bekämpft sich immer mit dem Jungen und wenn ich sterbe, was passiert mit denen zwei.“ Das ist – das ist etwas, was ich immer brauche, es ist etwas, was mir dann Kraft gibt. Klar nimmt man mit, man schaltet nicht einfach ab, aber es ist etwas, was man – das ist das Herz, die Ethik, alles zusammen, das ist das und das fehlt dann in dem Alltagsleben.  
(4/164–172)*

In diesen Situationen stellt sich die Frage an jede Pflegekraft persönlich, wie sie mit solchen Situationen umgeht. Die emotionale Unterstützung von Angehörigen können und wollen viele Pflegekräfte nicht leisten, und es gibt große Unterschiede darin, wie Pflegekräfte mit emotionalen Angehörigenbegegnungen umgehen.

Patienten, Patientinnen und Angehörige haben ein Recht auf Information und Beratung. Patienten kommen in die Institution Krankenhaus, in eine ihnen fremde Umgebung. Sie sind unsicher, kennen die Räumlichkeiten nicht, kennen die Personen nicht, die sie dort betreuen, wissen nicht, welche Untersuchungen und Diagnosen auf sie zukommen. Sie brauchen Orientierung und Information, damit Unsicherheiten und Ängste so weit wie möglich abgebaut werden. Die Zeit der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen ist im Stationsablauf nicht ausreichend vorhanden. Fragen von Patienten und Angehöri-

gen werden von Pflegekräften teilweise als Störfaktor wahrgenommen, weil es den Stapel von Anforderungen erhöht. Manche Angehörige stehen vor dem Stationszimmer (Pflegeteamstandort) und werden längere Zeit ignoriert. Es gibt Pflegekräfte, die mehrmals an ihnen vorbeigehen, ohne ihnen die Möglichkeit zur Kommunikation zu geben. Auch Patientenklänge werden nicht immer zeitnah bedient, manchmal auch dann, wenn Pflegekräfte die Zeitressourcen in diesem Moment zur Verfügung hätten. Pflegekräfte grenzen sich damit unbewusst oder auch bewusst von Patienten und Angehörigen ab.

### 5.3.3 Situationsaushandlungen mit anderen Berufsgruppen

Der Stationsalltag ist geprägt durch die Zusammenarbeit mit vielen anderen Berufsgruppen des Krankenhauses in einer Face-to-Face-Kommunikation oder telefonischen Kontakten. In diesen Interaktionen müssen fortlaufend Situationen ausgehandelt werden. Wie dies im Einzelnen aussieht, wird in den folgenden Abschnitten dargelegt.

#### 5.3.3.1 Aushandlungen mit ärztlichem Personal

Neben der Zusammenarbeit im Pflegeteam ist die ärztliche Berufsgruppe diejenige, mit der die meisten Interaktionen in Zusammenhang mit der Patientenversorgung erfolgen. In den Interviewgesprächen lehnten die befragten Pflegekräfte eine pauschale Aussage zur Zusammenarbeit der Ärzteschaft ab. Sie betonen, dass es große Unterschiede gibt, wie die Zusammenarbeit funktioniert und wie die Interaktionen gestaltet werden. Somit hängt die Zusammenarbeit wesentlich von der Interaktionsgestaltung der Betroffenen ab, insbesondere vonseiten des ärztlichen Personals. Außerdem wird die Gestaltung der Interaktion durch den Führungsstil der jeweiligen ärztlichen Vorgesetzten beeinflusst. Eine Pflegekraft äußert sich zur Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal dahingehend, dass diese nicht immer einfach ist, aber entscheidend vom guten Willen aller Beteiligten abhängt und oft je nach Person unterschiedlich verläuft:

*Hättest du mich das jetzt vor drei Wochen gefragt, oder vor vier Wochen besser gesagt, dann hätte ich gesagt: „Oh, mein Gott, geht ja gar nicht.“ Aber wir haben uns eingespielt. Also unfallchirurgisch kann ich nur sagen: Top. Wir haben ein gutes Drahten zueinander und machen das zusammen und Verständnis – funktioniert. Ehm, allgemeinchirurgisch ist es natürlich jetzt so, dass wir viele Veränderungen haben werden. Die Chirurgie bekommt einen neuen Chef, der größte Teil der Oberärzte, der so noch da war, der verlässt uns, also so gesehen werden wir sehen, wie sich das entwickelt. Ehm, man geht sich manchmal – klar – man geht sich manchmal auf die Nerven – gegenseitig, es ist ja nicht nur, dass sie **uns** manchmal wirklich fertig machen, sondern es geht ja auch manchmal andersrum –*

*ebenfalls. Weil wenn wir jetzt zum fünften Mal anrufen beim Arzt und immer noch irgendwie ne Frage haben, die vielleicht schon in der Kurve steht, dann platzt auch dem Arzt der Kragen. Manchmal ist es genau das Gleiche, wenn der Arzt uns anruft, zum **hundertsten Mal** irgendwelche Sachen haben will, die er genauso selber machen könnte, dann denken wir auch: „Mein Gott, weißt du was, mach das doch selber, lass mich doch in Ruhe, ich hab keine Zeit. [...] Die Personen, die jetzt die Verantwortung übernommen haben –, weil vor ein paar Wochen war die Problematik einfach so, dass wir unfallchirurgisch nicht so gut dastanden. Also es fühlte sich nicht der Richtige zuständig und die Patienten waren sehr, sehr unzufrieden. Und wir natürlich dann mit, weil wir waren dann anschließend zuständig für die ganzen Verbände und alles, es war einfach zu viel für uns. Und dann hat ein Oberarzt, ein anderer Oberarzt die Station übernommen und wir haben auch Gespräche geführt, wir haben uns unterhalten und der ist auch immer erreichbar, wenn irgendwas ist, wenn irgendwelche Fragen, Probleme – was auch immer – ist er da und kümmert sich um uns und der macht jeden Tag ne Visite, wo die Patienten sich auch verstanden fühlen und nicht: „Hallo und auf Wiedersehn.“ Sondern er macht wirklich ne richtige Visite – und das ist auch wichtig – wichtig für die Patienten, weil was nützt den Patienten eine Visite, wenn der Arzt reinkommt und der Patient nach zwei Minuten sagt: „War das der Arzt?“ Genau das. Ne, also deswegen ist's schon ganz gut. Das läuft. Das wird immer besser. (5/302–333)*

Nicht nur die kommunikative und personale Kompetenz der Interaktionspartner sind wichtige Parameter dafür, wie die Interaktion mit anderen Berufsgruppen gestaltet wird, sondern auch die Rahmenbedingungen. Die interdisziplinäre Belegung und häufige Stationswechsel des ärztlichen Personals erschweren die Interaktion zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal, wie im folgenden Ausschnitt deutlich wird.

*Ja, das ist ein großes Thema. Es geht ja darum, das darf man ja gar nicht den Assistenten als Vorwurf nennen. Es sind sehr viele unerfahrene junge Leute, die einfach ins kalte Wasser geschmissen werden, schwimm oder stirb. Es gibt einige, die kommen besser zurecht, es gibt andere, die kommen schlechter zurecht und klar, wenn ein Pfllegeteam super funktioniert und man kann dann so einen Assistenten auffangen, dann ist es wunderbar. Wenn aber das Pfllegeteam selber nicht so funktioniert, wie es funktionieren soll und dann kommt noch ein unerfahrener Assistent, der selber mit sich nicht weiß, was er anfangen soll, dann ist die Katastrophe vorprogrammiert. Da muss man nur Schadenbegrenzung machen und gucken, wie man hinkommt. Und es ist ja immer wieder dadurch, dass die auch ihre – mittlerweile ihre Dienste so organisieren müssen, dass sie nicht konstant auf Station sind, das ist dieser fliegende Wechsel, das ist der größte Nachteil. Weil früher hatte man es so, dass die Leute fest zugeteilt waren zu der Station, dass man sich erarbeitet eine Richtung, wie*

*man's machen soll und dass man ganz genau – wie du sagst – weiß, das sind die Stärken, das sind die Schwächen, da kann man denjenigen so unterstützen und genauso den Assistenten auch. Weil wir profitieren nur gegenseitig voneinander und dürfen auf keinen Fall gegenseitig sich bekämpfen, weil dann ist den Bach runter. Weil es geht ja darum, dass genauso wie ein Assistent seine Aufgaben machen kann, genauso gut kann er unterstützt werden von Pflegekraft, weil Pflegekraft hat auch Blick, nicht nur auf die Werte [zum Beispiel Laborwerte], sondern auch auf die Patienten, weil er verbringt die meiste Zeit bei den Patienten, weil die Werte können ja manchmal super sein, aber dem Patienten geht's vom Krankheitsbild wesentlich schlechter. Das muss man ja auch rechtzeitig merken, weil bevor die – bevor die auf dem Papier stehen, und verschlechtern sich, kann der Patient sich aber tatsächlich in dem kompletten Bild verändern. Das macht sehr viel aus. Und das ist ja etwas, was nicht immer ideal ist. (4/678–701)*

Auf eine Nachfrage, wie häufig der Wechsel des ärztlichen Personals auf der Station vorkommt und welchen Einfluss dieses auf die Zusammenarbeit hat, antwortet die Pflegekraft:

*Sehr oft. Also es gibt manchmal Phasen, wo die gerade mal vier Tage da sind und wo man die gerade mal beim – in vier Tagen ist schwierig, jemanden auf Kurs zu bringen, wie die Station Ablauf hat oder so was. Aber es hängt ja immer – man freut sich, wenn dann jemand, der bisschen pfißiger ist oder der zugänglicher ist, wo man miteinander besser harmonieren und arbeiten kann. Und von einigen ist es ja auch noch bei den Assistenten ein Problem, wie weit lässt der zu, dass eine Pflegekraft ihm was sagen kann – darf. [...] Vielleicht spielt die Rolle dann, Pflegekraft ist Pflegekraft. Es gibt einen bösen Spruch, den wir benutzen, immer wieder mal: „Wir sind nur die kleinen Krankenschwestern“ (ironischer Unterton), weil wenn man dann Hinweis gibt und dann der Große – der meint, dass er groß ist eigentlich, dann glaubt, er weiß das besser, dann ist man ziemlich gekränkt, dann sagt man, dass man kleine Krankenschwester ist, weil das ist immer so Hand in Hand arbeiten. Wenn man einen Hinweis gibt, das ist so oder so, dann sollte derjenige auch sofort darein knöpfen und zusammen den Weg gehen, aber das ist immer schwierig. Es gibt immer wieder mal junge Assistenten, die sich auf keinen Fall irgendwas von Pflegekraft sagen lassen, weil die haben ja studiert und nicht wir und das ist immer traurig dann. Aber es gibt wieder auf andere Seite viele, die sehr gut mit uns harmonieren und arbeiten, weil die wissen ganz genau, dass sie den Blick ohne Erfahrung nicht haben und dass man da mit Sicherheit dann viel mehr erreichen kann, wenn man sich verlässt auf das Pflegepersonal. Aber wie gesagt, durch diesen sehr sehr schnellen Wechsel ist es sehr schwierig. Also früher war es wirklich halbes Jahr oder drei Monate, dass die auf einer Stelle verbracht haben und das hat man dann gemerkt. Schon nach zwei Wochen konnte man Hand in Hand marschieren*

*und das erspart sehr viel. Aber jetzt ist es ja so wirklich, dass die meistens eine Woche –, wenn die zwei Wochen da sind, dann ist man schon happy, weil man weiß, eine Woche läuft wieder alles super. Es ist sehr oft, wenn der zugeteilte Arzt der Station dann Nachtdienst hat, ungefähr eine Woche, dann ist der gar nicht auf Station. Da kann es passieren, dass da kein adäquater für die ganze Woche kommt, sondern dass jeden Tag ein anderer kommt. Also das Pflegepersonal hat sich mittlerweile darauf schon eingestellt, dass das so läuft, aber es ist für die Patienten ärgerlich dann auch. Weil wir müssen ja dann jedes Mal erklären: „Heute ist ein anderer da.“ Und – klar, die kommen ja immer wieder dann, die gleichen irgendwann, aber trotzdem sind die auch selber dann nur einen Tag da, ein Tag da und das ist dann Unzufriedenheit. Und dafür ist das dann sehr wichtig, dass das Pflege-team funktioniert, weil dann kann man gewisse Sachen auffangen, weil, so hat man keine Chance. Das funktioniert da nicht und dann ist man – . Das ist wirklich – wir jammern immer als Pflegekräfte, dass wir nicht genug Unterstützung kriegen oder Einarbeitung oder Ähnliches, aber, muss ich sagen, zumindest auf meiner Station ist das so, dass jeder neue Mitarbeiter schon seine Einarbeitungszeit hat, wenn es dann nur vier Wochen sind, aber es sind vier Wochen, aber ein Assistenzarzt hat gar keine Einarbeitungszeit. Er kommt und wird dann für die ersten zwei drei Tage, wenn er Glück hat, mit einem anderen arbeiten und bekommt dann sofort seine Zimmer zugeteilt. Es hängt wirklich immer ab, wie pfiffig derjenige ist von Natur. Von den fachlichen Kenntnissen hat das überhaupt nichts mehr zu tun, weil in so kurzer Zeit und so in dieser Zeit hilft wirklich nur das Menschliche. Weil, so wie ich mich dann menschlich da hinstelle, so kann ich dann eventuell gewinnen, aber mit dem Fachlichen kann man in dieser Lage überhaupt nichts erreichen oder gewinnen, weil erstens haben die diese Erfahrung nicht und das ist dann wirklich Kampf. (4/705–752)*

Die Pflegekraft geht davon aus, dass die persönliche Einstellung des ärztlichen Personals jeweils entscheidend ist, ob eine gute Zusammenarbeit mit Pflegekräften gewollt und möglich ist und ob ärztliches Personal von erfahrenen Pflegekräften Rat und Unterstützung annimmt. Die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe, insbesondere im Vergleich von Pflegepersonal und ärztlichem Personal, bestimmt den Habitus (vgl. Kapitel 4.4.2) und führt zu bestimmten Verhaltensweisen der Positionierung in der Interaktion.

*Also es ist ja immer so, dass diese Akzeptanz – „Ich bin Arzt“ – wird ganz anders angesehen als eine Pflegekraft, da muss die Pflegekraft wirklich sehr selbstbewusst sein, um auch seine Interessen und seine Ansichten zu vertreten. (4/762–764)*

Andere Pflegekräfte sehen diese Zusammenarbeit als nicht ganz so schwierig an. Die im Folgenden zitierte Pflegekraft hält vor allem nichts davon, zu pauschalisieren, sondern zu differenzieren und Probleme offen anzusprechen.

*Also spontan hätte ich gesagt, dass es auch da früher besser war, dass die Zusammenarbeit besser war. Ich glaube aber, dass man dann den Ärzten heutzutage ein Stück weit unrecht tut. Wir haben viele junge Assistenzärzte, gerade jetzt bei uns auf der Inneren, die alle fast schon frisch von der Uni kommen, wenig Berufserfahrung haben, aber alle auch sehr motiviert sind, viele Stunden da sind und die uns auch akzeptieren als Pflegepersonal und respektieren, die unsere Meinung schätzen, so dass ich von der Seite eigentlich gar nicht glaube, dass sich da so viel geändert hat. Ich glaube, dass sich eher an der Führung, zumindest, die wir in den letzten Jahren hatten, etwas geändert hat, wir aber jetzt neue Chefärzte haben, neue Oberärzte, und da ist der erste Kontakt, also die ersten Wochen und Monate sehr positiv, da sind konstruktive Gespräche geführt worden, partnerschaftlicher Umgang, ganz konkret mit einem Oberarzt jetzt habe ich viel gesprochen, einem neuen, ehm, der sehr pflegeorientiert ist, die Pflege ernst nimmt, also was das betrifft, würde ich jetzt nicht sagen, dass sich da was geändert hat. Ich hab ne Zeit gehabt, vor Monaten noch, vor drei vier Jahren, wo ich das als sehr viel schlimmer erachtet habe. Also jetzt ist es wirklich eher partnerschaftlich und ich glaube schon auch, das Verständnis bei den jüngeren Ärzten, also auch Oberärzten, dass ne Zusammenarbeit da ganz wichtig ist und die unsere Rolle dann auch so nehmen. Sehr positiv für mich war ein langjähriger Oberarzt, der jetzt vor ein paar Wochen ausgeschieden ist, den wirst du auch kennen, der hat zum ersten Mal wenige Tage bevor er dann gegangen ist zu einer Assistenzärztin gesagt: „Hören Sie auf den Herrn S., der ist lange dabei, das tut Ihnen gut, wenn der was sagt, wenn Sie auf ihn hören.“ Da hat der aber auch fünfundzwanzig Jahre fast gewartet, um mir das zu sagen. Ehm, das heißt, ich glaube, selbst er hat das wahrscheinlich im Prinzip sogar erkannt, dass Pflege ne wichtige Rolle spielt, aber durch andere Dinge, die ich da nicht durchblicke, kommt das dann eben nicht so nach außen. (1/335–367)*

### 5.3.3.2 Umgang mit ärztlichen Anweisungen

Ärzte und Ärztinnen sind den Pflegekräften gegenüber weisungsbefugt. Pflegekräfte assistieren bei Diagnostik und Therapie und übernehmen ärztlich delegierte Aufgaben. Im günstigsten Falle basiert die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal auf Akzeptanz und gegenseitiger Wertschätzung. Oft ist die Zusammenarbeit jedoch geprägt von Anweisungen in distinktiver und überheblicher Haltung der Ärzte.

*Aber das beobachte ich bei vielen, die jetzt auch nicht mehr gewillt sind, jungen Ärzten, die vielleicht ganz arrogant gerade ihr Studium abgeschlossen haben, auf die Station kommen und einem dann sagen wollen mit zehn, fünfzehn Jahren Berufserfahrung: „Das musst du aber jetzt so machen.“ Diese Situation hatte ich jetzt wieder vor Ostern gehabt mit einer Ärztin. Da kommt die dann zu mir, ich hatte bei der Visite, ich hab zwei Tage gearbeitet, ich hatte mittags den Patienten übernommen von einer Kollegin, auch noch ne junge Kol-*

*legin, die letztes Jahr ihr Examen gemacht hat und ich habe nur diese Akte gesehen und wusste, diese Patientin ist nicht erst seit gestern hier. Also diese Patientin war seit 18 Tagen da, ich guckte die Patientin an und sehe eine feste starre Magensonde. No go. Es kam dann kein Chirurg mehr, dacht ich mir, komm, das kannst du auch noch morgen früh bei der Visite fragen, auf einen Tag mehr oder weniger kommt's jetzt auch nicht mehr an. Ich hab morgens bei der Visite nachgefragt „Ist Ihnen das eigentlich schon mal aufgefallen, dass da seit 18 Tagen die feste Magensonde drin liegt? Ich wechsel die dann mal.“ Gut. Dann sitzen wir gerade beim Frühstück, da kommt so ne junge Ärztin aus Bulgarien zu mir, die sagt, sofort müsste jetzt die Magensonde gewechselt werden. Und da bin ich nicht so ganz drauf klar gekommen. Ich habe ihr gesagt: „Ich habe bei der Visite das festgestellt, dass diese Magensonde seit 18 Tagen drin liegt, und ich glaube, du hattest in den letzten Tagen drei Dienste und wie gut hast du dir diesen Patienten angeguckt?“ Also da war von meiner Seite das Gespräch beendet, ich habe weiter gefrühstückt, und habe das dann erledigt, wenn ich Zeit habe. Dann kommt sie wieder in die Küche: „Ich bräuchte jetzt hier sofort Anexate“ [Medikamentenname] oder beziehungsweise, wie hat sie sich ausgedrückt: „Ihr habt kein Anexate, was ist das für eine Station?“ So. Also, ich habe lange diese Station geleitet und weiß, was wir im Schrank haben und was nicht, und bin dann zu dem Medikamentenschrank gegangen und habe dann 2 ½ Pakete ihr dahin gelegt, dann sagt sie: „Ja ich hab mit dem Oberarzt geguckt und wir haben's nicht gefunden.“ „Ja da fragst du mal bitte mich“, und bin dann auch wieder gegangen und hab weiter gefrühstückt. Also da hab ich schon meine Schwierigkeiten, mir dann von einem jungen Mediziner, der sich da direkt so aufplustert, aber von Tuten und Blasen noch keine Ahnung hat. Das ist für mich keine gute Zusammenarbeit und so sehen das auch die anderen Kollegen, gerade bei solchen jungen Ärzten, die diese Berufsgruppe Pflege nicht so akzeptieren oder vielleicht auch Angst haben, dass wir denen was vormachen. (2/402–442)*

Nicht alle Pflegekräfte treten selbstbewusst gegenüber der Berufsgruppe der Ärzte auf. Es gibt Pflegekräfte, die sehr traditionsverbunden sind, teilweise auch Stationsleitungen, die sich Ärzten gegenüber nicht positionieren können, die ihre Meinung nicht vertreten, sondern ungerechtfertigte Anweisungen und Anschuldigungen widerspruchslos hinnehmen.

### **5.3.3.3 Kompensation von Aufgaben anderer Berufsgruppen**

In der Versorgung der Patienten und Patientinnen ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und den anderen an der Versorgung der Patienten Beteiligten notwendig, damit alle Abläufe Hand in Hand gehen können. Die Gruppe der Ärzte und Ärztinnen ist der Interaktionspartner mit den meisten Abstimmungserfordernissen. Weitere an Interak-

tionen Beteiligte sind Reinigungskräfte, Hol- und Bringendienste, Physiotherapeuten, Laboranten etc.

Der Stationsbetrieb ist rund um die Uhr mit Pflegekräften besetzt, die anderen Berufsgruppen sind nur zeitweise vor Ort. Pflegekräfte übernehmen in den Abwesenheitszeiten der anderen Berufsgruppen deren Aufgaben. Es gibt keine klare Aufgabentrennung bzw. Aufgabenbeschreibung, was von Pflegekräften übernommen werden muss. Ein banales Alltagsbeispiel: Eine Physiotherapeutin hat bei der Mobilisation eines Patienten dessen Urinflasche versehentlich angestoßen und der Urin hat sich unter das Bett ergossen. Sie kommt zu einer Pflegekraft und bittet diese darum, den Boden zu reinigen. Die Reinigungskräfte sind zu diesem Zeitpunkt nicht vor Ort und sie müsse unbedingt zum nächsten Patienten. Hier stellt sich die Frage, wer dafür zuständig ist. Die Pflegekraft hat dann den Boden gereinigt, um die Geruchsentwicklung und die Sturzgefahr zu beseitigen. Eigentlich wäre dies jedoch die Aufgabe des Reinigungspersonals gewesen.

Es kommt im Stationsablauf zu vielen Situationen, in denen Pflegekräfte die Aufgaben anderer Berufsgruppen durchführen, damit diese nicht unerledigt bleiben oder im schlimmsten Falle zur Gefährdung von Patienten und Patientinnen führen könnten. In der Regel ist es so, dass eine Pflegekraft kompensatorisch alle Verrichtungen übernimmt, die aus den unterschiedlichsten Gründen von der dafür zuständigen Berufsgruppe nicht geleistet werden.

*Wir sind eigentlich – wenn man sich so vorstellt – wir sind eigentlich alles, wir die Pflegekräfte. Wir sind einmal „die Ärzte“, wenn der Arzt nicht so schnell kommt, dass wir den Bauch abtasten, so ne alte chirurgische Schwester, die tastet schon mal den Bauch ab und guckt ob der weich oder verhärtet ist, wir gucken uns die Laborbefunde an von den Patienten, damit wir sehen, aha, ob der Arzt auch wirklich nichts übersehen hat, wir sind diejenigen, wo wir den Urin riechen und den Arzt darauf ansprechen. „Es riecht streng, wir haben schon mal den U-Status abgenommen“, das sind auch wir, die Pflegekräfte. Wir sind die Stomaversorgerinnen oder Versorger, wir sind die Physiotherapie, denn die Physiotherapie kommt ja nur einmal am Tag – **wenn** sie kommt – und der Patient wird nicht nur einmal am Tag mobilisiert, sondern er wird zu jeder Mahlzeit mobilisiert, er wird zum Waschen mobilisiert, also – wir sind relativ breit, wir haben ein breites Spektrum, wir als Pflegenden. Und das hast du alles in einer Schicht. (5/264–275)*

Pflegekräfte übernehmen nicht nur die Aufgaben anderer Berufsgruppen während deren Abwesenheit, sondern sind auch beteiligt an dem reibungslosen Arbeitsablauf der anderen Berufsgruppen. Man könnte fragen, warum Pflegekräfte sich dafür verantwortlich

fühlen. Sie sagen, dass sie letztendlich dafür verantwortlich gemacht werden, wenn es Störungen im Stationsablauf oder Versorgungsmängel gibt, auch wenn diese Aufgaben in den Zuständigkeitsbereich anderer Berufsgruppen fallen.

*Man hat ja – Belegungsmanagement – das und jenes, trotzdem klappt es nicht, wenn man es nicht selber organisiert. Man sieht immer wieder, dass die Patienten, die da liegen sollten oder irgendwo, liegen woanders. Das fängt ja auch mit der komplette Dokumentation – klar, Dokumentation ist wichtig und muss da sein, aber es muss auf Papier, in Computer, man führt meistens doppelt gemoppelt, man sagt ja, das hält ja auch besser. [...] Es sind ja auch viele Sachen, die früher sag ich mal irgendwo Hilfskräfte gemacht haben in den Krankenhäusern, wie Essen verteilen, wie – wenn die Krankenschwester nicht hinter einer Putzfrau guckt, dann ist das Zimmer auch nicht geputzt. Also alles bleibt hängen am Pflegepersonal und ich will nicht sagen, dass ich jetzt gemein bin, wenn ich sage, aber das könnte man auch mit andern Kräften bewältigen. Und das sind dann so Sachen, die – Nachtschränke reinigen – machen schon immer Schüler und examinierte Pflegekräfte. Muss das sein? Ist ein Schüler im Einsatz, dass er Nachtschränkchen reinigt? Ne, das sind so Sachen, die einfach einem sehr nahe dann irgendwann gehen, weil man denkt, das ist nicht meine Vorstellung, da ist nicht mein Herz dabei. (4/121–139)*

Nach wie vor gibt es keine klare Aufgabenbeschreibung dessen, was eine examinierte Pflegekraft in ihrem Berufsalltag tun soll und was nicht zu ihren Aufgaben gehört. Eine klare Abgrenzung zu den Aufgabenbereichen anderer Berufsgruppen ist somit nicht möglich. Daraus entsteht dieser Eindruck bei Pflegekräften, sich um alles kümmern zu müssen und für alles verantwortlich gemacht zu werden.

### **5.3.4 Situationsaushandeln in Bezug auf das Selbstmanagement**

In vielen Alltagssituationen treffen Pflegekräfte individuelle Entscheidungen. Diese hängen davon ab, welche Persönlichkeit eine Pflegekraft hat, wie ihr Selbstbewusstsein ausgeprägt ist und über welche Grundhaltungen, ethischen Prinzipien und berufliches Selbstverständnis sie verfügt. Von der Kombination und Ausprägung dieser Faktoren hängt ab, wie Pflegekräfte sich individuell in Alltagssituationen positionieren, ob und wie sie ihre eigenen Vorstellungen in Alltagshandeln umsetzen.

#### **5.3.4.1 Berufliches Selbstverständnis**

Pflegekräfte haben unterschiedliche Einstellungen zum Leben und zum Beruf. In der Regel steigen Auszubildende in den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege ein mit dem

Wunsch, anderen Menschen zu helfen.<sup>22</sup> Im Stationsalltag kommt es durch herausfordernde Situationen oft zu einem Praxiserleben, das von dem abweicht, was Pflegekräfte sich unter der beruflichen Tätigkeit einer Pflegekraft vorgestellt haben und wie sie den Umgang mit Patienten und Patientinnen gestalten möchten. Deshalb müssen Pflegekräfte entweder das berufliche Selbstverständnis und das Praxiserleben individuell in Einklang bringen oder einen Weg finden, mit der Divergenz umzugehen.

Traditionell basiert der Pflegeberuf auf einem christlichen Menschenbild und dem Gebot der Nächstenliebe. Auch heute sind viele Menschen im Pflegeberuf von dieser Grundhaltung geprägt. Dieses Menschenbild wird jedoch bei den Berufsanfängern immer mehr in Frage gestellt. Dennoch ist bei vielen Pflegekräften eine altruistische Grundeinstellung vorhanden, sonst hätten sie sich vermutlich nicht für diesen Beruf entschieden. Viele Pflegekräfte sehen jedoch die Bedürfnisse anderer als vorrangig an und stellen ihre eigenen zurück, wie eine Pflegekraft berichtet:

*Wir nehmen schlecht unsere eigenen Bedürfnisse erst mal wahr und wenn wir sie wahrnehmen, dann sind wir die Letzten, die irgendwie dafür etwas tun, um etwas zu verändern, also sowohl konkret hier in der Klinik als auch beispielsweise auf politischer Ebene. (1/379–383)*

Zum Prozess des Erwachsenwerdens gehört die persönliche und berufliche Sozialisation. Viele Pflegekräfte sprechen davon, wie stark sie durch Menschen geprägt wurden, die sie in ihrer Entwicklung und ihrem beruflichen Selbstbewusstsein gefördert und gestärkt haben.

*Ich glaub das ist bei jedem Erwachsenen, oder bei jedem der erwachsen wird so 'n Prozess, man muss sich so in der Gesellschaft einfügen, was so Normen und Werte sind, natürlich haben die eigenen Eltern das mitge-, einem das mitgegeben, aber wenn man dann so im Berufsleben steht, dann prägen einen – da haben mich die Kollegen noch mitgeprägt, auch gerade die älteren Kollegen, die damals gesagt haben, der is ja nix, da habe ich heute noch super Kontakt zu, die fünfzehn Jahre oder so älter sind [...], ich bin groß geworden und so möchte ich auch, dass andere mit mir umgehen, also ich bin groß geworden, ja. Und das habe ich, glaube ich so im Krankenhaus erfahren, dieses groß werden, ja einfach auch Verantwortung für die eigene Person und für andere zu übernehmen. (2/172–185)*

Pflegekräfte unterscheiden sich in ihrem Verantwortungsbewusstsein: Einige übernehmen die Verantwortung für den Pflegeprozess, nehmen die Patienten und Patientinnen mit

---

<sup>22</sup> Seit mehreren Jahren bin ich an der Bewerberauswahl für die Ausbildung beteiligt und höre dies von fast allen Bewerbern und Bewerberinnen als Intention für den Einstieg in diese Berufsausbildung.

ihren individuellen Bedürfnissen wahr und richten ihr Handeln danach aus. Andere gehen durch den Stationsalltag und arbeiten Arbeitsaufgaben mit möglichst wenig Aufwand ab. Diese unterschiedlichen Haltungen beschreibt die folgende Pflegekraft:

*Auf jeden Fall, du merkst es – ich sag dir ehrlich, ich mach das immer noch gerne, ich meine, das ist das, was ich immer machen wollte. Ich hab ja schon einen anderen Beruf gemacht und ich wollte unbedingt **das** machen und ich weiß, dass es manchmal schlimme Tage gibt, aber trotzdem versuche ich noch, zu lächeln und sage: „Okay, du wolltest das doch machen. Das ist genau das, was du wolltest.“ Und ich sehe immer noch die ältere Dame, die – sag ich mal – ihren Strumpf nicht anziehen kann. Deswegen\*\* das bemerkst du immer noch, trotz dessen, dass du vielleicht einen schlechten Tag hast. Und manch einer, wenn ich mir mal so Praktikanten zum Beispiel anschau, das kannst du auch relativ schnell erkennen, ob sie wirklich so was gerne machen oder ob sie es machen, einfach weil sie es machen **müssen**, weil sie ein Praktikum machen **müssen**, oder wie auch immer. Der eine, der läuft direkt, ist engagiert, zeigt sich und spricht mit den Leuten, sieht die Leute, sieht die Menschen, der andere geht vorbei, sieht die Menschen nicht, wenn er nicht angesprochen wird, macht er's nicht und wenn er angesprochen wird, macht er's vielleicht. Und das ist auch so bei unseren Kollegen. (5/180–193)*

Generell gibt es unterschiedliche Einstellungen zum Einstieg in den Beruf und im Berufsverlauf: Einige Pflegekräfte haben diesen Beruf ausgewählt, weil ihnen die Pflege kranker Menschen am Herzen liegt. Andere sehen die Berufsausbildung als Grundlage für eine Weiterentwicklung in eine Leitungsposition, und wieder andere sind in die Berufsausbildung eingestiegen, weil sie „nichts Besseres“ gefunden haben.

*Wollte ich das schon immer machen, diesen Beruf, oder bin ich dahin geraten, oder ist das meine vorübergehende Station von Lebensstationen, will ich das, was ist das? [...] Und das ist immer wichtig zu klassifizieren und zu sortieren und zu sagen, okay, da sind Leute, die sind mit Herz und Seele dabei, da sind Leute, da ist es die Lebensabschnittstation und da sind Leute, die sind leider Gottes hier geraten, weil die dachten, gut da komm ich weiter, ich geh in die Pflege und guck mal, wie ich mich da durch das Leben durchzieh. (4/268–274)*

Für manche ist der Pflegeberuf ein Job wie jeder andere und für andere eine Berufung.

*Wir sind ja ein Dienstleister. Ist so. Das ist unsere Arbeit, wir hierfür da, um diesen Patienten zu betreuen, ob das jetzt in der Gesundheit, in der Genesung oder wie auch immer – aber **wir** sind eigentlich ein Dienstleister, nichts anderes. [...] Weil hier ist es einfach ein Job, nichts anderes. (5/396–403)*

Im Gegensatz dazu:

*Und mit Sicherheit ist dir auch aufgefallen, ich hab nicht einmal gesagt „mein Job“. Es ist mein Beruf. Und das ist ja – wenn jemand kommt und sagt: „Das ist mein Job“, dann weiß ich ganz genau die Einstellung. Ne, dann ist es etwas, was ich abarbeiten möchte. Aber Beruf ist ja, ich fühle mich berufen dazu und das möchte ich machen, meinen Beruf lebenslang. Solange ich in dem Beruf bin, möchte ich das auch so vernünftig und sag ich mal mit reinem Gewissen und vollem Einsatz verbringen. (4/587–593)*

#### 5.3.4.2 Aufgabenorientierung

Der Stationsablauf ist angefüllt mit einer Fülle von Aufgaben – organisatorischen, administrativen und patientenbezogenen Aufgaben, die abgearbeitet werden müssen. Die Arbeitsanforderungen an Pflegekräfte auf Station sind hoch und im praktischen Alltag ist es kaum möglich, den Ablauf der Arbeitsprozesse und die Patientenbedürfnisse gleichermaßen gut im Blick zu haben. Daher muss eine Pflegekraft Prioritäten setzen: Wenn sie einen guten Überblick über den Tagesablauf haben will, muss sie viel im Stationszimmer sein, um die vielfältigen Informationen der unterschiedlichsten Interaktionspartner mitzubekommen, Zeit mit organisatorischen, dokumentarischen und administrativen Aufgaben verbringen, um dann die Arbeitsaufgaben zu priorisieren und teilweise an andere Personen des Pflegeteams zu delegieren. Bei einer patientenorientierten Arbeitsweise muss die Pflegekraft möglichst viel in den Patientenzimmern sein, die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen wahrnehmen und sich Zeit zur ressourcenfördernden Pflege und Begleitung und Beratung von Patienten nehmen. Beide Schwerpunktsetzungen kommen auf den Stationen vor: Während manche Pflegekräfte sich verpflichtet sehen, den Arbeitsablauf reibungslos zu gestalten, das bedeutet, viel im Stationszimmer zu sein, nehmen sich andere Pflegekräfte bewusst Zeit, um am Patientenbett zu sein, und nehmen dafür die Kritik der Kollegen und Kolleginnen in Kauf.

Beide Aufgabenorientierungen haben im Stationsalltag somit ihre Berechtigung, jedoch gibt es im Arbeitsalltag oft ein Konkurrenzverhalten und eine Abwertung der jeweils anderen Orientierung. Für patientenorientierte Pflegekräfte wird das Ausleben ihrer beruflichen Handlungsorientierung im Krankenhausalltag immer schwieriger und zieht die Kritik von Kollegen nach sich und zusätzlich die eigene Frustration darüber, dass die patientenorientierung kaum noch lebbar ist. Für manche Pflegekräfte führt das zu Überforderung und zum Motivationsverlust bis hin zum Burnout, wie im Folgenden deutlich wird.

*Obwohl, man muss sagen, die neue Generation, die neigen eher zu dieser Dokumentation als zu Pflege, das merkt man immer wieder, da fragt man sich, wieso man in diesem Beruf ist, weil man verliert diesen Kontakt zum Patienten. Es gibt's immer wieder mal – entdeckt man Leute, die dann: „Naja – muss ich denn unbedingt jemanden pflegen oder muss ich nicht? Kann ich das noch aufschreiben?“ [...] Also für mich persönlich bedeutet das Unzufriedenheit, weil das ist etwas, was man – also ich muss den Kontakt zu den Patienten haben, weil ich kann nicht dokumentieren – irgendetwas, was ich nicht durchgeführt habe erstens, und zweitens muss ich mich mit ganzem Herzen irgendwo bemerkt [überzeugt] haben wenigstens, ich kann nicht schreiben, der ist jetzt traurig oder der ist desorientiert, wenn ich mir nicht davon hundert Prozent sicher bin. (4/199–217)*

Pflegekräfte, die die Ablaufprozesse steuern, bekommen einzelne Aspekte der Patientenversorgung oft nur durch Zuruf von an der Pflege beteiligten Auszubildenden oder Hilfskräften mit. Das ist vor allem ein Problem bei Patienten und Patientinnen mit hochaufwendiger Pflege, bei denen im Tagesablauf in einem festgelegten Zeitrahmen bestimmte Pflegeverrichtungen zu erfüllen sind, die dann auch jeweils durch Unterschrift (Handzeichenkürzel) als durchgeführt abgezeichnet werden müssen. Das ist oft nicht in vorgeschriebener Frequenz und Zeitraster leistbar. Um nicht zu riskieren, dass es für die hochaufwendigen Pflegemaßnahmen (nach PKMS) am Ende doch kein Geld gibt<sup>23</sup>, und sich dann deswegen bei Vorgesetzten dafür rechtfertigen zu müssen, werden die Pflegemaßnahmenpläne meist erst am Ende einer Schicht vollständig abgezeichnet. *„Dann wirst du jeden Tag zum Betrüger, weil du irgendwo etwas abhakst, was nicht gemacht wurde“*, wie eine Pflegekraft einer internistischen Station festhält.

#### **5.3.4.3 Berufliches Rollenverständnis**

In den Alltagssituationen auf Station handeln die Pflegekräfte bewusst oder unbewusst aus, wie sie reagieren und sich positionieren, indem sie ihre fachlichen und persönlichen Kompetenzen einsetzen. Gelegentlich lassen die als starr wahrgenommenen Strukturen den Einsatz der Kompetenzen jedoch kaum zu, wie eine Pflegekraft beschreibt:

*Ich glaub, das ist so das Thema, dass sogar viele Kompetenzen da sind, die aber dann im Laufe der Jahre vielleicht auch dann verschwinden oder unterdrückt werden, weil sie halt auch nicht wirklich zum Tragen kommen. [...] ich glaube, das liegt einfach an den Strukturen. Die Strukturen sind nicht mitgewachsen. Es mag durchaus so sein, dass auch die Aus-*

---

<sup>23</sup> Diese PKMS-Pläne werden durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen auf Korrektheit überprüft. Wenn nicht alle Pflegeverrichtungen entsprechend abgezeichnet sind, wird kein Geld für die hochaufwendige Pflege bezahlt.

*bildung da mittlerweile andere Werte auch vermittelt, oder auch versucht zu vermitteln, auch ein Selbstbewusstsein, aber die Strukturen in der Praxis sind so ausgelegt, dass halt dann doch die [Arzt-]Assistenz letztlich im Vordergrund steht und es ist ja dann auch, vielleicht auch ne Leitungsfrage und wenn man noch ne Stationsleitung hat, die selbst vielleicht aus ner anderen Tradition noch kommt und da hinterherhinkt sozusagen, was vielleicht auch das angeht, dann kann sich das auch nicht weiterentwickeln. Dann ist es nur ne Frage der Zeit, bis man dann vielleicht auch selbst resigniert und sagt „naja, ich mach jetzt – stell hier meine Tropfen und ich wasche die Patienten“ und das wars am Ende, das ist dann vielleicht auch schon auch so die Entwicklung, die dann eintritt. (3/171–191)*

Viele Pflegekräfte sehen kaum Handlungsspielräume, weil der Stationsalltag nach wie vor wesentlich bestimmt wird durch die Aufgaben der Arztassistenten. Im Laufe der Zeit kommt es bei vielen Pflegekräften zur Resignation, weil die zunehmend als restriktiv erlebten Arbeitsbedingungen wenig eigene Gestaltungsmöglichkeiten bieten. Die bestehenden Krankenhausstrukturen werden als verursachend angesehen, außerdem die Traditionsgebundenheit vieler Stationsleitungen. Der Eindruck, immer nur auf die wichtigsten Dinge reagieren zu können, zeigt, dass im Stationsalltag kaum Möglichkeiten gesehen werden, diesbezüglich Veränderungen herbeiführen zu können. Dies beschreibt eine Pflegekraft resignierend so:

*[...] es hat sich da nichts geändert, ich muss diese Situation akzeptieren, wie sie ist, mehr oder weniger, wie gesagt, ich halte die Einflussmöglichkeiten für sehr gering. Ja, also hab ich noch zwanzig Jahre bis zur Rente. (1/201–204)*

Es gibt aber auch Pflegekräfte, die diese Gestaltungsspielräume bewusst einfordern, wie der nächste Gesprächsausschnitt zeigt.

*Also ich hab's für mich selber auch immer so 'n bisschen eingefordert, ich hab das jetzt nicht im Stationsalltag überall so angetroffen, ehm auch bei den Auszubildenden gab's da Unterschiede, ich hab aber so – schon so versucht, dass das so – so dieser kleine Rahmen, wo die Pflege halt auch Eigenständigkeit hat, hab ich immer gesucht und hab das versucht, dann auch einzufordern, also ich hab auch oft das Gespräch gesucht auch mit den anderen Berufsgruppen, auch mit den Ärzten und das ist das, was ich natürlich auch heute so schade finde, aber wo vielleicht ja mal ne andere Entwicklung kommt, aber das ist immer so dieses – dass man sich so reduziert in der Pflege auf diese Assistenz letztlich oder auf bestimmte grundpflegerische Tätigkeiten nur. (3/139–151)*

Da die Möglichkeiten der Gestaltung und Eigenständigkeit in der Pflege auf einer normalen Bettenstation als sehr eingeschränkt erlebt werden, streben manche Pflegekräfte Posi-

tionen an, die ihnen mehr Gestaltungsmöglichkeiten bieten. Die berufliche Entwicklung dieser Pflegekräfte<sup>24</sup> im Verlauf zeigt, dass sie sich in Richtung Pflegemanagement oder Pflegepädagogik weiterentwickeln und aus der direkten Pflege am Patientenbett aussteigen. Ein wesentlicher Faktor mangelnder Mitgestaltung von Handlungsspielräumen wird in der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit und -bereitschaft gesehen.

*Ich glaub, das ist wirklich ne Frage erstens der Kommunikation, das man das, was man vermittelt bekommt und das ist finde ich schon ganz viel, was sich halt in der Praxis nicht so ausdrückt, aber das, was man halt an Wissen und an Kompetenzvermittlung bekommt, dass man das auch äußern kann, dass man das kommunizieren kann, dass man das auch vertritt, auch gegenüber anderen Berufsgruppen, gegenüber den Ärzten. Ich glaube das ist – ehm- also ich erleb das, um es mal praktisch zu sagen zum Beispiel auch jetzt bei Frisch-examinierten, bei Auszubildenden, die ja noch mal ne Generation weiter sind als ich, dass auch die noch mal so – dass auch die wieder alte Traditionen übernehmen, dass die die schon auch verinnerlicht haben und da auch an sich gar nicht den Anspruch haben irgendwie was Neues zu machen oder ein anderes Selbstbewusstsein zu haben, die übernehmen die ganzen Rituale und Traditionen, wie man sie dann halt auch auf der Station immer noch erlebt, also das heißt, da hat man auch gar nicht – sei es jetzt nur das Beispiel mit dem Namen, Namensnennung, es ist immer die Schwester mit dem Vornamen, das ist sogar bei den jungen so, die wir jetzt auch als Frischexaminierte übernehmen, auch die haben gar nicht so den Anspruch, jetzt Frau „Müller“ zu sein und ne professionelle Pflegekraft, die ja mehr ist als irgendwie nur diejenige, die die Grundpflege übernimmt. (3/205–226)*

Viele Pflegekräfte passen sich dem Rollenverhalten der Pflegekräfte im Stationsteam an, vielleicht aus Bequemlichkeit, vielleicht, weil sie sich einem Anpassungsdruck ausgesetzt sehen. Oft fehlt auch die Bereitschaft oder Fähigkeit, argumentativ eine eigene Position zu vertreten. Ein schwer zu erklärendes Phänomen ist das Beibehalten der Anrede „Schwester“, anstatt sich mit dem Nachnamen anreden zu lassen. In Diskussionsrunden mit Auszubildenden, die kurz vor dem Abschlussexamen stehen, wird deutlich, dass die meisten die Anrede „Schwester“ auch nach dem Examen bevorzugen, weil sie glauben, damit eine größere Patientennähe herstellen zu können.

Es gibt aber auch Pflegekräfte, die selbstbewusst ihre Meinung vertreten und dabei persönliche Nachteile in Kauf nehmen.

*Also ich bin immer bereit, immer wieder mal auch in die negative Rolle mich zu stellen und zu sagen: „Nein, ich bin nicht der Meinung“ und auch, wenn es sein muss mit Oberärzten*

---

<sup>24</sup> Bis zum Abschluss dieser Forschungsarbeit konnte ich die berufliche Weiterentwicklung aller Gesprächspartner weiter verfolgen.

zu diskutieren, mich auseinanderzusetzen, wenn ich hundertprozentig überzeugt bin, dass ich die Interessen des Patienten vertrete und **meine** – von meinem Gefühl und meiner ethischen Einstellung vertrete, weil – dafür bin ich auch berühmt eigentlich (lacht), weil ich mich immer wieder damit auseinandersetze. Ich sag das immer, Messer mit Doppelschneide ist es. Auf einer Seite ist man sehr, sehr – zeigt man, dass man das kann, dass man selbstbewusst ist. Also ich bin so ein Mensch, ich weine dann im stillen Kämmerchen, ich lass das nicht vor den anderen raus, oder ich lass das sehr selten vor den anderen raus. Im Grunde genommen bin ich sehr empfindlich und ein sehr sensibler Mensch. [...] Weil es mich auch dann auch sehr viel Kraft kostet, auch wenn ich gewinne, sag ich mal, passiert es trotzdem, weil das sehr sehr Kraft kostet. Weil es einfach mal – ich will nicht, dass mir am Ende jemand sagt: „Ja, Du hast recht“, dafür kämpfe ich nicht, sondern eher, dass einer das einfach einsieht – ich will nicht diese Bestätigung haben, aber das ist ja meistens so, sehr oft erlebt man das, dass der Andere sagt dann: „Ah ja, dann hast du recht“. (sagt es im aggressiven Ton). Das verletzt dann einen, das ist so dieses – dafür hab ich doch nicht gekämpft. Ich will ja nicht Recht haben, ich will eine Lösung haben, weil man kämpft ja im Grunde für eine Lösung, für eine andere Richtung, für ein – was **macht** man – und nicht dafür, dass man kämpft, um irgendwie einmal zu hören: „Du hast Recht“. Es ist auch noch etwas anderes, wie man dieses „Du hast Recht“ sagt: „Du hast Recht, jetzt geh mir nicht mehr auf die Nerven, du hast Recht“, das ist dieser Knackpunkt. Ich denke, dass ich in meinem langen Berufsleben sehr gelernt habe, mich durchzusetzen. (4/772–796)

Wie aus den Gesprächsbeiträgen ersichtlich ist, spielt die persönliche Haltung eine entscheidende Rolle, sich anzupassen oder sich trotz konflikthafter Aushandlungssituationen konfrontativ zu positionieren.

Das ist ja dann auch der innere Konflikt, der dann auch auftaucht, klar, man möchte natürlich auch – ne gewisse Zeit geht das auch ganz gut vielleicht und wenn man dann noch persönlich gute Bewältigungsstrategien hat und so weiter, dann geht es noch eine Zeit lang gut, dass man die Ansprüche seinem Vorgesetzten gegenüber, den Angehörigen, Patienten gegenüber und dass man das alles noch so unter einen Hut kriegt aber eigentlich hat man ja ne Hauptaufgabe und das ist ja auch so die innere Motivation, dass man seine Patienten gut versorgen möchte und umso mehr zusätzliche Anforderungen kommen, also sei es jetzt von Angehörigen oder von den Vorgesetzten, umso höher wird natürlich dann auch der Frust, wenn man dann seiner eigentlichen Aufgabe, wenn man der nicht mehr nachkommen kann. Und wir erleben das natürlich auch, dass viele Dinge dann nur halbgar sind, und wir sagen aber auch selbst, die Patientenversorgung geht immer vor und man merkt natürlich dann auch, wenn der Mitarbeiter irgendwann in so ne Überforderungssituation kommt und man ihm dann einfach zu viele Aufgaben möglicherweise dann auch gegeben hat. Das

*funktioniert natürlich mit zunehmendem Alter auch immer schlechter, muss man sagen, klar, man versucht natürlich auch darauf Rücksicht zu nehmen und auch darauf Rücksicht zu nehmen, dass auch ältere Mitarbeiter vielleicht nicht mehr so leistungsfähig sind, zumindest vielleicht von der körperlichen Warte aus, dass man dann versucht, da auch Räume zu schaffen, um das zu nutzen, was vielleicht auch an Berufserfahrung da ist, an Wissen da ist, wie jetzt nen Pflegeexperten, aber das ist halt ein sehr begrenzter Raum, den man da zur Verfügung stellen kann. Also Anspruch und Wirklichkeit gehen da schon ganz, ganz weit auseinander oftmals und das Problem ist natürlich dann auch für ne leitende Position, – ja, ich sag immer, ich kann keinen motivieren, die Motivation ist halt – ist halt die, warum man in den Beruf gegangen ist. Das ist halt ne innere Motivation letztlich, die kann ich keinem geben. Ich kann versuchen, nen möglichst guten Rahmen zu schaffen, um diese Motivation dann auszuleben und seinem Antrieb dann nachzugehen und die Patienten gut zu versorgen und dann auch ne Zufriedenheit daraus zu ziehen. Aber ich kann jetzt niemanden wirklich dazu motivieren, nen Job zu machen. Wenn aber dieser Rahmen – wenn ich den Rahmen nicht zur Verfügung stellen kann, was natürlich immer ein Kampf ist, dann hab ich dabei natürlich auch das Problem, dass ich mit der Demotivation der Mitarbeiter leben muss und das ist halt immer so ein Waagespiel. Das ist halt so, dass das, glaub ich, auch innerhalb der letzten Jahre dann sich so verschärft hat. (3/384–425)*

Das Auseinanderklaffen zwischen normativen und eigenen Ansprüchen der Berufsausübung einerseits und den Möglichkeiten der Berufsausübung im beruflichen Alltag andererseits wird zur Gratwanderung, zum „Waagespiel“ zwischen Motivation und Demotivation.

#### 5.3.4.4 Stressverarbeitung

Pflegekräfte haben unterschiedliche Strategien, mit Alltagsstress umzugehen. Auch die Faktoren, die zu Stress führen, werden individuell unterschiedlich wahrgenommen. Eine für alle Pflegekräfte belastende Alltagssituation ist hoher Arbeitsdruck. Dieser entsteht, wenn sich die Aufgaben häufen und kaum Zeit bleibt, sie nach Dringlichkeit zu priorisieren und den Überblick zu behalten, ob alle anfallenden Aufgaben abgearbeitet sind. Um Stress zu reduzieren, werden verschiedene Strategien genutzt; viele nutzen dazu Raucherpausen.

*Also manchmal ist es so – ich rauche nicht zuhause, ich rauche nicht zuhause, ich rauche **nur** hier auf der Arbeit. Ich **muss** manchmal – manchmal kriegen wir keine Pause, wir schaffen's manchmal nicht, uns hinzusetzen und Pause zu machen, **aber** manchmal, wenn ich merke, okay, es erreicht gerade diesen Punkt, ich muss jetzt kurz runter. Ich geh kurz runter, und ich rauche nicht zuhause, ich rauche nicht in der Freizeit, ich rauche nur in der Arbeit, ich rauche eine Zigarette, komme sozusagen runter, komme auf Station und hab –*

*ich weiß nicht warum aber – ich hab dann wieder einen klaren Kopf und kann dann weiter nach vorne gehen und nacheinander das weiter ausarbeiten. Es ist ganz komisch. Mein Mann sagt ja auch, es ist wahrscheinlich wirklich wie so ne Stressbewältigung, weil ich hab ja kein Schmach, wenn ich zuhause bin, ich muss zuhause gar nicht rauchen, vor allem vor meinen Kindern – um Gottes willen – nein. Gutes Beispiel – nein. Nur hier. Nur hier wirklich um einmal runterzukommen, es ist wirklich, als würde ein Schleier von dir fallen, kurz mal aufatmen, sortieren, ich bin manchmal da unten und sortier mir noch mal die Sachen: „Und was war noch? Was musst du noch machen, das, das, das und das, erst mal das und als Nächstes das.“ Also es ist so – noch mal alles vor Augen führen und dann komm ich hier nach oben und dann geht’s weiter. Dann funktioniert das irgendwie. (5/87–102)*

Meistens kann die Pflegekraft dann wieder konzentriert weiterarbeiten.

*Es ist immer noch so, dass man mit manchen – klar, du kannst mit manchen besser arbeiten und du fühlst dich auch abgefangen von anderen, also irgendwie unterstützt und das funktioniert relativ gut, denn die sehen schon wenn du sauer bist: „Oh, (Name der Pflegekraft), du kochst langsam, geh mal kurz runter.“ Also die merken mir das schon an, manche. Die sagen schon selber: „Geh jetzt kurz runter, weil – du musst da jetzt einmal kurz weg.“ Weil ich hab wirklich so meinen Punkt, wo ich – ich schrei nicht, ich bin nie wirklich auf hundertachtzig. Es ist mir bis jetzt hier auf der Arbeit nur zwei Mal passiert, dass ich wirklich laut geworden bin. Das war wirklich so ein Punkt, wo ich dann gesagt habe: „Jetzt reicht’s. Was soll ich denn **noch** machen. Du schreist mich hier an von der Seite, ich tue, mehr als tun kann ich nicht. Da brauchst du mich nicht von der Seite anzuschreien. Also ein bisschen mehr Respekt.“ Also die anderen haben genauso den gleichen Stress, man merkt denen das genau das Gleiche, aber jeder geht damit anders um. Ich weiß zum Beispiel, dass der eine oder andere vielleicht ein bisschen unfreundlicher dann auch zu den Patienten wird, weil die dann einfach das nicht mehr einsehen. Die sagen: „Mein Gott, ich tue alles, also bitte, haben Sie jetzt doch“ – es reicht, irgendwo reicht’s: Irgendwo ist eine Grenze erreicht, auch bei jedem, wo der sagt: „Nein, jetzt nicht!“ Das macht sich schon bei verschiedenen Sachen bemerkbar, dass dann vielleicht der Arzt dann von der Seite angepflaumt wird. Irgendwann mal, wenn der dann zum hundertsten Mal kommt und was von dir will, sagst du auch: „Weißt du was, mach’s doch selber“, oder: „Lass die Kurven und geh einfach.“ Aber es ist jetzt in dem Sinne besser, wir kriegen uns nicht so in die Haare untereinander. (5/144–165)*

Im folgenden Ausschnitt führt die Pflegekraft aus, dass sie es trotzdem oft nicht schafft, den Aufgabenstapel abzuarbeiten, und ihr auf dem Weg nach Hause oder zuhause noch

viele Dinge durch den Kopf gehen und sie durch den beruflichen Stress auch zuhause noch eine Zeit braucht, um den Stress der Arbeit hinter sich zu lassen.

*Direkt abschalten kann ich nicht – kann ich nicht. Es ist noch sehr oft so, dass –, wenn ich nach Hause komme, schon so Kleinigkeiten, da wo du hier dich zusammenreißt, um nicht zu explodieren, weil hier hast du noch irgendwo – du bist bei der Arbeit, du bist hier und du arbeitest, du musst dich benehmen, irgendwie **ganz** anders. Und wenn du zu Hause bist und, sag ich mal da liegt ne Hose vom Mann auf dem Stuhl – Explosion – der Mann ist derjenige, der alles abkriegt, der kommt dann zu mir und sagt: „Super, schön, dass du wieder arbeiten warst.“ Genau. Und so sieht das meistens aus nach zwei Wochen Arbeiten, wenn ich aus dem Urlaub komme, das heißt, ich weiß, in zwei Wochen werd ich mich wahrscheinlich mit meinem Mann richtig schön in die Haare kriegen. Ja das **ist** so. Das ist das, wo – ich weiß nicht – du hast es hier vielleicht manchmal nicht so perfekt, es läuft manchmal nicht so, wie du dir das gerne vorstellst, und dann strebst du wiederum zuhause danach. Das heißt, ich räume zuhause auf und ich möchte, dass es sauber bleibt. Ich möchte nicht, dass da irgendwas hingelegt wird, ich will, dass alles an seinem Platz ist – ganz verrückt – ganz ganz verrückt – und dass die Schuhe nicht da stehen, sondern die müssen da stehen, dass sag ich mal die Hose nicht da liegt, sondern die muss nach oben in den Wäscherraum, also so Kleinigkeiten können einen dann wirklich schon manchmal auf die Palme bringen und dann merk ich das aber selber. Dann komm ich wieder runter und sag: „Sorry, es ist total dumm, es tut mir leid.“ Aber in dem Moment, es war irgendwie – du funktionierst, als wärst du nicht du selbst, sondern du läufst einfach nur dein Programm ab. [...] Wenn hier ein super Tag gewesen ist, hör mal, dann hab ich einen super Tag zuhause. Wenn hier wirklich viel Stress ist, dann hab ich schon öfters gemerkt, dass das wirklich nach Hause mitgenommen wird, dass du einfach zuhause das weiter projizierst, also auf deinen Partner. Ne, also ich meine, wenn hier alles super geklappt hat, hör mal, ich komme mit einem Lächeln nach Hause und mein Mann sagt schon selber: „Was ist denn mit dir los? Du warst doch arbeiten, ist alles gut?“ Und wenn **hier** irgendwas nicht funktioniert, dann sag ich ihm auch zuhause: „Soundso, das hat nicht geklappt, das hat nicht geklappt,“ er weiß dann ganz genau, dass ich **sehr** dann in diesen Momenten schon sehr aufgebracht bin und manchmal wirklich ne Kleinigkeit mich dann zum Explodieren bringen kann. Ich weiß das, er weiß das und zum Glück wissen wir’s beide. (lacht) (5/104–139)*

Der berufliche Alltag hinterlässt bei vielen das Gefühl, den Anforderungen nicht mehr gerecht werden zu können und an die physischen und psychischen Belastungsgrenzen zu gelangen. Manche Pflegekräfte versuchen einen Ausgleich in ihrer Freizeit zu schaffen, um Stress abzubauen. Eine Pflegekraft hat sich zum Beispiel ein Pferd gekauft. Zwar hat

sich an der Arbeitssituation nichts geändert, aber sie kann seitdem gelassener mit stressigen Alltagssituationen umgehen.

Zu hoher Belastung führen Arbeitstage, an denen es durch Personalausfälle zur Unterbesetzung im Pflgeteam kommt und einzelne Pflegepersonen öfter aus dem Frei in den Dienstplan einspringen müssen ohne zeitnahen Freizeitausgleich. Auch eine längere Arbeitsphase ohne Urlaub führt dazu, den Alltagsstress nicht mehr so gut verarbeiten zu können. Das beschreibt die folgende Pflegekraft:

*Ich sehe, dass manch einer, meistens ist es kurz vor dem Urlaub bemerkst du das, kurz vor dem Urlaub und du merkst, oh, jetzt braucht er aber wirklich Urlaub, die sind dann schon fertig. Du siehst, dass sie einfach nur \*\* also eigentlich nur reagieren auf das, was kommt und nichts darüber hinaus, also einfach nur abzeichnen – fertig. Und wenn die aus dem Urlaub kommen, die sind dann voller Elan, die sind dann wieder voller Energie, die sind freundlich, die sind richtig aufgeweckt und sehen Sachen, die sie vor dem Urlaub nicht gesehen haben: „Ach, der brauch noch das und das, der brauch dieses und jenes“ und du siehst, dass sie es eigentlich gerne machen, die machen das gerne, die machen ihren Job gerne. Du merkst es meistens nach dem Urlaub, dass sie es gerne machen, weil die sind dann erholt, die sind voller Energie, kommen hier hin und du siehst, die sind nett, die sind super freundlich zu Patienten, die sehen die Arbeit, die sehen die Maßnahmen, die gemacht werden müssen, die sehen **alles**, die bemerken die Fehler vielleicht von dem Kollegen, der eben **vor** dem Urlaub steht. Also das ist – du siehst dann, dass wirklich jeder mit Leib und Seele dabei ist weil die dann einfach diese Energie wieder haben, dieses – ich mach was für die Menschen und ich möchte das gerne und es ist so schön und alles. Ja dann bist du wieder dann ein paar Wochen hier und dann holt dich das so'n bisschen ein. (5/193–209)*

Pflegekräfte treffen jeden Tag auf Patienten und Patientinnen mit unterschiedlichen Erkrankungen und manchmal auch schicksalhaften Verläufen. Sie sollen empathisch mit Patienten umgehen, aber nicht mitleiden. Eine Pflegekraft drückt es im Gespräch so aus: „*Wir sind jeden Tag Mikrotraumen durch Patientenschicksale ausgesetzt*“. Deshalb müssen Pflegekräfte den inneren Spagat schaffen, Empathie zu zeigen und sich trotzdem innerlich distanzieren, um gesund zu bleiben. Dies ist jedoch nicht immer leicht, wie der folgende Gesprächsausschnitt zeigt.

*Man hört sehr oft von Kollegen, dass sie sagen, wenn ich hier draußen bin – cut. Ich hätte es gerne gewünscht, aber es gibt immer wieder Leute, – klar, es gibt Patienten, die berühren mich nicht so, aber dann muss man genug professionell bleiben, seine Arbeit so zu machen, aber genauso gibt's einen, der einem nachläuft. Und es gibt einen, wo man sich Gedanken macht, wie könnte man es anders machen oder verändern. Ich habe zum Beispiel*

*erlebt, ich bin im Ethikkomitee und wir hatten jetzt Fallbesprechung. Ein junger Mensch, dreißig Jahre, der nach Drogenkonsum seit Jahren Hirnschaden, ist reanimiert worden, ist vorgefunden worden auf einem Gebäudegelände und ist reanimiert worden und lag dann auf Intensiv und dann war die Entscheidung zu treffen, was macht man. Er war beatmet, er war immer wieder unruhig, wenn man versuchte ihn zu extubieren beziehungsweise freie Atmung geben, weil man wusste nicht mehr, ob es jetzt durch die Intoleranz gegenüber Tubus oder Entzug. Und dieser junge Mensch läuft mir auch noch nach sehr, weil erst 37 Jahre, er hat mit seinem 18. Lebensjahr angefangen mit Drogen, das heißt, er hat nie Leben gehabt. Er hat nie Chancen gehabt, das Leben von einer anderen Seite kennenzulernen. Und als Mutter hat man ja auch ganz andere Hintergedanken und denkt, was wäre, wenn mein Kind in so einer Situation wäre, und dabei war auch jetzt bei dieser Fallbesprechung war auch die Mutter und dann stellte sich raus, ja der Vater ist verstorben in sehr frühen Jahren, das heißt, da kann man schon (darauf) beziehen. Das ist ja ein Faktor. Die Mutter hat dann noch mal geheiratet, für mich kommt der zweite Faktor. Also das sammelte sich so, ich bin wirklich nach Hause gegangen mit dem ganzen Kopf voll Überlegungen „Das ist furchtbar, er hat nie Chancen gehabt“ und jetzt heute bezeichnet man einfach – er ist abgestempelt: „Dieser Drogenabhängige“. Wenn man vielleicht vor zehn Jahren oder was weiß ich wann mal ihn noch an die Hand genommen hätte oder so, vielleicht wäre das ganz anders gegangen. Und er ist jetzt auch letzte Woche verstorben, also das ist mir sehr nachgelaufen. Das ist – mein Sohn ist 30, der war 37, und ich vergleiche das immer so, welchen Weg mein Kind beschreitet, also das sind so Momente, die einem doch trotzdem, trotz der ganzen erfreulichen Sachen, die man auch erlebt, so einer läuft einem nach. Da setzt man sich doch – ich bin ja ein Kerzenmensch – entzündet man dann eine Kerze und sagt: „Mein Gott, Junge, hier ist ein Licht, weil du hattest keinen.“ (4/320–349)*

Eine Pflegekraft schildert eine Begebenheit auf einer Intensivstation, die gut aufzeigt, wie unterschiedlich Pflegekräfte mit traumatisierenden Alltagssituationen umgehen.

*Ich hatte mit zwei erfahrenen Kollegen Dienst. Musst dir vorstellen, wir hatten auf der Station auf der Etage einen Balkon und wir hatten – es war im Frühdienst – an dem Spätdienst davor einen Patienten aufgenommen, einen jungen Menschen, voll auf Drogen, der dann da lag, und der Kollege, der ihn betreut hat, hat ihm gestattet, eine rauchen zu gehen. Er hat ihn also vom Monitor abgemacht und der Patient ist auf den Balkon gegangen. – so – und es ist noch, – ich weiß es noch, als wenn es gestern war – wir stehen auf der Mitte der Station und ich hab zum (Name) gesagt, wir haben – wo ist denn der Patient, nicht, dass der gesprungen ist. Und da bin ich auf den Balkon gegangen, runter geguckt und da lag dieser Patient da unten. Die Station, die ganz unten war, die hat das auch bemerkt und haben dann noch nen Rettungshubschrauber bestellt. Da kam die Notaufnahme mit ner Trage*

*und haben diesen Patient dann wieder zurück bei uns auf die Intensivstation gebracht. Und ich hatte in meiner Hardcore-Anleitung so Algorithmen bei gelernt. Ich als Youngster, als einundzwanzigjähriger hab dann quasi das Zepter übernommen und meine erfahrenen Kollegen, die haben geweint, waren fertig und konnten überhaupt nichts, also das ganze Wissen war von denen weg und ich hab einfach nur funktioniert und habe gearbeitet. Ich habe zum Beispiel den Spätdienst angerufen und hab gesagt, es ist was Schreckliches passiert, ihr müsst jetzt vorbeikommen. Ja. Dieser Patient lag dann da in der 322 am Fenster, zig Leute um den herum, und der wurde dann versucht wieder zusammenzuflicken aber der ist dann eben – oder Gott sei Dank – gestorben. Es kam dann auch der Seelsorger, die anderen beiden Kollegen waren über Wochen krank, es war an einem Sonntagmorgen und ich bin direkt montags wieder zur Arbeit gegangen. Also – es hat mich jetzt nicht so berührt, ich hab dann einfach nur in dieser Situation, ich hab gearbeitet und konnte auch immer so weiter arbeiten. Der Seelsorger und die Pflegedirektion, die wollten dann auch: „Erholen Sie sich doch erst mal“, ich brauchte das innerlich nicht. (2/110–141)*

Die Ausführungen in den vorigen Abschnitten haben deutlich gemacht: Pflegekräfte sehen sich in ihrem Berufsalltag durch unterschiedliche Einflussfaktoren in Alltagssituationen herausgefordert. Sie handeln die Situationen unterschiedlich aus, je nach Bedingungen und Konstellationen der Situation, und balancieren ihr inneres Gleichgewicht unterschiedlich gut aus. Sie positionieren sich im Berufsalltag, abhängig von individuellen Grund- und Werthaltungen und von der Einstellung zum Beruf und zur Berufsrolle, wie im letzten Kapitel zum Aspekt des Selbstmanagements deutlich geworden ist. Sie haben unterschiedliche Belastungsgrenzen und unterschiedliche Stressverarbeitungsstrategien. Zusätzlich wird die Positionierung beeinflusst von den Situationsbedingungen, die zur Arbeitsverdichtung führen. Beeinflussend ist auch, ob es eine gute Zusammenarbeit im Pflorgeteam und mit anderen Berufsgruppen gibt, ob der Dienstplan in letzter Zeit gut besetzt war oder die Pflegekraft oft aus dem Frei einspringen musste oder ob sie urlaubsreif ist.

### **5.3.5 Zusammenfassung der Teilergebnisse**

Hier wird in einer tabellarischen Form noch einmal zusammengefasst, wie Pflegekräfte die beruflichen Alltagssituationen unter den wahrgenommenen Herausforderungen im Kräftefeld der Arena Krankenhaus und in unterschiedlichen Bezügen aushandeln.

## Situationsaushandlungen in Bezug auf das Pflegeteam

### Patientenversorgung mit dem vorhandenen Personal gewährleisten

- Im Pflegeteam besteht ein Quali-Mix. Alle Aufgaben werden auf das anwesende Personal verteilt. Die Verantwortung trägt das Fachpersonal.
- Die Entscheidung, nach welchem Pflegeorganisationssystem gepflegt wird, fällt täglich, sobald klar ist, welches Personal an diesem Tag auf der Station zur Verfügung steht.
- Aus pragmatischen Gründen übernehmen Pflegekräfte in der Regel administrative und dokumentative Aufgaben, nichtexamiertes Personal die patientennahen Arbeiten.
- Es kommt häufig zu pflegerischen Versorgungsmängeln aufgrund der fehlenden Fachkompetenz des nichtexamierten Personals. Das nehmen Pflegekräfte mehr oder weniger bewusst wahr, sehen keine Alternativen.
- Ärztlich delegierbare Aufgaben werden von Pflegekräften oft an nichtexamiertes Personal weiterdelegiert. Pflegekräfte tragen die Durchführungsverantwortung, ohne die Durchführung überwachen zu können, und befinden sich rechtlich in einer Grauzone. Das Dilemma ist bewusst, wird ausgeblendet, weil es scheinbar keine andere Lösung gibt
- Personal kann nicht qualifikations- und kompetenzgerecht eingesetzt werden.
- Zeitaufwand für Tätigkeiten, die mit der Pflege „eigentlich nichts zu tun haben“.
- Verlagerung von Aufgaben auf Servicekräfte. Befürchtung der weiteren Stellenreduzierung beim Pflegepersonal.
- Kompensation von Personalausfällen durch „Einspringen aus dem Frei“. Das erfordert hohe Flexibilität und Einsatzbereitschaft von Pflegekräften. Es wird moralischer Druck erzeugt.
- Eine Abwärtsspirale krankheitsbedingter Personalausfälle wird dadurch angestoßen
- Hoher Altersdurchschnitt beim Pflegepersonal verstärkt diesen Effekt.
- Frustrationsgrenzen sind schneller erreicht.

### Aufgabenpriorisierung

- Die sich stapelnden Aufgaben können nach Plan abgearbeitet werden oder eine Priorisierung nach Dringlichkeit vorgenommen werden.
- Zum Stapel der Aufgaben kommen permanent neue Anforderungen von unterschiedlichen Seiten, die eine Neupriorisierung erfordern.
- Die Arbeitszeit ist vollgestopft mit dem Abarbeiten anfallender Aufgaben, sodass oft erst nach Dienstschluss eine Reflexion möglich ist, ob alle wichtigen Aufgaben erledigt wurden.
- Die Bereitschaft und Flexibilität zur Aufgabenpriorisierung ist bei Pflegekräften unterschiedlich stark ausgeprägt.
- Arbeitsanforderungen nicht nach Dringlichkeit zu bearbeiten, kann schwerwiegende Folgen haben, insbesondere für Patienten.
- Standards werden in der Praxis nur unzureichend umgesetzt.
- Negative Vorbildfunktion wirkt sich auf die Nachwuchsbildung aus.
- Die Dokumentationspflicht steht in der Prioritätenliste weit oben, der Aufwand steht oft nicht mehr im angemessenen Verhältnis zur Patientenversorgung.
- Die Arztassistenz wird von vielen Pflegekräften als vorrangige Aufgabe angesehen.
- Traditionelle Berufsauffassungen werden durch Vorbildfunktion und Anpassungsdruck an den Berufsnachwuchs weitergegeben.

### Pflegeteamdynamik

- Für eine gute Zusammenarbeit im Team ist nicht nur die Anzahl der Personen bedeutsam, sondern eine gute Mischung von Personal unterschiedlicher Qualifikation und Kompetenzen.
- Pflegekräfte können oft individuelle Stärken nicht einsetzen und weiterentwickeln.
- Die Zusammenarbeit im Pflegeteam kann, je nach Zusammensetzung, unterschiedliche Dynamiken entfalten, vom Hand-in-Hand-Arbeiten bis zu sehr konfliktträchtigem Arbeiten.
- Eigene Profilierung durch Abwertung von Teammitarbeitern in deren Abwesenheit.
- Zeiteinsatz für Patientengespräche wird bis heute von vielen nicht als „Berufsarbeit“ angesehen.
- Unterschiedliche Intentionen und Haltungen der Berufsausübung treffen im Pflegeteam aufeinander.
- Neue Kollegen und Kolleginnen müssen ihre Fachkompetenz unter Beweis stellen.

<b>Situationsaushandlungen in Bezug auf Patienten und Angehörige</b>
<p><b>Patientenerwartungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pflegekräfte haben den Eindruck, dass es unmöglich ist, die Patienten zu deren Zufriedenheit zu versorgen.</li> <li>– Es gibt große Unterschiede in der Anspruchshaltung von Patienten.</li> <li>– Überzogene Anspruchshaltung von Patienten führt zu unnötigen Auseinandersetzungen und Zeitverlust.</li> <li>– Patienten üben Druck aus durch Beschwerden zum Beispiel in Internetportalen über vermeintliche oder tatsächliche Versorgungsmängel.</li> <li>– Pflegekräfte können Ärger und Kritik von Patienten teilweise nachvollziehen.</li> <li>– Unzufriedenheit und Undankbarkeit der Patienten führt bei Pflegekräften zu Motivationsverlust im Beruf.</li> </ul>
<p><b>Überforderte Angehörige</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Angehörige sind zunehmend überfordert, brauchen vermehrt Beratung.</li> <li>– Zunehmende Unsicherheiten und Ängste von Angehörigen werden von Pflegekräften als Ursache zunehmender Beschwerden gesehen.</li> </ul>
<p><b>Patientenunterstützung bei der Grundpflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressourcenfördernde Patientenversorgung ist zeitintensiv, kompensatorische Versorgung wird aufgrund von Zeitersparnis bevorzugt.</li> <li>– Pflegekräfte empfinden es als entlastend, wenn Patienten auf die grundpflegerische Versorgung verzichten.</li> </ul>
<p><b>Pflegekräfte grenzen sich ab</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Es gibt große individuelle Unterschiede, wie Pflegekräfte mit psycho-emotionaler Patienten- und Angehörigenbegleitung umgehen.</li> <li>– Fragen von Patienten und Angehörigen werden teilweise als Störfaktor im Stationsalltag wahrgenommen.</li> <li>– Pflegekräfte grenzen sich ab, indem sie Angehörige vor dem Stationszimmer und Patienten nach dem Klingelruf warten lassen.</li> </ul>

<b>Situationsaushandlungen in Bezug auf andere Berufsgruppen</b>
<p><b>Aushandlungen mit ärztlichem Personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Interaktionen mit Ärzten sind persönlichkeitsabhängig und werden stärker durch das ärztliche Personal bestimmt.</li> <li>– Der Führungsstil der ärztlichen Vorgesetzten beeinflusst die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten.</li> <li>– Häufiger Wechsel des ärztlichen Personals führt zu Problemen in der Zusammenarbeit und der Patientenversorgung.</li> <li>– Gute Zusammenarbeit beider Berufsgruppen verbessert die adäquate Patientenversorgung.</li> </ul>
<p><b>Umgang mit ärztlichen Anweisungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ärztliche Anweisungen werden oft in distinktiver, teilweise arroganter Haltung kommuniziert.</li> <li>– Pflegekräfte können sich mehr oder weniger gut gegenüber ärztlichem Personal positionieren.</li> <li>– Verlagerung ärztlicher Aufgaben auf die Pflege.</li> </ul>
<p><b>Kompensation von Aufgaben anderer Berufsgruppen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pflegekräfte kompensieren erledigen viele anfallende Aufgaben anderer Berufsgruppen in deren Abwesenheit.</li> <li>– Pflegekräfte werden verantwortlich gemacht für Störungen im Stationsablauf, auch für die, die nicht zu ihrem Zuständigkeitsbereich gehören.</li> <li>– Es gibt keine klare Aufgabenbeschreibung für Pflegekräfte im Krankenhaus.</li> </ul>

### Situationsaushandlungen bezogen auf das Selbstmanagement

#### Berufliches Selbstverständnis

- Berufliches Selbstverständnis wird geprägt durch individuelle Persönlichkeitsausprägungen, Lebens- und Berufseinstellungen, Werthaltungen und das individuelle Selbstbewusstsein.
- Berufliches Selbstverständnis und Erleben des Praxisalltags müssen in Einklang gebracht oder mit der Divergenz umgegangen werden.
- Viele Pflegekräfte haben eine altruistische Grundeinstellung, stellen eigene Bedürfnisse zurück.
- Berufliche Sozialisation durch prägende Vorbilder.
- Verantwortungsbewusstsein ist unterschiedlich ausgeprägt.
- Grundeinstellungen und Intention der Berufsausübung divergieren, von Beruf als Berufung, über vorübergehende Station der persönlichen Entwicklung bis zu „ein Job wie jeder andere“.

#### Aufgabenorientierung

- Es kommt zu unterschiedlichen Aufgabenorientierungen: Orientierung am Stationsablauf oder an den Patienten. Beides gleichzeitig umzusetzen ist unrealisierbar.
- Die patientenorientierte Pflege ist immer schwieriger umsetzbar und zieht Kritik von Kollegen nach sich.
- Hochaufwendige Pflege ist im geforderten Rahmen kaum leistbar; auch nicht vollständig erbrachte Leistungen werden als erledigt dokumentiert.

#### Berufliches Rollenverständnis

- Pflegekräfte erleben kaum Handlungsspielräume im Praxisalltag.
- Der Praxisalltag ist nach wie vor auf Arztassistenz ausgelegt.
- Die Forderung nach mehr Handlungsspielräumen führt zum Aufstieg in Positionen mit größeren Handlungsspielräumen oder zu Resignation.
- Viele Pflegekräfte übernehmen traditionelle Berufsrolle bis hin zur traditionellen Anrede „Schwester“.
- Individuelle Positionierung in Konfliktsituationen zwischen Anpassung und Konfrontation.
- Persönliche Motivation – ein Waagespiel zwischen Motivation und Demotivation bei der Diskrepanz der eigenen Berufsvorstellung und den Alltagsbedingungen in der Praxis.

#### Stressverarbeitung

- Raucherpausen werden genutzt, um Stress zu reduzieren.
- Höherer Arbeitsdruck führt zu aggressiver Grundstimmung.
- Arbeitsstress wirkt zuhause nach.
- Ausgleich im Privatleben führt zu höherer Frustrationstoleranz.
- Längere Arbeitsphasen ohne Urlaub und häufiges Einspringen aus dem Frei führen zu hoher Belastung und dazu, „nur noch zu reagieren auf das Notwendigste“.
- Es ist ein Spagat, empathisch mit Patienten umzugehen, mitzufühlen, aber nicht mitzuleiden, um selbst gesund zu bleiben.
- Pflegekräfte haben unterschiedliche psychische Widerstandsfähigkeit, mit traumatischen Erlebnissen umzugehen.

## 5.4 Pflegekraft-Typen

Bei der Datenanalyse bin ich der Frage nachgegangen, welche Aspekte neben den oben genannten Aspekten den Unterschied ausmachen, dass Pflegekräfte sich in den Alltagssituationen unterschiedlich positionieren, Alltagssituationen unterschiedlich aushandeln und ausbalancieren. Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass die individuelle Wahrnehmung der Alltagssituationen und die daraus resultierenden Denk- und Handlungsmuster entscheidend sind. Zudem ist die Wahrnehmung der Kräfteverteilung in der Arena Krankenhaus mitentscheidend. Daraus bilden sich längerfristige Denk- und Handlungsmuster, die hier anhand einer Vierfeldermatrix in einer idealtypischen Form als Pflegekraft-Typen dargestellt werden sollen.

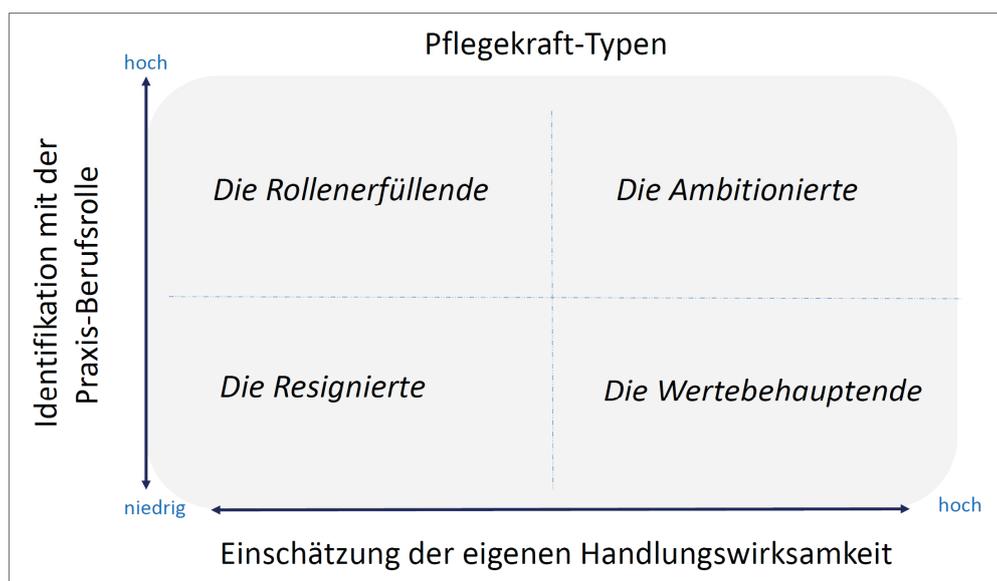
Die Wahrnehmung und Interpretationen von Alltagssituationen sind handlungsleitend in den Situationen. Was in den Situationen als real wahrgenommen wird, ist auch in den Konsequenzen real (vgl. Kap. 3.4). Welche Konsequenzen haben diese Aushandlungsprozesse für Pflegekräfte? Die Datenanalyse zielt nicht auf Einzelhandlungen in Alltagssituationen ab, denn diese sind so vielfältig, wie es unterschiedliche Situationen gibt. Keine Alltagssituation gleicht der anderen, in jeder Situation gibt es ein anderes Setting von Anforderungen, Interaktionspartnern etc. Vielmehr geht es darum, wie Haltungen und Einstellungen sich verfestigen oder verändern und wodurch diese Veränderungen angestoßen werden. Um das herauszufinden, wurden alle Gesprächsaufzeichnungen erneut einer Satz-für-Satz-Analyse unterzogen und erneut unter dieser Fokussierung kodiert und dabei wieder alle drei Kodierschritte angewendet. Nach dieser sehr zeitaufwändigen Analyse konnten zwei dimensionale Merkmalsausprägungen identifiziert werden (vgl. Kap. 5.4), die in erheblichem Maße zu längerfristigen Denk- und Handlungsmustern beitragen. Es scheint von großer Bedeutung zu sein, ob Pflegekräfte sich mit der Praxis-Berufsrolle identifizieren können. Das wird von ihnen als einer der stärksten Faktoren genannt, die im Laufe der Zeit zu Veränderungen von Berufseinstellungen geführt haben. Außerdem scheint es bedeutend zu sein, wie Pflegekräfte ihre eigenen Gestaltungsspielräume und –möglichkeiten einschätzen. Aus diesen beiden Dimensionen ergibt sich der zweidimensionale Merkmalsraum, deren Dimensionsausprägungen (hoch - niedrig) wesentlich zu längerfristigen Denk- und Handlungsmustern bei Pflegekräften beitragen. Diese beiden Merkmale scheinen neben andern Faktoren den größten Einfluss zu nehmen auf die Haltungen und Einstellungen zum Beruf und sind zugleich die beiden Merkmale, die über einen längeren Zeitraum betrachtet, die stärksten individuellen Veränderungen bewirkt haben.

### 5.4.1 Typenbildung

Bei der Typenbildung werden zwei wesentliche Unterscheidungsmerkmale herausgegriffen und idealtypisch erhöht. Warum diese beiden Merkmale von Bedeutung sind, soll zum besseren Verständnis in einem bildhaften Vergleich erläutert werden.

Vergleichen wir die Arena Krankenhaus mit dem strategischen Spielfeld eines Schachspiels. Auf dem Spielfeld gibt es unterschiedliche Spielfiguren. Jede Figur bekommt auf dem Spielfeld einen Platz zugeordnet, eine bestimmte Position. Damit verbunden ist eine bestimmte Vorgabe bzw. Festlegung von Zugmöglichkeiten. Diese Position und die damit verbundenen Zugmöglichkeiten geben den Figuren eine bestimmte Wertigkeit auf dem Spielfeld: Man würde lieber einen Bauern opfern, als die Dame zu verlieren. In Bezug auf die Arena Krankenhaus als „Spielfeld“ geht es um die Deutung der eigenen Position einerseits und die Einschätzung der eigenen Zugmöglichkeiten andererseits aus der Pflegekraft-Perspektive.

Diese beiden Aspekte werden in einem zweidimensionalen Merkmalsraum modelliert, in der Grafik auf den beiden Achsen dargestellt. Die vertikale Achse zeigt, ob die Identifikation mit der Praxis-Berufsrolle hoch oder gering ist. Die horizontale Achse gibt an, wie groß die Erwartung bzw. das Vertrauen ist, mit der eigenen Tätigkeit nicht nur zu reagieren, sondern Alltagssituationen mitgestalten und etwas damit bewirken zu können.



**Abbildung 7: Pflegekraft-Typen**

Die Vierfeldermatrix zeigt vier unterschiedliche Positionierungstypen auf, die sich aus der jeweiligen Kombination der zwei Achsen ergeben, vier Pflegekraft-Typen. Eigene Darstellung.

Durch die Wahrnehmung und Deutung der Alltagssituationen im sozialen Feld des Krankenhauses positionieren sich Pflegekräfte durch ihre individuellen Situationsaushandlungen. Dennoch lassen sich in diesem zweidimensionalen Merkmalsraum vier unterschiedliche Pflegekraft-Typen konstruieren.

Auf der vertikalen Achse „Identifikation mit der Praxis-Berufsrolle geht es vorrangig um die Wahrnehmung struktureller Aspekte in dem strategischen (Spiel-)Feld der Krankenhausarena:

- um die eigene Berufsrolle in einem hierarchischen Rollengefüge,
- um das Verhältnis von Rollenanforderungen und eigenen Rollenvorstellungen,
- um das „Kapital“ der Pflegekraft im Setting der Arena Krankenhaus,
- um die Diskrepanz zwischen den formellen Anforderungen an die Berufsrolleninhaber, und der Umsetzbarkeit im praktischen Berufsalltag.

Auf der horizontalen Achse „Einschätzung der eigenen Handlungswirksamkeit“ geht es darum, wie durch die alltäglichen Interaktionen individuelle Bewertungen und Selbsteinschätzungen entstehen und welche Auswirkungen diese auf die tägliche Arbeit haben. Auf dieser Ebene geht es vorrangig um interaktionale Aspekte:

- überzeugt sein von der eigenen Handlungskompetenz,
- Handlungsspielräume wahrnehmen und nutzen.
- die eigene Arbeitsleistung und den Pflegeberuf von anderen wertgeschätzt fühlen,
- von Kollegen und Vorgesetzten gefördert sehen,
- seine eigenen Berufsvorstellungen verwirklichen können,
- schwierige Situationen gut bewältigen können.

Für den Berufsalltag in der Arena Krankenhaus ist für Pflegekräfte handlungsleitend und handlungsentscheidend, wie sie sich selbst in dieser Arena wahrnehmen, ihre Position und ihre Zugmöglichkeiten einschätzen. Diese idealtypischen Konstruktion<sup>25</sup> führt zu vier unterschiedlichen Positionierungstypen.

---

<sup>25</sup> Max Weber (1968, S. 191) legt folgende Definition zur Konstruktion eines Idealtypus vor: Er „wird gewonnen durch einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte und durch den Zusammenschluß einer Fülle von diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht vorhandenen Einzelercheinungen, die sich jenen einseitig herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem in sich einheitlichen Gedankengebilde. In seiner begrifflichen Reinheit ist dieses Gedankenbild nirgends in der Wirklichkeit empirisch vorfindbar, es ist eine Utopie, und für die historische Arbeit erwächst die Aufgabe, in jedem einzelnen Falle festzustellen, wie nahe oder wie fern die Wirklichkeit jenem Idealbilde steht.“

## 5.4.2 Darstellung der vier Pflegekraft-Typen

Die vier Pflegekraft-Typen werden im Folgenden beschrieben. Wie erwähnt lässt sich jeder der Gesprächspartner dieser Forschungsarbeit schwerpunktmäßig einem solchen Typus zuordnen. Die Typenbeschreibung wird mit Gesprächsausschnitten jeweils eines Gesprächspartners belegt, der sich dem jeweiligen Typus am ehesten zuordnen lässt. Keine Person lässt sich ausschließlich einem Typus zuordnen, sondern die Grenzen sind fließend und im Zeitverlauf wechselhaft. So kann sich die Zuordnung zu einem der vier Typen je nach Situationsbedingungen, Teamdynamik, Veränderung von Arbeitsplatzbedingungen, Änderungen im privaten Umfeld etc. auch hin zu einem anderen Typus entwickeln.

### 5.4.2.1 Die Rollenerfüllende

Sie zeichnet sich aus durch eine hohe Identifikation mit der Praxis-Berufsrolle, ist aber wenig überzeugt von der eigenen Handlungswirksamkeit. Sie beschreibt, dass sich der Pflegeberuf in den letzten Jahrzehnten zu einem modernen Dienstleistungsberuf entwickelt hat und Pflegekräfte im praktischen Alltag eine Vielzahl komplexer Aufgaben zu erfüllen haben. Dabei verdeutlicht sie das breite Spektrum pflegerischer Interventionen, das viele Überschneidungen zu anderen Berufsgruppen aufweist. Nach ihrer Einschätzung brauchen Pflegekräfte ein breites Wissen und eine hohe Handlungskompetenz, Flexibilität und Einsatzbereitschaft, Aufgaben anderer Berufsgruppen in deren Abwesenheit zu kompensieren. Den Schwerpunkt pflegerischer Ziele sieht die Pflegekraft in der Erhaltung und Wiedererlangung der Selbstpflegekompetenz von Patienten. An manchen Tagen kann sie durchaus nach Hause gehen mit dem Gefühl, alles gut bewältigt zu haben.

*Du wirst mit allem fertig, du machst das ja alles und was du nicht schaffst, macht der Nächste im Dienst – so isses – aber an manchen Tagen merkst du **mehr**, was du getan hast und an manchen Tagen ist es so, dass du mit 'nem Lächeln nach Hause gehst und du weißt ganz genau – yeah – es hat geklappt. (5/295–298)*

Alle anfallenden Aufgaben werden erledigt, und wenn es in der Schicht nicht geschafft wird, müssen die Kollegen in der nächsten Schicht die noch unerledigten Aufgaben erfüllen. Sie sieht sich als Dienstleisterin.

*Wir sind ja ein Dienstleister. Ist so. Das ist unsere Arbeit, wir hierfür da, um diesen Patienten zu betreuen, ob das jetzt in der Gesundheit, in der Genesung oder wie auch immer – aber **wir** sind eigentlich ein Dienstleister, nichts anderes. Wär ich jetzt, sag ich mal, viel-*

*leicht im Krieg, in irgendeinem Zelt, dann wär's was ganz anderes, dann ist es für mich dann noch ein Tick anderer, weil du gehst in eine Situation, die gefährlich ist, das heißt, du machst es aus der größten Überzeugung, die es nur gibt. Weil hier ist es einfach ein Job, nichts anderes. Aber das kannst du ja genauso auch nen Polizisten fragen. Würdest du dich vor das Haus stürzen, um jemanden zu retten? Dann zeigt er hier den Vogel. Wie? Mein Leben, ich bin nicht bereit, mein Leben aufzugeben nur für jemand, der verrückt ist. Das ist verständlich. Genauso hier. (5/396–406)*

Diesen Beruf übt sie auch nach Jahren immer noch gerne aus. Sie kann sich Patienten und Patientinnen individuell zuwenden, deren Bedürfnisse wahrnehmen.

Nach Ansicht der Pflegekraft wirken sich Grundeinstellungen und Haltungen zum Beruf auf die praktische Arbeit im Berufsalltag aus, aber auch persönliche entspannte und belastende Phasen. Auch die Reaktionen von Interaktionspartnern spielen bei der Ausübung der Berufstätigkeit eine Rolle. Trotzdem sieht sie im Alltag nur wenig Gestaltungsspielraum. Sie arbeitet die Aufgaben ab und verlässt ab und zu die Station zu einer Raucherpause, um den Stapel von Anforderungen im Kopf zu sortieren.

Sie hat somit eine individuelle Lösung gefunden, stressige Situationen zu bearbeiten. Trotz hoher Motivation und Patientenfürsorge bleibt das Gefühl zurück, dass es nie reichen wird.

*Diese Selbstverständlichkeit, das ist also wirklich, was an den Kollegen auch sehr nagt, weil egal was man macht, es wird **nie genug sein**, hat man das Gefühl jedenfalls – es ist nie genug. (5/42–45)*

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die rollenerfüllende Pflegekraft eine hohe Identifikation mit der Praxis-Berufsrolle aufweist und den Beruf als einen Job versteht, eine Dienstleistung, die erbracht werden muss. Dazu müssen bestimmte Anforderungen abgearbeitet werden. Je nach eigenen Belastungsphasen und Stressbewältigungsstrategien gelingt das mehr oder weniger gut. Trotz hoher Handlungskompetenzen wird die Handlungswirksamkeit als eher gering eingeschätzt, gerade dann, wenn sie an Grenzen stößt wie fehlende Patientenmitarbeit bzw. mangelnde Akzeptanz durch Patienten, teilweise auch zu geringe Kooperationsbereitschaft anderer Berufsgruppen. Für sie ist die Aufgabenerfüllung deutlich beeinflusst von dem Erfordernis, Arbeiten anderer Berufsgruppen in deren Abwesenheit zu übernehmen. Sie ist zwar offen für Veränderungen und bereit, Verantwortung zu übernehmen, aber die Hoffnung, durch ihre Handlungen etwas verändern zu können, ist gering.

#### 5.4.2.2 Die Ambitionierte

Die ambitionierte Pflegekraft ist idealtypisch charakterisiert als eine Person, die sich stark mit ihrer Praxis-Berufsrolle identifiziert und überzeugt ist, über eine hohe Handlungswirksamkeit zu verfügen. Die Berufswahl war eine bewusste und reflektierte Entscheidung, ebenso wie der Prozess, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen, sich in die Gesellschaft einzufügen und sich bewusst zu werden über die eigenen Werte und Normen. Dabei spielte auch die Prägung durch Kollegen und Kolleginnen eine entscheidende Rolle.

*Ich glaub, das ist bei jedem Erwachsenen, oder bei jedem der erwachsen wird so'n Prozess, man muss sich so in der Gesellschaft einfügen, was so Normen und Werte sind, natürlich haben die eigenen Eltern das mitge –, einem das mitgegeben, aber wenn man dann so im Berufsleben steht, dann prägen einen – da haben mich die Kollegen noch mitgeprägt, auch gerade die älteren Kollegen, die damals gesagt haben, der is ja nix, da habe ich heute noch super Kontakt zu, die fünfzehn Jahre oder so älter sind ich bin auch nicht mehr der kleine ... [nennt seinen Namen], ich bin groß geworden und so möchte ich auch, dass andere mit mir umgehen, also ich bin groß geworden, ja. Und das habe ich, glaube ich so im Krankenhaus erfahren, dieses groß werden, ja einfach auch Verantwortung für die eigene Person und für andere zu übernehmen. (2/170–182)*

Die Berufskollegen haben die Entwicklung dieser Pflegekraft entscheidend mitgeprägt, und zwar positiv. Sie konnte somit auch ein starkes Selbstbewusstsein entwickeln.

*Ich glaube auch – oder – ich bin stolz, Krankenpfleger zu sein, weil ich das für einen sehr verantwortungsvollen Job halte. Ich seh das immer auf Partys: „Krankenpfleger, oh, das könnt ich nicht.“ Also so komme ich dann mit neuen Menschen, die ich kennenlerne, ins Gespräch, die einfach – oder ich brauch diese Wertschätzung auch. Ich werde dann wertgeschätzt. Man wird oder man verbindet mit diesem Beruf positive Eigenschaften, wie zum Beispiel: Zuhören, eine große Fähigkeit ist glaube ich die Geduld, die wir haben oder die ich mitbringe, ne Fähigkeit zu beobachten, Krankenpfleger – „Oh, das könnt ich nicht.“ Also so komme ich dann mit neuen Menschen, die ich kennenlerne, ins Gespräch, die einfach – oder ich brauch diese Wertschätzung auch. Ich werde dann wertgeschätzt. Man wird oder man verbindet mit diesem Beruf positive Eigenschaften, wie zum Beispiel: Zuhören, eine große Fähigkeit ist glaube ich die Geduld, die wir haben oder die ich mitbringe, ne Fähigkeit zu beobachten. (2/274–283)*

Die Pflegekraft ist stolz auf ihren Beruf. Das führt dazu, dass sie die Kommentare der anderen in ihr eigenes positives Berufsbild einordnet. Es scheint einen Zusammenhang zu

geben zwischen der eigenen Bewertung des Berufsansehens und der Einordnung der Bewertung durch andere.

*Ich kenne ne Studie, [...] da geht es um Wertschätzung. Da ist es ja so, da wurden Probanden gefragt, nicht aus dem Berufsstand, wie sehen sie den Beruf, und da wird auch – die spiegelt das wider, dass man in der Gesellschaft eben diesen hohen Stellenwert hat, bloß es wird der Verdienst und die Aufstiegschancen damit gering beziffert. Aus dem eigenen Berufsstand haben die – die sagen sogar das gleiche oder ähnlich wie ich, dass sie stolz sind, in diesem Pflegeberuf zu sein. Und ich glaube, das hilft auch, wenn man Mitarbeiter im Krankenhaus immer wieder drauf stupst, „du bist was wert und das ist so ein toller Job.“ Und das hat glaube ich auch wieder was mit Nächstenliebe zu tun. Also, warum mach ich diesen Job? Ich mache diesen Job, weil ich christlich geprägt bin und ich Menschen in ihrer besonderen Lebensweise oder in ihrer besonderen Lebenssituation, die sie im Moment haben, zu unterstützen, dass sie vielleicht die Kurve kriegen und wieder ein eigenständiges Leben durchführen können. (2/301–316)*

Aus diesem beruflichen Selbstbewusstsein und dem hohen Selbstwertgefühl erwächst die Fähigkeit, andere – Kollegen und Patienten – zu unterstützen und zu motivieren. Die innere Haltung basiert auf einer christlichen Prägung und Werteorientierung.

Die Pflegekraft konnte persönlich eine starke Resilienz entwickeln, in schwierigen Situationen Belastungen auszuhalten und dabei arbeitsfähig zu bleiben. Diese Fähigkeit hat zur Anerkennung durch Kollegen geführt und dazu, weitere Aufgaben anvertraut zu bekommen. Für die Pflegekraft selbst war es eine weitere Stärkung ihrer Handlungskompetenzen. Sie selbst traut sich weitere Aufgaben zu, und diese werden ihr auch von Mitarbeitern übertragen.

*Hat mir im Krankenhaus super viel Spaß gemacht, so Vorstellungsgespräche zu führen oder wenn dann quasi die Abteilungsleitung drei Wochen im Urlaub war, ich fand das schon gut, mal so Dinge zu organisieren, da hab ich die Fähigkeiten, das würd ich jetzt so sagen, das zu machen, aber das war's dann irgendwann nicht mehr. (2/255–260)*

Die Pflegekraft ist überzeugt davon, viele Fähigkeiten zu besitzen, die sie für den Berufsalltag und darüber hinaus für Aufgaben besitzt, die man ihr zutraut und anvertraut. Ein Unterschied zu den meisten anderen Pflegekräften im Umfeld ist die Motivation, sich ständig weiterzuentwickeln.

Das berufliche Selbstbewusstsein führt dazu, dass die Pflegekraft sich selbst abgrenzen und im beruflichen (wie im privaten) Umfeld positionieren kann.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Die ambitionierte Pflegekraft hat ihre Berufswahl reflektiert getroffen und gelernt, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Ihre berufliche Sozialisation ist geprägt von hoher Motivation zur persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung. Dazu kommt die Unterstützung und Förderung durch Kollegen. Dadurch ist ein stabiles Selbstbewusstsein gewachsen, das dazu führt, dass sie sich im Berufsalltag positionieren, abgrenzen und die eigene Meinung auch bei Widerstand vertreten kann. Akzeptanz und Wertschätzung werden eingefordert. Es besteht ein Interesse an neuen beruflichen Herausforderungen. Alle Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung wurden genutzt und eine hohe Flexibilität des Arbeitseinsatzes in unterschiedlichen Krankenhausbereichen geleistet. Persönliche Ziele der beruflichen Weiterentwicklung wurden reflektiert angegangen. Die Einstellung zum Beruf ist geprägt von Berufsstolz. So werden auch Kommentare aus dem beruflichen und privaten Umfeld positiv eingeordnet. Die eigene berufliche Profilierung wird angestrebt.

Die Pflegekraft hat eine positive Selbsteinschätzung, ist überzeugt von ihrer hohen Handlungskompetenz und Handlungswirksamkeit. Sie ist in der Lage, in schwierigen Situationen handlungsfähig zu bleiben, da sie über individuelle Strategien zur Stressbewältigung verfügt. Sie kann argumentativ die eigene Meinung gegenüber Kollegen, Patienten und Personen anderer Berufsgruppen im Krankenhaus vertreten. Sie identifiziert sich voll mit ihrer Praxis-Berufsrolle und sucht berufliche Herausforderungen und Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung. Sie ist innovativ, kann sich klar positionieren, findet die Veränderungsprozesse spannend und ordnet Feedback positiv ein.

#### **5.4.2.3 Die Resignierte**

Die Pflegekraft sieht ihre Praxis-Berufsrolle bestimmt von Regeln und Handlungsweisen der Vorgesetzten. Einige Vorgehensweisen der Geschäftsführung empfindet sie als Willkür, der sie ausgesetzt ist. Sie hat Angst, dass sie gekündigt wird, wenn sie sich dagegen wehrt. Die Möglichkeit, gegen den Arbeitgeber zu klagen, um Recht zu bekommen, erscheint ihr aussichtslos; zumindest würde es aus ihrer Sicht den Verlust des Arbeitsplatzes nach sich ziehen. Nicht nur vonseiten der Geschäftsleitung vermisst die Pflegekraft Wertschätzung, sondern auch durch Patienten und Patientinnen auf den normalen Bettenstationen. Sie zieht den Vergleich zu einer Hospitation in der Anästhesie, in der ihre Arbeit stärker wertgeschätzt wurde. Auf den normalen Bettenstationen erfahren Pflegekräfte ihrer Ansicht nach wenig Anerkennung ihrer Arbeit und wenig Respekt seitens mancher Patienten und Patientinnen. Dort werden Pflegekräfte wahrgenommen als diejenigen, die

den „Popo“ abwischen, und werden landläufig auch als Töpfeschwenker bezeichnet. Dies ist aber nur ein kleiner Teil ihrer Arbeit. Obwohl sie auch auf der bettenführenden Station bei der Diagnostik und Therapie mitwirkt, Medikamente verabreicht, etc, ist die Anerkennung der Pflegekräfte in der Anästhesieabteilung deutlich höher. Dieser Kontrast der unterschiedlichen Wertschätzung durch Patienten hat dieser Pflegekraft bewusst gemacht, wie es ist, Anerkennung der Arbeit durch Patienten zu erfahren. Auf den Bettenstationen ist es aus der Perspektive dieser Pflegekraft unmöglich, ihre Arbeit zur Zufriedenheit der Patienten durchzuführen.

Die Unzufriedenheit der Patienten und Patientinnen und die Aussichtslosigkeit, die eigene Arbeit so ausführen zu können, dass Patienten zufrieden sind, führt zu Frustration und zu dem Wunsch, die Station zu verlassen und in einen anderen Arbeitsbereich zu wechseln. Sie möchte nicht mehr ständig für Dinge kritisiert werden, die sie nicht ändern kann. Aus ihrer Sicht sind es die Arbeitsbedingungen im Berufsalltag, die zu diesem Ergebnis führen.

*Es gibt so viel – so viel **Negatives**, was ich sagen könnte, heutzutage. Deshalb hab ich ja gesagt, ich bin negativ eingestellt. [...] Das macht mir keinen Spaß mehr. Nee. Also unter den Bedingungen, wie sie heute sind, macht's mir keinen Spaß mehr. Heute der Tag, da waren ganz andere Bedingungen, das war ja völlig anders, wir waren drei Examierte mit drei fähigen Schülern, das war cool, das hat Spaß gemacht. Unter solchen Bedingungen habe ich Spaß am Arbeiten. Man hat gemerkt, alle waren viel lockerer, entspannter, weil keiner so wirklich Stress hatte, alle waren ein bisschen ruhiger und man hatte Zeit, man hat alles in Ruhe gemacht, wie ich ja schon erzählt hatte, das kannst du nicht vergleichen mit den anderen – also mit den meisten anderen Tagen, an denen du unter Hochspannung stehst und zacki zacki machen, das sind keine schönen Tage. Nee, so hab ich mir das nicht vorgestellt, ganz ehrlich, so möchte ich nicht arbeiten. Von daher ist es nicht mehr mein Beruf. Wenn sich nichts verändert, dann – ja, ich weiß auch nicht. (6/56–67)*

Das Erlebte in Alltagssituationen führt dazu, dass die Grundeinstellung dieser Pflegekraft sich im Laufe der Zeit verändert hat. Sie sagt, dass sie eigentlich gerne den Job macht, aber unter den herrschenden Arbeitsbedingungen auf der Station hat sich ihre Einstellung verändert. Sie ist inzwischen negativ eingestellt, aufgrund oben genannter unterschiedlicher Bedingungen, in die sie sich eingezwängt fühlt und selbst keinerlei Veränderung herbeiführen kann. Sie zieht den Vergleich im Stationsalltag mit einem Tag, an dem die Personalausstattung gut war und die Arbeit Spaß gemacht hat, weil nicht alles unter Hochspannung getan werden musste. Da die Tage mit zu knapper Personalausstattung

überwiegen, will sie eine berufliche Veränderung. Wenn sie könnte, würde sie etwas anderes machen, aber sie will keine neue Ausbildung mehr beginnen, weil sie nicht mehr auf das volle Gehalt verzichten möchte. Ein beruflicher Aufstieg in Form eines berufs begleitenden Studiums wäre neben der zusätzlichen Belastung auch mit finanziellen Einbußen begleitet.

*Ich meine, ich bin sechszwanzig, fast siebenundzwanzig Jahre und ne andere Ausbildung machen, das ist auch ein bisschen Quatsch. Mir wurde immer geraten – weil ich ja gerade so das Pädagogische so gerne mache, dann auch Richtung Schule zu gehen und da vielleicht ein Studium noch zu machen so nebenher, ich weiß gar nicht, ob ich dazu noch Lust hab, zu lernen oder so, ein Studium zu machen – man gewöhnt sich ja auch an einen gewissen Luxus – dann muss man ja die Stelle reduzieren, dann hat man weniger Geld und – ja – ich glaub nicht. (6/67–74)*

Zusammenfassend lässt sich Folgendes festhalten: Die resignierte Pflegekraft nimmt ihre Berufsrolle in dem hierarchischen Rollengefüge der Arena Krankenhaus wahr als eine Rolle, auf die von mehreren Seiten Druck ausgeübt wird. Der Druck der Geschäftsleitung geht bis zu scheinbar vorsätzlich verweigerter Umsetzung rechtlicher Regelungen und der eigenen Ohnmacht, sich dagegen zu wehren. Veränderungen werden von der Pflegedirektion top-down auf die Stationsleitungen weitergereicht, die sich dann auf den Stationen um die entsprechende Umsetzung kümmern müssen. Diese Aufgabe möchte die Pflegekraft auf keinen Fall übernehmen, obwohl sie sich gerne beruflich weiterentwickeln und mehr Verantwortung übernehmen möchte. Stationsleitungen sitzen nach ihrer Meinung zwischen den Stühlen, sind Druck von allen Seiten ausgesetzt. Sie bezweifelt, ob das noch der richtige Beruf für sie ist, da es so viel Negatives gibt, mit dem man sich tagtäglich auseinandersetzen will. Mangelnde Anerkennung der Arbeit und teilweise respektloser Umgang der Patienten und Patientinnen mit ihr führen zur Frustration. Unter den herrschenden Alltagsbedingungen kann sie ihre beruflichen Kompetenzen nicht ausreichend einbringen. So wie aktuell möchte sie nicht weiter arbeiten, denn dies ist nicht mehr „ihr“ Beruf. Die Alltagssituationen und Handlungsmöglichkeiten passen nicht mehr mit der eigenen Berufsvorstellung zusammen. Sie möchte sich weiterentwickeln, anstrengen, den Erfolg der eigenen Arbeit sehen. Das ist im Stationsalltag auf den normalen Bettenstationen aus ihrer Sicht selten möglich. Die resignierte Pflegekraft sieht sich in eine Rolle eingezwängt, die nicht den eigenen Vorstellungen der Berufsausübung entspricht. Die Möglichkeit, durch das eigene Handeln etwas zu bewirken oder zu verändern, wird

als gering eingeschätzt. Das hat zur Folge, dass die resignierte Pflegekraft nach einem Weg zum Berufsausstieg sucht.

#### 5.4.2.4 Die Wertebehauptende

Die wertebehauptende Pflegekraft kann sich nicht (nicht mehr) mit der Berufsrolle in der Praxis identifizieren. Sie hat aber eine starke Überzeugung von ihrer Fachkompetenz und nutzt Handlungsspielräume, um diese am Patientenbett einzusetzen, auch gegen Widerstand von Kollegen und Kolleginnen. Aus ihrer Perspektive geht es im Krankenhausalltag nicht mehr darum, Patienten und Patientinnen gut zu pflegen, sondern vorrangig um ökonomische Unternehmensziele. Dabei sieht sie die Bedürfnisse der Pflegekräfte im Praxisalltag vom Arbeitgeber nicht wahrgenommen und berücksichtigt. Für sie geht es in erster Linie darum, mit einem guten Gewissen durch den Berufsalltag gehen zu können.

*Es muss ja klappen, es muss auch das alles so sein, es muss ja alles perfekt sein, aber wie es geht einer Pflegekraft dabei, das ist irrelevant. [...] Weil es keinen mehr interessiert, Hauptsache, du funktionierst. Es geht ja nicht darum, ist die Pflegekraft auch glücklich mit der Situation, die so ist – oder ist sie zufrieden – glücklich ist ja zu viel verlangt (lacht), glücklich ist etwas ganz anderes, aber zufrieden – kann man da mit gutem Gewissen dadurch gehen. Darum geht's. (4/33–41)*

Der Aufgabenschwerpunkt hat sich im Laufe der Zeit nach ihrer Einschätzung verlagert. Dabei zählen nicht mehr die Patientenfürsorge und dass die Pflege individuell und professionell durchgeführt ist, sondern dass alles gut dokumentiert ist.

*Ich will nicht sagen, dass in den Achtzigern alles supertoll war, aber die Ziele sind anders. Es ist ja \*\* wenn man so überlegt, dass gewisse Einstellungen auch von den Pflegekräften ändern sich, teilweise positiv, teilweise negativ, das will man ja gar nicht bestreiten. Aber es ist ja – wenn es nicht dokumentiert ist, ist es nicht gemacht worden, es ist egal wie nett und lieb und viel Pflege und Liebe man gegeben hat in seinem Beruf, wenn man das nicht auf Papier gebracht hat, das hat man nicht gemacht. Das zählt ja nicht. Das ist dieser – dieser Druck, irgendwas gut zu machen oder meinen, gut gemacht zu haben, der steigt von Tag zu Tag. Der ist einfach \*\* – es ist nicht so umzusetzen, so wie man sich's vorstellt, und das ist das, was sehr schwer ist in diesem Alltag. (4/49–58)*

Das, was sie im Stationsalltag umsetzen kann, entspricht nicht den eigenen Berufsvorstellungen. Für sie hat die Patientenfürsorge oberste Priorität, doch dies ist nur schwer in der Praxis umzusetzen. Für sie ist der Beruf eine Berufung und ohne diese Grundeinstellung wäre sie nicht mehr in diesem Beruf.

*Ich denke, ohne Liebe zu diesem Beruf hätte ich das diese Jahre nie ausgehalten, weil es einfach zu arg sich verändert hat im Negativen gegenüber den Pflegekräften, weil man einfach weniger ist, übernimmt mehr Aufgaben, man wird immer mehr mit Sachen konfrontiert, die überhaupt nichts mit unserem Beruf zu tun haben. (4/98–101)*

Sowohl die Tätigkeiten im Berufsalltag haben sich verändert als auch die Anerkennung des Berufs in der Gesellschaft. Sie interpretiert Kommentare zur Berufsausübung durch Personen in ihrem Umfeld eher negativ.

*Weil es sehr zugenommen hat, dieses negative Berufsbild, warum, wieso, das weiß ich nicht. Aber das ist – man war früher als – war man ein bisschen geehrt fast, wenn man gesagt hat, man ist Krankenschwester. Und heute ist das so bisschen – na ja, Krankenschwester. Das ist nicht mehr so jetzt – ich denke, da sind viele Berufe, die uns überholt haben in diesem Namenträger, sag ich mal. Krankenschwester, ja Krankenschwester (abfällige Betonung). Und das ist ja gerade in meine Richtung, wo ich auf Onkologie sowieso – : „Wie kannst du so was machen.“ Da ist man so bisschen fast, was bist du denn eigentlich, bist du Monster oder Mensch, wie kannst du das machen? (4/69–76)*

Sie ist bereit, private Zeit nach Dienstende zu investieren, um Patienten und Patientinnen zu begleiten und sich für sie Zeit zu nehmen. Aus ihrer Sicht sollte das selbstverständlich sein, zum Beispiel nach Dienstschluss noch bei einem sterbenden Menschen zu bleiben. Sie kann nicht nachvollziehen, dass Kolleginnen diese Situationen aufrechnen.

Um mit gutem Gewissen durch den Tag gehen zu können und die Patienten gut versorgt zu haben, wird sie zur Abwechlerin. Sie macht nicht Dienst nach Vorschrift, sondern geht ihren Weg, selbst wenn sie damit bei Kollegen und Kolleginnen auf Kritik stößt.

*Ja, ja – ja, dieser Automatismus, mach das automatisch, mach es so, wie es sein soll, keine Abweichung von dem Vorgeschiedenen, weil alles, wo man Herz reinsteckt, ist ja Abweichung. Man weicht von dem Ablauf, den man sich vorgestellt hat, oder den andere sich vorgestellt haben und vorgeschrieben haben, dann bist du automatisch ein Abweichler. Das ist es nicht so dieses, was andere sich –, vielleicht ist es mein Vorteil in dieser Sache oder Nachteil, weiß ich nicht, dass ich nie geguckt habe, was wollen die anderen tatsächlich, die oben. (...) Was will der Patient? Was kann ich ihm tatsächlich bieten? Das war immer mein – **mein** Weg. Klar, dass ich da balancieren musste, ne, also ich kann ja jetzt nicht sagen, ich mach nur das, das ist mir egal – ich musste schon mich rechtfertigen und öfter mal gerade stehen, um das zu – tatsächlich so begründen zu können und sagen, es ist so okay, lass mich mal nur machen, hab auch zwischendurch auch immer wieder mal tat-*

*sächlich Bestätigung bekommen, dass das okay war, oder „Oh, Gott sei Dank, dass du das so gemacht hast.“ (4/408–423)*

Sie tritt für Patienten und Patientinnen ein, auch gegenüber ärztlichem Personal. Sie hat hohe ethische Prinzipien, für die sie bereit ist, für sich selbst Nachteile hinzunehmen. Für sie ist es wichtig, ihren Prinzipien treu zu sein, egal, wie schwierig die Situation ist oder wie hart die Auseinandersetzung. Sie möchte ihre Arbeit mit reinem Gewissen erfüllen.

Für die Wertebehalterin ist es wichtig, den Patienten und Patientinnen beizustehen und ihnen lebenswerte Momente zu geben. Dafür bekommt sie Dankbarkeit von ihnen zurück.

*Weil diese Menschen, die brauchen nicht jemanden, der heult neben denen, die brauchen jemanden, der denen ein bisschen mal den Tag mit Leben füllt, weil der Spruch: „Nicht so viele Tage dem Leben, sondern jedem Tag das Leben geben bisschen“, das ist etwas, was wirklich unsere (Patienten) sehr schätzen. (4/77–81)*

Weil dieser Beruf für sie eine Berufung ist, sind auch die Patienten und Patientinnen Teil ihres Lebens.

*[...] ob man es will oder nicht, wenn man in diesen Beruf geht, muss man einen Teil seines Herzens dahingeben. Weil einfach, das sind Menschen, das sind keine Maschinen, da kann ich nicht auf den Knopf drücken – aus – fertig – ich gehe jetzt. Und dann muss man auch mal – vielleicht mal länger bleiben oder mal zeigen, okay heute bin ich auch mal kleiner Mensch und kann auch Träne fließen lassen oder was weiß ich was. Aber das ist das was – was – dieser Automatismus. Es muss alles automatisch laufen. Man darf ja keine Schwäche zeigen, man darf nichts von sich preisgeben, weil wie kann ich denn jetzt erzählen, dass ich auch mal schwach bin und dass ich keine Kraft habe oder dass mir was weh tut, das darf man hier nicht zeigen und Gott sei Dank auf unserer Station nicht unbedingt, aber man erlebt es immer wieder mal, ist dieses: „Was geht mich der Patient an, so persönlich, warum muss ich mich binden mit dem?“ Das ist nicht Bindung – ich lebe mit dem nicht ein ganzes Leben, aber das sind Bindungen, für diese Zeit binden wir uns, der Patient gehört in dieser Zeit zu meinem Leben und genauso ich zu ihm seinem. Das ist – das erlebt man auch oft bei Pflegepersonal, dass sie das nicht wollen oder arg dagegen kämpfen sogar. Aber dieser Mensch oder diese Zeit gehört uns, es ist ein gemeinsamer Weg. (4/302–316)*

Die Pflegekraft, die hier beispielhaft für diesen Idealtypus zu Wort kommt, arbeitet auf einer Krebsstation; viele Patienten und Patientinnen haben hier keine hohe Lebenserwartung mehr. Es ist ihr wichtig, ihnen eine Freude zu machen; dazu setzt sie Eigeninitiative und Kreativität ein.

*Habe eine Patientin erlebt, die hat zum Geburtstag immer Luftballons sich gewünscht, das wussten wir aber nicht, das beweist, dass man manchmal, wenn man mit den Leuten verbunden ist, dass dann auch fantastische Sachen passieren, die man selber gar nicht denkt. Und wir wussten, das ist ihr letzter Geburtstag. Und wir haben ihr ein Geburtstagstörtchen besorgt und haben dann ganz viele Luftballons, aus welchem Grund frage ich mich heute noch, aufgepustet und sie hat, glaube ich, zwei Stunden geweint vor Freude und als sie sagte, dass ihr Lebenswunsch in Erfüllung gegangen ist, dass sie einen Raum voll Luftballons hat zu ihrem Geburtstag, das war immer ihr Wunsch. Sie ist ein paar Tage später ins Hospiz verlegt worden mit ganz vielen Luftballons. Die Leute haben gedacht, wir sind bescheuert, aber das war uns egal. Sie wollte auch unbedingt ihre Luftballons wenigstens paar mitnehmen. Das sind so Erlebnisse, die man dann – wo man denkt, mein Gott – das ist diese Verbindung, die man hatte ohne auszusprechen, dass man dann doch irgendwie gespürt hat, das tut ihr gut. Oder dass ein Patient dann sagt, er wünscht sich nichts mehr seliger als ein Glas Rotwein. Mein Gott, es muss nicht der teuerste Rotwein sein, aber dann war ein Rotwein von 1,99. Der war glücklich, der war so was von – er hat's nicht geglaubt, weil wir morgens dann ins Zimmer mit Frühstück kamen und mit einem Riesen-Rotweinglas und ein Tröpfchen Rotwein drinne. Das war – aber man geht auch dann nach Hause und denkt: „Du hast einen Mensch glücklich gemacht.“ Das sind so Kleinigkeiten, für die man gerne Zeit hätte, ein bisschen mehr umzusetzen. Oder wir hatten eine Patientin, eine sterbende Patientin, die sagte, sie würde so gerne noch mal Nordsee sehen und dann haben wir einfach verschiedene Bilder von der Nordsee, von Liegestühlen und Ähnliches, ausgedruckt und auf ihren Infusionsständer angehängt und sie konnte jederzeit mal diese Bilder sehen. Das sind so Kleinigkeiten, – klar, es gab dabei sogar eine Kollegin, die mich ausgelacht hat, warum ich das mache, aber ich fand das so toll. Die Patientin war ja auch ganz glücklich. Das war irgendwie dieser rotweiße Strandkorb, den sie auch immer bevorzugt hat statt blauweiß, weshalb, weiß sie auch selber nicht. Komischerweise war auf diesem einen Bild auch dieser rotweiße Strandkorb und sie hat sich immer vorgestellt, sie sitzt da drinne jetzt. Und das sind so Kleinigkeiten, die einem dann auch wieder Kraft geben und wieder so kleine innere Bestätigung „Du machst das schon richtig“ und sagst dir, auch egal wie die Entwicklungen sind, und wie die Erwartungen von Leitungen – von – was weiß ich von wo: „Geh **deinen** Weg.“ Und das hat mich auch immer wieder bestätigt, manchmal auch – ich bin ein kleiner Rebell, irgendwie ist es so in dem Sinne, aber ich hab immer nicht für mich gekämpft, sondern eher für meinen Beruf gekämpft. Das ist immer so 'n Unterschied, kämpf ich für meine eigenen Interessen. (4/354–387)*

Die Fürsorge lässt sie auch den Angehörigen zukommen und nimmt sich Zeit für Gespräche.

*Wir haben's erlebt zum Beispiel auch auf Station einmal, dass nach einem Jahr eine Dame stand mit einem Blumenstrauß und fragte uns, ob sie sich mal in unsere Sitzecke mal, ob sie diesen Strauß da in diese Sitzecke positionieren darf in eine Vase und da mal bisschen sitzen bleiben kann. Man dachte, die kennt man, man kann aber nicht sofort sortieren und dann haben wir gesagt: „Helfen Sie uns auf die Sprünge.“ Ihr Mann ist vor einem Jahr bei uns verstorben und er war Spanier und ist in Spanien beerdigt und sie ist Deutsche und sie kommt ja nicht regelmäßig dahin und sie sagte, sie hatte Bedarf, irgendwo einen Ort, wo sie ihm nahe sein würde und der einzige Ort, der ihr eingefallen ist, war die Station. Und wir haben uns dann drei, vier Leute noch zu ihr gesetzt und das war für sie, wie als ob sie an dem Grab von ihrem Mann war, das war ein Erlebnis und das heißt, diese Verbindung ist irgendwo da, das ist einfach –. Das war auch für uns sehr schön später, wir haben wirklich dann auch in der Runde noch mal (besprochen), das ist irgendwo Bestätigung, trotz dass er verstorben ist an seiner Erkrankung ist es eine positive Bestätigung: „Guck mal, wie jemand Zuflucht zu uns gesucht hat.“ Aber genauso ist es, dass man sehr oft von Patienten erlebt, wenn die kommen, dass sie sagen: „Ich bin jetzt wieder zuhause“ so als Floskel, aber die fühlen sich wirklich dann sicherer und das ist immer wieder dann auch für einen – hört sich blöd an – aber für einen (selbst) innerlich ist das: „Guck mal, du machst es doch gut.“ Ne, das ist so diese kleine Anerkennung, man kriegt wenig Anerkennung, so allgemein. Wenn Leute sich beschweren, dann gibt's Beschwerdebrief, aber Lobbriefe sehr wenig. Man hat's entweder auf der Station, wo die Leute mal Kärtchen schreiben, oder wir haben ja ein Gästebuch, wo man sich eintragen kann, aber sonst kriegt man ja – kaum setzt sich jemand und schreibt für die Zeitung „Ich war da soo toll behandelt“ oder so was, nein, sondern „Die Bösen“. (4/645–667)*

Zusammenfassend kann man sagen: Die wertebehauptende Pflegekraft kann sich nicht mehr mit der Praxis-Berufsrolle identifizieren, weil es im Alltag nicht mehr um eine gute Pflege geht, sondern um das Erreichen von ökonomischen Unternehmenszielen. Eine gute Patientenversorgung sieht sie nur noch möglich mit Investition eigener Zeit und Konfrontationen mit pflegerischem und ärztlichem Personal. Für sie ist es wichtig, dass sie die Patientenfürsorge in der Berufsausübung an oberste Stelle setzt, um mit einem guten Gewissen nach Hause gehen zu können. Sie hat hohe ethische Prinzipien und setzt sich initiativ und kreativ dafür ein, Patienten und Patientinnen Zeit und lebenswerte Momente zu geben. Das gibt ihr Kraft, diesen Beruf trotz der aus ihrer Perspektive inakzeptablen Rahmenbedingungen weiterhin auszuüben. Sie kämpft für die Interessen der Patienten und kann dabei auch einiges bewirken, für Patienten, davon ist sie überzeugt.

### 5.4.3 Zusammenfassung der Teilergebnisse

Die vierte Kategorie zeigt, dass sich aufgrund eigener Wert- und Berufsvorstellungen, der individuellen Wahrnehmung und der daraus folgenden Handlungen und Aushandlungen längerfristige Denk- und Handlungsmuster ausbilden. Die Datenanalyse hat ergeben, dass zwei Aspekte als Unterscheidungsmerkmale der Pflegekrafttypen wesentlich sind:

- Die Identifikation mit der Praxis-Berufsrolle
- Die Einschätzung der eigenen Handlungswirksamkeit

Diese beiden Merkmale auf einem Kontinuum von NIEDRIG bis HOCH in einem Koordinatenkreuz zueinander in Beziehung gesetzt, ergeben vier unterschiedliche Pflegekrafttypen, die in der Tabelle noch einmal kurz skizziert werden. Dabei handelt es sich um eine tendenzielle, nicht um eine dauerhaft festgelegte Zuordnung der Merkmale zu einem bestimmten Typus. Diese Zuordnung kann sich im Laufe der Zeit verändern durch persönliche oder umfeldbedingte Veränderungen.

Pflegekraft-Typen
<p><b>Die rollenerfüllende Pflegekraft</b> weist eine hohe Identifikation mit der Praxis-Berufsrolle auf. Sie arbeitet die anfallenden Aufgaben ganz pragmatisch und oft routiniert ab. Sie schätzt die eigene Handlungsfähigkeit als gering ein, weil Arbeitsbedingungen und Interaktionspartner den eigenen Handlungsspielraum stark determinieren und begrenzen.</p>
<p><b>Die ambitionierte Pflegekraft</b> weist eine hohe Identifikation mit der Praxis-Berufsrolle auf, ist motiviert und ambitioniert, im Berufsalltag positive Veränderungsprozesse anzustoßen und Alltagssituationen aktiv mitzugestalten. Sie ist überzeugt von der eigenen Handlungswirksamkeit, kann sich in Interaktionen selbstbewusst positionieren und die eigene Meinung vertreten.</p>
<p><b>Die resignierte Pflegekraft</b> kann sich nicht, bzw. nicht mehr mit der Praxis-Berufsrolle identifizieren. Sie fühlt sich dem Zwang der Berufsrolle ausgeliefert. Die Handlungsspielräume werden als kaum vorhanden erlebt. Daher wird auch die eigene Handlungswirksamkeit als gering eingeschätzt, trotz Überzeugung hoher fachlicher, personaler und sozialer Selbstkompetenzen.</p>
<p><b>Die wertebehauptende Pflegekraft</b> kann sich nicht (mehr) mit der Praxis-Berufsrolle identifizieren, weil sie die eigenen Berufs- und Wertevorstellungen im Praxisalltag nicht mehr leben kann. Dadurch sieht sie sich auch in der eigenen Handlungswirksamkeit deutlich eingeschränkt, denn die Durchführung der Pflege nach eigenen Wertmaßstäben wird in der Zusammenarbeit mit Interaktionspartnern in der Pflege und Ärzteschaft als konfrontativ erlebt.</p>

## 6 Integration der Ergebnisse in ein theoretisches Modell

Nach der Darstellung der Ergebnisse aus der Datenanalyse werden in diesem Kapitel die theoretischen Grundannahmen in Beziehung gesetzt mit den Ergebnissen aus Kapitel 5. Dabei gelten die theoretischen Grundannahmen zugleich als theoretischer Bezugsrahmen, in dem die dargestellten interpretiert werden sollen, um sie dann in ein theoretisches Modell über den Forschungsbereich zu überführen.

Die angewendete qualitative Forschungsstrategie zielt darauf ab, die individuellen Interpretationen der im Forschungsfeld befindlichen Zielgruppe der Pflegekräfte herauszufinden. Auf der Grundlage des konstruktivistischen Ansatzes von Berger und Luckmann (vgl. Kapitel 3.2) gibt es keine allgemeingültige „Wirklichkeit“, die von allen Beteiligten einer Alltagssituation in gleicher Weise wahrgenommen wird, sondern jede Alltagssituation wird individuell wahrgenommen und interpretiert und mitkonstruiert. Dennoch wird die Alltagswelt wahrgenommen als eine gemeinsam geteilte „objektive“ Wirklichkeit. Dadurch wird der Berufsalltag oft wahrgenommen als „zwingende Faktizität“, als eine vorgegebene, scheinbar unveränderbare Strukturierung. Wissen wird weitergegeben in den sozialen Interaktionen als eine institutionelle Ordnung und wird von vielen als scheinbar unveränderbar hingenommen. Damit verbunden sind die Verhaltenserwartungen, die an die Pflegekräfte gestellt werden und die bei Nichterfüllung sanktioniert werden (können).

Situationen und Interaktionen mit den beteiligten Personen müssen verstanden und interpretiert werden, um dann entsprechend interagieren und handeln zu können. Dazu ist es notwendig, sich mittels signifikanter Symbole zu verständigen. Interaktionspartner verständigen sich auf der Basis gemeinsam geteilter Bedeutungen von Gesten und Sprache (vgl. Kap. 3.3). Innerhalb von Gruppen (Subsinnwelten) prägen sich gruppenspezifische Bedeutungen und Situationsinterpretationen aus. So ist der Berufsalltag eine Aneinanderreihung von Alltagssituationen, in der Pflegekräfte herausgefordert sind, diese individuell und gemeinsam zu deuten und zu gestalten. Somit richten die Beteiligten ihr Handeln danach aus, wie sie die jeweilige Situation wahrnehmen und interpretieren, in Situationsdefinitionen. Die individuelle subjektive Wahrnehmung einer Situation hat Auswirkungen auf das individuelle Handeln und gemeinsame Situationsdefinitionen sind Voraussetzung für gemeinsames Handeln. Es ist bedeutsam, wie Pflegekräfte als Individuen und als Akteursgruppe die Bedingungen und Möglichkeiten im Berufsalltag einschätzen. Andere

Berufsgruppen betrachten die Situationen im Berufsalltag aus einem anderen Blickwinkel. Deshalb sind in den Alltagssituationen permanent Abstimmungsprozesse notwendig, auch um eine „soziale und organisationale Ordnung“ zu erhalten. Viele Alltagssituationen werden routiniert abgearbeitet. Routinen tragen dazu bei, die Komplexität von Alltagssituationen zu reduzieren, können aber kreative Problemlösungsprozesse einschränken. Wenn in einer Situation eine Irritation oder ein Problem wahrgenommen wird, sind die Beteiligten dazu herausgefordert, reflexiv nach einer Situationslösung zu suchen. So wie Pflegekräfte ihren beruflichen Alltag interpretieren, werden von ihnen auch die Folgen daraus erlebt. Der Prozess der Bewertung und der Interpretation möglicher Folgen wird durch die Kommunikation der Pflegekräfte wesentlich mitbeeinflusst. (vgl. Kap. 3.4)

Auf dieser theoretischen Grundlage zielte die Datenerhebung darauf ab, nicht die Beschreibung der Alltagsroutinen, sondern die Irritationen und Probleme des Berufsalltags zu erfahren. Deshalb fokussiert die erste Kategorie der Ergebnisdarstellung auf die „subjektiv wahrgenommenen Herausforderungen“ von Pflegekräften. Durch das Zusammentragen der unterschiedlichen Haltungen und Einstellungen der befragten, in der Fallauswahl gezielt ausgewählten, Pflegekräfte mit sehr unterschiedlichen Positionen wird eine Palette von Situationswahrnehmungen deutlich.

Zusätzlich zu der individuellen Bedeutungszuschreibung von Alltagssituationen gibt es auch eine gruppenspezifische Wirkung von Bedeutungen bzw. Situationsdefinitionen. Innerhalb des Krankenhauses bilden die Pflegekräfte eine Gruppe, in der sich gruppenspezifische Dynamiken entwickeln und gruppenspezifische Sichtweisen und Sinndeutungen ausprägen. Im Krankenhaus findet man unterschiedliche soziale Welten vor, die ausgestattet sind mit ungleichem Kapital (vgl. Kap. 3.7) und unterschiedlichen Möglichkeiten der Einflussnahme und der Durchsetzung von Interessen. Es setzt sich der durch, der die größeren Machtmittel hat. Das beginnt bereits mit der Verwendung von Sprache als symbolische Ordnung. In der Arena Krankenhaus werden über die Sprache und die Anordnung der sozialen Welten Diskurse ausgetragen, die eine institutionelle Ordnung herstellen durch die Verteilung von symbolischem Kapital und historisch geprägten Hierarchien (vgl. Kap. 2.3). Somit sind Interaktionen zwischen den sozialen Welten vorstrukturiert und eine gewisse Rangordnung ist vorgegeben. Damit werden kreative Problemlösungsprozesse und neue Denkmöglichkeiten von vorneherein eingeschränkt, weil es aussichtslos erscheint, sich gegen soziale Welten mit größerer Kapitalausstattung durchzusetzen. Manche Pflegekräfte fühlen sich dadurch im positiven Sinne herausgefordert, diese Diskurse auszutragen, jedoch viele der Pflegekräfte sehen die ungleiche Macht-

(Kapital-) verteilung als festen institutionellen Rahmen gesetzt, und die eigenen Möglichkeiten nicht ausreichend, daran etwas ändern zu können. Für sie ist es eine zur „objektiven Wirklichkeit“ geronnene Tatsache, die unveränderbar erscheint (vgl. Kap. 3.2) und als soziale institutionelle Ordnung so hingenommen wird. Diese subjektiv wahrgenommene Stellung der sozialen Welt der Pflege wird deshalb auch auf der kollektiven Ebene analysiert, weil es für Pflegekräfte ein Thema ist, über das sie sprechen. Es führt zu Problemen und Irritationen und sie schätzen ihre eigenen (Un-)möglichkeiten ein, damit umzugehen. Basierend auf der theoretischen Annahme, dass in den Situationen intervenierende und kontextuelle Situationsbedingungen enthalten sind (vgl. Kap. 3.6), die die Alltagssituationen jeder Einzelperson und Personengruppe mit beeinflussen, weil sie „im Hinterkopf“ immer mittransportiert werden und die Definitionen von Situationen mitbestimmen, sowohl formelle als auch informelle Regeln und Absprachen, sowohl von der eigenen Person, als auch von den jeweiligen Interaktionspartnern, ist eine Auswertung der Daten zur Wahrnehmung der Akteursgruppe der Pflegekräfte sinnvoll. Das wird in der zweiten analysierten Kategorie der „Arena Krankenhaus mit ihren sozialen Welten“ aufgegriffen und auch hier wird ein Spektrum von unterschiedlichen Sichtweisen und Einstellungen deutlich. In den Subsinwelten führen gruppenspezifische Situationsdeutungen zu in dieser Akteursgruppe vorherrschenden und verfestigten Situationsinterpretationen, die die Pflegekräfte so als gegeben hinnehmen können oder sich reflexiv damit auseinandersetzen können. Jede Situation erfordert ein Handeln bzw. Aushandeln, entweder der Tradition und Routine folgend oder in einer reflexiven Auseinandersetzung mit der Situation und den Interaktionspartnern. Situationsaushandlungen führen dazu, bestehende Strukturen zu verfestigen oder zu verändern. In der Kategorie der „Situationsaushandlungen“ wurden im Datenauswertungsprozess folgende Unterkategorien gebildet:

- Situationsaushandlungen in Bezug auf das Pflorgeteam
- Situationsaushandlungen in Bezug auf Patienten und Angehörige
- Situationsaushandlungen in Bezug auf andere Berufsgruppen
- Situationsaushandlungen bezogen auf das Selbstmanagement

Im Folgenden werden jeweils die Situationsbedingungen in Beziehung gesetzt mit den entsprechenden Situationsaushandlungen.

- **Situationsaushandlungen – in Bezug auf das Pflegeteam der Station**

### **Patientenversorgung mit dem vorhandenen Personal gewährleisten**

Situationsbedingungen:

Die organisatorischen, administrativen und dokumentarischen Aufgaben haben im Umfang zugenommen. Die Patientenfluktuation ist stetig gestiegen, die Anzahl des zur Verfügung stehenden Personals ist gleich geblieben. Hohe krankheitsbedingte Personalausfälle. Täglich Aufteilung der Aufgaben an zur Verfügung stehendes Personal (Personalqualifikationsmix). Aus Zeitmangel ein Mix aus Funktionspflege und Bereichspflege vorherrschend. Administrative und Dokumentations-Aufgaben werden überwiegend von examinierten Pflegekräften durchgeführt. Patientenbezogene Aufgaben werden an Auszubildende und Hilfskräfte delegiert mit dem Risiko von Versorgungsmängeln bei Patienten. Ebenso werden ärztlich delegierbare Aufgaben weiterdelegiert. Patienten werden mangelversorgt, Pflegefachkräfte haben oft keine anderen Möglichkeiten, die grundpflegerische Versorgung von Patienten zu gewährleisten, haben ein „schlechtes Gewissen“.

Situationsaushandlung:

Delegieren von Aufgaben – Patientengefährdungen in Kauf nehmen

### **Aufgabenpriorisierung:**

Situationsbedingungen:

Es gibt Aufgaben, die standardmäßig täglich erfüllt werden müssen, z. B. Vitalwerte messen, Unterstützung der Patienten bei der Grundpflege, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, etc. Dazu kommen tagesbezogene Aufgaben, z.B. Patientenaufnahmen und Entlassungen, Vorbereitung und Nachsorge bei diagnostische Untersuchungen und Operationen, Management von Notfallsituationen, Anrufe entgegennehmen und bearbeiten, z.B. Arztanweisungen, Anforderungen von Funktionsabteilungen, Anfragen von Angehörigen, etc. .

Situationsaushandlung:

Es „stapeln“ sich eine Menge von Aufgaben, die permanent sortiert und priorisiert werden müssen.

### **Pflegedynamik:**

Situationsbedingungen:

Im Pflegeteam arbeiten Personen mit unterschiedlicher Qualifikation und Kompetenzen zusammen. Die Haltungen und Einstellungen zum Beruf differieren ebenso, wie individuelle Wertevorstellungen und Persönlichkeitsausprägungen. Die Zusammenarbeit im Pflegeteam entfaltet je nach Zusammensetzung unterschiedliche Dynamiken.

Situationsaushandlung:

„Hand in Hand“- arbeiten vs. konfrontative Zusammenarbeit

- **Situationsaushandlungen in Bezug auf Patienten und Angehörige**

### **Patientenerwartungen**

Situationsbedingungen:

Pflegekräfte sind dafür verantwortlich, die pflegerische Patientenversorgung auf qualitativ hohem Niveau zu erledigen. Zeit- und Personalmangel führen zu Versorgungsengpässen und dazu, dass Patientenerwartungen nicht erfüllt werden können. Andererseits gibt es eine immer höhere Anspruchshaltung an Pflegekräfte, was wann und wie zu erledigen sei. Unzufriedenheit wird deutlich zum Ausdruck gebracht von Patienten und Angehörigen, auch zu Mängeln, für die Pflegekräfte nicht verantwortlich sind.

Situationsaushandlung:

Erwartungen von Patienten und Angehörigen erfüllen vs. sich abgrenzen

## **Überforderte Angehörige**

Situationsbedingungen:

Soziale familiäre Netze werden brüchiger. Familienangehörige sind zunehmend überfordert durch die Komplexität des Gesundheitssystems. Die Organisation der Pflege nach Krankenhausaufenthalt (wenn nötig) ist aufwändig. Viele Angehörige sind eingebunden in berufliche Verpflichtungen, wohnen weit entfernt oder kümmern sich nicht. Wenn sie ins Krankenhaus kommen, haben sie vermehrt Informations- und Beratungsbedarf, der sehr zeitaufwändig sein kann.

Situationsaushandlung:

Zeitnehmen für Angehörigenberatung vs. kurze Abfertigung aus Zeitmangel

## **Patientenunterstützung bei der Grundpflege:**

Situationsbedingungen:

Patienten haben aufgrund ihrer Erkrankungen ein individuell unterschiedliches Selbstpflegedefizit. Patientenautonomie und Selbstpflegekompetenz sollen gestärkt werden. Die zur Verfügung stehende Zeit für die Patientenunterstützung ist zunehmend begrenzt. Ressourcenfördernde Pflege ist zeitintensiver als kompensatorische Pflege.

Situationsaushandlung:

Patienten ressourcenfördernd pflegen vs. kompensatorisch pflegen, um Zeit zu sparen.

- **Situationsaushandlungen in Bezug auf andere Berufsgruppen**

## **Aushandlungen mit ärztlichem Personal**

Situationsbedingungen:

Aufgrund tradiert, historisch gewachsener Rollenverteilungen und Machtverhältnisse zwischen der Berufsgruppe des ärztlichen Personals und der Berufsgruppe der Pflegekräfte und der Weisungsbefugnis haben Ärzte die stärkeren Mittel, ihre Interessen durchzusetzen und nutzen dieses zur eigenen Entlastung oder Profilierung teilweise aus. Ob die Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen gelingt, ist stark persönlichkeitsabhängig.

Situationsaushandlung:

Tradierendes Rollenverhalten erfüllen vs. Pflege-Berufsrolle professionell und selbstbewusst vertreten

### **Umgang mit Arztanweisungen:**

Situationsbedingungen:

Ärzte sind dem Pflegepersonal gegenüber weisungsbefugt für die Durchführung bestimmter Aufgaben. Ärzte geben an Pflegepersonal auch Aufgaben weiter, für die es keine Weisungsbefugnis gibt.

Situationsaushandlung:

Alle Arztanweisungen zeitnah ausführen vs. bei nicht weisungsbefugten Aufgaben die Ausführung verweigern.

### **Kompensation von Aufgaben anderer Berufsgruppen:**

Situationsbedingungen:

Pflegekräfte übernehmen Aufgaben, wenn andere Berufsgruppen, in deren Zuständigkeitsbereich diese Aufgaben fallen, nicht anwesend sind, z. B. Nachttische oder verschmutzte Fußböden reinigen, wenn der Reinigungsdienst nicht vor Ort ist, Patientenmobilisation in Abwesenheit der Physiotherapeuten, Patienten zu Funktionsabteilungen bringen, wenn kein Transportdienst da ist, etc.

Situationsaushandlung:

Aufgaben anderer Berufsgruppen in deren Abwesenheit ausführen vs. Tätigkeiten bleiben unerledigt, meistens zum Nachteil der Patienten.

- **Situationsaushandlungen bezogen auf das Selbstmanagement**

### **Berufliches Selbstverständnis**

Situationsbedingungen:

Pflegekräfte werden im Stationsalltag sozialisiert durch die Ausbildung, durch Vorbilder und durch die eigenen Erfahrungen, die sie machen. Sie erleben, dass das, was sie tun

wollen und sollten, im Praxisalltag nicht realisierbar ist. Bereits in der Ausbildung kommt es diesbezüglich zu Irritationen und zu einem Auseinanderklaffen zwischen eigenen Berufsvorstellungen und dem Erleben im Praxisalltag.

Situationsaushandlung:

Divergenz zwischen beruflichem Selbstverständnis und Erleben des Praxisalltags in Einklang bringen vs. mit Divergenz umgehen

### **Aufgabenorientierung:**

Situationsbedingungen:

Primäres Ziel der Pflegekräfte ist, eine gute pflegerische Versorgung von Patienten zu gewährleisten. Neben den „Pflegeaufgaben“ kommen immer mehr organisatorische und administrative Aufgaben dazu, sodass man nicht mehr allen Anforderungen gerecht werden kann. Pflegekräfte handeln eher prozessorientiert oder patientenorientiert, da beides gleichzeitig im Praxisalltag nicht zufriedenstellend gelöst werden kann.

Situationsaushandlung:

Entscheidung für eher patientenorientierte oder prozessorientierte Arbeitsweise oder pendeln zwischen beiden.

### **Berufliches Rollenverständnis**

Situationsbedingungen:

Pflegekräfte erleben kaum Gestaltungsspielräume im Pflegealltag. Das kann dazu führen, in Arbeitsbereiche mit größeren Handlungsspielräumen zu wechseln oder zur Hinnahme der strukturellen Gegebenheiten bis hin zur Resignation. Oft werden tradierte Rollen erhalten, die vorrangig immer noch die Arztassistenz als Schwerpunkt ihrer Arbeit sehen.

Situationsaushandlung:

Positionierung in Konfliktsituationen zwischen Anpassung und Konfrontation

Diskrepanz zwischen Berufsrollenverständnis und Alltagserleben – ein Waagespiel zwischen Motivation und Demotivation

## **Stressverarbeitung**

Situationsbedingungen:

Die strukturellen Rahmenbedingungen (Personal- und Zeitknappheit) die physischen und psychischen Belastungsfaktoren (z.B. Patientenschicksale), Schichtdienst, etc. führen zum Risiko der Überbelastung. Die Widerstandsressourcen und Belastbarkeitsgrenzen sind individuell unterschiedlich. Pflegekräfte nutzen unterschiedliche stressreduzierende Mechanismen, z.B. häufige Raucherpausen, um Stress zu reduzieren. Andere finden Kompensationsmechanismen in ihrer Freizeit oder machen nur noch Dienst nach Vorschrift, ein Zeichen innerer Kündigung bis hin zum Burnout.

Situationsaushandlung:

Strategien zur Stressbewältigung einsetzen - ausbrennen

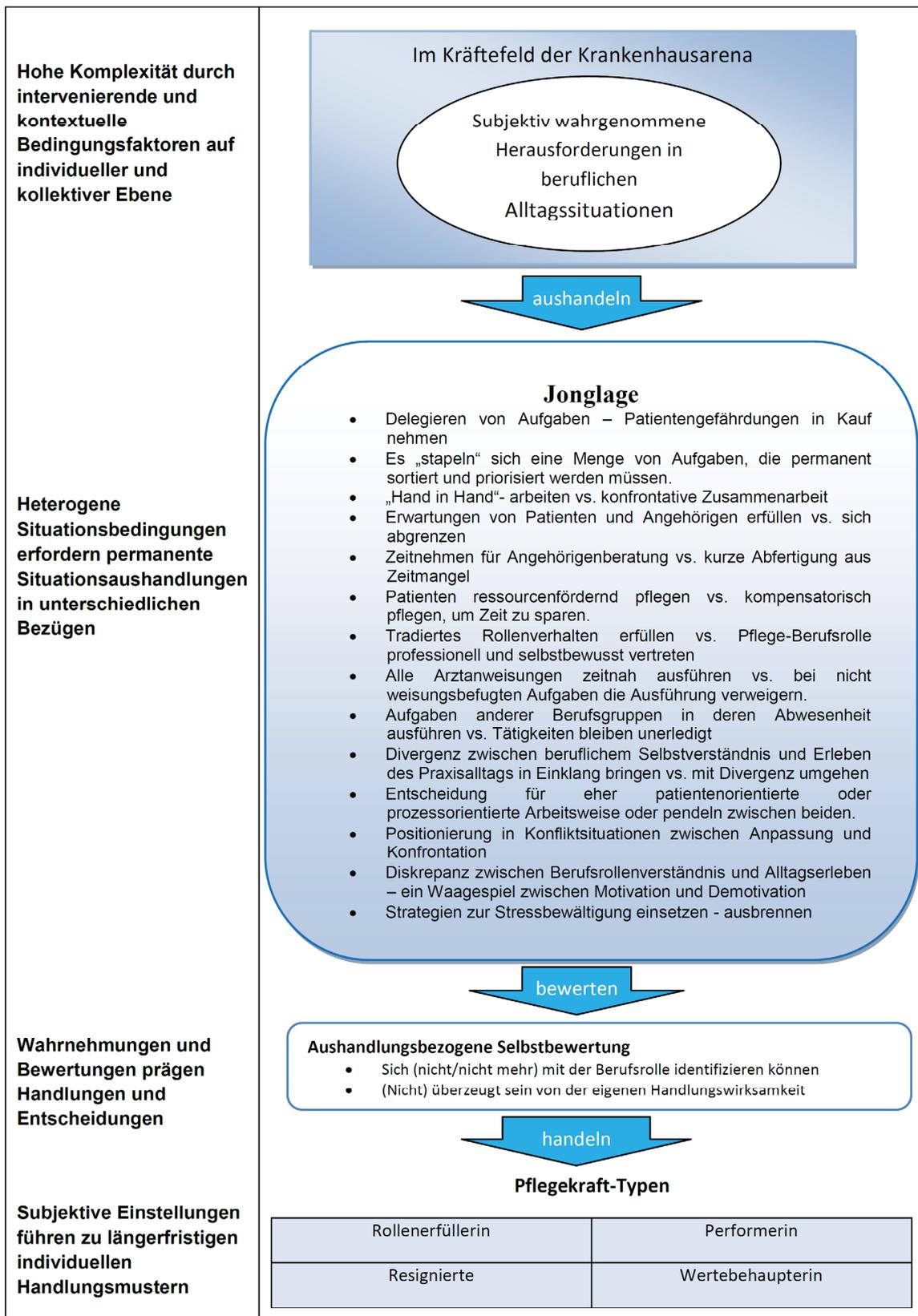


Abbildung 8: Modell der Situationsaushandlungen

Es zeigt den Zusammenhang der theoretischen Bezüge mit den Kategorien der datengenerierten Ergebnisse im Überblick. Das Kernstück bildet die Jonglage des Stationsalltags. Eigene Darstellung.

Diese Aushandlungsprozesse laufen nicht geordnet nacheinander ab, sondern oft auch gleichzeitig. Und genau dieses scheint nach der intensiven Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial die größte Herausforderung für Pflegekräfte zu sein, die Gleichzeitigkeit von Aushandlungsprozessen mit unterschiedlichen Interaktionspartnern und den eigenen Berufsvorstellungen und Wertehaltungen. Dadurch entsteht in Aushandlungssituationen eine immense Komplexität, die kaum bewältigbar scheint. Diese komplexen Aushandlungserfordernisse, die in Alltagssituationen kumulativ aufeinandertreffen, lösen das Gefühl der inneren Zerrissenheit aus und es entsteht der Eindruck, dass es „nie genug“ sein wird, so viel man auch tut. Deshalb habe ich in meinem Modell den Begriff der Jonglage als Metapher gewählt, weil man bei diesem Begriff vermutlich an einen Jongleur denkt, der versucht, mehrere Bälle oder andere Gegenstände gleichzeitig in der Luft zu halten. Keinen der Bälle darf der Jongleur fallen lassen, von der Seite eingeworfene Bälle müssen in die Jonglage integriert werden und der Jongleur selbst muss dabei die Balance halten. So geht es im übertragenen Sinn auch den Pflegekräften: Sie müssen unterschiedliche Herausforderungen meistern, unterschiedliche Anforderungen zur gleichen Zeit bearbeiten und dabei selbst im Gleichgewicht bleiben. Sie positionieren sich durch Ausprägung individueller Haltungen und Einstellungen zum Beruf, in idealtypischer Darstellung als Pflegekraft-Typen.

Es ist davon auszugehen, dass sowohl negative (organisationale) Veränderungsprozesse als auch negative Haltungen von Pflegekräften wieder umkehrbar sind, wenn Pflegekräfte sich stärker mit ihrer Praxis-Berufsrolle identifizieren können, wenn sie mehr Gestaltungsspielräume in ihrer eigenen Arbeit wahrnehmen und wenn die Fachexpertise, die sie jeden Tag einbringen, von Interaktionspartnern stärker wahrgenommen und geschätzt wird.

Im Modell der Situationsaushandlungen (Abbildung 8) sieht es in dieser Darstellungsform so aus, als würden die dargestellten Komponenten in einer linearen Folge ablaufen. Tatsächlich stehen aber alle Kategorien in einem dynamischen Prozess fortlaufender, sich gegenseitig beeinflussenden Wechselwirkung.

## 7 Diskussion und Ausblick

In der abschließenden Diskussion werden die Ergebnisse der der vorliegenden Arbeit in Zusammenhang mit dem Problemaufriss und den theoretischen Grundannahmen gebracht. Die Intention dieser Forschungsarbeit war, zu ergründen, wie Pflegekräfte ihren Berufsalltag im Krankenhaus wahrnehmen und wie sie mit Alltagssituationen umgehen. Durch die Einordnung dieser Forschungsarbeit in bereits bekannte Fakten zum Berufsalltag von Pflegekräften wird das Innovative dieser Forschung deutlich.

In bereits vorliegenden Forschungsarbeiten (vgl. Kapitel 2.1) wurden eher die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte fokussiert (Pflege-Thermometer, RN4Cast) oder die Reaktionsmuster von Pflegekräften auf restriktive Arbeitsbedingungen (Kältestudie). Die eigene Forschungsarbeit greift die Lücke zwischen diesen beiden Betrachtungsperspektiven auf und zeigt auf, wie Pflegekräfte in alltäglichen Situationen, in denen die Arbeitsbedingungen in den Alltagssituationen enthalten sind, handeln und welche Denk- und Handlungsmuster dabei deutlich werden. Außerdem bleibt die Betrachtung von Alltagssituationen nicht begrenzt auf die Individualebene, sondern greift auf der kollektiven Ebene das hierarchische Gefüge der Arena Krankenhaus auf und betrachtet die sich daraus ergebenden Situationswirkungen. Dabei wird konsequent die Innenperspektive der sozialen Welt der Pflege eingenommen, denn die Situationsdeutungen sind individuelle Interpretationsleistungen. Ausgehend von der konstruktivistischen Vorstellung, dass Wirklichkeit individuelle Wahrnehmung und Interpretation ist (vgl. Kap. 3.2), werden Pflegekräfte zu den Akteuren der Interpretation ihrer Alltagssituationen.

In dieser Forschungsarbeit wurden die Pflegekräfte danach gefragt, was sie in ihrem Alltag als herausfordernd empfinden. Die Gesprächsergebnisse zeigen nicht nur, was als herausfordernd, als Schwierigkeit wahrgenommen wird, sondern auch, was anscheinend „kein Thema“ ist. Während historisch betrachtet die Geschlechterfrage ein anhaltend diskutiertes Thema in der Pflegewissenschaft war, hat dieses heute kaum noch Relevanz. Auch die öffentlich und politisch diskutierte Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs durch eine höhere Vergütung der Arbeitsleistung wird von den Pflegekräften nicht thematisiert. Welches sind also die Themen, die Pflegekräfte herausfordern, die als schwierig betrachtet werden?

Im Folgenden sollen einige Ergebnisse noch einmal aufgegriffen und diskutiert werden.

Pflegekräfte sehen es als schwierig an, eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten. Dies ist keine Einzelmeinung, sondern wird kollektiv von den Pflegekräften als größte Herausforderung wahrgenommen. Diese Herausforderung trifft sie nicht nur punktuell, sondern generell in den Alltagssituationen der Berufsausübung. Viele unterschiedliche Komponenten tragen dazu bei, dass eine fachlich gute Patientenpflege geleistet werden kann. Dem können die Pflegekräfte im Krankenhausalltag jedoch oft nicht mehr nachkommen. Eines der Hauptprobleme unzureichender Patientenversorgung ist die Personalunterbesetzung, die bereits durch andere Forschungsarbeiten gut belegt ist (vgl. Kap. 2.1.2). Ebenso ist die Arbeitsverdichtung in diesen Forschungsarbeiten belegt, die sich hauptsächlich durch eine höhere Patientenfluktuation und das dadurch bedingte höhere Arbeitsaufkommen ergibt. Pflegekräfte sind zunehmend mit organisatorischen und administrativen Aufgaben beschäftigt und müssen patientennahe Tätigkeiten oft an Hilfspersonal (Auszubildende, Praktikanten etc.) abgeben. Dabei sind sie sich darüber im Klaren, dass es dadurch aufgrund mangelnder Fachkompetenz häufig zu einer unadäquaten Patientenversorgung kommt. Diese Wahrnehmung wird von vielen Pflegekräften ausgeblendet, da sie keine andere Möglichkeit der Aufgabenverteilung im praktischen Alltag sehen. Die Pflegekräfte empfinden durch knappe Personalressourcen und häufig vorkommende Personalausfälle einen hohen Arbeitsdruck und arbeiten oft unter Hochspannung.

Die hohe vom Arbeitgeber erwartete Flexibilität der Arbeitszeitgestaltung in Bezug auf Pausen und Dienstende führt zu Verhaltensweisen, um dieses Problem individuell zu lösen, indem viele Pflegekräfte kleine Raucherpausen einlegen, um sich für eine kurze Zeit dem Stationsalltag zu entziehen. Die krankheitsbedingten Personalausfälle werden häufig dadurch kompensiert, dass Pflegepersonal „aus dem Frei in den Dienst einspringt“ und dadurch die notwendigen Regenerationsszeiten nicht bekommt. Dadurch kommt es bei diesen Personen häufig zu Überlastungen. Insgesamt führt dies zu überdurchschnittlich hohen krankheitsbedingten Ausfällen, und die Spirale dreht sich diesbezüglich immer weiter abwärts.

Neben der Personalunterbesetzung und dem Arbeiten unter hohem Zeitdruck nehmen Pflegekräfte weitere Situationsbedingungen als herausfordernd wahr. Wie im Problemaufriss dargestellt, besteht für die Krankenhäuser ein politischer Druck, kostendeckend zu arbeiten. Dieser Druck wird durch die Krankenhausstrukturreformen politisch initiiert. Einer der stärksten Einschnitte in den Krankenhausalltag war die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf eine erlösorientierte diagnosebezogene Vergütung (Fallpauschalen). In der Folge davon kam es in den letzten Jahren zu einer kürzeren Patientenverweil-

dauer; sie wurde fast halbiert. Die damit einhergehende höhere Patientenfluktuation führt zu einem Mehraufwand von Dokumentation (Aufnahme- und Entlassungspapiere) und einer kürzeren Taktung von Untersuchungen und Operationen. Um eine hohe Bettenauslastung zur Kostenoptimierung zu erreichen, werden viele Krankenhausstationen interdisziplinär belegt. Das bedeutet, dass Patienten und Patientinnen unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen auf einer Station liegen, mit der Folge hoher Schnittstellenproblematik mit dem ärztlichen Personal. Bedingt durch den demografischen Wandel werden viele hochaltrige Menschen mit erhöhtem Pflegeaufwand aufgrund von Multimorbidität und Demenz im Krankenhaus versorgt. Zusätzlich kommt es zur Zunahme organisatorischer und dokumentatorischer Tätigkeiten, die durch qualitätssichernde Vorgaben und Regelungen noch verstärkt werden. Patientenisolierungen, bedingt durch zunehmende Infektionen mit antibiotikaresistenten Keimen, sind zeitaufwendig und erhöhen zusätzlich den Arbeitsdruck.

Für viele Pflegekräfte besteht eine unlösbare Diskrepanz zwischen dem Berufsalltag und den normativen Berufsanforderungen. Letztere werden durch die Berufsgesetze und zunehmend auch durch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse gefordert, können im Praxisalltag aber nicht umgesetzt werden, weil die Alltagssituationen dies aus dem Blickwinkel der Pflegekräfte nicht ermöglichen. Im Berufsalltag erleben die Pflegekräfte Begrenzungen, die ihnen als starre Situationsbedingungen begegnen und die in ihrer Wahrnehmung kaum veränderbar sind. Sie beschreiben dieses Phänomen im Praxisalltag als „eingezwängt in eine Rolle, der man nicht entkommen kann“. Die Handlungsspielräume betrachten viele im Berufsalltag als gering, empfinden die tägliche Berufsarbeit als ein Abarbeiten von sich stapelnden Aufgaben. Neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse werden kaum in den Praxisalltag integriert. Viele Pflegekräfte fühlen sich damit überfordert, zusätzlich zu ihrer hohen Arbeitsbelastung neue pflegewissenschaftliche praxisbezogene Ergebnisse zur Kenntnis zu nehmen und in ihren Arbeitsalltag zu integrieren. Bei manchen Pflegekräften ist der Grund eine Überforderung, bei anderen Ignoranz. Die steigenden normativen Ansprüche und die als zunehmend restriktiv wahrgenommenen berufstätlichen Bedingungen führen bei vielen Pflegekräften zu einer wachsenden Diskrepanz zwischen den pflegewissenschaftlichen theoretischen Anforderungen an die Berufsrolle, den in der Praxis auferlegten Möglichkeiten der Berufsausübung und den eigenen Vorstellungen davon, was eine Pflegekraft im praktischen Alltag tun möchte und wie sie ihren Beruf versteht. Diese Diskrepanz wird von vielen Pflegekräften als herausfordernd und belastend erlebt.

In dieser Forschungsarbeit ging es nicht nur darum, Einzelperspektiven von Pflegekräften zu erforschen, sondern auch darum, die Positionierung der Pflegekräfte als kollektiven Akteur in der Arena Krankenhaus zu betrachten. Im Konzept der *social world perspective* geht Strauss davon aus, dass Organisationen in soziale Welten aufgeteilt sind. Dies sind Gruppen innerhalb des Krankenhauses, die gemeinsame Sichtweisen und Ziele haben und gemeinsame Tätigkeiten ausführen. Sie handeln fortlaufend eine soziale Struktur miteinander aus und erhalten oder verändern dabei diese Strukturen. Ziel der Aushandlungen ist der Erhalt einer inneren Ordnung einer sozialen Welt in einer im stetigen Wandel befindlichen Gesellschaft und der Organisation Krankenhaus. Durch die permanenten Abstimmungsprozesse entstehen relativ stabile Alltagsroutinen. (vgl. Kap. 3.5)

Im Konzept von Strauss wird jedoch das Macht- und Hierarchiegefüge nicht thematisiert. Deshalb wurde bei der Datenanalyse auch das theoretische Konzept Bourdieus von „Habitus und Feld“ als Heuristik mit einbezogen. Er betrachtet die „sozialen Welten“ als „soziale Felder“ mit unterschiedlichen Machtverteilungen. In seinem Habituskonzept geht er davon aus, dass Personen unterschiedliches Kapital zur Verfügung haben. Kapital ist hier nicht nur im ökonomischen Sinne gemeint, sondern bezieht sich auch auf kulturelles, soziales und symbolisches Kapital. (vgl. Kap. 4.4.2)

Bezogen auf das ökonomische Kapital im Krankenhaus bedeutet das, dass Personengruppen unterschiedliche Geldbeiträge erwirtschaften. Seit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung wird diagnose- und prozedurenbezogen vergütet, das heißt, die Tätigkeiten des ärztlichen Personals generieren die Erlöse. Das Pflegepersonal trägt seit ein paar Jahren immerhin durch die Vergütung hochaufwendiger Pflege (PKMS) zur Generierung von Krankenhauserlösen bei. Diese sind verglichen mit den Gesamterlösen aber marginal und werden zudem oft nicht für eine erforderliche Aufstockung des Pflegepersonals verwendet.

Neben der ungleichen Gewichtung des ökonomischen Kapitals wird besonders im Vergleich mit der Berufsgruppe der Ärzte deutlich, dass diese höheres Bildungskapital einbringen durch höhere Bildungsabschlüsse und akademische Titel und dieses auch distinktiv eingesetzt wird. Die Gruppe des ärztlichen Personals ist als Berufsgruppe durch Berufsverbände gut organisiert und kann den eigenen Interessen auch politisch Gehör verschaffen. Zudem besitzt die Berufsgruppe der Ärzte im Vergleich zum Pflegepersonal eine höhere gesellschaftliche und organisationale Anerkennung. Die Kapitalausstattung ist somit in der Berufsgruppe der Pflegekräfte im Vergleich deutlich niedriger und tritt im

Krankenhaus in der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen in den alltäglichen Situationsaushandlungen zutage. Wer das größte Kapital hat, hat damit die Macht, sich stärker zu präsentieren und die eigenen Interessen durchzusetzen. Die Kapitalsorten prägen unterschiedliche Habitus und bewirken im Krankenhausalltag ein Hierarchie- und Machtgefälle zwischen den Mitgliedern der unterschiedlichen sozialen Felder. Diese Betrachtung auf der kollektiven Ebene der Gruppe der Pflegekräfte führt zu einer Selbstbewertung und Verortung der eigenen Berufsgruppe im Hierarchiegefüge des Krankenhauses. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigen diesbezüglich, dass Pflegekräfte sich inzwischen in diesem Gefüge als auf der untersten Stufe angekommen wahrnehmen. Sie beklagen einen Verlust des Berufsansehens, nicht nur im Rahmen der unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus, sondern auch in Bezug auf Patienten und Angehörige.

Im Krankenhaus werden organisatorische Veränderungen in einer Top-down-Strategie umgesetzt. Pflegekräfte fühlen dabei ihre Probleme der Berufsausübung von der Krankenhausleitung nicht mehr wahrgenommen. Bei ihnen entsteht der Eindruck, dass Sparmaßnahmen auf dem Rücken der Berufsgruppe Pflege durchgezogen werden. Dabei kommen vor allem die Stationsleitungen unter Druck, die Neuerungen in das Pflegeteam transportieren und umsetzen müssen, obwohl sie wissen, dass die Pflegearbeit mit dem zur Verfügung stehenden Personal bei den aktuellen Bedingungen nur unzureichend leistbar ist. Sie tragen für die Umsetzung Verantwortung, setzen weitere restriktive Maßnahmen um, damit weitere Einsparziele der Geschäftsführung erreicht werden, obwohl sie für diese Managementaufgaben in der Regel nicht genügend ausgebildet sind. Die Pflegedirektion wird von Pflegekräften wahrgenommen als Person, die eher die betriebswirtschaftlichen Ziele im Blick hat als eine qualitativ hochwertige fachkompetente Pflegearbeit. Aus dem Blickwinkel der Pflegekräfte steht die Pflegedirektion auf der Seite der „Anzugträger“ und hat scheinbar vergessen, wie es an der Basis der Stationsarbeit aussieht. Pflegekräfte erscheinen als austauschbare Personalien, die möglichst widerspruchlos den Job machen sollten. „Wem es nicht passt, der kann ja gehen.“ (vgl. Kap. 5.2)

Seitens des ärztlichen Personals gibt es tradierte Rollen, die im Praxisalltag von manchen durch distinktive Verhaltensmuster und ein Zurschaustellen des eigenen Habitus weiterhin erhalten werden. Damit setzen sich viele tradierte Verhaltensweisen fort; dies führt zu einem Machterhalt dieser Berufsgruppe und erschwert die Kommunikation mit Pflegekräften auf Augenhöhe.

Traditionelle Rollen werden teilweise auch von Pflegekräften erhalten, weil sie sich nach wie vor in ihrer Rolle im Berufsalltag auf die Arztassistenz beschränken und weder die Eigenständigkeit professioneller Pflegearbeit im Berufsalltag leben noch ihr spezifisches Fachwissen argumentativ vertreten können. In der Beziehung zu Patienten und Angehörigen nehmen Pflegekräfte eine Abwertung ihrer Berufsarbeit wahr. Sie müssen sich mit anspruchsvollen und kritischen Patienten und Patientinnen auseinandersetzen und empfinden ihre Kompetenzen oft nicht anerkannt und wertgeschätzt. Patienten und Angehörige haben zunehmend Machtinstrumente durch Beschwerden und Internetbewertungen, die den Ruf und somit auch den Patientenzulauf zu einem Krankenhaus beeinflussen. Patientenbeschwerden ziehen dann Sanktionen der Krankenhausleitung gegenüber dem Pflegepersonal nach sich.

Im Gegensatz zur Berufsgruppe des ärztlichen Personals sind Pflegekräfte als Berufsgruppe kaum organisiert, sie setzen sich wenig für die eigenen Interessen ein und haben daher keine Lobby. Versucht man den Grund dafür herauszufinden, stellt man fest, dass sich engagierte Pflegekräfte weiterbilden und in höhere Positionen aufsteigen mit dem Ziel, auf einer anderen Ebene Veränderungen im Bereich der Pflege herbeizuführen. Viele Pflegekräfte, die an der Basis bleiben, resignieren, weil sie keine Chance sehen, als „einfache“ Pflegekräfte etwas an ihrer beruflichen Alltagssituationen verändern zu können. Ökonomische Unternehmensziele treten immer mehr in den Vordergrund und eine Verbesserung der Alltagssituationen zum Beispiel durch Personalaufstockung in der Pflege würde diese Unternehmensziele konterkarieren. Deshalb sehen es Pflegekräfte als aussichtslos an, durch persönliches Engagement diesbezüglich Veränderungen herbeizuführen zu können.

Eine Hoffnung auf Verbesserung der Personalausstattung haben einige der befragten Pflegekräfte an die Ansage des Gesundheitsministers Gröhe der letzten Legislaturperiode geknüpft, dass es zu einer Personalbemessung für Pflegekräfte kommen soll. Seitdem die letzte Personalbemessung 1996 ausgesetzt wurde, gibt es keine Vorgaben, wie viel Pflegepersonal mindestens auf den Stationen eingesetzt werden muss. Dies liegt im Ermessen der Krankenhausträger. Die 2018 in Kraft getretene Bundesregierung hat ein Sofortprogramm für die Pflege angekündigt mit 13000 zusätzlichen Pflegekräften. Setzt man diese Ansage in Beziehung zu der Anzahl von ca. 2000 Krankenhäusern und über 11.000 Pflegeheimen in Deutschland, wird ersichtlich, wie die Verbesserung der Personalausstattung in einem Krankenhaus auf einer normalen Bettenstation aussehen wird. Es bleibt abzu-

warten, ob es, politisch initiiert, zu einer neuen Personalbemessung für Pflegekräfte in den Krankenhäusern kommen wird.

Die alltäglichen Rahmenbedingungen der Arbeit von Pflegekräften, die als herausfordernd wahrgenommen werden, und die Hierarchie- und Machtkonstellationen treffen in den Alltagssituationen der täglichen Berufsarbeit von Pflegekräften zusammen. In der postmodernen Weiterentwicklung der Grounded-Theory-Methodologie geht Clarke davon aus, dass die Situationsbedingungen in den alltäglichen Situationen enthalten sind, „sie sind die Situation“ (vgl. Kap. 4.4.1). Diese Situationen müssen permanent ausgehandelt werden, um die Stabilität in den sich kontinuierlich verändernden Situationsbedingungen zu erhalten. Diese Forschungsarbeit hat sich intensiv damit auseinandergesetzt, wie Pflegekräfte unterschiedliche Alltagssituationen aushandeln. Diese Situationsaushandlungen kann man mit der Tätigkeit eines Jongleurs vergleichen, der unterschiedliche Gegenstände gleichzeitig „am Laufen“ halten und dabei selbst im Gleichgewicht bleiben muss. Pflegekräfte interagieren in ihrer „Jonglage des Stationsalltags“ mit unterschiedlichen Interaktionspartnern der eigenen Berufsgruppe, anderen Berufsgruppen und Patienten und deren Angehörigen. Sie werden dabei mit unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert, die nicht immer kompatibel sind. Dabei müssen sie sich selbst in einer gesunden Balance halten, sowohl physisch als auch psychisch.

In diesen Situationsaushandlungen ist die Zusammenarbeit im Pflorgeteam ein wichtiger Faktor der täglichen Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung. Eine der Herausforderungen ist das unterschiedliche Qualifikationsniveau innerhalb des jeweiligen Pflorgeteams. Je nachdem, wie hoch der Anteil des examinieren Personals ist, werden viele patientennahen Tätigkeiten an das nichtexamierte Personal abgegeben, einschließlich der ärztlich delegierten Aufgaben. Die examinieren Pflegekräfte tragen die Verantwortung für eine fachlich korrekt ausgeführte Patientenversorgung. Sie wissen, dass den nichtexaminieren Kräften pflegerische Handlungskompetenzen und Erfahrung für eine angemessene Patientenversorgung fehlen. Es bleibt oft keine Zeit, die Arbeit der nichtexaminieren Kräfte zu beaufsichtigen bzw. zu überwachen, selbst bei den ärztlich delegierbaren Aufgaben nicht, bei denen die examinieren Pflegekräfte die Durchführungsverantwortung übernehmen. Diese Vorgehensweisen sind im Laufe der Zeit zu Alltagsroutinen geronnen und werden zementiert, zumindest so lange sich daraus keine Probleme ergeben, die für die examinierte Pflegekraft arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Die Verfestigung dieser Alltagsvorgehensweisen vollzieht sich bei vielen Pflege-

kräften unreflektiert, da diese davon ausgehen, diesbezüglich keine Optionen zu haben und es für sie zur Normalität geworden ist.

Aufgrund von Personalmangel wird die Pflege an den meisten Tagen als Funktionspflege organisiert. Das bedeutet, dass die Arbeitsaufgaben in einzelne Teilaufgaben aufgeteilt werden und zum Beispiel eine Person dann bei allen Patienten und Patientinnen der Station die Vitalzeichen misst, eine andere das Essen austellt usw. In der Folge hat jede Pflege(hilfs)kraft nur einen kleinen Ausschnitt von Informationen und Kommunikation mit einem Patienten. Der Patient wird im Laufe einer Schicht von unterschiedlichen Personen aus dem Pflorgeteam „behandelt“. Diese Form der Arbeitsorganisation ist die zeitsparendste Organisationsform der Arbeitsverteilung. Der Nachteil ist jedoch, dass keine Pflegekraft das Gesamtbild der pflegerischen Versorgung zu dem jeweiligen Patienten hat und dass die Einzelinformationen zu Patienten innerhalb des Pflorgeteams nicht zeitnah weitergegeben werden. Bei der Dienstübergabe werden dann Defizite der Patientenversorgung mehr oder weniger deutlich im Austausch der Informationen zu den einzelnen Patienten, und manche Informationen sind bis zur Dienstübergabe nicht mehr präsent.

Möglichkeiten, das Pflegepersonal qualifikations- und kompetenzgerecht einzusetzen, sind im Praxisalltag kaum gegeben. Das führt oft zu Reibungspunkten im Pflorgeteam. Dazu kommt eine unterschiedliche Aufgabenorientierung. Während für manche Pflegekräfte die Patientenorientierung vorrangig ist, sehen andere eine gute Ablauforganisation als vorrangiges Ziel der täglichen Arbeit. Durch die unterschiedlichen Arbeitsorientierungen kommt es zum Konkurrenzdenken und zu Reibereien. Wenn man am Stationsalltag teilnimmt, fällt auf, dass es in den Pflorgeteams teilweise starke Kollegenkritik gibt (in der Regel nicht offen, sondern in deren Abwesenheit) bis hin zum Mobbing.

Innerhalb einer Schicht müssen die anfallenden Aufgaben nach Dringlichkeit geordnet werden. Das erfordert eine hohe Flexibilität und eine Bereitschaft zur permanenten Priorisierung, die nicht bei allen Pflegekräften vorhanden ist. Es ist anstrengend, die Priorität von Aufgaben einzuschätzen und auszuführen. Einfacher ist es, die anfallenden Aufgaben nacheinander abzuarbeiten, was jedoch eine potenzielle Patientengefährdung mit sich zieht. Dies bleibt oft unreflektiert. Auch die Pflegestandards, die als Arbeitsanweisungen auf der Station zu verstehen sind, werden nur unzureichend eingehalten, aus dem Blickwinkel der Pflegekräfte aus Mangel an Zeit zur adäquaten Umsetzung. Auch das kann zur Patientengefährdung führen, wenn zum Beispiel die Regeln der hygienischen Händedesinfektion nicht eingehalten werden, wie im Stationsalltag oft zu beobachten ist.

Eine große Problematik unreflektierter Handlungsweisen im Pflegealltag ergibt sich in Bezug auf die Nachwuchsbildung. Auszubildende im Pflegeberuf werden von den examinieren Pflegekräften der Stationen in den berufsalldäglichen Verrichtungen nicht angemessen angeleitet, sowohl auf die Anleitungszeit bezogen, als auch auf die Qualität der Anleitung. Die Auszubildenden nehmen sich die Handlungsweisen der examinieren Pflegekräfte zum Vorbild und richten ihre Handlungen danach aus. Sie werden einsozialisiert in die praktische Berufsausübung und sind einem gewissen Anpassungsdruck des Pflegeteams ausgesetzt. Hinterfragen sie die Alltagsroutinen kritisch, wird oft signalisiert, dass dies nicht erwünscht ist. So passen sich die auszubildenden Pflegekräfte in kurzer Zeit den Alltagsroutinen des Pflegeteams an und übernehmen mehr oder weniger unreflektiert falsche und teilweise patientengefährdende Vorgehensweisen. Damit werden die Alltagsroutinen weiterhin als Routinen erhalten und nicht mehr als Schwierigkeit wahrgenommen, für die man nach einer Lösung suchen muss.

In den täglichen Situationsaushandlungen mit Patienten und Angehörigen nehmen Pflegekräfte diese zunehmend als kritisch und fordernd wahr. Sie sehen sich daher nicht mehr in der Lage, Patienten und Patientinnen zu deren Zufriedenheit zu versorgen. Die Unzufriedenheit und mangelnde Wertschätzung der pflegerischen Arbeit führt bei Pflegekräften zu Bestrebungen, die Bettenstationen als Arbeitsplatz zu verlassen und in andere Abteilungen zu wechseln, wo sie mehr Anerkennung von Patienten erfahren, zum Beispiel OP oder Intensivstation. Manche Pflegekräfte grenzen sich bewusst (oder unbewusst) ab, indem sie zum Beispiel fordernde Patienten bei einem Klingelruf länger warten lassen oder Angehörige vor der Tür des Stationszimmers eine Zeit lang ignorieren.

Das Ziel pflegerischer Patientenversorgung sollte es unter anderem sein, die Selbstpflegekompetenz von Patienten zu fördern und zu unterstützen. Zeitaufwendige Pflege von Patienten wird durch kompensatorische Übernahme von Pflegeetätigkeiten oder Verzicht auf grundpflegerische Versorgung durch das Pflegepersonal zeitlich gestrafft. Das geht oft an einer ressourcenfördernden Patientenversorgung vorbei. Die Anleitung und Beratung der Patienten zur Gesundheitsförderung und zu prophylaktischen Maßnahmen, die zu den Aufgaben des Pflegepersonals gehören, kann man im Stationsalltag selten beobachten. Auch hier nennen Pflegekräfte mangelnde Zeit- und Personalressourcen als Gründe. Dabei könnten beratende und anleitende Sequenzen mit wenig zusätzlichem Zeitaufwand in die pflegerischen Handlungen bei der grundpflegerischen Versorgung mit einbezogen werden.

Die Situationsaushandlungen mit dem ärztlichen Personal gestalten sich sehr unterschiedlich, werden aber maßgeblich von den Interaktionen des ärztlichen Personals bestimmt. Es ist im Krankenhausalltag kaum noch von Relevanz, ob die Personen der jeweiligen Berufsgruppen männlich oder weiblich sind. Die historische klassische geschlechtsbezogene Rollenverteilung ist heute nicht mehr festzustellen. Es ist eher eine individuelle Haltung, ob es eine Bereitschaft der Zusammenarbeit auf Augenhöhe gibt oder eine deutliche Abgrenzung des ärztlichen Personals „nach unten“. Der ärztliche Habitus führt dennoch dazu, dass (vielleicht auch unbewusst) die eigenen Ziele und Zeitarrangements immer Vorrang haben und teilweise mit Nachdruck durchgesetzt werden. Besonders deutlich wird die Schiefelage der Situationsaushandlungen beim Umgang mit Fehlern. Die Fehler von Pflegekräften werden von ärztlicher Seite oft angeprangert, die Fehler der ärztlichen Berufsgruppe aber oft verschwiegen oder den Pflegekräften zur Last gelegt. Viele Pflegekräfte können oder wollen sich in solchen Situationen nicht argumentativ damit auseinandersetzen.

Auch in Bezug auf andere Berufsgruppen auf der Station gibt es erhebliche Schnittstellenprobleme. Pflegekräfte werden in der Regel dafür verantwortlich gemacht, Aufgaben anderer Berufsgruppen zu kompensieren, wenn diese von den anderen Berufsgruppen aus unterschiedlichen Gründen nicht erfolgen. Zum einen wird ein störungsfreier Stationsablauf in die Verantwortung der Pflegekräfte gelegt, zum anderen gibt es keine klare Aufgabenbeschreibung, was eine Pflegekraft tun muss und was nicht. Durch die Kompensation von unerledigten Aufgaben anderer Berufsgruppen erhöht sich das Aufgabensumme für Pflegekräfte zusätzlich.

Die Jonglage des Stationsalltags beinhaltet auch, selbst in der Balance, d. h. physisch und psychisch im Gleichgewicht zu bleiben. Bezogen auf das Selbstmanagement zeigt die Datenauswertung ein sehr heterogenes Bild auf. Jeder Mensch hat individuell unterschiedliche Widerstandsressourcen, die zur Bewältigung der alltäglichen Herausforderungen zur Verfügung stehen. Dazu gehören neben der individuellen Persönlichkeit auch die Einstellung zum Beruf und die individuelle Wahrnehmung der beruflichen Situationsbedingungen. Die Ausprägung des Selbstbewusstseins spielt eine Rolle, ob eine Person sich positionieren und die eigene Position argumentativ darlegen kann oder bestrebt ist, sich anzupassen. Die eigenen Vorstellungen der Berufsausübung und die persönlichen Wertevorstellungen führen dazu, den Pflegeberuf als einen Job oder als Berufung zu sehen. Diese Haltung zum Beruf wirkt sich auch darauf aus, wie stark die Diskrepanz zwischen normativen Berufsanforderungen, der Berufsrolle im Stationsalltag und den eige-

nen Vorstellungen der Berufsausübung ist. Jeder hat ein Set von Widerstandsressourcen zur Verfügung, mit dieser Diskrepanz mehr oder weniger gut umgehen zu können. Persönliche Berufsauffassungen führen zu unterschiedlichen Aufgabenorientierungen im Stationsalltag: Entweder wird die Patientenorientierung priorisiert oder die Organisation des Stationsablaufs. Da beide Orientierungen nicht gleichzeitig zufriedenstellend erfüllt werden können, tendieren die meisten Pflegekräfte zur Ablauforientierung mit der Konsequenz, dass die patientennahen Tätigkeiten an Nichtfachkräfte delegiert und als fachgerecht erledigt dokumentiert werden.

Es ist mittlerweile gängige Alltagspraxis, Pflegeverrichtungen zu dokumentieren, die von Hilfskräften (mit fraglicher fachgerechter Ausführung) oder gar nicht durchgeführt wurden. Sind zum Beispiel bei den Pflegeprotokollen der hochaufwendigen Pflege nicht alle Verrichtungen als durchgeführt abgezeichnet, gibt es dafür keine finanziellen Erlöse. Oft wird einer Pflegekraft eine nicht vollständig ausgeführte Pflege als persönliches Versagen zur Last gelegt, obwohl andere Pflegekräfte dies auch nicht immer vollständig erfüllen (können), aber „in jedes Kästchen einen Haken“ machen. Der moralische Druck ist hoch, alle Aufgaben normgerecht zu erfüllen, sodass die Hemmschwelle sinkt, pflegerische Verrichtungen abzuzeichnen, die nicht erfüllt wurden, mit der Konsequenz eines mehr oder weniger schlechten Gewissens. Pflegekräfte, die patientenorientiert arbeiten, d. h. möglichst viel Zeit am Patientenbett zu verbringen, um Patienten zu versorgen, werden von den anderen Mitarbeitern des Pflorgeteams oft dafür kritisiert und sind deswegen Konflikten ausgesetzt.

Die traditionelle Berufsrolle ist im Praxisalltag immer noch gehäuft anzutreffen; viele Pflegekräfte reduzieren ihre Arbeit vorrangig auf Arztassistenz. Der Personalabbau der letzten zwanzig Jahre führte zu einer demografischen Alterung der Pflegekräfte, da der Personalabbau durch restriktive Einstellungspraxis frischexaminierter Pflegekräfte vollzogen wurde. Die älteren Pflegekräfte hatten in der eigenen Ausbildung noch eine stärkere Ausrichtung auf die Arztassistenz und viele halten an der traditionellen Berufsausübung einschließlich der Anrede „Schwester“ fest.

Die Situationsaushandlungen sind individuelle Vorgänge, die bei jeder Person anders verlaufen aufgrund der individuellen Wahrnehmung und Deutung der Situationen. Es bilden sich längerfristige Denk- und Handlungsmuster aus, die in der Datenanalyse unter zwei Gesichtspunkten (Merkmalsausprägungen) kategorisiert wurden: Einerseits werden die Situationsaushandlungen maßgeblich beeinflusst davon, wie groß die Diskrepanz

zwischen der Berufsrolle in der Praxis und dem eigenen beruflichen Selbstverständnis ist, hier bezeichnet als „Identifikation mit der Praxis-Berufsrolle“. Andererseits ist die Selbsteinschätzung bedeutsam, ob man mit dem, was man tut, etwas bewirken kann. Aus diesen beiden Merkmalsausprägungen wurden vier Pflegekraft-Typen beschrieben.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auf, dass die alltäglichen Situationsaushandlungen teilweise unreflektiert als Routinen abgearbeitet und andere als kaum zu bewältigen oder unlösbar hingenommen werden. Das hat Auswirkungen auf die Berufsmotivation, auf die Belastbarkeit und auf die Entscheidung des Verbleibs oder des Ausstiegs aus dem jeweiligen Bereich oder auch aus dem Beruf. Viele Situationsaushandlungen haben auch unmittelbaren Einfluss auf das Patientenwohl und Patientengefährdung.

Um das eingangs beschriebene Phänomen des beruflichen Alltags von Pflegekräften zu erforschen, ist aus meiner Sicht die GTM die geeignete Vorgehensweise für diese Fragestellung. Die Gratwanderungen zwischen der Nähe zum Forschungsfeld und der analytisch notwendigen Abstraktion im Forschungsprozess habe ich bereits im Methodenteil offengelegt, ebenso die Suche nach einem geeigneten Instrumentarium, um die permanenten Veränderungsprozesse und die Komplexität dieses Phänomens zu erfassen, denn gerade diese beiden Aspekte waren in der Datenanalyse schwer zu bewältigen.

Die Datenanalyse und Ergebnisdarstellung nehmen stringent den Blickwinkel der Pflegekräfte ein. Warum diese Fokussierung? Basierend auf den theoretischen Vorannahmen, dass es keine allgemeingültige Wirklichkeit gibt, sondern diese eine individuelle Interpretationsleistung darstellt, wird deutlich, dass Pflegekräfte ihren Berufsalltag auf eine bestimmte Art und Weise betrachten. Alles, was sie in den Alltagssituationen wahrnehmen, ist für sie Realität; somit sind auch die sich für sie ergebenden Konsequenzen real.

Will man Veränderungsprozesse im Pflegealltag einleiten, um eine fachgerechte und sichere Pflege zu ermöglichen, und will man bewirken, dass sich Pflegekräfte nicht nach kurzer Zeit wieder aus dem Arbeitsbereich der bettenführenden Stationen des Krankenhauses verabschieden, dann muss man versuchen zu verstehen, was den Berufsalltag für Pflegekräfte herausfordernd und belastend macht. Wenn man will, dass Pflegekräfte ihren Beruf gerne ausüben und nicht jeden Tag nach Hause gehen mit dem Gefühl, etwas Wichtiges vergessen zu haben oder abends nicht mehr mit gutem Gewissen in den Spiegel schauen können; wenn man will, dass sie nicht nur auf das Notwendigste reagieren, sondern ihren Berufsalltag mitgestalten; wenn man will, dass Pflegekräfte sich und ihre

Arbeit wieder wertgeschätzt fühlen und sich im Krankenhaus nicht wie auf der untersten Hierarchiestufe vorkommen, dann muss man ihren Berufsalltag im Krankenhaus aus ihrem Blickwinkel betrachten, um zu verstehen, wo „der Schuh drückt“. Erst dann kann man nach meiner Einschätzung die richtigen Hebel ansetzen, um wirksame Veränderungen herbeizuführen.

Zurückliegend gab es immer wieder Bekundungen, insbesondere von politischer Seite, in der Pflege etwas zu verändern. Doch bisher wurden nach meiner Einschätzung die Hebel oft nicht an der richtigen Stelle angesetzt, sodass es zu keinen spürbaren Verbesserungen im Berufsalltag von Pflegekräften kam, sondern eher zur Verschärfung von Alltagssituationen.

Welche Bedeutung haben die Ergebnisse für den Pflegeberuf bzw. welche Erkenntnisse kann man daraus gewinnen und wie könnten diese im Ausblick auf die nächsten Jahre zu einer positiven Berufsentwicklung beitragen?

Die Einblicke in die soziale Welt der Pflege zeigen die Innenperspektive auf. Sie ermöglichen einen Blick auf das, was Pflegekräften den Berufsalltag erschwert. Mit diesen Erkenntnissen könnte man Veränderungen herbeiführen, die den Pflegeberuf wieder attraktiver machen und die Qualität der Pflege am Patientenbett verbessern. Dazu ist es notwendig, Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen anzustoßen. Viele Pflegekräfte haben ihren Stellenanteil reduziert oder sind ganz aus der Krankenhauspflege ausgestiegen, weil sie den Berufsalltag so nicht mehr aushalten können. Dabei würden viele von ihnen gerne in der Pflege arbeiten, wenn die Alltagssituationen gut zu ertragen wären. Es ist unbestritten, dass es in den Krankenhäusern eine bessere Pflegepersonalausstattung geben muss. Eine politische Sofortmaßnahme von 13000 zusätzlichen Pflegekräften geht vermutlich zugunsten von Pflegeheimen am Krankenhaussektor vorbei. Eine vorgegebene Personalbemessung bzw. Untergrenzen der Personalausstattung wären aus meiner Sicht hilfreich, und zwar nicht nur für die „sensiblen Bereiche“ des Nachtdienstes und den Intensivstationen, sondern generell für alle Stationen eines Krankenhauses. In dieser Personalbemessung müssen unterschiedliche Faktoren berücksichtigt werden, sowohl die unterschiedlichen arbeitsverdichtenden Situationsbedingungen als auch die Berufsentwicklung und die spezifischen Aufgabenbereiche des Pflegepersonals. Ziel sollte sein, die Arbeitsbedingungen so zu verändern, dass Pflegekräfte wieder gerne ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Aus den vielen Gesprächen mit Pflegekräften geht hervor, dass die

Bereitschaft vorhanden ist, bei veränderten Bedingungen wieder als Pflegekraft im Krankenhaus zu arbeiten, denn für viele ist es nach wie vor der Beruf, den sie gerne ausüben.

Was könnte an den alltäglichen Situationsbedingungen außerdem verändert werden? „Wir können den Wind nicht ändern“ heißt: Die gesellschaftlichen Prozesse zum Beispiel des demografischen Wandels oder der Digitalisierung werden wir nicht aufhalten, „aber wir können die Segel anders setzen“. Da sind sowohl die Pflegekräfte selbst als auch die Träger der Krankenhäuser und die Politiker gefragt. Es sind vermutlich viele kleine Stell-schrauben, die das „Segel“ in Bewegung bringen. Neben einer besseren Personalausstattung wäre eine klare Aufgabenbeschreibung sinnvoll, was zu den Aufgaben einer Pflegekraft gehört und was nicht. Pflegekräfte sollten nicht dauernd Aufgaben anderer Berufsgruppen kompensieren müssen und für Fehler anderer Berufsgruppen verantwortlich gemacht werden. Die Ökonomisierung im Krankenhaussektor ist vermutlich nicht umkehrbar, aber man könnte darüber nachdenken, ob ein erlösorientiertes Vergütungssystem die richtigen Anreize zu einer qualitativen Patientenversorgung setzt. Die Pflegekräfte sollten im Praxisalltag ihre Pflegefachexpertise in die Kommunikation zwischen pflegerischer und ärztlicher Berufsgruppe einbringen können und ihre Interessen in der Krankenhausleitung wieder von der Pflegedirektion vertreten sehen.

Eine bessere Entlohnung von Pflegekräften wäre angemessen für das, was sie leisten, trägt meiner Einschätzung nach aber nur unwesentlich zur Attraktivitätssteigerung des Berufsstandes bei. Viele Pflegekräfte verzichten schon jetzt lieber auf einen Teil des Gehaltes durch eine Stellenreduktion, als sich permanent überfordert zu fühlen. Es muss möglich sein, den Berufsalltag zu leben und die geforderten Aufgaben fachgerecht zu erfüllen, ohne jeden Tag mit Gewissensbissen nach Hause zu gehen.

Pflegekräfte sollten durch eine angemessene Personalausstattung die Möglichkeit bekommen, patientenorientiert zu arbeiten und nicht nur ablauforientiert. Für ein ablauforientiertes Arbeiten bräuchte man nicht unbedingt ausgebildete Pflegefachkräfte, sondern könnte jemanden mit einer Einführung und einer Checkliste die anstehenden Arbeiten abarbeiten lassen. Die Handlungskompetenz von examinierten Pflegekräften geht weit darüber hinaus, kann aus Mangel an Zeit jedoch im Stationsalltag oft nicht eingebracht werden. Pflegearbeit sollte anders organisiert werden. Eine ganzheitliche Beziehungspflege muss das Ziel sein. Wenn Zeit da ist für Patientenberatung und Anleitung zur Selbstpflege, würden Pflegekräfte auch von den Patienten anders wahrgenommen, nicht nur als „Töpfeschwenker“. Auch auf der organisationalen Ebene des Krankenhauses sind

unterschiedliche Veränderungen möglich, um Pflegekräfte und ihre Fachexpertise anzuerkennen und wertschätzend in die Krankenhausabläufe zu integrieren.

Persönlich verbinde ich mit den Ergebnissen aus dieser Forschungsarbeit den Wunsch, dass durch die Offenlegung der Situationsbedingungen und der Aushandlungsprozesse eine höhere Sensibilität und Reflexion des Berufsalltags bei Pflegekräften herbeigeführt werden kann, das berufliche Selbstbewusstsein gestärkt wird und falsche zur Routine gewordene Aushandlungsprozesse erkannt und verändert werden. Außerdem habe ich die Hoffnung, dass die Arbeitsbedingungen sich auf den bettenführenden Stationen der Krankenhäuser so verändern, dass Pflegekräfte wieder gerne dort arbeiten und „Aussteiger“ wieder zurückkehren. Alle am Gesundheitswesen beteiligten Akteure in Politik und Gesellschaft sind gefordert, die Strukturen und Rahmenbedingungen für den Pflegeberuf grundlegend zu verändern. Die Gesundheits- und Krankenpflege muss wieder das werden, weshalb Pflegende sie erlernt haben: ein anspruchsvoller, oft herausfordernder, aber bei passenden Rahmenbedingungen auch erfüllender Beruf mit Zukunft.

## 8 Literaturverzeichnis

Abels, Heinz (2009): Einführung in die Soziologie. Band 2: Die Individuen in ihrer Gesellschaft. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Amtsblatt der Europäischen Union (2013) (Hrsg.): Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates. Blatt: L 354/132 DE. Online verfügbar unter [http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Richtlinien\\_der\\_EU/Aenderung\\_RL\\_2005\\_36EG\\_2013\\_11\\_20\\_RL\\_2013\\_55EU.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Richtlinien_der_EU/Aenderung_RL_2005_36EG_2013_11_20_RL_2013_55EU.pdf). Zugegriffen am 3.05.2018

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag

Bartholomeyczik, Sabine (1992): Zum Verständnis von Gesundheit und seinem Einfluss auf die Pflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 30, Heft 12, S. 826–830  
Stuttgart: Kohlhammer

Behrens, Johann; Görres, Stefan; Schaeffer, Doris; Bartholomeyczik, Sabine; Stemmer, Renate (2012) (Hrsg.): Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Online verfügbar unter [http://www.dpo-rlp.de/agenda\\_pflegeforschung.pdf](http://www.dpo-rlp.de/agenda_pflegeforschung.pdf). Zugegriffen am 21.02.2018

Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (2003) [1966]: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. 19. Auflage. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag

BiB 2018: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Demografieportal des Bundes und der Länder. Online verfügbar unter [https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung\\_ueber65\\_ueber80.html](https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung_ueber65_ueber80.html). Zugegriffen am 20.02.2018

Bickel, Horst (2016): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt 1. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.) Berlin. Online verfügbar unter [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf). Zugegriffen am 20.02.2018

Bischoff-Wanner, Claudia (2011): Pflege im historischen Vergleich. In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft (S. 19–36). Juventa: Weinheim und München

BKK Gesundheitsatlas 2017. Online verfügbar unter <https://www.presseportal.de/pm/107789/3676913>. Zugegriffen am 5.02.2018

Blumer, Herbert (1981) [1969]: Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd.1. S. 80–146. Reinbek: Rowohlt

BMG / Bundesministerium für Gesundheit (2017) (Hrsg.): Pressemitteilung Nr. 17 Stärkung der Pflege im Krankenhaus. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Koalitionsfraktionen und Länder verständigen sich auf die Einführung von Personaluntergrenzen. Online verfügbar unter

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/pflegepersonal-im-krankenhaus/?L=0>. Zugegriffen am 5.02.2018

- BMJV (2003): Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH. Online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/krfpflg\\_2004/BJNR144210003.html](https://www.gesetze-im-internet.de/krfpflg_2004/BJNR144210003.html). Zugegriffen am 20.02.2018
- Bourdieu, Pierre (1979): Entwurf einer Theorie der Praxis: auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft. Suhrkamp taschenbuch wissenschaft 291. Berlin: Suhrkamp
- Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hrsg.): Soziale Ungleichheit (S. 183–198). Göttingen: Schwartz
- Bourdieu, Pierre (1992): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Schriften zu Politik & Kultur 1. Herausgegeben von Margareta Steinrück. Hamburg: VSA-Verlag
- Bourdieu, Pierre (1993): Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft. Suhrkamp taschenbuch wissenschaft. Berlin: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1998): Vom Gebrauch der Wissenschaft: Für eine klinische Soziologie von der Wissenschaft des Feldes. Konstanz: UVK.
- Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loic J. D. (1996): Reflexive Anthropologie. Suhrkamp taschenbuch wissenschaft. Berlin: Suhrkamp
- Braun, Bernhard; Klink, Sebastian; Müller, Rolf (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 15, H. 1, S. 5–19. Online verfügbar unter <http://dgpfliegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/07/PG-1-2010.pdf>. Zugegriffen am 5.02.2018
- Breuer, Franz (2010): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- Breuer, Franz; Muckel, Petra; Dieris, Barbara (2018): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. 3. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Bundesgesetzblatt (2002): Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) Teil I Nr. 27. Bonn: Bundesanzeiger Verlag. Online verfügbar unter [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl102s1412.pdf%27%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl102s1412.pdf%27%5D\\_1528902482388](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl102s1412.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl102s1412.pdf%27%5D_1528902482388) Zugegriffen am 20.02.2018
- Bundesgesetzblatt Teil 1 (2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) Bonn: Bundesanzeiger Verlag. Online verfügbar unter [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D\\_1528902764938](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D_1528902764938) Zugegriffen am 2.03.2018

- Busse, Reinhard (2015): Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal und Patientenoutcomes? Ergebnisse der RN4Cast-Studie. Hrsg: FG Management im Gesundheitswesen. Technische Universität Berlin. Online verfügbar unter [https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg\\_2015.01.21.rb\\_RN4Cast-web.pdf](https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf). Zugegriffen am 23.02.2018
- Busse, Reinhard; Blümel, Miriam; Zander, Britta (o.J.) RN4CAST Nurse Forecasting: Prognosemodelle zur quantitativen und qualitativen Bedarfsplanung von Krankenpflegekräften. Online verfügbar unter: [https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/papers/Pr\\_sentation\\_RN4Cast\\_AKTUELL.pdf](https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/papers/Pr_sentation_RN4Cast_AKTUELL.pdf) Zugegriffen am 20.02.2018
- Charmaz, Kathy C. (2011): Den Standpunkt verändern: Methoden der konstruktivistischen Grounded Theory. In Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Grounded Theory Reader. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage (S. 181–205), Wiesbaden: VS Verlag
- Clarke, Adele E. (2012): Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem Postmodern Turn. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien.
- DBfK / Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (2014) (Hrsg.): Kompensation von Personalausfällen in der Pflege. Ein Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflege im Krankenhaus. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/expertengruppen/pflege-im-krankenhaus/BAG-PiK-Kompensation.pdf>. Zugegriffen am 3.02.2018
- DBfK / Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (2015): Einführung und Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) zur Abrechnung des OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege“. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/shop/artikel/Handreichung-PKMS.php> Zugegriffen am 3.02.2018
- DBfK (o.J.) Pflegekammer. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php>. Zugegriffen am 2.02.2018
- DEKV (2017): Auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus. Empfehlungspapier. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (Hrsg.). Online verfügbar unter [http://www.dekv.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Internet/DEKV-Empfehlungspapier\\_Demenssensibles\\_Krankenhaus.pdf](http://www.dekv.de/fileadmin/user_upload/downloads/Internet/DEKV-Empfehlungspapier_Demenssensibles_Krankenhaus.pdf). Zugegriffen am 12.02.2018
- DESTATIS (2017): Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html>. Zugegriffen am 12.02.2018
- DESTATIS (2017): Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung/Soziales/Gesundheit/Krankenhausbetten.html>. Zugegriffen am 12.02.2018
- Deutsches Ärzteblatt (3/2015) Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal: Möglichkeiten und Grenzen. Online verfügbar unter

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/167261/Delegation-aerztlicher-Leistungen-an-nichtaerztliches-Personal-Moeglichkeiten-und-Grenzen>. Zugegriffen am 5.03.2018

Dewey, John (1935): *Art as experience*, New York: Minton, Balch.

Dewey, John (2002) [1910]: *Wie wir denken*. Zürich: Verlag Pestalozzianum

Dewey, John (2004): *Erfahrung, Erkenntnis und Wert*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Fuchs-Heinritz, Werner; König, Alexandra (2011): *Pierre Bourdieu. Eine Einführung*. 2. Auflage. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Goffman, Erving (2003): *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper

Hildenbrand, Bruno (1998). Vorwort. In: L. A. Strauss, *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. 2. Auflage (S. 11–17), München: Wilhelm Fink Verlag

Isfort, Michael.; Klostermann, Jutta.; Gehlen, Danny., Siegling, Bianca. (2014): *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Herausgegeben von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>. Zugegriffen am 6.02.2018

Isfort, Michael; Weidner, Frank; Neuhaus, Andrea; Kraus, Sebastian; Köster, Veit-Henning; Gehlen, Danny (2010): *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Herausgegeben von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>. Zugegriffen am 21.02.2018

Joas, Hans (1992): *Von der Philosophie des Pragmatismus zu einer soziologischen Forschungstradition*. In: Joas, H. (Hrsg.): *Pragmatismus und Gesellschaftstheorie* (S. 23–65). Frankfurt am Main: Suhrkamp

Keller, Reiner (2012): *Das interpretative Paradigma. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS

Kersting, Karin (2016): *„Coolout“ in der Pflege: eine Studie zur moralischen Desensibilisierung*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag Wissenschaft

Koepfen, Julia; Zander, Britta; Busse, Reinhard (2017) *Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland*. Hrsg.: FG Management im Gesundheitswesen. Technische Universität Berlin. Vortrag anlässlich des Pflegekongresses am 21.01.2017 in Berlin. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2017/dokumente/presentationen/Koepfen-Julia---Nurse-Forecasting-zur-quantitativen-und-qualitativen-Bedarfsplanung.pdf>. Zugegriffen am 2.05.2018

- Krankenhaus Rating Report (2017): Strukturfonds bringt Dynamik in deutsche Krankenhaushauslandschaft. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). Online verfügbar unter <http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/283/>. Zugegriffen am 8.02.2018
- Legewie, Heiner (o. J.): 10. Vorlesung. Diagnostik Sozialer Welten und Systeme. Technische Universität Berlin. Online verfügbar unter [http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung\\_10.pdf](http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_10.pdf). Zugegriffen am 20.02.2018
- Legewie, Heiner; Schervier-Legewie, Barbara (2004): „Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen“. Anselm Strauss im Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 5(3), Art. 22. Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0403222>
- Legewie, Heiner; Schervier-Legewie, Barbara (2011): „Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen.“ Anselm L. Strauss im Gespräch mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie. In Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Grounded Theory Reader (2. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 69–78). Wiesbaden: VS Verlag.
- Mead, George Herbert (1969) [1956]: Sozialpsychologie. Herausgegeben von Anselm Strauss. Neuwied: Luchterhand
- Mey, Günter; Mruck, Katja (2011) (Hrsg.): Grounded Theory Reader. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag
- Oelke, Uta (2003): „An sich selbst zu denken, ist schlechte Gewohnheit ...“ Von der Schwesternerziehung zur Pflegepädagogik. In: Pflegemagazin. Zeitschrift für den gesamten Pflegebereich. 4. Jahrgang, Heft 2, Juventa Verlag: Weinheim, S. 10–15
- RN4CAST: Nurse Forecasting: Prognosemodelle zur quantitativen und qualitativen Bedarfsplanung von Krankenpflegekräften (2015): Technische Universität Berlin Fakultät Wirtschaft & Management (Hrsg.). Online verfügbar unter [https://www.mig.tu-berlin.de/menue/research/aktuelle\\_projekte/rn4cast/](https://www.mig.tu-berlin.de/menue/research/aktuelle_projekte/rn4cast/)
- Robert-Bosch-Stiftung (1992) (Hrsg.): Pflege braucht Eliten: Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher-Verlag
- Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (2011) Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Handbuch Pflegewissenschaft. (Hrsg. Schaeffer/Wingenfeld) Neuausgabe S. 9-15 (1. Aufl. 2000) Weinheim und München: Juventa Verlag
- Schwingel, Markus (2011): Pierre Bourdieu zur Einführung. Hamburg: Junius
- Simon, Michael (2015): Hochschule Hannover (Hrsg.): Unterbesetzung und Personal-mehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Online verfügbar unter <http://www.deutscher-pflegerat.de/>

Fachinformationen/Simon-2015-Unterbesetzung-und-Personalmehrbedarf-im-Pflegedienst-2.pdf

Simon; Michael; Mehmecke, Sandra (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Working Paper Forschungsförderung Nummer 027. Düsseldorf, Hans Böckler Stiftung. Online verfügbar unter [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_WP\\_027\\_2017.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf)

Soeffner, Hans-Georg (1991) Trajektory – das geplante Fragment. Die Kritik der empirischen Vernunft bei Anselm Strauss. BIOS. Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History, 4 (1), S. 1–12. Leverkusen: Leske + Budrich

Soeffner, Hans-Georg (2004): Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?__blob=publicationFile). Zugegriffen am 20.02.2018

Strauss, Anselm L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. 2. Auflage, München: Wilhelm Fink Verlag

Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union

Strübing, Jörg (2007): Anselm Strauss. Konstanz: UVK

Strübing; Jörg (2014): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils. 3. Auflage, Wiesbaden: Springer VS

Thieme (2015): I care Pflege. Hrsg.: Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Thomas, William Isaac (1965): Person und Sozialverhalten. Hrsg. von E. H. Volkart. Neuwied am Rhein: Luchterhand

Thomas, William Isaac; Znaniecki, Florian (2004): Methodologische Vorbemerkung. In: J. Strübing & B. Schnettler (Hrsg.): Methodologie interpretativer Sozialforschung. Klassische Grundlagentexte (S. 245–264), Konstanz: UVK

Veith, Annegret (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Reihe Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Verdi (2015): Krankenhäuser nachts zum Teil gefährlich unterbesetzt. Bundesweiter „Nachtdienstcheck“. Online verfügbar unter <http://gesundheit-soziales-bb.verdi.de/themen/nachrichten/++co++c287481c-cc8f-11e4-8bfc-525400a933ef>. Zugegriffen am 12.02.2018

Weber, Max (1968) [1904]: Die Objektivität sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, 3. Auflage (S. 146–214), Tübingen: Mohr

Weber, Max (1980) [1921]: Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriß der verstehenden Soziologie. Besorgt von Johannes Winkelmann, 5. revidierte Ausgabe. Tübingen: Mohr