Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Gerontologie
an der Fakultät für Verhaltens- und
Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Titel der Dissertation

„Und trotzdem möchte ich nichts Anderes tun“
Die kognitive Repräsentation des Pflegeberufs bei Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege

vorgelegt von
Gabriele Ensink

Jahr der Einreichung
2014

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler
Berater: Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse

„Vergesst nicht,

früher oder später kriegen wir euch alle!“

(Altenpflegeklasse der Helen-Keller-Schule Weinheim (Jahrgang 1997 – 2000),
Motto ihrer Abschlussfeier)

Gewidmet meinen Altenpflegeschülern des Jahrgangs 1997 – 2000, stellvertretend für alle Pflegefachkräfte, die in der Altenpflege ihre wertvolle Arbeit tun.

Danksagung

Zum Gelingen dieser Arbeit hat, in vielfältiger Weise, eine Vielzahl an Personen beigetragen, denen ich an dieser Stelle danken möchte.

An erster Stelle sei hier Herr Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse genannt. Er hat es mir ermöglicht am Institut für Gerontologie zu promovieren. Seine Unterstützung, seine Anregungen, aber vor allem sein Vertrauen und die Wertschätzung, die er mir und meinem Vorhaben entgegengebracht hat, haben mich in besonderer Weise ermutigt.
Desgleichen danke ich sehr herzlich Herrn Prof. Dr. Hartmut Remmers, der nicht nur das Zweitgutachten übernommen hat, sondern auch in der Forschungsphase für mich zu erreichen war, wenn ich Rat benötigte.

Ganz besonders möchte ich den Pflegefachkräften danken, die sich für die Interviews bereit erklärt haben. Diese Bereitschaft und ihre Offenheit in den Interviews hat diese Arbeit erst möglich gemacht. Daneben waren diese Gespräche auch eine persönliche Bereicherung. Ich habe beeindruckende Menschen kennen gelernt.

Mein Dank gilt außerdem dem Altenpfleger Herrn Sebastian Ritzi und der Wissenschaftlerin und Kollegin Frau Dr. Judith Schoch. Beide waren bei der Konsensvalidierung der Kategorienbildung eine große Unterstützung und haben dafür viel Zeit geopfert. Frau Dr. Judith Schoch war zudem stets bereit, meine Ansprechpartnerin für wissenschaftliche Diskussionen zu sein. Auch hat sie mich immer wieder emotional unterstützt, wenn mir mein Ziel unerreichbar schien. Sie hat damit einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen meiner Promotion beigetragen.
Auch der Gerontologin Frau Christine Stolla gilt mein großer Dank. Im Umgang mit Computern liegen leider nicht meine größten Fähigkeiten. Sie hat mir dennoch mit unendlicher Geduld den Umgang mit SPSS beigebracht.

Zu guter Letzt danke ich meiner Frau Uschi. Sie hat mich in vielfältiger Weise emotional und praktisch unterstützt. Ohne sie hätte ich nicht den Mut und das Durchhaltevermögen gehabt, das ein Promotionsvorhaben erfordert.

Inhalt

Inhalt 4
1. Einführung 9
2. Alter und Gesellschaft im demographischen Wandel 18
2.1 Demographische Entwicklung und Pflegebedarf 18
2.2 Alter und Altersbilder in der Gesellschaft 23
2.3 Altersbilder in der Pflege 26
3. Entwicklung des Berufsfeldes der stationären Altenpflege 31
3.1 Entwicklung des Berufes der Altenpflegefachkraft 32
3.2 Gesetzliche Regelungen der Ausbildungen und Anforderungen an die Auszubildenden 38
3.3 Die Realität der Ausbildungsbedingungen in der Altenpflege 44
4. Arbeiten im Berufsfeld stationäre Altenpflege 48
4.1 Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege 48
4.2 Wertschätzung der Pflegefachkräfte im Berufsfeld Altenpflege 56
4.3 Pflegekompetenz und Berufserfahrung 63
4.4 Berufsverbleib 67
4.5 Effekte beruflicher Belastungen 71
4.5.1 Stress und Burnout 71
4.5.2 Gesellschaftliche Werte und moralische Integrität im Altenpflegeberuf 80
4.6 Der Blick von der anderen Seite – Was trägt zur Gesunderhaltung bei ... 84
4.6.1 Salutogenese 84
4.6.2 Motivierung und Flow-Erleben 87
4.6.3 Vertrauen 89
5. Methodik und Vorgehen 92
5.1 Forschungsdesign 93
5.2 Erhebungsmethode und Fragestellung 93
5.2.1 Problemzentrierte Interviews 94
5.2.2 Pilottest 95
5.2.3 Begleitender Fragebogen zur allgemeinen Lebenssituation 96
5.2.4 Der NEO FFI als begleitender Test 97

5.3 Auswahlkriterien für die Teilnehmergruppen und Vorstellung der Teilnehmer ... 99
5.4 Methode der Analyse ... 118
5.4.1 Transkription ... 119
5.4.2 Kategoriengewinnung ... 120
6. Analyse und Erläuterung der Ergebnisse ... 124
6.1 Die Ergebnisse des NEO FFI ... 126
6.2 Berufliche Entwicklung ... 128
6.2.1 Soziale Motivation ... 128
6.2.2 Langzeitpflege erfordert besondere Fähigkeiten ... 130
6.2.3 Weiterbildung ist für die berufliche Weiterentwicklung bedeutsam ... 133
6.2.4 Mangelnde Unterstützung bei Weiterbildungen ... 136
6.3 Ausbildung ... 138
6.3.1 Moralische Integrität als Grundlage beruflicher Eignung ... 138
6.3.2 Gutes medizinisches Grundwissen ist für das tägliche pflegerische Handeln hilfreich ... 141
6.3.3 Theoretisch fundiertes pflegerisches Wissen erleichtert das tägliche pflegerische Handeln ... 144
6.3.4 Mangelhafte Unterstützung der Altenpflegeschüler/innen in der theoretischen und / oder praktischen Ausbildung ... 146
6.3.5 Engagierte Praxisanleitung hilft zukünftigen Pflegekräften Selbstvertrauen zu entwickeln ... 153
6.4 Bedeutung des Berufs heute ... 155
6.4.1 Identifikation mit dem Pflegeberuf ... 156
6.4.2 Positive Grundeinstellung versus Hoffnungslose Grundeinstellung ... 159
6.4.3 Pflege benötigt Altruismus ... 163
6.4.4 Pflege hat sich positiv entwickelt ... 165
6.5 Rahmenbedingungen ... 168
6.5.1 Unglücklich durch Rahmenbedingungen ... 168
6.5.2 Rahmenbedingungen müssen Entscheidungsfreiheit in der Pflege ermöglichen ... 172
6.5.3 Individuelle Pflege und Autonomie der zu Pflegenden im Hinblick auf die Rahmenbedingungen ... 174
6.5.4 Stressfaktor Zeitdruck in der Pflege ... 178

6.5.5 Stressfaktor mangelnde Einarbeitung 183
6.5.6 Stressfaktor Pflegedokumentation versus Pflegedokumentation ist nützlich 186
6.5.7 Stressfaktor Arbeitsunterbrechungen 192
6.5.8 Stressfaktor Arbeitszeiten 194
6.5.9 Stressfaktor Interrollenkonflikte 199
6.5.10 Stressfaktor gesetzliche Bestimmungen 203
6.5.11 Stressfaktor interne und externe Qualitätskontrollen 209
6.5.12 Persönliche Rahmenbedingungen 213
6.6 Wert von Pflege 218
6.6.1 Gute Pflege 219
6.6.2 Einsicht in den therapeutischen Wert von Pflege entwickelt sich erst mit der Berufserfahrung 228
6.6.3 Pflege hat einen therapeutischen Wert 228
6.6.4 Langzeitpflege ist lebendig 232
6.6.5 Krankenhausaufenthalte sind für (pflegebedürftige) alte Menschen oft gleichbedeutend mit pflegerischem Rückschritt 234
6.6.6 Erfolgreiche Pflege ist eine Kunst 237
6.7 Nähe und Distanz 239
6.7.1 Krankenhauspflege ist distanziert 240
6.7.2 Langzeitpflege erfordert die Fähigkeit zu Nähe und Distanz 242
6.7.3 Umgangsformen in der Pflege 247
6.8 Berufliches Selbstbewusstsein und Image der Pflege 251
6.8.1 In der Bevölkerung ist das Handlungsfeld der (Alten-) Pflege nicht bekannt 251
6.8.2 Mangelhafte Vergütung zeugt von mangelnder Wertschätzung des Altenpflegeberufs durch die Gesellschaft 256
6.8.3 Kontrollen von außen und die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen haben Auswirkungen auf das Image der Altenpflege in der Öffentlichkeit 266
6.8.4 Die häufige Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen ist bemerkenswert 269
6.8.5 Mangelndes pflegerisches Selbstvertrauen versus Vertrauen in die eigenen pflegerischen Fähigkeiten 272

6.8.6 Pflege ist heute selbstbewusster 276
6.9 Zusammenarbeit 279
6.9.1 Hierarchie in der Altenpflege 280
6.9.2 Verhalten von Mitarbeitern gegenüber Vorgesetzten 286
6.9.3 Zusammenhalt innerhalb des Teams 289
6.9.4 Kleine Veränderungen verändern das ganze System 294
6.9.5 Um die Pflege weiter entwickeln zu können, muss die Rolle der Wohnbereichsleitung für alle klar sein und akzeptiert werden 296
6.9.6 Manchmal muss man Kompromisse eingehen, um das Ziel zu erreichen 302
6.9.7 Umgang mit negativer Grundstimmung von Mitarbeitern im Pflegeteam 304
6.9.8 Es kann notwendig sein, sich von Kollegen mit schadender Haltung wieder zu trennen 308
6.9.9 Empfinden von erlebten Abwertungen in der Pflege 310
6.9.10 Austausch über positive Erlebnisse in der Arbeit ist wichtig 313
6.10 Umgang mit Belastungen 314
6.10.1 Moralische Integrität als Grundlage innerer Ruhe 316
6.10.2 Konzentration auf die aktuelle Situation ist entlastend 323
6.10.3 Belastende Rahmenbedingungen wirken sich auf das Wohlbefinden Pflegender aus 326
6.10.4 Berufserfahrung unterstützt Problemlösungen 331
6.10.5 Langzeitpflege erfordert Flexibilität 335
6.10.6 (Langzeit-) Pflege erfordert Fähigkeiten zur Selbstdistanzierung 338
6.10.7 Echtes Interesse an der Berufsgruppe der Pflegenden 341
6.10.8 Kultur positiver Rückmeldung entwickeln 345
6.10.9 Bewohner und Angehörige beteiligen sich gerne an einer Kultur positiver Rückmeldung 350
6.10.10 Selbstmitleid ist ein ausgeprägtes Phänomen in der Pflege 354
6.11 Glücklich im Beruf 357
6.11.1 Lebendigkeit ist die Essenz der Zufriedenheit 359
6.11.2 Gute Rahmenbedingungen 363
6.11.3 Man muss im persönlich richtigen Arbeitsfeld arbeiten, um im Pflegeberuf glücklich zu werden 366

6.11.4 Vorgesetzte sollten auf ein persönlich richtiges Arbeitsfeld der Mitarbeiter achten. ... 369
6.11.5 Pflege benötigt Freiraum ... 372
6.11.6 Vertrauen in die Pflegeperson ... 374
6.11.7 Austausch mit anderen und Supervision als entlastende Methode in der Langzeitpflege ... 377
6.11.8 Festhalten an ethischen Werten und/oder Spiritualität als Ausgleich 383
6.11.9 Humor in der Pflege ... 386
6.11.10 Der Pflegeberuf ist der beste Beruf ... 388
7. Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse ... 392
7.1 Kurzfassung der Ergebnisse ... 392
7.2 Diskussion ... 411
8. Fazit und Ausblick ... 432
9. Quellenverzeichnis ... 437
9.1 Verzeichnis der Literatur und Internetquellen ... 437
9.2 Abbildungsverzeichnis ... 455
9.2.1 Grafiken ... 455
9.2.2 Tabellenverzeichnis ... 460
9.3 Abkürzungsverzeichnis ... 460
10. Anhang ... 462
10.1 Fragebogen zu demografischen Daten ... 462
10.2 Leitfragen: Narratives Interview ... 464
10.3 Kodierleitfaden ... 465
10.4 Modell: Kriterien guter Pflege ... 509
10.5 Modell: Gelingender, wertschätzender Führungsstil ... 510
10.6 Modell: Moralische Integrität pflegender Fachkräfte als Grundlage beruflicher Zufriedenheit ... 511
10.7 Erklärung ... 512

1. Einführung

In Verbindung mit den gesellschaftlichen Auswirkungen des demografischen Wandels wird in den Medien über den zunehmenden Bedarf von Pflegefachkräften und über schwierige Rahmenbedingungen in der (Alten-) Pflege berichtet. Dabei werden immer wieder der Mangel an Pflegefachkräften in der Versorgung von alten Menschen mit Pflegebedarf und der frühe Berufsausstieg von Pflegefachkräften aus dem Pflegeberuf beschrieben.

Andererseits jedoch kann man Pflegefachkräften begegnen, die trotz der schwierigen Rahmenbedingungen der Pflege selbst nach Jahren ihren Beruf sehr schätzen, in diesem mit Freude arbeiten und diese Arbeit auch gut erfüllen.

Die nachfolgende Arbeit geht der Frage nach, wie es diesen Pflegefachkräften gelingt, berufsbedingte psychische und körperliche Belastungen im Berufsfeld (stationäre) Altenpflege zu bewältigen, sodass diese im Pflegeberuf verbleiben und ihre Arbeitszufriedenheit bewahren. Die subjektive Erfahrung dieser Pflegefachkräfte muss sich von den Erfahrungen anderer Pflegefachkräfte unterscheiden, die über ein baldiges Verlassen des Pflegeberufs nachdenken. Diesen Unterscheidungsmerkmalen wurde in der vorliegenden Arbeit nachgegangen. In einer Untersuchung sollten Pflegefachkräfte in Interviews ihre subjektive Sicht des Altenpflegeberufs darstellen. Die Ergebnisse der Untersuchung könnten helfen, auf längere Sicht den aktuell kurzen Berufsverbleib von examinierten Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege und den daraus folgenden bedrohlichen Fachkräftemangel positiv zu verändern.

Der steigende Fachkräftebedarf in der Altenpflege ist eng mit dem demografischen Wandel verbunden. So legt Rothgang ein Szenario vor, demzufolge der Bedarf an professionellen Pflegekräften aufgrund der demografischen Entwicklung bis 2050 um 80 bis 100 % steigen wird. Deshalb soll in Abschnitt 2 dieser Arbeit ein kurzer Überblick über die zu erwartenden Entwicklungen gegeben werden, da sich hieraus der wahrscheinliche Bedarf an Pflegefachkräften für das Berufsfeld Altenpflege

ergibt. Im gleichen Abschnitt wird ein kurzer Überblick über Altersbilder versucht. In diesem Kontext wird auf Altersbilder von Pflegefachkräften eingegangen und die Frage gestellt, inwieweit Pflegefachkräfte Alter sowohl mit Potentialen als auch mit körperlicher und kognitiver Vulnerabilität verbinden (Doppelperspektive).

Um die heutige Situation der Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege zu verstehen, ist ein Blick auf diese Entwicklung des Altenpflegeberufes sinnvoll. Diese soll in Abschnitt 3 dargestellt werden. Altenpflege als eigenständiges Berufsbild hat sich erst seit den 1950er Jahren entwickelt. Zunächst als Hilfsberuf entstanden, existiert inzwischen ein Berufsbild, das gleichwertig neben jenem anderer Pflegefachberufe steht. Dennoch gibt es deutliche Unterschiede in der Ausrichtung der Ausbildungen. In den Interviews betonen Pflegefachkräfte den Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflegeausbildung und späterer Belastbarkeit im Beruf. Besonders die praktische Ausbildung findet häufig Erwähnung. Die Erhebung von Ver.di 2012 weist hohe Quoten von Ausbildungsabbrüchen in der Altenpflege auf und deutet damit auf Schwächen in der Ausbildungsstruktur hin. Die rechtlichen und damit offiziellen Rahmenbedingungen von Ausbildung sollen deshalb in Abschnitt 3.2 ebenso beschrieben werden, wie die Realität dessen, was Auszubildende der Altenpflege in der Praxis erleben (Abschnitt 3.3.).

In Abschnitt 4 wird die Arbeit von Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege dargestellt. Es werden die Rahmenbedingungen der Arbeit einer Pflegefachkraft in der stationären Altenpflege betrachtet, auf die sich die Pflegefachkräfte in den Interviews immer wieder beziehen. Mit den äußeren Einflussfaktoren wie der Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch XI und den Regelungen der Pflegeversicherung sind Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung verbunden, die mit der ganzheitlichen Sicht von Pflege häufig nicht kompatibel ist. Diese Einflussfaktoren werden ebenso benannt wie die Anforderungen der Qualitätssicherung und der Pflegedokumentation. Dabei werden die Einlassungen von Naegele und Rothgang Beachtung finden, die in ihren

Schriften auf die Zusammenhänge der demographischen Entwicklung und die Pflegeversicherung Bezug nehmen.

Die Wertschätzung der Gesellschaft gegenüber den Pflegefachkräften im Berufsfeld Altenpflege wird in Abschnitt 4.2. betrachtet. Die Wertschätzung eines Berufes hat maßgeblichen Einfluss darauf, wie viel eine Gesellschaft bereit ist, in dieses Berufsfeld zu investieren. Elementare Kriterien für Wertschätzung sind neben dem Image eines Berufes in der Gesellschaft die Entlohnung von geleisteter Arbeit und die Gestaltung von Arbeitsverhältnissen. Auch der einem Beruf zugeschriebene Verantwortungsbereich, in dem eine Berufsgruppe eigenständig handeln kann, ist ein Gradmesser für Wertschätzung. In 4.2 werden diese Kriterien der Wertschätzung im Hinblick auf den Altenpflegeberuf abgebildet.

In Abschnitt 4.3. soll der Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und Pflegekompetenz beschrieben werden. Die Untersuchungsergebnisse von Joost, Kipper und Tewolde (2009) zeigen, dass Pflegefachkräfte besonders in den ersten fünf Jahren nach der Ausbildung ihren Beruf wieder verlassen. Andererseits bleiben Pflegefachkräfte die nach zehn Jahren noch im Beruf stehen, diesem dann meist dauerhaft treu. In den Interviews betonen Pflegefachkräfte immer wieder die personale Kompetenz langjährig berufserfahrener Pflegefachkräfte, die sich auf soziale Integration und die Reproduktion von kulturellen Werten bezieht. Edelmann und Tippelt (2004) beschreiben sie als:

> *„Befähigung zur adäquaten Einordnung persönlichen Erfahrungswissens, Entwicklung von Selbstbewusstsein und Identität, effektives Selbstmanagement sowie individuelle Dispositionen im Umgang mit Wissen (Offenheit, Reflexionsfähigkeit, Urteilsvermögen)“*
> (Edelmann & Tippelt 2004, S. 7)

Sie stellen fest, erfahrene Pflegefachkräfte würden schneller und leichter adäquate Lösungen bei plötzlich auftretenden Problemen finden und

bestätigen damit die Pflegetheorie P. Benners. Das Stufenmodell der Kompetenzentwicklung von P. Benner erscheint im Zusammenhang mit der Situation der gerontologischen Pflege in Deutschland von besonderer Bedeutung und soll in Abschnitt 4.3. in einem Exkurs Beachtung finden, da dieses Modell Hinweise darauf gibt, wie junge unerfahrene Pflegefachkräfte unterstützt werden können.

Die Tendenz, den Altenpflegeberuf zu verlassen, ist in den ersten Berufsjahren besonders hoch. In Abschnitt 4.4. werden deshalb die Ergebnisse verschiedener Studien zum Berufsverbleib von Pflegefachkräften in Deutschland zusammengefasst. Betrachtet man die aktuellen statistischen Daten zur Arbeit von Pflegefachkräften in Deutschland, werden Widersprüche deutlich. So unterscheidet die Gesundheitspersonalrechnung des Bundes häufig nicht zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in den Pflegeeinrichtungen und liefert damit andere Daten als die Erhebungen des Deutschen Pflegerats. Bei den in Abschnitt 4.4. beschriebenen Studienergebnissen finden neben den Ergebnissen von Becker & Meifort vor allem die Daten der NEXT-Studie[1] und Joost, Kipper und Tewolde Erwähnung. Besonders in der NEXT-Studie wird angeführt, dass die Studienergebnisse zwar den Ausstiegswillen der Pflegefachkräfte darstellen, dass es jedoch Forschungsbedarf zur Ermittlung der Gründe für die berufliche Demotivation der Pflegefachkräfte gebe. So bestünden Anzeichen für *attraktive und unattraktive Einrichtungen* mit entsprechenden Auswirkungen auf die Berufsmotivation. Dies wird im Kontext der Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Studie wieder aufgegriffen werden.

Altenpflegefachkräfte sind in ihrem Berufsfeld besonderen Belastungen ausgesetzt. In Abschnitt 4.5. werden deshalb die Auswirkungen besonderer Belastungen thematisiert. Neben den von Zimber & Weyerer festgestellten Belastungen im pflegerischen Alltag stellen desgleichen ethische

[1] NEXT-Studie = *nurses early exit study* / Von der Europäischen Union finanzierte Studie zum Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf. NEXT wurde gleichzeitig in 10 europäischen Ländern erforscht (unter anderem in Deutschland und den Niederlanden) und die Ergebnisse zusammengeführt und verglichen (Hasselhorn et al 2005).

Vorstellungen pflegerischen Handelns unter den vorhandenen Rahmenbedingungen eine Herausforderung für die Pflegefachkräfte dar. Kruse beschreibt „*jede Situation, in der Hilfe geleistet wird, als ethisch bedeutsam*“ (Kruse 2000, S. 34). Nicht selten erwähnen Pflegefachkräfte in den Interviews ihre Bereitschaft, sich über das offiziell geforderte Maß hinaus und trotz mangelnder Entlohnung in ihrem Arbeitsbereich engagiert zu haben, weil sie nur so ihren eigenen ethischen Ansprüchen an ihre pflegerische Arbeit gerecht werden können. Ihre Einflussmöglichkeiten, die Rahmenbedingungen in anderer Weise zu beeinflussen, sind begrenzt. Ferner können berufliche Belastungen durch interne Bedingungen des Arbeitsumfeldes verstärkt oder aufgefangen werden. Eine wichtige Rolle spielt dabei der Einfluss der Führungskräfte der Pflege, der in diesem Abschnitt ebenfalls aufgegriffen werden wird. Dem *Modell beruflicher Gratifikationskrisen* von Siegrist & Möller-Leimkühler kommt im Zusammenhang mit den externen und internen Rahmenbedingungen für die Pflege besondere Bedeutung zu. Die Ergebnisse der NEXT-Studie bestätigen eine enge Verbindung zwischen beruflichen Gratifikationskrisen und der Absicht, den Beruf zu verlassen.

In Abschnitt 4.6. wird auf das Konzept der Salutogenese von A. Antonowsky eingegangen. Antonowsky beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, belastenden Ereignissen eine Bedeutsamkeit beizumessen und an diesen zu reifen, als Kohärenzgefühl (Sence of Coherence). Trotz starker Belastungen in der gerontologischen Pflege zeigen viele Pflegefachkräfte eine hohe Kohärenz und fühlen sich zufrieden in ihrem Beruf. Diese Resilienz gegenüber Belastungen wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. Zufriedene Pflegefachkräfte beschreiben weniger oft berufliche Gratifikationskrisen, beziehen sich daneben jedoch auf fördernde Faktoren. Sie erleben die Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit und sind in der Lage, ihren eigenen ethischen Ansprüchen zu genügen. Flow-Erleben als intrinsische Motivation stellt dabei einen wesentlichen Faktor „Guter Arbeit“ dar und wird deshalb in Abschnitt 4.6. Beachtung finden. Fördernd scheint zudem entgegengebrachtes Vertrauen zu sein. Deshalb wird in diesem Abschnitt der Einfluss des Vertrauens oder Misstrauens auf erfolgreiches Handeln

thematisiert. Hier wird besonders auf das Konzept von Bierhoff & Herner Bezug genommen.

In Abschnitt 5 werden die Methode und das Vorgehen während der Studie beschrieben. Dabei werden das Forschungsinteresse und die Entscheidung zur qualitativen Forschungsmethode begründet. Es ist auch Absicht der Studie, Pflegefachkräften die Offenlegung ihrer subjektiven Sicht des Pflegeberufs in der stationären Altenpflege zu ermöglichen, um so Erkenntnisse über die Berufsmotivation behindernde, aber vor allem fördernde Faktoren zu gewinnen. Die Methode des Problemzentrierten Interviews fokussiert Befragungen in möglichst großer Offenheit und beeinflusst die Gedankengänge der Teilnehmer möglichst wenig.

In Abschnitt 5.2 wird diese Methode begründet und beschrieben. Zudem wird auf den begleitenden Fragebogen zu den persönlichen Daten eingegangen. In der Öffentlichkeit hat man gelegentlich den Eindruck, Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege neigten zu häufigem Beklagen ihrer Situation. Auch die Pflegekräfte selbst äußern sich gelegentlich so. Um dies realistischer einschätzen zu können, wurde begleitend zu den Interviews das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae eingesetzt.

Die Gewinnung und Auswahlkriterien der Teilnehmergruppen wird in 5.3 vorgestellt. Dabei wird zunächst die Zusammensetzung der beiden Gruppen thematisiert. Zudem werden alle Teilnehmer einzeln vorgestellt. Hier fließen die Motivation zum Berufseinstieg und Daten zu Ausbildung und Berufserfahrung ebenso ein wie Besonderheiten in den Lebensumständen oder bemerkenswerte Feststellungen aus den Interviews.

In 5.4. werden schließlich die Vorgehensweise bei der Transkription und bei der Analyse der Texte vorgestellt. Hier wurde die Entscheidung für die qualitative Inhaltsanalyse getroffen.

In Abschnitt 6 werden die Ergebnisse der Analyse dargestellt und erläutert. Dabei wird in 6.1. zunächst auf die Hinweise, die sich aus dem NEO FFI

ergeben haben, eingegangen. In den Abschnitten 6.2. bis 6.11 werden schließlich die Analyseergebnisse der Interviews beschrieben. Dabei dienen die Haupt- und Unterkategorien der Strukturierung. Alle ermittelten Kategorien werden mit Aussagen der Teilnehmer belegt, und dabei werden die Aussagen von Pflegefachkräften beider Teilnehmergruppen gegenübergestellt. Auf diese Weise werden Unterschiede im Erleben der beiden Teilnehmergruppen ebenso offensichtlich wie Aussagen, die beide Gruppen verbinden. Ein gutes Beispiel ist hier das Konzept *Guter Pflege*, über das bei allen Teilnehmer ein weitgehender Konsens herrscht, obwohl *Gute Pflege* als Begriff weder in Pflegefachbüchern noch als Ausbildungsinhalt zu finden ist. Jede Unterkategorie wird mit einer zusammenfassenden Schlussfolgerung beendet.

In Abschnitt 7 werden aus den Ergebnissen die wesentlichen herausgefiltert, dargestellt und diskutiert. Dazu werden zunächst in 7.1. in jeder Hauptkategorie die Nennungshäufigkeiten der Unterkategorien beider Gruppen im Vergleich als Diagramm dargestellt. Zudem werden die Schlussfolgerungen der Analysen aus den Unterkategorien unter der jeweiligen Hauptkategorie gebündelt und wo notwendig, zueinander in Beziehung gesetzt.
In 7.2 schließlich werden die Ergebnisse miteinander verknüpft und Möglichkeiten praktischer Implementierung aufgezeigt. Dabei sind verschiedene Konzepte entstanden, die zueinander in Verbindung stehen. Zunächst wird der kohärenzfördernde Faktor guter Ausbildung Beachtung finden. Die Langzeitwirkung der praktischen Ausbildung auf die Berufsmotivation wird dargestellt; Möglichkeiten zur Verbesserung der Bedingungen von praktischer Ausbildung werden aufgezeigt.
Es wird die in der NEXT – Studie aufgestellte Hypothese aufgegriffen, es könne unattraktive und attraktive stationäre Pflegeeinrichtungen geben und dies habe Einfluss auf die Berufsmotivation. In den Interviews konnte diese These bestätigt werden; die Eigenschaften von unattraktiven und attraktiven Einrichtungen lassen sich klar benennen und einander gegenüber stellen. In attraktiven Einrichtungen gelingt es eher, die moralische Integrität von Pflegefachkräften zu gewährleisten. Ein *gelingender, wertschätzender*

Führungsstil ist dazu ein wesentlicher Faktor und soll als Konzept dargestellt werden, das in ein Modell *Moralischer Integrität pflegender Fachkräfte als Grundlage beruflicher Zufriedenheit* einfließt. Es zeigt, dass die Berufszufriedenheit und der Berufsverbleib von Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege eng mit der Möglichkeit zur Achtung der Würde von alten Menschen mit Pflegebedarf und Pflege als Beziehungsarbeit verknüpft sind.

In Abschnitt 8 soll schließlich noch einmal ein Überblick über Ziele Vorgehen und Ergebnisse der Studie geben und evtl. bestehender weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt werden. Des Weiteren wird auf die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs durch die Politik eingegangen, um die Pflege auf den demografischen Wandel vorzubereiten.

In dieser Studie werden Begriffe Verwendung finden, für die Einigkeit im Verständnis vorliegen sollte. So entstammt der Begriff *Pflegefachkraft* dem Sozialrecht, soll aber in dieser Arbeit als zusammenfassender Begriff für Pflegende mit einer anerkannten dreijährigen Berufsausbildung in der Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflege verwandt werden, da eine Unterscheidung der Berufsbezeichnung nur in einzelnen Zusammenhängen notwendig ist. Helfer mit einer einjährigen Ausbildung werden in der vorliegenden Arbeit nicht als Pflegefachkraft bezeichnet.

Das Berufsfeld der stationären Altenpflege hat sich zusammen mit der professionellen Pflege in den vergangenen Jahren stark verändert und ausgebildet. Durch die Akademisierung der Pflege in den vergangenen zwanzig Jahren ist eine Professionalisierung vorangeschritten, und wissenschaftliche Ergebnisse der Pflegeforschung finden sich als evidenzbasierte Pflege in der pflegerischen Praxis wieder[2]. Die Vorstellungen, welche Aufgaben der professionellen Pflege obliegen, gehen weit über Pflegetechniken hinaus, und Pflege sieht sich verantwortlich für die Regelung des Pflegeprozesses. Professionelle Pflege versteht sich zugleich

[2] Als Beispiel hierfür seien die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück erarbeiteten Nationalen Expertenstandards für die Pflege genannt.

in der Beratung und Begleitung von Menschen. In diesem Sinne bezieht das heutige Verständnis der professionellen Pflege neben *Cure* (im Sinne von kurieren) auch *Care* (im Sinne von sorgen) mit ein und zeigt einen ganzheitlichen Ansatz (BMFSFJ 2010 / Krohwinkel 2008). Pflege soll in dieser Arbeit immer dann auf diese Weise verstanden werden, wenn von Pflege oder pflegerischer Arbeit im Berufsfeld stationärer Altenpflege die Rede ist.

Ebenfalls sei erwähnt, dass in der vorliegenden Arbeit aus Gründen besserer Lesbarkeit sämtliche Funktionen und Bezeichnungen in männlicher Form beschrieben sind. Dies schließt selbstverständlich die weibliche Form ein. Lediglich in Zusammenhängen, in denen es sich ausschließlich und eindeutig um eine oder mehrere weibliche Personen handelt, wird auch die weibliche Sprachform benutzt.

2. Alter und Gesellschaft im demographischen Wandel

Der aktuelle und zukünftige Bedarf an Pflegefachkräften in der Altenpflege steht in engem Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung in unserer Gesellschaft. Im folgenden Abschnitt wird deshalb zunächst auf diese Entwicklung eingegangen. Altersbilder werden in 2.2. diskutiert, da sie den Umgang mit alten Menschen in unserer Gesellschaft prägen und Einfluss auf das Image des Altenpflegeberufs haben. Außerdem beeinflussen sie die Bereitschaft der Bevölkerung, Pflege zu finanzieren. So glaubt Naegele an die Akzeptanz höherer finanzieller Beiträge für die Pflege, wenn die Bevölkerung „wüsste, wofür“ das Geld ausgegeben wird (Naegele 2007). Altersbilder von Pflegekräften unterscheiden sich im Allgemeinen zu denen in der Gesellschaft. Sie sind bedeutsam für die Haltung von Pflegenden und beeinflussen ihre Bereitschaft im Berufsfeld Altenpflege tätig zu sein, weshalb Altersbilder von Pflegenden in Abschnitt 2.3. beschrieben werden.

2.1 Demographische Entwicklung und Pflegebedarf

In der Bevölkerungsentwicklung Deutschlands zeichnet sich schon seit dem Ende des 19. Jahrhunderts eine deutliche Verlängerung der Lebenserwartung ab. Lag die durchschnittliche Lebenserwartung um 1900 bei rund 45 Jahren, so lag die wahrscheinliche Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2011 für Jungen bei 77,7 und bei neugeborenen Mädchen sogar bei 82,7 Jahren (Statistisches Bundesamt 2012).

(Grafik Nr. 1 / Demografie – Portal des BiB)

Die Lebenserwartung wird in den kommenden Jahren weiter steigen und Hochaltrigkeit könnte in der Zukunft zum *Normalfall* werden. Möglicherweise unterschätzen die offiziellen Statistiken sogar eher die Entwicklung. Gleichzeitig sinken seit den späten 1965er Jahren die Geburtenraten kontinuierlich ab und es entsteht eine Verschiebung der Altersstruktur (Rott 2004).

(Grafik Nr. 2 / BMI 2011 / 11)

Es wird deutlich, dass die Verschiebung zu einer prozentualen Erhöhung der Gruppe der Hochaltrigen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung führt, also jener Gruppe von Menschen, deren Lebenssituation gemeinhin mit Defiziten, Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit assoziiert wird. Tatsächlich ist der Bedarf an häuslicher und pflegerischer Unterstützung deutlich höher, als dies bei Menschen im dritten Lebensalter der Fall ist, jedoch ist dieser keineswegs ein zwangsläufiges Charakteristikum der Hochaltrigkeit (BMFSFJ 2010). Dennoch kann festgestellt werden, dass die Zunahme des Anteils pflegebedürftiger alter Menschen in engem Zusammenhang mit der Verschiebung des Altersaufbaus in Deutschland steht. Zwar nehmen mit steigender Lebenserwartung auch die Jahre des selbständigen Lebens zu, jedoch steigt gleichzeitig der Anteil der Zeitspanne der Abhängigkeit von

pflegerischer Unterstützung. Diese hat sich – bezogen auf die Restlebenserwartung von Menschen über 60 Jahren – zwischen 1999 und 2011 bei Männern von 6,1% auf 7,1% erhöht und bei Frauen im gleichen Zeitraum von 11,2% auf 12,3%. Im Alter von über 80 Jahren steigt entsprechend die Notwendigkeit pflegerischer Unterstützung auf 55% bis 85%; fast 90 % aller pflegebedürftigen Menschen sind älter als 60 Jahre (Rothgang, Müller & Unger 2013).

(Grafik Nr. 3 / Demografie – Portal des BiB)

Der Betreuungs- und Pflegebedarf entwickelt sich häufig erst ab dem 7. Lebensjahrzehnt und steigt erst ab dem Ende des 8. Lebensjahrzehnts steil an. Dennoch ist ein hoher Anteil der hochaltrigen Menschen weitgehend selbstständig. Der deutliche Unterschied der Pflegebedürftigkeit zwischen Männern und Frauen lässt sich mit einer Feminisierung der Bevölkerung im Alter erklären. Zum einen leben alte Männer noch häufiger in ihrer Partnerschaft, da Frauen in der Regel jünger sind als ihre Männer und eine höhere Lebenserwartung haben. Die Partner können sich deshalb gegenseitig Unterstützung geben und helfen. Zum anderen sind Frauen häufig schon alleinstehend und verwitwet und deshalb auf sich selbst gestellt. Wenn sie Hilfe benötigen, muss Unterstützung von außen organisiert werden. Pflegebedürftigkeit ist entsprechend auch abhängig von der familiären Situation und von vorhandenen Netzwerken, die durch weitreichende Unterstützungsleistung den Pflegebedarf hinausschieben oder gar verhindern können. Entsprechend ist das Risiko, pflegebedürftig zu

werden, für alleinstehende hochaltrige Frauen ohne stabiles Netzwerk besonders groß (Grützner & Jürgens 2008 / BMFSFJ 2010 / Rothgang, Müller & Unger 2013 / Doblhammer, Schulz, Steinberg & Ziegler 2012).
Die nachfolgende Grafik zeigt den bereits erfolgten Anstieg der Pflegebedürftigen in den vergangenen Jahren und die für die kommenden Dekaden prognostizierten Zahlen.

(Grafik Nr. 4 / Demografie – Portal des BiB)

Es wird deutlich, dass vor allem der Pflegebedarf für hochaltrige Menschen um das etwa Dreifache ansteigen wird. Aktuell werden die meisten alten Menschen mit Pflegebedarf im häuslichen Rahmen versorgt. Ein Unterstützungsmix von Angehörigen, ehrenamtlich und beruflich Pflegenden unterstützt die alten Menschen in ihrem persönlichen Umfeld. Von jenen Menschen, die Leistungen über die Pflegeversicherung empfangen, wohnen jedoch knapp 30% in stationären Pflegeeinrichtungen. Obwohl stationäre Pflege in der Bevölkerung überwiegend abgelehnt wird, dürfte in Zukunft stationäre Pflege eher ansteigen, weil sich die familiären Pflegepotentiale verändern.

In SGB XI wird ausdrücklich auf die Vorrangigkeit ambulanter Versorgung gegenüber stationärer Pflege hingewiesen. Pflegebedürftige Menschen sollen so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Ist die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen der stationären Pflege in den Jahren 1999 bis 2009 mit rund 30 % annähernd gleich geblieben, so zeigt

sich im ambulanten Bereich eine Verschiebung weg von der Inanspruchnahme von Pflegegeld und familiärer Pflege hin zu ambulanter Versorgung mit Sach- und Kombinationsleistungen. Darin zeigt sich auch der Rückgang familiärer Pflegepotentiale, der durch professionelle Pflege aufgefangen werden muss, weil der demographische Wandel auch ein Absinken familiärer Pflegepotentiale mit sich bringt. Dieser Effekt wird zudem durch gesellschaftliche Veränderungen verstärkt, wie steigende Berufstätigkeit von Frauen, zunehmende Einpersonenhaushalte und räumlich große Distanzen der Angehörigen. Außerdem wird der zunehmende Anteil kinderloser alter Menschen die Voraussetzungen zu einem ambulanten Unterstützungsmix beeinflussen, weil hier nicht im bisherigen Maß auf familiäre Unterstützung zurückgegriffen werden kann. Es ist also davon auszugehen, dass langfristig die pflegerische Versorgung im ambulanten und ebenfalls stationären Bereich nur durch einen überproportionalen Anstieg von beruflichen Pflegekräften zu erreichen ist. Die Schätzungen des wahrscheinlichen Bedarfs an beruflich Pflegenden sind davon abhängig, ob von einem unveränderten Verhältnis der Pflegekräfte zu Pflegebedürftigen ausgegangen wird, oder von einer Verbesserung der Situation. Zudem ist der Anstieg vom Bundesland abhängig. Prognosen gehen von einem regional unterschiedlichen Bedarf aus. So meinen z.B. Doblhammer et al, bei einem unveränderten Verhältnis Pflegekräfte zu Pflegebedürftigen wäre bis 2020 in Baden-Württemberg im ambulanten Bereich eine Zunahmen des Pflegepersonalbedarfs von 81% und im stationären Bereich von 61% zu erwarten, wohingegen im Saarland beide Bereiche bei 53% liegen würden und in Brandenburg mit einer Steigerung des Bedarfs ambulant von 77% und stationär von 107% zu erwarten wäre. Insgesamt prognostizieren sie für Gesamtdeutschland einen Anstieg des Pflegekräftebedarfs bis 2020 um 59% (Rothgang, Müller & Unger 2013 / Doblhammer, Schulz, Steinberg & Ziegler 2012).

Der Ablehnung von stationärer Pflege steht eine bemerkenswerte Entwicklung der professionellen Pflege gegenüber, die sich unter anderem in vielschichtigen Versorgungskonzepten auch in der stationären Versorgung zeigt. Doblhammer et al gehen davon aus, dass der Bedarf an Pflegekräfte in

der stationären Pflege größer sein wird als im ambulanten Bereich, da sich hier besonders der Rückgang familiärer Pflegepotentiale bemerkbar macht (BMFSFJ 2010 / Doblhammer, Schulz, Steinberg & Ziegler 2012).

2.2 Alter und Altersbilder in der Gesellschaft

Auf welche Weise eine Gesellschaft mit alten Menschen umgeht, ist geprägt durch kollektive Altersbilder. Sie sind als *gesellschaftliche Überzeugungen* zu verstehen und beeinflussen den Umgang mit Potentialen und Grenzen alter Menschen in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft, wie Politik, Wirtschaft, Kultur sowie Medizin und der Pflege (BMFSFJ 2010 / Schmitt 2012).

R. Butler prägte bereits 1969 den Begriff *Ageism* und meinte damit eine tief verwurzelte Altenfeindlichkeit westlicher Gesellschaften, die zu einer individuellen Diskriminierung alter Menschen führe. Dies beziehe sich auf den Alterungsprozess, das Alter selbst und ältere Menschen. Zudem existierten eine soziale Diskriminierung ebenso wie stereotype Einstellungen in politischen und institutionellen Ebenen. Menschen sind sich jedoch sehr wohl bewusst, dass Stereotype eine verallgemeinernde und einfache Form der Einordnung anderer ist. So entwickeln sich innerhalb des Stereotyps „Alter“ Unterkategorien, die sich teilweise widersprechen, und es wird älteren Menschen, je nach Kontext, z.B. Senilität oder Weisheit zugesprochen. Besonders die Untersuchungen von Kruse und Schmitt[3] zeigen, dass das Alter von Menschen eher multidirektional wahrgenommen wird, also neben den Verlusten und der Verletzlichkeit des Alters auch die möglichen Gewinne wahrgenommen werden. Gerade jüngere Menschen haben ein deutlich optimistischeres Altersbild, als dies die Theorie Butlers vermuten ließe, und diese Einschätzung unterscheidet sich insofern nicht von der Einschätzung durch Erwachsene im mittleren und höheren Alter (Schmitt 2012).

Durch den demographischen Wandel ist es unumgänglich, sich als Gesellschaft mit Alter auseinanderzusetzen. Alter zu definieren fällt schwer,

[3] z.B. Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters => ILSE (vgl. Schmitt 2012 / 16)

da diese eine hohe Heterogenität aufweist und deshalb nicht allgemeingültig erklärt werden kann. Alter ist jedoch nicht Krankheit, sondern eine natürliche Veränderung (Kruse 2007 / Kruse & Wahl 2010). Alter führt allerdings zu einer höheren Vulnerabilität für Erkrankungen, und der Verlauf von Erkrankungen verändert sich mit ansteigendem Alter (Ding-Greiner & Lang, 2004).

Verlauf von Alterungsprozessen und Erkrankungen

Alternsprozesse	Krankheitsprozesse
generalisiert betrifft alle Arten von Lebewesen	**selektiv** Unterschiedlicher Verlauf je nach Art, Gewebe, Organ, Zelle oder Molekül
intrinsisch Unabhängig von Umweltfaktoren	**intrinsisch und extrinsisch** abhängig von genetischen und Umweltfaktoren
kontinuierlich fortschreitend Unterschiedliches Tempo	**diskontinuierlicher Verlauf** Progressiver oder regressiver Verlauf oder Stillstand
schädigend Zunehmende Einschränkung der Funktionalität	**manchmal schädigend** Der gesetzte Schaden ist in Art und Ausmaß unterschiedlich und oft reversibel
irreversibel Therapierbarkeit ist selten	**oft therapierbar** bei bekannter Ätiologie und Pathologie ist eine kausale Therapie möglich

(Grafik Nr. 5 / Ding – Greiner & Lang 2004 / 196)

Alter ist folglich ein Risikofaktor für Erkrankungen, diese sind jedoch nicht durch den Alterungsprozess verursacht (Ding-Greiner & Lang 2004).

Alter ist zunächst als eine *gesellschaftlich definierte Lebensphase* zu verstehen. Diese ist unabhängig von der körperlichen, geistigen und psychischen Verfassung eines Menschen und basiert auf gesellschaftlichen Vorstellungen. Insgesamt zeigt sich eine schwer zu definierende „klare“ Altersgrenze, mit der das Alter beginnt. Dennoch gehört gerade das Alter zu den ausschlaggebenden Differenzierungsmerkmalen unserer Gesellschaft. Der Eintritt in das Rentenalter gilt in vielen Gesellschaften als Zäsur und Beginn des Alters; es wird zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr eingeordnet (Kruse 2007a).

Die Gruppe der Menschen, die das Renteneintrittsalter erreicht haben, ist heute durchschnittlich gesünder und leistungsfähiger, als dies in der gleichen Altersgruppe vor 30 Jahren der Fall war. Es besteht dabei eine ausgeprägte Heterogenität in der körperlichen und geistigen Kompetenz bei Menschen der gleichen Altersgruppe, die mit fortschreitendem Alter eher noch zunimmt. Selbst beim einzelnen Menschen sind unterschiedliche „Alter“ zu entdecken. So ist es möglich, dass ältere Menschen zwar körperlich weniger leistungsfähig sind, jedoch in anderen Bereichen durchaus ein höheres Leistungsvermögen aufweisen als in jüngeren Jahren, weil ihnen ihre Erfahrung dient. Zudem fühlen sich viele ältere Menschen durchaus nicht alt, d.h. ihr *subjektives Altersempfinden* unterscheidet sich vom kalendarischen Alter (Kruse 2007a / Kruse & Wahl 2010).

Betrachtet man also Alter, so sind drei grundsätzliche Dimensionen zu erkennen, die sich unabhängig voneinander verändern können:

(Grafik Nr.6 / nach Kruse 2007a / 9)

Während die physiologisch–biologische Verfassung eines Menschen von zunehmendem Verlust und Anfälligkeit für Krankheiten betroffen sein kann und oft auch ist, es demzufolge zu einer steigenden Verletzlichkeit (Vulnerabilität) kommt, ist eine seelisch-geistige Entwicklung möglich, die auf Erfahrung und Wissen aufbaut. So zeigt das Alter neben Verlusterfahrungen eben auch Gewinne besonders in der psychologischen Dimension (Kruse 2007).

In der sozialen Dimension wird diese Dualität besonders mit dem Austritt aus dem Beruf deutlich. Ist auf der einen Seite der Eintritt in das Rentenalter und das Ausscheiden aus dem Beruf mit dem Verlust wichtiger sozialer Rollen verbunden, so kann dies auf der anderen Seite als plötzlich gegebene persönliche Freiheit empfunden werden, die freilich auch an gesundheitlichen

und finanziellen Ressourcen gebunden ist, die einem älteren Menschen zur Verfügung stehen (BMFSFJ 2010 / Kruse 2007a).

Dennoch ist das hohe und sehr hohe Alter auch von Verlusten geprägt. Betagte Menschen sind von Einbußen in ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit betroffen und leiden häufig unter chronischen Schmerzen. Vor allem das nachlassende Kurzzeitgedächtnis wirkt sich belastend auf die psychische Situation aus. Immer mehr entsteht die Notwendigkeit der Unterstützung und Hilfe durch andere. Das hohe und sehr hohe Alter ist zudem mit dem Verlust von nahestehenden Menschen verbunden und es entwickeln sich mit höherer Wahrscheinlichkeit Einsamkeitsgefühle. Hochbetagte Menschen fürchten sich entsprechend vor Pflegebedürftigkeit und einsamem Sterben (Kruse 2007).

Altersbilder haben Einfluss auf Umgang und die Solidaritätsbereitschaft der Gesellschaft mit alten Menschen in Grenzsituationen, also in den Bereichen, in denen sie der Unterstützung bedürfen (Kruse 2007).

2.3 Altersbilder in der Pflege

Wie Alter gesehen wird, ist neben der gesellschaftlichen Bedeutsamkeit besonders für die Pflege von hoher Relevanz, da Altersbilder Werthaltungen ausdrücken. Es zeigt sich eine Diskrepanz zwischen Altersbildern der Gesellschaft gegenüber pflegebedürftigen alten Menschen und der Einschätzung durch Pflegende. Gesellschaftlich wird vor allem das hohe Alter mit *Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit* verknüpft. Die Bezeichnung „Pflegefall“ wird unkritisch selbst in Ratgebern verwendet und mit Bildern von pflegeabhängigen und fremdbestimmten alten Menschen ohne Kompetenzen verbunden[4]. Diese Auslegung hat nicht nur potentiell ablehnende Auswirkungen auf von Pflegebedürftigkeit betroffene alte Menschen, sondern auch auf die Berufsgruppe der Altenpflegekräfte. 51% der Pflegekräfte in der Altenpflege beklagen das Image des Altenpflegeberufs als schlecht. Die

[4] Der Begriff „Pflegefall“ wurde im 3. Reich als Begriff für Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit einer dementiellen Erkrankung verwendet und als „Ballastexistenz“ bezeichnet (BMFSFJ 2010).

pflegerische Arbeit mit alten Menschen ist in der Öffentlichkeit negativ besetzt und mit ablehnenden Altersbildern und mangelnder Lebensqualität verbunden (Remmers 2009 / Walter & Remmers 2010 / BMFSFJ 2010 / Remmers & Walter 2012).

Die Altersbilder von Pflegefachkräften sind wenig untersucht; die Einschätzungen stammen häufig aus den 1970er und 1980er Jahren, also aus einer Zeit, als eine qualitativ angemessene Altenpflegeausbildung und ein Berufsbild der Altenpflegefachkraft erst gerade begonnen hatten, sich auszubilden und die Vermittlung psychosozialer Kompetenzen der Gerontologie in Pflegeausbildungen nur rudimentär vorhanden war. Es zeigte sich zumeist ein defizitäres Altersbild.[5] Altersbilder von Pflegenden haben konkrete Auswirkungen auf den respektvollen Umgang mit alten Menschen in ihrer Vulnerabilität, ohne dass dabei die Rahmenbedingungen von Ausbildung und Berufsalltag in der Pflege außer Acht gelassen werden können. So stabilisieren infantilisierende Bilder beispielsweise durch *Simplifizierungsstrategien* Abhängigkeiten von alten Menschen mit Pflegebedarf. Dieser wird durch einen *verniedlichenden und infantilisierenden* Kommunikationsstil sichtbar (Remmers & Walter 2012).

Neuere Untersuchungen weisen inzwischen auf ein gewandeltes Bild hin. Pflegefachkräfte betrachten das Alter differenzierter. Zum einen entwickelt sich nach anfangs belastenden Situationen ein eher *positiv gefärbtes* Altersbild, welches von Verständnis und der Erkenntnis geprägt ist, welche Potentiale Alter ebenfalls bieten kann. Andererseits entwickeln sich bei Einzelnen auch *angstbesetzte* Altersbilder. Es zeigt sich, dass Pflegende Alter wenig stereotyp beurteilen, sondern alte Menschen eher situationsbedingt einschätzen und ihre Interaktion darauf einstellen (BMFSFJ 2010).

[5] Als Beispiel kann hier die 1973 verlegte Erstausgabe zur *Allgemeinen und speziellen Krankenpflege* von L. Juchli genannt werden. Es beschreibt ein Altersbild der Regression, verbunden mit vielen negativen Zuschreibungen (Juchli 1973).

Für professionelle Pflegekräfte sind Altersbilder Teil ihres beruflichen Selbstverständnisses. Sie haben Einfluss auf die Interaktion von Pflegekräften mit alten Menschen mit Pflegebedarf. Die von Remmers veröffentlichten Studienergebnisse zu Altersbildern von Pflegenden vermitteln ein differenziertes Altersbild von Pflegekräften, das stark von äußeren Einflussfaktoren und inneren Überzeugungen abhängig ist. Remmers gibt in seiner Expertise zu Altersbildern von Pflegenden einen Überblick über vorliegende Studienergebnisse.

Eine bereits in den 1970er Jahren durchgeführte Untersuchung von Schmitz-Scherzer, Schick & Kühn konnte nachweisen, dass Pflegekräfte den alten Menschen Hilflosigkeit und Interesselosigkeit besonders dann zuschrieben, wenn ihre pflegerische Arbeit ausschließlich im Bereich der damals noch vorhandenen „reinen Pflegestationen“ lag. Pflegekräfte in Altenheimbereichen hingegen hatten eine insgesamt positivere Wahrnehmung alter Menschen, äußerten sich deutlich zufriedener mit ihrer Arbeit und betonten den Anteil der Betreuung und Beschäftigung als Teil ihrer beruflichen Tätigkeit. Altersbilder haben demnach nicht nur Auswirkungen auf den pflegerischen Umgang mit alten Menschen, sondern umgekehrt hat die Arbeitssituation der Pflegekräfte einen direkten Einfluss auf die Altersbilder von Pflegenden (Remmers 2009).

In der Untersuchung von Dunkel konnte wiederum eine *ideologische Prägung* der Altersbilder von Pflegekräften festgestellt werden, je nachdem, in welcher Einrichtung die Pflegefachkräfte tätig waren. Diese Altersbilder unterschieden sich unter anderem durch die prägenden Pflegemodelle der Einrichtungen. Diese hatten entscheidenden Einfluss darauf, ob Pflegekräfte ihren Fokus in der pflegerischen Tätigkeit eher medizinorientiert oder sozialpflegerisch setzten und damit eher die körperliche Versorgung oder die psychische Betreuung favorisierten. Dunkel stellt fest, dass die Pflegebeziehung deutlich durch die Ausrichtung der „Pflegephilosophie“ einer Einrichtung in ihrer Grundhaltung geprägt wird und damit Einfluss auf das Nähe-Distanz-Verhalten von Pflegekräften hat. Als Ergebnis der Studie

beschreibt Dunkel (1994) vier unterschiedliche Beziehungsformen der Pflegekräfte zu alten Menschen mit Pflegebedarf:

- *Der alte Mensch als Problembündel*
  - Das Altersbild ist defizitär orientiert. Die Beziehung zum alten Menschen ist distanziert und asymmetrisch und der alte Mensch wird nicht als Persönlichkeit gesehen, sondern als Gegenstand (der Arbeit) betrachtet.
- *Der alte Mensch als hilfsbedürftige, abhängige Person*
  - Gleichfalls hier ist die Pflegebeziehung asymmetrisch in einer Art Mutter-Kind-Hierarchie zu sehen, dennoch persönlich geprägt. Das Altersbild ist ebenfalls defizitär und unterstellt einen hilflosen alten Menschen, der nicht weiß, was er tut, und dem deshalb Hilfe zuteilwerden muss.
- *Der alte Mensch als normales Individuum*
  - Hier wird von einer *symmetrischen Beziehung* ausgegangen und der alte Menschen mit Pflegebedarf als selbstbestimmt anerkannt. Herausforderndes Verhalten wird gegebenenfalls als persönlicher Angriff gewertet. Die Beziehung zwischen ihm und der Pflegekraft ist deshalb distanziert, um persönlichen Verletzungen auszuweichen.
- *Der alte Mensch als wunderbares Wesen*[6]
  - Die Pflegekraft hat gegenüber dem alten Menschen eine Beziehung auf gleiche Augenhöhe, die gleichzeitig persönlich geprägt ist. Im Altersbild zeigt sich für die Pflegekraft Altern als Phase der Entwicklung, die sie zu unterstützen versucht. Wichtig ist der Pflegekraft zudem, dass ihr Verständnis von Pflege weit über das Konzept der rein körperlichen Pflege hinaus geht
- *Ambivalenz zwischen Symmetrie und Asymmetrie*
  - Das Altersbild fordert von der Pflegekraft eine Beziehung auf Augenhöhe. Sie kann jedoch ihre theoretischen Vorstellungen nicht in die Realität einordnen. Vorhandene Defizite widersprechen idealistischen Vorstellungen.

(Dunkel 1994, zitiert nach Remmers 2009/13)

[6] Die Titel der Beziehungsformen entsprechen der Original-Zitation nach Dunkel zitiert von Remmers und wurden wertungsfrei übernommen.

Das Konzept zeigt unverkennbar den Zusammenhang zwischen Altersbild einer Pflegekraft und ihrer Beziehung zum alten Menschen mit Pflegebedarf. Auch in anderen Untersuchungen konnten ambivalente Altersbilder von Pflegenden nachgewiesen werden. So zeigten sich in der Untersuchung von Weber et al 1997 die Eigenschaftszuschreibungen in den drei Dimensionen *adaptiv-interaktive Kompetenz, interpersonale Kompetenz und kognitive Kompetenz* mit einer klaren Gegenläufigkeit. Wurden alte Menschen in der Dimension *adaptiv-interaktive Kompetenz* durch die befragten Pflegefachkräfte aus der Altenpflege als *sympathisch, freundlich, ruhig und bescheiden* beschrieben, so wurden sie, wenn sie den Ablauf störten, als *unsympathisch, anspruchsvoll, aggressiv und nervig* dargestellt. In der Dimension *interpersonale Kompetenz* war die positive Zuschreibung *locker, integriert, humorvoll, optimistisch oder* im Gegensatz dazu *resigniert, gehemmt, depressiv, einsam* und *verschlossen.* In der Dimension *kognitive Kompetenz* war die positive Zuschreibung *geistig rege* und *geistig völlig klar* und im Gegensatz dazu *geistig träge* oder *geistig verwirrt* Andererseits war es den Pflegefachkräften offensichtlich möglich, den Grad der Unselbständigkeit losgelöst von der Persönlichkeit eines alten Menschen als Folge von Krankheit zu betrachten und mit den sich daraus ergebenden Folgen professionell umzugehen. Dies spricht gegen einseitig defizitäre Altersbilder von Pflegekräften (Weber et al 1997/215ff).

In der von Walter et al (2006) durchgeführten Studie zeigte sich sowohl bei Ärzten als auch bei Pflegekräften eine große Schwierigkeit, *normales Alter* zu beschreiben. Besonders Pflegekräften fiel es schwer, eine Definition am kalendarischen Alter festzumachen. Sie bezogen sich vor allem auf Hochaltrigkeit und körperliche Verluste. Krankheit wurde nicht mit Alter gleichgesetzt, und neben den – vor allem – körperlichen Verlusten wurden auch Gewinne wahrgenommen. Körperliche Einschränkungen wurden als Alterserscheinungen gesehen, Gesundheit wurde im Zusammenhang mit der jeweiligen Lebenssituation gewertet. Für die meisten Pflegekräfte war das eigene Alter nicht Angst besetzt (Walter et al 2006/107 + 118f).

Auch die befragten Studierenden der Pflegewissenschaft nehmen Einschränkungen wahr, sehen jedoch gleichzeitig auch Potentiale des Alters. Hier zeigte sich tendenziell sogar ein eher unrealistisch positives Altersbild. So nehmen sie Alter als Weiterentwicklung wahr und sehen schöpferische Potentiale und die Fähigkeit, das Leben zu genießen. Die Studierenden meinen, dass alte Menschen die Solidarität der Gesellschaft verdient haben, und haben realistischere Vorstellungen der sozialen Gestaltung des Alters als Studierende der Medizin. Zudem scheint häufiger Kontakt mit alten Menschen und zunehmende Berufserfahrung die Bereitschaft zu fördern, in der Altenpflege tätig zu sein. Remmers betont, ein *Unselbständigkeits-Unterstützungs-Skript* und negative Altersstereotypen seien bei Pflegenden nicht nachzuweisen (Walter & Remmers 2010).

Ob professionelle Pflegefachkräfte jedoch ihren Vorstellungen von einer ihrem Altersbild entsprechenden pflegerischen Versorgung umsetzen können hängt maßgeblich von den bestehen Rahmenbedingungen ab (BMFSFJ 2010). Hier kommt der Ausbildung von Altenpflegefachkräften besondere Bedeutung zu, da die Entwicklung psychosozialer Kompetenzen der Pflegefachkräfte entscheidenden Einfluss auf die richtige Einschätzung einer Situation hat. Diese Fähigkeit lässt sie Potentiale des alten Menschen besser erkennen und einordnen (BMFSFJ 2010).

3. Entwicklung des Berufsfeldes der stationären Altenpflege

In der Zukunft ist auf Grund der sich verändernden gesellschaftlichen Strukturen wie dem demographischen Wandel und den Anforderungen einer mobileren Gesellschaft die klassische Familienpflege zunehmend schwieriger zu bewerkstelligen. Die Gesellschaft wird also auf mehr Unterstützung durch professionelle Pflege vor allem im ambulanten, aber auch im stationären Bereich angewiesen sein. Pflegefachkräfte beziehen sich in den Interviews immer wieder auf ihren Stand und ihre berufliche Identität im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege und betonen nicht selten die bewusste Entscheidung für die Altenpflege. Auch nehmen sie häufig auf die Ausbildungsbedingungen in der Altenpflege Bezug. Für ein besseres Verständnis dieser Aussagen soll an dieser Stelle in einem Exkurs

die Entwicklung des Berufs der Altenpflegefachkraft und der Stand der Ausbildung dargestellt werden.

3.1 Entwicklung des Berufes der Altenpflegefachkraft

Der Beruf der Altenpflegefachkraft ist ein relativ neu entstandenes Berufsbild, dessen Entstehung eng mit den gesellschaftlichen Entwicklungen und Veränderungen der Nachkriegszeit bis heute verknüpft ist. Betrachtet man die Quellen zur historischen Entwicklung des Altenpflegeberufs, so zeigen sich diese als nur sehr begrenzt vorhanden und untereinander auch widersprüchlich. Dennoch soll der Versuch unternommen werden, in einer kurzen Zusammenfassung die geschichtliche Entwicklung des Altenpflegeberufs darzustellen.

Komplexe Veränderungen in der Gesellschaft als Folge des Zweiten Weltkrieges führten im Deutschland der Nachkriegszeit zu einer besonderen Situation. Durch ausgeprägte Zerstörungen, bedingt durch die Bombardierungen im Zweiten Weltkrieg, entstanden extreme Wohnungsnot und räumliche Enge für die Bevölkerung, die durch Flucht und Vertreibung zusätzlich verstärkt wurden. Familienstrukturen waren zerstört und viele alte Menschen waren ohne familiäre Einbindung auf sich gestellt. Um 1950 betrug der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre etwa 8 bis 10 %. Das Rentenalter wurde synonym als Altersgrenze verwandt und das „Alter“ negativ konnotiert, in dem man das Rentenalter gleichsetzte mit der Nutzlosigkeit für die Gesellschaft. Die Situation wurde als „Altenproblem“ diskutiert (Heumer & Kühn 2010).
Ein soziales Versorgungssystem war nicht mehr vorhanden und die Wohnungsnot führte zu einem verstärkten Zuzug vieler alter mittelloser Menschen in die wenigen vorhandenen Altenheime, die meist in kirchlicher Trägerschaft standen oder kurzfristig in Baracken entstanden. Hier wurden alte Menschen mehr verwahrt als betreut. Altenheime hatten in den 1950er Jahren eine starke Reglementierung; die alten Menschen waren fremdbestimmt. Als Pflegekräfte waren vor allem Frauen eingesetzt, die nach dem Prinzip der „Mütterlichkeit“ eingesetzt wurden und Ordensfrauen oder

Krankenschwestern zuarbeiteten (Grützner & Jürgens 2008 / Heumer & Kühn 2010 / Bergmann et al, 2008).

Mit der demographischen Entwicklung war auch der Anstieg des Anteils pflegebedürftiger alter Menschen verbunden. Durch die Rekonstruktion eines traditionellen Familienbildes wurde deren Versorgung wieder selbstverständlich durch die Frauen erwartet. Wo eine innerfamiliäre Versorgung nicht möglich war, wurden pflegebedürftige alte Menschen von Krankenhäusern aufgenommen. So waren 1959 etwa 10 bis 12 % der Betten in Krankenhäusern durch Pflegebedürftige belegt. Es wurde unübersehbar, dass mit dem Anstieg der Gruppe der alten Menschen auch die Gruppe derer mit Pflegebedarf zunehmen würde.
Zeitgleich wurde in den 1950er Jahren in der ambulanten Versorgung in den Gemeinden die familiäre Pflege durch Ordensschwestern und Diakonissen als Gemeindeschwestern unterstützt, die sich mit einem immer größer werdenden Hilfebedarf konfrontiert sahen. Die Caritas legte entsprechend dar, ein großer Teil der Gemeinde- und Familienpflege bestünde inzwischen aus der Versorgung alter Menschen (Heumer & Kühn 2010).

Zugleich bestand in den 1950er Jahren infolge des Krieges ein enormer Frauenüberschluss. Die Annahme, Frauen würden durch Eheschließung und Familiengründung versorgt sein, ließ sich entsprechend nicht aufrechterhalten, und so bot sich die Pflege alter Menschen zur Existenzsicherung an, da die Fähigkeit zu pflegen mit Weiblichkeit assoziiert wurde und man dies als ausreichende Grundlage betrachtete (Heumer & Kühn 2010 / Huber 2002 / Mamerow 2008).

Gegen Ende des Jahrzehnts gab es zunehmend Probleme, Pflegefachkräfte für die Pflege alter Menschen zu finden, da sich Krankenschwestern mehr an der medizinischen Entwicklung und Technisierung orientierten und den sonst in der Altenpflege tätigen Ordensschwestern und Diakonissen der Nachwuchs mangelte. An der Pflege durch die unausgebildeten Hilfskräfte und dem Umgang mit alten Menschen in Altenheimen wurde zunehmend Kritik laut. Aus dem bereits 1951 gegründeten Fachausschuss des *Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* ging letztlich 1959 die

Forderung nach einer Qualifikation von Mitarbeitern in der Altenhilfe hervor, wobei Einigkeit lediglich in der Notwendigkeit, jedoch nicht im „Wie“ bestand. Als Konsequenz entwickelten sich fast zeitgleich 1958 und 1959 erste Fort- und Ausbildungen im Bereich der Altenpflege. So entstanden 1958 durch die Caritas in Nordrhein–Westfalen zunächst 10-tägige Fortbildungen für Pflegende, die dann ab 1959 analog zu dem 1958 in Marl durch die Arbeiterwohlfahrt initiierte Ausbildung abgelöst wurde. Im Unterschied zu der ½-jährigen Ausbildung in Marl, welche aus 600 Stunden Theorie und 280 Stunden Praxis bestand, sah die Ausbildung der Caritas eine dreimonatige theoretische Ausbildung und zwei je sechswöchige Praktika in einem Krankenhaus und einem Altenheim vor. Die Absolventinnen sollten den Krankenschwestern[7] zuarbeiten und unterstellt sein (Heumer & Kühn 2010 / Huber 2002 / Mamerow 2008).

1965 lieferte der *Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge* ein Konzept mit der Intention einer gesetzlich einheitlich geregelten eigenständigen Ausbildung zur Altenpflegerin. Es wurde eine 1-jährige theoretische und praktische Ausbildung mit 600 Unterrichtsstunden gefordert, die zum Beruf der Altenpflegerin als einer eigenständig agierenden Fachkraft führen sollte. Wichtig erscheint hier die Bezeichnung als „*sozialpflegerischer Beruf*“ zur „*Betreuung und Versorgung gesunder und pflegebedürftiger alter Menschen*“ (Huber 2002/35), mit der sie bereits erste Tendenzen einer relativen Loslösung von der medizinorientierten Krankenpflege zeigt. Die Durchsetzung der Vorstellungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge gelang zunächst nicht, zeigte sich aber als richtungsweisend für das Land Nordrhein-Westfalen, das entsprechend des Entwurfes eine einjährige Ausbildung schuf (Huber 2002).

Bis in die 1980er Jahre konzipierten die einzelnen Bundesländer jeweils eigene Ausbildungen zur Altenpflegerin, die sich jedoch in Dauer und Struktur sehr unterschieden. So gab es Ausbildungen wie in Nordrhein-Westfalen oder Baden-Württemberg, die als 1 ½ - jährige duale theoretische

[7] Die damals durch die unterschiedliche Qualität und Länge der Ausbildung logisch erscheinende Hierarchie dürfte m.E. sicher bis heute ihre Auswirkungen auf das hierarchische Selbstverständnis zwischen Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften und Altenpflegefachkräften haben.

und praktische Ausbildung konstruiert waren und an die sich ein ½-jähriges Anerkennungspraktikum anschloss. Im Vergleich dazu war die Ausbildung im Saarland zur gleichen Zeit lediglich eine einjährige Ausbildung, von der die Hälfte als Anerkennungspraktikum abgeleistet wurde.
Es gab aber auch unterschiedliche Strukturen innerhalb eines Bundeslandes von Schule zu Schule. So wurde z.B. in Hessen in den Altenpflegeschulen des Deutschen Roten Kreuzes eine zweijährige Ausbildung angeboten, während man im Elisabethen-Stift in Darmstadt bereits dreijährig ausbildete. Allen Ausbildungen war jedoch gemeinsam, dass Schulgeld bezahlt werden musste. Bei Umschulungen wurden diese Kosten und Lebenshaltungskosten durch die Förderung der Arbeitsämter übernommen, gerade junge Auszubildende mussten diese Kosten und ihren Lebensunterhalt jedoch selbst finanzieren[8] (Sittler & Kruft 1997 / Fenchel 1999).

Ausgelöst durch den drängenden Bedarf an qualifizierten Altenpflegekräften in den 1980er Jahren verlangte die Politik eine Anhebung der Altenpflegeausbildung auf das Krankenpflegeniveau. So bestätigte die Kultusministerkonferenz 1985 die Altenpflegeausbildung zwar als Ländersache, bemühte sich jedoch gleichzeitig um einheitliche Richtlinien, die eine wenigstens identische Mindestdauer der Ausbildung von 2 Jahren zur Folge haben sollten. Es wurde außerdem eine theoretische Ausbildung von mindestens 1400 Unterrichtsstunden vereinbart. Die Diskussion war in erster Linie von politischen Diskussionen um die Finanzierungen der Ausbildung geprägt (Huber 2002 / Mamerow 2008). Bis zu einer vereinheitlichten Reglung der Ausbildung auf gleichem Niveau wie in der Krankenpflegeausbildung sollten noch einige Jahre vergehen.

Im Land Baden – Württemberg fanden zu diesem Zeitpunkt von Seiten der Politik Bemühungen statt, die Ausbildungsträger und der Verbände zur Abschaffung des Schulgeldes und zu einer landesweiten Anhebung der Ausbildung analog zur Krankenpflegeausbildung zu gewinnen, also einer Aufstockung zu einer 3-jährigen Ausbildung mit Erhöhung der theoretischen

[8] Informationen über die Entwicklung dieser Altenpflegeschulen können auf deren jeweiliger Homepage nachgelesen werden

Ausbildung auf 2100 Unterrichtsstunden. Außerdem sollten in der Ausbildung eine Ausbildungsvergütung entsprechend dem Tarifvertrag in der Krankenpflegeausbildung gezahlt werden (Huber 2002 / Sittler & Kruft 1997).

Anders als in anderen Ausbildungsberufen lag und liegt bis heute die Trägerschaft der Altenpflegeschulen in höchst unterschiedlichen Händen:

- Öffentlich – rechtliche Träger
  - Kommunen, Städte
- Freigemeinnützige Träger
  - Kirchliche Träger wie Caritas und Diakonie
  - Wohlfahrtsverbände wie Arbeiterwohlfahrt und Deutsches Rotes Kreuz
- Privatrechtliche Trägerschaften
  - z.B. Berufsfortbildungswerk der Gewerkschaft
  - aber auch Betreiber von privaten Pflegeeinrichtungen wie z.B. damals DSK (heute Pro Seniore)

(Huber 2002 / Sittler & Kruft 1997)

Da die Träger der Altenpflegeschulen die geplante Modifizierung nicht mittragen wollten, ging Baden-Württemberg 1988 einen ungewöhnlichen Schritt, der zu einer bundesweiten Vorreiterrolle in der Altenpflegeausbildung führen sollte.

Es wurde eine Ausbildungskonzeption mit den bereits genannten Kriterien entwickelt, die als Schulversuch an zunächst 8 Beruflichen Schulen des Landes ab 1989 starten sollte und an das duale System anderer Ausbildungen im staatlichen Schulsystem angelehnt war. Ein einheitlicher Lehrplan war für alle diese Schulen ebenso verpflichtend wie eine gemeinsame Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Die Altenpflegeschulen verzeichneten einen regen Zulauf von Ausbildungsinteressenten und das Netz der staatlichen Altenpflegeschulen wurde schnell erweitert. In kurzer Zeit entwickelten sie sich zu einer existenziellen Bedrohung für die Schulen in anderen Trägerschaften, so dass diese sich gezwungen sahen, ebenfalls auf das Konzept der 3-jährigen Ausbildung zurück zu greifen und eine Ausbildungsvergütung zu zahlen. Als das Land Baden- Württemberg nach einer Übergangsphase die Ausbildungs- und Prüfungsordnung 1993

landesweit verpflichtend für alle Altenpflegeschulen, gleich welcher Trägerschaft, einführte, geschah dies deshalb ohne größere Widerstände anderer Träger (Sittler & Kruft 1997 /Sittler & Kruft 2009 / Klie & Stascheit 2000).

Während dessen wurde ebenfalls in Nordrhein – Westfalen das Schulgeld abgeschafft und die Ausbildung auf drei Jahre verlängert. Allerdings führte dies nicht zwangsläufig zu einem höheren Theorieanteil, da das 3. Ausbildungsjahr als reines Anerkennungsjahr ausgewiesen war (AWO, Historisches Archiv).

Unterstützend für das Ansinnen einer bundesweiten Angleichung der Altenpflegeausbildung an das Niveau der Krankenpflege war in den darauf folgenden Jahren die 1993 eingeführte Heimpersonalverordnung, die das Heimgesetz von 1990 ergänzen sollte und nach Pflegefachkräften in der Pflege verlangt. Zudem trat am 1.1.95 die Pflegeversicherung in Kraft, die als Pflegefachkräfte im Sinne des Gesetzes nur dann Altenpflegekräfte anerkannte, wenn diese dreijährig ausgebildet waren (Huber 2002). Dies setzte die anderen Bundesländer und den Bund unter Zugzwang. Im Jahr 1999 wurde ein Gesetzgebungsverfahren zu einem Bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz (AltPflG) eingeleitet. Dieses wurde 2000 verabschiedet und sollte im Jahr 2001 bereits eingeführt werden. Durch den Einspruch des Landes Bayern[9] wurde die Umsetzung ausgesetzt und konnte erst nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2003 eingeführt werden (Bergmann et al 2008 / Sittler & Kruft 2009).

Gleichwertig zur Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung findet seit nunmehr 10 Jahren bundesweit die Ausbildung zur Altenpflegefachkraft nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Altenpflegegesetzes statt, die nachfolgend beschrieben werden soll.

[9] Das Land Bayern berief sich darauf, (Aus-) Bildung sei Ländersache und nicht Sache des Bundes. Hauptintension des Landes Bayern war die Beibehaltung einer 2-jährigen Ausbildung, da diese Pflegekräfte kostengünstiger in der Vergütung waren.

3.2 Gesetzliche Regelungen der Ausbildungen und Anforderungen an die Auszubildenden

Am 1. August 2003 trat das bundesweit gültige *Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG)* in Kraft und löste endgültig die unterschiedlichen Regelungen der einzelnen Bundesländer ab. Dabei wurde eine Gleichstellung der Ausbildungsdauer und Ausbildungsstruktur mit den Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, bzw. in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erreicht (Bergmann et al 2008 / Sittler & Kruft 2009).
Das Altenpflegegesetz legt unter anderem die Berufsbezeichnung fest und schützt diese:

„§ 1

Die Berufsbezeichnungen "Altenpflegerin" oder "Altenpfleger" dürfen nur Personen führen, denen die Erlaubnis dazu erteilt worden ist.“

(Zit. § 1 AltPflG 2003)

Nachfolgend beschreiben die verschiedenen Abschnitte des Gesetzes die Dauer der Ausbildung, die Voraussetzungen zur Ausbildung, die Finanzierung, und wer unter welchen Bedingungen ausbilden darf. Ferner werden die Rahmenbedingungen der praktischen Ausbildung festgelegt. Hier kommt es zu einer Überschneidung mit dem Schulrecht der Länder, so dass das Altenpflegegesetz an dieser Stelle nur vage die Bedingungen vorgeben kann, weil Schulrecht Ländersache ist. Daneben gibt es weitere Unterschiede zu anderen Ausbildungsberufen. So ist die Probezeit für andere Ausbildungsberufe zwischen 1 bis maximal 4 Monate üblich und wird mit dem Ausbildungsbetrieb vereinbart. In der Altenpflegeausbildung wird eine 6 Monate dauernde Probezeit gesetzlich vorgegeben (§ 8 AltPflG 2003 & AltPflAPrV 2002).

Es erscheint wenig sinnvoll, die einzelnen Paragraphen des Altenpflegegesetzes, der Altenpflege - Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (AltPflAPrV) und die einzelnen Länderverordnungen vorzustellen. Deshalb werden die Auswirkungen der gesetzlichen Vorgaben und Verordnungen auf

die theoretische und praktische Ausbildung von Altenpflegeschülern zusammengefasst.

Die Ausbildungsdauer ist auf 3 Jahre in Vollzeit festgelegt, davon sind 6 Monate Probezeit. Die theoretische Ausbildung soll *mindestens 2100 Stunden* umfassen, die praktische Ausbildung *mindestens*[10] *2500 Stunden*. Es ist möglich, die Ausbildung als Teilzeitausbildung in maximal 5 Jahren anzubieten (AltPflG 2003).

Das Ausbildungsziel ist als übergeordnetes Ziel formuliert und fordert die *Vermittlung von Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten ein, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen* führen sollen (Zit. §3 AltPflG 2003). Wie dies erreicht werden soll, wird im Anschluss genauer definiert und ist Grundlage des bundeseinheitlichen Rahmen - Curriculums, welches in ähnliche Weise auch in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (KP-A), sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung (KiKP-A) vorhanden ist (AltPflG 2003).

Als Zugangsvoraussetzung wird analog zur KP-A und zur KiKP-A grundsätzlich mindestens ein Realschulabschluss erwartet. Es gibt jedoch Ausnahmeregelungen die den *Durchstieg*[11] auch mit einem Hauptschulabschluss ermöglichen (vgl. AltPflG 2003). Dieser Punkt ist insofern wesentlich, als viele Auszubildende erst im mittleren Lebensalter in die Ausbildung einsteigen. So sind Frauen, die nach einer Kinder- und Familienphase einen beruflichen Neustart wagen, oft noch in einer Zeit zur Schule gegangen, in der Frauen oft keine weiterführenden Schulen besuchten, weil man davon ausging, sie benötigten dies wegen baldiger Familiengründung nicht. Die älteren Auszubildenden dieser Gruppe steigen

[10] Die Formulierung „mindestens 2500 Stunden“ zur praktischen Ausbildung bereitet den Altenpflegeschulen massive Probleme, da viele Einrichtungen in der praktischen Ausbildung damit unbezahlte Überstunden bei Auszubildenden in der Altenpflege rechtfertigen (Sahmel 2002 / Verdi 2012).

[11] Als Durchstieg wird die Durchlässigkeit des Bildungssystems im deutschen Schulwesen bezeichnet, welche auf die Ausbildung in der Altenpflege übertragen wurde (Herbst 6/2004)

zunächst häufig in die Altenpflegehilfeausbildung ein und können im Anschluss die dreijährige Ausbildung zur Altenpflegefachkraft vervollständigen. 2010 lag der Anteil von Auszubildenden in der Altenpflegehilfe bei etwa 27 % aller Auszubildenden in der Altenpflege[12]. In einigen Bundesländern wie Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz ist bei Abschluss der Altenpflegehilfeprüfung mit einem Notendurchschnitt von mindestens 2,4 eine Verkürzung der Ausbildung möglich, und die Absolventinnen können direkt in das zweite Ausbildungsjahr der Altenpflegeausbildung einsteigen. Gerade der oben beschriebenen Gruppe gelingt dies sehr häufig (Simon 2012).

Die inhaltliche Struktur der theoretischen Ausbildung wird in der Anlage 1, AltPflAPrV durch die Vorgabe eines Curriculums nach dem Lernfeldkonzept festgelegt. Innerhalb dieses Rahmens sind ganzheitlich und Handlungsfeld orientierte Curricula entstanden, die von einer Fächeraufgliederung absehen. Das Rahmencurriculum legt 4 Lernbereiche mit inhaltlich unterschiedlichen Schwerpunkten fest:

- Lernbereich 1
  - Aufgaben und Konzepte der Altenpflege
- Lernbereich 2
  - Unterstützung bei der Lebensgestaltung
- Lernbereich 3
  - Rechtliche und Institutionelle Rahmenbedingungen
- Lernbereich 4
  - Altenpflege als Beruf

Inhaltlich sind die Lernbereiche in thematische Lernfelder aufgegliedert, die spiralig ansteigend erworbenes Grundlagenwissen im Laufe der Ausbildung

[12] Anm. D. Verf.: Wie groß der Altersdurchschnitt bei Auszubildenden in der Altenpflege ist, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Die Gesundheitspersonalrechnungen (GPR) der Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist die Berufsgruppen der Pflegenden nicht getrennt aus, da die Zuordnungsgrößen noch aus den frühen 1980er Jahren stammen (Simon 2012) Es gibt jedoch interne nicht veröffentlichte Statistiken von staatlichen Altenpflegeschulen in Baden – Württemberg, die einen hohen Anteil von Auszubildenden in der Altenpflege im mittleren Lebensalter nachweisen (z.B. Helen–Keller–Schule Weinheim, Berta-von-Suttner-Schule Baden-Baden) Die Studie von Ver.di 2012 hingegen weist nur einen relativ geringen Anteil älterer Auszubildender aus (Ver.di 2012)

immer wieder aufgreift und mit neuem Wissen und neuen Erfahrungen verknüpft, so dass bis zum Ende der Ausbildung ein umfassendes theoretisches Wissen über das Berufsfeld der gerontologischen Pflege bestehen kann (AltPflAPrV 2002 / Sowinski & Behr 2002 / Zeiser 2006).

Eng mit der theoretischen Ausbildung soll die praktische Ausbildung verzahnt werden. Träger der praktischen Ausbildung ist eine stationäre Pflegeeinrichtung oder ein ambulanter Dienst und es sollen hier 2000 Stunden der praktischen Ausbildung in 3 Jahren geleistet werden. Die verbleibenden 500 Stunden sollen alternativ in einem Allgemeinkrankenhaus, in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung, in einer Einrichtung der offenen Altenhilfe, in der Gerontopsychiatrie oder Psychiatrie geleistet werden. Ein Einsatz in einem Hospiz ist nicht vorgesehen (AltPflAPrV 2002 / Sowinski & Behr 2002 / Zeiser 2006).

Daneben ist die Durchführung der praktischen Ausbildung in der Weise geregelt,
dass Praxisanleiter die Aufgabe einer schrittweisen Heranführung der Auszubildenden an eine eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben übernehmen. Die Praxisanleiter haben zudem eine beratende Funktion bei der praktischen Prüfung inne. Als Grundqualifikation zur Praxisanleitung nennt das Gesetz hier explizit:

Geeignet ist

1. *Eine Altenpflegerin oder ein Altenpfleger oder*
2. *Eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in der Altenpflege*

(Zit. §2 / Abs.2 AltPflAPrV 2002)

Die Praxisanleitung muss zudem die Befähigung zur Praxisanleitung nachweisen, also den Nachweise einer Weiterbildung führen können. In der Regelung sind mehrere Fakten auffällig:

- Es ist nicht ersichtlich, welche inhaltlichen Anforderungen an die Weiterbildung gestellt werden und es gibt keinerlei einheitliche Vorgaben oder Vereinbarungen, die dies regeln würden. Es gibt lediglich in

einzelnen Bundesländern Vorgaben der theoretischen Stundenanzahl der Weiterbildungen.

- Es verwundert, dass Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte als Praxisanleitung fungieren dürfen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachkräfte aber nicht. Die inhaltliche Gewichtung psychologischer und rehabilitativer Anteile in der Ausbildung ist in Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung deutlich größer als in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung; gerontologische Anteile werden in beiden Ausbildungen gleichermaßen nur rudimentär angeboten. Diese Aspekte sollten aber in der gerontologischen Pflegepraxis[13] eine elementare Rolle spielen, weil sie das Altersbild und die Haltung der zukünftigen Altenpflegefachkräfte gegenüber alten Menschen prägen.

Die theoretische und praktische Ausbildung findet im Wechsel statt, wobei wie in der Krankenpflegeausbildung die *Verantwortung der Ausbildung* bei der Schule liegt und nicht, wie in anderen Ausbildungsberufen, im ausbildenden Betrieb.

Die Auszubildenden werden während der praktischen Ausbildung durch die Lehrkräfte der Schule besucht, betreut und beurteilt. Fachlehrer der Altenpflegeschule besuchen die Auszubildenden in den Einrichtungen der Altenhilfe, und bewerten dort Pflege- und Betreuungssituationen, leiten die Auszubildenden jedoch nicht in der praktischen Ausbildung an. Diese Aufgabe ist der Praxisanleitung übertragen und die Fachlehrer kooperieren mit den Praxisanleitungen und beraten sich mit diesen über den Ausbildungsverlauf und den Ausbildungsstand des Auszubildenden.

Zur Erfüllung der Maßgaben schließen die Altenpflegeschulen zunächst einen Kooperationsvertrag mit den zusammen arbeitenden Einrichtungen der Altenhilfe, in dem die Rahmenbedingungen der Ausbildungszusammenarbeit geregelt werden. Die Auszubildenden schließen danach einen Ausbildungsvertrag mit der ausbildenden Einrichtung. Die Schule muss

[13] z.B. Biographiearbeit oder Daseinsthematische Begleitung (Ehret 2010)

diesem Vertrag zustimmen, um ihn wirksam werden zu lassen (AltPflAPrV 2002 / Sowinski & Behr (2002) / Zeiser 2006).

(Grafik Nr.7 /Ensink 2008)

An dieser Stelle kann die Schule ihrer Aufgabe als Verantwortungsträger der Ausbildung gerecht werden, da es möglich ist, regel- oder rechtswidrige Verträge nicht gegenzuzeichnen oder im Zweifel auch den Kooperationsvertrag zu kündigen.

Es gibt keine bundesweit einheitlichen Maßgaben für das Maß und die Form von Praxisanleitung in der praktischen Ausbildung. Es besteht zwar eine Handlungsempfehlung zur praktischen Ausbildung des BMFSFJ, sie hat jedoch keinerlei verpflichtenden Charakter und in ist einigen Punkten selbst als Handlungsempfehlung sehr unkonkret. So fehlt etwa ein genauer Orientierungswert für die Anleitungszeit pro Auszubildenden (BMFSFJ 2006). Sie müssen in den Bundesländern jeweils einzeln geregelt werden, was bisher nur selten geschehen ist (Ver.di 2012). Das Land Baden – Württemberg geht hier richtungsweisend voraus und hat in Form eines *Rahmenplans für die praktische Ausbildung in der Altenpflege in Baden-Württemberg* geschaffen, der die praktische Ausbildung in diesem Bereich regelt und gleichzeitig die Stundenzahl für die Praxisanleitung durch eine gesetzliche Regelung festgeschrieben hat (SM-BW & KM-BW 2010):

> *„Gemäß § 19 Abs. 4 Nr. 4 des Gesetzes zur Änderung des Landespflegegesetzes und anderer berufsrechtlicher Vorschriften vom 15. Juni 2010 (GBl. S. 427) hat der Träger der Einrichtung eine fachliche Anleitung im Umfang von mindestens 25 Stunden je*

Schulhalbjahr und Schülerin oder Schüler durch eine berufspädagogisch fortgebildete Pflegefachkraft zu gewährleisten“
(Zit. SM-BW & KM-BW 2010 / 5)

Die Regelungen der Finanzierung der Ausbildung hat der Bund ebenfalls in die Verantwortung auf Landesebene zurückgegeben. Hier sind weitgehend Refinanzierungssysteme entstanden, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden soll, die für die Träger der Einrichtungen jedoch im Allgemeinen durch Refinanzierungsmöglichkeiten annähernd kostenneutral sind.

Die gesetzlichen Vorschriften sind insgesamt so gestaltet, dass es zu einer Altenpflegeausbildung unter gut durchdachten Rahmenbedingungen mit hoher Qualität kommen könnte, wenn diese Bedingungen konsequent eingehalten würden.

3.3 Die Realität der Ausbildungsbedingungen in der Altenpflege

Befragt man Schüler zu ihrem Interesse, einen Pflegeberuf zu ergreifen, dann zeigt sich, dass die Bereitschaft bei Schülerinnen[14] bei 10,4% und bei Schülern gar nur bei 1,9 % liegt. Besonders ablehnend stehen die jungen Menschen der Altenpflege gegenüber, was mit einem negativen Altersbild und dem schlechten Image des Altenpflegeberufs zusammenzuhängen scheint. Das Berufsbild der Altenpflege wird mit Schlagworten wie *Ungünstige Arbeitsbedingungen* in Verbindung gebracht, wie *schlechte Bezahlung* und *Pflege im Minutentakt*. Es ist demnach eher noch mit der Verschärfung des Pflegenotstandes zu rechnen (BMFSFJ 2010). Wagt ein junger Mensch dennoch den Schritt in die Ausbildung zur Altenpflegefachkraft, so scheinen sich diese Vorurteile zu bestätigen.

Ver.di veröffentlichte im Jahr 2012 eine Studie zur Situation von Auszubildenden in Pflegeberufen. Die Auswertung zeigt, dass die Auszubildenden in der Altenpflege insgesamt mit ihrer theoretischen

[14] Es ist anzunehmen, dass Schüler und Schülerinnen, welche die Voraussetzung zur Ausbildung mitbringen, also Realschüler gemeint sind. Dies wird in der Quelle jedoch nicht genau definiert.

Ausbildung zufrieden sind. Allerdings ist die theoretische Ausbildung mit einem höheren Aufwand an zusätzlichen Lernzeiten verbunden, als dies in den anderen Pflegeausbildungen der Fall ist. So äußern 53,2% der Auszubildenden, sie müssten wöchentlich mehr als 6 bis 15 Stunden und teilweise sogar mehr an zusätzlicher Lernzeit aufbringen, um den Ansprüchen der theoretischen Ausbildung gerecht zu werden (Ver.di 2012).

Die praktische Ausbildung dagegen weist deutlich größere Defizite in den meisten Bereichen auf als in anderen Ausbildungen der Pflege:

- Ausbildungsvergütung
  - Die Auszubildenden der Altenpflege müssen angemessen entlohnt werden. Als Maßstab gilt die Entlohnung nach Tarifvertrag (2012 = 865,96 €). Dieser darf maximal um 20 % unterschritten werden[15]. Diese unterste Grenze wären für das 1. Ausbildungsjahr bei 701, - €. Im Jahr 2012 wurde diese Untergrenze bei 27 % der Auszubildenden in der Altenpflege zum Teil deutlich unterschritten, was letztlich einen Rechtsverstoß darstellt.
- Ausbildungsmittel
  - Obwohl vom Gesetz her vorgesehen ist, dass Auszubildenden die benötigten Mittel zur Ausbildung zur Verfügung gestellt werden müssen, sehen sich die Auszubildenden in der Altenpflege häufig zu Kosten für die Ausbildung gezwungen. 23,5 % der Auszubildenden geben pro Ausbildungsjahr mehr als 120,- €, weitere 14,8 % sogar über 200,- € für Lehrmittel aus.
  - Es existieren bundesweit nach wie vor Altenpflegeschulen, die Schulgeld von den Auszubildenden verlangen, weil dies im Gegensatz zur Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung nicht unmissverständlich verboten ist.
- Planung der praktischen Ausbildung
  - Nahezu 40% der Auszubildenden erhalten keinen Ausbildungsplan für die praktische Ausbildung.
  - 33% der Auszubildenden finden ihre praktische Ausbildung schlecht geplant.

[15] Urteil des Bundesarbeitsgerichtes vom 19.02.08

- Praxisanleitung
  - Nahezu 60% erhalten nur gelegentlich bis nie strukturierte Praxisanleitungen, welche entsprechend vor- und nachbereitet werden.
  - Obwohl die meisten Auszubildenden ihre Praxisanleitung kompetent finden, sind viele Auszubildenden mit ihrer praktischen Anleitung unzufrieden. 79,6% meinen, ihre Praxisanleitung habe zu wenig Zeit für Anleitung. Dies ist sicherlich in einem Rollenkonflikt begründet, dem Praxisanleitungen in den meisten Fällen ausgesetzt sind, da sie neben der Aufgabe als Praxisanleitung auch Aufgaben im normalen Pflegedienst erfüllen müssen. Bei akutem Zeitmangel geht dieser Konflikt auf Kosten der Anleitung. So kommt es zwar häufiger zu spontanen Lernsituationen, die aber für eine gut strukturierte praktische Ausbildung nicht ausreichen.
- Auszubildende als Lückenfüller für Personalengpässe
  - 44,4% werden wiederholt unplanmäßig versetzt, um Personallücken zu stopfen und übernehmen dann dort Hilfstätigkeiten, die ihrer Ausbildung nicht dienlich sind.
  - 49.1% der Auszubildenden leisten regelmäßig Überstunden, um Personalengpässe zu begleichen.
- Arbeitszeiten
  - Nur 30,9% arbeiten maximal 40 Stunden pro Woche,
  - 39,4% arbeiten zwischen 41 bis 45 Stunden.
  - 23,4% arbeiten bis zu 50 Stunden und
  - 6,3% sogar mehr als 50 Stunden pro Woche[16]
- Ausbildungsabbrüche
  - Nur 23,7% der Auszubildenden fühlen sich während der Ausbildung durch die Ausbildungsbedingungen kaum oder nicht belastet.
  - Die Quoten der Ausbildungsabbrüche während der Ausbildung sind dramatisch und liegen deutlich über den Quoten in anderen Ausbildungen zu Pflegeberufen. Bei einer durchschnittlichen Klassengröße von 20 bis 25 wird nur in 21,5% der Klassen von

[16] Nach dem Arbeitszeitgesetz darf eine wöchentliche Arbeitszeit von 48 Stunden grundsätzlich nicht überschritten werden (ArbZG §7, Abs.8)

weniger als 3 Ausbildungsabbrüchen der Auszubildende während der 3 Jahre berichtet. In 62% der Klassen sind dies zwischen 4 und 10 Schülern, in 11,7% der Klassen waren es sogar zwischen 11 und 15 und 4,2% der Klassen hatten mehr als 15 Ausbildungsabbrüche erlebt.

- Übernahme in ein Arbeitsverhältnis nach der Ausbildung
  - Altenpflegeschülern wird nach der Ausbildung zwar häufiger die Übernahme in ein Arbeitsverhältnis vom Ausbildungsbetrieb angeboten, die Arbeitsverhältnisse sind jedoch zu 45,2% nur befristet und fast ebenso häufig nur ein Teilzeitangebot (43,8%).
    (Ver.di 2012)

Betrachtet man diese Daten, so wird deutlich, dass viele der gesetzlichen Bestimmungen nicht nur nicht eingehalten werden, sondern Regelungslücken in aller Regel zum Vorteil der Träger genutzt werden und es drängt sich der Verdacht auf, hier würden nicht Ausbildung, sondern betriebliche Zwänge im Vordergrund stehen. Gleichzeitig stellt sich die Frage, warum hier die Leitungen der Altenpflegeschulen nicht regulierend eingreifen, da sie doch die Verantwortung für die Ausbildung tragen (AltPflG. 2003).

Betrachtet man die Organisationsstrukturen der Trägerschaft von Schulen und Einrichtungen, wird eine Interessenlage offensichtlich, die der Situation in der Krankenpflege sehr ähnlich ist.

Organisationsstruktur

(Grafik Nr.8 / Thiel 2004 / 96)

Wie in der Krankenpflege sind die Träger der Einrichtungen der Altenhilfe häufig identisch mit den Trägern der Altenpflegeschulen. Als Konsequenz von Nichteinhaltung von Regelungen und den Vorgaben des Kooperationsvertrags in einer Institution der stationären oder ambulanten Altenhilfe müsste die Schule die Auszubildenden aus den Einrichtungen nehmen und den Kooperationsvertrag mit der Einrichtung kündigen und nicht mehr mit der Einrichtung in der praktischen Ausbildung zusammen arbeiten. Der Arbeitgeber ist aber in Schule und Einrichtung identisch und es wird der Schulleitung so unmöglich gemacht, konsequent zu sein, ohne ihre eigene Stellung zu gefährden. Ausnahmen stellen hier nur Schulen dar, deren Träger unabhängig sind.[17] In anderen Konstrukten ist Intervention durch die Schule sehr stark abhängig von der persönlichen Courage der jeweiligen Schulleitung (Sahmel 2002).

4. Arbeiten im Berufsfeld stationäre Altenpflege

Die Arbeit einer Pflegefachkraft in der stationären Altenpflege unterliegt vielfältigen äußeren und inneren Einflussfaktoren und den damit verbundenen Auswirkungen, weshalb eine Betrachtung der Rahmenbedingungen folgerichtig erscheint. Sie sind in der stationären Altenpflege besonders geprägt durch die Einführung der Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherungen (Naegele 2007).

4.1 Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege

Die Pflegeversicherung und damit das Pflegeversicherungsgesetz wurde 1994 verabschiedet und trat 1995 in Kraft. Zunächst als richtiger Schritt gedacht, führte sie zu einer Anerkennung von Pflegebedürftigkeit als

[17] wie z.B. Berufsfachschulen für Altenpflege im beruflichen Schulwesen in Rheinland - Pfalz oder Baden- Württemberg

eigenständiges Lebensrisiko und leistet einen Beitrag zur Professionalisierung der Langzeitpflege. Ziel war es auf der einen Seite pflegebedürftige alte Menschen aus der Abhängigkeit der Sozialhilfe zu holen[18] und andererseits die familiäre und ambulante Pflege zu fördern. Die Orientierung an der familiären Pflege musste aber im Zuge der demografischen und gesellschaftsstrukturellen Entwicklung zu Problemen führen. Familiäre Pflege behindernde Faktoren wie zunehmende Singlehaushalte, Kinderlosigkeit oder weit voneinander entfernt lebende Familien nehmen zu und damit die Notwendigkeit professioneller Pflege. Auch wenn von zunehmendem bürgerschaftlichem Engagement und der Entstehung neuer Pflegemix-Modelle besonders im ambulanten Bereich auszugehen ist, wird der Bedarf an professioneller Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen nicht ab-, sondern eher zunehmen (Naegele 2007).

Rund 30% (743 000 Personen) wurden zum Ende des Jahres 2011 in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Diese Einrichtungen verfügen über einen Versorgungsvertrag nach § 73, Sozialgesetzbuch (SGB) XI und die Pflege wird über die Einstufung in der Pflegeversicherung vergütet (Pfaff, 2013).

Träger der Pflegeversicherungen sind die Pflegekassen. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und den Krankenkassen organisatorisch zugeordnet. Die Festlegung der Beiträge wird durch den Staat nach SGB XI geregelt. Die Pflegekassen schließen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung mit den Trägern ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge ab, in deren Rahmen auch über Vergütungsvereinbarungen[19] verhandelt werden kann. Leistungen aus der Pflegeversicherung können nur ambulante oder stationäre Einrichtungen der Altenhilfe in Anspruch nehmen, die über einen Versorgungsvertrag verfügen. Mit den Pflegesätzen für stationäre Einrichtungen werden neben den Leistungen der Grundpflege auch

[18] Kleine Renten und Einkommen waren in vielen Fällen bei Pflegebedarf nicht ausreichend und mussten dann über Sozialhilfe finanziert werden (Naegele 2007)

[19] § 85 SGB XI Pflegesatzverfahren

medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung abgegolten. Die Höhe der Leistungen für den einzelnen Pflegebedürftigen ergibt sich aus der Eingruppierung in seine Pflegestufe. Die Eingruppierung entsteht auf der Basis eines Pflegegutachtens durch den MDK (Medizinische Dienst der Krankenkasse) (Freund, Mischer & Seidel 2009 / Ehlers 2010 / BMFSFJ 2010). Es stellt fest, ob ein Mensch pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes ist:

> *„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“ (*Zit.: § 14 SGB XI)

Das Gesetz definiert daneben genau, was unter *regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen* zu verstehen ist:

> *„Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:*
> 1. *im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,*
> 2. *im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,*
> 3. *im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,*
> 4. *im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.“*
>
> (Zit.: § 14 SGB XI)

Die gesetzliche Definition macht deutlich, dass es sich bei der Pflegeversicherung lediglich um eine Teilkaskoversicherung handelt, die

nicht mit dem ganzheitlichen Pflegeverständnis übereinstimmt. Sie schließt z.B. administrative Aufgaben, pflegerische Zuwendung und soziale Betreuung außerhalb dieser Tätigkeiten nicht ein, obwohl diese natürlich anfallen. Zudem ist die Einstufung stark defizitorientiert und die Versorgung der zunehmenden Zahl von alten Menschen mit einer dementiellen Erkrankung wird nicht adäquat Rechnung getragen. So ist das Pflegeleistungsergänzungsgesetz auf den Schwerpunkt der Alltagsbegleitung fokussiert und berücksichtigt nicht individuell fördernde Betreuungen[20], welche auch über die Pflegestufen nicht berücksichtigt wird (Naegele 2007 / Rothgang, Müller & Unger 2013).
Ergänzend wird erklärt, wie groß der Zeitaufwand für Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung in den jeweiligen Pflegestufen sein muss, damit eine Einordnung in eine Pflegestufe zutrifft:

1. *in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,*
2. *in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,*
3. *in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.*
   (Zit.: § 15 SGB XI)

Der Zeitbedarf für die Pflege ist Grundlage für die Einstufung eines pflegebedürftigen Menschen in eine Pflegestufe. Die Gesamtheit der Pflegestufen aller Bewohner einer stationären Einrichtung der Altenhilfe ist wiederum die Grundlage für die Berechnung des Pflegepersonalschlüssels. G. Naegele betont, dass diese und andere vorhandene Personalbemessungen nicht empirisch zu begründen sind und eine Reform der Pflegeversicherung neben Qualitätskriterien im *Bereich der Struktur- und Ergebnisqualität* auch ein System *geeigneter Personalbemessung* vorgeben müsse (Naegele 2007/28).

[20] z.B. die Daseinsthematische Begleitung nach S. Ehret.

Ob die Pflege im Sinne der Vorgaben der Pflegeversicherung geleistet wird, muss in einer ausführlichen Pflegeprozessplanung und Pflegedokumentation nachgewiesen werden. Im Zusammenhang mit den gesetzlichen Vorgaben ergeben sich damit m.E. mehrere Widersprüche:

- Zwischen den Pflegestufen 1 und 2 besteht ein erheblicher Abstand in der zugebilligten Pflegezeit. Dies bedeutet letztlich, dass eine Pflegeeinrichtung über die Pflegeversicherung gleich vergütet wird, egal ob ein Bewohner einen Pflegeaufwand von 45 Minuten oder 110 Minuten benötigt.
- Auch der Personalschlüssel berechnet sich in beiden Fällen gleich.
- Stationäre Altenpflegeeinrichtungen werden zunehmend neben einem Ort des Wohnens desgleichen zu einem Bereich der Krankenhaus- und Intensivpflege, weil durch die Einführung der DRG´s in Kliniken die Verweildauer der Patienten immer kürzer werden lässt. Dies führt zu einem Anstieg der Anforderungen bei gleichbleibenden Personalschlüsseln, weil ein kurzfristig zusätzlicher quantitativer und qualitativer Pflegebedarf keine Anrechnung findet.
- Aktivierende Pflege, die einer Verschlechterung der Situation eines Pflegebedürftigen entgegenwirkt, benötigt mehr Zeit als eine ignorierende[21] Pflege. Sie ist für die „Leistungsfähigkeit“ der Pflegenden also kontraproduktiv. Dies widerspricht dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“.
- Die Pflegeversicherung gesteht den Pflegefachkräften keine Zeit zur Betreuung von demenziell erkrankten Bewohnern zu. Menschen mit demenziellen Erkrankungen brauchen nicht nur Hilfe bei der körperlichen Pflege, sondern auch Betreuung. Die Pflegereform 2008 sollte durch strukturelle Weiterentwicklung die Rahmenbedingungen in der Pflege besser an die Bedürfnisse der Menschen anpassen. Zwar bekommen jetzt demenziell erkrankte Bewohner einen erhöhten Betreuungsbedarf zugestanden, die Betreuung wird dann jedoch über sogenannte 87b-

[21] Ignorierende Pflege verfolgt bei Pflegehandlungen in erster Linie mit dem System kompatible Vorgehensweisen in der direkten Pflege und ignoriert dabei die Interessen von Menschen mit Pflegebedarf. Als Beispiel kann hier die Unterstützung bei Mahlzeiten bei betroffenen alten Menschen in Pflegeeinrichtungen genannt werden (Krohwinkel 2008).

Kräfte geleistet, also angelernte Hilfskräfte, die über eine Kurzausbildung verfügen.

- Die Pflegeversicherung sieht keine Zeitpuffer für eine angemessene palliative Pflege von sterbenden Bewohnern vor, obwohl dies kein seltenes Ereignis in stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist.
- Organisatorische und administrative Aufgaben[22] wie das Erstellen von Pflegeplanungen, welche einen hohen Zeitaufwand benötigen, werden von der Pflegeversicherung nicht mit einberechnet und kommen damit bei der Berechnung der Personalschlüssel nicht zum Tragen. Sie werden aber dennoch vom Gesetzgeber verlangt (§ 113 ff SGB XI) und von MDK und Heimaufsicht bei externen Qualitätskontrollen als Nachweis pflegerisch korrekter Leistung überprüft.

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs könnte hier zu einer deutlichen Verbesserung der Situation führen. Er würde das jetzige Spektrum der Einschätzung des Betreuungs- und Unterstützungsbedarfs pflegebedürftiger Menschen neben dem bisherigen Bereich der Selbstversorgungsdefizite auch auf *kognitive und kommunikative Fähigkeiten, auf Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und die Gestaltung des Alltagslebens* mit seinen *sozialen Kontakten* beziehen (BMFSFJ 2010/352). Zudem würde eine Einteilung in fünf Stufen dem individuellen Pflegebedarf von Menschen gerechter. Zwar wird mittlerweile der neue Pflegebegriff seit 2006 politisch diskutiert, aber bis heute nicht eingeführt (BMFSFJ 2010).

Die Bedingungen der Pflegeversicherung bildet damit nicht die Realität der stationären gerontologischen Pflege ab. So bemängelt G. Naegele das Fehlen eines *rationalen, wissenschaftlich anerkannten*

[22] Im Rahmen der Studie zur Errechnung von Pflegebedarf HEdPisEdA wurde begleitend in einer Einrichtung eine Woche lang die Zeit für organisatorische und administrative Aufgaben (Gespräche bei Arztvisiten, Organisation neuer Medikationen, Erstellung und Evaluation von Pflegeplanungen) gemessen. Es zeigte sich, dass pro Bewohner und Woche ein Bedarf von 1 Stunde notwendig war, die ausschließlich durch Pflegefachkräfte zu leisten ist. Dies bedeutet, dass pro 40 Bewohner eine Vollzeitstelle einer Pflegefachkraft ausschließlich für diese Aufgaben notwendig ist (Gussmann 2002)

Personalbemessungsinstrumentes (Naegele 2007/21). Im Jahr 2002 wurde durch V. Gussmann[23], damals pflegewissenschaftlicher Leiter der Heimaufsichtsbehörden in Hessen, eine Untersuchung in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. In der Studie wurde bei mehr als 2000 Bewohnern der real notwendige Zeitbedarf für eine angemessene (nicht optimale) Pflege gemessen. Es wurde der aus pflegerischer Sicht notwendige individuelle Pflegebedarf des jeweiligen Bewohners zu Grunde gelegt. Dabei wurden Pflegehandlungsmodule entwickelt, die bei ihrer Berechnung des Zeitaufwandes die notwendige Vorbereitung (z.B. Einsicht in die Dokumentation und Maßnahmen der Infektionsprophylaxe, Vorinformierendes Gespräch mit dem Bewohner) und die Nachbereitung (Maßnahmen der Infektionsprophylaxe und erforderliche Dokumentation) mit einbezogen. Es wurde also der Zeitaufwand vom Beginn der Handlung bis zum Ende der Handlung gemessen. Daraus sollte der Pflegepersonalbedarf realistisch ermittelt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung sind nur als internes Papier zu haben, da bei der Untersuchung nachgewiesen wurde, dass der tatsächliche Zeitaufwand um 70 und 80 % höher ist, als durch die Pflegeeinstufung zugestanden wird (Gussmann 2002).

Seit 2006 wird auf politischer Ebene über eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs diskutiert. Es soll eine Erweiterung der Pflegestufen auf 5 Unterteilungen geben; kognitive Einschränkungen sollen eine größere Berücksichtigung bei der Feststellung des Pflegebedarfs finden, ebenso das Rehabilitationspotential alter Menschen mit Pflegebedarf (Naegele 2007 / Ehlers 2010). Dies ist über zwei Legislaturperioden hinweg bis heute nicht gelungen, so dass die Regelungen von 1995 bis dato ihre Gültigkeit behalten haben. Auch die Vergütungen für die Pflegestufen wurden besonders für den stationären Bereich kaum angehoben. So wurden die Pflegesätze seit Beginn der Pflegeversicherung in der stationären Pflege für die Pflegestufen I und II bis jetzt nicht angehoben. Erst seit 2008 wurden in der Pflegestufe III von 1470,- € auf aktuell 1550,- € und bei Pflegestufe III

[23] *Hessisches Ermittlungsinstrument des Pflegebedarfs in stationären Einrichtungen der Altenhilfe* (HEdPisEdA) gefördert durch Hess. Landesamt für Versorgung und Soziales unter der Leitung von Volker Gussmann (2002)

mit Härtefall von 1750,- € auf 1918,- € angehoben. De facto kommt dies einer Reduzierung der Pflegesätze gleich, weil über Jahre hinweg nicht einmal die Teuerungsraten mit einbezogen wurden. Durch Einsparungen wird von Trägerseite versucht dies aufzufangen, z.B. durch Einsparungen an Hilfsmitteln und vermehrte Teilzeitstellen, welche eine größere Flexibilität der Dienstplangestaltung für die Einrichtungsbetreiber bieten. Gleichzeitig entwickeln sich für Pflegekräfte daraus prekärer Arbeitsverhältnisse und es muss hier die Frage nach der Humanität der Arbeitsbedingungen in der Pflege gestellt werden (Naegele 2007 / Nöbel 2010 / Freund, Mischer & Seidel 2009).

Pflegefachkräfte sollen in diesem Spannungsfeld eine angemessene Pflege für die Bewohner leisten. Die Qualität der Pflege wird durch externe Institutionen (Heimaufsichtsbehörden / MDK) durch unangekündigte Begehungen überwacht. Grundlage sind für die verschiedenen Heimaufsichtsbehörden die Heimgesetze und Bestimmungen der Länder. Die Heimaufsicht hat in den Einrichtungen neben der Kontroll- auch eine Beratungsfunktion. Sie kontrolliert außer der Qualität der Pflege und baulicher Strukturen ferner die Personalstruktur der Einrichtungen und stellt eine neutrale Überwachungsinstitution des jeweiligen Bundeslandes dar. Dabei sind die Qualitätskriterien von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich und häufig, wie auch für den MDK an den Vorstellungen von Qualitätsmaßgaben der Industrie orientiert. Heimaufsichtsbehörden arbeiten eng mit den Pflegekassen zusammen, die ebenfalls durch den MDK (medizinischer Dienst der Krankenkassen) Qualitätsprüfungen in den Einrichtungen durchführen. Die Praxis des MDK, die Prüfberichte und Bewertungen zu veröffentlichen wird aktuell überdacht, da es in der Vergangenheit zu Kritik an den Bewertungen gekommen ist (Naegele 2007 / Menker & Waterboer 2010 / Bock von Wülfingen, Model & Potz 2009). Stationäre (Alten-)Pflegeeinrichtungen werden also streng von außen kontrolliert. Dies geschieht ebenfalls in etwas geringerem Maß durch den MDK in ambulanten Pflegeinstitutionen. Hier unterscheidet sich die Altenpflege elementar von der Kranken(haus)pflege. Interessant ist m.E. in diesem Zusammenhang nämlich, dass in Krankenhäusern die Qualität der

Pflege keinerlei Kontrollen unterliegt. In Krankenhäusern wird lediglich in unregelmäßigen Abständen angekündigt die Hygiene überprüft. Eine Überprüfung der Pflegeprozesse, bzw. des korrekten pflegerischen Handelns findet nicht statt, dies gilt auch im Bereich der geriatrischen Krankenhauspflege. Zudem besteht für stationäre Altenpflegeeinrichtungen eine Art „Beweislastumkehr“, denn im Gegensatz zu anderen Berufszweigen wird in der Altenpflege der stetige Nachweis durch Dokumentation verlangt, dass pflegerisch richtig gehandelt wurde. In anderen Berufszweigen muss eine fehlerhafte Handlung durch denjenigen bewiesen werden, welcher eine solche unterstellt. Sie darf nicht unterstellt werden, nur weil nicht detailgenau das korrekte Handeln dokumentiert wurde. Dies gilt so auch für die Medizin und die Krankenhauspflege.

An dieser Stelle kann die Frage nach der Wertschätzung des Altenpflegeberufs gestellt werden, denn das Maß an Wertschätzung welches in der Gesellschaft einer Berufsgruppe entgegen gebracht wird, zeigt sich unter anderem im Image des Arbeitsfeldes.

4.2 Wertschätzung der Pflegefachkräfte im Berufsfeld Altenpflege

Das Bedürfnis nach Selbstwert und Wertschätzung ist im Menschen ebenso vorhanden wie biologische Bedürfnisse und ist damit eine grundsätzliche Motivation für menschliches Handeln. Neben dem Bedürfnis nach Selbstachtung erfordert es auch das Gefühl, als versiert und tüchtig betrachtet und von anderen anerkannt zu werden, also als „wertvoll“ zu gelten. Das Empfinden dieser Wertschätzung unterstützt wiederum das Gefühl von Selbstwert, da sie Respekt und Achtung ausdrückt. Nachweislich fördert Wertschätzungserfahrung die Verbundenheit zum Beruf, wenn die entgegengebrachte Wertschätzung eine echte Emotion ist. (Zimbardo & Gerrig 1999 / Fischbach, Decker, Zeuch & Lichtenthaler 2011).

Wertschätzung stellt sich auf vielen Ebenen dar. So ist Kommunikation ein Indikator für Wertschätzung. Negative Formulierungen und wahrgenommene negative Emotionen werden vom Gegenüber schnell als Abwertung verstanden. Wie groß die Wertschätzung gegenüber einer Person oder einer

Gruppe ist, zeigt sich immer auch in dem Image der Umgebung. Der Begriff Image bezeichnet ein gefärbtes Vorstellungsbild, das die Umgebung von der Person oder Gruppe hat. Es ist geprägt von Annahmen, Auffassungen und Bildern, die nicht unbedingt im Zusammenhang mit objektiven Situation stehen müssen und nicht selten der Charakter von Vorurteilen haben. Imagebilder dienen als Stereotypen der Vereinfachung sozialer Zuordnung, wobei Selbst- und Fremdimage unterschieden werden müssen, die durchaus weit voneinander abweichen können.
Das Image der Altenpflege ist schon seit Jahren negativ konnotiert. So zeigt die Studie Altenpflege – Monitor 2007 / 2008 bei der Befragung von 500 Personen im Alter 50 + in hohen Werten negative Zuschreibungen zum Image der Pflege. 81% der Befragten gaben einen massiven Zeitmangel an, der die Pflege und Betreuung behindere. 63% empfinden die Pflege als zu teuer, 76% finden den Umgang mit den Bewohnern nicht respektvoll. Die Bewohner würden medikamentös ruhig gestellt, meinen 48% und 77% finden nicht, dass man in der Altenpflege gut versorgt würde. Nur 10% der Befragten waren der Ansicht, dass Altenpfleger gut bezahlt würden (Grützner & Jürgens 2008).

Ferner liefern Schlagworte der Öffentlichkeit die Möglichkeit, die altruistische Haltung vieler Pflegefachkräfte abzuwerten, indem auf den Allgemeinplatz des *Helfersyndroms* zurückgegriffen wird. So hat Schmittbauers *„Hilflose Helfer*“ ungewollt zur Abwertung der Pflegeberufe beigetragen, indem es für viele den Eindruck vermittelt, viele Menschen, die in helfenden Berufen tätig sind, dienten letztlich sich selbst.

Ein weiterer Zusammenhang mit dem negativen Image der Pflege lässt sich ableiten aus der geringen Sichtbarkeit von Pflege. Dies gilt besonders für das Berufsfeld der Altenpflege. Während es Ärzten sehr gut gelingt, in der Öffentlichkeit präsent zu sein und aufzuzeigen, was Medizin Gutes für die Bevölkerung tut, ist dies in der Krankenpflege deutlich weniger sichtbar. Immerhin gibt es in den Medien neben dem „großartigen Arzt“ immer wieder auch die „engagierte Krankenschwester“ die für alles eine Lösung hat. Die Altenpflege hingegen tritt in den Medien immer dann in Erscheinung, wenn

es um Skandale oder katastrophale Zustände geht. Positive und realistischere Bilder altenpflegerischer Arbeit sind seltene Ausnahmen. Sicher in guter Absicht, aber dennoch unüberlegt, ist die Tendenz der Gesellschaft, jeden, der sonst beruflich nicht unterkommt, wie z.B. schwer vermittelbare Jugendliche oder Langzeitarbeitslose, in altenpflegerische Tätigkeiten unterbringen zu wollen. Dies unterstützt den Eindruck „Pflegen kann jeder“ und wertet so die Altenpflege ab (Ciesinger et al 2011).

Gleichzeitig steht diese Sichtweise im Kontrast zur Sicht der Bevölkerung. Im Rahmen des Projekts *Berufe im Schatten* wurden im Jahr 2010 2.528 Personen ab 14 Jahre in der Bevölkerung befragt. Auffällig in den Ergebnissen der Untersuchung war, dass Teilnehmer, die bisher keine Berührung mit dem Beruf der Altenpflege hatten, durchweg negativer über das Berufsfeld und die Pflegefachkräfte urteilten, als dies bei Personen der Fall war, die zuvor mit dem Berufsfeld in Berührung gekommen waren. Außerdem wurde durchgängig die Krankenpflege besser bewertet als die Altenpflege. 98 % sahen im Beruf Altenpflege jedoch eine hohe gesellschaftliche Relevanz und befanden gleichzeitig, diese Tätigkeit könne eben nicht jeder (Klatt, et al 2011a).

(Grafik Nr.9 / Klatt, Goesmann & Cohnen 2011 / 12)

Insgesamt zeigt sich bei dieser Studie, dass die Bevölkerung eine unterschiedliche Sichtweise der Anerkennung der Leistungen von Pflegeinstitutionen und Pflegefachkräften in der Altenpflege hat. Während die Qualität der Betreuung und Versorgung alter Menschen in Pflegeeinrichtung als mittelmäßig bis schlecht eingestuft wird, werden die Altenpfleger selbst als gesellschaftlich wichtige Berufsgruppe eingeschätzt, die stolz auf sich

sein kann. Dies scheinen Altenpflegefachkräfte so nicht zu realisieren (Dorfmeister 2010/8 / Fischer 2011-08 / Klatt & Goesmann & Cohen 2011).

Die Wertschätzung gegenüber Pflegeberufen macht sich auch an Statuskriterien fest. Ein elementares Statuskriterium ist die Entlohnung für geleistete Arbeit. Vergleicht man das Einkommen von Pflegefachkräften in der Altenpflege gegenüber anderen Pflegefachkräften, zeigt sich ein unverkennbar niedrigeres Lohnniveau, als dies in der Krankenpflege der Fall ist.

(Grafik Nr.10 / Hans-Böckler-Stiftung 2012/5)

Zunächst ist festzustellen, dass ungelernte Hilfskräfte und ausgebildete Altenpflegehelfer gemeinsam in einer Gruppe erfasst sind und auch gleich vergütet werden. Es zeigt sich, dass die Einkommensunterschiede zwischen Altenpflegern und Gesundheits- und Krankenpflegern nahezu identisch sind zu den Unterschieden im Vergleich zur Helfergruppe. Diese Unterschiede lassen sich mit nichts rechtfertigen, da die Ausbildungen der beiden Pflegefachberufe, wie bereits beschrieben, ein gleiches Niveau haben. Es ist im Gegenteil so, dass Pflegefachkräfte im Berufsfeld Altenpflege in ihrem Berufsalltag deutlich häufiger in schwierigen Situationen eigenverantwortlich handeln und entscheiden müssen, weil in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in aller Regel kein Arzt ständig anwesend ist, auf den die Pflegefachkraft im Zweifel zurückgreifen kann um sich abzusichern, so wie dies in einem Krankenhaus möglich wäre. Dies findet im Lohnniveau keine

Berücksichtigung. Die dargestellten Lohnunterschiede beziehen sich auf Vollzeitstellen in der Pflege. Bedenkt man gleichzeitig den großen Prozentsatz der Pflegenden, der in Teilzeit arbeitet, so wird schnell deutlich, wie häufig es zu prekären Entlohnungssituationen kommt. Nach den direkten Bruttomonatsverdiensten befragt, zeigt sich zwischen den beiden Gruppen der Kranken – oder Altenpflegefachkräften ein Bild, in dem knapp die Hälfte der Gesundheits- und Krankenpfleger zwischen 2000 und 3000 € erhalten, aber in der Altenpflege ein gleich großer Prozentsatz unter 1500 € verdienen.

(Grafik Nr.11 / Goesmann & Nölle 2009/6)

Die Unterschiede sind mit dem großen Anteil der Arbeitsverhältnisse in Teilzeit zu erklären.

(Grafik Nr.12 / Goesmann & Nölle 2009/7)

Teilzeitarbeit hat in den letzten Jahren für Pflegekräfte in der Altenpflege stark zugenommen. In den Jahren 1999 bis 2009 stieg der Anteil von

Teilzeitstellen für Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege um 161 % und dient in erster Linie ökonomischen Gesichtspunkten der Träger. Für sie ist mit Teilzeitkräften eine größere Flexibilität in der Dienstplangestaltung möglich und es können gleichzeitig Personalkosten eingespart werden. Lediglich 36% der Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen arbeiten Vollzeit. Durch einen hohen Anteil von gewünschter Teilzeitarbeit wegen notwendiger Kinderbetreuung lässt sich die hohe Quote nicht erklären. In Deutschland leben im Durchschnitt nur 0,8 Kinder im Haushalt von Pflegekräften.

(Grafik Nr.13 / BA, Bundesagentur für Arbeit 2011/10)

Innerhalb der Beschäftigten hat sich in den letzten Jahren eine Verschiebung zu Gunsten der höheren Altersgruppen ergeben. Familienphasen treten eher in der Altersgruppe der 30 bis 40jährigen auf. Es ist also anzunehmen, dass Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege nicht freiwillig in dieser Häufigkeit in Teilzeit arbeiten, sondern dies eher dem Arbeitsplatzangebot geschuldet ist. Es liegen keine empirischen Daten vor, ob und wie häufig sich Altenpflegefachkräfte aus der Situation heraus gezwungen fühlen, mindestens eine weitere Teilzeitstelle oder geringfügige Beschäftigung anzunehmen, um finanziell ausreichend gesichert zu sein. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in Deutschland arbeitender Pflegekräfte von 31,5 Arbeitsstunden ist jedenfalls zu dem hohen Anteil von Teilzeitarbeit widersprüchlich und dürfte somit ein Anzeichen für Mehrfacharbeitsverhältnissen sein. Dies zeigt einen wenig pfleglichen Umgang mit Pflegekräften im Berufsfeld Altenpflege und wertschätzend ist

ein solcher Umgang mit den Pflegefachkräften sicher nicht. (Deutscher Pflegerat 2012 / Oginska, H. et al 2005 / BA 2011).

Einen weiteren Punkt mangelnder Wertschätzung markiert der stark eingeschränkte Handlungsspielraum der Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege und die mangelnde Wertschätzung wird zudem in häufigeren Kontrollen in der stationären Altenpflege als in anderen Bereichen der Pflege deutlich.
Die Rollenverteilung beschränkt die Aufgaben und Kompetenzen[24] der Pflegefachkräfte (Naegele 2007 / DVöpF 2012). Außerdem erwecken Kontrollen im Bereich des Berufsfeldes Altenpflege durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) und die Heimaufsicht den Eindruck, als vertraue man den Fähigkeiten der Altenpflegefachkräften weniger als den Pflegefachkräften in Krankenhäusern, denn in Krankenhäusern wird die Pflegequalität nicht durch externe Instanzen überprüft.

Während die Möglichkeiten der Pflegefachkräfte in der Pflege alter Menschen stark von außen begrenzt und reguliert werden, haben Pflegende hohe Erwartungen an den eigenen Beruf. Dies zeigt sich in der Definition von Pflege durch den International Council of Nurses (ICN):

> *„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Settings. Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheit und*

[24] z.B. Behandlung von Wunden → Pflegefachkräfte mit Weiterbildung zum Wundmanager beurteilen Wunden und erstellen einen Behandlungsplan auf der Basis des Nationalen Expertenstandards *Versorgung von chronischen Wunden* und aufgrund neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, wie dies vom Gesetzgeber für die berufliche Pflege verpflichtend vorgeschrieben ist. Die Wundmanager sind dann aber darauf angewiesen, dass der Hausarzt dem Behandlungsvorschlag folgt und die Wundversorgung anordnet. Tut er dies nicht, verpufft das pflegefachliche Spezialwissen ins Leere. Die Gesetzgebung überträgt also Verantwortung auf die berufliche Pflege und begrenzt die Möglichkeit dazu gleichzeitig.

die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.
Weitere Schlüsselaufgaben der pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“
(Zit.: Grützner & Jürgens 2008 / 849 nach INC)

Es zeigt sich in der Definition ein hoher Anspruch der professionellen Pflege an das eigene Berufsbild und die damit verbundene Tätigkeit. Mit Altenpflege sind für Pflegefachkräfte somit auch die Betreuung und die Interaktion mit den alter Menschen und deren nahestehenden Personen gemeint. Sie meinen mit Pflege auch die Unterstützung der alten Menschen in Ihrer Selbstbestimmung, ihrer Selbstständigkeit und der Teilhabe am sozialen Leben. Pflegefachkräfte definieren gerade über diese komplexen und anspruchsvollen Pflege- und Versorgungssituationen ihre professionelle Kompetenz (Kruse & Wahl 2007). So kommt es zu einem Bruch zwischen den Rahmenbedingungen und den pflegerischen Vorstellungen. Auf der einen Seite definiert die Pflegeversicherung pflegerische Arbeit in *harte Faktoren*, welche erkennbare und messbare Arbeiten darstellen[25]. Auf der anderen Seite werden unter pflegerischer Arbeit weiche Faktoren verstanden wie z.B. die Fähigkeit, alte Menschen daseinsthematisch begleiten zu können, die hohe kommunikative und empathische Fähigkeiten erfordern, aber eben keine messbaren Ergebnisse liefern (Müller, Hellwig & Schneider 2010 / Ehret, S. 2010).

Diese Diskrepanz kann nicht ohne Auswirkungen bleiben. Besonders der Zusammenhang von Einführung der Pflegeversicherung und Berufsausstieg wird diskutiert (Joost 2007).

4.3 Pflegekompetenz und Berufserfahrung

[25] Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Ausscheidungen

Mit der Professionalisierung der Pflege hat in den vergangenen Jahrzehnten der Einfluss der Pflegewissenschaft auf das Berufsfeld Pflege an Wichtigkeit zugenommen und pflegetheoretische Modelle und Konzepte fließen in die pflegerische Basisarbeit ein. In den meisten Modellen wird Bezug genommen auf das Arbeitsfeld der Pflege, den Konzepten der Interaktion mit den zu versorgenden Menschen und deren Umgebung und dem Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit im Rahmen pflegerischer Versorgung[26]. Nur selten beschäftigen sich die theoretischen Pflegemodelle mit der Person der Pflegekraft an sich. Das Stufenmodell der Kompetenzentwicklung von Patricia Benner ist hier eine Ausnahme. H. Remmers meint dazu, mit Benner hätte die „*hermeneutische Traditionen in die theoretischen Diskussionen der Pflegewissenschaft*“ begonnen (Remmers 2000). Ihr Stufenmodell der Kompetenzentwicklung erscheint im Zusammenhang mit der Situation der gerontologischen Pflege in Deutschland von besonderer Bedeutung, denn Benner geht von einer Steigerung beruflicher Kompetenz durch dauerhafte Erfahrung in ein und dem selben Arbeitsbereich über lange Zeit aus. Aktuelle Statistiken zeigen dessen ungeachtet, dass die Tendenz, den Altenpflegeberuf zu verlassen, in den ersten Berufsjahren besonders hoch ist.

Kompetenzentwicklung im Rahmen der Arbeit ist in der Arbeitspsychologie von großem Interesse. So wird nach Baitsch und Frei *arbeitsimmanentes Lernen* als Kompetenzerweiterung durch Erfahrungslernen während der beruflichen Tätigkeit beschrieben. *Altersunabhängig* entsteht ein Kompetenzzuwachs durch einen Problemlösungsprozess, der in der Konfrontation mit einer *Arbeitsaufgabe* zu bewältigen ist. Beeinflusst werden die Lerneffekte durch die Rahmenbedingungen, wie Team und Leitung, aber auch Arbeitsorganisation und technische Bedingungen (Stegmaier 2007).

Benners Stufenmodell der Pflegekompetenz basiert auf dem Dreyfus-Modell des Erwerbs von Fähigkeiten. Sie geht davon aus, dass die Handlungsfähigkeit in der Pflege erst durch die Verknüpfung von

[26] Beispiele hierfür sind die Pflegemodelle von Roper, Logan und Tierney , von Orem oder im deutschsprachigen Raum von Wittneben, Juchli und Krohwinkel

theoretischem Wissen und praktischer Erfahrung entstehen kann und die daraus entstehenden Erfahrungen in das Vorwissen eingebunden werden. Die so entstehende Wissensentwicklung führe die Pflegefachkraft von Stufe zu Stufe zu einem immer höheren Kompetenzgrad, der sie letztlich dazu befähige, Stresssituationen intuitiv bewältigen zu können (Alexander, 1992). Sie geht von fünf Stufen der Pflegekompetenz aus:

- Anfänger
  - Er orientiert sich in seinem pflegerischen Handeln an Regeln und seine Handlungen sind dadurch eingeschränkt und nicht flexibel, weil er nicht auf Erfahrungen zurückgreifen kann. Er kann noch keine Prioritäten setzen. Als Anfänger sind in der Regel Auszubildende zu betrachten, jedoch können auch Pflegefachkräfte, die in einem Fachgebiet neu zu arbeiten beginnen, wieder als Anfänger angesehen werden.
- Fortgeschrittener Anfänger
  - Er hat bereits einige reale, sich ähnelnde Situationen bewältigt, nimmt häufiger auftretende Praxissituationen wahr und realisiert erste Zusammenhänge.
- Kompetente Pflegefachkraft
  - Sie ist durchschnittlich 2 bis 3 Jahre im Arbeitsfeld tätig und ist in der Lage, Prioritäten zu setzen, weil ihr die Unterscheidung von wichtigen und weniger wichtigen Ereignissen gelingt. So ist es möglich, fachkundig und gezielt zu reagieren.
- Erfahrene Pflegefachkraft
  - Situationen werden ganzheitlich erfasst. Durch die eingearbeitete Erfahrung muss über einzelne Aspekte nicht mehr nachgedacht werden, und Folgen aus der Handlung werden im Voraus bereits verstanden. Wichtigkeit wird hierarchisch eingeordnet und die Lösungsansätze für Problemstellungen werden entsprechend angepasst und effizient bearbeitet.
- Pflegeexperten
  - Sie sind nicht mehr auf analytische Prinzipien angewiesen und arbeiten aus einem großen Erfahrungsschatz heraus intuitiv. Sie erkennen den Kern eines Problems und können im Nachhinein oft nicht mehr erklären, warum sie spontan in richtiger Weise gehandelt haben. Sie

fühlen sich in ihrer Entscheidung sicher und verstehen die Handlungsentscheidungen anderer Pflegeexperten, ohne dass diese konkret ausdrücken könnten, warum sie eine Situation in einer bestimmten Weise angegangen sind und nicht eine andere Lösung gesucht haben. Pflegefachkräfte in der Kompetenzstufe des Pflegeexperten werden von anderen Pflegekräften, Ärzten und Angehörigen als Gesprächspartner angesprochen und um Rat gebeten. (Benner 1997 / Alexander 1992).

Benners Annahmen zum Stufenmodell der Pflegekompetenz konnte sie durch qualitative Forschungsergebnisse gut belegen (Benner 1997 / Alexander 1992 / Remmers 2000).

Soll Kompetenzentwicklung bei der Arbeit gefördert werden, so setzt dies eine Arbeitsorganisation voraus, in der ein Freiraum besteht, der neue Lösungswege in Problemlösungsprozessen zulässt. Wenige Einschränkungen verbunden mit Eigenständigkeit und Handlungskontrolle erweisen sich als fördernd für die Kompetenzentwicklung. Ein reziproker Effekt von Autonomie bei der Arbeit und Leistungsbereitschaft entsteht. Zugleich müssen die Anforderungen zum Mitarbeiter passen. Führungskräfte denen eine solche lern- und entwicklungsorientierte Arbeitsatmosphäre herzustellen gelingt, erreicht damit eine Zunahme der beruflichen Handlungskompetenz der Mitarbeiter. Es lässt sich ein positiver Effekt auf ein zufriedeneres Privatleben der Mitarbeiter nachweisen. Umgekehrt ist es dagegen möglich, dass beengende Rahmenbedingungen bei der Arbeit zu *Kompetenzabbau* führen (Stegmaier 2007).
Bezieht man die von Stegmaier beschriebenen kompetenzfördernden Bedingungen auf Benners Modell und die aktuelle Situation von Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege, werden die beengenden Bedingungen offensichtlich. Benners Modell weist darauf hin, dass Expertenwissen von Pflegefachkräften zu einer verbesserten Problemlösungsfähigkeit und zu einer leichteren Bewältigung von Stresssituationen führen kann und es deshalb wünschenswert ist, eine langandauernde Berufsbindung von Pflegefachkräften zu erreichen. Häufige

Wechsel von Pflegefachkräften innerhalb der Altenpflege verhindern jedoch die Entwicklung von Expertentum, weil sich Expertenwissen nicht nur nicht entwickeln kann, sondern auch nicht im Sinne der Generativität an Anfänger weitergegeben wird.

4.4 Berufsverbleib

Die hohe Rate des Berufsausstiegs von Altenpflegefachkräften wird seit Jahren diskutiert. So hat die NEXT-Studie ergeben, dass Deutschland neben Italien und Frankreich zu den europäischen Ländern gehört, in denen Pflegefachkräfte besonders häufig über das Verlassen des Berufes nachdenken. Verblüffender Weise ist dieser hohe Prozentsatz noch einmal unterschiedlich hoch, je nachdem, um welches Berufsfeld der Pflege es sich handelt.

Entgegen dem allgemeinen Image betrifft dies Pflegefachkräfte im Bereich der stationären Altenpflege etwas seltener (hoher Ausstiegswillen 16%) als in ambulanten Diensten (hoher Ausstiegswillen 18%) oder in Krankenhäusern (hoher Ausstiegswillen 19%). Angesichts der demographischen Entwicklung ist dies eine bedrohlich wirkende Feststellung für die Pflege in Deutschland, denn schon heute besteht ein akuter Mangel an Pflegefachkräften in der Pflege alter Menschen in fast allen deutschen Regionen (Hasselhorn, Tackenberg, & Müller 2005 b / Bundesagentur für Arbeit 2011)

(Grafik Nr.14 / Bundesagentur für Arbeit 2011 / 15)

Die Grafik präsentiert nicht einen drohenden Pflegefachkräftemangel in Deutschland, sondern dieser besteht längst. Freie Stellen können kaum noch besetzt werden. So waren offene Stellen für examinierte Pflegefachkräfte in der Altenpflege im Jahr 2011 bereits durchschnittlich 110 Tage vakant, bis diese neu besetzt werden konnten und auf 100 gemeldete offene Stellen kamen theoretisch nur 42 arbeitslose Pflegefachkräfte (Bundesagentur für Arbeit 2011).
Daneben lässt sich nur schwer ermitteln, wie viele Pflegefachkräfte es tatsächlich auf dem deutschen Arbeitsmarkt gibt. So unterscheidet die offizielle Statistik der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes teilweise nicht zwischen Mittarbeitern allgemein im Gesundheitsbereich, Hilfskräften in der Pflege und Pflegefachkräften. Vorausberechnungen des Bedarfs an Pflegefachkräften in der Altenpflege werden trotzdem auf diesen Grundlagen berechnet. Die Ergebnisse der Analyse der Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen durch den Deutschen Pflegerat weisen erhebliche Diskrepanzen zu den Zahlen der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) des Bundes auf und der Deutsche Pflegerat geht davon aus, dass es in der GPR zu deutlich überhöhten Zahlen derzeit in der Altenpflege beschäftigter Pflegefachkräfte gekommen ist, weil in der GPR Altenpflegehelfer und Altenpfleger gemeinsam als Altenpflegefachkräfte berechnet wurden und zudem Teilzeitstellen nicht in Vollzeitäquivalente umgerechnet wurden. Stimmen die Berechnungen des Deutschen Pflegerats, würde dies bedeuten, wir hätten derzeit in Deutschland nicht, wie im Jahr 2009 in der GPR angegeben, 388 000 Altenpfleger, sondern lediglich 194 000, also nur rund die Hälfte. Dies würde bedeuten, dass die Zahl der Altenpfleger in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2009 praktisch kaum gestiegen ist (Simon 2012 / Joost, Kipper & Tewolde, 2009). Da aber besonders in der Altenpflege in diesen Jahren in großem Maße ausgebildet wurde und bisher nur ein kleiner Teil der Altenpfleger durch Berentung aus dem Beruf ausgestiegen ist, scheint ein großer Teil der Altenpflegefachkräfte den Beruf vorzeitig zu verlassen.

Wie groß die Gruppe der Pflegefachkräfte in der Altenpflege ist, die letztlich nicht nur, wie in der NEXT-Studie untersucht, über das Verlassen des

Berufes nachdenken, sondern tatsächlich auch diesen Schritt gehen, lässt sich aufgrund der unklaren Statistiken nicht eindeutig sagen. Es gibt dazu nur wenige aussagekräftige Studien. Eine dieser Studien stellt die Längsschnittstudie zum Berufsverbleib von Altenpflegern in den 1990er durch Becker und Meifort dar. An ihrer Studie beteiligten sich zu Beginn 3737 Absolventen einer Altenpflegeausbildung. Das Sample schrumpfte bis zum Jahr 1997 auf nur noch 344 Teilnehmer, so dass die Studie nach 5 Jahren beendet wurde und das Ergebnis der Studie in seiner Wertigkeit eingeschränkt ist. Dennoch zeigte das Ergebnis, dass nur noch 20% der Altenpfleger nach 5 Jahren in ihrem Beruf tätig waren. Ob Altenpfleger zu einem späteren Zeitpunkt in den Beruf zukehren würden, konnte aus dem Studienergebnis nicht berücksichtigt werden.

In den vergangenen Jahren hat sich gezeigt, dass zwar viel Altenpfleger ihre Berufslaufbahn unterbrechen, aber zu einem späteren Zeitpunkt den Beruf wieder aufnehmen. In den Studienerbnissen des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur der Goethe-Universität Frankfurt zeigt sich sogar ein längerer Verbleib im Beruf, als dies bei Altenpflegehelfern der Fall ist (Joost, Kipper & Tewolde, 2009).

Durchschnittliche Länge des Berufsverlaufs
von Altenpflegern bis 31.12.2004

(Grafik Nr.15 / Joost, Kipper & Tewolde, 2009 / 25).

Altenpfleger scheinen also mit ihrem Beruf stark verbunden zu sein und kehren durchaus nach Unterbrechungen in die Altenpflege zurück. Dennoch

gibt es bei Altenpflegern eine deutliche Reduzierung der Kohorten über die Dauer der Zeit.

Anteil der im Beruf verbleibenden Altenpfleger nach 5-Jahres-Intervallen

(Grafik Nr.16 / Joost, Kipper & Tewolde, 2009 / 28)

In den ersten zehn Jahren nach der Ausbildung verlassen 36% der Altenpfleger den Beruf. Die zu diesem Zeitpunkt noch im Beruf tätigen Altenpfleger bleiben ihrem Beruf stark verbunden (Joost, Kipper & Tewolde, 2009). Es muss allerdings angemerkt werden, dass die Daten der Studie sich auf Daten bis 2004 beziehen. So dürfte der 2005 eingeführte Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD) mit durchschnittlich niedrigeren Löhnen, die seither erfolgte Erhöhung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit bei einer Vollzeitstelle von 38,5 auf mittlerweile gängige 40 Stunden und die nur minimale Erhöhung finanzieller Mittel in der Altenpflege[27], die Einführung der DRGs in Krankenhäusern[28] und die ausgedehnte Umstellung von Vollzeit- auf Teilzeitstellen in der stationären Altenpflege sicherlich Auswirkungen auf den Berufsverbleib von Altenpflegefachkräften haben, welche die Untersuchung noch nicht berücksichtigt hat.

Dies trifft ebenso auf die NEXT-Studie zu, die jedoch wichtige Zusammenhänge zwischen belastenden Faktoren und der Absicht, den Beruf verlassen zu wollen, aufdeckt. So wird in der Studie deutlich, wie stark sich Pflegende mit ihren Beruf identifizieren und sich ihm verbunden fühlen. Der Anteil der Berufsausstiegswilligen ist jedoch mit 18,4% im Vergleich zu den

[27] Nicht erhöhte Sachleistungen in der stationären Pflege durch die Pflegeversicherung bis 2007.

[28] Auswirkungen des „Drehtüreffekts“ und „blutiger Entlassungen“

anderen europäischen Ländern aufschreckend. Viele dieser Pflegefachkräfte sind erschöpft und bei schlechter Gesundheit, und die Verbindung zwischen Burnout und Ausstiegswillen ist klar zu erkennen. Ein weiterer auffälliger Zusammenhang ist das offensichtliche Vorhandensein von attraktiven Einrichtungen, in denen die Pflegefachkräfte kaum über das Verlassen des Pflegeberufs nachdenken, und im Gegensatz dazu unattraktiver Pflegeeinrichtungen, in denen die Quote der ausstiegswilligen Pflegefachkräfte überproportional ansteigt. Bisher ist jedoch nicht abzuschätzen, worin sich die Bedingungen für attraktiv oder unattraktiv konkret unterscheiden (Hassenhorn 2005a).

Es ist wahrscheinlich, dass hier Rahmenbedingungen unterschiedlich einwirken und attraktive Einrichtungen salutogene Ressourcen stärker ausschöpfen, als dies in unattraktiven Einrichtungen der Fall ist. In diesem Zusammenhang ist für die Pflegefachkräfte eher ein chronischer Distress anzunehmen.

4.5 Effekte beruflicher Belastungen

Altenpflegefachkräfte sind in ihrem Berufsfeld besonderen Belastungen ausgesetzt. Welche Auswirkungen diese besonderen Belastungen nach sich ziehen können, wird im folgenden Abschnitt beleuchtet. Unter den vorhandenen Rahmenbedingungen stellen ethische Vorstellungen im pflegerischen Handeln eine Herausforderung für die Pflegefachkräfte dar, auf welche in diesem Abschnitt ebenfalls eingegangen werden soll.

4.5.1 Stress und Burnout

Trotz einer Vielzahl von Schutzgesetzen beklagen 28% der Erwerbstätigen in der EU Stress als Arbeitsbelastung; das Phänomen Stress ist damit nicht nur ein typisches Merkmal pflegerischer Arbeit.

Im Zusammenhang mit Stress am Arbeitsplatz wird vor allem das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept von Rohmert und Rutenfranz

angeführt. Sie beschreiben *Belastungen als objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren*. Hiermit sind Belastungen physischer, physikalisch-chemischer oder psychosozialer Natur gemeint. Deren Folgen, die als *Beanspruchung* bezeichnet werden, sind je nach persönlichen Befähigungen und Charakteren von variierender Ausprägung (Bamberg 2007 nach Rohmert & Rutenfranz 1975 / Zimber et al 1999).

Belastungen sind dementsprechend zunächst wertfrei zu sehen, denn ob Arbeitsbelastungen beanspruchend sind, ist abhängig davon, ob die Belastungen beeinträchtigende Auswirkungen auf das Handeln im Arbeitsprozess haben. Belastungsfaktoren sind danach Risikofaktoren, die in äußeren oder personellen Bedingungen zu finden sind. So können äußere Faktoren sowohl belastend als auch fördernd wirken. Ein Beispiel hierfür sind soziale Beziehungen. Gemeinsame Vorstellungen und Zielsetzungen in einem Arbeitsteam können als Ressource wirken, abweichende Vorstellungen von Arbeitsabläufen hingegen können zu Störungen führen, die Zusammenarbeit behindern und Stress auslösen. Eine weitere soziale Belastung stellen Angriffe auf die Person dar. Hierzu zählen Angriffe auf persönliche Wertvorstellungen, aber auch aggressive Handlungen oder sexualisierte Grenzverletzungen[29] (Bamberg 2007).

Viele vorhandene stresstheoretische Modelle beziehen neben Belastungsfaktoren auch Mensch-Umwelt-Interaktionen und Coping-Strategien ein. Die unterschiedlichen Ansätze der Stressmodelle lassen sich unterscheiden in reizzentrierte Konzepte, die von schädigenden Umweltereignissen ausgehen, wie z.B. plötzliche Verluste, reaktionszentrierte Konzepte, welche die Belastungsreaktion fokussieren, oder transaktionszentrierte Konzepte, die neben der der Reiz-Reaktions-Linie des Menschen auch die Umwelteinflüsse einbeziehen. Das *transaktionale Stressmodell* stellt Stresserleben als Ergebnis des Verhältnisses von Belastung zu Ressourcen dar[30]. Verfügt ein Mitarbeiter über ein hohes Maß an personellen Ressourcen, so kann er auch ein

[29] In diesen Bereich fällt Mobbing

[30] z.B. Demand-Control-Modell von Karasek

höheres Maß an Belastungen bewältigen, übersteigt jedoch die Belastung die personellen Ressourcen, kommt es zu Stress.
Neuere arbeitspsychologische Konzepte beruhen oft auf transaktionalen Konzepten, sind jedoch zusätzlich weiter gefasst und beziehen Bewertungs- und Bewältigungsprozesse mit ein[31]. Dies geschieht in mehreren Bewertungsstufen. In einer ersten Beurteilung, der *primären Bewertung* wird die Wichtigkeit der Belastung und der Grad der Bedrohlichkeit eingeschätzt. In einer zweiten Beurteilung, *der sekundären Bewertung*, schätzt die Person die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten ein und stellt diese der situativen Belastung gegenüber. In einer dritten Bewertungsphase bewertet die Person nach erfolgter Bearbeitung der situativen Belastung die Erfahrung in einer *Neubewertung* im Nachhinein nochmals. Ob die Bewältigung gelingt, ist also wesentlich von den Ressourcen abhängig, welche den Bewältigungsprozess unterstützen können. Sozialer Beistand und *Handlungsspielraum* sind Beispiele fördernder Faktoren *situativer Bewältigung.* Empfindet die Person die Bewältigung als gelungen, wird dies als erfolgreiche Erfahrung für die Zukunft eingeordnet. Daneben wird zu dem Konzept des Verhältnisses von Belastung zu Ressourcen auch das Konzept des Verhältnisses von Anforderungen zu Ressourcen und Bedürfnissen der Person als Ursache der Entstehung von Stress beschrieben[32] (Bamberg 2007 / Schützwohl n.n. / Evers 2009 / Gehart, 2010).

Als personale Ressource von wesentlicher Bedeutung für die Bewältigung von Stress ist außerdem der Kohärenz-Sinn zu sehen. Verstehbarkeit und Handhabbarkeit von Situationen erleichtern die Bewältigung. Stressoren können ausgeglichen werden durch die Sinnhaftigkeit einer Tätigkeit, positive Rückmeldungen, soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte (Zimber & Weyerer 2012). Auf diese Zusammenhänge wird im nächsten Abschnitt (vgl. Abschnitt 4.5.2) genauer eingegangen.

Treten Stressreaktionen des Körpers kurzfristig auf, zeigen sich psychologisch- somatische und kognitiv-emotionale Reaktionen und die

[31] z.B. kognitive Emotionstheorie von Richard S. Lazarus

[32] Person-Environment- Fit-Modell von Harrison

Person verändert ihr Verhalten. Kurzfristiger Stress führt für betroffene Personen zu verstärkter kardiovaskulärer Aktivität und hormonellen Reaktionen. Die Person ist angespannt, verärgert und beginnt Fehler zu machen. Im Team entstehen Konflikte. Kommt es langfristig wiederholt zu Stress auslösenden Situationen, welche nur schwer oder gar nicht gelöst werden können, entsteht der krank machende Distress. Er führt für die Betroffenen zu psychosomatischen Erkrankungen und Depressivität. Es kann zur *inneren Kündigung* kommen. Das Gesundheitsverhalten verschlechtert sich. Soziale Beziehungen leiden und werden vernachlässigt. Typisch sind bei chronischem Distress emotionale Erschöpfung, Nachlassen der Leistungsbereitschaft, Fehlzeiten und eine hohe Fluktuation. (Bamberg 2007 / Gehart 2010).

Lösungsbezogene Interventionen können sich bei den Stress auslösenden Faktoren auf die Rahmenbedingungen beziehen und / oder bei den betroffenen Personen und deren Verhalten ansetzen. Personenbezogene, bzw. verhaltensbezogene Ansätze fördern beispielsweise personelle Ressourcen durch verbessertes Gesundheitsverhalten bei Ernährung oder Bewegung und bieten Möglichkeiten zum erlernen von Entspannungstechniken. Bezieht man dies auf die Arbeitssituation in der (stationären) Altenpflege, stellt sich die Frage nach den Bedingungen, denn z.B. für ein besseres Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind eine ausreichende geregelte Freizeit und ausreichende finanzielle Ressourcen unabdingbare Voraussetzung.[33] (Bamberg 2007)

Besonders in Bevölkerungsgruppen mit sozioökonomisch niedrigem Status kommen Stressreaktionen zum Tragen und haben sogar Auswirkungen auf die Sterblichkeitsrate. Tätigkeitsprofile, welche wenige Entwicklungs-möglichkeiten bieten, zudem die Kontroll- und Einflussnahme am Arbeitsplatz einschränken oder gar blockieren und gleichzeitig hohe Anforderungen unter hohem Zeitdruck einfordern sind mit hohem chronischem Distress verbunden (Siegrist & Möller-Leimkühler 2000).

[33] Auszubildende in Pflegeausbildungen nehmen im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen überproportional zu und sind am Ende der Ausbildung zu 52,7% übergewichtig (Wiens & Coers 2013 /3).

Anforderungs-Kontroll-Modell beruflicher Belastungen

(Grafik Nr.17 / Siegrist & Möller-Leimkühler 2000 / 99)

Das Modell unterstellt chronischen Distress in Tätigkeiten, in denen die Mitarbeiter einer besonderen Arbeitsdichte und hohem Druck ausgesetzt sind und dabei zu wenig positive Selbstwirksamkeitserfahrungen[34] erleben. Chronischer Distress kommt besonders in statusniedrigen und damit auch häufig in typischen Frauenberufen zum Tragen und hat neben den Folgen für die körperliche Gesundheit[35] auch Auswirkungen auf das subjektive Befinden und die Fehlzeitenquote (Siegrist & Möller-Leimkühler 2000). Die Arbeit von Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege kann durchaus in dieser Weise charakterisiert werden.[36]

Das Anforderungs-Kontroll-Modell beruflicher Belastungen berücksichtigt jedoch nicht Bewältigungsstrategien und den Ausgleich oder Mangel von

[34] *„Selbstwirksamkeit ist die individuell unterschiedlich ausgeprägte Überzeugung, dass man in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen kann. Dieses Gefühl einer Person bezüglich ihrer Fähigkeiten beeinflusst ihre Wahrnehmung, ihre Motivation und ihre Leistung auf vielerlei Weise.“* (Zit.: Zimbardo & Gerrig 1999 / 543)

[35] Nachweisbar höhere Quoten bei Herz-Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Diabetes im Alter unter 64 Jahren (Siegrist & Möller-Leimkühler 2000 / 97).

[36] Der DAK-Gesundheitsreport 2013 stellt mit 4,4% im Gesundheitswesen die höchsten Krankenstandswerte aller Branchen für das Jahr 2012 fest (DAK-Gesundheitsreport 2013).

Verausgabung und Belohnung als weitere Einflussfaktoren auf chronischen Distress. Belohnung im Arbeitsleben geschieht über drei gesellschaftlich vorgegebene Gratifikationswege:

- Einkommen
- Achtung
- berufliche Statuskontrolle

Das Ausmaß des Distress - Empfindens ist daher außerdem abhängig von dem sich summierenden Mangel an Vergütung, Mangel an Wertschätzung und mangelnden Einfluss auf den beruflichen Status (Siegrist & Möller-Leimkühler 2000 / Hasselhorn, Widerszal-Bazyl & Radkiewicz 2005c).

.

Modell beruflicher Gratifikationskrisen

(Grafik Nr.18 / Siegrist & Möller-Leimkühler 2000 / 100)

Betrachtet man das Berufsfeld Altenpflege, so zeigt sich durch die Anforderungen an die Pflegefachkräfte eine Notwendigkeit hoher Verausgabung. Ein Faktor niedriger Belohnung stellt das negative Image der Altenpflege in der Gesellschaft und die niedrige Vergütung dar. Intrinsische Faktoren lassen sich sicher nur individuell beurteilen, Anerkennung durch die Träger der Einrichtungen dürften hingegen in gewissem Maße beeinflussbar sein. So lassen die Daten der NEXT–Studie vermuten, dass es in *attraktiven Einrichtungen* besser gelingt, eine Balance zwischen Verausgabung und Belohnung herzustellen, ein Ungleichgewicht könnte andrerseits zu einem vorzeitigen Verlassen des Berufs führen. (Siegrist & Möller-Leimkühler 2000 / Hasselhorn, Widerszal-Bazyl & Radkiewicz 2005c).

Betrachtet man die Balance von Aufwand und Belohnung in der Pflege im europäischen Ausland, so zeigt sich eine vergleichsweise niedrige

Belohnung im Verhältnis zum höchsten Aufwand in Deutschland, in den Niederlanden ist hingegen der niedrigste Aufwand im Verhältnis zur höchsten Belohnung im Vergleich als Ergebnis zu verzeichnen (Hasselhorn, Widerszal-Bazyl & Radkiewicz 2005c).

Balance von Aufwand und Belohnung beruflich Pflegender im Vergleich Deutschland und Niederlande

(Grafik Nr.19 / Ensink 2014 nach Hasselhorn, Widerszal-Bazyl & Radkiewicz 2005c)

In der NEXT–Studie wurde eine enge Verbindung zwischen ungünstigem Verhältnis von Arbeitsaufwand und Belohnung und der Absicht, den Beruf zu verlassen, festgestellt und gerade in Deutschland wird dieser Abstand seit Jahren immer größer. Zudem zeigte sich, dass die körperliche und psychische Gesundheit schlechter eingeschätzt wird, je größer der Abstand von „Geben“ zu Ungunsten von „Nehmen“ ist. Berufliche Gratifikationskrisen stehen also in direktem Zusammenhang mit dem Verlassen des Pflegeberufs (Hasselhorn, Widerszal-Bazyl & Radkiewicz 2005c).

Eine Arbeitssituation, die durch belastende Arbeit und ein hohes Maß an Stressoren gekennzeichnet ist, hat eine schädigende Wirkung, welche bis zum Burnout führen kann. Obwohl ein Burnout[37] keine typische Erscheinung der Pflege ist, kommt er doch bei Pflegekräften in der Altenpflege besonders häufig vor. Auffällig ist dabei die Korrelation zwischen Häufigkeit des Auftretens und Anzahl der zu versorgenden Bewohner, sowie der Häufung des Auftretens bei Arbeit – Familien – Konflikten, die z.B. durch unberechenbare Dienstpläne entstehen. Auch eine besonders hohe

[37] Unter Burnout oder auch Burnout-Syndrom ist nach der internationalen Klassifikation ICD-10 nicht eine Erkrankung zu verstehen, sondern eine Gruppe erheblicher Einflussfaktoren auf die Gesundheit deren stärkstes Merkmal in der *Emotionale Erschöpfung* zu sehen ist (Hofmann 2010).

Selbsterwartung im Rahmen der beruflichen Tätigkeit bietet ein erhöhtes Risiko des Burnout (Zimber & Weyerer 2012 / Nienhaus, Westermann & Kuhnert 2012).

Einige Merkmale, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zu Stressreaktionen und Burnout führen:

- Zeitdruck und Arbeitsverdichtung
- Arbeitsstrukturen, die
  - widersprüchlich sind und / oder häufig Arbeitsunterbrechungen aufweisen
- Informationsmangel
- Mangelhaftes oder fehlendes Arbeitsmaterial
- Soziale Stressoren
  - Konflikte im Team oder mit Vorgesetzten
  - Erleben von Zurückweisung, Abwertung und sexuelle Belästigung
- Körperliche Beanspruchung
- Berufsbedingte Grenzverletzungen
- Emotional belastende Pflegesituationen

Besonders Häufig treten als Folgen von Distress Beschwerden der Muskulatur und des Skeletts auf, wie chronische Rückenschmerzen. Es kommt zu allgemeinem Unwohlsein und Schlaflosigkeit. Im Burnout zeigen sich emotionale Erschöpfungszustände, das Gefühl von Machtlosigkeit und fehlender Kompetenz. Zudem entsteht ein reduziertes Engagement, eine Abgestumpftheit und reduzierte Leistungsfähigkeit. Die Betroffenen sind in ihrer Beziehungsfähigkeit eingeschränkt und zeigen gegenüber pflegebedürftigen Menschen, im Team und im privaten Umfeld ein verändertes Verhalten gegenüber anderen. Im Beruf nehmen Fehlzeiten zu und es kommt zu vermehrten Arbeitsplatzwechseln (Zimber & Weyerer 2012 / v. d. Schoot, Oginska & Estryn-Behar 2005).

Die Entstehung eines Burnouts lässt sich mit zwei grundsätzlichen Bereichen der Risikofaktoren erklären, den individuellen und den organisatorischen Risikofaktoren, die sich gegenseitig beeinflussen.

Individuelle und organisatorische Risikofaktoren für Burnout

(Grafik Nr.20 / Ensink 2014 nach Zimber & Weyerer 2012)

Daneben verstärken soziale Benachteiligung, Doppelbelastung und finanzielle Probleme die Risikofaktoren zusätzlich (Zimber & Weyerer 2012).

Die NEXT–Studie bietet die Möglichkeit des Vergleichs der Burnout-Quoten bei Pflegekräften in den verschiedenen Ländern Europas und Arbeitsfeldern der Pflege. Es zeigt sich, dass in allen Ländern mit Ausnahme der Niederlande Pflegekräfte etwa ein- bis zweimal wöchentlich deutliche Anzeichen eines Burnouts zeigen. In den Niederlanden ist dies nur ein- bis zweimal monatlich der Fall. Van der Schoot, Oginska & Estryn-Behar erklären dies mit den kürzeren durchschnittlichen Arbeitszeiten in den Niederlanden. Sicher kommt hier aber auch der Pflegeschlüssel zum Tragen. Nienhaus, Westermann, & Kuhnert stellten in ihrer Vergleichserhebung einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verhältnis „Anzahl der zu versorgenden Personen pro Altenpflegefachkraft“ und Burnout – Quote fest. Die deutliche Grenze stellte dabei ein Verhältnis von maximal 10 Bewohnern pro Altenpflegefachkraft dar. In den Niederlanden wird dieses Verhältnis in aller Regel unterschritten. Zudem gibt es offensichtliche Unterschiede der

Burnout–Quoten in den verschiedenen Arbeitsbereichen der Pflege. So stellt die affektive Belastung in der gerontologischen Pflege ein besonderes Risiko für einen Burnout dar. Die Burnout–Werte waren dann besonders hoch, wenn die Pflegenden ihre Arbeit nicht mit dem Gefühl abschließen konnten, ihrem moralischen Anspruch entsprechend angemessen gepflegt zu haben. Überraschenderweise trifft die hohe Burnout–Quote nicht für die palliative Pflege zu, sondern sie zeichnet sich durch eine besondere Arbeitszufriedenheit aus. Hier scheint der hohen emotionalen Belastung durch kontinuierliche Fortbildungen, ein hohes Maß an Eigenständigkeit und eine gute Zusammenarbeit gegengesteuert zu werden. Daneben ist hier der Personalschlüssel ein wichtiger Schutzfaktor, denn das Betreuungsverhältnis ist ebenfalls wieder sehr klein. Der Pflegepersonalschlüssel in der Palliativpflege ist deutlich höher als dies in der stationären Altenpflege der Fall ist.

Eng an die Burnout-Werte ist der Gedanke an ein Verlassen des Berufs gekoppelt. Bedenkt man die besonders hohen Burnout-Quoten (bis zu 64%) der gerontologischen Pflege, so wird klar, dass dies massive Auswirkung auf die Situation der (stationären) Altenpflege haben muss (Nienhaus, Westermann & Kuhnert 2012 / v. d. Schoot, Oginska & Estryn-Behar 2005).

4.5.2 Gesellschaftliche Werte und moralische Integrität im Altenpflegeberuf

Während der Interviews äußerten sich die Pflegefachkräfte wiederholt zu inneren Konflikten aufgrund der Unvereinbarkeit der Rahmenbedingungen und ihren inneren ethischen Grundsätzen im Zusammenhang mit dem Altenpflegeberuf.

Lanius beschreibt *die pflegerische Verantwortung für den Schutz der Würde des Anderen als systematisch mit der Entwicklung des eigenen moralischen Standpunktes verknüpft* (Zit.: Lanius 2010/19). Ethisches Handeln ist entsprechend von Beginn an begleitendes Thema in der Ausbildung zur Altenpflegefachkraft und damit Kern professioneller beruflicher Haltung.

So findet sich im Curriculum Altenpflege gleich zu Beginn als eines der ersten aufgeführten Themen folgende Einführung:

„Die Schülerinnen und Schüler entwickeln eine professionelle berufliche Haltung. [….] reflektieren ihre persönliche Sichtweise. [….] Die Schülerinnen und Schüler setzen sich mit ethischen Fragestellungen auseinander und entwickeln Ziele und Wertvorstellungen für ihre berufliche Tätigkeit. Sie übertragen Modelle der ethischen Entscheidungsfindung auf Situationen, denen sie im pflegerischen Alltag begegnen.“

Ethische Grundlagen für pflegerisches Handeln:

- *Autonomie,*
- *Verantwortung,*
- *Menschenbild,*
- *multikulturelle Faktoren*
- *Werte, Normen,*
- *Berufsethos, ICN-Kodex*

(Zit.: KM-BW 2009 / 5)

Eine ethisch orientierte Berufshaltung bringen Pflegende also nicht nur mit, sondern diese wird gesellschaftlich auch von Ihnen erwartet. Das Curriculum verweist unter Anderem auf den internationalen ICN-Ethikkodex für Pflegefachkräfte, dessen Präambel sagt:

„Pflegende haben vier grundlegende Aufgaben:“

„Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.“

(Zit.: DBFK 2010/1)

Pflegefachkräfte müssen sich in ihrem helfenden Beruf von Beginn an mit ihrer ethischen Haltung in der pflegerischen Arbeit auseinander setzten. Richtungsweisend sind dabei die Fragen nach dem richtigen Handeln für Pflegefachkräfte im Berufsfeld Altenpflege und die Einsicht, dass *Gutes Leben* im Sinne von *gelingendem Leben* trotz vorhandener Defizite erlangt werden kann (Kruse 2000). Kruse charakterisiert gelingendes Leben mit folgenden Kategorien:

- *Selbstständigkeit*
- *Selbstverantwortung*
- *Bewusst angenommene Abhängigkeit*
- *Mitverantwortung*
- *Selbstaktualisierung*

(Zit.: Kruse 2010/38)

Vor allem die Kategorien der *bewusst angenommenen Abhängigkeit* und der *Mitverantwortung* bei alten Menschen mit Pflegebedarf erscheinen von besonderer Bedeutung. In der Interaktion mit Pflegenden in Pflegesituationen zeigen alte Menschen manchmal unverhofft Gesten des Danks. Sie sind in der Lage, sich in die Pflegenden hineinzuversetzen und für die Situation Mitverantwortung zu übernehmen und reduzieren so das hierarchische Gefälle der Begegnung. Für Pflegende wird sie zu einer Interaktion, welche die Würde beider achtet (die des alten Menschen und die der Pflegenden) und die ethische Haltung der Pflegenden in ihrem Beruf stärkt. Hier findet sich ein Beispiel für die von Montada beschriebenen Möglichkeiten, wie alte Menschen trotz ihres Unterstützungs- und Pflegebedarfs in produktiver Weise zur Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften beitragen zu können. Die Pflege alter Menschen vermittelt auf diese Weise gegenseitige Achtung, weil der alte Mensch *Lob und Anerkennung für die Leistungen* der Pflegekraft und dafür *Dankbarkeit* zeigt (Montada 1996). Kann die Pflegefachkraft diese Dankbarkeit als wertvoll bewusst annehmen, wird die Pflege des alten Menschen als Bereicherung empfunden werden.

Jede Situation in der Hilfe geleistet wird, ist ethisch bedeutsam (Kruse 2000/34). Es ist damit die ethische Frage nach Erhaltung der

Menschenwürde der pflegebedürftigen alten Menschen und der Pflegekräfte, ob eine Gesellschaft und die Politik bereit sind, „unrentable“ Pflege tragen zu wollen und nicht mit dem Hinweis auf Eigenverantwortlichkeit, Mitverantwortung von Angehörigen und der Forderung nach ehrenamtlichem Engagement ihrer sozialen Grundverantwortung auszuweichen oder gar aus Kostengründen finanzielle Übernahmen zu verweigern, einzig weil die Nutznießer alt sind. Wenn finanzielle Mittel nicht zur Verfügung gestellt werden, wie dies aktuell in der Altenpflege geschieht, so werden die Pflegenden in Dilemmata gestürzt, weil sie zu Entscheidungen gezwungen werden, die minimal zur Verfügung stehenden Ressourcen zu verteilen[38] (Kruse 2000 / Naegele 2007).

Politische Entscheidungen über die Finanzierung von Pflege sind damit letztlich auch Entscheidungen über die *humanitären Werte* in unserer Gesellschaft, denn sie haben Einfluss auf die Rahmenbedingungen, unter welchen Pflegekräfte in Ihrem Beruf agieren. Kruse beschreibt es als Herausforderung im gesellschaftlichen Diskurs Potentiale und Verletzlichkeit des Alters zu thematisieren. Die *Versorgung und Begleitung* alter Menschen müsse als gesellschaftliche Aufgabe allgemein anerkannt werden (Kruse 2000 / Kruse 2007b).

Dies setzt jedoch auch die Auseinandersetzung mit dem Altern der eigenen Person mit allen damit verbundenen Konsequenzen voraus, also auch der bedrohlich empfunden Möglichkeit, selbst der Pflege zu bedürfen. Eine *differenzierte Sicht* auf das Alter erkennt *Stärken und Schwächen* des Alters an und ermöglicht so die Einsicht, dass Menschen auch mit Pflegebedarf und dementiellen Erkrankungen Gutes erleben, sofern ihnen angemessen Betreuung und *Zuwendung* zuteilwerden und die Abhängigkeit von der Hilfe Anderer bewusst angenommen werden kann.

Diese *bewusst angenommene Abhängigkeit* ist gleichermaßen für die betreuenden Personen von Bedeutung, da sie besonders in der

[38] Anm. d. Verf.: Beispielsweise wenn Pflegekräfte nicht die Zeit und die personellen Ressourcen für eine angemessene Begleitung von Sterbenden zur Verfügung haben. Für Bewohner aus Pflegeheimen ist die Aufnahme in einem Hospiz ausgeschlossen. Begründet wird dies damit, dass in stationären Altenpflegeeinrichtungen Palliativ Care gewährleistet sei (vgl. Abschnitt 4.1. dieser Arbeit).

pflegerischen Versorgung zu einem *vorurteilsfreien Kontakt* mit dem erkrankten alten Menschen verhilft. Sie lässt einen Zugang zu ihm zu und wirkt so einem Abhängigkeit unterstützenden Prinzip entgegen. Eine solche ethische Haltung der Pflegekräfte bedingt ein differenziertes Eingehen auf den dementiell erkrankten alten Menschen und dies erfordert ausreichend Zeit. Ist diese nicht vorhanden, verlangt das von den Pflegekräften in kritischen und belastenden Situationen die *Ausblendung der ethischen Ansprüche* an sich selbst. Damit wird die *moralische Integrität* der Pflegekräfte, also die Treue zu sich selbst und ihren eigenen ethischen Werten angegriffen und sie sehen sich gezwungen, diese zu verraten (Kruse 2007b).

4.6 Der Blick von der anderen Seite – Was trägt zur Gesunderhaltung bei

Obwohl die gerontologische Pflege so stark belastend ist, dass Pflegekräfte zu einem hohen Prozentsatz Burnout gefährdet oder bereits von ihm betroffen sind, bedeutet dieses immerhin gleichzeitig, dass es einen nicht geringen Anteil der Pflegenden gibt, für die dies nicht gilt. Es lohnt sich also, einen anderen Blickwinkel einzunehmen und zu schauen, welche Umstände zu Gesunderhaltung und Wohlergehen der Pflegenden beitragen.

4.6.1 Salutogenese

Aron Antonowsky geht davon aus, dass Menschen mit einem hohen Sence of Coherence (SOC) in der Lage sind, auch in kritischen Situationen ein inneres Gleichgewicht herstellen zu können. Mit Sense of Coherence (Kohärenzgefühl) meint Antonowsky, die Fähigkeit eines Menschen, in schwierigen Situationen eine Balance zu finden und einem belastenden Ereignis Bedeutsamkeit beizumessen, es als Herausforderung anzugehen und daran zu reifen. Die Entdeckung dieser Form von Widerstandsfähigkeit in einer Untersuchung zum Umgang von israelischen Frauen mit dem eintretenden Klimakterium bezeichnet Antonowsky selbst als *absolute Kehrtwendung* in seiner Arbeit. Die Feststellung, dass es offensichtlich

Menschen gelang, trotz traumatischer Erlebnisse[39] später ein neues Leben in psychisch gesunder Verfassung aufzubauen, während dies vielen anderen nicht in dieser Weise gelang, forderte zu einem Nachdenken heraus, was eine solche Widerstandsfähigkeit hervorbringt (Antonowsky 1997).

Kohärenzgefühl ist nach Antonowsky eine durch drei Charakteristika geprägte Grundhaltung zum Leben. Zunächst ist *Verstehbarkeit* als Sicht auf eine berechenbare und verstehbare Welt zu begreifen. Der Mensch geht davon aus, sie sei nicht widrig und misslich. Er vertraut der *Handhabbarkeit* einer Situation oder eines Ereignisses und geht von der Wahrscheinlichkeit aus, die Schwierigkeit bewältigen und lösen zu können. Er misst dem belastenden Ereignis *Bedeutsamkeit* zu und geht davon aus, dass ihn die Bewältigung der Schwierigkeit weiter bringt und zur individuellen Reifung beiträgt (Antonowsky 1997 / Menche, N. 2010).

Ob sich ein Kohärenzgefühl entwickeln kann, das in späteren belastenden Situationen weiter hilft, ist von inneren und äußeren Einflüssen abhängig. So spielen neben sozialer Unterstützung bei der Bewältigung einer Belastung außerdem individuelle Ressourcen eine wesentliche Rolle als Schutzfaktor, wie Selbstwirksamkeitsgefühle, Intelligenz oder schon bekannte und erprobte Verhaltensmuster. Antonowsky geht davon aus, dass *Vorhersehbarkeit* und *Verstehbarkeit* von Ereignissen durch konsistente Erfahrungen entstehen, die aktiv mitgestaltet werden können. So entwickeln sich Strategien, wie ein Mensch mit einer belastenden Konstellation umgehen kann. Insofern beginne die Entwicklung dieser Ressourcen bereits im Säuglingsalter und setzte sich weiter durch die ganze Kindheit und Jugend bis ins Erwachsenenalter fort. Stabile familiäre und soziale Strukturen verbunden mit einem angemessenen Rahmen der Entscheidungsfreiheit fördere dabei die Entwicklung des Kohärenzgefühls (Antonowsky 1997). Es zeigt sich, wie stark die Entwicklung und des Kohärenzgefühls von sozialen Rahmenbedingungen abhängt und wie wichtig es für die Resilienz eines Menschen ist.

[39] Trotz verbrachter Jahre ihrer Jugend in Konzentrationslagern waren 29 % der Frauengruppe bei guter seelischer Gesundheit (Antonowsky 1997)

Vereinfachtes Modell der Salutogenese nach Antonowsky

(Grafik Nr.21 / Menche 2010 / 563)

Die Resilienz eines Menschen ist keine angeborene Fähigkeit, sondern entwickelt sich aus der erfolgreichen Bewältigung belastender Situationen in einem *dynamischen Interaktionsprozess* zwischen ihm und seiner Umwelt. Damit ist Resilienz wandelbar und keine stabile unveränderbare Eigenschaft, sondern es kann trotz vorhandener Resilienz in anderen belastenderen Situationen erneut zu einer Verletzlichkeit (Vulnerabilität) kommen, die dann evtl. nicht bewältigt werden kann. Resilienz ist entsprechend als *variable Größe* zu sehen, deren Ausbildung nicht nur von biologisch bedingten Möglichkeiten, wie Intelligenz oder Temperament eines Menschen abhängt, sondern von psychologischen und sozialen Bedingungen seiner Umwelt beeinflusst wird. Aus diesen heraus ist er in der Lage, herausfordernde Ereignisse erfolgreich zu bewältigen und daraus Kompetenzen zu entwickeln. Gelingt die Bewältigung, entwickelt sich Resilienz gegenüber ähnlichen stressigen Erlebnissen und diese wird nicht angstvoll erlebt, sondern als anspruchsvolles Ereignis, welches es zu meistern gilt. Es entwickelt sich das Gefühl von Selbstwirksamkeit, also das Bewusstsein, über die notwendigen Kompetenzen zu verfügen, auch schwierige Situationen und Ereignisse bezwingen zu können. (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2009).

Betrachtet man die Berufssituation der Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege aus den beiden beschriebenen Perspektiven, ergibt sich zum

einen ein Bild einer großen Gruppe von Pflegefachkräften, deren Resilienz nicht mehr für die Bewältigung der Belastungen in ihrer Arbeit ausreicht, die vom Burnout bedroht sind und über ein Verlassen des Berufs nachdenken. Auf der anderen Seite gibt es eine Gruppe von Pflegefachkräften, die trotz schwieriger Rahmenbedingungen zufrieden in ihrem Beruf sind und mit hohem Einsatz in ihrem Beruf gerne arbeiten. Es muss also Unterschiede geben, die zu erforschen sind.

4.6.2 Motivierung und Flow-Erleben

Das Empfinden, gute Arbeit geleistet zu haben, hängt neben vielen äußeren Faktoren auch von der Motivation einer Person gegenüber ihrer Arbeit ab. Dabei ist die Motivation einer Person durchaus nicht ausschließlich als persönliche Eigenschaft der Person zu sehen, sondern sie hängt von den *Zielen und Erfordernissen sowie den Anreizen* für das *Erreichen des Ziels* ab. Externe Motivationsfaktoren (extrinsische Motivation) wie die verschiedenen Formen der Gratifikation spielen ebenso eine Rolle für die Motivation wie innere Motivationsauslöser (intrinsische Motivation) (Kersting, 2007).

Extrinsische Motivation ist im Arbeitsleben stark durch *extrinsische Merkmale*, wie die Angemessenheit der Entlohnung, die Unternehmenspolitik und dem Führungsstil der Leitungskräfte geprägt. Hier ist die Vorbildfunktion durch die Führungskräfte von großer Bedeutung. Sie müssen die Fähigkeit besitzen, sich in die Mitarbeiter hineinzuversetzen und für sie Rahmenbedingungen schaffen, die eine selbstständige *Zielverfolgung* ermöglicht. Zufriedenheit bei der Arbeit kann entstehen, wenn Arbeitsinhalte durch sinnhafte, ganzheitliche Aufgaben interessant gestaltet sind und zudem Autonomie bei Entscheidungen und Handlungen zur Zielerreichung gewährt werden.

Je mehr sich Mitarbeiter der Zielsetzung der Arbeit verbunden fühlen, desto höher ist ihre Bereitschaft, dieses Ziel zu verfolgen. Um diese anstreben zu können, müssen die Ziele konkret formuliert sein. Viele Personen äußern, zu wenig Rückmeldung über ihre Arbeit zu erhalten. Diese sollte durch Vorgesetzte sachlich-konstruktiv erfolgen und dabei auch den *Weg zum Ziel*

thematisieren. Der Mitarbeiter muss das Gefühl haben, dass die Wichtigkeit und Bedeutsamkeit seiner Arbeit Wertschätzung erfahren und ihm Vertrauen in seine Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft entgegen gebracht wird. Positive Rückmeldungen erhöhen die Bereitschaft weiter das Ziel zu verfolgen. Wesentlich ist allerdings, dass Vorgesetzte das Leistungsniveau und die besonderen Stärken der Mitarbeiter beachten und entsprechend die Aufgabenstellung bzw. die Arbeitsbereiche auswählen. Zudem sollten Unterstützung und Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung angeboten werden. (Nerdinger 2007 / Fischbach, Decker, Zeuch & Lichtenthaler 2011)

Flow-Erleben hängt eng mit dem Gefühl der Sinnhaftigkeit von Arbeit zusammen und wird von M. Csikszentmihalyi als *optimale Erfahrung* bezeichnet, einem Empfinden und die Überzeugung, dass die eigenen Begabungen genügen, eine geforderte Aufgabe gezielt und in guter Qualität bewältigen zu können – begleitet von einem *Gefühl der Entdeckung*. Dabei ist die Herausforderung groß genug, dass keine Zeit für gedankliches Abschweifen bleibt und man konzentriert der Herausforderung zugewandt ist. Diese Erfahrung ist verbunden mit Glücksgefühlen. Die Fähigkeit, Flow zu erleben, ist nach Csikszentmihalyi nicht selbstverständlich vorhanden, jedoch durchaus erlernbar. Es gäbe allerdings Persönlichkeiten, welche schneller als andere in den Flow kämen und er bezeichnet sie als *autotelische Persönlichkeiten*. Sie zeichnen sich durch die Fähigkeiten aus, bedrohliche Konstellationen als Herausforderungen anzunehmen, und sie sind selbstbewusst, ohne egozentrisch zu sein. (Csikszentmihalyi 1999).

Flow konstruiert sich zusammengefasst durch:

- *Anstreben einer deutlichen und sinnvollen Zielsetzung*
- *Vertiefen in die Handlung*
- *Konzentrierte Aufmerksamkeit ist auf die Aufgabe gerichtet*
- *Freude an der unmittelbaren Erfahrung und der Weiterentwicklung der eigenen Kompetenz*
  (Csikszentmihalyi 1999 / 275 ff)

Arbeit als zentrales Merkmal des Erwachsenenlebens impliziert die Notwendigkeit des *Verfolgens lebenslanger Ziele*. Dieses Arbeitsleben zufrieden gestalten zu können und nicht innerlich zu kündigen, bedingt die berufliche Tätigkeit als *sinnstiftend* zu erleben. Mit Sinn ist die Bedeutung und Substanz der Arbeit gemeint. Gelingt es, in der Arbeit Sinn zu finden, so erhöht dies die Lebensqualität. Gleichzeitig ist das Gefühl Kontrolle über die Arbeitssituation zu haben elementar, denn nur so ist das Aufgehen in der Tätigkeit möglich. Flow-Erleben ist dann mit freudigen Affekten gepaart und dem Gefühl, fachkundig und effizient zu wirken. Allerdings muss sich die Bewältigung der Aufgabe in einer *Zone optimalen Erlebens* befinden, d.h. die Aufgabe stellt eine Herausforderung dar, ist jedoch nicht überfordernd, so dass sie weder verzagen lässt noch langweilt. Im besten Fall kommt es zu einer Kompetenzsteigerung und man geht nächsthöhere sinnhafte Herausforderungen an. Arbeit kann auf diese Weise ähnlich erfreuen wie Müßiggang und wird effektiver. (Kersting, 2007/136 f / Csikszentmihalyi 1999).

Die Motivation vieler Pflegefachkräfte für ihren Beruf ist die Einschätzung, dass die (alten-)pflegerische Tätigkeit in sehr hohem Maße sinnvoll ist. Sie empfinden ihre Arbeit als wichtig und dies erfüllt sie mit Stolz. Um dieses Potential nutzbar zu machen, benötigt die Pflege gute Arbeitsbedingungen (Kersting, 2007 / Kirchler & Walenta 2010 / Ciesinger et al 2011)

4.6.3 Vertrauen

Obwohl in der Öffentlichkeit Pflegefachkräfte als besonders vertrauenswürdige Berufsgruppe wahrgenommen werden[40] meinen Pflegefachkräfte, ihre Arbeitsbedingungen zeugten eher von Misstrauen ihnen gegenüber. Gleichzeitig berichten die Pflegefachkräfte, dass sie sich in schwierigen Situationen durch ihnen entgegengebrachtes Vertrauen gestärkt fühlen.

[40] Nahezu 95 % empfinden Pflegefachkräfte als besonders vertrauenswürdige Berufsgruppe. Sie haben damit in der Bevölkerung einen höheren Vertrauensbonus als Ärzte (Statista 2014)

Vertrauen ist eine wichtige Basis zwischenmenschlicher Interaktionen. Sie ermöglicht es, anderen Menschen offen gegenübertreten zu können, in dem Gefühl der andere Mensch ist glaubwürdig und er hält seine Zusicherungen ein. Jemandem gegenüber Vertrauen zu haben bedeutet von seiner Rechtschaffenheit und seinen guten Absichten auszugehen. Vertrauen zu haben oder entgegen gebracht zu bekommen, befähigt zur Offenheit für neue Erfahrungen, Misstrauen führt hingegen zum Rückzug und Skepsis gegenüber anderen (Gaede 2007 / Bierhoff & Herner 2007).

Damit führt Vertrauen zu positiven Konsequenzen:

- *Vertrauen und Kommunikation*
  - *Mitarbeiter filtern gegenüber Vorgesetzen negative Informationen weniger, wenn hohes statt niedriges Vertrauen vorliegt.*
- *Vertrauen und Arbeitsmerkmale*
  - *Vertrauen zwischen Organisationsmitgliedern hängt positiv mit deren Arbeitszufriedenheit, -motivation und –leistung zusammen.*
- *Vertrauen und Kooperation*
  - *Vertrauen fördert unter Mitgliedern einer Organisation Kooperation und freiwilliges Arbeitsengagement*

(Zit.: Bierhoff & Herner 2007/303).

Nach Erikson entwickelt sich die Eigenschaft, vertrauen zu können, in der frühen Kindheit. Das *Urvertrauen* entwickelt sich durch die Erfahrung einer herzlichen, widerspruchsfreien und zuverlässigen Mutter-Kind-Beziehung. Wird in dieser Phase das Vertrauen verletzt, kann es zu einer lebenslangen misstrauischen Grundhaltung Anderen gegenüber führen. Daneben kann *Vertrauen als Persönlichkeitskonzept* auch als Entwicklungsprozess einer persönlichen Fähigkeit gesehen werden. So meint Rotter, durch die Glaubwürdigkeit anderer in sozialen Interaktionen entwickle sich eine vertrauensvolle Grundhaltung einer Person zunehmend.
Das *Interaktionskonzept* wiederum besagt, es entwickelt sich Vertrauen durch eine Initialsituation, in der sich eine Person als zuverlässig erweist. Der

Interaktionspartner wird ihm daraufhin ebenfalls mit vertrauensvollem Agieren begegnen und das gegenseitige Vertrauen nimmt zu. Auch Misstrauen kann sich in gleicher Weise steigern, wenn Vertrauen missbraucht wird (Gaede 2007 / Bierhoff & Herner 2007).

Shapiro, Shepard und Cheraskin beschreiben in ihrem Vertrauensmodell drei verschieden Möglichkeiten von Zusammenarbeit auf Vertrauensbasis, zunächst dem Vertrauen auf Grund einer *Kosten-Nutzen-Analyse*, als zweites durch Erlebnisse mit der anderen Person, welche seine Handlungsweise vorhersagbar machen. Durch die Stetigkeit seines Verhaltens steigt das Vertrauen und drittens wenn die beteiligten Personen ihre Zielrichtungen und Ideen gemeinsam verinnerlicht haben und sich deshalb miteinander verbunden fühlen. Daneben ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses eng mit der Kommunikation verbunden und Vertrauen und Kommunikation beeinflussen sich gegenseitig. (Bierhoff & Herner 2007).

Eine positive Korrelation zwischen *Vertrauenswürdigkeit und Verlässlichkeit* stellte Butler fest. In seiner Studie zu Vertrauen bei Managern konnten Bedingungen festgestellt werden die bestimmen, ob vertraut werden kann. So verfügt das Gegenüber über folgende Zuschreibungen:

- Verhaltenskonsistenz
- Er steht zu seinem Wort
- Faires Verhalten gegenüber Anderen
- Loyalität
- Ehrlichkeit und Integrität
- Verschwiegenheit
- Offenheit im Umgang zueinander
- Ansprechbarkeit, wenn Unterstützung von Nöten ist
- Offenheit für neue Ideen
- Kompetenz für die Bearbeitung anstehender Herausforderungen

(Bierhoff & Herner 2007).

Aus den aufgeführten Eigenschaften und Zuschreibungen lässt sich Vertrauensaufbau als eine elementare Aufgabe für Führungskräfte ableiten, die sicher so auch auf das Berufsfeld der Altenpflege übertragbar ist. Im Sinne der Wirkung des Interaktionskonzepts ist zunächst ein *Vertrauensvorschuss* sinnvoll. Es entsteht eine positive Entwicklung, die sich auf alle Mitarbeiterebenen auswirkt. Bei heterogenen Teams, deren Mitglieder über unterschiedliche Fähigkeiten verfügen kann Vertrauen in die Expertenfähigkeit der einzelnen Personen die Teamarbeit positiv beeinflussen. Dennoch müssen auch die Grenzen des Vertrauens von Vorgesetzten bedacht werden, damit es nicht zu „blindem Vertrauen“ führt und gefährdende Situationen oder Vertrauensmissbrauch entstehen. Es besteht die Notwendigkeit für ein gewisses Maß an Kontrolle und Sensibilität für Vertrauensmissbrauch von allem dann, wenn es im Vorfeld bereits einmal zu Unregelmäßigkeiten gekommen ist (Bierhoff & Herner 2007).

5. Methodik und Vorgehen

Wie zuvor dargelegt, sind der demografische Wandel und die damit verbundene Sorge um die zukünftige Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger alter Menschen zwischenzeitlich in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Es wird allerorten von Pflegenotstand gesprochen, besonders für den Bereich der Altenpflege[41]. Die beschrieben Situation in der Pflege ist, wie in Abschnitt 4 beschrieben, teilweise prekär. In der Next-Studie wird das Phänomen des Ausscheidens von Pflegefachkräften aus der Pflege ausführlich beleuchtet. Es werden abweichende Bedingungen im direkten Arbeitsumfeld von Altenpflegefachkräften vermutet, die das Erleben ihres Arbeitsumfeldes und ihrer Berufsmotivation zu beeinflussen scheinen und darauf hinweisen, dass es große Unterschiede in der Berufszufriedenheit zwischen den einzelnen Pflegefachkräften gibt. Die vorliegende Studie soll deshalb Lücke um das Wissen über die kognitive Repräsentation des Altenpflegeberufs in der stationären Altenpflege zu schließen versuchen und dem unterschiedlichen subjektiven Erleben der Pflegefachkräfte nachgehen.

[41] z.B. Süddeutsche Zeitung, 11.09.13

5.1 Forschungsdesign

Gleichzeitig mit der Idee zu einer Untersuchung eines Forschungsgegenstands stellt sich die Frage nach der Forschungsrichtung, also der Frage, ob der Gegenstand des Interesses quantitativ oder qualitativ untersucht werden soll und muss. Geht es in der quantitativen Datenerhebung in erster Linie um objektive Fakten, die in großen Stichproben standardisiert erhoben werden, so steht in der qualitativen Forschung die tiefergehende Erforschung des subjektiven Erlebens der Teilnehmer zum Forschungsgegenstand im Vordergrund, das interpretiert und verallgemeinert werden soll.

Die qualitative Forschung basiert auf einem interpretativen Paradigma als Leitgedanke, nach dem sich Menschen nicht starr an vorgegebene Verhaltensweisen und Vorstellungen halten, sondern im sozialen Umgang mit anderen eigene Positionen, eigene Vorstellungen und Erwartungen für sich deuten, weshalb das persönliche Auslegen der Erlebniswelt eines Menschen durch die Forschung interpretiert werden muss, um dessen subjektive Sicht heraus zu finden (Mayring 2002).

Gleichzeitig ist der Bezugsrahmen von Wichtigkeit. Der soziologische und ökonomische Bezugsrahmen, sowie die Ermittlung der individuellen Sichtweise zur Erhellung der Problemzusammenhänge im Sinne einer hier beruflichen Exploration eröffnen die Möglichkeit, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beruflichen Erfahrungen und deren Bedeutsamkeit für die Teilnehmer als Ausdruck der kognitiven Repräsentation zu erfassen (Kruse, 1987 / Mayring 2002 / Bartholomeyczik & Müller 1997 / Hug & Poscheschnik 2010).

5.2 Erhebungsmethode und Fragestellung

Für den Bereich der Pflege liegen, wie bereits angeführt, etliche Untersuchungen vor, die sich um die Ermittlung von Belastungsfaktoren, um Zahlen zum Berufsausstieg und auch zum Wiedereinstieg von Pflegefachkräften bemühen. Bisher liegt jedoch noch keine Studie vor, die sich mit den Faktoren auseinandersetzt, welche Pflegefachkräfte subjektiv

als fördernd für ihre Berufsmotivation präsentieren würden. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Pflegefachkräften mit hoher Berufsmotivation und denen die, die ihren Beruf verlassen möchten sind deshalb von Interesse. Diese lassen sich am besten ermitteln, indem man diese Pflegefachkräfte als „Experten in eigener Sache“ befragt.
Als Erhebungsmethode fiel deshalb die Entscheidung für eine Untersuchung mittels Interviews von Teilnehmer. Sie sollten die Gelegenheit der Darlegung ihrer subjektiven Wahrnehmung im Zusammenhang mit ihrer täglichen pflegerischen Arbeit haben. Andere Methoden der qualitativen Forschung scheinen dies weniger zu ermöglichen (Mayring 2002 / 66).

Es gibt vielfältige, zum Teil widersprüchliche, Forschungen zum Berufsverbleib von Pflegefachkräften und den Gründen für das Verlassen des Berufsfeldes. Für die zukünftige Bindung und Neugewinnung von Pflegefachkräften im Bereich der gerontologischen Pflege, erscheint - wie bereits beschrieben - ein „Blick von der anderen Seite“ sinnvoll, das heißt, auf diejenigen Faktoren das Augenmerk zu richten, welche die Berufsmotivation fördern und es stellt sich die Frage:

Wie sind die subjektiven Erfahrungen von Pflegefachkräften in ihrer Arbeit im Berufsfeld (stationäre) Altenpflege und wie gelingt es ihnen, im Pflegeberuf zu verbleiben und ihre Arbeitszufriedenheit bewahren.

Dies soll in einer qualitativen Studie mittels Interviews erforscht werden. Dabei finden Äußerungen zu persönlichen Bewältigungsstrategien ebenso Beachtung, wie prägende Elemente der Schulbildung und der Ausbildung. Daneben werden die von den Teilnehmern subjektiv erlebten Erfahrungen und deren Sicht auf ihre Arbeitssituationen untersucht.

5.2.1 Problemzentrierte Interviews

Als Interviewform wurde die Form des problemzentrierten Interviews gewählt. Es stellt eine halbstrukturierte Interviewform dar, die eine weitgehend offene

Befragung ermöglichen soll. Ein zuvor erstellter Interviewleitfaden (siehe Anhang) sollte einen Einstieg in das jeweilige Interview durch eine Frage nach dem Berufseinstieg ermöglichen und so den Fokus auf die Problemstellung richten. Weitere Fragen des Leitfadens sollten nur dann unterstützend wirken, wenn bei einzelnen Teilnehmern bestimmte Fragestellungen von Interesse nicht thematisiert wurden, oder wenn der Proband in seinem Interview stockte (Mayring, 2002).
Es entspricht dem Prinzip des von Witzel beschriebenen problemzentrierten Interviews und lässt in begrenztem Maße Dialoge zwischen dem Teilnehmer und Interviewer zu, die das Vertrauen und die Offenheit des Befragten fördern. Zudem ist die Möglichkeit gegeben, Fehlschlüsse zu klären oder unklare Aussagen zu vertiefen (Witzel 2000).
Des Weiteren ist das Prinzip der Offenheit bei problemzentrierten Interviews elementar. Durch die Offenheit der Fragestellung kann der Proband seine Sicht der Welt offen legen. Durch die Offenheit der Methode darf auch Überraschendes erkennbar werden. Es besteht Offenheit und Unvoreingenommenheit gegenüber der zu untersuchenden Sache (Mayring, 2002 / Kersting 2002).

Die einzelnen Interviews wurden mit einem Tonträger aufgenommen. Dies ermöglicht eine exakte Transkription des Interviews und gestattet gleichzeitig die volle Konzentration auf die Interviewsituation, so dass der Befragende die Gesprächssituation und nonverbale Kommunikation konzentrierter wahrnehmen kann. Diese Wahrnehmungen sollten in einer Nachschrift (Postskriptum) festgehalten werden. Sie können im Nachhinein Ähnlichkeiten zwischen den Teilnehmer aufzeigen oder auch deutliche Unterschiede enthüllen (Witzel 2000 / Hug & Poscheschnik 2010).

5.2.2 Pilottest

Ähnlich wie in der quantitativen Forschung ist es bei der Durchführung qualitativer Studien sinnvoll, einen Pilottest vor der eigentlichen Untersuchung durchzuführen. Die Methode der Wahl ist hier eine exemplarische Befragung einer Expertin und ein Probeeinsatz des

Interviewleitfadens. Auf diese Weise wird ermöglicht, im Vorfeld Unklarheiten oder Lücken des Interviewleitfadens aufzudecken oder auch die Sinnhaftigkeit einzelner Fragen des Interviewleitfadens zu eruieren. Zeitgleich soll die Ablaufplanung und die Interviewtechnik dabei überprüft und eingeübt werden. Für den Probedurchlauf soll auf Expertenwissen zurückgegriffen werden (vgl. Bartholomeyczik 1997 / Hug & Poscheschnik 2010).

In diesem Fall stellte sich für das Probeinterview eine berufserfahrene Altenpflegefachkraft[42] zur Verfügung, die bereits in ähnlichen Rollen in anderen Forschungsvorhaben mitgewirkt hatte. Ihre kritischen Anmerkungen führten zu einer Ergänzung des Interviewleitfadens mit einer weiteren Frage[43].
Das Ausfüllen der Fragebögen im Vorfeld des Interviews erwies sich als unkompliziert. Der Zeitaufwand entsprach mit etwa 10 Minuten den Erwartungen im Vorfeld.
Das Interview des Pretests wurde später nicht in die Analyse mit einbezogen, da sich die Interviewpartnerin und die Forscherin aus verschiedenen Settings kennen.

5.2.3 Begleitender Fragebogen zur allgemeinen Lebenssituation

Die Interviews werden von einer Fragebogenerhebung begleitet, die Fragen zu demographischen Daten, zur allgemeinen Lebenssituation und zur persönlichen Einstellung beinhalten (siehe Anhang), da je nach der familiären Situation ein Einfluss auf das Ausmaß der persönlichen Belastungen nicht ausgeschlossen werden kann. Auch können Einflüsse der Schulbildung und das Maß an vorhandenen Weiterbildungen auf die Berufszufriedenheit nicht von vorne herein ausgeschlossen werden und es erscheint deshalb sinnvoll, solche Daten im Vorfeld zu erheben.

[42] WBL mit 10-jähriger Berufserfahrung in der stationären Altenpflege u. Praxisanleiterin

[43] „Was denken Sie, ist wesentlich um im Beruf glücklich sein zu können, im Beruf selbst und privat?“

5.2.4 Der NEO FFI als begleitender Test

Eine Teilnehmerin äußerte während der Interviews, Altenpflegefachkräfte würden gerne *jammern*. Wenn sich Pflegefachkräfte häufiger als in anderen Berufsfeldern über ihre Arbeitssituation im Bereich der stationären Altenpflege beklagen, so könnte nach außen der Eindruck entstehen, dass Menschen mit einer besonderen Empfindsamkeit eher zur Wahl des Altenpflegeberufes neigten. Pflegefachkräfte im Berufsfeld stationäre Altenpflege seien demzufolge unter Umständen nervöser, ängstlicher und besorgter als der Durchschnitt der Bevölkerung. Der NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO FFI) nach Costa und McCrea könnte diese Annahme bestätigen oder auch zeigen, dass dem nicht so ist.

Deshalb sollte zusätzlich der Persönlichkeit durch Anwendung des NEO-Fünf-Faktoren-Inventars (NEO FFI) nach Costa und McCrea nachgegangen werden, um zu ermitteln, ob es Hinweise auf beeinflussende Persönlichkeitsmerkmale auf den Berufsverbleib der Pflegefachkräfte geben könnte. Das NEO-FFI nach P.T. Costa und R.R. McCrae ist ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar, das die wichtigsten Bereiche individueller Unterschiede erfasst. Das NEO-FFI erfasst mittels fünf Skalen und insgesamt 60 Items fünf Dimensionen: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) der fünf Skalen liegen zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .87$. Der NEO FFI gilt als *robuster Persönlichkeitstest*, da er in vergleichbaren Tests sowie Selbst- und Bekanntenratings zu gleichen Ergebnissen führt. Für jedes Item stehen auf einer Likert-Skala 5 verbalisierte Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, welche ordinalskaliert von "starke Ablehnung" über "Ablehnung", "neutral" bis hin zu
"Zustimmung" und "starke Zustimmung" reichen und bei ihrer Auswertung in Zahlenwerten kodiert werden; in einigen Fällen mit umgekehrter Polarität. Für die jeweils 12 resultierenden Zahlenwerte wird in einem ersten Schritt ein Summenscore gebildet, danach aus den fünf Scores jeweils das arithmetische Mittel berechnet und anschließend mit 12 multipliziert, um

mittels dieser Korrektur eine bessere Vergleichbarkeit unter den einzelnen Teilnehmern zu gewährleisten. Es werden Normen für eine bevölkerungsrepräsentative Quotenstichprobe sowie für 12 Geschlechts- und Altersgruppen angegeben.

Bei dieser Studie soll der NEO FFI als begleitender Test angewendet werden. Die Analyse soll Hinweise darauf geben, ob es charakteristische Unterschiede zwischen in den beiden Probandengruppen in einem oder mehreren Merkmalen gibt, also die Berufsmotivation unter Umständen durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale beeinflusst sein könnte und in wie weit Unterschiede zu den Durchschnittswerten der allgemeinen Bevölkerung bestehen.

Es sei auf die Feststellung Wert gelegt, dass die Ergebnisse der NEO FFI – Testung nicht als Hinweis auf vorhandene psychische Probleme zu verstehen ist. Im NEO FFI geht es vielmehr um die Erfassung gradueller Unterschiede in der Persönlichkeit beider Probandengruppen im Vergleich zu einander und im Vergleich zu den Durchschnittswerten in unserer Gesellschaft (Borckenau & Ostendorf 2008).

Die verschiedenen Dimensionen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit zeigen typische Merkmale in der Persönlichkeit eines Menschen auf. So sind Menschen mit hohen Neurotizismus - Werten leichter zu erschüttern und zu verunsichern als Menschen, deren Werte eher niedrig sind.
Persönlichkeiten mit hohen Extraversionswerten sind optimistisch, aktiv, kontaktfreudig und kommunikativ. Menschen mit niedrigen Extraversionswerten sind eher zurückhalten, jedoch nicht zwangsläufig pessimistisch in ihrer Einstellung.
Menschen mit hohen Werten im Bereich der Offenheit für Erfahrungen zeichnen sich durch Neugier, vielfältiges Interesse und Fantasie aus und sind schneller bereit, neue Wege zu gehen. Bei niedrigeren Werten halten sie gerne an Gewohntem fest und sind eher konservativ.

Personen mit hohen Verträglichkeitswerten zeichnen sich häufig durch uneigennütziges Verhalten aus. Zwischenmenschliches Vertrauen, Empathiefähigkeit und Kooperationsbereitschaft beschreibt sie ebenso, wie die Vorstellung, andere Menschen seien genauso. Niedrige Werte in dieser Dimension sprechen eher für eine misstrauische und konkurrierende Grundhaltung. Sie sprechen jedoch auch für die Fähigkeit, eher für eigene Interessen kämpfen zu können.

Menschen mit hohen Gewissenhaftigkeitswerten sind ehrgeizig und verfolgen ausdauernd und diszipliniert ihre Ziele. Sie sind zuverlässig und genau, aber in extremen Fällen ist ihr Streben eben auch überhöht und pedantisch. Menschen mit niedrigen Werten sind hingegen nachlässig und sie fühlen sich einer Aufgabe eher weniger verpflichtet.

Hohe oder niedrige Werte in einer Dimension sind also nicht unbedingt als Gegensatz, sondern eher als „Fehlen“ eines Persönlichkeitsmerkmals zu verstehen (Borckenau & Ostendorf 2008).

5.3 Auswahlkriterien für die Teilnehmergruppen und Vorstellung der Teilnehmer

Bei der Teilnehmergewinnung stellte die Auswahl der Teilnehmergruppe in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung dar. Neben dem durch Literaturrecherche erworbenen eigenen Vorwissen kommt hier insbesondere die langjährige Tätigkeit der Forscherin als Pflegefachkraft und Lehrerin für Pflegeberufe in der Altenpflege zum Tragen. Die erforderlichen größtmögliche Neutralität und Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand und in den Interviews zu erreichen, endspricht dem Selbstverständnis (Mayring 2002 / 29f). Deshalb war es erforderlich, Altenpflegefachkräfte als Teilnehmer auszuschließen, die früher in einem Lehrer-Schüler-Verhältnis zur Forscherin standen.

Um Unterschiede in der kognitiven Repräsentation von Pflegefachkräften mit langjähriger Berufserfahrung in der Altenpflege heraus zu arbeiten, sollten zwei in sozialstrukturellen Merkmalen vergleichbare Teilnehmergruppen von Pflegefachkräften gegenüber gestellt werden.

Es sollten zwei Gruppen von Teilnehmern befragt werden, deren Sichtweisen auf ihr Tätigkeitsfeld der stationären Altenpflege konträr zueinander stehen sollten. Insofern lag nahe, Pflegefachkräfte aus der stationären Altenpflege zu befragen, deren Sicht auf ihr Tätigkeitsfeld von einer hohen Zufriedenheit getragen wird, die also eine positive Einstellung zur pflegerischen Tätigkeit in der stationären Altenpflege haben. Diese war mit Teilnehmern zu vergleichen, die eine negative Einstellung auf ihre berufliche Tätigkeit äußern.

Die Teilnehmer der Gruppe mit positiver Einstellung sollten der Aussage zustimmen, auf keinen Fall einem anderen Beruf nachgehen zu wollen und sich nichts anderes vorstellen zu können, als die pflegerische Tätigkeit in der stationären Altenpflege. Ein weiteres Auswahlkriterium war eine mindestens 10-jährige Tätigkeit in der stationären Altenpflege nach dem Abschluss der Pflegefachausbildung. In welchem Bereich die Pflegefachausbildung absolviert wurde, war jedoch kein Kriterium.

Das Zutreffen der Auswahlkriterien wurde während eines Erstgespräches erfragt. Die Teilnehmer meldeten sich über E-Mail, und es wurde über diesen Weg ein Termin für ein erstes Gespräch vereinbart. Zunächst wurde darüber aufgeklärt, wozu die Interviews dienen sollten, wie die Anonymisierung gesichert werde, wie das Interview ablaufen sollte. Erklärten sich die Telefonpartner danach grundsätzlich zu einem Interview bereit, so wurde um einige Daten zu ihrer Person gebeten. Neben den Kontaktdaten waren dies vor allem die Fragen nach den Informationen zur Berufsausbildung, zum aktuellen Arbeitsplatz und der Arbeitsdauer in diesem Bereich.[44] Als zentrale Frage erfolgte dann die Frage nach der Berufszufriedenheit. Die Teilnehmer sollten sich für eine der folgenden Aussagen entscheiden

1. *Ich arbeite gerne in der Pflege alter Menschen im Berufsfeld stationäre Altenpflege und kann mir nicht vorstellen, etwas anderes zu tun.*

[44] Handelt es sich tatsächlich um eine Pflegefachkraft, die in einer stationären Altenpflegeeinrichtung arbeitet und ist sie wirklich bereits seit zehn Jahren in diesem Bereich tätig?

2. *Ich möchte gerne möglichst bald das Berufsfeld stationäre Altenpflege verlassen und kann mir nicht vorstellen, hier auf Dauer zu arbeiten.*

Wenn sich eine Person für die erste Aussage entschied, wurde sie der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung im Beruf (der Pflegefachkraft in der stationären Altenpflege) zugeordnet, Personen, welche die zweite Aussage als passend für sich wählten, wurden der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung (der Pflegefachkraft in der stationären Altenpflege) zugeordnet. Gleichzeitig wurden die Teilnehmer im Gespräch über den begleitenden Fragebogen ins Bild gesetzt. Das Einverständnis der Teilnehmer wurde eingeholt und ein Interviewtermin vereinbart.

Die Gruppe der Teilnehmer mit positiver Einstellung sollte einer Gruppe von Teilnehmern mit negativer Einstellung zum Arbeitsbereich der stationären Altenpflege gegenüber gestellt werden, welche die gleiche Voraussetzungen mitbringen sollte, hingegen äußerte, die Altenpflege verlassen zu wollen, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten.
Die Annahme, dass es schwer fallen würde, Interviewpartner mit positiver Sicht auf die pflegerische Arbeit in der stationären Altenpflege zu finden, erwies sich als falsch. Durch Nachfragen bei Pflegedienstleitungen und Aushang einer Information über das Forschungsvorhaben und die Suche nach Interviewpartnern in stationären Einrichtungen der Altenpflege meldeten sich in sehr kurzer Zeit die ausreichende Anzahl von examinierten Pflegefachkräften, welche die geforderten Auswahlkriterien erfüllten und zu einem Interview bereit waren.

Dem entgegengesetzt erwies sich die Teilnehmergewinnung mit negativer Sichtweise komplizierter, als zunächst angenommen. Die Interviewpartner sollten aus der Altenpflege bereits ausgestiegen sein oder kurz davor stehen, dieses Berufsfeld zu verlassen, also eine negative Einstellung auf die pflegerische Tätigkeit in der stationären Altenpflege haben.
Es war aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich, auf gleiche Weise vorzugehen, wie dies mit der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung erfolgreich war. Deshalb wurden mehrfach in verschiedenen Zeitungen und

über den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBFK) um Teilnehmer geworben. Erst nach geraumer Zeit konnte die Teilnehmergruppe zusammengestellt werden. Immer wieder erteilten Pflegefachkräfte zunächst Zusagen zu den Interviews, verschoben mehrfach Interviewtermine und / oder sagten dann endgültig ab (Zitat: „*Pflege hab ich hinter mir. Mit dem Thema will ich nix mehr zu tun haben*“). Für diese Interviewpartner mussten erneut Teilnehmer gefunden werden, die die abgesprungenen ersetzten. So war es gezwungenermaßen notwendig, das Kriterium der 10-järigen Berufserfahrung in der stationären Altenpflege zu reduzieren, weil viele dieser Gruppe zugehörige Pflegefachkräfte bereits lange vorher das Berufsfeld verlassen. Als Nebeneffekt zeigte sich, das die Teilnehmergruppe dadurch im Durchschnittsalter unter dem der anderen Gruppe lag.

Die Stichprobe beider Teilnehmergruppen setzte letztlich wie folgt zusammen:

Stichprobenbeschreibung **Übersicht der demographischen Daten**	N = 15 Teilnehmer mit positiver Sicht auf den Beruf	N = 15 Teilnehmer mit negativer Sicht auf den Beruf
weiblich	14	13
männlich	1	2
Altersdurchschnitt	47,9 Jahre	41,4 Jahre
Altersspanne	30 – 65 Jahre	23 - 57 Jahre
Altenpflegefachkraft	11	12
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3	3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	1	-
Keine Weiterbildung	3 [45]	8
Fachweiterbildung	10	5
Studium	-	2
Fachweiterbildung und Studium	2	-
Familiensituation → allein lebend	4	4
Familiensituation → Partnerschaft / Familie	10	6
Familiensituation → Partnerschaft mit 2 Haushalten	-	4
Familiensituation → Wohngemeinschaft	1	1

(Tabelle Nr. 1 / Ensink 2014)

Es erscheint wichtig, die Teilnehmer in ihrer Persönlichkeiten etwas genauer kennen zu lernen. Im nachfolgend werden deshalb zunächst die Teilnehmer einzeln vorgestellt.

[45] 2 X keine Angaben

Den Teilnehmer wurde bei den Interviews aus Datenschutzgründen jeweils ein persönlicher Anonymisierungscode zu geordnet. Dieser Anonymisierungscode soll bei der Beschreibung der einzelnen Pflegefachkräfte weiter verwandt werden und auch später bei der Zitation von Aussagen zu einem Thema beibehalten werden.

Die Teilnehmer bringen sehr unterschiedliche Berufsbiographien mit. Nicht immer war es der eigentliche Wunsch gewesen, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Zum Teil haben manche Teilnehmer allerdings auch schon von Kindheit an dieses Ziel verfolgt. Nachfolgend wird beschrieben, wann und wodurch das beginnende Interesse am Berufsfeld Pflege ausgelöst wurde. Dabei werden alle Teilnehmer einzeln kurz vorgestellt. Besonderheiten in Bezug auf das Interview werden erwähnt. Zudem wird die Zugehörigkeit der Teilnehmer zur Gruppe mit positiver oder negativer Sicht auf die Arbeit in der stationären Altenpflege genannt.

ADUE ist 48 Jahre alt. Sie ist Altenpflegefachkraft, ergänzt durch eine zusätzliche Fachweiterbildung. Sie hat ursprünglich eine kaufmännische Ausbildung abgeschlossen, hat sich da aber gelangweilt und dann beschlossen, *„etwas mit Menschen zu machen“*. Sie hat in einer Zeit die Ausbildung zur Altenpflegefachkraft absolviert, als diese noch zwei Jahre dauerte. Sie sagt von sich, dass sie sehr gerne in der stationären Altenpflege arbeite und sie sich durch den Schichtdienst an sich nicht belastet fühle.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

AJKA ist 51 Jahre alt. Sie entstammt einer Familie, die bereits in den 1960er und 1970er Jahren ein kleines privates Pflegeheim führte. Sie sei dort quasi aufgewachsen. Ihre Schwester habe eine Krankenpflegeausbildung absolviert, aber sie habe sich ganz bewusst für eine Altenpflegeausbildung entschieden. Sie habe damals zur Ausbildung nach Göttingen gemusst, weil es 1976 praktisch noch kaum Altenpflegeschulen in Deutschland gegeben habe.

Das Heim ihrer Mutter habe dann letztlich ihre Schwester übernommen, weil deren Mann, im Gegensatz zu ihrem damaligen Mann, die Übernahme mitgetragen hätte. Sie bedauert das. Vor etwa 20 Jahren habe sie einmal eine dreijährige Auszeit aus dem Beruf genommen, inzwischen sei sie jedoch schon an die 20 Jahre in der gleichen Einrichtung der stationären Altenpflege tätig. Sie hat ergänzend eine Fachweiterbildung absolviert.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

AJUE ist 50 Jahre alt. Sie hat zunächst in einem anderen Berufszweig eine Ausbildung durchlaufen und dort einige Jahre gearbeitet, bevor sie 1992 bis 1995 eine Krankenpflegeausbildung absolvierte. Auslöser für den Berufswechsel in die Pflege sei ihre innere Auseinandersetzung mit „*Gesundheit, Leben, Tod, Sterben*“ gewesen. Sie habe jedoch bereits während der Ausbildung gemerkt, dass die Krankenpflege mit ihren „*Hierarchien und Strukturen*“ ihr nicht lägen, und so sei sie direkt nach der Ausbildung zunächst in die ambulante Pflege gegangen und vor einigen Jahren dann zur stationären Pflege gewechselt.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

BJJH ist 28 Jahre alt. Sie ist Altenpflegerin und hat bereits mit 16 Jahren die Ausbildung zur Altenpflegerin begonnen, weil sie „*etwas Soziales“* machen wollte und mit während der Altenpflegeausbildung zeitgleich mit zusätzlichen Unterrichtsfächern die Fachhochschulreife erwerben konnte. Altenpflege sei ihr nicht fremd gewesen, weil sie aus einer Familie stamme, die mit mehreren Generationen in einem Haus gelebt habe und die respektvolle Unterstützung ihrer Urgroßmutter dort selbstverständlich gewesen sei.
Sie beschreibt ihre praktische Ausbildung als eine „ganz furchtbare Zeit“ in der man ohne Respekt und ohne Wertschätzung mit ihr umgegangen sei.
Während des Interviews thematisiert sie mangelnden Respekt und mangelnde Wertschätzung gegenüber Pflegefachkräften durch Vorgesetzte in der stationären Altenpflege immer wieder. Immer schlechtere Rahmenbedingungen und der Umgang mit den Pflegefachkräften hätten sie

schließlich aus der altenpflegerischen Arbeit getrieben, obwohl sie die Arbeit an sich liebe.
Sie hat inzwischen das Abitur nachgeholt und studiert, um Lehrerin im Berufsfeld Pflege zu werden. Zugleich arbeitet sie stundenweise als Nachwache und sagt von sich, sie sei „*mit einem Bein schon draußen*“. Auf den Widerspruch angesprochen, äußert sie die Hoffnung, so etwas für bessere Bedingungen in der Altenpflegeausbildung tun zu können. Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

EESA ist 50 Jahre alt. Sie hat die Altenpflegeausbildung nach einer Phase der Kindererziehung im zweiten Anlauf absolviert. Als Jugendliche hatte sie bereits einmal eine Krankenpflegeausbildung begonnen, diese aber wegen ihrer ersten Schwangerschaft abbrechen müssen. Sie habe die Altenpflegeausbildung eigentlich nicht machen wollen, sondern lieber eine Krankenpflegeausbildung, dies sei aber berufsbegleitend nicht möglich gewesen. Sie habe seither hauptsächlich in der Gerontopsychiatrie gearbeitet.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

EHAE ist 38 Jahre alt. Sie hat zusätzlich zu ihrer Ausbildung zur Altenpflegefachkraft eine Weiterbildung absolviert. Sie erzählt von sich, dass sie schon als kleines Mädchen gewusst habe, dass sie in der Altenpflege arbeiten wolle. Sie sei immer mit ihrer *Oma* zu den Altennachmittagen in ihrem Heimatort mitgegangen und habe sich dort „*aufgehoben*“ gefühlt. Sie habe folgerichtig in der Realschule ein Praktikum in einem Altenpflegeheim gewählt und sei damit in ihrem Berufswunsch bestätigt worden. Während der Ausbildung habe sie zunächst in einem sehr kleinen Haus die praktische Ausbildung absolviert. Die Ausbildungsbedingungen seien aber kontraproduktiv gewesen und da habe sie in Absprache mit der Altenpflegeschule während der Ausbildung die Praxisstelle gewechselt. Das sei 1992 gewesen. In dieser Einrichtung sei nach der Ausbildung geblieben

und sei dort bis heute tätig. EHAE ist heute stellvertretende Wohnbereichsleitung in einem gerontopsychiatrischen Fachbereich.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

EWRE ist 55 Jahre alt. Sie berichtet, dass ihre Berufswahl eher zufällig gewesen sei. Sie sei als 11jähriges Mädchen mit einer Freundin beim Jugend-Rotes-Kreuz gewesen. Dort habe dann einmal ein Arzt von „*Pneumothorax und solchen Sachen*“ geredet. Das habe sie beide sehr fasziniert und das Interesse am medizinischen Bereich geweckt. Zum Ende der Schulzeit habe sie gemeinsam mit ihrer Freundin überlegt „*wir müssen die Welt verbessern*“, und hätten beide die Krankenpflegeausbildung begonnen. Ihre Freundin habe sehr schnell die Ausbildung abgebrochen, aber für sie sei es die richtige Entscheidung gewesen und das sei es bis heute.
EWRE hat bereits 1975 ihr Krankenpflegeexamen abgelegt und hat, da sie nur eine sehr kurze Kinderphase ausgesetzt hat, von allen Teilnehmer die längste Berufserfahrung. Sie verfügt über eine Vielfalt an Weiterbildungen und hat sich vor einigen Jahren bewusst für die Langzeitpflege und „*die Pflege am Bett*“ entschieden, weil sie meint, hier ihre „*Kunst der Pflege*“ am besten umsetzen zu können. EWRE lacht häufig während des Interviews, auch über sich selbst.
Sie gehört zur Gruppe, der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

FGEH wollte eigentlich schon immer einen Pflegeberuf erlernen, da sie das „*Medizinische und das Pflegerische, eben das Fürsorgliche*“ schon immer angezogen habe. Sie stamme aber aus armen Verhältnissen und so habe ihre Mutter das Schulgeld, das damals noch zu zahlen gewesen sei, nicht aufgebracht und sie habe etwas anderes lernen müssen. Sie habe aber auf Grund veränderter Familienverhältnisse eine neue Chance bekommen und die Ausbildung zur Altenpflegerin durchlaufen und verfügt zusätzlich über eine Weiterbildung.

FGEH ist 49 Jahre alt und ist in ihrem persönlichen Umfeld stark belastet, da sie ihren Mann zu Haus pflegt, der sich im Zustand des Wachkomas befindet. Zusätzlich ist ihre Tochter durch eine seltene Erbkrankheit geschädigt und häufig Anlass zur Sorge; FGEH pflegt sozusagen rund um die Uhr.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

GEDF ist 50 Jahre alt. Er hat Theologie studiert und seinen Zivildienst in der Altenpflege abgeleistet. Die große Freude an dieser Arbeit und die Schwierigkeiten eine Anstellung im Berufsfeld der Theologie zu finden, haben ihn veranlasst, eine Ausbildung in der Altenpflege zu durchlaufen, die er 1990 abschloss. Er verfügt über eine Fachweiterbildung und ist Wohnbereichsleitung und stellvertretende Pflegedienstleitung in der Pflegeeinrichtung. Er findet, im Altenpflegeberuf genau richtig zu sein und einen großen Nutzen für die praktische Pflegearbeit aus den Erkenntnissen des Theologiestudiums ziehen zu können. Seine Einstellung im Berufsalltag sei „*nur keine Panik*“ und „'*ne Lösung gibt's immer*“. Er gehört zur Gruppe, der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

HAJA ist Ordensschwester, 65 Jahre alt und lebt in der Gemeinschaft mit anderen Ordensfrauen in einem Kloster. Sie steht kurz vor ihrem offiziellen Eintritt in den Ruhestand und arbeitet seit kurzem deshalb nicht mehr in einem öffentlichen Altenpflegeheim, sondern in einem sogenannten Feierabendhaus für pflegebedürftige Ordensschwestern innerhalb eines Klosters. Sie wird hier auch zukünftig andere Ordensschwestern pflegen und betreuen. Ihre Perspektive ermöglicht einen besonderen Blickwinkel auf die Anforderungen der stationären Pflege, da die Pflege im Feierabendhaus nicht über die Pflegeversicherung finanziert wird und auch nicht dem Heimgesetz und dem Qualitätssicherungsgesetz unterliegt. Es finden entsprechend keine externen Qualitätskontrollen statt und es müssen keine Pflegedokumentationen geführt werden.

Die Ordensschwester hat den Beruf der Krankenschwester erlernt und musste nach eigener Aussage regelrecht dazu überredet werden, weil sie Angst vor Sterben und Tod gehabt habe. Das Vertrauen, das man in sie gesetzt habe, habe sie aber letztlich motiviert, es zu versuchen. Nach vielen verschiedenen Einsätzen in der Krankenpflege hat sie seit 2003 in der Altenpflege gearbeitet.
Im Interview zeigt sich, dass sie eine eher zurückhaltende Person ist, der es schwer fällt, über sich zu sprechen.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

HBNE hat nach dem Realschulabschluss zunächst eine Heilerziehungspflegeausbildung beginnen wollen, sie habe jedoch auf Grund ihrer Jugend keinen Ausbildungsplatz bekommen. Ihre daraufhin etwas orientierungslose Suche nach einer Alternative sei zunächst nicht von Erfolg gekrönt gewesen. Eine Bekannte habe zu diesem Zeitpunkt eine Ausbildung zur Altenpflegerin gemacht und habe ihr zu einem Praktikum verholfen. Die Arbeit habe sie sofort angesprochen und sie habe sich daraufhin um einen Ausbildungsplatz bemüht und diesen auch gleich zugesagt bekommen. Sie ist 23 Jahre alt.
HBNE hat zum Zeitpunkt des Interviews gerade zwei Jahre das Examen und denkt bereits sehr konkret über den Ausstieg aus dem Beruf nach. Sie habe eine gute und wertvolle Ausbildung gemacht, aber die wesentlichen Aspekte guter Pflege würden die kurz ausgebildeten 87b-Kräfte leisten. Als Fachkraft wäre sie hingegen hauptsächlich mit Dokumentation und administrativen Aufgaben beschäftigt. So habe sie sich das nicht vorgestellt. Sie gehört zur Gruppe, der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege. Die Probandin hat kurze Zeit nach dem Interview Deutschland verlassen, um als Altenpflegerin im Ausland zu arbeiten.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

HRUH kommt aus einem „*Mediziner-Haushalt*“. Er bezeichnet sich als „*kleinen Revoluzzer*“, der eigentlich immer gegen den Wunsch der Eltern

gehandelt habe. Deshalb und weil er sehr kunstinteressiert sei, habe er nach dem Abitur zunächst eine Ausbildung als Raumausstatter angefangen, habe aber schnell gemerkt, dass ihm der Umgang mit Menschen gefehlt habe. Er sei vom Elternhaus her sehr stark medizinisch vorgeprägt worden, habe aber keinesfalls in deren Fußstapfen treten wollen. Er habe ein soziales Jahr in einem Altenpflegeheim durchlaufen und habe dann die Altenpflegeausbildung absolviert. Den Ausschlag habe die Freude im Umgang mit alten Menschen und deren besonderen Humor gegeben.
HRUH ist 53 Jahre alt. Er ist mittlerweile seit vielen Jahren Altenpfleger und ist als Praxisanleiter in der praktischen Ausbildung für Altenpflegeschüler verantwortlich. Er führt im Interview sehr detailgenau und engagiert aus, welche Fehler er für die Flucht vieler junger, eben erst ausgebildeter Altenpflegekräfte aus dem Beruf verantwortlich sieht. Seine kritischen Äußerungen verweisen darauf, dass sich die an der Ausbildung von Altenpflegeschülern beteiligten Personen der Altenpflegeschulen oder der stationären Einrichtungen nicht für eine korrekte praktische Ausbildung einsetzen würden und ihrer Verantwortung für einen Verlauf entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen nicht nachkämen (vgl. Absch. 3.3.).
Er gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

HVHA ist über ein Schulpraktikum zur Altenpflege gekommen. Sie fand das Praktikum in einem ambulanten Dienst „*recht lustig*“ und habe nach dem Realschulabschluss ansonsten nicht gewusst, was sie machen solle. Da sei sie dann in die Ausbildung zur Altenpflegefachkraft „*rein gerutscht*“. Ihre Mutter sei „*schockiert*“ gewesen. Sie ist 23 Jahre alt.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

IAIS hat als Jugendliche zunächst nicht gewusst, welchen Beruf sie ergreifen wollte. So hat sie in verschiedene Berufe hinein geschnuppert und hat sich dann zunächst für eine Krankenpflegehilfeausbildung entschieden, um überhaupt etwas zu tun. So hat sie anfangs als Pflegehelferin in einer Einrichtung der stationären Altenpflege gearbeitet. Nach einigen Jahren

wurde sie von Ihrer Pflegedienstleitung dazu motiviert, doch die Altenpflegeausbildung zu absolvieren. Sie ist 41 Jahre alt, mittlerweile seit 1997 examinierte Altenpflegerin und arbeitet bis heute in der Pflegeeinrichtung. Außerdem verfügt sie über eine Fachweiterbildung. Ihre Mutter habe sie immer versucht von der Altenpflege abzuhalten, aber sie könne sich die Arbeit in einem anderen Beruf nicht vorstellen und sei mit ihrer Situation im Allgemeinen sehr zufrieden, auch wenn sie schon gelegentlich einmal etwas „*nerve*“.
IAIS lacht häufig während des Interviews.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

IHMA ist 52 Jahre alt und von Beruf Krankenschwester. Sie sagt von sich, dass sie sich als junges Mädchen für die Pflege entschieden habe, weil die Alternativen auf Grund der dörflichen Struktur entweder Frisörin oder Verkäuferin gewesen wären. Sie sei in einer Großfamilie mit vielen alten Menschen aufgewachsen und deshalb sei für sie die Entscheidung für die Pflege selbstverständlich gewesen. Zunächst habe sie eine Krankenpflegehilfeausbildung gemacht. Erst viele Jahre später habe sie die Krankenpflegeausbildung durchlaufen. In die stationäre Altenpflege sei sie mehr aus „Verlegenheit“ geraten, weil sie hier leichter einen festen Arbeitsvertrag bekommen habe. Sie habe sofort eine Wohnbereichsleitung angetragen bekommen und geglaubt, dies übernehmen zu müssen, weil es ihr sonst in der Altenpflege zu langweilig würde. Sehr schnell sei sie aber „*heillos überfordert*“ gewesen. Sie habe jetzt viele Jahre in der stationären Altenpflege gearbeitet und diese Arbeit mit alten Menschen schätzen gelernt. Sie habe indessen, wie so viele, die Bedingungen nicht mehr ausgehalten und sei trotz schlechtem Gewissen geflüchtet.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege und hat im Zeitraum zwischen Terminabsprache für das Interview und dem stattfindenden Interviewtermin die Altenpflege verlassen.

IMAA ist 39 Jahre alt. Sie hat sich bereits in der Schulzeit für „*Medizinisches und die Arbeit mit Menschen*“ interessiert. Sie habe damals verschiedene Praktika abgeleistet. Sie habe sich sicher sein wollen in ihrer Wahl. Neben Praktika bei einem Arzt, im Krankenhaus und in einem Kindergarten sei sie auch in einem Altenpflegeheim gewesen und habe nach nicht einmal einer Woche gewusst: „*Das ist meins*“. Alle mit denen sie gesprochen habe, hätten ihr von der Altenpflege abgeraten. Sie habe sich darüber aber hinweg gesetzt.
Sie ist inzwischen seit rund 20 Jahren in der stationären Altenpflege und kann sich auch bis heute nichts anderes vorstellen. Es ist ihre Einstellung, dass der Altenpflegeberuf ein elementarer Teil an ihr ist und Menschen, die zu ihr gehören, dies respektieren müssen. Stolz erzählt sie, dass sie ihren Mann vor Jahren als *Zivi* bei der Arbeit kennen gelernt habe. Sie hat eine Fachweiterbildung abgeschlossen.
Sie bezeichnet sich als eher optimistischen Menschen, der stets versucht, das Positive zu sehen.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

JRSE ist 26 Jahre alt. Sie erzählt, sie habe in der Schulzeit Pflegepraktika durchlaufen und sich gezielt für die Altenpflegeausbildung entschieden. Sie sagt, dass ihr der Beruf und die Pflegebeziehungen zu Bewohnern zunächst sehr viel gegeben hätten, auch sei sie gut mit dementiell erkrankten oder psychisch kranken Menschen zurechtgekommen. Mittlerweile sei die Arbeit in der Altenpflege für sie nur noch Broterwerb. Sie halte Bewohner bewusst auf Distanz, weil sie der innere Konflikt zwischen „*Fließbandarbeit*“ und Pflegebeziehung „*kaputt machen*“ würde. Während des Interviews thematisiert sie die sehr oft verlorenen Kämpfe für Bewohner in der Auseinandersetzung mit Ärzten und Vorgesetzen um Schmerz- oder Pflegehilfsmittel. Durch diesen ständigen Kampf um Kosten und Menschenwürde sei sie an einem „*Punkt innerer Kälte*“ angelangt, weil sie das sonst nicht mehr aushalten könne. Sie sagt von sich, da sei *„ganz viel Wut“*. JRSE ist zum Zeitpunkt des Interviews erst seit etwa 6 Jahren examiniert.

Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

KAGI ist 56 Jahre alt und ursprünglich Ergotherapeutin. Nach der Kinderpause habe sie aber an ihren Beruf nicht mehr anknüpfen können. Da sie durch ihre Tätigkeit als Ergotherapeutin früher immer wieder in Berührung mit der Altenpflege gekommen sei, habe sie den Wechsel im die Altenpflege vollzogen. Inzwischen sei sie seit etwa 20 Jahren examinierte Altenpflegerin. In der ersten Zeit habe ihr dies große Freude bereitet, denn Altenpflege habe einen ganzheitlichen Ansatz gehabt. Mittlerweile sei dies aber schon längst nicht mehr der Fall.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

KHSD ist 54 Jahre alt. Der berufliche Einstieg in die Altenpflege wurde bei ihr durch ihre Tochter ausgelöst, die ein Schulpraktikum in einer stationären Altenpflegeeinrichtung verbrachte. Begeistert berichtete sie zu Hause davon und überredete ihre Mutter, sie im Praktikum zu begleiten. Ihr habe die Atmosphäre dort gefallen und sie habe sich als Stationshilfe für den Küchenbereich beworben. Bei einem Personalengpass sei sie spontan in der Pflege eingesprungen. Die Pflegedienstleiterin habe sie dabei beobachtet und sie zu einer Altenpflegeausbildung überreden wollen. Sie habe sich dies zunächst nicht zugetraut, aber ihre Tochter und ihr Mann hätten ihr zugeredet und so hätte sie parallel zur Krankenpflegeausbildung ihrer Tochter ihre Altenpflegeausbildung gemacht. Das größte Problem hätte dabei die Erstellung von Ausarbeitungen mit dem PC dargestellt. Ihre Tochter und ihr Mann hätten sie in dieser Zeit stark unterstützt. Sie betont, wie hilfreich für sie ihre Orientierung an christlichen Werten und die Spaziergänge mit ihrem Hund für ihren inneren Ausgleich sind. Sie erwähnt außerdem, dass sie sich nach dem Urlaub immer richtig auf die Arbeit und die Bewohner freue.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

KSJA ist 56 Jahre alt und hat ursprünglich in der Sowjetunion gelebt und dort den Beruf der Ökonomin gelernt. Sie ist Anfang 1990 über Polen nach Deutschland gekommen. In der ihr damals vermittelten Tätigkeit in einem Büro hat sie sich „niedrig“ gefühlt und ihr Arbeitsamtsberater schlug ihr die Ausbildung in der Altenpflege vor. Sie hat dort zunächst drei Jahre als ungelernte Helferin gearbeitet und dann mit der Ausbildung begonnen. Sie hat ihren Mann mehrere Jahre bis zu seinem Tod gepflegt. Beide Söhne haben studiert und leben inzwischen weiter entfernt.
Sie bezeichnet sich selbst als Optimistin und glücklich. Sie gehört zur Gruppe, der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.
Die Aufnahme des Interviews gestaltet sich schwierig, weil die Probandin sehr leise spricht. Dem „näher gerückten“ Mikrofon weicht sie immer wieder aus. Zudem spricht sie nur bruchstückhaft Deutsch. Gelegentlich ist deshalb die Bedeutung einer Aussage nicht verständlich.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

LHME ist 35 Jahre alt. Sie berichtet, sie sei mit vielen älteren Menschen groß geworden und habe „*schon als Kind immer alle verarztet*“. Mit 14 Jahren habe sie einen Ferienjob in einem Altenpflegeheim übernommen und das habe ihr so viel Freude gemacht, dass sie den Beruf der Altenpflegerin ergreifen wollte. Dies sei jedoch zunächst schwierig gewesen, weil sie sehr früh schwanger geworden sei, noch bevor sie ihre Ausbildung habe antreten können.
Sie habe hier sehr große Unterstützung von Seiten der Pflegeschule erfahren und habe dann trotz der Schwangerschaft die Altenpflegeausbildung angetreten und auch erfolgreich absolviert. Weil sie alleinerziehend gewesen sei, wäre eine berufliche Entwicklung in der Altenpflege nie möglich gewesen. Sie hat zwischenzeitlich ein Fernstudium in Praktischer Psychologie abgeschlossen und hat sich selbstständig gemacht. Sie arbeitet zur Hälfte in einer stationären Pflegeeinrichtung und ansonsten als „Freewalker“, springt also in Pflegeeinrichtungen ein, wenn es Personalengpässe gibt. Zudem ist sie als Berufsbetreuerin angemeldet und

betreut für das in Ihrem Bereich zuständige Betreuungsgericht mehrere meist ältere Personen.
Sie legt Wert auf die Feststellung, dass sie nicht von der Pflege alter Menschen „*an sich frustriert*“ sei, es sei vielmehr der „*menschenunwürdige*“ Umgang mit den Pflegekräften und die schlechte Vergütung, warum sie über das Aussteigen aus dem Berufsfeld nachdenke. Sie habe immer noch eine hohe Motivation für den Beruf an sich, aber große Wut wegen der Art und Weise wie die Rahmenbedingungen Pflegende zur „*Unmenschlichkeit*“ zwinge.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

MAJA (27 Jahre alt) erzählt von diversen Fehlversuchen zu Ausbildungen. Sie habe einiges ausprobiert, bis sie dann auf die Idee gekommen sei, in ihrem Heimatort ein Praktikum in der stationären Altenpflegeeinrichtung zu machen. Nach etwa sechs Wochen habe sie sich gefühlt „*wie 'ne kleine Katze, die man in sein Körbchen setzt, da gehörste hin, da willste nich mehr weg*“. Sie habe die Altenpflegeausbildung absolviert und zeitgleich die Fachhochschulreife gemacht, weil ihr schon während der Altenpflegeausbildung klar geworden sei, dass sie Pflegewissenschaft studieren wolle. Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet sie in Teilzeit in der stationären Altenpflege und studiert Pflegewissenschaft. Sie macht sich zunehmend Gedanken darüber, dass die Ausbildung der Altenpflege in elementaren Bereichen zu wenig auf die Erfordernisse der Altenpflegepraxis vorbereitet. Sie sagt, sie sei „*sauer auf das System*“. Eigentlich wolle sie nach dem Studium schon in der Altenpflege bleiben, aber „*nicht so*“.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

MERE ist 39 Jahre alt, ist Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft und hat zunächst in der Onkologie und später im Intensivbereich gearbeitet. MERE hat durch familiäre Rahmenbedingungen zwei Mal Weiterbildungen bzw. Aufstiegsmöglichkeiten abbrechen müssen. Den Wechsel in die Langzeitpflege vollzog sie zunächst wegen der drei Kinder. Es seien ihr hier

bessere Arbeitszeiten im Teilzeitzeitbereich angeboten worden. Sie habe Verschiedenes ausprobiert und habe sich schließlich bewusst für die stationäre Altenpflege entschieden. Sie sagt von sich, dass sie ihren Beruf immer noch liebe, obgleich sie sich zur Negativgruppe gemeldet hat.
MERE scheint persönlich einen sehr großen Druck zu verspüren. Hauptthemen während des Interviews sind der Interrollenkonflikt zwischen Arbeit und Familie und die verhinderte Chance zur Weiterbildung. Sie beschreibt unter anderem, dass sie sich in ihrem privaten Umfeld ständig für ihren Beruf rechtfertigen müsse.
Sie weint während des Interviews über lange Phasen hinweg, so dass das Interview teilweise unterbrochen werden muss. Sie will aber auf jeden Fall das Interview zu Ende führen und keinesfalls abbrechen.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

MFAE hat sich schon als Kind für soziale Berufe interessiert. Sie kannte Altenpflegeheime als Kind durch das ehrenamtliche Engagement der Mutter. Entscheidet sich nach einem Praktikum dort bewusst für die Altenpflege. Sie hat das Abitur eigentlich nur gemacht, weil sie nach dem Realschulabschluss noch zu jung für die Ausbildung gewesen sei, sie habe dessen ungeachtet nie studieren wollen. Sie ist 48 Jahre alt und seit 20 Jahren *„dabei“*. Sie sagt, dass es ihr wichtig sei, im Sinne ihres christlichen Grundverständnisses *„mit Menschen umzugehen“* und das, was ihr an Werten wichtig sei, *„an andere weiter zu geben, auch alten Menschen, - ihren Wert zu erhalten“* (MFAE 3.).
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

Der 51jährige **MKTS** ist Altenpfleger und hat diesen Beruf erst mit etwa 40 Jahren erlernt. Zuvor war er als Koch tätig. MKTS hat zum Zeitpunkt der Terminabsprache noch in der stationären Einrichtung gearbeitet. Bei dem Interview kurz darauf ist er bereits aus der stationären Pflege ausgestiegen. Er beschreibt sich als christlich orientiert und habe die Arbeit nicht mehr mit seinem Gewissen in Einklang bringen können.

Im Interview selbst springt er innerhalb seiner Sätze manchmal sehr plötzlich in ein anderes Thema, das mit dem eben geäußerten nicht immer offensichtlich im Zusammenhang steht.
Er gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

NMBZ (53 Jahre alt) hat in den 1970er Jahren zunächst eine Krankenpflegehilfeausbildung abgeschlossen, aber keine Arbeit als Helferin in einem Krankenhaus gefunden. So sei sie durch eine Freundin in die stationäre Altenpflege gekommen und sei davon begeistert gewesen. 1993 habe man sie ermutigt, die Altenpflegeausbildung aufzusetzen. Später habe sie eine Weiterbildung zur Pflegeleitung absolviert und sei heute Wohnbereichsleitung. Der Eigentümer der Einrichtung habe ihr immer vertraut und habe sie bei Aus- und Weiterbildung fortgesetzt unterstützt. Außerdem habe ihr Mann sie zu Hause mit den Kindern stark getragen.
Es handelt sich um ein sprachlich schwieriges Interview, da auf Grund des türkischen Migrationshintergrundes sehr viele sprachliche Hindernisse auftauchten. Manche Schwierigkeiten entstanden dabei ferner durch notwendige Vereinfachung von Nachfragen, um die Fragen verständlich zu gestalten (Anm. der Verfasserin: Was leider nicht immer gelang).
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

Die 30-jährige **NMYA** hat eine Krankenpflegeausbildung in der Ukraine absolviert. Sie ist noch nicht lange in Deutschland und gerät eher zufällig in die Altenpflege und stellt dabei erstaunt fest, dass Langzeitpflege genau ihr Berufsfeld ist. Sie ist inzwischen Wohnbereichsleitung und hat dazu eine entsprechende Weiterbildung durchlaufen. Sie spricht inzwischen sehr gut Deutsch, hat Abitur und studiert zum Zeitpunkt des Interviews an einer Berufsakademie als einzige Pflegefachkraft, wie sie sagt „*zwischen lauter Bankern*“ Betriebswirtschaft und ist sehr stolz darauf, dass sie „die besten Klausuren schreibt“. Sie beschreibt den Stolz und die Unterstützung, die ihr ihre Familie im Zusammenhang mit dem Beruf entgegen bringen. Sie erzählt,

dass ihr Mann und sie sich immer abwechselnd weiterbilden, um sich gegenseitig zu tragen. Sie lacht sehr viel während des Interviews.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

ODTA ist 58 Jahre alt und kommt ursprünglich aus Brasilien. Sie hat zunächst ehrenamtlich stundenweise in der stationären Altenpflege mitgearbeitet. Dies hat ihr so viel Freude bereitet, dass sie zunächst als ungelernte Pflegehelferin beruflich eingestiegen ist. Mitte der 1990er Jahre erfolgte dann eine Altenpflegeausbildung, bei der sie von der Einrichtungsleitung sehr unterstützt wurde. Diese habe von sich aus bei ihr zu Hause angerufen und ihr kinderfreundliche Arbeitszeiten angeboten, da sie zu diesem Zeitpunkt alleinerziehend gewesen sei. Bis heute arbeitet sie in dieser Einrichtung. Auch sie lacht sehr viel während des Interviews.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

SLMA ist 33 Jahre alt. Sie hat nach dem Realschulabschluss vorab eine Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau absolviert und in diesem Beruf zunächst gearbeitet. Sie erklärt, sehr früh bemerkt zu haben, dass dies nicht ihr Berufsfeld sei. Über Umwege sei sie zu einem Praktikum in der Altenpflege gekommen und sofort von diesem Beruf begeistert gewesen. 1991 habe sie die Ausbildung begonnen und arbeite seither gerne in diesem Beruf. Sie beschreibt in ihrem Interview immer wieder Phasen, in denen sie beinahe aufgegeben hätte. Sie benennt konkret, was jeweils ihrer Meinung nach zu Demotivation führt oder motivierende Auswirkungen auf die Freude am Beruf hat. Ihr Hauptthema während des Interviews ist dabei das Verhalten von Führungskräften in stationären Pflegeinrichtungen.
Sie gehört zur Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

UHHE ist 52 Jahre alt und hat mit Ende Zwanzig die Prüfung zur Altenpflegerin abgelegt. In jungen Jahren hatte sie bereits eine andere Ausbildung im sozialen Bereich abgebrochen. Danach hatte sie in

verschiedenen Bereichen gearbeitet, um sich dann schließlich gezielt für die Altenpflegeausbildung zu entscheiden, weil sie durch das Arbeitsamt gefördert worden sei, denn sie sei damals alleinerziehend gewesen.
UHHE denkt über eine Alternative nach, um evtl. aus dem Beruf auszusteigen. Ihr ist wichtig festzustellen, dass dies nicht an dem Beruf selbst liegt, sondern ausschließlich an den Rahmenbedingungen.
Sie gehört zur Gruppe, der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zur Tätigkeit in der stationären Altenpflege.

Im diesem Abschnitt wurden neben der Person der einzelnen Teilnehmer jeweils auch die *Entstehung des Interesses an der Pflege* beschrieben. Dies ist gleichzeitig Teil der ersten Hauptkategorie *Berufliche Entwicklung.* Der Hauptkategorie sind weitere Unterkategorien zugeordnet, die in Abschnitt 6.3. erläutert werden.

5.4 Methode der Analyse

Als analytische Methode finden sich zwei grundsätzliche Forschungsrichtungen, um aus den gewonnenen Daten der Interviews neue Erkenntnisse gewinnen zu können, die deduktive und die induktive Vorgehensweise bei der Analyse von Daten. Geht man bei der Deduktion von einer Hypothese aus, die verifiziert oder falsifiziert werden soll, eignet sich der induktive Weg eher zum Verstehen der Wirklichkeit also zur Bildung einer Theorie (Bartholomeyczik 1997).
Hierzu werden die gewonnen Daten nach ihrem Inhalt interpretiert. Offenheit ist nach Mayring ein wesentliches Grundprinzip solcher interpretativen Forschung und notwendig um im Forschungsprozess nicht den „*Blick auf wesentliche Aspekte des Gegenstandes zu versperren*“ (Mayring 2002 / 28). Dennoch müsse der Forschungsprozess regelgeleitet ablaufen. Offenheit bezieht sich demnach auch auf die Strukturierung des Analyseprozesses, durch den die Einsichten gewonnen werden sollen (Mayring 2002).

5.4.1 Transkription

Ein erster wichtiger Schritt zur Datenanalyse ist die Aufbereitung der gewonnenen Daten. In der vorliegenden Arbeit handelt es sich hierbei um auf Tonträger aufgenommene Interviews der befragten Pflegefachkräfte. Die Interviews waren von stark unterschiedlicher Länge. Lag das kürzeste Interview nur bei einer Dauer von 25 Minuten, so waren dies beim längsten Interview 88 Minuten. Es handelt sich hier um Ausgangsmaterial welches, um es überhaupt auswerten zu können, zunächst in eine andere Form gebracht und strukturiert werden muss. Hierzu eignet sich das wörtliche Transkript, also die wörtliche Verschriftlichung der Aussagen der Teilnehmer (Bürgy 1995).
Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert. Die wörtliche Transkription ist Grundlage für die spätere Analyse der Texte, da sie später die Möglichkeit bieten Sinnzusammenhänge besser erkennen zu können (Mayring 2002).

In welcher Form dies zu geschehen hat, ist nicht standardisiert, es gibt jedoch viele verschiedene Systeme. Flick weist darauf hin, dass die Genauigkeit von Transkriptionsregeln zum Teil, *„einem Fetischismus gleichen“,* die bei den Transkripten zu wenig sinnvollen und unübersichtlichen Resultaten führen (Flick 1996). In Folge dessen wurde der Entschluss zu vereinfachten Transkriptionsregeln gefasst.

Transkriptionsregeln:

In der Kopfzeile des Transkriptes werden nicht die beteiligten Personen am Interview genannt, da die Interviewpartner stets aus der Verfasserin dieser Arbeit und dem jeweiligen Teilnehmer bestehen. Um eine Anonymisierung zum Datenschutz der Teilnehmer zu gewährleisten, wurde im Vorgespräch ein individuelles Kürzel entwickelt, das ausschließlich dem Teilnehmer und der Verfasserin bekannt ist. Dieses Kürzel wurde fürderhin für alle Fragebogen und auch für die Transkripte statt einer Namensnennung verwandt.

- Die Kopfzeile des Transkriptes wurde mit dem Datum des Interviews und dem Kürzel des Teilnehmer versehen.
- Zu Beginn eines jeden Redeabschnitts wurde stets das Kürzel des Teilnehmer oder **I:** für Interviewer verwandt und zusätzlich der Zeitabschnitt der Tonaufnahme angegeben.
- Orts-, Straßen- sowie Eigennamen wurden mit dem 1. Buchstaben abgekürzt und ggf. mit einer Erklärung in runder Klammer dahinter versehen.
- Aussagen in Dialekt wurden wörtlich transkribiert, da vor der Analyse noch nicht vorauszusehen war, ob dies Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte.
- Transkribiert wurden außerdem alle hörbaren Äußerungen der Kommunikation. Unverständliches, lachen, weinen usw. wurden dabei in Klammern vermerkt, z.B. → (lacht) oder (unverständlich), situationsgebundene Geräusche ebenso, z.B. (hustet)
- Kurze Sprechpausen sind durch **.....**, nicht zu Ende gesprochene Wörter oder Sätze mit **-**, z.B. **Aus-** gekennzeichnet
- Äh, ähm und ähnliche Äußerungen als Ausdruck von Gedankenpausen wurden nach Klang (als gesprochenes Phon) in das Transkript übertragen.

Um Erkenntnisse aus dem in den Transkripten fixierten Datenmaterial extrahieren zu können, ist ein systematisches Vorgehen bei der Analyse notwendig, die letztlich den Symbolgehalt der verschriftlichten Kommunikation ermittelt (Mayring 2003).

5.4.2 Kategoriengewinnung

Die qualitative Forschung basiert auf einem interpretativen Paradigma, nach dem sich Menschen nicht starr an vorgegebene Verhaltensweisen und Vorstellungen halten, sondern im sozialen Umgang mit anderen eigene Positionen, eigene Vorstellungen und Erwartungen für sich deuten.
Das interpretative Paradigma besagt, dass dieses persönliche Auslegen der Erlebniswelt eines Menschen durch die Forschung interpretiert werden muss,

um dessen subjektive Sicht heraus zu finden. Das Interpretative Paradigma ist somit Grundlage des Verstehens sozialen Verhaltens und subjektiver Realität zu sehen und wesentlich für die Erforschung sozialer Phänomene. Dabei wird die beforschte Person stets als Experte der eigenen Wirklichkeit gesehen. Das interpretative Paradigma verlangt Offenheit des Forschenden gegenüber dem Forschungsgegenstand. Dieser wird ohne eine vorhergehende Hypothesenbildung erforscht und erst im Zuge des Forschungsprozesses entstehen Interpretationen, die zu Hypothesenbildung führen und die gegebenenfalls im Laufe des weiteren Forschungsprozesses flexibel angepasst werden müssen (Mayring 2002/ Bartholomeyczik 1997).

Die qualitative Inhaltsanalyse bietet hierzu eine Möglichkeit durch induktive Kategorienbildung. Dabei werden die Daten der Kommunikation (hier die Transkripte der Interviews) schrittweise und systematisch in Sinneinheiten zerlegt und analysiert. Dies bedeutet eine Analyse, welche sich an vorab festgelegten Regeln orientiert. So werden die Kodiereinheiten in ihrer Größe festgelegt. Ziel ist die Entwicklung eines Kategoriensystems, dessen Entwicklung nach unterschiedlichen Ablaufmodellen möglich ist (Mayring 2003). In der vorliegenden Arbeit fiel die Entscheidung für ein offenes Kodieren, also der induktiven Kategorienbildung nach Mayring:

Modell induktiver Kategorienbildung

(Grafik Nr.22 / Mayring 2002 / 116)

Wird bei der Kategorienentwicklung induktiv vorgegangen, so entwickeln sich die Kategorien aus dem *Material in einem Verallgemeinerungsprozess*. Diese Form der Kategorienentwicklung wird als *offene Kodierung* bezeichnet und erfolgt dennoch einer Systematik (Mayring 2003 / 75 + 76).
Bei großen Datenmengen kann es sinnvoll sein, zunächst auf ein besonders signifikantes Interview zurück zu greifen und hier mit einer Auswertung zur Kategoriengewinnung zu beginnen (Hug & Poscheschnik 2010). Deshalb wurde anfänglich ein erstes Transkript in Texteinheiten zerlegt und in eine Tabelle übertragen. Die untergliederten Texteinheiten wurden dabei durchnummeriert, die die Buchstabenfolge des Kürzels wurden jeweils genauso mitübertragen wie der angegebene Zeittakt der Tonaufnahme. Die Größe der analytischen Texteinheiten (Selektionseinheit) wurde offen gehalten, da dies dem Prozess der induktiven Kategorienbildung entgegen kommt (Mayring 2003).

Im nächsten Schritt wurde die Selektionseinheit nun verkürzt, also auf den Inhalt begrenzte Paraphrasen umgeschrieben, um in einem weiteren Schritt der Verkürzung die Paraphrase zu abstrahieren und zu generalisieren. Bedeutungslose Paraphrasen wurden gleichzeitig gestrichen. Nur in unklaren Paraphrasen wurde auf theoretische Vorannahmen zurückgegriffen, also auf eine deduktive Möglichkeit (Mayring 2003). Als Hilfe dienten hier die Fragen des Interviewleitfadens.

In einem weiteren, reduzierenden Durchgang wurde das generalisierte Material in einem Kategoriensystem zusammengefasst, gebündelt und in einem Kodierleitfaden aufgenommen. Der Kodierleitfaden umfasst neben der Kategorie jeweils die Beschreibung der Kategorie in Form einer Definition und wird zudem mit einem Ankerbeispiel zur Erläuterung belegt. Ähnlich anmutende Kategorien werden zusätzlich mit Unterscheidungsmerkmalen in Form einer Kodierregel gekennzeichnet. (Mayring 2003).[46] In gleicher Weise wurden zwei weitere Interviews bearbeitet. Es konnte festgestellt werden, dass kaum noch zusätzliche Kategorien gebildet werden konnten (Mayring

[46] Der Kodierleitfaden befindet sich im Anhang

2002) und es wurde deshalb ein Review zur Überprüfung der entwickelten Kategorien eingeleitet.

Das Review fand in Form einer erneuten Durchsicht und Besprechungen unter Beteiligung einer Expertin[47] im Bereich wissenschaftlicher Arbeit und eines Experten[48] der gerontologischen Pflege statt. Als Ergebnis wurden einige Kategorien besser zu einander abgegrenzt. Einige Kategorien konnten zusammengefasst werden und es entwickelte sich ein System von Haupt- und Unterkategorien.
Als Besonderheit stellte sich im weiteren Verlauf der Analysen aller anderen Transkripte das Problem schwieriger Untergliederung in Texteinheiten dar. In einigen Interviews musste deshalb aufgrund der ineinander verflochtenen Bezüge der Aussagen einiger Teilnehmer in manchen Passagen auf eine Unterteilung und Paraphrasierung der Aussagen verzichtet werden, weil dies sonst den Sinnzusammenhang der Aussagen verändert hätte.

Die qualitative Inhaltsanalyse bietet zudem die Möglichkeit, die Wichtigkeit von Kategorien durch Quantifizierung zu untermauern (vgl. Mayring 2003). Diese Quantifizierung findet in Form der Auszählung von Nennungshäufigkeiten Raum, die als Grafik in Abschnitt 6.2 ff dargestellt werden und damit den jeweiligen Abschnitt einleiten. Die Grafiken sind nach einem immer gleichbleibenden Schema erstellt und sollen an dieser Stelle an einem Beispiel erläutert werden.

Mustergrafik

(Grafik Nr.23 / Ensink 2014)

[47] Wissenschaftl. Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie

[48] Exam. Altenpflegefachkraft / Fachkraft für Gerontopsychiatrie

In der Grafik werden jeweils die beiden Teilnehmergruppen einander gegenüber gestellt. Den Teilnehmer mit positiver Sicht ist dabei die Farbe blau, den Teilnehmer mit negativer Sicht auf den Beruf jeweils die Farbe rot zugeordnet. In der horizontalen Ebene wird die Anzahl der Teilnehmer als natürliche Zahl dargestellt. In der vertikalen Ebene wird die Anzahl der Nennungshäufigkeit einer Kategorie ebenfalls als natürliche Zahl gezeigt. So kann ein vergleichendes Bild der Nennungshäufigkeit in den beiden Gruppen nebeneinander gestellt werden.

6. Analyse und Erläuterung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Datenanalyse sollen in Abschnitt 6 ausführlich vorgestellt werden. Aus der Analyse der Transkripte ergab sich eine Vielzahl von Kategorien. Zur Systematisierung wurden diese als Unterkategorien unter Hauptkategorien zusammengefasst. Insgesamt ergab sich daraus eine Grundstruktur die nachstehend zur Darstellung der Ergebnisse dienen wird.

Zitate aus den Transkripten sind sehr häufig in Dialektform. Zur leichteren Verständlichkeit werden die Zitate deshalb bereinigt und in Hochdeutsch wieder gegeben. Nicht immer, aber gelegentlich, werden zur leichteren Verständlichkeit auch einige Zitate aus Interviews von Teilnehmern mit Migrationshintergrund grammatikalisch bereinigt. Zur besseren Lesbarkeit werden außerdem Dopplungen von Wörtern oder Satzabschnitten ersatzlos gelöscht. Lückenfüller wie *„eh, äh* und *ehm“* werden ebenfalls herausgelassen (Mayring 2002 / 91).
Einige Teilnehmer formulierten sehr lange Sätze und Abschnitte und sprangen dabei in Ihren Bezügen. Um die Aussagen des Interviews besser darzustellen, ist in vielen Fällen eine Verkürzung notwendig. Verkürzungen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der dargelegten Aussage stehen, werden als Auslassungen kenntlich gemacht: […....].

Beispiel eines bereinigten Zitates:

Unbereinigter Text:

LHME 31: „ *.... (atmet laut ein) Zum Beispiel, wir hawwe sehr demente*

Frau, die war - hat früher 'en Kleiderlade gehabt und die liebt es, ihre Kleider auszuräume. Und die schön zusammen zu legen und zum Verkauf anzubieten. Und die is halt immer dann auf dem Stockwerk rumgelaufe mit ihre Kleider und die wird immer in's Zimmer geschickt. Dann irgendwann is an ihren Kleiderschrank 'en - äh - wie - äh - so'n Schloss dran komme, damit die die Kleider nimmer ausräumt und seitdem is die - is die - mit derre Frau abwärts gange.“

Bereinigter Text:

LHME 31: *„ .... (atmet laut ein) Zum Beispiel, wir haben eine sehr demente Frau, die hat früher einen Kleiderladen gehabt und die liebt es, ihre Kleider auszuräumen. Und die schön zusammen zu legen und zum Verkauf anzubieten. Und die ist halt immer dann auf dem Stockwerk rumgelaufen mit ihren Kleidern und die wird immer in das Zimmer geschickt. Dann irgendwann ist an ihren Kleiderschrank so ein Schloss dran gekommen, damit die die Kleider nimmer ausräumt und seitdem ist es mit der Frau abwärts gegangen.“*

Die Texte aus den Transkriptionen sind in den Analysetabellen aber selbstverständlich im Original übertragen und hier nachlesbar.

Die in der Analyse entwickelten und ab 6.2 beschriebenen Kategorien wurden in den Interviews unterschiedlich häufig thematisiert. Unter den ermittelten Hauptkategorien sind die dazugehörigen Unterkategorien zusammengefasst. Jede Unterkategorie wird zu Anfang des jeweiligen Abschnittes definiert.

Die Abschnitte, in denen die Kategorien beschrieben werden, die viele Teilnehmer als wichtig erachten, werden mit Säulendiagrammen eingeleitet, welche die Nennungshäufigkeit der Unterkategorie im Vergleich beider Gruppen aufzeigt. Die Nennungshäufigkeit wird dabei für jeden Teilnehmer als Säule gezeigt. Die Anzahl der Nennungen ist in der Vertikalen abzulesen, die Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer Nennung in der Horizontalen. Selbstredend sollen hier nicht wissenschaftlich relevante Zahlen im Sinne quantitativer Forschung behauptet werden, jedoch zeigt die

Visualisierung der Nennungshäufigkeit die Wichtigkeit im Erleben des Sachverhalts im Vergleich der beiden Teilnehmergruppen zueinander und der Teilnehmer insgesamt auf. Bei Unterkategorien, die eher selten genannt werden, entfällt die Form der Visualisierung.

In jedem Abschnitt werden außerdem einige Aussagen zur Unterkategorie von Teilnehmern mit negativer Einstellung zum Pflegeberuf in der stationären Altenpflege einigen Aussagen von Teilnehmern mit positiver Einstellung gegenüber gestellt. So sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Sichtweise und die damit verbundenen Begründungen aufgezeigt werden. Die daraus entwickelten Schlussfolgerungen schließen den jeweiligen Abschnitt ab.

Wie unter 5.4.1. bereits beschrieben wurden zur Analyse der Interviews die Transkripte in Tabellen übertragen und die Sinneinheiten nummeriert. Die Zitate werden im Folgenden durch den jeweiligen Anonymisierungscode und die Textstellennummerierung kenntlich gemacht.

6.1 Die Ergebnisse des NEO FFI

Unter 5.2.4 wurde der Einsatz des NEO FFI als begleitendender Test bereits beschrieben. Die Auswertung der Daten fand mit SPSS, Version 22, statt. Angewendet wurde die bereits zum NEO FFI mitgelieferte Syntax, die entsprechend erweitert wurde, um die Standardabweichungen für die eigenen Stichproben ermitteln zu können. Die Werte der Pflegefachkräfte beider Teilnehmergruppen wurden bei der Auswertung jeweils als arithmetisches Mittel (AM) erfasst und den Durchschnittswerten der Bevölkerung in Deutschland gegenüber gestellt. Zusätzlich angegeben sind die Standardabweichungen der beiden Teilnehmergruppen sowie der Allgemeinbevölkerung. Durch die relativ kleinen Stichprobengrößen von jeweils n=15 fallen diese u.U, größer aus als in der Vergleichsgruppe:

NEO FFI - AM der beiden Teilnehmergruppen im Vergleich zum AM der Bevölkerung

Skala	M Bevölkerung	M Positiv	M Negativ
Neurotizismus	21,95	18,87	20,60
Extraversion	28,38	30,67	24,67
Offenheit	32,10	29,20	35,07
Verträglichkeit	30,23	33,80	31,60
Gewissenhaftigkeit	30,87	36,00	39,13

(Tabelle Nr. 2 / Ensink 2014)

Stellt man diese Werte als Kurven grafisch dar, ergibt sich das folgende Bild:

(Grafik Nr.24 / Ensink 2014)

Zunächst lässt sich sagen, dass es keine signifikanten Unterschiede der beiden Gruppen untereinander und zu den Mittelwerten der Bevölkerung gibt, da sich die Werte innerhalb der Standardabweichungen befinden.
Einen Hinweis auf die Annahme, Pflegefachkräfte, die den Beruf der Altenpflege verlassen wollen, würden grundsätzlich eher zu einem instabilen seelischen Gleichgewicht tendieren, gibt es demnach nicht.

Zusammenfassend könnte gesagt werden, dass Pflegefachkräfte mit negativer Sicht auf ihr Berufsfeld nicht stärker zu emotionaler Instabilität zu neigen scheinen, wie ihre Kollegen mit positiver Sicht auf den Beruf und beide Gruppen zudem tendenziell nicht stärker emotional aus dem Gleichgewicht zu geraten scheinen als der Durchschnitt der Bevölkerung.

6.2 Berufliche Entwicklung

Die Berufliche Entwicklung von Pflegefachkräften in der Altenpflege verfügt neben individueller Unterschiede auch über Gemeinsamkeiten, die in den Interviews angesprochen werden.

(Grafik Nr.25 / Ensink 2014)

Neben der bei der Vorstellung der Teilnehmer beschriebenen Entstehung des Interesses an der Pflege werden in den Interviews die „Soziale Motivation“ und „besondere Fähigkeiten“ als erforderlich für die Langzeitpflege genannt. Gleichzeitig werden Fort- und Weiterbildungen immer wieder als Voraussetzung für berufliche Entwicklung angesprochen.

6.2.1 Soziale Motivation

Soziale Motivation beschreibt die Idee, sich zum Wohle der Gesellschaft einbringen zu wollen und deshalb einen sozialen Beruf zu wählen.

(Grafik Nr.26 / Ensink 2014)

Immerhin die Hälfte der Teilnehmer beider Gruppen erwähnt in ihren Interviews die Soziale Motivation als Beweggrund zum Einstieg in den Pflegeberuf. Sie wird demnach von beiden Gruppen gleichermaßen als wichtig erachtet

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

MKTS nennt die soziale Motivation als Beweggrund für seine Berufswahl:

> ***MKTS 8:*** *„.... Ja einfach mein Beweggrund in die Pflege zu gehen, war eigentlich schon die Vorstellung, für jemand da zu sein. [….] Und ja - wie gesagt - was heut übrig bleibt, ist ja schon ganz wenig.“*

UHHE ist der Ansicht, dass Altenpflege eine besonders wichtige Aufgabe für die Gesellschaft sei. Sie leiste hier ihren Beitrag:

> ***UHHE 5:*** *„[……] Also ich denke, das ist ein Beruf, der sehr wichtig ist, die Arbeit ist schon sehr wichtig, weil es gibt einfach viele Menschen, grad auch viele alte Menschen, die sich nicht mehr helfen können und dafür werden Menschen gebraucht. Und die meisten Menschen haben da keine Lust dazu und ich denk auch nicht, dass ich das als Lebensaufgabe bis zu meiner Rente machen werde, aber dass jeder Mensch einfach zehn Jahre oder eine bestimmte Zeit in dem Beruf arbeiten sollte, oder seinen Dienst an der Menschheit - ich begreif das als Dienst an der Menschheit, glaub ich eher. Dass ich denk, das ist mein Dienst zu der Gemeinschaft, der ist schlecht bezahlt, der hat schlechte Bedingungen, aber ich leiste meinen Beitrag, aber auch begrenzt, also ich werd das nicht bis zur Rente machen.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Für EWRE war es die soziale Motivation, die folgerichtig zum Pflegeberuf führte:

EWRE 2: *„[……] dann waren wir in der Phase, dass wir gedacht haben, wir müssen die Welt verbessern und wo kann man das, das kann man in der Pflege, so waren wir halt!“*

Die Teilnehmerin KSJA betont, wie wichtig die soziale Motivation für die Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Altenpflege ist. Sie kritisiert, dass häufig unmotivierte Auszubildende von Arbeitsämtern in die Altenpflegeausbildung geschickt werden, bloß weil sie nichts anders fänden. Diese Auszubildenden wären dann zwar in den theoretischen Leistungen gut, an der praktischen Kompetenz würde es jedoch mangeln:

KSJA 82: *„[……] Das ist nix, wo Sie machen so, ach wir lieben diese Beruf. Bist du motiviert. Und du machst du diese Arbeit. Und machst du mit Herz diese Arbeit. [……] also manche, die haben Schülerin, ich hab beobachtet letzte Zeit. [……] Ich will nicht haben. Aber das ist so. 50% sind gute Schülerin und dann 50, wo die machen, weil die haben nichts gefunden. Und dann ist Angebot von Arbeitsamt. Die haben nur verschiedene Altenpflegeschulen. Die lernen gut. Die haben gute Note. Aber, Praktikum schlecht. Und wie gesagt, …….....“*

Schlussfolgernde These:
Die soziale Motivation ist eine wichtige Grundlage zum Einstieg in den Pflegeberuf und als Grundvoraussetzung für den Beruf zu verstehen. Pflegefachkräfte sehen es als negativ an, wenn diese innere Haltung beim Einstieg in den Pflegeberuf fehlt und bemängeln, wenn Personen aus anderen Gründen in den Altenpflegeberuf einsteigen. Sie mutmaßen, dass dies der Altenpflege schadet, weil diesen Pflegefachkräften, die moralische Integrität weniger wichtig sei.

6.2.2 Langzeitpflege erfordert besondere Fähigkeiten

Die Unterkategorie beschreibt die Notwendigkeit, sich auf besondere Anforderungen der Langzeitpflege einlassen zu können. Sie bezieht sich auf die im Laufe der beruflichen Entwicklung entfaltete Fähigkeit, sich auf langfristige Pflegebeziehungen eingehen zu können.

(Grafik Nr.27 / Ensink 2014)

Vergleicht man die Häufigkeit der Nennung dieser Unterkategorie, so zeigt sich bei etwa einem Drittel der Teilnehmer, dass sie diese besondere Fähigkeit bei der Langzeitpflege erwarten. Gleichzeitig wird offensichtlich, dass der größere Teil der Teilnehmer dies nicht für erwähnenswert hält und dass es hier zwischen beiden Gruppen auch keine Unterschiede zu geben scheint. Die Kategorie wurde tatsächlich in beiden Teilnehmergruppen gleich häufig angesprochen.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Für HRUH liegen diese besonderen Fähigkeiten im Verständnis und der Offenheit mit den zu betreuenden alten Menschen und in der Geduld, die besonders im Umgang mit dementiell erkrankten Bewohnern gefordert ist.

> ***HRUH 22:*** *„Indem Sie auf diesen Menschen eingehen, das ist ganz wichtig, ja. - Äh - also für mich ist es wichtig, wenn Sie in ein Zimmer kommen, [……] Und dann hör ich mir einfach die Probleme erst mal an. Nehm mir die Zeit, setz mich an's Bett - mach das alles, was zu machen ist, [……] - also ich geh auf die Bedürfnisse des einzelnen Bewohners ein, jeder ist ja anders. Bei den Dementen müssen Sie ganz anders agieren, ja. [……] - also im Endeffekt - man soll auf die Bedürfnisse der Bewohner eingehen. Bei einem Dementen müssen Sie anders vorgehen.“*

MERE hält Langzeitpflege für einen Bereich, auf den man sich bewusst einlassen muss:

MERE 5: *[……] „die ist inzwischen eine verdiente Pflegehelferin, aber ich weiß ganz klar, hätte die eine Möglichkeit im andern Bereich, die wäre nicht da. Das ist einfach nichts, was sie auf Dauer aushält“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

EWRE spricht absichtlich von Langzeitpflege statt von stationärer Altenpflege, weil sie auch häufig jüngere pflegebedürftige Menschen versorgt. Sie beschreibt ihre Fähigkeit, in diesem Bereich arbeiten zu können, als einen persönlichen Reifungsprozess. Später geht sie hierauf noch einmal ein und definiert hierzu die Fähigkeit zu Nähe und Distanz (vgl. 6.7.). Damit bestätigt sie auch die Sicht von HRUH.

EWRE 8 + 10: *„A l s o, ja - ich denk, alle Stationen waren ganz wichtig. Als junger Mensch ist es mir einfacher gefallen halt ständig wechselnde Patienten zu haben Es hat lange gedauert, bis ich dahin kam, zu sagen, ich kann Langzeitpflege machen, ich kann mich da drauf einlassen. Das erfordert nämlich völlig andere Fähigkeiten und die hab ich einfach mit Anfang Zwanzig gespürt, dass ich die noch nicht hab.*
Im Altenpflegebereich, - ich kann ja nicht sagen, ich arbeite in der Altenpflege, weil ich hab ja viele Bewohnerinnen, die wesentlich jünger sind als ich. Ich arbeite in der Langzeitpflege, da brauch man andere Fähigkeiten, als im kurzen Krankenhausgeschehen.

NMYA sieht als Krankenschwester Langzeitpflege als besondere Herausforderung, die es ihr ermöglicht, ihre besonderen Fähigkeiten einzusetzen:

NMYA 7: *„[……] auf jeden Fall ist das der Beruf, den ich gern mache, obwohl es zeitweise ganz schwierig sein kann. Das ist der Beruf, wo ich meine Fähigkeiten, meine Stärken einsetzen kann“*

Sie hat jedoch auch Verständnis für weniger motivierte Mitarbeiter:

NMYA 15: *„[…] Klar, es gibt immer wieder manche dabei, die es nicht so ganz sehen und nicht so gut mit machen, […] Man ist aus verschiedenen*

Gründen in der Altenpflege gelandet und nicht für alle war das der größte Wunsch oder nicht alle haben das gern gemacht.“

ODTA legt Wert auf die Feststellung, Altenpflegefachkraft zu sein und begründet warum:

ODTA 11 -14: *„Ich bin ja auch Altenpfleger, nicht Krankenschwester oder so, […….]“*
I: *„Ist Ihnen das wichtig, Altenpflegerin zu sein und nicht Krankenschwester?“*
ODTA: *„Ja, das sagt schon der Name Altenpflege, dass man mit den älteren Leuten zu tun hat, ne und dass man versucht, die Leute, wo in die Heime kommen, glücklich zu machen, ne. Es sind viele, wo noch ein bisschen Verstand haben, die sind so traurig und denken immer: ‚Ich bin von zu Hause abgeschoben worden in das Heim´, ne und dass man da irgendwie ein bisschen Glück gibt. […….], dass man denen vielleicht versucht, das ein bisschen zu erklären oder besser zu machen oder ein Zuhause für den, dass die in - ihr eigenes Zimmer genau, als ob's zuhause wär, ne.“*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte beider Gruppen sehen stationäre Altenpflege als Berufsfeld an, die besondere Fähigkeit erfordert, welche sich oft erst mit der Berufserfahrung entwickelt und damit eine „höhere Stufe“ der pflegerischen Fähigkeiten darstellt. Genau zu definieren, was sie unter dieser Fähigkeit verstehen, scheint ihnen jedoch nicht ganz eindeutig möglich. Von außen betrachtet kann man dagegen von einer besonderen Empathiefähigkeit gepaart mit der Fähigkeit im Umgang mit Nähe und Distanz in der Pflegebeziehung sprechen.

6.2.3 Weiterbildung ist für die berufliche Weiterentwicklung bedeutsam

Auf den Wert von Weiterbildung im Zusammenhang mit dem beruflichen Entwicklungsprozess in der Pflege bezieht sich *Weiterbildung ist für die berufliche Entwicklung bedeutsam*

(Grafik Nr.28 / Ensink 2014)

Auch hier werden Weiterbildungen etwa von der der Hälfte der Teilnehmer in beiden Gruppen angesprochen. Es ist interessant, dass die einzelnen Pflegefachkräfte der Gruppe mit negativer Einstellung darauf häufiger zurückkommen, wenn sie Weiterbildungen erwähnen.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Besonders die Probandin MERE kommt auf Weiterbildungen während des Interviews immer wieder zurück. Sie meint, dass durch die Weiterbildungen für Sie der Theorie-Praxis-Konflikt immer größer geworden sei, weil durch die Weiterbildungen ihre Ansprüche größer geworden seien:

> ***MERE 5:*** *„[….] man sagt ja Frust durch Wissen, und da ist schon was dran, also ich möcht das Wissen nicht missen, aber manchmal frag ich mich, es ist halt einfach so, dass mein Anspruch zu hoch ist und dass man einfach sagen müsste, okay, irgendwie es gibt ja auch Länder, da geht man mit behinderten Menschen, alten Menschen (weinerlich) noch ganz anders um, oder sag ich halt doch, ich halt mich an das, was ich halt in der Pflegezeitschrift lese oder was ich auf Kongressen als theoretische Modelle höre und - das ist halt diese Gratwanderung.“*

Diesen Standpunkt. bestätigt AJUE. Ihr Konzept von guter Pflege habe sich durch Fort- und Weiterbildungen entwickelt und dadurch seien ihre Ansprüche größer geworden. Dies habe in ihrer Arbeit eher zu größeren inneren Konflikten geführt:

AJUE 57 - 61: *[……] „Weil ich hab insbesondere mit den dementen Bewohnern einen anderen Umgang durch eine Weiterbildung. In der Schulung, also das hat meine Sicht auf Pflege von insbesondere dementen Bewohnern schon verändert. Und auch die Sicht auf mich selbst, ja.*
[……] *Nee, dadurch ist es nicht einfacher geworden (lacht). Nein. Nein, Weil, die Ansprüche sind dadurch ja größer geworden. Das, was man gelernt hat oder auch erkannt hat als gut und richtig, das will man ja eigentlich auch umsetzen, ja, oder ich will das ja zumindest, für was mach ich das, ne? Für was schicken die mich da hin und bezahlen die Weiterbildung und wenn ich das dann aber nicht umsetzen kann?“*

MAJA hingegen würde sich gerne in ihrem Berufsfeld weiterbilden und setzt sich neue Ziele. Sie sieht Zusatzqualifikationen als hilfreich für einen verbesserten Transfer von pflegetheoretischem Wissen in den pflegerischen Alltag an. Sie glaubt, die Pflege so positiv weiter entwickeln zu können:

MAJA 25: *„Dass die Motivation wichtig ist. Dass ich weiß, ich kann was verändern, und ich möchte das verändern. Also, dass ich nicht stehen bleib. Ich denk, das wichtigste ist, dass man sich weiterbildet. Dass man sich neue Ziele setzt und - ja, also sich nicht auf seinem Beruf ausruht, sondern Fortbildung, Weiterbildung gerne annimmt und sagt, ja ich merke, ich komm Demenzkranken ganz gut klar, warum kann ich dich dann nicht mal nach vorne gehen zu der Leitung und fragen, kann ich vielleicht noch 'ne Zusatzqualifikation machen. Sollte ich vielleicht doch noch mal in die Schule gehen und mich weiter bilden oder ja, Bücher lesen, Literatur lesen. Also Theorie mit der Praxis verbinden, also nicht stehen bleiben auf irgendwelchen Sachen, die man mal gelernt hat vor 10 - 20 Jahren*.“

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

SLMA freut sich über die Motivation durch ihre Einrichtungs- und Pflegedienstleitung zur Weiterbildung. Sie empfindet dies als positive Rückmeldung. Sie will trotz Weiterbildung keinesfalls die praktische Pflege

verlassen. Gleichzeitig hat sie das Gefühl, sie habe sich beruflich weiter entwickelt:

> ***SLMA 6 + 7:*** *[….] „Und seit ich seitens der Pflege- und Heimleitung auch motiviert werde, die sagen: ‚In Dir steckt mehr drin, [….] , willste nicht?´ Wo ich gedacht hab, so ganz aus der Pflege will ich eigentlich auch nicht raus, ne? Das Bett brauch ich ja schon, [….] ich hab jetzt wieder was gelernt. Verstehe jetzt auch die Heimleitung, wenn sie von betriebswirtschaftlich und so spricht - ich denk, es ist eigentlich nur gut für mich .. und für meine Arbeit, ganz klar. Ich bin jetzt Wohnbereichsleitung.“*

Schlussfolgernde These:
Für Pflegefachkräfte in der Langzeitpflege ist die Möglichkeit, sich fachlich weiterbilden zu können. von hoher Bedeutung. Sie sehen die Aktualisierung ihres Fachwissens nach dem neusten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnissen als enorm sinnvoll an. Im Anschluss an eine Weiterbildung vergrößert sich für sie jedoch nicht selten der Theorie-Praxis-Konflikt, wenn sie nicht die Möglichkeit der Umsetzung bekommen. Sie fühlen sich damit in einen noch größeren inneren Konflikt mit ihrer moralischen Integrität gestürzt.

6.2.4 Mangelnde Unterstützung bei Weiterbildungen

Die Unterkategorie beschreibt die mangelnde Unterstützung durch Arbeitgeber oder Agentur für Arbeit bei Weiterbildungsvorhaben von Pflegenden. Sie ergänzt die Unterkategorie „*Weiterbildung ist für die berufliche Entwicklung bedeutsam*“.
Die Kategorie wurde insgesamt in beiden Gruppen jeweils nur von drei Teilnehmer je einmal angesprochen. Dabei erlebten die jeweiligen Teilnehmer in beiden Gruppen individuell positive oder auch negative Erfahrungen. Trotz der eher seltenen Nennung sollen im Folgenden exemplarisch an zwei Beispielen die unterschiedlichen Beteiligten und Institutionen dargestellt werden.

So geht EWRE mutig mit rechtlichen Schritten gegen die Bundesagentur für Arbeit vor, weil sie der Meinung ist, es stehe ihr Unterstützung bei der

Weiterbildung zu. Dass sie erst zwei Jahre nach Abschluss der Weiterbildung vor Gericht Recht bekommt, trägt sie mit Humor

EWRE 7: *„Ich war immer voll berufstätig bis auf zwei ganz kurze Zeiten. Während der Ausbildung zur Pflegedienstleitung hab ich die ersten zwei Monate pausiert, weil ich da noch der Meinung war, dass das Arbeitsamt mich erheblich fördern würde, was es dann nicht getan hat. Jetzt musste ich dann die Förderung erst einklagen, das hat dann zwei Jahre gedauert, dann war meine Ausbildung zu Ende (lachend). Die Klage hab ich zwar gewonnen, aber es hat mir dann nix mehr genutzt (beide lachen) und ganz zum Schluss zum Schreiben von der Arbeit, von der Studienarbeit, hab ich mir dann auch noch mal zwei oder drei Monate gegönnt, wo ich dann nicht in der Pflege gearbeitet hab, sondern so einfach Freizeit hatte zum Arbeit schreiben.“*

NMBZ beschreibt hingegen die große Unterstützung durch den Betreiber der Einrichtung. Sie sieht dies als „Belohnung“ für ihre vielen Berufsjahre an. Sie bezieht sich hier auf die Weiterbildung zur Wohnbereichsleitung:

NMBZ 59 + 60: *„Das haben die auch finanziell mitgetragen. Ja, das fand ich sehr - also, das war sehr hilfreich. Das war - das fand ich, die Medaille für die 30 Jahre. Ja! Weil viele fragen dann, willst du eine Medaille, 30 Jahre im gleichen Beruf und überhaupt nichts. Sag' ich, ja ich hab' schon eine Medaille, weil, wenn ich es gebraucht hab', hat mein Chef das ja unterstützt alles. Ich musste nicht zum Arbeitsamt oder so. Also, der hat voll alles unterstützt und dann ging's da. Aber ich hab' natürlich auch alles gemacht (beide lachen). Das dann erfolgreich abgeschlossen und so, ne. Weil ich das wollte das so - (lacht)“*

Schlussfolgernde These:
Die finanzielle Unterstützung von Weiterbildungen ist für Pflegefachkräfte keine Selbstverständlichkeit. Obwohl Weiterbildungen von Pflegefachkräften für Strukturqualität in stationäre Pflegeeinrichtungen eine Notwendigkeit sind, müssen Pflegekräfte diese häufig zusätzlich zu ihrer normalen

Berufstätigkeit leisten, weil sie sonst nicht finanziell abgesichert sind. Werden Pflegefachkräfte hingegen vom Träger einer Einrichtung in ihrem Weiterbildungsvorhaben unterstützt, so kann dies zu einer starken Verbundenheit führen.

6.3 Ausbildung

In einigen Interviews wurde die Bedeutsamkeit von Ausbildung hervorgehoben. Neben der Vermittlung von theoretischem und praktischem Wissen, wurde immer wieder auch „moralische Integrität“ als fundamental für die beruflicher Eignung erwähnt.

(Grafik Nr.29 / Ensink 2014)

6.3.1 Moralische Integrität als Grundlage beruflicher Eignung

Moralische Integrität als Grundlage beruflicher Eignung beschreibt die Notwendigkeit, als Person über feste positive Wertvorstellungen zu verfügen, zu diesen zu stehen und sie im täglichen pflegeberuflichen Handeln umsetzen zu können.

(Grafik Nr.30 / Ensink 2014)

Die Säulendiagramme zeigen, dass *Moralische Integrität als Grundlage beruflicher Eignung* in beiden Gruppen von insgesamt 21 Teilnehmer angesprochen wurde. Besonders die Gruppe mit negativer Sichtweise kommt mehrfach darauf zurück.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

UHHE hatte schon von Beginn der Ausbildung an große Angst durch den großen Zeitdruck in der Pflege Fehler zu machen. Sie beschreibt ihren Umgang mit gemachten Fehlern:

> ***UHHE 28:*** *…. ja ich hab Angst, weil das sind ja Menschenleben. Also in meiner Ausbildung, da hab ich ..... (holt tief Luft) [……] wahrscheinlich auch nicht jeden Fehler gleich zugegeben, gell, [……] dann hab ich x-mal noch angerufen, hast du noch mal Blutzucker gemessen, einfach um mich zu vergewissern. Aber ich hätte dann nie zugegeben und gesagt, du, ich hab da den PEN falsch irgendwie aufgezogen, gell. Das würde ich heute - wenn ich einen Fehler machen würde, würd ich das gleich sofort sagen, damit der nächste einfach das überprüfen kann, ist ja nichts Schlimmes.“*

UHHE gesteht sich gleichzeitig zu, unter Zeitdruck und auf Anweisung die Pflegequalität zu reduzieren. Dies scheint ihre innere Haltung zu zulassen:

> ***UHHE 40: „****Sie (gemeint sind die Angehörigen) kriegen's halt bloß in dem mit, wenn du Abstriche machen musst und wenn das so gewollt ist, mach*

ich das auch. Also was weiß ich - wenn - mal - kann man mal einen Toilettengang vielleicht nicht machen, oder eine Einlage später wechseln, das ist so gewollt mittlerweile vom Arbeitgeber wohl.....Ja, es gibt schlimmeres wahrscheinlich.....“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

EHAE bemüht sich, den Altenpflegeschülern in der praktischen Ausbildung, diese moralisch Integrität und deren Bedeutung für pflegepraktisches Handeln zu vermitteln:

EHAE 25: *„…professionell, genau. Ja. ... […..] da fängt' s schon teilweise an - wir kriegen's ja dann immer mit, - mit den Auszubildenden, so dieses große Thema, Gewalt in der Pflege, wo fängt das an, wo hört das auf , dass viele erst einmal so sagen, ja, ich schlag ja niemanden. Wo man die dann aber auch runter holen muss und sagen muss, - es geht nicht nur um's Körperliche, sondern auch wirklich das Seelische, - wenn Dich jemand anspricht, dass Du dann einfach wortlos vorüber gehst und den halt einfach ignorierst, das ist ja auch schon Gewalt. Und da merkt man das halt immer wieder, dass das dann so Sachen sind, die für einen schon selbstverständlich sind, dass man dann nicht vorbei geht, sondern halt dem Bewohner antwortet oder auf ihn reagiert. Ja dass das schon irgendwie halt einfach so mit drin ist, ja und wo die Schüler erst noch hingeführt werden müssen... Also, ja find ich immer weiter faszinierend. So Sachen, eigentlich das Selbstverständliche, wie jeder eigentlich möchte, dass man mit jemandem umgeht.....“*

Für ODTA ist es elementar, ihr Menschenbild auch auf ihre pflegerische Tätigkeit zu übertragen:

ODTA 58 - 60: *„.. Wichtig halte ich, dass man die Menschlichkeit - dass man Mensch bleibt, dass man die Menschen als Menschen sehen, nicht als eine Nummer oder einen Namen nur, ne.*
I: *Wen meinen Sie jetzt, die Bewohner oder das Personal?*

ODTA: *Ah ja, die Bewohner - die Bewohner.“*

Schlussfolgernde These:

Moralische Integrität ist für Pflegefachkräfte von elementarer Bedeutung. Sie prägt ihr pflegerisches Handeln und ihre innere Haltung zum Beruf von Beginn an. Pflegefachkräfte wünschen sich diese Haltung auch von zukünftigen Auszubildenden und versuchen ihr Menschenbild dem Pflegenachwuchs zu vermitteln.

6.3.2 Gutes medizinisches Grundwissen ist für das tägliche pflegerische Handeln hilfreich

Gutes medizinisches Grundwissen ist für das tägliche pflegerische Handeln hilfreich bezieht sich auf den Wert medizinischen Grundwissens in Pflegeausbildungen.

(Grafik Nr.31 / Ensink 2014)

Die Nennungshäufigkeit zeigt hier Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Dass medizinisches Grundwissen bei der Gruppe mit negativer Einstellung öfter angesprochen wird, scheint darauf hinzuweisen, dass diese Pflegefachkräfte in ihrem beruflichen Alltag öfter mit Konflikten konfrontiert sind, die einen Bereich betreffen, der medizinisches Fachwissen erfordert.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

EESA meint, dass Altenpflegefachkräfte gegenüber Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften häufig über mangelndes medizinisches Fachwissen verfügen würden. Sie erläutert dies an einem Beispiel und

übersieht gleichzeitig, dass hier die Ärzte fachlich falsch handeln, wenn sie hier von Pflegefachkräften Apothekerwissen erwarten:

> ***EESA 33:*** *„.. Wenn ich jetzt in' s Altenheim geh, langt die Ausbildung. Weil Altenpflege ist ja sozialpflegerisch - liegt ja mehr der Schwerpunkt, ne. Krankenschwestern ist mehr medizinisch-technisch die Ausbildung, ne. Ich hab zum Beispiel große Schwierigkeiten gehabt auf der Geronto mit Medikamenten - mit Medikamentenlehre, ja. Da sind ja immer Ärzte da. Dann haben die mir irgendeinen Wirkstoff gesagt von einem Medikament - was ist das jetzt? Nur den Wirkstoff. Also es gibt da Valium, was ist Diazepam oder so, ne, nur den Wirkstoff. Da konnte ich nix mit anfangen. Ich hab Gottseidank Kollegen gehabt, die mich dann wirklich unterstützt haben [……], dass das dann funktioniert hat. Aber es trennen wirklich Welten, auch wenn's die Gerontopsychiatrie ist, zum Altenheim.“*

MERE versucht, sich selbst mit ihrem Fachwissen auf den neusten Stand zu bringen und liest Fachliteratur. Sie beklagt, dass Pflegekräfte diese Zeit im Berufsalltag nicht zur Verfügung gestellt bekommen, obwohl es für die pflegerische Arbeit notwendig ist, recherchieren zu können um richtig zu handeln.

> ***MERE 11:*** *„Weil man Mann sagt dann immer: ‚Na ja, weiß doch jeder, dass du 'ne gute Krankenschwester bist, die können ja froh sein, dass sie dich haben´ und so nach dem Motto, das brauchst du ja alles nicht, wenn ich dann noch 'en Fachbuch lese oder so. Und das macht mich dann immer total fuchsig, weil er ist ja Naturwissenschaftler und ein Großteil seiner Arbeit besteht auch daraus, Sachwissen zu recherchieren. Und ich sag immer, bei dir ist das in der Arbeitszeit drin, bei uns ist das nicht in der Arbeitszeit drin. Und das ist ja selbst, wenn ich mal auf der Arbeit schnell im Internet recherchieren will, ob diese Zusatznahrung, die angeordnet ist, tatsächlich der anderen entspricht - da war was angeordnet und derjenige bekam Fresubin und das konnt mir keiner sagen, ob das wirklich das Gleiche ist, weil da gibt's ja auch große Unterschiede. Und das ist schon was, was ich mir quasi stehlen muss von meiner Arbeitszeit, weil das ist net vorgesehen.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Die Krankenschwester EWRE hält eine gute Ausbildung im medizinischen Bereich für eine wichtige Grundlage im Sinne von guter Pflege als Problemlösungsprozess. Sie empfindet in dieser Hinsicht die Ausbildung zur Altenpflegefachkraft als lückenhaft:

EWRE 36 + 39: *„Wobei ich nie bereut hab sondern, dass ich das heut immer noch als absoluten Vorteil sehe, dass ich so 'ne Arzt orientierte Ausbildung hatte. Es hilft nämlich überhaupt nix, wenn man gute Pflege kann, und man kennt sich mit Krankheitsbildern überhaupt nicht aus. […..] Aber dazu muss ich halt dieses Wissen haben.*
Und wenn man das Wissen nicht hat, dann kann man halt in der Pflege noch so gut sein - man kann manches nicht lösen, wenn man nicht weiß, was eigentlich dahinter ist. Und wenn ich nicht die richtigen Hinweise an Ärzte weiter geben kann, dann nutzt mir manchmal auch die beste Pflege nicht.
Es ist mir sehr wichtig, halt auch die medizinische Seite an unserem Beruf immer wieder hoch zu halten.
Und - ich denk - da da hapert es manchmal in der Altenpflege, dass die Schüler überhaupt nicht in der Lage sind, genügend Krankheitsbilder zu sehen und dass die, die ausbilden, auch nicht dazu in der Lage sind, manchmal wirklich die richtigen Hinweise zu geben, dass das jetzt genau da klemmt und da die Sache ist.“

Auf die Frage, was gut war an ihrer Ausbildung, antwortet ODTA:

ODTA: *„… dass man 'n bisschen mehr Wissen hat, ne, dieses Gefühl mit den Leuten hab ich schon vorher gehabt, aber das Wissen überhaupt, ne, das medizinische und das ganze Wissen, wo man da beigebracht kriegt, ne. Das hat mir viel geholfen, ja. Trotzdem, dass ich vorher schon viel neugierig war und viel schon gelesen und geguckt hab über ältere Leute, aber das hat mir viel geholfen.“*

Schlussfolgernde These:

Es wird von den Pflegefachkräften gesehen, dass altenpflegerische Arbeit ihren Schwerpunkt nicht im medizinischen Bereich hat. Dennoch empfinden Altenpflegefachkräfte es als Mangel, wenn in der Ausbildung zu wenig medizinisches Grundwissen vermittelt wird. Sie werten medizinisches Grundwissen als Hilfe und Grundlage, bei pflegebedürftigen Menschen Problemsituationen besser einschätzen zu können.

6.3.3 Theoretisch fundiertes pflegerisches Wissen erleichtert das tägliche pflegerische Handeln

Die Unterkategorie bezieht sich auf den Wert theoretischen Pflegewissens in Pflegeausbildungen für die pflegerische Tätigkeit in der Praxis.

(Grafik Nr.32 / Ensink 2014)

Beide Gruppen sprechen in den Interviews die Kategorie an, wobei in der Gruppe der Teilnehmer mit negativer Einstellung zu ihrem Beruf diese Kategorie von mehr Teilnehmern thematisiert wird.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MKTS bezieht sich auf den Einsatz der sogenannten 87b-Kräfte. Er ist der Meinung, dass zur Rehabilitation und Beschäftigung eine qualifizierte Ausbildung notwendig ist und bedauert die Entwicklung, dass Beschäftigung und Aktivierung zunehmend nur noch von Hilfskräften übernommen wird.

MKTS 48: „*Und dann einfach um jemand reinzusetzen, mach du mal Aktivierung hier - es ist immer die Frage, ob das funktioniert. Ich weiß es nicht. Es gibt sicher Leute, die sich dann auch mit Herz einbringen, was dann sicher okay ist, wenn sie in's Team passen. Aber ich denk, dass muss man einfach erst seh'n, wie sich's bewährt. Aber ich würde mal sagen, Pflege ist nicht bloß so hoppla, weil sonst braucht keiner mehr 3 Jahre lernen.“*

MAJA beschreibt freudig eine Situation im Pflegealltag, als sie feststellt, dass theoretisch erworbenes Pflegefachwissen in der praktischen Umsetzung zu Problemlösung und Erfolg führen:

MAJA 12: „*,,, Ja, mir fällt mir 'ne Situation ein in der Ausbildung. Also ich hab mich 'n bisschen auch mit Validation beschäftigt gehabt, wir haben das angeschnitten in der Ausbildung und ich war im Spätdienst abends. Und ich hab 'ne Bewohnerin versorgt, die war 'ne ehemalige Krankenschwester von Beruf und ich hab sie in's Bett gebracht und es war alles okay, ich mach die Tür zu. Nach 5 Minuten klingelte sie und ich kam rein, okay, was is los? ‚Ja, ich bin total aufgeregt, ich weiß überhaupt nicht; ob jetzt morgen jemand kommt, weil ich soll ja den Patienten im OP helfen und aber ich brauch ja selber Hilfe morgens, - ich weiß jetzt überhaupt nicht, ich kann jetzt gar nicht schlafen´. Und dann hab ich gesagt, ok, Sie wissen ja, es ist Abend, ich bin der Spätdienst, dann kommt der Nachtdienst - ich konnte praktisch dann ihren Beruf anwenden. Sie hat mich dann verstanden, dass dann Übergabe ist und ich hab zu ihr gesagt: ‚Wissen Sie, ich kann im Moment Ihnen eigentlich nur versprechen oder sagen, dass ich das dem Nachtdienst weiter geb, dass der bitte dem Frühdienst Bescheid sagt, dass dann morgens jemand kommt und Ihnen hilft´ …. Ja, - sie hat die ganze Nacht geschlafen, die hat nicht mehr geklingelt und dann hab ich gedacht, ja und das ist Validation. Das war total toll.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Für NMYA liegt der Unterschied von professionellem pflegerischem Handeln zu Laienpflege in theoretisch begründetem Handeln

NMYA 25: *„[…..] Pflege (lacht), das ist eine gute Mischung aus - ja - pflegerischen Tätigkeiten und ... - und Einfühlsamkeit... .... Und auch ein gewisses - also ein Wissen. Das heißt, man muss nicht nur so handeln, wie ein Laie handelt, man muss wissen, warum man so handelt und die Zusammenhänge verstehen.“*

AJKA erzählt, dass sie in ihrer Ausbildung Pflegefachwissen erlangt habe, auf das sie immer noch zurückgreifen und es anwenden könne:

AJKA 58: *„Ich muss sagen, ich hab schon lang die Ausbildung. Und wenn ich die Ausbildung jetzt .... bin ich stolz, ich hab eine sehr gute Ausbildung gehabt. Meine Schulschwester, früher hat es ja noch Schulschwester geheißen, […] - die hat uns gedrillt, die hat uns Sachen beigebracht, ja, die heute noch sitzen und die ich heute noch weiß, ne.“*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte legen großen Wert auf eine intensive theoretisch fundierte Ausbildung. Besonders Altenpflegefachkräfte betonen die Wichtigkeit von theoretischem Wissen für den Bereich der Beschäftigung und Rehabilitation und die Kommunikation mit den Bewohnern in Pflegeeinrichtungen und sehen die Übernahme dieser Tätigkeiten durch Hilfskräfte eher kritisch.

6.3.4 Mangelhafte Unterstützung der Altenpflegeschüler/innen in der theoretischen und / oder praktischen Ausbildung

Die Unterkategorie beschreibt Situationen der Missachtung der Rechte der Auszubildenden in der theoretischen und / oder praktischen Ausbildung, obwohl dies den Zielen der Ausbildung entgegensteht.

(Grafik Nr.33 / Ensink 2014)

In beiden Gruppen wird von den Teilnehmern die mangelhafte Unterstützung von Auszubildenden angesprochen. Es zeigt sich aber, dass diese Thematik in der Gruppe mit negativer Sichtweise häufiger zur Sprache kommt. Gleichzeitig zeigt sich, dass in beiden Gruppen positive und negative Erfahrung mit der Ausbildungssituation zu Tage treten.

BJJH hat nach einigen Jahren als Altenpflegerin in der stationären Altenpflege den Wechsel in ein Studium vollzogen, weil sie ihren Beruf immer negativer sieht. Sie möchte später jedoch in der Altenpflege unterrichten. Auf diesen Widerspruch hingewiesen, antwortet sie:

> ***I: „****Nun weiß ich ja, dass Sie Pflegelehrerin werden wollen (beide lachen).“*
> ***BJJH 77 - 83****: „Na ja - ja. [……]“*
> ***I: „****Ist das nicht ein Widerspruch?“*
> ***BJJH****:“.... Ich hoff' eigentlich nicht, nein. Ich sehe das eigentlich so, - also vielleicht sollte man zurückgehen zu dem Aspekt, wie ich meine Ausbildung gemacht hab und wie ich die genossen hab. Das war, mit einem Wort, wie's - darf ich das sagen?* ***….*** *Scheiße! ... weil, für mich war das die größte Katastrophe, wenn ich mir das so im Nachhinein…...“ [……]*
> ***I:*** *„In der Theorie oder in der Praxis?“*
> ***BJJH****: „Nee, in der Praxis. Es war mir eben auch nicht bewusst, dass ich mir hätte da von der Schule Unterstützung nehmen können. Also ich wurde während meiner Ausbildung gemobbt, das war eigentlich alles dabei, […….]. Ich bin direkt nach der Ausbildung weg.“*

HVHA wird im ersten Ausbildungsjahr ohne examinierte Pflegefachkraft alleine auf einem Wohnbereich zum Spätdienst eingeteilt und versucht sich im Gegensatz zu BJJH Unterstützung durch die Schule zu holen:

I: *„Und haben Sie den Lehrern das erzählt?“*
HVHA 11*: „Ja.“*
I: *„Und was haben die Lehrer gemacht?“*
HVHA 12: *Nichts.. (lacht) wie immer. Zum Beispiel war eine Situation, die fand ich ganz extrem [……], da war ich im Spätdienst alleine und die Pflegedienstleitung war zu dem Zeitpunkt noch nicht da. Und ich sollte bis zu 'nem gewissen Zeitpunkt - ich weiß nicht - 2 Stunden oder so war ich dann immer allein, und das im 1. Lehrjahr.*

KAGI beklagt die schadenden Ausbildungsbedingungen. Die Auszubildenden seien häufig sehr angepasst. Auf die Frage, wie sie sich dies erkläre, antwortet die Teilnehmerin:

KAGI 37 + 38: *„Wie das kommt? - Hm - ja, gut also ich hab mich da auch rausgezogen aus der Schüleranleitung, ich möcht das auch nicht machen, - wurde mir dann auch irgendwann gar nimmer angetragen -, weil ich denk, ich bin 'n Typ der sagt, ihr seid Schüler, ihr habt auch Rechte, ihr habt nicht nur Pflichten. Die - die eben sagt, also ihr müsst euch nicht alles gefallen lassen, euch kann man nicht wegen der Noten unter Druck setzen, des, was ihr macht, macht ihr gut oder schlecht, egal ob ihr ja oder nein sagt. Und das spricht sich natürlich dann auch rum. [……] Für mich gehört zur guten Pflegefachkraft nicht nur, dass jemand gute Pflegetechnik beherrscht, sondern eben auch dass er hin stehen kann und sagen kann, das ist richtig, das ist falsch, dass er nachdenken - sich in Frage stellen kann, dass die Arbeitswelt in Fragen stelle kann, wo er sich gerade befindet (atmet hörbar ein) – [……] ja, manchmal hab ich das Gefühl, das ist gar nicht so gewollt, also die (atmet hörbar ein) jenigen, die möglichst angepasst sind, systemimmanent arbeiten, die schaffen jetzt 'ne Karriere zu starten. Und das find ich eigentlich traurig, weil im Grunde würden die andern das weiter bringen, würden das Ganze in Gang*

bringen, aber es ist jetzt so, - ja,“

Diesen Standpunkt bestätigt HRUH und fügt noch weitere Faktoren an, die seiner Meinung nach einen großen Einfluss auf den Berufsverbleib und die Berufsmotivation zukünftiger Altenpflegefachkräfte haben:

HRUH 36 bis 44: *„Ja, also - zutage, hab ich jetzt die Erfahrung gemacht, [……] dass viele Schüler nach ihrer Ausbildung, wenn sie's Staatsexamen haben, das Weite suchen. Die also in der stationären Pflege nichts mehr zu tun haben wollen, weil - 1. Punkt ist, sie werden schon in gewissen Häusern massiv ausgenutzt, als billige Arbeitskräfte werden die gesehen, sie haben sich einer Hierarchie unterzuordnen, sie sind Schüler und sie haben keine eigene Meinung zu haben, sondern sie haben das zu tun, was man ihnen sagt, werden also wirklich in den 3 Jahren, wo sie die Ausbildung machen, bitterbös verschlissen, müssen Stunden kloppen teilweise, werden aus ihren Freizeiten geholt, dann ist immer ein so genanntes Muster hinter, ja. Wir als Mentoren können uns zwar zur Wehr setzen, aber haben leider in dem Punkt wenig Lobby, weil - das ist leider die Erfahrung, die ich gemacht hab - die Schule steht nicht hinter den Mentoren. Wir machen die Ausbildung bei denen, ja, in den Schulen, aber die - wie sagt man so schön - eine Krähe hackt der anderen nicht das Auge aus, das heißt also quasi, die sind leider von Häusern abhängig, es geht um das Geld und da wird immer so abgewogen, ja. […….] - in dem letzten Haus hab ich meine Erfahrung gemacht, dass die Schüler überhaupt nix zählen. Wenn Sie da nicht selbst engagiert sind, werden die also wirklich geschliffen, wo's nur geht und die dann einfach keinen Bock mehr haben. Die sagen dann einfach, nein, ich will nicht mehr, ich hör auf. Sie kriegen ihren Beruf eigentlich sehr mies gemacht.*
Ja, die Motivation wird denen ja genommen, im Endeffekt. In der Ausbildung schon, ..ja. Und das ist halt, wiederum auch von der Schulleitung her, von den Dozenten her, dass die Schüler wenig Unterstützung haben. Wenn die ihre Probleme erzählen […….] und wenn Sie da mit einem Dozent selbst sich mal unterhalten als Mentor, hach es ist schwierig.

I: *Worauf führen Sie das zurück, dass die Dozenten dann so den Rückwärtsgang rein machen?*

HRUH: *- von der Schulleitung her, von der Obrigkeit, die Schulleitung selbst sorgt schon dafür. Die dann sagen, nein wir können uns da nicht reinhängen, das ist hausintern und damit haben wir nichts zu tun. Ich hab das oft zu hören bekommen, von der Schulleitung selbst. Wir hängen uns in diese Probleme der einzelnen Häuser nicht rein.*

I: *Was würde passieren, wenn die sich doch reinhängen würden?*

HRUH: *Dann würde es so sein, dass dann der Kooperationsvertrag mit den Häusern gekündigt wird. [……], die sind abhängig, die sind teilweise schon abhängig von den Häusern. Weil da kommt das Geld her. [……] man könnte bestimmt was ändern - nur momentan seh ich darin kein ... also nix Positives. Weil erst mal auch die Schulen selbst, die die Schüler ausbilden, mal 'ne andere Einstellung kriegen müssen, mehr Mut haben müssen, gegen gewisse Häuser vorzugehen, gegen Leitungen vorzugehen, indem sie knallhart sagen,* ***so*** *und nicht anders, das sind Schüler, .. die haben ihren Status. Die arbeiten nur dann und dann und wenn ich sage, Freunde, vor einem Schulblock haben sie frei zu bekommen, haben sie frei zu bekommen und dann haben Sie sie nicht in den Dienst zu setzen. Sollte das noch mal vorkommen, verzichten wir auf einen Ausbildungsplatz bei ihnen. Wir schicken keine Schüler mehr. Das müsste passieren und das passiert aber nicht. [……] und ich hab die Erfahrung leider so gemacht bis jetzt. Nur negativ, keine positiven Erfahrungen. Was traurig ist - sie bilden uns aus als Mentoren, die sagen uns in der Mentorenausbildung, habt ihr Probleme, kommt zu uns. Haben wir 'n Problem, kommen wir zu den Dozenten, oder kommen wir zur Schulleitung, .. (atmet tief ein)...:,Wir hängen uns da nicht rein, seht zu, wie ihr klar damit kommt´. [……] Also da muss schon noch einiges passieren. [……] Ich hab meine Erfahrungen gemacht, glauben Sie mir das. Die Reaktion - den Schülern wird über den Mund gefahren, wenn se einen Verbesserungsvorschlag haben, wird denen über den Mund gefahren. Jetzt nicht, uninteressant. .. Hab ich erlebt, live erleb ich das momentan - und das ist schwierig. Und dann dürfen Sie sich nicht wundern, wenn dann die Schüler irgendwann anfangen, Frust zu*

bekommen. Oder sagen, vielleicht die Einstellung kriegen, für was mach ich denn eigentlich die Ausbildung, für was? Ich hab das und das mir vorgestellt, das ist ja alles gar nicht so. Und dann wundern sie sich, wenn sie sagen, Gott sei Dank bin ich aus dem Haus, ich hab mein Examen, - vergessen - fort fort fort fort! Und Sie möchten sie gern behalten, weil sie gut ist, aber die ist bedient von den 3 Jahren. Ich hab - meine Schüler hab ich alle verloren dadurch, sind alle wieder zurück in den Osten, sind auf Sozialstationen gegangen oder sind ganz ausgestiegen und haben was anderes gemacht, ja. Als sie gesagt haben, mir steht's hier oben. Und da sollten sich gewisse Leute mal Gedanken machen, auch Politiker, [……]“

MAJA meint, dass die Tätigkeit des Praxisanleiters in der praktischen Ausbildung nicht honoriert wird und dies auf die praktische Ausbildung negative Auswirkungen habe:

MAJA 22: *[…..] „Und da ist natürlich auch ein Punkt. Die Mentoren, die kriegen kein Geld mehr, die kriegen nur eine Belastung mehr und dann ist natürlich klar, dass viele damit umgehen und sagen, ja die Schülerin ist nur eine Last für mich. Ich bin total überfordert in meinem Job und dass ich so viel Verantwortung hab, jetzt hab ich noch eine Verantwortung für eine Schülerin, [……] aber es wird auch nicht honoriert..“*

Auch in der Gruppe der Teilnehmer mit positiver Einstellung im Beruf gibt es kritische Äußerungen zur Ausbildung des Altenpflegefachkraft-nachwuchses. Die Teilnehmerin SLMA beschreibt den Theorie-Praxis-Konflikt während der Ausbildung als eine Ursache von Demotivation, der zur Aufgabe führen kann. Sie beschreibt aber gleichzeitig, dass einzelne Personen in der Lage sein können, motivierend auf Auszubildende einzuwirken:

SLMA 4: *„Also, da lernt man was anderes in der Schule und man will's ja auch optimal machen, man will ja perfekt sein, ja. Man will ja seine Arbeit gut machen und das hat mich ziemlich runter gerissen. Und da hatte ich eigentlich auch keine große Lust mehr. Also wie gesagt, die Pflegedienstleitung damals, die hat mich dann immer mitgezogen ….“*

Daneben gibt es positive Beispiele die zeigen, dass ein gute Zusammenarbeit zwischen Schule und Ausbildungseinrichtung auch unter schwierigsten Voraussetzungen zu einem positiven Abschluss führen können:

> ***LHME 4 + 5*** *„[….] und dann wollt ich Altenpflegerin lernen, bin dann schwanger geworden und die HK-Schule hat mich dann unterstützt, dass ich trotzdem meine Ausbildung machen kann.*
> ***I****: Das heißt, Sie haben eine Altenpflegeschule gefunden, die Sie trotz Schwangerschaft in die Ausbildung aufgenommen haben?*
> ***LHME:*** *ja.*
> ***I****: Sie hatten auch ein Heim, die das mit gemacht haben?*
> ***LHME:*** *genau, ja, .. Und dann hab ich erst die 1-jährige Prüfung gemacht, weil wir gesagt haben, sollte was mit dem Kind sein, habe ich die 1-jährige, und dann hab ich weiter gemacht bis zum Schluss - 3 Jahre.“*

Schlussfolgernde These:
Viele Auszubildende in der Altenpflege werden bereits in der Ausbildung in einem Theorie-Praxis-Konflikt aufgerieben. Die Ursachen sind vielfältig. Die bundesweite Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gibt durch unklare Formulierungen den Einrichtungen die Möglichkeit, Auszubildende als Arbeitskräfte über das vorgegebene Maß hinaus einzusetzen. Die Altenpflegeschulen sehen sich in einer Trägerabhängigkeit und greifen zu wenig in die praktische Ausbildung ein. Ebenso werden Schüler nicht in regelmäßig über ihre Rechte informiert und es wird ihnen nicht vermittelt, dass sie sich in Konfliktsituationen an die Schulen wenden können. Praxisanleiter haben keine klare Position in einrichtungsinternen Organigrammen und sind zum größten Teil nicht frei gestellt. Es gibt keine externe Kontrollinstanz, an die sich Auszubildende oder Praxisanleiter bei Verstößen gegen das Ausbildungsziel wenden könnten. Schüler werden deshalb oft bedarfsgerecht in den Ausbildungseinrichtungen eingesetzt ohne dass Rücksicht auf deren Status genommen wird. Es entstehen daraus keine Konsequenzen für die Ausbildungsträger. Viele Schüler verlieren deshalb

bereits während der Ausbildung die Motivation zum Altenpflegeberuf. Einzelnen Altenpflegeschulen gelingt aber dennoch eine gute Kooperation mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen, so dass Ausbildung sogar unter schwierigen Bedingungen gelingen kann.

6.3.5 Engagierte Praxisanleitung hilft zukünftigen Pflegekräften Selbstvertrauen zu entwickeln

Die Unterkategorie beschreibt die Auswirkung engagierter Praxisanleitung auf das spätere berufliche Selbstvertrauen. Gleichzeitig berichtet sie bei Fehlen engagierter Praxisanleitung von der gegenteilige Wirkung

(Grafik Nr.34 / Ensink 2014)

In beiden Teilnehmergruppen wird Praxisanleitung als wichtige Grundlage für die berufliche Tätigkeit betrachtet, die zu Selbstständigkeit und beruflichem Selbstbewusstsein führt. Die Aussagen der Teilnehmer mit negativer Einstellung zum Beruf sind aber auch hier wieder deutlich häufiger. Die Aussagen beider Gruppen stellen dabei auch immer wieder klar, dass sie glauben, dies sei gar nicht gewollt. So meint KAGI:

> ***KAGI 38:*** *[……] „Für mich gehört zur guten Pflegefachkraft nicht nur, dass jemand gute Pflegetechnik beherrscht, sondern eben auch dass er hin stehen kann und sagen kann, das ist richtig, das ist falsch, dass er denken kann, dass er nachdenken - sich in Frage stellen kann, dass die Arbeitswelt in Fragen stelle kann, wo er sich gerade befindet (atmet hörbar ein) - ja, also für mich gehört 'ne Persönlichkeit dazu und ja, manchmal hab ich das Gefühl, das ist gar nicht so gewollt, also (atmet hörbar ein)*

diejenigen, die möglichst angepasst sind, systemimmanent arbeiten, die schaffen jetzt 'ne Karriere zu starten. Und das find ich eigentlich traurig, weil im Grunde würden die andern das weiter bringen, würden das Ganze in Gang bringen, aber es ist jetzt so, - ja.“

IAIS beschreibt die theoretische Ausbildung als praxis- und realitätsfern, da in der Schule idealisierte Pflege für idealisierte Rahmenbedingungen unterrichtet würde. Dies lasse sich auch aus Zeitmangel in der Praxis nicht umsetzen. Theoretische Ausbildung müsse sich mehr an der praktischen Realität orientieren:

IAIS 87 - 90: *„[……] - ist es halt so, dass, grad wenn Schüler kommen, so die Theorie und Praxis klafft ja manchmal schon ein bisschen auseinander. [……] weil das was gezeigt wird in der Schule, lässt sich manchmal mit der Realität halt nicht vereinbaren Und da sollten sie sich bewusst sein, dass das eben so ist, wie's ist. [……] Des ist ja realitätsfremd. Ich mein', selbst in den Altenpflegeschulen müsste ja auch mal dann schon der Zeitkorridor bekannt sein. Und wenn ich dann überleg' ich muss mit den Schülern ja auch üben und da sollen sie sich ja dann auch Zeit lassen, ja und die Zeit hab' ich ja eigentlich nicht.“*

Dem widerspricht EWRE. Sie ist der Ansicht, dass engagierte Praxisanleitung im Sinne einer theoriegeleiteten Pflege immer möglich ist:

EWRE 48: *„[……] - es gibt auch öfter Diskussionen mit Schülern, die sagen, das ist schön, dass ich das in der Theorie alles lern, aber in der Praxis lässt sich das ja alles überhaupt nicht umsetzen. Wir haben gestern das und das und das gelernt, und das gehört alles eigentlich gemacht, aber ich hab dazu überhaupt keine Zeit. Und dann muss ich immer sagen, halt stopp, so kann ich das überhaupt nicht sehen. Natürlich haben wir Zeit dazu, aber vielleicht nicht heute für alles. Aber für eine Sache hab ich heute Zeit... Was wollen wir... auf welches Thema wollen wir heut gehen, was ihr gestern gelernt habt? Dann gehen wir auf ein Thema und dann machen wir genau ein Thema heute. Und dann gucken wir mal, das wir*

das Thema bei dem Bewohner durchziehen und beim nächsten und beim nächsten und beim nächsten. Und dann haben wir schon was ganz Tolles geleistet.“

ADUE freut sich noch nach vielen Jahren über die gute praktische Ausbildung, die sie genießen durfte:

ADUE 71: *„[……] - also ich bin immer noch dankbar für die Ausbildungsstelle in dieser Modelleinrichtung in Landau, weil ich da einfach viel lernen durfte.“*

Schlussfolgernde These:
Praktische Ausbildung bedeutet für viele Auszubildende häufig die Konfrontation mit dem Theorie-Praxis-Konflikt. Gelingt jedoch Praxisanleitung im Sinne einer theoriegeleiteten Pflege, so motiviert dies die zukünftigen Pflegekräfte für die Tätigkeit der Altenpflegefachkraft für lange Zeit.

6.4 Bedeutung des Berufs heute

Während der Interviews betrachteten die Teilnehmer die heutige Bedeutung ihres Berufs immer wieder vergleichend mit der Bedeutung des Berufs zur Zeit ihrer Ausbildung.

(Grafik Nr.35 / Ensink 2014)

Sie schilderten teilweise sehr unterschiedliche Standpunkte. Beide Gruppen beschrieben jedoch wiederholt ihre hohe Identifikation mit dem Pflegeberuf. Die Einschätzung von hoffnungslosen Situationen und Empfindungen im Pflegeberuf im Verhältnis zur Darstellung von Arbeitssituationen, die mit

positiven Grundeinstellungen zum Beruf verbunden sind, gehen in den beiden Teilnehmergruppen in ihrer Häufigkeit sehr weit auseinander.

6.4.1 Identifikation mit dem Pflegeberuf

Die Unterkategorie beschreibt die bewusste oder unbewusste Akzeptanz oder Ablehnung der eigenen Rolle als Pflegefachkraft im derzeitigen Berufsfeld.

(Grafik Nr.36 / Ensink 2014)

In den Säulendiagrammen ist zu erkennen, dass sich lediglich vier Teilnehmer während der Interviews zur Identifikation mit dem Pflegeberuf gar nicht geäußert haben. Vielen ist dieser Aspekt so wichtig, dass sie mehrfach darauf zurückkommen. Gelegentlich bedeutet die Thematisierung allerdings nicht, dass die Teilnehmer sich gerne mit der Altenpflege identifizieren, sondern die Tatsache, Altenpflegefachkraft zu sein, eher gering zu schätzen.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

EESA erklärt, in einer privaten Umbruchsituation mit der Altenpflegeausbildung begonnen zu haben, weil sich dies angeboten habe. Sie zeigt auf, dass sie sich als Altenpflegerin der Gesundheit- und Krankenpflege unterlegen fühle:

> ***EESA 3 +31+32: „[……] Und dann kam unsere Scheidung und dann kam das Angebot vom Arbeitsamt, dass man berufsbegleitend Altenpflege machen kann. Und da ich das gut vereinbaren konnte mit Kindern - da hab ich das angefangen. Das ging 3 Jahre.***

Und ich merk einen sehr großen Unterschied zwischen Krankenschwestern .. und Altenpflegern. Obwohl ich selber so jemand bin. Aber ich war ja nie in der Altenpflege großartig bis auf das Jahr. Ich war ja .. in einer Klinik. [……] , aber da gab's nur Krankenschwestern. Ich war die einzige Altenpflegerin.“

LHME identifiziert sich nach wie vor stark mit ihrem Beruf als Altenpflegerin:

LHME 15 + 16: „*Nee. Also ich bin schon ein Workaholiker, also das geb ich zu. Also mich macht die Pflege nicht kaputt - mit der Arbeit. Das was mich kaputt macht, ist das Drumrum [……] Aber - die alte Leute nie.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

EWRE beschreibt die Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen als abwechslungsreich und als einen Beruf, der auch viel gebe:

EWRE 17 + 18: *„Was er bedeutet? Also für mich ist er ganz wichtig. Ich kann mir mein Leben ohne meinen Beruf überhaupt nicht vorstellen, also das ist so. Ich hab den abwechslungsreichsten Beruf, den man sich vorstellen kann. Ich hab einen Beruf, der nicht nur nimmt, sondern auch sehr viel gibt, also das ist so ein Ausgleich, das ist so eine Waage.“*

NMYA ist der Ansicht, dass die bewusste Entscheidung auch für die belastenden Aspekte des Berufs notwendig sei:

NMYA 41:*. „..... Also man muss den Beruf lieben, also man muss gern in dem Beruf sein, man muss auch von Anfang an wissen, dass es kein leichter Beruf ist. Ein Beruf, wo man nur jedes 2. Wochenende zu Hause ist und nicht jedes Wochenende, wie in einem anderen Beruf, dass man vielleicht mal am Weihnachten und einmal am Silvester schaffen muss. Also es muss schon jedem, der mit dem Beruf zu tun haben will, im Vorfeld klar sein, dass es kein leichter Beruf ist.“*

ADUE bezeichnet ihren Beruf als ihren Lebenssinn, was ihr ermögliche, sich gut auf ihren Beruf mit den Konsequenzen einzulassen. Eine dieser Konsequenzen sei eben auch die Gefahr, mit dieser Einstellung persönlich Schaden zu nehmen:

> ***ADUE 64 - 69:*** *„[……] Ich denk, ich hab's auf der einen Seite leicht, weil ich mir den Sinn auch noch in die Arbeit gepackt hab, nur wenn's schief geht, hab ich auch viel zu verlieren. Ja gut, es gibt Leute, die machen ihre Arbeit und suchen den Sinn des Lebens dann noch woanders, ja. Das hab ich auf eine Adresse gepackt.“*
> ***I:*** *„Das heißt, der Sinn des Lebens ist Ihre Arbeit?“*
> ***ADUE:*** *„Ja, ich denk schon auch aus einer Perfektion raus. Also wenn ich was mach, dann mach ich's richtig und - und will's halt so gut wie's geht machen.“*
> ***I:*** *„Ja gut, aber das könnten Sie auf einer Bank auch, machen Sie aber nicht.“*
> ***ADUE:*** *„Nee, das mach ich nicht. Weil ich da den Sinn nicht seh.“*
> ***I: „****Gibt's irgendwas, was Sie dazu geführt hat, dass Sie den Sinn jetzt ausgerechnet in dieser Arbeit sehen?“*
> ***ADUE:*** *„Nee, ich glaub, das liegt in meiner Persönlichkeit, das war jetzt nix irgendwie weit Hergeholtes oder philosophisch irgendwie schwer Nachgedachtes. Das war einfach so. Ich hab in der ersten Arbeit - in der ersten Ausbildung gesehen, ok, ich kann damit Geld verdienen, ich verbring die meiste Zeit meines Lebens auf Arbeit, egal jetzt auf welcher Arbeit, und ... ja. Wenn ich jetzt was find, was richtig Spaß macht und was mir irgendwie auch noch einen Sinn erfüllt, dann hab ich's eigentlich optimal gemacht.... [……] Ja, so war das.“*

Auf die Frage nach der Bedeutung des Berufs für ihn, stellt GEDF einen Bezug zu seinem Theologiestudium her und antwortet:

> ***GEDF 13 +14 + 16:*** *„[……] dass es Sinn hat für mich, ne, - ja dass es meine Aufgabe ist. Ja, ich fühl mich an der richtigen Stelle, so. [……] ich hab sehr sehr viel im Studium gerackert und gearbeitet und gemacht und*

da denk ich auf der einen Seite mal, kannst du das jetzt, was du dort alles gelernt hast und was du dir erarbeitet hast, hier auch umsetzen. Oder kannst bissel was mehr draus machen, ne, so. Und auf der andern Seite eben das Gefühl, ich bin da am richtigen Platz, ne. [….]“

Schlussfolgernde These:
Eine positive Identifikation mit der altenpflegerischen Tätigkeit ist sehr stark von der bewussten Entscheidung für dieses Berufsfeld abhängig. Dabei scheint es weniger wichtig zu sein, ob die Pflegefachkraft zunächst eine Krankenpflege- oder Altenpflegeausbildung absolviert hat, sondern mehr die ausdrückliche Entscheidung für die dauerhafte Arbeit in der Altenpflege bei gleichzeitig klarem Blick für die Nachteile und emotionalen Risiken, die das Berufsfeld beinhalten kann.

6.4.2 Positive Grundeinstellung versus Hoffnungslose Grundeinstellung

Im folgenden Abschnitt werden zwei Unterkategorien gegenübergestellt, die einen konträren Blickwinkel aufzeigen. Die Unterkategorie „Positive Grundeinstellung“ beschreibt den grundsätzlich positiven Blick auch auf schwierige Situationen im Gegensatz zu „Hoffnungslose Grundeinstellung“, die den grundsätzlich hoffnungslosen Blick auf die Situationen der Altenpflege aufzeigt.

(Grafik Nr.37 / Ensink 2014)

Die Säulendiagramme zeigen sehr deutlich, wie häufig die Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung von hoffnungslosen Situationen und Empfindungen berichten. Diese überwiegen offensichtlich im Vergleich zu Situationen, welche die Teilnehmer positiv betrachten können. In späteren Abschnitten wird beschrieben werden, dass es hier Kopplungen mit anderen Unterkategorien gibt, die zeigen, dass die Ausgangssituation der beiden Gruppen unterschiedlich ist.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

MKTS berichtet von dem Umstand, dass unruhige Pflegebedürftige in der Altenpflege zunehmend mit Psychopharmaka ruhig gestellt würden, um den Pflegepersonalmangel zu kompensieren:

> ***I:*** *„Was löst das in Ihnen für Gefühle aus, diese Situation?“*
> ***MKTS 9 + 17:*** *„Sehr unterschiedlich. Irgendwo schon gewisse Ohnmacht natürlich, weil man kann das System ja im Endeffekt nicht ändern, außer man bringt sich eben selber mehr ein, aber das Selber-mehr-einbringen geht einem natürlich auch irgendwo an die Substanz, ne - ganz klar. […….] Aber der Rest interessiert niemand. […….] es gibt kein Bogen für Menschlichkeit.... […….] Weil für diese Menschlichkeit gibt' nix.“*

UHHE beschreibt ihre Enttäuschung, keine Rückendeckung von Kollegen erhalten zu haben, bei dem Versuch mit der Leitungsperson über Verbesserungen in ihrem Arbeitsbereich zu reden:

> ***UHHE 38:*** *„[……] Und wie gesagt, ich hab dann auch manchmal im Großen das vertreten, und die ganzen Nörgler, die sind mir dann alle wieder hinten in den Rücken gefallen. Also ich vertrete nur noch mich selber, ich mach da nichts mehr mit Team, was zwar schade ist, aber in der Pflege, wenn die sich nicht formieren, dann kann man auch nichts machen.“*

HBNE beschreibt ihre Wut und Hilflosigkeit:

HBNE 13 + 14: *„Ja.. ja.. und auch irgendwie wütend, - weil ich jetzt nicht so weiß, wie ich damit umgehen soll oder wie sich was verändern kann. Also ich sehe einfach nicht, dass ich das irgendwie verändert oder wie man das verändern könnte. Ja. .... ich weiß nicht, ob man's verändern könnte. Ich weiß nicht, was ich anders machen könnte, damit sich was verändert. Sagen wir mal so. Ja....“*

HVHA meint, sie sei fassungslos über ihre Demotivation und ihr Gefühl der Hilflosigkeit:

HVHA 59: *„Und das ist das Schlimme, weil ich bin erst, ja, noch keine 2 Jahre examiniert und denk jetzt schon so. Und ich hab gedacht, boah, Rente mit 80 wahrscheinlich noch irgendwann, du musst das jetzt noch so lange bringen, du musst so lange Leistung bringen, wie willst du das schaffen? Und ich hab noch nicht mal Angst, dass ich mir irgendwie einen Nerv einklemme oder einen Bandscheibenvorfall krieg, ich hab einfach nur Angst, dass ich einen Burnout kriege oder 'ne fette Depression und ich nicht mehr aus dem Bett komme. Das ist meine Befürchtung. Weil's einfach zu viel ist und ich seh's auch an den andern“*

Die Krankenschwester IHMA verlässt nach vielen Jahren das Arbeitsfeld der Altenpflege:

IHMA 82: *„Ich hab gekündigt, ja ja – [……] Aber was ist das für'n Zustand, ja. Wie sieht die Zukunft aus der Altenpflege. Das ist doch grausam, das ist doch fürchterlich… [……]. Das wollt' ich eigentlich noch loswerden. Das ist mir noch ein Anliegen, aber ob sich was verändert dadurch - ich weiß es nicht. Ich hab auch 'ne gelbe Karte an die Frau Merkel geschickt, ja. Ich beteilige mich an Aktionen aktiv, dass sich was verändert. Aber ich hab wenig Hoffnung.“*

JRSE äußert Trauer und das Gefühl innerer Kälte

JRSE 21: *„Mich macht das traurig, das tut mir weh. Und das merk ich aber auch, dadurch kommt bei mir manchmal an diesen Punkt diese innere Kälte, dass ich das gar nicht mehr so merke, weil sonst würde es mich kaputt machen.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Auch die Teilnehmer der Gruppe mit positiver Sicht auf ihr Berufsfeld erleben hoffnungslose Momente in ihrem Beruf, können aber im Gegensatz zur anderen Teilnehmergruppe häufiger von positiver Grundeinstellung in der altenpflegerischen Arbeit berichten.
So formuliert EWRE, sie versuche stets das Positive zu sehen:

EWRE 24: *„Also, ich versuche immer, aus dem, was ich gerade erlebe, halt so das Beste zu machen.“*

SLMA schließt sich dem an:

SLMA 70: „*Und wie gesagt, Altenpflege ist ein toller Beruf. Macht Spaß. Und man sollte sich eigentlich den Beruf nicht verderben lassen. Nicht von äußeren Umständen.“*

NMYA bezeichnet sich als grundsätzlich fröhlich und optimistisch und sie könne dies auch gut an andere weitergeben:

NMYA 8: *„Also ich bin durchaus eine Frohnatur, und das kann ich -, ich kann das gut weiter geben, ich kann das an Leute, die's brauchen, die so - ja (lacht) ein bisschen - eine Portion Optimismus brauchen, kann ich gut weiter geben.“*

ODTA meint wiederum, dass ihr ihre Geduld, Selbstwertgefühl und ein bewusst positiver Blick helfe, kritische Situationen zu überstehen:

ODTA 56: *„Und.... man braucht ein gesundes Selbstwertgefühl, dass man*

in diesem Beruf weiter kommt oder weiter bleibt, ja. Und man darf nicht immer alles negativ sehen. Also ich denk immer, es gibt immer einen nächsten Tag und da wird auch alles besser. So hab ich 18 Jahre gedacht, es wird immer besser. Hab immer gewartet. Ja.“

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege erfahren in ihrem Arbeitsfeld Situationen, in denen sie dem Gefühl von Machtlosigkeit ausgeliefert sind. Diese Machtlosigkeit ist häufig verbunden mit Beschreibungen von belastenden Rahmenbedingungen, Verletzungen der Integrität der Pflegefachkraft und negativen Umgangsformen.

6.4.3 Pflege benötigt Altruismus

Nachfolgenden wird die Notwendigkeit einer altruistischen Grundeinstellung beschrieben, die notwendig ist um eine positive Bilanz der beruflichen Pflege ziehen zu können. M. Hunt definiert Altruismus als „*Ein Verhalten zum Vorteil anderer, das mit gewissen eigenen Opfern verbunden ist …“* (Hunt 1992 / 19). Altruistische Menschen sind in der Lage, sich in andere einzufühlen und überzeugt davon, helfen zu müssen, wenn andere der Hilfe bedürfen. (Harbach 1992 / 177f)

(Grafik Nr.38 / Ensink 2014)

In beiden Gruppen wird diese Unterkategorie angesprochen. Es verwundert nicht, dass die Ordensschwester darauf mehrfach zurückkommt, insgesamt ist „*Pflege benötigt Altruismus*“ aber nur für 13 Teilnehmer wichtig.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

UHHE hat das Gefühl, dass es zunehmend mehr Mitarbeiter in der Pflege gibt, denen es an Altruismus mangelt und dies der Pflege insgesamt schadet.

> ***UHHE 31 + 32:*** *„[……] Und dann gibt es viele, die haben einen ganz anderen Arbeitsstil, die machen das als Job, die reißen das runter, die machen das, was auf dem Zettel steht, und keinen Zentimeter mehr, wenn mal irgendwo einer klingelt, dann sagen die, warten Sie, bis die Pflegerin kommt, die für Sie zuständig ist und drehen sich um. So was mach ich halt nicht.“*

MERE äußert, sie bedauere mangelnden Altruismus von manchen Ärzten gegenüber alten Menschen:

> ***MERE 9:*** ***„****Oder was mir psychisch weh tut ist halt, wenn Leute halt einfach keine Chance bekommen, rehabilitiert zu werden. Wenn man dann kämpfen muss um ein Ergotherapie - Rezept […..] und da kam der Arzt und da hat er gesagt:, Na ja, was soll man bei so alten Leuten noch machen´, ja. Und das fand ich dann schlimm …*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Für HAJA ist es wichtig für andere da zu sein

> ***HAJA 11+14+15:*** *„Also, dass man den älteren Menschen, Schwestern hilft, dass man für die da ist, in der Pflege, .. einfach, die habe das ganze Leben gearbeitet, so sollte sie auch im Ruhestand was erleben, na halt das Gute vor allem, dass sie merke, dass jemand da ist für sie. […..]“*
> ***I:*** *„Wenn Sie statt Ordensschwestern andere alte Menschen pflegen würden, wäre das genauso?“*
> ***HAJA:*** *„Ja.“*
> ***I:*** *„Das würden Sie nicht unterscheiden?“*
> ***HAJA:*** *„nein“*

GEDF hält ein zu hohes Maß an Altruismus bei Pflegefachkräften für gefährdend für sie selbst:

> ***GEDF 28 + 32:*** *„Das war 'en Stück weit schon idealistischer, oder wie man das nennen will. Also da hab ich schon eher manche Ziele gehabt, ja, die sich mit der Zeit relativiert haben. [……] Weil ich auch oft Kollegen erlebt hab, die mit sehr hohen Ansprüchen reingegangen sind und die danach dran gescheitert sind, an ihren eigenen Ansprüchen.“*

Schlussfolgernde These:
Ein hohes Maß an Altruismus scheint einige Pflegefachkräfte von sich und anderen zu erwarten. Gleichzeitig ist sich ein Teil der Pflegefachkräfte bewusst, dass ein zu hoher altruistischer Anspruch an sich selbst negative Auswirkungen auf die eigene seelische Gesundheit haben kann.

6.4.4 Pflege hat sich positiv entwickelt

Die Unterkategorie betrachtet die Entwicklungen in der stationären Altenpflege als positiv und verbindet damit die Motivation für die berufliche Tätigkeit

(Grafik Nr.39 / Ensink 2014)

In der Gruppe der Teilnehmer mit positiver Einstellung im Berufsfeld Altenpflege beschreiben 8 Teilnehmer, sie würden positive Entwicklungen erkennen. In der Gruppe mit negativer Sicht gelingt dies nur 2 Teilnehmern.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

Die Krankenschwester IHMA empfindet die Einführung der Hilfskräfte für den Beschäftigungsbereich als positive Entwicklung

IHMA 47 + 48: *„Wir haben jetzt auch § 87 b - Mitarbeiter, wenn dieser betroffene Patient, … Bewohner eben diesen Paragraphen in Anspruch nehmen kann, dass dann eben der Mitarbeiter mitgehen kann, also die Möglichkeit besteht schon, ja. Das aber erst seit kurzem, ja - seitdem es diesen Paragraphen gibt. […….] Also da sind wir auch richtig froh über die Mitarbeiter.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

NMYA empfindet eine rasante Entwicklung der Pflege zum Positiven. Die Entwicklung der Systematisierung und Standards finde sie als gut und hilfreich:

NMYA 26: *„[……] ich finde den Stand, wo die Altenpflege sich befindet, in den Jahren hat sich sehr verändert, also zu dem Zeitpunkt, wo ich noch angefangen habe, das war alles so unsystematisch. Man hat zwar Wissen gehabt und hat gewusst, was man so ungefähr machen kann, aber es gab keine Standards - ich finde, seitdem wir Standards haben, ist es alles viel, viel systematisierter. Ja, ja, auf jeden Fall.“*

SLMA empfindet den Kompetenzzuwachs in der Pflegebasis durch die Systematisierung und Verwissenschaftlichung hilfreich. So sei zum Beispiel die Entstehung der Nationalen Expertenstandards bei häufig auftretenden Problemstellungen der Pflege eine positive Entwicklung:

SLMA 37: *„Ich denk schon. Ich mein - es ist ja alles erarbeitet worden und gerad dieser Schmerz – Expertenstandard, es ist wirklich sinnvoll, es sind gute Instrumente die man auch nutzen sollte...“*

KSJA sagt, dass sich Pflege seit ihrer Ausbildung eklatant entwickelt habe. Pflege sei gegenüber den ihr anvertrauten Menschen sehr dominant

vorgegangen und dies habe sich sehr zum Positiven verändert, weil heute sehr viel mehr auf die persönlichen Bedürfnisse der Menschen Wert gelegt werden würde:

> ***KSJA 57 + 63:*** *„[……] und diese Pflege ich sehe immer noch. [……] Leute waren gezwungen. Essen, essen, essen, trinken und das war keine Beschäftigung, das war kein Gespräch. Das war nur, was hat Schwester gewollt, nicht was hat Bewohner gewollt.“*
> ***I:*** *„Und das hat sich verändert?“*
> ***KSJA:*** *„Natürlich... Und für mich, das war sehr positiv“*

AJKA beschreibt, dass sie die fortschrittliche Entwicklung der Altenpflege motiviere in ihrem Beruf immer weiter zu arbeiten:

> ***AJKA 17:*** *„Also ich hab ja die Altenpflege, kann man sagen - von den Kinderschuhen mitgekriegt - es hat sich sehr viel getan zum Positiven.... [……]Ich hab alles mitgemacht. Ich hab die ganzen Fixierungen mitgemacht, das kenn ich alles, also das hat sich alles sehr - sehr zum Positiven geändert. Und das ist das, was mich auch motiviert. Ja.“*

Schlussfolgernde These:
Die Systematisierung der Altenpflege wird als besonders positiv betrachtet. Vor allem die Einführung der Nationalen Expertenstandards als Grundlage pflegerischen Handelns wird gerne angenommen, weil sie die Wirksamkeit von Pflege unterstützt und beweist.
Bei der Einführung der Hilfskräfte nach §87b im Beschäftigungsbereich wird hingegen konträr gesehen. Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte sehen dies als eher gute Entwicklung, Altenpflegefachkräfte sehen hierin einen Grund, das Berufsfeld Altenpflege zu verlassen (vgl. HBNE)

6.5 Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege waren ein sehr häufiges Thema in den Interviews beider Gruppen.

(Grafik Nr.40 / Ensink 2014)

Neben den Unterkategorien, die sich mit den emotionalen Auswirkungen der aktuellen Rahmenbedingungen beschäftigten, wie z.B. „*Unglücklich durch Rahmenbedingungen*“ oder auch die persönliche Situation des jeweiligen Teilnehmer beschrieben, z.B. „*Persönliche Rahmenbedingungen*“ wurde eine Reihe von Stressoren genannt. Überraschend dabei war, dass Pflegedokumentation nicht immer und von allen Teilnehmer als negativ betrachtet wurde.

6.5.1 Unglücklich durch Rahmenbedingungen

„*Unglücklich durch Rahmenbedingungen*“ beschreibt Pflegende in ihrer Tätigkeit als Opfer der Rahmenbedingungen, in denen sie Pflege leisten. Sie stellt dar, dass durch die Rahmenbedingungen die Freude an der pflegerischen Arbeit zerstört wird.

(Grafik Nr.41 / Ensink 2014)

Auffällig ist der deutliche Unterschied in der Häufigkeit der Nennungen in den beiden Teilnehmergruppen. In der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung zum Berufsfeld stationäre Altenpflege äußern alle Teilnehmer mindestens einmal, dass sie durch die Rahmenbedingungen unglücklich sind.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

AJUE findet, dass die von den einzelnen Pflegekräften zu leistende Arbeit so enorm ist, dass Bewohner und Pflegekräfte darunter leiden:

> ***AJUE 7:*** *„Dass die Arbeit nicht mehr zu schaffen ist, also das sind so immense Pensen, die sind nicht mehr zu schaffen - Punkt. Und es bleiben Menschen auf der Strecke, Personal wie Bewohner. Das ist so.“*

UHHE beschreibt die Auswirkungen auf ihre Psyche, wenn sie auf Grund einer schlechten Personalsituation lange nicht ihr Konzept guter Pflege umsetzen könne. Sie äußert, in diesen Momenten zu überlegen, wie sie den Beruf verlassen könne:

> ***UHHE 23:*** *„Ich versuche das schon auf meine Weise, ja, da sonst, wenn ich das lange nicht kann - manchmal gibt's Strecken, wo ich das lange nicht kann, weil viele Leute krank sind und wir immer aufteilen müssen, da werde ich sehr, sehr unzufrieden und ja dann bin ich auch nicht stressresistent, also da werde ich dann auch anfälliger, also da bin ich*

vielleicht auch nicht mehr ganz so gut gelaunt wie ich jetzt so erscheine, da kann ich das dann schlechter wegstecken und das merk ich überhaupt nicht, so einen Zustand. Also in den Zuständen - wenn ich in solchen Situationen bin - da bin ich dann immer ganz stark am überlegen, wie komm ich da raus, in welche Richtung geh ich, such ich mir gleich was….“

MAJA erklärt, dass sich in ihr Wut aufstaue. Sie empfinde das Pflegestufensystem und die engen Personalschlüssel als Verletzung der Menschenwürde der pflegebedürftigen alten Menschen. Die Situation empfinde sie als unwürdig:

MAJA 15 + 16: *„Ich bin sauer. Ich bin sehr sauer, ich bin – (holt tief Luft) ja - in erster Linie auf den Bewohner, aber ich weiß im Hinterkopf schon, ich bin sauer auf das ganze System. Auf die Leute, die meinen, in ihrem Büro sitzen zu müssen, die überhaupt nicht wissen, wie's in der Pflege aussieht. Die dann Gesetze entscheiden, wie das zu laufen hat und wie viel Personal wir bekommen für soundso viel Leute. Oder die diese Pflegestufen erfunden haben, wobei ich sagen muss, das ist wie 'n Kastensystem - Schublade auf - Bewohner rein, ja (mit lachendem Unterton) - oder wie 'ne Maschine. Bei Pflegestufe III ist sie kaputt, kann man nix mehr machen. Und das find ich - das ist so menschenunwürdig - des find ich nicht in Ordnung.“*

MERE meint, sie löse den Konflikt *Moralischer Integrität* dadurch, dass sie unbezahlt „ehrenamtlich“ über ihre eigentliche Arbeitszeit hinaus weiter arbeite:

MERE 9: „[*……..] ich denke, dieses Riesenthema trifft jeden Tag meinen Alltag und es ist mit dran schuld, warum ich in so einem Dilemma stecke - also ich würd das jetzt nicht plötzlich an die große Politik abgeben, aber ich glaube nicht, dass ich diese Überstunden mache und dass ich auch länger bleib, weil ich irgendwie nicht stoppen kann zu helfen, sondern weil ich einfach diese Diskrepanz zwischen dem, was sein könnte, was gesetzlich gefordert wird, was von theoretischem Wissen her in*

Pflegebüchern etc. steht mit dem, was ich in der Praxis antreffe, dass dieser Spagat mir so groß erscheint, dass ich tatsächlich – […….] Wenn ich in der Pflege bleiben will, dann muss ich im Moment einfach mehr Arbeit leisten, damit ich eine vertretbare Arbeit - das ist keine perfekte Arbeit - aber eine vertretbare Arbeit abliefern kann. Wenn man mir das wegnehmen würde und würde sagen, Frau (Name) Sie arbeiten jetzt nur noch nach Plan, Sie arbeiten von 6.30 Uhr bis 14 Uhr und wenn 14 Uhr ist, dann gehen Sie und wenn Sie das und das nicht gemacht haben, dann isses halt so, dann - glaub ich - könnte ich in dem Beruf nicht mehr arbeiten. […….] dafür muss die Struktur da sein und die ist nicht da.“

HBNE äußert Trauer um ihre Berufsmotivation, weil sie in der geringen, ihr zur Verfügung stehenden Zeit die Bewohner nicht so versorgen könne, wie es mit ihrer moralischen Integrität in Einklang zu bringen sei:

HBNE 4 – 7 + 10 - 13: *[….] und ich sehe , dass mir die Zeit für den Bewohnern, für das, warum ich's eigentlich die Ausbildung gemacht hab, fehlt […….] dass ich auch traurig bin, dass ich die Zeit, die ich eigentlich für die Bewohner nutzen möchte, nicht nutzen kann. […….] Ja das andere kann man schon gleich gar nimmer leisten, also zumindest nicht die Pflege, also das was für mich auch Pflege ausmacht, das wird viel mehr jetzt in diese Alltagsbegleitung mit aufgenommen und über Ehrenamtliche ... Das gibt's schon viel, aber das macht für mich auch die Pflege aus und deswegen hab ich auch den Beruf gemacht.*
[…….] Also ich find das schön für die Bewohner, dass es jemand gibt, der das macht, weil wir das gar nimmer leisten können, aber ich find's schade für den Beruf. .. für die Altenpflege. […]. Man fühlt sich einfach schlecht ... - wie kann ich denn das beschreiben? [….] Ja, traurig macht mich das. Ja.. ja.. und auch irgendwie wütend, - weil ich jetzt nicht so weiß, wie ich damit umgehen soll.“

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

ADUE bestätigt mit ihrer Anmerkung die Aussagen der Teilnehmer mit negativer Sicht. Sie bekundet, bei einem früheren Arbeitgeber ähnliche

Erfahrungen gemacht zu haben. Letztlich habe sie dies zu einem Wechsel des Arbeitsplatzes veranlasst:

> ***ADUE 58:*** *„Ja wenn die Belastung zu hoch ist, auf Dauer zu hoch ist, ja. Und in Mannheim hab ich die Stelle gewechselt, weil die Personalpolitik eine Katastrophe war. Also wenn ich Leute eingearbeitet hab und hätte sie gern behalten, hieß es, es ist keine Stelle frei und wenn ich Stellen frei gehabt hab, was dann offensichtlich war, hieß es, wir haben keine Bewerbungen auf dem Tisch. Und das geht nicht auf Dauer. Geht das so nicht. Also kommt man sich dann echt verarscht vor, das geht nicht. Und ständig unterbesetzte Arbeiten geht auch gar nicht, also da ist man dann kaputt. ..“*

Schlussfolgernde These:

Pflegefachkräfte legen großen Wert darauf, ihre pflegerische Arbeit so zu leisten, dass deren Qualität ihren Vorstellungen von guter Pflege entspricht. Ist dies auf Grund der gegebenen Rahmenbedingungen nicht möglich, geraten sie in ein Dilemma, das ihre moralische Integrität angreift. Geschieht dies wiederholt, kann die Situation das Verlassen des Berufsfeldes auslösen.

6.5.2 Rahmenbedingungen müssen Entscheidungsfreiheit in der Pflege ermöglichen

In der Unterkategorie wird die Vorstellung beschrieben, dass Rahmenbedingungen selbstbestimmtes Handeln und Denken der Pflegenden ermöglichen müssen.

(Grafik Nr.42 / Ensink 2014)

Die zur Gruppe mit negativer Sicht gehörende Teilnehmerin EESA fordert mehr Mitspracherecht ein, wenn es um Therapien und den Umgang mit Bewohnern geht:

> ***EESA 23:*** *„[……] Und die Pflegenden haben auch in der Gerontopsychiatrie viel Mitspracherecht gehabt. Auf uns wurde gehört. Wenn wir jetzt gesagt haben, das ist aber nicht gut, ja, das kann man anders machen, das ist nicht gut für den Patienten oder das ist nicht gut für den Bewohner - das ist da gar nicht. Das ist da gar nicht. […….] Wir haben uns einfach auch mit einbringen können und auf uns wurde gehört. Unser Wort hat auch Gewicht gehabt. Und das ist in dem Altenheim - also das ist jetzt - wie ich's jetzt erlebe, nicht so.“*

Die zur Gruppe der Teilnehmer mit positiver Einstellung gehörende EWRE bekundet ebenfalls, dass sie die Freiheit brauche, in der Pflege eigenständige Entscheidungen zu treffen. Sie bezieht dies hingegen mehr auf den eigentlichen Bereich der Pflege. Hier verlangt sie nach einer entsprechenden Strukturqualität:

> ***EWRE 60: „****Was ist das, was mich glücklich macht? Ja - ich brauch Möglichkeiten, dass ich Dinge auch selber für mich entscheiden darf, wann ich was tu, oder so. Dass nicht alles so schrecklich vorgegeben ist, sondern, ich brauch Grundlagen, ich brauch Handwerkszeug, ich brauch viel Handwerkszeug, dass ich mir in jeder Situation das richtige Handwerkszeug aussuchen kann, das ich anwende.“*

Schlussfolgernde These:
Um in der Pflege zufrieden zu sein, benötigen Pflegefachkräfte die Anerkennung ihrer fachlichen Kompetenz und Entscheidungsfreiheit für ihr pflegefachliches Handeln.

6.5.3 Individuelle Pflege und Autonomie der zu Pflegenden im Hinblick auf die Rahmenbedingungen

Die Unterkategorie beschreibt die Auswirkungen der Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege auf die Möglichkeiten bei der täglichen Pflege die Individualität und die Autonomie der Pflegebedürftigen berücksichtigen zu können.

(Grafik Nr.43 / Ensink 2014)

Auch hier wieder wird die Unterkategorie häufiger von den Teilnehmern der Gruppe mit negativer Einstellung angesprochen. Sie scheinen häufiger davon betroffen zu sein, den individuellen Bedürfnissen von Bewohnern nicht gerecht werden zu können und gleichzeitig die Autonomie von Bewohner ignorieren zu müssen.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

UHHE ist überzeugt, dass ihr Arbeitgeber nur nach außen den Anspruch nach individueller Pflege der Bewohner vertritt, er aber tatsächlich lediglich von den Pflegemitarbeitern mehr Leistung in der gleichen Arbeitszeit erwartet. Der Mensch stehe bei ihrem Arbeitgeber nicht wirklich im Vordergrund:

UHHE 20: *„[……] Also ich dachte am Anfang eigentlich auch, dass ich in einem Haus bin, - also die hatten eigentlich auch andere Ansprüche - also, dass sie sich unterscheiden von anderen Häusern, dass sie die Menschen individueller behandeln, [……] die Individualität ist in unserm Haus sehr .... stark gewünscht gewesen. Aber mittlerweile ist es so, dass ich mir denk,*

dass mein Arbeitgeber eben will, dass in kurzer Zeit viel erledigt wird, egal ob ich den Menschen noch im Vordergrund hab oder nicht - und das vermiss ich. Auch wenn zum Beispiel aufgeteilt wird, wenn einer weniger ist und … ja, dann kann ich nicht mehr alles so machen, wie ich mir das vorstelle und dann muss ich Abstriche machen und wenn ich mich dann ärger, und das meinem Arbeitgeber mitteile und sag: ‚Sie, das und das kann ich nicht mehr ordentlich machen´, dann heißt es, ja, das muss man dann eben schneller machen oder manche Sachen muss man weglassen ....das ist gewollt vom Arbeitgeber.“

LHME beschreibt die Auswirkungen auf die pflegebedürftigen alten Menschen, wenn der Pflege nicht die Rahmenbedingungen individueller Pflege zugebilligt werden

LHME 31: *„.... (atmet laut ein) Zum Beispiel, wir haben eine sehr demente Frau, die war - hat früher einen Kleiderladen gehabt und die liebt es, ihre Kleider auszuräumen. Und die schön zusammen zu legen und zum Verkauf anzubieten. Und die ist halt immer dann auf dem Stockwerk rumgelaufen mit ihren Kleidern und die wird immer in's Zimmer geschickt. Dann irgendwann ist an ihren Kleiderschrank so'n Schloss dran gekommen, damit die die Kleider nimmer ausräumt und seitdem ist es mit der Frau abwärts gegangen.*
Jetzt liegt sie nur noch im Bett. Wo ich mir sag, die Frau hat doch nix anderes wie die Kleider auszuräumen und die hat jahrelang Klamotten verkauft. Die hat sich gefreut, ihre ganzen Klamotten auszuräumen (lacht). Ich find, man kann da auch irgendwas zusammen suchen.“

Die Altenpflegerin LHME beschreibt außerdem, wie demotivierend sie es empfinde, dass sie mit ihrer guten Ausbildung als examinierte Altenpflegefachkraft den Bereich der Rehabilitation und Beschäftigung an 87b-Kräften abtreten müsse. Sich mit Bewohnern beschäftigen zu können, sei ihr dadurch genommen worden:

LHME 80 bis 83: *„.... Hm. Ja was ich halt a e bissel traurig finde ist, dass mir halt so, wie wir den Beruf gelernt haben, die Altenpflege mit Aktivierung nix mehr groß am Hut haben. Also ich hab den Beruf gelernt, weil ich auch Mensch bin und natürlich gehört mal Schreibarbeit dazu, aber auch Pflege und Aktivierung. Und mittlerweile ist es so, dass wir mit Aktivierung gar nix mehr machen. [……] Also wir haben mit dem Beruf nix - also mit der Aktivierung gar nichts mehr zu tun. In anderen Häusern hab ich's jetzt auch so miterlebt. Es machen nur noch 87b - Kräfte. [……] - das fehlt mir einfach. Dass wir das nimmer machen dürfen. Nee, mir müsse dann halt jetzt mehr überwiegend schreiben. Aber ich (atmet laut ein) - also wenn ich das damals gewusst hätte, was wir mittlerweile - ich komme mir mehr vor wie eine Sekretärin als eine Altenpflegerin, hätte ich das in der Form nicht gelernt. Und ich hab das gemacht, weil ich bin in die Pflege und Aktivierung und Schreibkram. Und jetzt ist es eigentlich nur noch Pflege und Schreiben und sonst nix mehr. Und ich finde halt, wenn ich nur pflegen und schreiben wollte, dann hätte ich Krankenschwester gelernt. Aber ich wollt ja das, - also mir fehlt das mit der Beschäftigung.*

FGEH findet die fehlenden Möglichkeiten individueller Pflege in den vorgegeben Zeittakten der Pflegeversicherung begründet. Besonders belaste es sie, dass es für sie nicht möglich sei, eine gute Palliativpflege von sterbenden Bewohnern zu gewährleisten, weil es hierfür keine besonderen Zeitbemessungen gibt. Hier investiere sie dann oft ihre private Freizeit, um ihre moralische Integrität zu wahren:

FGEH 58 + 59: „*Weil - wie gesagt - wenn ich individuelle Pflege machen will und dann kann ich nicht sagen, ich hab für jeden 25 Minuten oder was auch immer, das ist für mich nicht umsetzbar. Der eine braucht mehr und der andere braucht weniger.*
Wenn ich im Palliativbereich arbeite, dann brauch ich sowieso mehr .... Zeit weil alles viel langsamer geht, ja. Aber ich krieg nicht mehr Zeit deswegen für die Palliativleute wie für die anderen.
Alles, was dann drüber ist an der Zeit, das mach ich halt natürlich oft, klar, und das ist dann mein Freizeitvergnügen und auf die Dauer geht das

nicht. Ich bleib trotzdem bei den Leuten, weil [….] ich kann nicht, wenn jetzt jemand palliativ ist, zack zack machen und dann wieder gehen. Das mach ich nicht, ich bleib da schon, soweit wie ich das vertrete kann für mich. Und die Zeit fehlt ja dann zum Schluss [……] Dann ist das halt gleich mal 'ne halbe Stunde oder dreiviertel Stunde länger, ne“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

MFAE hingegen beschreibt, es mache sie zufrieden, dass es in Ihrem Arbeitsumfeld für die Pflegekräfte möglich sei, die Autonomie und die individuellen Bedürfnisse der dementiell erkrankten Bewohner zu respektieren:

MFAE 24: *„.... hm, also ja, morgens bei der Grundpflege - ich arbeite ja auf dem Demenzbereich, was mitunter ja dann auch schwierig ist, mit den Leuten umzugehen oder dass die auch zu der Zeit, wo wir denken, dass gepflegt werden müsste, jetzt nicht unbedingt die Einsicht haben, dass das jetzt nötig wäre. Da find ich's schon mal gut, dass wir die Möglichkeit haben, darauf Rücksicht zu nehmen. Wenn jetzt jemand sagt: ‚Jetzt nicht, ich will noch eine halbe Stunde länger schlafen´, oder was weiß ich: ‚Ich steh noch nicht auf´, dass der das kann, aber auch dann, wenn ich jemand versorge und das in ihm angemessenen Tempo machen kann und auch ihm die Möglichkeiten lasse, das, was er noch selber tun kann, in seinem Tempo machen lasse.“*

Schlussfolgernde These:
Ob eine Pflegefachkraft in ihrer pflegerischen Arbeit die Individualität und Autonomie der pflegebedürftigen Menschen berücksichtigen kann oder nicht, beeinflusst deren Gefühl moralischer Integrität. Wird ihr dies im Sinne ihres Bildes von guter Pflege ermöglicht, so wirkt sich das stark fördernd auf ihre Berufszufriedenheit aus.

6.5.4 Stressfaktor Zeitdruck in der Pflege

Diese Unterkategorie beschreibt die Äußerungen über fortgesetzten Zeitdruck und die mit den Äußerungen verbundene Akzeptanz oder Ablehnung dieses Zeitdrucks. Sie schließt Äußerungen über Personalausfälle und damit verbundene Überstunden ein.

(Grafik Nr.44 / Ensink 2014)

Unter Zeitdruck scheinen die Teilnehmer beider Gruppen zu stehen. Lediglich eine einzige Teilnehmerin der interviewten Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zum Altenpflegeberuf erwähnt den Zeitdruck in der stationären Pflege nicht.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MKTS hat vor kurzem die stationäre Altenpflege verlassen und beschreibt die Auswirkungen des Zeitdrucks besonders auf demenzkranke oder sterbende Bewohner. Er habe dies nicht vor sich verantworten können und sei aus diesem Grunde oftmals über die eigentliche Arbeitszeit hinaus geblieben:

MKTS 4 + 5: *„Berufsalltag in der stationären Pflege. Ja gut, ich bin eigentlich weg, […..]. Ja Pflegealltag, Hektik, Stress, kaum Zeit für die Bewohner - man fängt morgens an als Fachkraft - wir hatten 18 Leut auf der Station, waren zu dritt, also eine Fachkraft, ein Helfer, ein Zivi oder FSJ …- egal. Ja als Fachkraft hat man bisschen andere Sachen zu tun als bloß Leute waschen, was aber auch war, musste ja jeder seine 6 Leute*

waschen - plus Verbände, plus Medikamentengabe, Telefonieren und und und. Ja da bleibt eigentlich keine Zeit mehr für irgendwas übrig. […..] schon während meiner Ausbildung habe ich ein Schlüsselerlebnis gehabt, das war 'ne Bewohner, die mich furchtbar mögen - wirklich stockdement, man kann's nicht anders sagen. Sitzt im Bett, war mittags, ich hab sie in's Bett gebracht - guckt mich an und fragt mich: ‚Bist du böse auf mich?´ Sag, nee, ich bin nicht böse auf dich. ‚Hm - doch du bist böse auf mich´. Wie gesagt, die Frau war dement. ‚Doch du bist böse auf mich´ - sag ich: ‚Nein ich bin nicht böse auf dich, wie kommst du darauf?´ ‚Weil du gar keine Zeit für mich hast´. Wenn das jemand sagt, der eigentlich wirklich stockdement ist, der eigentlich weit vom hier und jetzt entfernt ist, dann gibt das eigentlich schon zu denke. , […..].und was ja gerade speziell bei Dementen eigentlich ja ganz furchtbar ist. […..].*- oder auch bei sterbenden Bewohner, ja, wo ich bloß hin und her hetz - was eigentlich für'n sterbenden Menschen ganz ganz ganz furchtbar ist-* , […..].*Und dann so einfach so hin und her zu hetzen, und einfach zu sagen, ja ich komm gleich wieder - einfach nur furchtbar.* , […..].*und wenn dann 'n Dementer unruhig ist, davon rennt und so, dann wundert man sich immer warum. Wenn man da anfangen würde, ich glaub, da könnte man einiges ändern.*
Ja diese Situationen, die tun ganz einfach weh. Oder aber, was es bei mir ausgelöst hat, ist, dass ich im Frühdienst, der eigentlich gegangen ist von morgens um dreiviertel sieben bis mittags um viertel drei, dass es bei mir meist bis vier - halb fünf gegangen ist, weil ich dann einfach noch Dinge getan hab, die - für die ich während meiner Arbeitszeit eigentlich keine Zeit hab.“

Der Proband MKTS beschreibt, dass der Zeitmangel der Pflegekräfte Auswirkungen auf den würdigen Umgang mit den pflegebedürftigen alten Menschen habe. Er folgert, dass hohe Psychopharmaka-Gaben in engem Zusammenhang mit dem Mangel an Pflegezeit stehen:

MKTS 8: „[…..] *- ja man setzt sie halt irgendwo hin, lässt sie am Tisch sitzen, sie trielen vor sich hin und vielleicht noch, wenn sie dann unruhig sind, bisschen abschießen. Gut, da mach ich immer zu gucken, diese*

Psychopharmaka soweit wie möglich, zu reduzieren - was ich einfach ganz furchtbar finde, aber - bei manchen war's halt nötig auf Grund von Zeitmangel, - wobei natürlich die Pharmazie sich sicher diesen Gewinn nicht nehmen lassen, weil die machen immer diese Gewinne mit diesen ganzen Psychopharmaka und das lassen die sich nicht wegenehmen und man bräuchte mit Sicherheit weniger, wenn man personell besser besetzt wäre,...“

EESA legt dar, dass es sie traurig stimme, dass sie den bescheidenen Grundbedürfnissen der Bewohner nicht nachkommen könne, weil man ihr die Zeit dafür nicht zugestehe:

EESA 6: *„[……] hab ich grad neulich gehabt - wenn man dann fragt, kann ich noch was für Sie tun, am Abend zum Beispiel, ne? ‚Nein, - doch´ - hat die Bewohnerin gesagt: ‚eigentlich schon, aber dafür haben Sie keine Zeit´. Hab ich gesagt: ‚Was wär das?´ ‚Wenn Sie sich 10 Minuten zu mir setzen würden, wenn Sie sich mit mir unterhalten.´ Muss ich passen. Und das macht mich dann schon ein bissel einfach traurig.“*

UHHE meint, dass es auch in der Macht der Träger von Einrichtungen stehe, die Situation zu verbessern. Sie sieht ständig zu leistende Überstunden als große Belastung für die Pflegefachkräfte an, die der Gesundheit schaden könnten:

UHHE 41: *„Was kann der Arbeitgeber tun? Dass er einfach guckt, dass man nicht ständig überlastet ist. Weil diese Situationen, dass man nicht mehr für sich sorgen kann entstehen, indem man Überstunden macht, ja? Also praktisch, es wird jemand krank, dann guckt man natürlich, okay, wer kann einspringen, damit die anderen die Arbeit vielleicht mit jemand, also mit 'nem Einspringer bewältigen können. Aber der Einspringer, wer ist das dann? Das ist jemand so wie ich, mit 'ner Teilzeitkraft, die dann zusätzlich kommt oder die - 100%-Kräfte müssen ihre freien Tage geben, und dann ist das auch noch so, das find ich 'ne Frechheit, - aber da kann man gesetzlich wohl gar nichts machen. Das wird ja dann nicht in Freizeit ausgezahlt, sondern die zwingen uns dann praktisch, das sich auszahlen*

zu lassen, die Überstunden, also nicht in Freizeit, sondern in Geld. Und Geld, was bringt dir das dann, wenn du dich nicht erholen kannst, ja? Das ist grad ein Problem, bin ich mal gespannt, …….“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Sicht:

Auch jene Teilnehmer die grundsätzlich ihrem Beruf positiv gegenüber stehen, beklagen den Zeitdruck in der stationären Altenpflege, der auch durch hohen Dokumentationsaufwand entstehe.

AJKA 19: *„Auf Grund von der ganzen Dokumentation, das sind ja alles Minuten, das ist Arbeit, die muss getan werden, das ist klar. Aber das ist auch wieder Zeit, die ... von den Bewohnern abgeht. Und das ist eigentlich das Traurige. Wenn ich zum Beispiel, ich nehme einen Standard für Versorgen von einem Verstorbenen mit Angehörigen und muss sie zu Anfang von der Versorgung, müsst' ich sagen zu den Angehörigen, ich hab bloß 10 Minuten für sie Zeit, also das - ich find das unmöglich, das geht nicht.“* [49]

Die Ordensschwester erweist sich hier als Kennerin des Unterschieds zwischen der für alle zugänglichen stationären Altenpflege und den Rahmenbedingungen des Feierabendhauses der Ordensschwestern[50]. Sie beschreibt unter anderem, dass der Zeitdruck zu Ungeduld und Unbeherrschtheit gegenüber den pflegebedürftigen alten Menschen führe. Dies wiederum führe für Pflegende zu belastenden moralischen Konflikten. Sie beschreibt ihre Selbstzweifel, da sie während der Zeit ihrer Arbeit in einer normalen stationären Altenpflegeeinrichtung eine dementiell erkrankte

[49] Der in ambulanten Diensten vorgesehene Zeittakt für die Versorgung Verstorbener und die Betreuung von Angehörigen sieht tatsächlich meistens 15 Minuten vor. Eine offizielle Grundlage für stationäre Altenpflegeeinrichtungen auf Grund von Vorgaben der Pflegeversicherungen oder durch Vereinbarungen mit dem MDK im Zusammenhang mit der Versorgung Verstorbener und Betreuung der Angehörigen gibt es jedoch nicht.

[50] Im Gegensatz zu stationären Einrichtungen der Altenhilfe, in die jeder alte Mensch mit Pflegebedarf einziehen kann, so es einen freien Platz gibt, werden in den Feierabendhäuser von Ordensleuten ausschließlich Ordensschwestern oder alternativ ausschließlich Mönche aufgenommen, obwohl hier auch nicht ordensgebundene Pflegekräfte arbeiten. Diese Feierabendhäuser haben keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen und fallen nicht unter die jeweiligen Landesregelungen für stationäre Pflegeeinrichtungen

Bewohnerin geohrfeigt habe und sie ihre Reaktion nicht habe beherrschen können:

> **HAJA 33+34:** „*Ja, das war - mit der Zeit, ja - .... hab ich mich denn schon beruhigt, aber lang, wenn ich die Frau gepflegt hab, habe ich überlegt, vielleicht hab ich was gemacht, - ich weiß da waren wir nur zu zweit mit über dreißig Leuten, gell, und dann hab ich sie vielleicht zu schnell runter gesetzt, ich weiß es nimmer - vielleicht war ich auch Schuld, ich - ich weiß es net,* [….] *Man denkt halt immer, was hast du da getan*.“

Für EWRE bildet der Faktor Zeit einen bedeutenden Stressor für die Pflege. Sie habe ihren eigenen Weg gefunden, damit umzugehen:

> ***EWRE 60 + 61:*** *„Aber es geht nicht drum, dass ich XY immer um eine bestimmte Uhrzeit genau an dem Punkt zu sitzen hab und X immer genau da und dass - dass ich mich so von Zeiten auch immer so wahnsinnig pressen lasse und immer diesen Druck von außen zulasse. Ich hab vor 15 Jahren meine Uhr schon weg gelegt, damit ich ja nie auf die Idee komm, während ich mit jemand arbeite, da auch mal nur flüchtig auf die Uhr zu gucken und immer den Eindruck zu erwecken, wir hätten keine Zeit. Ich brauch das nicht. Ich bin trotzdem immer etwa ähnlich fertig und gleich fertig. Ich denk, diesem Stressfaktor Zeit muss man rausnehmen, dauernd den Leuten zu vermitteln, dass sie keine Zeit hätten.“*

Schlussfolgernde These:

In der stationären Altenpflege ist der Personalschlüssel sehr knapp bemessen. Ausfälle von Pflegekräften durch Krankheit oder Urlaubszeiten können nicht kompensiert werden, ohne dass dies zu Überbelastung anderer Pflegekräfte führt. Gleichzeitig lassen die durch die Pflegestufen zugebilligten Zeittakte keinen Spielraum zu, wenn es zu einem unvorhergesehenen Betreuungsbedarf von Bewohnern oder Angehörigen kommt. Pflegekräfte geraten dadurch nicht selten in moralische Konfliktsituationen. Um ihre moralische Integrität zu behalten, leisten Viele zusätzliche Arbeit, die nicht in Freizeit ausgeglichen und oft nicht bezahlt wird. Eine erholsame Phase der Freizeit, in der ein Ausgleich gefunden werden kann, verkürzt sich und ist

schlecht planbar. Dies erwähnen auch Pflegefachkräfte, die eine positive Einstellung zu ihrem Beruf haben, wenn auch nur halb so oft wie die Pflegefachkräfte der Gruppe mit negativer Einstellung.

6.5.5 Stressfaktor mangelnde Einarbeitung

Die Unterkategorie beschreibt mangelhafte Einarbeitung und fehlende Einarbeitungszeit und die daraus resultierende Folge für die Pflegequalität als weiteren Stressor in der stationären Pflege

(Grafik Nr.45 / Ensink 2014)

Es besteht ein deutlicher Unterschied in der Nennungshäufigkeit zwischen den beiden Teilnehmergruppen. Während in der Gruppe mit positiver Einstellung nur eine einzige Aussage zur Einarbeitung zu finden ist[51], wird diese Unterkategorie in der Gruppe mit negativer Einstellung von insgesamt 9 Teilnehmern ein oder mehrmals angesprochen.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Die Teilnehmerin AJUE vermutet, dass viele junge Pflegekräfte ihren Beruf verlassen, weil es an den Möglichkeiten mangelt, sich einzuarbeiten und Berufserfahrung zu entwickeln:

> ***AJUE 47:*** *„[……] Wenn die Jungen heute nachkommen, die sagen, was ist das denn, ne. Schaffen die nicht. .. Ja. Ganz viele gehen, weil sie's nicht schaffen, .. sich da einzuarbeiten – weil, es ist ja keine Zeit für*

[51] Die Teilnehmerin beschreibt die in dieser Beziehung ihrer Meinung nach desolate Situation bei ihrem früheren Arbeitgeber

Einarbeitung, zum Beispiel. Also es ist auch schon zum Scheitern verurteilt, - überhaupt 'ne Chance da sich einzuarbeiten und sich da zu etablieren als Fachkraft, wenn man nicht eingearbeitet wird. Wie soll das gehen? Ne. Wenn man einfach: da mach. Da ist der Wohnbereich (lacht), da steht der Computer, so ist das. Ja. ....“

AJUE merkt an, mit vielen Kollegen aus Leiharbeitsfirmen zu arbeiten. Auf die Frage, ob die Probandin stets wisse, welche Kollegen über die Leiharbeitsfirma auf ihrem Wohnbereich eingesetzt würden, antwortet sie, es könne außerdem passieren, dass Kollegen kämen, die sie vorher noch nie gesehen habe und die zudem nicht eingearbeitet seien. Dies träfe auch auf Hilfskräfte zu, denen die einfachsten Grundkenntnisse fehlten:

AJUE 53 -55: *„Ja ja. Die kommen den ersten Tag .. und dann weiß ich schon, dass es nicht rund läuft. Kann nicht rund laufen mit jemand, der noch nie da war. Weil der Rahmen - der Zeitrahmen ist so eng, die Zeit, die ich bräuchte, alles zu erklären, die hab ich gar nicht... Da gibt es Minimalinfos.. und dann muss das klappen. Und das tut es nicht. Kann ja gar nicht. Ich kann denen ja noch nicht einmal einen Vorwurf machen oder - die können ja auch nichts dafür, ne. ...Und da fehlt dann zum Teil - da fehlen die Basics, ja, die zeigen mir einen Waschlappen und sagen, was ist das? Ja. Ich hab - ernsthaft - ich hab - ich wusst nicht, soll ich lachen oder soll ich heulen, ne. Die Einmal - Waschlappen. Was ist das? Das war 'ne Hilfskraft, ja sicher. .. Ich sag, ok, dann musst Du bei Adam und Eva anfangen oder wie jetzt, ne. Dann stehen Sie so unter Strom, ne, wie wollen Sie so 'ne Schicht schaffen mit so jemandem an der Seite. Tss, dann weiß ich, was auf der Strecke bleibt dann, beim Bewohner und bei meinen Aufgaben...“*

Die Teilnehmerin UHHE beschreibt ihre Arbeitssituation mit einer neuen Kollegin, die aus dem Ausland kommt. Die zwei examinierten Pflegefachkräfte tragen gemeinsam die Verantwortung für 48 pflegebedürftige Bewohner. Die Kollegin gilt als eingearbeitet. Die Teilnehmerin meint, dass die Sprachprobleme zur zusätzlichen Belastung

würden, weil es durch die Sprachprobleme zu Sicherheitsgefährdungen der Bewohner komme:

***UHHE 16 + 17**: „[……] ich hatte dann zwar eine im Flügel, die neu angefangen hat, eine Polin, die sehr schlecht Deutsch spricht, wo ich dann schon auch ein bisschen irgendwie gedacht hab, eigentlich find ich das zum Kotzen, wenn man solche Menschen einstellt, bevor die richtig Deutsch können, wo ich dann schon doppelt Arbeit hab, weil sie mich nicht richtig versteht, das falsch liest, was sie da machen muss - da hab ich schon gedacht - gut, also da muss ich mich anstrengen, dass ich freundlich zu der bin und dass ich der das gut sage, weil ich die ganze Woche mit der arbeite. [……] Nee, die ist schon eingearbeitet, eigentlich, … aber die hat jetzt ihre erste Woche, wo sie ihren Dienst alleine macht, das heißt, da muss man schon, das ist schon viel, wenn man noch nie in der Pflege war und du musst immer ständig auch noch gucken, macht sie das richtig, hat sie's verstanden, und die Leute sind dann oft auch so stolz, dass sie nicht fragen. Und dann siehst du, die macht irgendwas, was sie eigentlich so nicht machen soll, (holt tief Luft) [……]ich hab gedacht, ph, das wird 'ne anstrengende Woche, ich muss mich anstrengen, weil ich kann nicht nur mein Dings machen, sondern ich muss auch praktisch noch für die ein bisschen mitdenken. Das ist ja anders, ob du jetzt deins machst, - du weißt, was du zu tun hast, oder ob du denken musst, oh je, hat die das gemacht, hat die das gemacht, das ist dann noch ein bisschen mehr.“ (holt tief Luft)*

Die Krankenschwester IHMA ist anfangs völlig überrascht über den hohen Anteil von Hilfskräften in der stationären Altenpflege, die ohne jede Grundkenntnisse mitarbeiten. Sie wünscht sich eine qualifizierende Helferausbildung aller Hilfskräfte in der stationären Altenpflege:

***IHMA 24 bis 27:** „Viele ungelernte Kräfte in der Altenpflege. Das ist also auch was ich als Krankenschwester so nicht kannte, dass 50% der Mitarbeiter auf Station keine Ausbildung haben und nicht mal wissen, was 'ne Prophylaxe überhaupt bedeutet. Das macht's natürlich auch nicht*

leichter.“

***I:** „Würde es helfen, wenn die Hilfskräfte eine Helferausbildung hätten?“*

***IHMA:** „Ja, auf jeden Fall - auf jeden Fall...., Auf jeden Fall. Da bin ich überzeugt von. Im Moment sieht es ja so aus, dass wir - sprich die Wohnbereichsleitungen die Helfer schulen müssen und dazu fehlt einfach auch die Zeit ja, ne. Ja also natürlich wär's hilfreich, wenn also […….] wer auch immer die Helfer ausbildet dahingehend, dass die Basics gelernt werden ja, die Basics einer Grundpflege, einer guten Grundpflege. […….] Ich denke, es muss auch sein, natürlich. Die Grundpflege muss nicht unbedingt - meiner Meinung nach muss 'ne Grundpflege nicht unbedingt von einer examinierten Fachkraft durchgeführt werden, ja.“*

Schlussfolgernde These:

Fehlende Einarbeitungskonzepte, häufig wechselndes Pflegepersonal, unausgebildete Hilfskräfte und Pflegefach- und Hilfskräfte, die über Leiharbeitsfirmen in stationären Pflegeeinrichtungen arbeiten, stellen eine zusätzliche Belastung für Pflegefachkräfte dar. Neben der zusätzlichen zeitlichen Belastung durch immer neues Erklären müssen, potenziert sich auch die Verantwortungsübernahme um ein beträchtliches Maß.

Verbesserungen der Situation könnte durch grundsätzliche Ausbildung von Hilfskräften und höhere Anforderungen an die Sprachkompetenz im Bereich der Fachsprache erreicht werden.

6.5.6 Stressfaktor Pflegedokumentation versus Pflegedokumentation ist nützlich

Der Stressfaktor Pflegedokumentation beschreibt die empfundene Belastung, auch bezüglich des Zeit-Managements der Pflegenden im Hinblick auf die Pflegedokumentation. Hingegen beschreibt Pflegedokumentation ist nützlich die positiven Aspekte der Pflegedokumentation.

(Grafik Nr.46 / Ensink 2014)

Stellt man die beiden Unterkategorien gegenüber, so wird deutlich, dass Pflegedokumentation nur etwa von der Hälfte aller Teilnehmer als so elementar angesehen wird, dass sie diese thematisieren. Der wesentliche Unterschied in den beiden Gruppen findet sich in der Tatsache, dass die Gruppe mit positiver Einstellung auf den Altenpflegeberuf die Pflegedokumentation zwar auch als Stressor empfindet, aber trotzdem vornehmlich die positiven Aspekte von Pflegedokumentationen erwähnt.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MERE beschreibt die Schwierigkeiten, manche Pflegedokumentationen lesen zu können, weil bei manchen Pflegefachkräften (fach-) sprachliche Hürden bestehen.

> ***MERE 6:*** *Wir haben 'ne stellvertretende Leitung, die kommt aus Russland - ob das jetzt - das ist einfach ein Thema, obwohl das eigentlich kein Thema sein sollte, die schreibt halt sehr kyrillisch, auch wenn sie deutsch schreibt,*

EESA erklärt, dass ihr das notwendige Handwerkszeug für ihre Arbeit nicht ausreichend zur Verfügung stehe:

> ***EESA 16:*** *„Und dann muss man das aber so timen, dass man da in unserer Arbeitszeit, die uns zur Verfügung steht, alle an dem Computer*

waren. Also muss das schon aufgeteilt werden, jetzt gehst du dran, jetzt gehst du dran - das ist zeitaufwändig und unnötig. Für meine Begriffe unnötig.“

HBNE meint, dass nur dokumentierte Pflege als ausgeführt gelte. Sie ist der Ansicht, dass man an den Bewohnern erkennen könne, ob diese angemessen versorgt und betreut seien. Zudem würde sich ihre Arbeitszeit über das eigentliche Maß verlängern und es würde immer mehr:

HBNE 21 - 23: *„.. dass viel drauf geachtet wird von außen was im Computer steht, wie die Pflegeplanungen geschrieben sind, ob jetzt 'ne Braden-Skala ausgefüllt ist (lacht) oder - oder sämtliches Schriftliche, dass die Leute gar nicht sehen, wie sich die Bewohner verändern im in der Arbeit - ja, sondern dass oft einfach nur - das ist nicht gemacht und das ist nicht aufgeschrieben und wenn's nicht aufgeschrieben ist, dann ist es nicht gemacht und das ist ja das, was mich am meisten ärgert [……] Dass es immer mehr wird, was aufgeschrieben werden muss und dass man gar nicht weiß, wo man die Zeit jetzt her nehmen soll, für die ganze Schreiberei? [……] - also unter einer halben Stunde länger im Geschäft komm ich nicht raus, weil das gar nicht geht und ich arbeite schon 100 Prozent. Also ich weiß nicht, man weiß oft gar nicht, wo man jetzt anfangen soll zu schreiben. Und was noch alles ausgefüllt werden muss …“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Auch die Teilnehmer mit grundsätzlich positiver Einstellung zu ihrem Beruf sehen den hohen Dokumentationsaufwand in der stationären Altenpflege sehr kritisch, weil sie hierin eine Hauptursache des Zeitmangels für pflegerische Arbeit sieht. Daneben findet sie, dass dies nicht wirklich dem eigentlichen Berufsbild der Pflege entspricht.

ODTA 4: *Also heute ist der Beruf so, dass es eigentlich nicht mehr viel mit der Pflege zu tun hat.... Das ist traurig und ich finde es sehr schlimm, dass*

man überhaupt keine Zeit mehr für die Bewohner hat. Dass man viel Papierkram machen muss, viel am Computer sitzen, viele Pflegeplanung und alles, was man machen muss. Und die Zeit für die Bewohner ist nicht mehr so. Und das find ich ein bisschen traurig, nämlich ich bin kein Mensch, wo nur im Büro sitzt, sonst wär ich Bürokauffrau oder irgendwas geworden, ne. Ich bin eben jemand, wo mit den Menschen was tun will. Gute Worte und bisschen reden mit den Bewohnern und das mach ich nicht mehr.

NMBZ sieht auch positive Auswirkungen guter Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Sie empfindet trotz des hohen zeitlichen Aufwands, der von der direkten Pflege am Bewohner abhält, die Pflegedokumentation als Faktor, der ihr und ihrem Pflegeteam Sicherheit gibt. Zudem ist sie überzeugt, dass sich eine individuell an den Bewohner angepasste und gezielte Pflegeplanung auf die Pflegequalität auswirkt.

NMBZ 28 + 30: *Ja, also der Schreibarbeit, des hat sich sehr viel geändert. Manche Tage sind mehr da nur zum Schreiben. Ich muss mir viel Zeit nehmen zum Schreiben. [……] Es wird immer mehr, ja. Und manchmal, und dann gibt's noch außen rum die eigene Dokumente, was die Bewohner haben; was zusätzlich bei denen gemacht wird und noch diese Sachen immer wieder auszufüllen.*
Ist natürlich viel mehr, ja. Also manchmal muss man 2, 3 Stunde zusätzlich zu der Pflege noch sitzen und diese Sachen aufschreiben - was selbstverständlich ist, aber wiederum soll zu uns gut sein, dass wir da dokumentieren. Versteh' ich auch. Deshalb machen wir ja auch gerne. Wenn das mich und meine Team dann schützt. ***:*** *[……] Aber für manche ist es sehr wichtig, weil viele würden dann nicht so diese Pflege geben, was ich jetzt von Mitarbeiter seh'. Die machen selber ihre Pflegeplanungen und dann machen sie auch so weiter. [……] das hat sich natürlich mit Dokumentation geändert, sagen wir mal besser. Doch, diese Schreibarbeit ist natürlich sehr viel für uns. Nimmt viel Zeit, aber wiederum ist es wichtig, dass ich da beweisen kann, was jetzt geschehen ist.*

Für EHAE gehört Pflegeplanung und Pflegedokumentation aus verschiedenen Gründen zur guten Pflege dazu:

> ***EHAE 14 + 15:*** *„Das gehört dazu, ja. Also es ist ja für mich dann .. für den Arbeitgeber, für die Pflegekassen der Nachweis, dass ich was erbracht hab, ich will ja auch was bekommen, ich will ja auch mein Geld bekommen. Und deswegen brauch ich auch so ein bisschen die Dokumentation.*
> *Für mich auch, ja. - genau, anhand vom Erstellen von der Pflegeplanung her und dann dem Miteinander oder Nachfragen mit dem anderen Mitarbeiter, sehe ich dann, was kann ich da verändern, dass wir dann alle so irgendwie die gleiche Schiene fahren, selbst miteinander kommunizieren die ganze Zeit und halt eben gucken, wo hat der andere irgendwie noch einen Vorschlag hat oder - wo gibt's Diskrepanzen und wo kann man - ja, mit anderen einfach da noch irgendwie kommunizieren, dass wir alle an einem gleichen Strang ziehen, also da gehört schon die Dokumentation dann auch für mich dazu, zu einer guten Pflege, ja.“* [52]

NMYA empfindet Pflegeplanung und –dokumentation als sinnvolle Unterstützung der Teamarbeit in der Pflege. Sie sieht dies gleichzeitig als Horizonterweiterung, da ihr durch die Pflegedokumentation auch die Sichtweise von Kollegen zu pflegerischen Problemstellungen eröffnet wird.

> ***NMYA 27:“*** *Ich finde auch, wir haben seit Jahren - okay das ist schon lange her, aber wir haben neue Pflegedokumentationen im Haus, auf den Wohnbereichen, ich find es bringt gewisse Struktur in den Alltag und das sind so Instrumente, mit denen man den Alltag auch - das, was bereits*

[52] Ergänzend erscheint hier wichtig zu sein, dass die Teilnehmerin in einer Einrichtung arbeitet, die über ein PC gestütztes Pflegedokumentationssystem verfügt. Die Einrichtungsleitung lässt dieses System alle drei Monate evaluieren und gezielt auf den Bedarf der Pflege anpassen. In den Pflegestützpunkten stehen mehrere PC – Arbeitsplätze zur Verfügung, sodass es den Pflegekräften möglich ist, jederzeit ohne Wartezeiten auf das System zu zugreifen. Außerdem können die Laptops vom System abgehängt und in anderen Räumen wieder angeschlossen werden, so dass ein Arbeiten an der Dokumentation jederzeit auch in anderen (ruhigeren) Räumen als im Pflegestützpunkt möglich ist. Zusätzlich steht den Pflegefachkräften „Bürozeit“ als Arbeitszeit zu, die in Freizeit ausgeglichen wird.

geleistet ist, kontrollieren kann[53]. Und dann - wenn man weiß, es ist gemacht, es ist ordnungsgemäß gemacht, dann hat man auch ein Gefühl, ich hab es gut gemacht.“

I: „*Das heißt, Sie sehen Pflegeplanung und Pflegedokumentation durchaus als nützlich an?“*

NMYA 28: *Ja, auf jeden Fall. Auf jeden Fall. Es - ja klar, alles was neu ist (lacht) wird am Anfang als zeitaufwändig gesehen und am Anfang gehörte ich auch zu denen, die gemeckert haben und gesagt haben, ah nee, noch was dazu, wir haben schon genug. Aber jetzt mittlerweile, es ist ein Ablauf, wir machen das in regelmäßigen Abständen. Auch so, dass nicht nur eine Person eine Gruppe macht, sondern es kommt immer wieder ein anderer dazu und der macht alle Bewohner dann. Das heißt, der Bewohner wird jedes Mal von irgendjemanden anderen evaluiert und das heißt praktisch, man hat dann super Überblick, man sieht nicht nur das, was man selber gemacht hat, auch das, was die anderen gemacht haben und wie sie das gesehen haben. Also ich finde das durchaus nützlich.*

Schlussfolgernde These:

Der Pflegedokumentationsaufwand wird von Pflegefachkräften sehr unterschiedlich bewertet. Pflegeplanung und Pflegedokumentation werden dann als nützlich angesehen, wenn sie handlungsleitend und systematisierend wirken (z.B. reduzierter Aufwand bei Pflegeplanung mittels Pflegediagnosen). Entlastend scheinen PC-gestützte Pflegedokumentationssysteme zu sein, wenn diese an die Bedürfnisse der Pflege angepasst sind und eine ausreichende Anzahl von PC-Arbeitsplätzen den Ablauf unterstützen. Als hilfreich wird von den Pflegefachkräften außerdem empfunden, wenn sie für den Zweck der Pflegeprozessplanung freigestellt werden. Es wird als deutliche Erleichterung empfunden, sich nicht zu Gunsten einer vorschriftlichen Pflegedokumentation von Bewohnerbedürfnissen abwenden zu müssen.

---

[53] Ergänzend erscheint hier wichtig zu sein, dass die Teilnehmerin in einer Einrichtung arbeitet, die bereits seit einigen Jahren mit Pflegediagnosen nach NANDA arbeitet. Die Pflegeplanungen wurden so deutlich vereinfacht und dies wird durch die Mitarbeiter besser akzeptiert. Auch in dieser Einrichtung steht für die Pflegefachkräfte „Bürozeit“ zur Verfügung und sie werden in dieser Zeit zusätzlich zur normalen Teambesetzung eingeplant.

6.5.7 Stressfaktor Arbeitsunterbrechungen

Die Unterkategorie beschreibt die Äußerungen über Arbeitsunterbrechungen, denen Pflegende während ihrer pflegerischen Arbeit ausgesetzt sind.

(Grafik Nr.47 / Ensink 2014)

Arbeitsunterbrechungen sind nur für fünf Teilnehmer ein Thema, aber auch hier wieder werden Arbeitsunterbrechungen in erster Linie von Teilnehmer mit negativer Sicht zur Sprache gebracht.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

IHMA beschreibt, dass sie immer wieder gezwungen ist, wichtige Pflegehandlungen zu unterbrechen, weil Arbeitsanforderungen durch den engen Personalschlüssel nicht verteilt werden können und die Wichtigkeit von Pflegehandlungen der primären Pflege von ihrer Einrichtungsleitung ignoriert wird.

IHMA 68 - 71: *„.... Es braucht mehr Personal. [……] Das sind menschenunwürdige Zustände, wenn ich jemandem das Essen anreiche und muss in der Zwischenzeit drei - viermal zum Telefon rennen, ja. Das ist einfach 'ne Unverschämtheit, ja. Zwischendurch wird das Essen kalt, ja - also das ist 'ne Zumutung, muss ich sagen. Das würde sonst kein - aber das ist Praxis, das ist Praxis, ja.“*

I: *„Können Sie nicht das Telefon einfach weglegen und nicht mitnehmen, wenn Sie jemandem das Essen reichen?“*

IHMA: *„Wir haben deshalb für solche Zwecke ein Handy, damit wir immer*

erreichbar sind. [……]“

I: „*Das heißt, wenn Sie Ihre eigentliche pflegerische Arbeit machen wollen und müssen trotzdem an das Handy gehen?“*

IHMA: *„- muss ich trotzdem –immer ja, ja.“*

I: „*Wer sagt das?“*

IHMA: *„Unsere Leitung. Unsere oberste Leitung.. dass wir immer erreichbar sein müssen.... Ja, da sind wir auch sehr unglücklich drüber, wir haben also auch schon versucht, mit der Pflegedienstleitung zu sprechen, also wir wollen so Arbeiten, wie zum Beispiel Tabletten richten, dass wir da einfach ein Schild an die Tür hängen, dass wir jetzt mal nicht gestört werden wollen. Das ist nicht erlaubt - nicht erlaubt, nicht erwünscht, wir sind allzeit ansprechbar….“* [54]

Aussage der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Zu Arbeitsunterbrechungen äußert sich EWRE auf die Frage, wie man Stressoren für Pflegekräfte reduzieren könne, unter anderem wie folgt:

EWRE 63: *….- der Stressfaktor Lärm ist wegzunehmen, so wie Klingeln, die man aus dem ganzen Haus hört, sind total lästig, man muss 10 Mal die Arbeit unterbrechen für nix , solche Faktoren sollte man wegnehmen.*

Schlussfolgernde These:

Pflegekräfte haben eine Hierarchie der Wichtigkeit von Pflegehandlungen im Vergleich zu administrativen Aufgaben ihres Berufsalltags, indem sie den Pflegehandlungen mit direkter Interaktion eine deutlich höhere Wichtigkeit beimessen als den administrativen Tätigkeiten ihres Berufsalltags. Arbeitsunterbrechungen während primären Pflegehandlungen, die nicht unmittelbar durch Hilfebedarf eines Bewohners ausgelöst sind, empfinden sie als störend für sich und unwürdig für den Bewohner. Tatsächlich sind viele Arbeitsunterbrechungen mangelnder Struktur- und / oder Prozessqualität geschuldet, die in der Verantwortung von Einrichtungsleitung und

[54] In der Einrichtung ist das Pflegekonzept der M. Krohwinkel „Fördernde Prozesspflege als System“ Teil des Leitbildes. Die Einrichtungsleitung fordert also den Verstoß der Pflegefachkräfte gegen das eigene Leitbild, das rechtlich gesehen Vertragsinhalt mit den Bewohnern ist.

Pflegedienstleitung liegen. Offensichtlich erleben diesen Mangel in der Organisation die Teilnehmer der Gruppe mit positiver Sicht deutlich seltener.

6.5.8 Stressfaktor Arbeitszeiten

Stressfaktor Arbeitszeit beschreibt die sich zu anderen Berufen deutlich unterscheidenden Schichtdienste und Arbeitszeiten und die damit verbundenen Einschränkungen und Belastung des Privatlebens.

(Grafik Nr.48 / Ensink 2014)

Beide Gruppen sprechen die Arbeitszeiten in der Pflege als Stressfaktor an. Es zeigen sich jedoch auch hier wieder Unterschiede der Teilnehmergruppen. Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zum Beruf beschreiben ihre Arbeitszeiten häufiger als Stressfaktor. Zieht man die Antworten aus dem Fragebogen zur persönlichen Lebenssituation hinzu, erkennt man, dass diese Teilnehmergruppe desgleichen häufiger angibt, ihr Privatleben nur selten mit den Arbeitszeiten in Einklang bringen zu können.

(Grafik Nr.49 / Ensink 2014)

Dies ist bei acht Teilnehmer der Fall. In der Gruppe der Teilnehmer mit positiver Sicht kommt dies nicht vor, hingegen geben sieben Personen an, dass ihnen das Zusammenspiel von Privatleben und Arbeitszeiten immer gelingt.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

UHHE erklärt, dass es schwierig ist, Freundschaften und ein soziales Leben aufrecht zu erhalten, weil der Schichtdienst häufig auch Nachtdienste einschließe.

> ***UHHE 6 + 7:*** *„Dann sind die Dienstzeiten beschissen, also - du hast immer Schichtdienst, wenn du Pech hast, eben auch mit Nachtschicht. Das hab ich mir jetzt ertrotzt, dass ich das nicht muss, aber - du hast ein Dreischichtsystem, das ist sozial einfach für die Gemeinschaft, wenn du Freunde hast, ist es sehr schwierig, dein soziales Leben zu leben.[……]“*

LHME bringt zum Ausdruck, dass in der stationären Altenpflege zu wenig darauf Rücksicht genommen würde, dass Pflege ein Frauenberuf sei und Mütter mehr Unterstützung finden müssten. Sie zeigt die Verbindung zwischen ungünstigen Arbeitszeiten und Interrollenkonflikten auf (vgl. 6.5.9.). Es gebe bezüglich der Arbeitszeiten durchaus Verbesserungsmöglichkeiten:

> ***LHME 52:*** *„Die zum Beispiel in H. (Stadt), die haben 5 verschiedene Arbeitszeiten, um die Mütter zu unterstützen. Weil die sagen: ‚In dem Beruf sind halt überwiegend nur Frauen. Wir müssen diesen auch entgegen kommen´. Und ich finde, also da muss sich an der Einstellung etwas ändern. Weil einer Frau geht's doch auch wieder besser, wenn sie weiß, mittags bin ich bei meinen Kindern, kann aber trotzdem Geld verdienen, die geht doch positiv in den Arbeitsplatz rein, als wenn ihre Kinder allein daheim hocken und sie sich nur Gedanken macht, die ist doch gar nicht da. Und also ich sage halt, da muss vieles umgedacht werden..... „*

HRUH berichtet von seinem Einrichtungsleiters, er setzte sich über die

berechtigten Interessen seines Wohnbereichsleiters hinweg geht und unterstellt ihm, dass dieser HRUHs Verantwortungsbewusstsein ausnutzen wolle*:*

HRUH 2: *[……] Mir ist passiert, dass Nachtwachen ausgefallen sind, dass ich die Nachtwache mit abdecken durfte.. Das hat aber meine Heimleitung nicht interessiert, ja trotz öfterer Diskussionen, in denen man zu zweit bei'm Chef war - einfach die Situation, in der man ihm klipp und klar gesagt hat: ‚Hören Sie zu, ich mache heute eine Doppelschicht, mir fehlt die und die Kraft, wie sieht es morgen aus? Sie können von mir nicht erwarten, dass ich noch 'ne Doppelschicht mach´. ‚Ja dann müssen wir Plan B angehen´. Und da hab ich gesagt: ‚Wie sieht der Plan B aus?´, Ja das überleg ich mir, ich melde mich.´ Es war Freitag und meine Heimleitung ging in's Frei und kam montags wieder und ich stand da und wusste nicht, wie ich die Stationen abdecken sollte. Also was hab ich gemacht, hab wieder 'ne Doppelschicht geschoben. Bin dann am Wochenende danach mit so 'nem Hals, zum Chef und hab gesagt: ‚Wo war der Plan B?`, Och Herr (Name), Sie kriegen das schon geregelt, ich hab mir da kein Kopp gemacht.´ Und das sind halt so Situationen, wo Sie dann schon zeitweise den Frust kriegen und sagen, was soll das?“*

HVHA führt aus, dass sie oft keine Zeit für eine Pause habe und durcharbeite, ihr aber dennoch diese gearbeitete Zeit nicht als Überstunde gerechnet würde:

HVHA 18 +19: *„Pause hab ich nie im Frühdienst, wenn man im Unterzucker ist, merkt man's kaum, man merkt's erst, wenn's einem ganz dusselig im Kopf wird und dann wird auch nur schnell Schokolade reingestopft, wenn mal welche da ist oder mal eben Brötchen gegessen. Man hat ganz selten wirklich mal das Glück, dass man sich hinsetzen kann, das Brötchen in Ruhe essen kann, sich unterhalten kann, aber dann sind's aber auch nur wirklich allerhöchstens 10 Minuten […] Und die*

Überstunden dürfen wir uns nicht aufschreiben. “ [55]

HBNE beschreibt das Verbot, durch Pflegeplanung entstandene Überstunden aufzuschreiben:

HBNE 45: *„Also, was ich halt, was jetzt zum Beispiel vom Träger so ist, man soll keine Überstunden aufschreiben, wenn man an Pflegeplanungen sitzt zum Schreiben. Ja, also wir sollen praktisch die Pflegeplanungen in der Arbeitszeit schreiben, aber das geht ja gar nicht, und für Pflegeplanung schreiben, soll man keine Überstunden aufschreiben.*

Aussage der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Offensichtlich werden der Schichtdienst und die unterschiedlichen Arbeitszeiten durchaus auch als Chance gesehen, Arbeitszeit und Familie besser koordinieren zu können. ADUE erklärt, dass die Schichtdienste durchaus auch gute Seiten haben. So sei dies nutzbar in der Kinderphase:

ADUE 8: *„[….] also ich hab's nie bereut, ich komm' auch mit dem Schichtwechsel gut zurecht. Er hat mir über Lebensphasen gut hinweg geholfen - also ich konnte die Schichtarbeit immer positiv für mich auslegen oder ausleben, also ich hab mit kleinem Kind viel Nachtschichten gemacht, wo die Betreuung dann einfacher war. Also es war das Richtige. Rundum das Richtige.“*

Eine andere Probandin lobt die ihr entgegen kommende Arbeitsdauer pro Arbeitstag

NMBZ 50: *„ naja mit dieser kurze Dienstzeit bin ich eigentlich sehr*

---

[55] **Arbeitszeitgesetz (Zitat): § 4 Ruhepausen**

Die Arbeit ist durch im Voraus feststehende Ruhepausen von mindestens 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs bis zu neun Stunden und 45 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden insgesamt zu unterbrechen. Die Ruhepausen nach Satz 1 können in Zeitabschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten aufgeteilt werden. Länger als sechs Stunden hintereinander dürfen Arbeitnehmer nicht ohne Ruhepause beschäftigt werden.

zufrieden. Diese - 7 - 6,67 arbeiten wir. Deshalb bin ich da nicht überarbeitet. Ich kann also Nachmittag sehr schön zu Hause sein.

Es gibt jedoch auch von Seiten der Teilnehmer, die ihren Beruf grundsätzlich positiv sehen, durchaus kritische Anmerkungen zu den Arbeitszeiten, besonders im Zusammenhang mit nicht planbarer Freizeitgestaltung durch ständig anfallende Überstunden, weil eingesprungen werden muss:

ADUE 9 + 10: *„Ja schon 'ne hohe Belastung und 'ne hohe Flexibilität. Also was ich am Übelsten finde, ist, fast kein planbare Freizeit... . [……]. Ja weil man oft einspringen muss. Also es ist verschieden - also die Krankheitsausfälle sind da schon verschieden, im Sommer schon weniger, dann ist es eher Urlaub, aber dass es schon auch Zeiten gab, wenn's Personal knapp war, dass man sich eigentlich schon nix mehr vorgenommen hab, bevor man's wieder absagen muss, wenn's Telefon klingelt. Das ist für mich schon das, ja, das Blödeste daran, ja.“*

Schlussfolgernde These:
Die Notwendigkeit von Schicht- und Wochendiensten ist für die Pflegefachkräfte grundsätzlich klar. Schwierigkeiten bereitet ihnen allerdings ein Dreischichtensystem und die Unberechenbarkeit ihrer Freizeit. Selbst bei maximal ausgeschöpften Personalschlüsselbandbreiten kommt es in den stationären Altenpflege-einrichtungen z.B. in Urlaubszeiten durch zusätzlichen Krankheitsausfall zu personellen Engpässen, in denen dann Pflegefachkräfte Überstunden leisten und einspringen. Geschieht dies nur gelegentlich, zeigen Pflegefachkräfte Verständnis für die besondere Situation. In Einrichtungen, in denen die Personalbandbreite im Minimalbereich liegt, sind häufige Überstunden und das Verlangen nach ständiger Verfügbarkeit an der Tagesordnung. Nicht selten wird in Einrichtungen von Trägerseite gegen arbeitsrechtliche Bestimmungen verstoßen (vgl. 6.7.3.).

6.5.9 Stressfaktor Interrollenkonflikte

Interrollenrollenkonflikt beschreibt die Konfliktsituationen, die sich innerhalb der verschiedenen Rollen in Berufs- und Privatleben für die Person der Pflegefachkraft ergeben, z.B. durch Widersprüche, die sich zwischen Ansprüchen der pflegerischen Arbeit und den gestellte Ansprüchen durch die Familie / den Partner ergeben.

(Grafik Nr.50 / Ensink 2014)

Interrollenkonflikte scheinen in beiden Gruppen ein präsentes Phänomen darzustellen. Bei den Analysen der einzelnen Interviews zeigt sich jedoch, dass die Gruppe mit positiver Sicht häufig nur die Beobachtung schildern, die sie bei anderen gemacht haben. Sie selbst fühlen sich hier nur ausnahmsweise selbst betroffen.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MERE beschreibt eine typische innerfamiliäre Konfliktsituation, die darauf beruht, dass MERE kurzfristig mit einigen Arbeitsstunden an ihrem freien Wochenende rechnen muss

MERE 4: *„[……] weil ich halt gestern einen Streit hatte mit meinem Mann, also spätestens alle vier Wochen kommt das Thema auf den Tisch, weil mein Mann hat halt so beiläufig gefragt: ‚Das Wochenende ist ja frei?´ und da hab ich gesagt: ‚Sonntag ist ganz frei, und Samstag muss ich vielleicht noch mal kurz auf die Arbeit´ und da hat er dann rot gesehen [……..] und allein dieses vielleicht (lacht auf) muss ich arbeiten, da hat natürlich 'ne Explosion wachgerüttelt, weil mein Mann da einfach sehr*

sensibilisiert ist und es kam zu einer Grundsatzdiskussion, die es aber nicht nur auf dieser Arbeitsstelle gibt, ja.“

Etwas später zum gleichen Thema:

I: *Jetzt weinen Sie. Warum?*
MERE 9: *Nee, nee, nee, das ist nicht nur, weil ich manchmal das schlechte Gewissen - ich sag mal gemacht bekomme, ja, das ist natürlich, dass ich diese Arbeit wichtiger nehme als meine Familie. Und das stimmt nicht, ja, das kommt dann von Seiten meines Mannes, der sagt das nicht direkt so, aber unterschwellig und das stimmt einfach nicht. Man kann das nicht gegeneinander aufwerten und ich bin ja froh und dankbar, dass ich einen Beruf machen darf, der mir Spaß macht.*

In der Beschreibung wird nicht ganz klar, ob der Ehemann nun zu wenig Verständnis für die Arbeitszeiten in der stationären Altenpflege hat oder ob er tatsächlich einfach nur intervenieren möchte, weil die Arbeitszeiten über das normale Maß hinaus belastend für die Familie sind. Auch andere Teilnehmer beschreiben solche Situationen und äußern, dass bei der Dienstplangestaltung zu wenig Rücksicht auf das Privatleben der Pflegekräfte genommen werde. Dies sei sehr belastend für Partnerschaften:

UHHE 6 + 7: *„[……] Also wenn ich jetzt in der Zeit, wo ich jetzt zum Beispiel einen Partner hatte, das war einfach Mist, du hast jedes zweite Wochenende Dienst, du hast mal Frühschicht, mal Spätschicht. Mein Partner hat eben immer nur eine Schicht gehabt, der ist immer saufrüh aufgestanden, das heißt, wenn ich Spätdienst hatte, dann hat man sein Privatleben aneinander vorbei gelebt. Dann ist der in's Bett, wenn ich grad mal so ungefähr aus der Arbeit heimgekommen bin, also mit .. einer Partnerschaft ist glaub ich nicht so einfach zu leben, wenn derjenige nicht im gleichen Bereich ist.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

EHAE erzählt, nur bei bestimmten Situationen Meinungsverschiedenheiten mit ihrem Mann wegen der Arbeits- und Freizeitgestaltung zu haben. Ansonsten hätte er Verständnis, da er selbst im Schichtdienst arbeite

EHAE 38: *„Also wenn, dann nur zu bestimmten Veranstaltungen, wenn man sagt, ok, man hat jetzt irgendwie Karten für was gekauft oder würd halt eben da und dort gern hin gehen. Wwenn man dann sagen muss: ‚Nee, da hab ich aber Spätschicht und kann nicht tauschen´ oder ‚Da hab ich Früh´ oder sonst irgendwie was. Probleme .. - das ist dann ja eine Meinungsverschiedenheit halt einfach. Also der Vorteil ist, dass mein Mann auch im Schichtbetrieb arbeitet und also regelmäßiger Schichtbetrieb Früh - Spät - Nacht - und er eigentlich weiß, wie das halt ist, …genau.*

Im Zusammenhang mit dem privaten Umfeld beobachtet AJKA bei Kollegen eine Doppelbelastung durch die Familie, Partner würden wenig Rücksicht nehmen und das Problem eher noch verstärken:

AJKA 106: *„Ja, was anstrengend ist, sind die Frauen, die die Doppelbelastung haben, die Kinder haben, die vielleicht geschieden sind, die sich um die Erziehung kümmern müssen, Schicht arbeiten, das müssen sie alles über einen Hut bringen. Selbst wenn der Mann zu Hause ist, den muss man dann auch noch mit unter den Hut bringen (lacht). Denn - und grad Frauen wollen es ja jedem Recht machen. Und zum Schluss bleiben die auf der Strecke, weil, man kann es nicht jedem Recht machen.“*

Dies bestätigt auch eine andere Probandin. SLMA beschreibt, dass sie immer wieder im Kollegenkreis familiäre Probleme erlebe, die mit dem Beruf zu tun hätten. Sie erlebe häufig vor allem Kolleginnen im Konflikt mit ihren Partnern wegen der Arbeitszeiten. Der sonst während des Interviews häufig lachenden Probandin ist plötzlich eine große Traurigkeit anzumerken.

SLMA 68: *Es ist tragisch. Es ist wirklich tragisch, und ich stell auch fest,*

so die meisten sind Altenpfleger, 100% und so, die scheiden sich auch mit der Zeit oder sind immer mal alleinerziehend, ... weil es schwierig ist, das wirklich miteinander zu verbinden. Also 100% schon garnicht, wenn man mal 50% arbeitet und dann noch Familie, ok, ist es machbar. Aber als 100% Kraft ist es kaum möglich. Also ich hab mich ja damals auch scheiden lassen, weil mein Mann einfach kein Verständnis dafür gehabt hat.... Wo ich dann gesagt hab, nee. Wenn Du dafür kein Verständnis hast, dann kannst Du nicht der Richtige sein. Und alleine geht's einfach besser, man kann sich besser organisieren, man muss nicht immer Rücksicht auf die anderen nehmen. Es ist schon schlimm genug, dass man im Geschäft alles berücksichtigen muss, wenn Du dann noch heim kommst und das Essen muss auf dem Tisch stehen und ... Man gibt so viel im Geschäft - also man gibt nicht nur 100%, man gibt ja wirklich meistens 200 / 300 %. Wenn man dann noch daheim richtig funktionieren muss, da geht man auch kaputt. Und alleine - also mir geht's alleine besser. Das ist traurig. Es ist echt traurig, ne. Wenn man dann denkt, Mensch, ok bis 67 vielleicht arbeiten und dann?..... Es ist schwierig.

Diese Aussagen werfen die Frage auf, ob es tatsächlich Unterschiede im Verständnis des Partners der Teilnehmer gibt, und Pflegefachkräfte ohne Partnerschaft besser mit den Arbeitszeiten zurechtkommen. Ebenso kann der Schluss zugelassen werden, dass besonders belastende Arbeitszeiten (vgl. 6.5.8.) auch beziehungsbelastend wirken.

(Grafik Nr.51 / Ensink 2014)

Die Tendenz lässt eher in diese Richtung vermuten, zumal es sich bei den beiden Teilnehmern der Gruppe mit positiver Einstellung zum einen um die

Ordensschwester handelt, die in einer Gemeinschaft lebt. Nur eine Altenpflegefachkraft ist ohne Partner. Alle anderen Teilnehmer dieser Gruppe haben eine Partnerschaft.

Ob die Trennungs- bzw. Scheidungsraten bei Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege tatsächlich höher sind als die bundesdurchschnittliche Scheidungsrate von 46,23 % im Jahr 2012 (vgl. Statista 2013), wie von einigen Teilnehmern behauptet, lässt sich aus den Ergebnissen der Studie nicht beurteilen. Berufliche Aufschlüsselungen gibt es für Deutschland nicht. Guy Bodenmann beschreibt jedoch, dass Stress zu den Risikofaktoren für erhöhte Scheidungsraten gehört, weil es zwischen den Partnern auf Grund zu geringer gemeinsamer Zeit auch zu *Kommunikationsdefiziten* kommt (Bodenmann 1999).

Schlussfolgernde These:
Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen unberechenbaren Arbeitszeiten und Interrollenkonflikten. Pflegefachkräfte sind deutlich seltener Interrollenkonflikten mit der Familie und dem Partner ausgesetzt, je berechenbarer und planbarer ihre Freizeit ist.

6.5.10 Stressfaktor gesetzliche Bestimmungen

Die Unterkategorie bezieht sich auf den psychischen Druck, der durch tatsächliche oder vermeintlich vorhandene rechtliche Bestimmungen entsteht und damit Ängste auslöst und/ oder sich auf die Arbeitsweise von Pflegenden auswirkt. Dies schließt auch die gesetzlichen Regelungen der Pflegeversicherung mit ein.

(Grafik Nr.52 / Ensink 2014)

Pflegekräfte mit negativer Einstellung scheinen diesen Druck viel häufiger zu spüren wie die Teilnehmer der Gruppe mit positiver Sicht

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

AJUE berichtet, dass sich in Hessen der zugestandene Pflegepersonalschlüssel nach den Pflegestufen der Bewohner berechne. Diese entspreche nicht den tatsächlichen Gegebenheiten, weil plötzliche Veränderungen im Arbeitsaufkommen nicht berücksichtigt würden.

> ***AJUE 67:*** *„… soweit ich weiß, ist in Hessen - gibt es keinen Pflegeschlüssel, sondern die Pflegekennziffer, die berechnet den Stellenschlüssel anhand der Pflegestufen. Also die Bewohner mit den entsprechenden Pflegestufen, das wird mit so 'nem Schlüssel umgerechnet und dieser Schlüssel ist tatsächlich sehr eng bemessen, ja. Ich hab das selber auch nachgerechnet, ob das stimmt mit dem Pflegeschlüssel und das stimmt, ne. Also da ist auch schon von der Politik her oder die das ausgehandelt haben ist mir unbegreiflich, wie die da zustimmen konnten, dass so ein Schlüssel da entsteht. Wobei das Ergebnis dann wiederum verfälscht ist, weil wir Kurzzeitpflegen aufnehmen oder nach Krankenhausentlassungen, die haben gar keine Stufe, sind aber Dreier, ja. Also der Stand der Pflegestufen ist nie aktuell. Das dauert alles viel zu lange, bis da mal was in die Wege geleitet wird, die Höherstufung beantragt, bis das dann durch ist, das Procedere, das dauert alles, ne. Und dann - das stimmt nie wirklich überein, so dass dieser Pflegeschlüssel - ja.... Wenn denn die Pflegestufen alle richtig bemessen sind, würde der auch anders aussehen. ...*

LHME beschreibt die rechtlichen Anforderungen an Pflegefachkräfte im pflegerischen Arbeitsalltag:

> ***LHME 40:*** *„[……] was du alles zu managen hat. Ich mein, ich habe ja dadurch, dass ich nicht nur beim S. (Name) bin, bin ich ja auch in andern*

Häuser. Ich bin in einem Haus in Heppenheim, das ist super strukturiert, da klappt alles. Mit Medikamente, Spritze - (atmet laut ein) - also die besten Hilfsmittel, aber du wirst kontrolliert, du hast halt diesen Druck. Klappt dies und das nicht, hast du eine E-Mail in deinem Computer, wenn das innerhalb kurzer Zeit nicht klappt, droht Abmahnung. Das ist halt dann dieser psychische Druck. Und als examinierte Kraft hascht du noch mehr Druck“

MERE beschreibt den inneren Konflikt, der daraus entsteht, dass durch rehabilitative Pflege Erfolge erreicht werden und Bewohner weniger pflegebedürftig seien. Der geringere Pflegebedarf könne zu einer niedrigeren Pflegestufe und damit zu einem engeren Pflegepersonalschlüssel führen, weil sich der Personalschlüssel nach der Einstufung der Bewohner in die Pflegeversicherung berechne.[56] Die eigentlich notwendige Reduzierung der Pflegestufe habe so reduzierende Auswirkungen auf den Personalschlüssel:

MERE 9: *„Also im Grunde ist man ja jetzt fast in dem Dilemma, man muss ja fast die Pflegestufe wieder zurück stufen, also das haben wir auch schon mal dann gemeldet in ganz wenigen Fällen. Inzwischen gibt's ja wenigstens diese Prämie. Aber dass das als ein Dilemma empfunden wird, - und das find ich auch mit ein Dilemma der Altenpflege. In was für einem komischen Raster sind wir da drin, ja?“*

HBNE empfindet es als Druck, nur geglaubt wird, was dokumentiert wurde

HBNE 22: *„[……] - weil es ist ja wirklich so, wenn irgendwas vor Gericht kommen würde, alles, was nicht aufgeschrieben ist, ist nicht gemacht. [……]“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

AJKA berichtet, dass in der stationären Altenpflege sehr häufig mit juristischen Konsequenzen gedroht werde:

[56] Siehe nachfolgende Seiten

AJKA 35: „ [….]- jedes zweite Wort der Rechtsanwalt - das ist nix.“

EHAE sieht die vielen Bestimmungen und Regelungen kritisch, weil sie sich in erster Linie ausschließlich auf die stationäre Pflege beziehen: Sie erlebe häufig Rechtsverletzungen in anderen Bereichen der Pflege, die keine Folgen hätten.

EHAE 12: *„Gedrückt nicht unbedingt, aber halt eben die vielen Vorschriften. Ja es ist auch so zwiespältig, weil man dann sagt, ok, es ist in Ordnung, dass es gewisse Vorschriften gibt, wo man sich auch halten muss als große Institution. Aber dann denk ich mir auch, wenn wir dann wieder Bewohner bekommen, die von außerhalb kommen, vom häuslichen Bereich und dann geht's halt eben darum, wie ist derjenige sediert worden, wenn er halt eben nachts nicht geschlafen hat und dann kriegt man von Angehörigen gesagt: ‚Ja, da hab ich halt mal eben mal 15 ml Melperon verabreicht oder dann, je nachdem, wie die Nacht halt davor war, och, dann hab ich gedacht, mach ich mal 5´ und so weiter. So diese Diskrepanz einfach, was wird vom häuslichen Bereich, was wird da nachgeguckt, was wird dort gemacht und dann das, was halt eben so'ne Institution, was von der verlangt wird, wo halt wirklich Punkt für Punkt geguckt wird, das alles in Ordnung ist. […….] Es muss halt immer alles erst mal hinterfragt werden. Ist halt so schwierig, das ist halt so dieses Aufgedrückte von außerhalb einfach.“*

Auch ADUE sieht sich ständig verschlechternde Personalschlüssel. Dabei fällt ihr auf, dass sie nicht die Möglichkeit hat zu überprüfen, ob der Personalschlüssel überhaupt stimmt und wie dieser zustande kommt.

ADUE 18: „[*…….] also ich denk, die politischen Verhältnisse haben sich etwas - oder die Ansprüche haben sich verändert und wenn das da weiter geht, dann wär ich schon froh, ja. Ich mein, am Anfang haben wir viel mehr Personal gehabt vor zwanzig Jahren, also das hat sich deutlich verschlechtert.[…….] Also früher haben wir auch mit der höheren*

Besetzung gedacht: ‚Ja mit mehr Personal könnte man mehr machen´ und jetzt bin ich ja froh, wenn ich die Leute behalten kann, die ich hab. Also ich kann das jetzt nicht in Stellenschlüsseln belegen, weil die hab ich nicht, also das sehe ich ja selten...“.

Es zeigt sich, dass für Pflegefachkräfte nicht klar ist, wie Pflegepersonalschlüssel zustande kommen, und wie dies dann letztlich auf die Personalbesetzung übertragen wird. Hier treffen die bundeseinheitlichen gesetzlichen Regelungen des SGB XI, die bestehenden Rahmenvereinbarungen der jeweiligen Bundesländer, die Vorgaben des jeweiligen Landesheimgesetzes und die individuellen Vereinbarungen der Pflegekassen mit der jeweiligen stationären Pflegeeinrichtung aufeinander. So gibt es z.B. im Rahmenvertrag des Landes Hessen keinen festgelegten Personalrichtwert, das Land Baden-Württemberg hingegen hat Rahmenrichtwerte als Bandbreite vorgegeben, die sich nach den Pflegestufen der Bewohner berechnet. Innerhalb dieser Bandbreite ist ein Personalschlüssel für eine stationäre Einrichtung möglich (BMFSFJ 2006 u. Rahmenvertrag Baden-Württemberg 2002). *Heimrecht ist* hingegen *Ländersache* und hat jeweils eigene Regelungen. Im Heimgesetz des Landes Baden-Württemberg z.B. schreibt die Besetzung durch Pflegefachkräfte mindestens 50 % vor, die ab vier pflegebedürftige Bewohner gilt (LHeimG BW § 6 / Abs. 2). Die Einstufung der Bewohner durch Pflegeversicherungen in Pflegestufen ist wiederum eine weitere mögliche Berechnungsgrundlage für Personalbedarf.

Im Folgenden soll zur Erläuterung beispielhaft eine fiktive stationäre Pflegeeinrichtung angenommen werden, um aufzuzeigen, wie weit die Bandbreite der Personaldeckung unterschiedlich aussehen kann, je nachdem, welche Interessen der Betreiber einer Einrichtung verfolgt. Anzumerken ist außerdem, dass die Bandbreiten seit 1996 bestehen und 2002 bestätigt wurden, sich also nicht verändert haben, obwohl es seither zu massiven Veränderungen im Gesundheitssystem gekommen ist (z.B. Einführung der DRGs), die Auswirkungen auf die stationäre Pflege haben.

Laut Rahmenvertrag liegen die Bandbreiten seit 2002 (!) bei (Rahmenvertrag BW, S.13):

Pflegestufe 0 : 1:5,66 bis 1:4,47
Pflegestufe I : 1:3,96 bis 1:3,13
Pflegestufe II: 1:2,83 bis 1:2,23
Pflegestufe III: 1:2,08 bis 1:1,65

Geht man rechnerisch von einer stationären Pflegeeinrichtung mit 40 Bewohnern aus, die mit jeweils 10 Bewohnern in den Pflegestufen Null, I, II und III belegt ist, so ergibt sich mit der Bandbreitenberechnung folgendes Bild:

Pflegestufe	Bewohner	Prozent	Schlüssel		Personalstellen	
			Unter-grenze	Ober-grenze	Unter-grenze	Ober-grenze
Null	10	25 %	5,66	4,47	1,77	2,24
I	10	25 %	3,96	3,13	2,53	3,19
II	10	25 %	2,83	2,23	3,53	4,48
III	10	25 %	2,08	1,65	4,81	6,06
Gesamt	40	100%	1 : 3,17	1 : 2,50	**12,63**	**15,98**

(Tabelle Nr. 3 / Ensink 2014)

Vergleicht man nun die beiden Berechnungen von 12,63 zu 15,98 Vollzeitstellen, zeigt sich eine Differenz von 3,35 Vollzeitstellen bei gleicher Bewohnerzahl und gleichem Arbeitsaufwand. Die Hälfte davon (50 %) sind an Pflegefachkräfte zu vergeben. So wird klar, dass durch die Ausnutzung der Ober- oder Untergrenzen der Bandbreiten ein Einrichtungsbetreiber zur Be- oder Entlastung der Pflegefachkräfte und Pflegeteams beiträgt. Den Pflegefachkräften wird aber häufig suggeriert, dass die Pflegepersonalbemessung fest von außen vorgegeben sei und die Betreiber hierauf keinen Einfluss hätten.

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte erleben rechtliche Regelungen, welche die stationäre Altenpflege betreffen, eher als Einschränkung und Bedrohung, denn als Schutz und Unterstützung. Sie haben die Wahrnehmung, dass ihnen

bewusst wichtige Informationen vorenthalten werden. Zudem wird die Unkenntnis von Pflegefachkräften in rechtlichen Belangen von anderen genutzt, um ihre Interessen gegenüber der Pflege durchzusetzen.

6.5.11 Stressfaktor interne und externe Qualitätskontrollen

Die Unterkategorie bezieht sich auf den psychischen Druck, der durch Qualitätskontrollen entsteht und die Arbeitsweise von Pflegenden beeinflusst. Die Pflegenden empfinden diese Einflussnahme jedoch nicht immer als unangemessen und ungerechtfertigt.

(Grafik Nr.53 / Ensink 2014)

Interne und externe Qualitätskontrollen als Stressfaktor werden wieder von 7 Teilnehmer der Gruppegruppe mit negativer Sicht angesprochen und damit von deutlich mehr Teilnehmer als in der Gruppe mit positiver Sicht. Hier allerdings wird das Thema von einer Probandin intensiver beleuchtet.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Nicht immer stellen die Teilnehmer dabei die Kontrollen als zu übertrieben dar. So wünscht sich im Gegenteil LHME eine strengere Haltung und stärkere Konsequenzen von Seiten der überwachenden Institutionen. Sie hat das Gefühl, dass negatives Verhalten von Heimbetreibern bei externen Qualitätskontrollen geflissentlich übersehen wird.

LHME 36 bis 38: „*Wir müssen manchmal in die Küche gehen, und müssen in dem Becken warmes Wasser holen, weil im Bad kein warmes Wasser ist.“*

I: *„Da muss ich jetzt dann doch mal fragen. Es gibt ja auch Behörden, die hinterher kommen und sich das ganze angucken und kontrollieren?“*
LHME: *„Ja und ich weiß nicht, wie die durch die Heimaufsicht durch kommen. Ich kann's nicht sagen, ja. Also ich sehe so viel Sachen und bin nicht beim MDK. Und wo ich sofort sagen täte, das würd ich bemängeln, das würd ich bemängeln. Ich weiß es nicht?“*

MAJA sieht externe Kontrollen der Pflegequalität als positiv an, findet aber, dass zum einen manche Vorstellungen der Kontrollinstanzen an der Alltagsrealität vorbei gehen, auf der anderen Seite dessen ungeachtet viel übersehen würde und Pflegequalität zu gut bewertet würde. Außerdem hat sie den Verdacht, dass die Einrichtungsleitungen eben doch manchmal vorher schon wüssten, dass eine Kontrolle stattfinde:

MAJA 37: *„Teilweise. Teilweise weiß man das. Ich find das jetzt gut, dass keine Ankündigungen mehr sind. Ich muss auch sagen, ich seh's mittlerweile auch anders mit den Prüfungen. Würd aber auch sagen, dass die teilweise auch 'n bissel utopisch ihre Maßstäbe setzen ….und dann - wenn ich erzählt bekomm, ja unser Haus hat mit 'ner 1,3 oder was abgeschlossen, dann denk ich: ‚Na, das könnt ich aber nicht unterschreiben´, weil so gut ist es nicht.“*

Dieser Eindruck wird auch von MKTS bestätigt, der sogar unterstellt, dass es von den Verantwortlichen gewünscht sei, die aktuellen Zustände in der Pflege so darzustellen, als sei die Pflegequalität in Ordnung. So bräuchte nicht gehandelt zu werden.

MKTS 40: *„[….]. Ich war auch entsetzt, wo ich jetzt grad mal vor paar Wochen dieses Ergebnis dieser MDK-Prüfung hier, wo die Häuser ja alle mit 1,5 war glaub ich der Schnitt in Baden-Württemberg. Ich war so geschockt. Und im Norden 2,5 - ich mein, die haben nicht mal das Nord-Süd-Gefälle vergessen, das gibt's ja schon immer, ne. Ich war so geschockt, ich war so geschockt, hab gedacht, das kann's nicht sein. Pflegeheime im Schnitt von 1,5 - wer hat sich da vorher mit wem*

zusammengesetzt und hat an diesem Ergebnis gebastelt.“

I: *„Es widerspricht Ihren Erfahrungen?“*

MKTS 42: *„Ja, absolut. Damit gibt's nämlich keinen Personalmangel, damit gibt's keine schlechten Bezahlungen, damit sind alle Bewohner gut versorgt, beim Ergebnis von 1,5. [….].Also noch mehr türken kann man ja wohl nimmer. Also ich war so entsetzt, [….].Und dann fühlt man sich vielleicht sogar noch 'n bisschen ohnmächtig, weil man kann einfach nix dran ändern. Ich find das eine so granatenmäßige Sauerei. Nach außen hin steht man da wunderbar und drinnen will's keiner wissen. Schrecklich, ja.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

In der Gruppe mit positiver Sicht werden externe Qualitätskontrollen kritisch gesehen. IASI meint, dass viel Unsinniges verlangt und kontrolliert würde und erzählt dazu ein Beispiel

IAIS 101: *„[……]. Wenn jetzt die Heimaufsicht noch dazu kommt und die Heime auch noch prüft, wo ich dann als denk', ja, jetzt müssen wir jeden Tag uns're kompletten Kühlschränke kontrollieren, wo ich den Sinn nicht wirklich drin seh' und das aufschreiben, also Kühlschranke kontrollieren in dem Sinn, indem ich die Temperatur kontrolliere und das dann auch protokollieren und da seh' ich irgendwie den Sinn jetzt nicht wirklich drin. Ob des jetzt der Lebensmittelkühlschrank ist oder der Medikamentenkühlschrank, weil selbst, wenn das jetzt 8 oder 9 ° ist, das kann ja jetzt nicht, ja. Und wenn ich merke, der Kühlschrank ist warm, wenn ich ihn aufmache, so dann bei 17 °, ja das merk' ich dann auch, ohne dass ich ihn jeden Tag kontrolliere. Also das sind dann so Kleinigkeiten, wo ich dann denk', und es wird halt jeden Tag mehr oder es wird halt jede Woche mehr.“*

NMBZ meint zu den Forderungen von MDK und Heimaufsicht zu immer mehr Dokumentation:

NMBZ 29: *„Wird viel verlangt. Also, diese Pflegeplanungen nehmen viel Zeit – es gibt auch viele Assessment-Bogen und so viele Sachen auszufüllen. Kommt jedes Mal was dazu, was der MDK wieder will (lacht) und die Heimaufsicht will. Kommt halt jeden Tag ein anderes Formulare, was wir ausfüllen müssen.*

SLMA hat ebenfalls einen kritischen Blick auf die Qualitätskontrollen von MDK und Heimaufsichtsbehörden. Sie beschreibt, dass es bei den Qualitätskontrollen viel zu sehr Regelungen und Standards gehe. Bei den Kontrollen erlebe sie aber gleichzeitig, dass das Wohlgefühl der Bewohner eher nicht von Interesse sei.

SLMA 34-36 + 54: *„[……] der Unterschied - denk ich - ist, dass ich eben den Menschen sehe, und bei den Aufsichtsbehörden die Standards, Heimgesetze und sonstigen Rahmenbedingungen, die stimmen müssen. Ich glaub, das ist der Unterschied.*
Das was ich gesehen hab und bis jetzt so miterlebt hab, ja. Also zum Beispiel - der MDK war jetzt bei uns. Der Bewohner an sich war nicht wirklich wichtig. ... es war wichtig, dass die zwischen den Zehen sauber ist, dass der Mund gepflegt ist, dass der Po gut aussieht und dass die Dokumentation stimmt. Aber ob's den Menschen da gut geht, […….] - ist es nicht wirklich..... […….] Ja so'ne gute Mischung, so ein bisschen Aufsichtsbehördendenken und mein Denken, das wär perfekt.“

Mit der neuen Leitung habe sich aber auch Stress bei Heimbegehungen gelegt und der Stil sei freundlicher und kooperativer. Heute erlebe sie auch Freude bei den Begehungen

SLMA 54: *„[……]* wir hatten ja ein schwieriges Standbein bei der Heimaufsicht, muss man ja sagen. Wir sind ja da auf Kriegsfuß - also wir nicht, sondern die Leitung, standen ja auf Kriegsfuß mit denen *[…….]. D*ie sind ja schon zu uns ins Haus gekommen mit so'nem Gesicht, und Du hast genau gewusst, oh lieber Gott.... das gibt wieder die Hölle, ne.. Und heut, wenn sie jetzt kommen, können sie auf einmal lachen, *[……]* es ist

ein anderes Miteinander, *[……]*, sie sind freundlicher. Das macht auch Spaß.“

Schlussfolgernde These:

Externe Qualitätskontrollen werden von den Pflegefachkräften in der praktischen Pflegearbeit eher geschätzt, denn als lästig empfunden. Sie sind allerdings auch misstrauisch gegenüber der Neutralität der überprüfenden Instanzen und sehen manche Feststellungen als unrealistisch positiv und politisch gewollt an.

Besonders die Pflegefachkräfte mit negativem Blick auf ihr Berufsfeld wünschen sich externe Qualitätskontrollen als Unterstützung ihrer Arbeit, indem bei Qualitätsberichten Mängel ernsthaft thematisiert werden mit und der Fokus der Kontrollen weg von immer mehr Dokumentation hin zur Lebensqualität von Bewohnern geht.

6.5.12 Persönliche Rahmenbedingungen

Die Unterkategorie beschreibt, dass das private Umfeld in beruflich schwierigen Situationen eine sehr gute Unterstützung sein kann oder auch negativ beeinflussend wirkt.

(Grafik Nr.54 / Ensink 2014)

In beiden Gruppen werden persönliche Rahmenbedingungen von jeweils 14 Teilnehmern angesprochen. Sie scheinen demnach von hoher Wichtigkeit als fördernder oder hindernder Faktor in der beruflichen Zufriedenheit zu sein.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MERE erzählt, dass es ihr die finanziellen Rahmenbedingungen der Familie ermöglichen, in einem schlecht bezahlten Beruf in Teilzeit zu arbeiten. Zudem achtet sie darauf, ein Privatleben zu haben, das nichts mit Altenpflege zutun hat

MERE 9 + 12: *„[……] Schicken Sie mich in die Bank, ja, oder als Steuerfachgehilfin, dann geh ich kaputt, ja. Und ich weiß, es gibt einfach Leute, die müssen irgend 'nen Beruf machen, um Brot zu verdienen oder Geld zu verdienen und ich hab Gott sei Dank die [……] Absicherung, wir haben ein solides Einkommen, wir sind nicht reich, aber ich muss jetzt auch nicht auf jeden Cent gucken.“*
[……] „Und privat gesehen, denke ich, dass man halt aufpassen muss, dass man auf Grund dieses ganzen sozialen Berufsbildes und mit den Wechselschichten und so sich da noch 'ne Gegenwelt dazu auf - also Gegenwelt hört sich vielleicht zu - zu anti an - aber dass man einen anderen Blick auf's Leben privat hat. Wenn man nur noch mit alten Menschen befreundet ist und nur noch mit Arbeitskollegen, dann verschiebt sich das eigene Ich und das ist sehr gefährlich, ja.....“

EESA beschreibt, dass sich gut mit langjährigen Freundinnen austauschen könne, aber sie ihren Ausgleich am besten in Spaziergängen mit ihrem Hund finde.

EESA: „*Ich hab einen Hund. Also mein Ausgleich ist eigentlich die Natur. Ich geh jeden Tag eine Stunde spazieren. Ich hab langjährige Freundinnen, mit denen ich mich oft austausche. Ich fühl mich hier in meiner Wohnung wohl, ich leb hier gern. Also wenn ich wirklich jetzt ganz ausgepowert bin, könnt' ich mich niemals auf eine Couch legen [……], ne, ich muss dann raus. Ich muss dann raus, ich geh dann mit dem Hund in den Wald, lauf da eine Stunde, dann merk ich, ach, ne, der Kopf wird klar, und man sieht auch alles nicht mehr so verbissen. Also so geht mir's, ich seh's dann nicht mehr so verbissen.“*

Auch FGEH findet ihren Ausgleich bei Spaziergängen mit dem Hund. Sie sagt, dass es ihr gut tue, dabei Menschen mit ganz anderen Themen zu treffen.

> ***FGEH 48 + 49:*** *„Mein Hund …. Mit dem geh ich jeden Mittag fort in den Wald, treffe mich dort mit Leuten, wo ich schon ewig kenne..., wo auch einen Hund haben. Und wenn ich nicht mit den Leuten reden will, dann gehe ich wo anders, wo ich weiß, ich bin allein. Das ist ganz unterschiedlich wie ich das grad verspür an dem Tag, wie ich das gern mache will. Ich weiß, wann die Leute unterwegs sind und dann (atmet hörbar ein) klingel ich sie an: ‚Ich komm auch´. Und das sind natürlich dann andere Themen, was die haben (lacht).“*

HBNE versucht sich gedanklich nach Dienstschluss gedanklich von ihrem Beruf zu lösen und ist erfreut, dass ihr dies gelingt. Sie betont, dass dies nicht der Grund sei, weshalb sie ihren Beruf negativ sehe:

> ***HBNE 16 + 17:*** *„Also, - ich hab' mir von Anfang an angewöhnt, - wenn jetzt nicht was wirklich .. ganz Außergewöhnliches passiert ist, dass, wenn ich aus dem Geschäft raus gehe, dass ich das abschalten kann. Das geht, ich weiß nicht wie ich das mach (lacht), aber das geht, also ich mach dann einfach noch viel andere Dinge, um mich abzulenken. Ich lern grad Klavier, früher hab ich getanzt... ja. […….] Und das kann ich dann schon, also das ist. jetzt nicht das Problem, aber ich bin trotzdem dann im Arbeitsalltag unzufrieden - und wenn ich an die Arbeit denk, oder so - ja.“*

MKTS hingegen möchte sich gerne über seinen Beruf austauschen und beschreibt, dass er auf Desinteresse stößt, wenn er im privaten Umfeld über seinen Beruf berichten möchte.

> ***MKTS 52:*** *„Ha - im privaten Umfeld. Ja eventuell die Möglichkeit, auch daheim mal etwas über den Job zu erzählen. Gut da hatte ich jetzt auch Problem mit, konnte ich auch nicht so“*

LHME beklagt, dass auf Grund der zunehmenden Arbeitszeit kaum noch Zeit und Kraft für private Aktivitäten zum Ausgleich bliebe und hierüber nachgedacht werden müsse. Sie habe zunehmend das Gefühl, dass vielen Pflegekräften für ein ausgleichendes Privatleben die Kraft fehle:

> ***LHME 77:*** *„Also ich denk, dass man halt eine Harmonie zu Haus haben sollte ,einen Partner, mit dem man reden kann, der auch Verständnis hat . Und dass man zu Hause auch abschalten kann. […….] Viele vom Personal sage zu mir, wenn sie Dienstende haben, außer dann daheim auf die Couch legen, haben sie gar nix mehr vom Leben. Weil sie einfach kaputt sind. Und das kann's halt nicht sein. Und - (atmet laut ein) - dass man halt auch noch ein Hobby hat und das Leben ist nicht nur, dass ich schaffen geh und heim geh und auf die Couch geh und das war's, ja. Also ich muss noch genug irgendwo Kraft haben, dass ich mal mit 'ner Freundin was machen kann, oder mal was unternehmen kann, aber wenn du nur auf der Couch liegst, das kann's ja nicht gewesen sein. Also ich denk, das muss noch so viel Kraft da sei, dass man was unternehmen kann.....Weil - und das ist das Lied, was ich von allen hör.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Die Teilnehmer der Gruppe mit positiver Sicht treffen Feststellungen, die viele Anmerkungen der Teilnehmergruppe mit negativer Sicht untermauern. EHAE grenzt sich in ihrem Privatleben von ihrem Berufsleben bewusst ab:

> ***EHAE 35:*** ***„****Du willst es ja wirklich eigentlich nicht, obwohl es für's Geschäft vielleicht schon mal nicht so schlecht wär, aber da grenze ich mich dann doch schon sehr ab. Also da hab ich einfach einen ganz anderen Kreis, ich weiß nicht, ob's 'ne Angst ist, irgendwie zu viel mit nach Hause zu nehmen, dass ich das automatisch schon mach... Also ich sag da schon bewusst den Ausdruck Angst. Weil ich das einfach nicht will. Das ist das Berufliche und da ist dann halt einfach Schluss. So sozial, wie der Beruf auch ist, aber, nee, das ist dann das andere Soziale. Ja.“*

NMBZ beschreibt, dass sie immer sehr stark von ihrem Mann unterstützt wurde und immer noch wird. Sie erklärt, dass sie dies stets als eine große Erleichterung empfunden habe, weil sie bei Kolleginnen immer wieder das Gegenteil mitbekommen habe. Das mache sie auch sehr zufrieden in ihrem Beruf:

> ***NMBZ 49 - 51: „****Erst mal die Zufriedenheit, was man macht in dem Beruf. Und, also ich hab' mich damals schon, wo ich die 2 kleinen Kinder hatte, (stöhnt) Frühschicht, Spätschicht und Wochenende unter einem Hut zu bringen, das war für mich sehr schlimm. Aber dann hat sich mit meinem Mann das gut eingespielt, wenn ich frei hatte, hat er Dienst und so haben wir ohne Mühe unsere Kinder und fand ich dann schon gar nicht mehr schlimm. Weil, ich konnte meinem Mann vertrauen, dass er genauso machte wie ich.“*
> ***I:*** *„Also, Ihr Mann hat Sie sehr stark unterstützt?“*
> ***NMBZ:*** *„zu Hause ja sehr stark. Für mich war das ja sehr schön. Ich konnte aufstehen, mich fertig machen, zur Arbeit kommen. Mein Mann hat dann Rest gemacht. Was wiederum für andere nicht so toll war. Die müssten die Kinder fertig machen selber und ihr Mann hat sie dann zum Kindergarten oder Tagesstätte gebracht. Deshalb war für mich kein Stress. Das wollte ich nur sagen. Wochenende konnt' ich auch in Ruhe arbeiten. Lange Dienste, obwohl das schlimm ist, aber ich konnte mit Ruhe arbeiten, weil zu Hause alles in Ordnung war. Weil die Kinder gut versorgt waren und gegessen haben (lacht). Also, deshalb hab' ich diesen Stress nie gehabt.“*

Auch *NMYA* sieht in ihrer Familie die Quelle ihrer Kraft:

> ***NMYA 15: „****Ja - in der Familie bekomme ich sehr viele Kräfte. Also ich sag, ich gehe gerne von zu Hause zur Arbeit und gerne von der Arbeit (lacht) nach Hause. Es ist doch ein Ausgleich. […….] Mein Kind auch gibt mir so Kraft und Ablenkung - man braucht's auch.“*

Dies wird auch von der folgenden Probandin so beschrieben. ODTA nennt

den Rückhalt ihrer Familie als wichtigen Faktor, in ihrem Beruf zufrieden arbeiten zu können. Dazu gehört auch das Verständnis ihres Mannes für ihren Beruf:

> ***ODTA 56:*** *„Also privat brauchst man eine Familie, wo hinter einem ist. Bei mir, muss ich sagen, meine Kinder haben alle drei immer verstanden, wenn ich auch Probleme hatte, habe ich auch mit denen geredet. Früher hab ich auch einen Ehemann gehabt, und mit dem hab ich auch geredet, der ist auch in dem Beruf - nicht Altenpfleger, aber der ist Sanitäter, ne. Und mit dem hab ich auch früher ziemlich viel gesprochen über das Ganze. Und auch meine Kinder, je größer sie geworden sind, die haben auch viel Verständnis und so.“*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte sehen als private Rahmenbedingungen neben dem Partner und der Familie auch den Freundes- und Bekanntenkreis, sowie finanzielle Ressourcen und Hobbys als Ausgleichsmöglichkeiten zum Beruf. Viele legen großen Wert darauf, in ihrem Privatleben berufliche Belastungen zu thematisieren. Besonders Familien geben durch Verständnis und praktische Unterstützung den Pflegefachkräften Rückhalt für den Beruf. Auf der anderen Seite benötigen Pflegefachkräfte aber auch ausreichend Freiraum, Familienleben und Freundeskreis zu pflegen. Dies muss durch ein ausgeglichenes, berechenbares Freizeitvolumen gewährleistet sein, um fördernd auf die Berufsmotivation zu wirken.

6.6 Wert von Pflege

Pflege wird von den meisten Teilnehmer ein hoher Wert zugemessen. Die Unterkategorien werden dabei in ihrer Häufigkeit wieder unterschiedlich angesprochen und zeigen dabei den Grad der Wichtigkeit in ihrer Wahrnehmung auf.

(Grafik Nr.55 / Ensink 2014)

Alle Teilnehmer definieren, was für sie gute Pflege heißt. Die Unterkategorien zum *Therapeutischen Wert von Pflege* oder *Erfolgreiche Pflege ist Kunst* werden nur von einzelnen Teilnehmern angesprochen. Dennoch sollen alle Unterkategorie im folgenden Abschnitt Beachtung finden:

6.6.1 Gute Pflege

Gute Pflege meint Beschreibungen des persönlichen Verständnisses guter Pflegequalität, das sich nach den eigenen Vorstellungen richtet und von rechtlichen Bestimmungen oder Lehrbuchmeinungen abweichen kann.

(Grafik Nr.56 / Ensink 2014)

Beide Teilnehmergruppen können sehr genau beschreiben, wie sie gute Pflege definieren. Ihr Bezugspunkt ist dabei stets die stationäre Altenpflege. Viele merken aber gleichzeitig an, dass Ihnen und den Bewohnern hierfür nicht die Rahmenbedingungen zugestanden würden. Viele Kriterien guter Pflege werden wiederholt von Teilnehmer genannt. Die Auswahl der genannten Anmerkungen ist umfangreich.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

Für die Probandin AJUE ist gute Pflege auch die Erfüllung angemessener körperlicher Pflege, dann, wenn der Bewohner dies braucht. Sie ist entsetzt darüber, dass in der stationären Pflege inzwischen nicht einmal mehr die Erfüllung von Grundbedürfnissen gewährleistet sei. Sie ist der Meinung, dass es bereits ein Fortschritt in die richtige Richtung wäre, könnte man in der stationären Pflege wenigsten „satt und sauber“ menschenwürdig umsetzen:

> ***AJUE 49 - 51:*** *„Das geht schon bei den Grundbedürfnissen an, dass die befriedigt werden. Dass ich sie zur Toilette bringen kann, wenn sie denn müssen. Dass ich ihnen was zu essen geben kann, wenn sie das möchten. Und dass ich die Zeit habe, die sie brauchen, um eine Mahlzeit auch zu beenden, ja. Ganz einfache Grundbedürfnisse erfüllen können. Dann wär das einmal ein Anfang, ja. Das wär schon mal was. Ja. Ja.*
> *Ich hör immer wieder Kollegen, die als Antwort dann Bewohnern entgegnen, die äußern, sie müssen auf Toilette, [……] - kann ja auch nicht mehr jeder, aber die, die das können und die das äußern, was die dann so zur Antwort kriegen, ne.*
> ***I:*** *Was kriegen sie zur Antwort?“*
> ***AJUE:*** *Jetzt nicht, keine Zeit. Haben ja 'ne Vorlage. [……]*

BJJH geht es ähnlich. Auch sie belastet es zu sehen, dass auf Grundbedürfnisse und Wünsche zu wenig eingegangen werden kann. Sie äußert, das für es für individuelle Versorgung wie das Beibehalten von Lebensgewohnheiten der Bewohner nicht mehr ausreichend Zeit gebe. Dies sei die Grundlage guter Pflege:

***BJJH 15**: „ […….] An dem Bewohner orientiert, d.h. was möchte der Bewohner, ja, nicht wie muss ich schnell fertig werden, sondern, was möchte er, wie möchte er gewaschen werden, oder wie möchte er irgendwelche Cremes, ja? Wir hatten 'ne Bewohnerin, die hat sich früher immer schminken lassen, ja und irgendwann war selbst die Zeit für's Schminken nimmer da, wo ich dann gedacht hab, aber das ist doch - das macht sie doch aus mit ihren über neunzig, die morgens halt einfach gern noch ihre Augenbrauen noch mal nachgefahren hatte und bissel Lippenstift aufgelegt, das hat sie doch einfach auch verdient. Und dass das einem nimmer möglich ist, weil einfach fünf Minuten Zeit teilweise schon zu Diskrepanzen geführt haben, weil wir sonst nimmer rum kamen. Ja - also es heißt den Bewohner individuell nach seinen Wünschen versorgen zu können.“ […….]*

HVHA beschreibt gute Pflege auch als die Möglichkeit, flexibel reagieren zu können, wenn die Situation dies erfordert und dabei auf ausreichende Ressourcen zurückgreifen zu können.

***HVHA:** Wenn wenn man sich Zeit nehmen kann, auch wenn man total schwierige Bewohner hat, […….] und wenn ich wirklich alle Materialien zur Verfügung hab, das wär auch super. Wenn ich noch mehr Examinierte hinter mir hätte, wo ich sag: ‚Kannst du den nicht mal eben spritzen gehen oder kannst du nicht mal den Blutzucker machen, ich brauch jetzt hier etwas länger´. Das wär für mich gute Pflege. […….]*

Für UHHE ist gute Pflege aktivierend und getragen durch Respekt vor der Autonomie des Bewohners:

***UHHE 19:** „Das schließt ein, dass ich ihn respektiere in seiner Art, dass ich versuche, nicht über ihn drüber zu bügeln, sondern seinen Spielraum lasse. Dass ich ihn unterstütze, dass er noch, das was er machen kann, selber machen kann. ..... Ja und dass ich schaue, was er gerade braucht,*

also nicht unbedingt das, was jetzt auf meinem Plan steht, […….] er will das nicht - wir machen was Anderes dem entsprechendes.“ […….]

Für HBNE zeichnet sich gute Altenpflege neben einer korrekten Grund- und Behandlungspflege vor allem auch durch Beschäftigung und Begleitung der Bewohner aus. Sie betrauert sehr den Verlust dieses Arbeitsbereiches an Hilfskräfte nach § 87 b, der ihre Motivation zur Berufswahl war:

HBNE 6: *... Gute Pflege empfinde ich, dass sich der Bewohner wohlfühlt, er auch Aufmerksamkeit bekommen kann, dass ich nicht ständig sagen muss: ‚Ich kann jetzt nicht´, oder immer nur ganz kurz Zeit hab, also nicht nur für die reine Grundpflege, sondern einfach auch für persönliche Dinge, für ein Gespräch mal, oder so. Das ist so, ja. .. Also für mich bedeutet gute Pflege nicht nur, dass der Bewohner keinen Dekubitus hat, oder dass der keine Wunden hat und sonst nix, sondern einfach auch, das Persönliche... Wo ich das Gefühl hab, das kann man gar nimmer leisten. […….] und ... ja das andere kann man schon gleich gar nimmer leisten, also zumindest nicht die Pflege, also das was für mich auch Pflege ausmacht, das wird viel mehr jetzt in diese Alltagsbegleitung mit aufgenommen und über Ehrenamtliche ... Das gibt's schon viel, aber das macht für mich auch die Pflege aus und deswegen hab ich auch den Beruf gemacht „ […….]*

Für JRSE ist gute Pflege auch die Möglichkeit, Sterbende zu begleiten und Angehörige in ihrer Trauer zu unterstützen.

JRSE 48: *„Zeit haben für die Bewohner, nicht nur diese Sauber-Satt und so Sachen, sondern sich wirklich vielleicht auch mal mit jemand hinsetzen zu können, […….] wenn einer im Sterben liegt, dass er dann in dem Moment keine Last ist, […….], wenn die Angehörigen da sind, der ist verstorben und trauern, […….]*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

KSJA beschreibt wie andere, dass für sie gute Pflege den pflegebedürftigen alten Menschen neben Gefühl der Zufriedenheit auch Freude vermittelt

KSJA 51: „*Hm - gute Pflege. - also gute Pflege für mich, das ist die Leute sind zufrieden [……] Die Leute sind zufrieden.. …..und die haben Spaß“*

Die Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht bildet für IMAA Kern guter Pflege:

IMAA 15 + 16: „*Also , dass praktisch ich als Person von den andern so wahrgenommen werde, wie ich wirklich bin und was ich auch wirklich mag und nicht irgendwie 'en Hut aufgesetzt bekomm, wo ich gar nicht möcht. Ich will vielleicht gar nicht da zum Singen, werde aber hingefahren. Also das auch zu akzeptieren, wenn jemand nicht möcht, ja. Oder auch vielleicht auch nicht essen will oder nicht trinken will. Warum soll ich demjenigen - weil ich will's auch nicht, ja. Dieses einfach - ich - sein dürfen, ja mit allen, was dazu gehört.“*

Für MFAE ist ihre Haltung gegenüber den pflegebedürftigen Menschen wesentlich, gleich, in welchem Zustand sie sich befinden. Erhalten und Respektieren der Menschenwürde ist deshalb für sie der Kern guter Pflege.

MFAE 5: *Für mich ist gute Pflege, wenn ich die Bedürfnisse des anderen erkenne und auch soweit es in meiner Macht steht, auch erfüllen kann. Und ihm als Mensch seinen Wert lassen - also nicht ihn nur noch als Diagnose oder als auf meine Hilfe Angewiesenen sehe, sondern wirklich noch als Mensch und auch mit Würde, ja. Das ist für mich gute Pflege.*

Der Krankenschwester NMYA ist wichtig zu betonen, dass es eine Hierarchie der Wichtigkeit pflegerischer Arbeit gebe. Sie sehe in die psychische Ausgeglichenheit der Bewohner höherwertig an, als Mithilfe bei Diagnostik und Therapie, also der sogenannte Behandlungspflege. Sie beschreibt dabei auch, dass sich hier ihr Blickwinkel seit der Ausbildung verändert hat und

schlägt so eine Brücke zu der Qualität von Ausbildung und gewonnener Erkenntnis durch Berufserfahrung:

> ***NMYA 22: „****Weil als Krankenschwester - also bei mir in der Ausbildung man hat gar nicht so viel Zeit gewidmet für Sachen, was so die Seele anbetreffen. Es geht eher so um das Körperliche. Pflegen - Spritzen - Essen verabreichen - Infusionen anhängen. Und jetzt so mittlerweile denk ich mir, ja das ist alles wichtig, kein Thema, Hygiene und so, aber viel wichtiger ist, wie der Bewohner sich fühlt. So alltäglich, weil das Leben besteht aus dem Alltag und man lebt ja jede Minute, jede Sekunde und meistens wird da ein Tag für jeden und umso mehr für Bewohner einfach von Kleinigkeiten abhängig. Und jetzt denk ich, ist es viel wichtiger, dass man so eher auf diese Gefühle eingeht und versucht die Bewohner ein bisschen glücklicher zu machen, ein bisschen - ja - das Leben ein bisschen zu erleichtern. Es ist für mich jetzt wichtiger geworden, als so direkte Pflege.*
> ***NMYA 25:*** *.. Gute Pflege (lacht), das ist eine gute Mischung aus pflegerischen Tätigkeiten und …... - Einfühlsamkeit...“*

Auch gezielte Kommunikation mit dem alten Menschen und Biographiearbeit werden als Kern guter Pflege gesehen. So beschreibt die Ordensschwester HAJA:

> **HAJA 18+19:** „*…..ja, spreche und erzähle oder frage. Ich frag viel. Wenn - ich denk immer, dass das Gehirn auch mitarbeitet, wenn man sie fragt, was sie vorher getan haben, - was sie gearbeitet haben - daheim von zu Hause her, ja. Also die Biografie so ein bisschen von den einzelnen Schwestern.“*

SLMA beschreibt Biographiearbeit und familiäre Rituale als elementaren Kern guter Pflege, besonders im Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen. Gute Pflege soll für sie ein familiäres Gefühl vermitteln:

> ***SLMA 27 + 28:*** *[….] Ich denk einfach, dass das Menschliche viel mehr im*

Vordergrund stehen müsste. Gespräche, ja, also dieses Biografische ist mir immer sehr wichtig, [….] grad bei den Dementen. Ja und einfach diese Zufriedenheit der Bewohner. Das ist mir wichtig. [….] Aber ich denke einfach so der persönliche Bezug und mir ist auch wichtig, dass zum Beispiel beim Mittagessen sich die Pflegekräfte mit an den Tisch setzen und mit essen. Wir setzen uns zu den Bewohnern hinzu, [….] das ist mir wichtig. [….] einfach das Familiäre. [….] Ich bin ein Familienmensch, ich brauch Leute um mich rum und das brauchen alte Menschen auch. Gerade die, die in den Altenheimen sind, wo die Kinder keine Zeit haben und nur zweimal im Jahr kommen [….] also denen ist das wichtiger, wie eben geschniegelt und gestriegelt von Kopf bis Fuß am Tisch zu sitzen. Auch wenn das natürlich auch wichtig ist, ganz klar.

EHAE nennt eine Reihe von Kriterien, die für gute Pflege notwendig sind. Auffällig ist dabei „*ein kleines bisschen PC-Arbeit*“, die neben Anderem ihren Platz findet. Hervorgehoben werden aber von ihr ebenfalls Aktivierung, Beschäftigung und Alltagsbegleitung. Sie erklärt denn auch, dass sie ihre Vorstellungen guter Pflege aktuell nicht umsetzen könne:

EHAE 13 +26: *„.... Auf die Menschen eingehen, Zeit mitbringen, - ehm - Verständnis für denjenigen zu haben, - ehm - mit demjenigen lachen, weinen können, ... ein kleines bisschen - ehm - PC-Arbeit noch dazu, dass alles dokumentiert ist (lacht). […….]. Also in der Pflege - so wie jetzt Grundpflege - momentan nicht. Mir kommt sofort so die Aktivierung in den Sinn (lacht). ja, ja. Also Aktivierung, sei's jetzt irgendwie durch Singen, dann irgendwelche Sachen von früher her, so 10-Minuten-Aktivierung, mit jemandem was nähen, irgendwie - keine Ahnung, backen, so das Alltägliche einfach.“*

AJKA möchte bei guter Pflege auch individuelle Lebensentwürfe akzeptiert wissen. Sie meint, dass gute Pflege keinesfalls erzieherisch sein darf, sondern Bewohner in ihrer Eigenart annehmen muss, ohne sie verändern zu wollen:

AJKA 60 + 62 + 65: *„Ja, das ist klar. Ich - was - was gut.. - erstens mal ist in meinen Augen gute Pflege eine menschliche Pflege mit Einfühlungsvermögen. Also auf jeden .. einzelnen Bewohner eingehen... auf seine Bedürfnisse, nicht was auf dem Papier steht. Das ist in meinen Augen gute Pflege. [……] Ja, auf die Bedürfnisse von den Menschen zu gehen. So, zum Beispiel ich krieg jetzt einen Bewohner, der hat .. 110 Kilo. Der war sein Leben lang schon dick. Und der kommt mit 90 Jahren zu mir auf den Wohnbereich. Täten Sie denjenigen auf Diät setzen? [……] Total Persönlichkeit von den Bewohnern anerkennen, weil - wenn ich einmal alt bin, ich will meine Persönlichkeit auch nicht verlieren, bloß weil ich in ein Heim geh, ne. [……] Wieso sollen die ihr Leben aufgeben, nur weil sie in einem Heim sind.*

Die beschriebenen Kriterien guter Pflege in der stationären Altenpflege unterscheiden sich nicht in den beiden Teilnehmergruppen. Es zeigt sich, dass die Pflegefachkräfte in hoher Übereinstimmung beschreiben können, was für sie gute Pflege ist. Fasst man die Kriterien zusammen, wird schnell ersichtlich, dass die Pflegefachkräfte weit mehr von guter Pflege erwarten, als die Rahmenbedingen der Pflege es ermöglichen.

Darstellung der Kriterien guter Pflege:

(Grafik Nr.57 / Ensink 2014)

Natürlich ist den Pflegefachkräften die korrekte Grund- und Behandlungspflege wichtig. Hierzu sollen ausreichend Zeit und Material zur Verfügung stehen. Um sich mit anderen in Fachfragen austauschen und Verantwortung teilen zu können, ist es notwendig, nicht nur mit Hilfskräften zu arbeiten. Besonders wichtig für gute Pflege in der stationären Altenpflege erscheint es aber, dass die Pflegefachkräfte die Bewohner gut kennen. Sie legen großen Wert auf Biographiearbeit und die Akzeptanz der persönlichen Lebensentwürfe der Bewohner. Eine angemessene Kommunikation und Respekt vor der Autonomie des Bewohners soll gewährleisten, dass diese Lebensgewohnheiten beibehalten können, und auch Beschäftigung und Alltagsbegleitung sollen zu Zufriedenheit und Freude der Bewohner beitragen. Die Erhaltung der Würde des Bewohners und die

Berücksichtigung seiner Gefühle vor allem in Situationen hoher Verletzlichkeit und im Sterbeprozess sind ebenso ein elementares Kriterium guter Pflege, wie die Begleitung der Angehörigen in solchen Situationen.

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege haben eine klare Vorstellung von guter Pflege, die häufig mit der Realität nicht in Einklang zu bringen ist. Dies bringt sie in einen permanenten Konflikt mit ihrer moralischen Integrität

6.6.2 Einsicht in den therapeutischen Wert von Pflege entwickelt sich erst mit der Berufserfahrung

Die Unterkategorie beschreibt die Erkenntnis, dass man erst im Laufe der Berufserfahrung den hohen therapeutischen Wert von Pflege begreift. Diese Unterkategorie wird insgesamt bloß von drei Teilnehmern überhaupt angesprochen. EWRE geht darauf allerdings intensiver ein und knüpft damit an ihre Motivation durch Pflegerfolge an (vgl.6.6.3)

> ***EWRE 13. + 14: „****[……] und dann durfte ich mir einfach aussuchen im Bewerbungsgespräch, in welche Einrichtung ich gehen möchte. Von Intensivstation, Krankenhaus bis alle Ambulanzbereiche bis Langzeitpflege wär möglich gewesen. Und ich hab mich ganz bewusst für die Langzeitpflege entschieden, weil ich bis dahin in der Pflege - gelernt hatte, dass es sehr wohl so ist, dass vernünftige Pflege einen erheblichen therapeutischen Wert hat.*

Schlussfolgernde These:
Die Erkenntnis des therapeutischen Wertes von Pflege ist Sinn stiftend für die Arbeit von Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege.

6.6.3 Pflege hat einen therapeutischen Wert

Die Unterkategorie beschreibt den Anspruch an Pflege, den betreuten und gepflegten Mensch in einem verbesserten Zustand zu verlassen. Die

therapeutische Wirkung von Pflege zeigt sich in einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und /oder hat psychologische Auswirkungen.

(Grafik Nr.58 / Ensink 2014)

Dass Pflege einen therapeutischen Wert hat, stellen 9 Teilnehmer der Gruppe mit positiver Sicht fest und kommen darauf teilweise mehrfach zurück. Dies erscheint für die anderen Teilnehmer weniger deutlich.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MERE äußert, dass aktivierende Pflege zwar erwartet würde, dafür aber die Ressource Zeit nicht bezahlt werde:

> ***MERE 15 + 16:*** *„wir sollen zwar aktivierende Pflege machen, aber das wird ja nicht bezahlt, laut Kriterienkatalog ist das was, was wir automatisch dazu liefern sollen“*

HBNE beschreibt, dass ihm die Arbeit mit den alten Menschen nach wie vor Freude macht, wenn er sieht, wie seine pflegerische Arbeit wirkt:

> ***HBNE 19 + 20:*** „Grad konkret, das war wieder die Bewohnerin mit der Depression, also die kam zu uns und die konnte nichts, die konnte nicht laufen, die konnte nicht stehen, die konnte nicht gehen, die war wie so ein Gummimann, total in sich eingefallen und wenn man dann die Veränderung sieht, wenn sie regelmäßig Medikamente nimmt, wenn sie regelmäßig isst. Jetzt läuft sie und kann selbständig viele Dinge machen. *Das - ja, das ist schön dann, wenn man das sieht. .. Oder wenn man auch*

mal Gespräche führt und jemand aufbauen kann, wenn's jemand schlecht ging und der sich danach besser fühlt, ja - ganz verschiedene Dinge, sonst hätt' ich den Beruf ja nicht gemacht, also (lacht) - ehm - in der Arbeit mit den Bewohnern macht mir das schon viel Spaß....“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Die Krankenschwester EWRE beschreibt den therapeutischen Wert von Pflege als den Grund für ihre Entscheidung in der Langzeitpflege zu arbeiten. Dies könne man als Pflegefachkraft nur in der stationären Altenpflege zeigen und dies würde sie auch von sich erwarten:

EWRE 15 + 16: *„Und diesen therapeutischen Wert der Pflege kann ich aber im Krankenhausbereich in diesen kurzen Sequenzen, die man heute mit den Menschen da zu tun hat, überhaupt nicht zeigen. Und das war mir wichtig, dass ich diesen Aspekt in meinem beruflichen Leben auch mal ausleben kann, zu zeigen: ‚Aha, Pflege hat 'nen sehr therapeutischen Wert, wenn ich das richtig tu´. Und das kann ich jetzt (lachend).“*
EWRE 22: *„Es geht aber drum, dass derjenige, wenn ich bei ihm war und ihn gewaschen hab, dass er sich dann, wenn ich gehe, wesentlich wohler fühlt, dass er in einem anderen Zustand ist, als in dem, in dem ich ihn vorgefunden hab. Den Anspruch hab ich an mich, dass der Mensch in einem anderen Zustand ist, wenn ich ihn wieder verlasse.“*

ODTA arbeitet in einer stationären Pflegeeinrichtung, in der auch sehr viele Bewohner mit apallischem Syndrom versorgt werden. Sie beschreibt ihre Freude über Erfolge durch Pflege.

ODTA 23: *.. Eine Pflegesituation, wo mir Freude gemacht hat? ..... Ja, wir haben viele bei uns, wo Freude gemacht haben. Wo Bewohner gekommen sind nach einem Autounfall und mit Trachealkanüle, mit PEG-Sonde und mit Katheter gekommen sind und dann - ich glaub, nach eineinhalb Jahren oder fast zwei Jahren wieder nach Hause gegangen sind. Dass diese ganzen Sachen weg waren, die Trachealkanüle, die*

PEG und die Bewohner selbständig wieder gegessen haben und das war nicht nur eine, da waren schon ein paar.

SLMA beschreibt ebenfalls ihren Stolz über die therapeutische Wirkung von Pflege. Sie ist überzeug von der Sinnhaftigkeit pflegerischer Arbeit:

SLMA 53: *„Der Bewohner kam völlig - eigentlich abgeschrieben - bettlägerig, immobil. Kannst' vergessen, musst du lagern, ne. Pflegestufe erhöhen und so. Wenn ich denk, und das hat mich wahnsinnig stolz gemacht, vor allem auch dann den Bewohner zu sehen, also er war ja selbst motiviert, wie ich da gesagt hab: ‚Mensch kommen Sie, das schaffen wir und ich weiß, dass Sie das können´ ... Und dann einfach diesen Menschen zu sehen, wie er am Rollator läuft, in den Speisesaal geht und voller Brust sagt: ‚Guten Morgen´ und dieses Grinsen und .... das hat mich wahnsinnig glücklich gemacht. Das macht mich stolz. Da weiß ich, ich bin im richtigen Beruf...“*

AJKA beschreibt ihre Freude über ihre pflegerischen Erfolge:

AJKA 34: *„Ja, wie ich den Wohnbereich X übernommen hab.. damals, da waren ….. 12 oder 13 Bewohner mit Kathetern, nach einem Jahr war hab ich bloß noch einen gehabt mit Katheter - die sind alle weggekommen bei mir. Dann hab ich Bettlägerige, also Bewohner gehabt, die nicht mehr aus dem Bett gekommen sind - Pflegestufe III - da ist mir die eine bald abgehauen. Ich hab sie dann soweit wieder gehabt, dass sie aus dem Bett ist - also mit dem Rollator gelaufen ist und irgendwann hab ich aus dem Fenster geguckt und hab gedacht, och da unten läuft ja die Frau X. Das macht Spaß. Das macht richtig Spaß.“*

Schlussfolgernde These:
Den therapeutischen Wert ihrer pflegerischen Arbeit erkennen zu können wirkt motivierend auf die Pflegefachkräfte und erhöht die berufliche Zufriedenheit.

6.6.4 Langzeitpflege ist lebendig

Lebendigkeit beschreibt die Unvergleichbarkeit einzelner Pflegesituationen unter einander, die Planungen nur bedingt ermöglicht und die umfassende Fähigkeiten einer Pflegekraft immer neu herausfordert

(Grafik Nr.59/ Ensink 2014)

Die Lebendigkeit der Langzeitpflege wurde insgesamt von 12 Teilnehmern angesprochen. Dabei thematisieren diese Unterkategorie doppelt so viele Teilnehmer der Gruppe mit negativer Einstellung, als die Teilnehmer der anderen Gruppe. Diese Lebendigkeit wird in beiden Gruppen meist als erfreulich dargestellt.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MERE erzählt von einem Kollegen, der in der Lage ist, seine Lebendigkeit auf den Umgang mit den Bewohnern zu übertragen und so Begeisterung zu vermitteln

MERE 6: „*Wir haben 'en jungen Kollegen, also der ist so alt wie ich, aber er ist irgendwie vom Typ noch jünger, der ist super beliebt bei den Leuten. Grad vor 2 Tagen hat 'ne Angehörige gesagt: ‚Ich hab ihn so in mein Herz geschlossen´. Die alten Leute lieben ihn auch. Er ist sehr spontan, der steht bei uns im Garten auch mal, buddelt am Gartenteich, bringt Mirabellen rein, schneidet die auf, gibt die den Leuten, also, das ist aber halt so 'n Typ, der bringt unheimlich viel Leben rein, der bringt viel Sozialpädagogisches rein*,“

HVHA beschreibt die entlastende Wirkung der Lebendigkeit in der Pflege

HVHA 68: […….]. Wenn er sich über mich ärgert, ist immer blöd. Da hab ich absolut kein Problem, weil ich denk: ‚Ja gut, er ist ja eben schnell gewaschen. Maximal 'ne halbe Stunde, dreiviertel Stunde, je nachdem wer vor einem ist. Und danach ist wieder was ganz anderes.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

SLMA beschreibt, dass sich im Lauf ihrer Berufsjahre der Blick auf die Pflege verändert habe. Sie könne heute gut annehmen, dass sich Pflege oft nicht standardisieren lasse. Für sie sei heute das individuelle Wohlgefühl des Bewohners ausschlaggebend:

SLMA: *„Also früher war's wirklich so, das Bett musste super glatt sein, der Schrank musste ordentlich sein,... Ist mir jetzt auch noch wichtig, aber nicht mehr so wichtig. […….] Der Bewohner muss sich wohlfühlen. Wenn's demjenigen so gefällt, ist das für mich auch in Ordnung. Das hab ich früher nicht verstanden..,“*

Für EWRE ist Pflege gerade deshalb abwechslungsreich und somit lebendig, weil Pflegesituationen sich nicht in Schemen pressen lassen und trotz aller Ähnlichkeit dennoch immer wieder individuell anders sind und damit neu:

EWRE 27 bis 30: „*...Also ich fühl mich da halt grundsätzlich gut dabei und sehr lebendig. Also das ist so, ... ich spür halt immer dieses Lebendige dabei.*
Ich hab vor Jahren 'nen Satz vom Buber gehört und ich find der ist total zutreffend für Lebendiges. Der hängt da in meinem Küchenschrank. Ich kann ihn eigentlich nur... ich kann's nicht so gut sagen, wie er das gesagt hat, drum würd ich den gerne mal ablesen. Weil ich find den.. der ist total zutreffend für Lebendigkeit. […….]

Martin Buber sagt[57]: „Trotz aller Ähnlichkeiten hat jede lebendige Situation wie ein neugeborenes Kind auch ein neues Gesicht, das es noch nie zuvor gegeben hat und das es auch nie mehr wiederkehren wird. Die neue Situation erwartet von Dir eine Antwort, die nicht im Vorhinein vorbereitet werden kann. Sie erwartet nichts aus der Vergangenheit. Sie erwartet Präsenz, Verantwortung, sie erwartet Dich.
[…..] Weil manche Leute sagen, ach Gott, wie kannst denn Du so einen Beruf machen. Das ist doch stinke langweilig. Jeden Tag dieselben Sachen. Leute waschen, Leute anziehen, Hintern putzen, Essen hinstellen, weiß ich was. Aber das ist völlig falsch. Das ist eben nicht so. Sondern, es ist immer lebendig.“

Schlussfolgernde These:
Das Wahrnehmen von Lebendigkeit der stationären Altenpflege ist eine wichtige Grundlage, um die pflegerische Arbeit als abwechslungsreich und nicht eintönig zu empfinden. Eine immer weiter schreitende Standardisierung der Pflege wirkt dem kontraproduktiv entgegen und wirkt sich so auf den Freiraum der pflegerischen Arbeit beschränkend aus.

6.6.5 Krankenhausaufenthalte sind für (pflegebedürftige) alte Menschen oft gleichbedeutend mit pflegerischem Rückschritt

Die Unterkategorie beschreibt die kritische Sicht auf Auswirkungen von Krankenhausaufenthalten auf die zuvor erzielten pflegerischen Erfolge für geriatrische Patienten. Sie wurde in beiden Gruppen jeweils von drei Teilnehmer erwähnt. Die Aussagen sind dabei stets mit bestimmten Erzählungen über Bewohner verknüpft und der Blick auf die Pflege alter Menschen im Krankenhaus ist eher ablehnend. Es erscheint wichtig, dass diese Feststellungen nur zur Hälfte von Altenpflegefachkräften getroffen wurden, also nicht durch eine Ausbildungsfachrichtung heraus getroffen wurden.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

[57] Die Teilnehmerin zitiert Martin Buber

Der Krankenschwester MERE kennt die Krankenhauspflege gut, da sie viele Jahre auf einer Intensivstation gearbeitet hat. Sie sieht sehr große Unterschiede zu der Pflege alter Menschen in Krankenhäusern, die nicht selten zu Lasten der Bewohner gehen und in den Pflegeeinrichtungen zu zusätzlichen Belastungen führen:

MERE 9: „*Also an und für sich entwickelt sich vieles positiv, aber wenn ich so die Situation aus dem Krankenhaus sehe, - gestern kam 'ne Dame zurück, die Nichte ruft uns an: ‚Die kommt halt heute aus dem Krankenhaus zurück, bitte duscht sie gleich, wenn sie kommt´. Die Dame hätte man sowieso nicht gleich überfallartig duschen können. Die Begründung war: ‚Sie ist so dreckig´. Und es war wirklich so, dass die Situation unschön war, in der sie zurück kam, und dass dann ganz oft - . Also ich will auch keinen Pott gegen die Krankenhäuser aufmachen, - wir haben auch Kliniken, mit denen wir echt gut zusammen arbeiten. Wo ich sag, da ist auch eine gute Pflegeüberleitung. Aber es gibt halt auch die anderen Fälle, wo ganz klar diagnostisch durchuntersucht wird und immer heißt es: ‚Die kam mit Exsikkose aus dem Altenheim´, ohne dass dann vorher geguckt wird, wie war die Situation etc.“*

MKTS berichtet darüber, dass in Krankenhäusern häufig, ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse und den Willen der alten Menschen Rücksicht zu nehmen, Prozeduren vorgenommen würden. Er unterstellt, dass es hier vielfach auch um Einnahmen ginge. Er erzählt exemplarisch die Geschichte einer Bewohnerin.

MKTS 30: *„Eine andere Bewohnerin, war mit ihrem Mann zusammen [……], der Mann ist dann gestorben [……]. Die gute Frau hat's Essen und Trinken verweigert. Im Gegensatz zu andern, die eigentlich dann eher immer mehr eintrüben, […..] die Frau wurde immer klarer. Das war echt der Hammer, die hat dann innerhalb von 6 Wochen, 8 Wochen, 11 Kilo abgenommen - […..] - ich hab gesagt: ‚Hör zu, du wenn du so weiter machst, sobald du in's Krankenhaus kommst, du kriegst diesen Schlauch. Weißt du das nicht´. Na gut, der Arzt musste sie einweisen, wegen*

schlechter Blutwerte, sie kam dann in's Krankenhaus. Da hat man den Sohn einbestellt: ‚Ja ihr Mutter, das Herz ist sehr schlecht, müsst man einen Herzkatheter machen. Gut und unterschrieben, Herzkatheter. ‚Ja, aber auf Grund dieses Ernährungszustands kann man keinen Herzkatheter machen, weil man muss sie ja erst aufpäppeln, also muss man eine Magensonde legen.´ Gut unterschrieben, war die Magensonde auch gelegt. ‚Ja, wissen sie, ihr Mutter ist so dement, die weiß gar nicht mehr, ob sie Hunger hat. Also bevor man irgendwas Weiteres macht, muss man das erst mal abklären, wie dement sie wirklich ist.´ 2 Wochen Psychiatrie. Man hat diesen Herzkatheter nicht gemacht. […..] nachher interessierte diese Magensonde keinen Menschen. Und wehe man schickt da mal jemand in's Krankenhaus, weil die Magensonde gewechselt werden müsste, […..] - Theater, ne. Da ist nix mehr dran verdient. Aber so 2 - 3 Beutel Sondennahrung am Tag, ich glaube, wenn man sagt, vielleicht 2 Euro pro Beutel Verdienst - das lohnt sich. Und wenn man das bundesweit umrechnet, ist das schon ein netter Verdienst, ne. Und es soll mir niemand sagen, dass […..] man dann aus Gründen der Menschlichkeit eine Magensonde kriegt. Ganz sicher nicht.“

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

NMBZ hat den Eindruck, dass sich die Pflege alter Menschen im Krankenhaus zunehmend verschlechtere, weil die Krankenschwestern dort keine Zeit mehr hätten. Dies würden auch die Angehörigen inzwischen bemerken. Alle Beteiligten seien daran interessiert, die alten Menschen so rasch wie möglich in die stationäre Pflegeeinrichtung zurückkehren zu lassen, weil die für sie besser sei:

NMBZ 47: *„Weil sie vorher dieses Krankenhaus durchgemacht haben und dann den Unterschied merken, dass es doch hier besser ist. Dass sich mehr Zeit genommen wird und vieles gemacht wird. Dass die jederzeit kommen können und jederzeit treffen sie ihre Angehörige in sauberem Zustand an und nicht verhungert oder verdurstet. Also, diese Position erlebe ich jetzt sehr oft, vermehrt seit 2 Jahren. Weil vor Jahren waren*

Krankenhäuser natürlich viel besser, aber jetzt ist es so, dass die Krankenschwestern nie Zeit haben und die Bewohner lieber sofort wieder zurück in das Altenheim bringen wollen. Viele Angehörige müssen, wenn die Angehörigen in´s Krankenhaus kommen, sehr oft hingehen zum Nahrung reichen. Die sehen, dass die Mutter, der Vater da nichts bekommt. Dass die abnehmen sehen die.“

GEDF ist ebenfalls der Ansicht, dass es oft besser ist, die Bewohner im Pflegeheim zu belassen, weil sie dort die Ruhe bekommen, die sie benötigen, und dass die Entscheidung für eine Krankenhauseinweisung genau abgewogen werden muss:

GEDF 21: *„[……] Es kann ja sein, dass 'ne Diagnosestellung jetzt gut ist und es kann auch sein, dass 'ne Therapie gut ist, aber es ist oft mal so, also ich denk, es ist besser, der alte Mensch bleibt jetzt bei uns und kann sein Leben in Ruhe beenden.“*

Schlussfolgernde These:
Die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppenpauschalen) hat einen veränderten Umgang mit den Patienten in Krankenhäusern zur Folge, die sich auch im pflegerischen Umgang mit alten Menschen zeigt. Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege äußern sich über häufig stattfindende unangemessene Pflege der alten Menschen im Krankenhaus. Pflegefachkräfte der stationären Altenpflege zeigen den Wunsch nach mehr Einflussnahme, wenn sie Krankenhauseinweisungen nicht sinnvoll finden. Von Auswirkungen auf die Berufsmotivation kann jedoch nicht ausgegangen werden.

6.6.6 Erfolgreiche Pflege ist eine Kunst

Erfolgreiche Pflege ist eine Kunst meint die Notwendigkeit besonderen Talentes für erfolgreiche Pflege.

(Grafik Nr.60 / Ensink 2014)

Die Meinung, dass erfolgreiche Pflege Kunst sei, wurde nur in der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung vertreten. Sie stellte fest, dass es Pflegefachkräfte gibt, die durch ein besonderes Talent mehr Erfolg als andere in der Pflege haben.[58]

EWRE ist der Meinung, dass es Pflegefachkräfte gibt, die dieses Talent mitbringen, es aber nicht allen gegeben ist.

> ***EWRE 31: „****Jemand ein Essen zu geben, ist eine große Kunst, jemand was zu trinken zu geben, ist eine große Kunst, und ich frag mich immer, warum kann da einer jemandem, der schluckgestört ist, sehr wohl zu trinken geben und durchaus auch aus einem Becher zu trinken geben und der andere muss es immer andicken, anrühren und der andere kriegt es nie fertig, ohne zu verschlucken - ohne sich zu verschlucken, was zu sich zu nehmen. Da gibt es einfach Unterschiede.“*

ADUE unterstützt diese Ansicht:

> ***ADUE 32:*** *Na ich bin schon der Meinung, man muss entweder ein Talent haben – […….] Weil ich geh auch davon aus, das hab ich auf der Schule gesehen, dass es sicherlich Leute gibt, die haben den Abschluss und haben trotzdem wenig Talent. Also es kommt da auch auf die Praxisumsetzung an, also kommt's mir eigentlich ziemlich arg drauf an. […….].*

[58] Bereits Florence Nightingale beschreibt in ihren *Bemerkungen zur Krankenpflege* (*Notes on Nursing*) Pflege sei eine *Kunst* (Schweikardt & Schulze-Jaschok 2005)

Schlussfolgernde These:

Pflegefachkräfte schreiben pflegerische Erfolge in herausfordernden Pflegesituationen neben dem Fachwissen auch einem besonderen Talent zu. Dies impliziert, dass Pflege eben nicht ein für jeden erlernbarer Beruf ist. Erfahrene motivierte Pflegefachkräfte erfüllt dies mit Stolz

6.7 Nähe und Distanz

Die Nähe-Distanz-Regulation ist als Teil der nonverbalen Kommunikation im sozialen Umgang von Belang. Im gesellschaftlichen und sozialen Kontakt mit anderen Menschen, also emotional nicht nahestehender Personen, wird eine räumliche Distanz erwartet, auch wenn die Größe der erwarteten Distanz kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen unterliegt. Wird diese räumliche Distanz unterschritten, kann sie das Aufkommen von Aggressionen oder Fluchtgefühlen auslösen (Gaede, 2007 / Stangl 2014). In vielen Pflegehandlungen müssen persönliche Distanzgrenzen zwischen Pflegekräften und Bewohnern notwendigerweise überschritten werden und führen damit zu einer (Pflege)beziehung in der Nähe- und Distanzverhalten zu einer Herausforderung werden.

(Grafik Nr.61 / Ensink 2014)

Nähe zulassen zu können, aber auch Distanz halten zu können, sind für die Arbeit in der stationären Altenpflege wesentliche Grundlagen. Darauf fußt nicht nur die Arbeit mit den Bewohnern, sondern ebenfalls der Umgang mit Angehörigen, den Kollegen, den Vorgesetzten und kooperierenden Personen anderer Berufsgruppen, wie z.B. Ärzte.

6.7.1 Krankenhauspflege ist distanziert

Die Unterkategorie beschreibt den Unterschied möglicher Distanz zu den Patienten in der Krankenhauspflege im Vergleich zur Langzeitpflege.

(Grafik Nr.62 / Ensink 2014)

Nur sechs Teilnehmer haben im Interview diesen Begriff angesprochen. Sie beschreiben die unterschiedliche Nähe-Distanz-Regulation in den beiden Fachrichtungen der Pflege und bewerten diese auch.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

JRSE unterstellt die größere Distanziertheit in Krankenhäusern gegenüber alten Patienten, die es Mitarbeitern ermögliche, bei alten Menschen einen Kosten-Nutzenvergleich anzustellen:

> ***JRSE 18 + 19:*** *Ja. Kostet ja. Da kommen auch so Sätze: ‚Bringt doch nichts, er ist schon alt´. Auch von Ärzten. Den kriegen wir nicht mehr schmerzfrei, der ist doch alt.* ***[……]*** *Das ist diese Bedeutungslosigkeit alten Leuten gegenüber. Dass sie nur noch als Kostenfaktor gesehen werden.*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

EWRE erklärt, dass es in der Krankenhauspflege wesentlich leichter sei, Distanz zu den Patienten zu wahren, als dies in der Langzeitpflege möglich sei.

EWRE 9: *„Also da war mir's wichtig, im Krankenhausbereich mit dieser nur kurzen Zeit - mit Patienten umgehen müssen, da kann man einfach mit mit 'ner gewissen Fassade arbeiten.“*

NMYA bezieht sich auf die Nähe, die in der Langzeitpflege der stationären Altenpflege zu Bewohnern entstehen kann und beschreibt dies als Besonderheit der Altenpflege.

NMYA 10: *„…das ist die Besonderheit der Altenpflege, ich glaube, außer im Hospiz gibt es das in keinem Beruf mehr. Auch im Krankenhaus nicht, im Krankenhaus ist das ein anderes Erlebnis, der Bewohner wird entlassen. Und bei uns gibt's keine Entlassungen, es ist Erlösung.“*

ODTA kritisiert die Vorstellung innerhalb der pflegerischen Berufsgruppen, dass Altenpflege weniger Fachwissen erfordere und damit weniger Wert sei als die Krankenpflege. Sie betont, dass Altenpflegekräfte sogar ein besonderes Fachwissen im Bereich des psychologischen, gerontologischen und ethischen Wissens haben. Sie ist überzeugt, dass Altenpfleger deshalb besser mit der großen Nähe in der Altenpflege umgehen können:

ODTA 16 - 18: *„Ich denk, die Krankenschwestern haben in Heimen viel besseren Stand als Altenpfleger. Alle meinen, dass die Krankenschwestern ein besseres Wissen haben als die Altenpfleger. Nein, vielleicht haben sie medizinisch oder so ein besseres, aber von nicht vom Verstand her, vom Herz her, denk ich mal, vom Gefühl her, - haben die Altenpfleger schon viel mehr. Nämlich in Krankenhäuser kommen die Leute und gehen, ne Und wir sind jahrelang mit so Leuten zusammen“*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege entwickeln in ihrem Berufsfeld mehr als in der Krankenhauspflege zu den pflegebedürftigen Menschen eine nahe Pflegebeziehung. Die Toleranzdistanz kann auf Grund der lang andauernden Pflegebeziehung und des Pflegebedarfs in vielen Pflegehandlungen nicht eingehalten werden. Für Pflegefachkraft und

Bewohner bewirkt dies eine größere Nähe, als dies von Mitarbeitern in anderen Arbeitsbereichen erlebt wird. Die Pflegekraft benötigt die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstdistanzierung, um nicht die Nöte einzelner Bewohner zu ihren eigenen zu machen (vgl. 6.7.2. + 6.11.7).

6.7.2 Langzeitpflege erfordert die Fähigkeit zu Nähe und Distanz

Die Unterkategorie beschreibt die Notwendigkeit, in der Langzeitpflege gut mit Nähe und Distanz umzugehen, Nähe zulassen zu können, aber auch die notwendigen eigenen Grenzen rechtzeitig abstecken zu können. Diese erfolgt in der Begegnung mit dem pflegebedürftigen Menschen. Es wird die Beziehung und das Maß des Zulassens von Nähe im direkten pflegerischen Handeln geschildert

(Grafik Nr.63 / Ensink 2014)

Diesen Aspekt sprechen Teilnehmer der Gruppe mit positiver Sicht deutlich häufiger an, als die anderen Teilnehmer. Ihn zu reflektieren ist für sie eine wesentliche Basis um lange in der stationären Altenpflege arbeiten zu können.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MERE beschreibt ihre Beobachtung, Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege würden sehr häufig sich zu wenig von ihrer Arbeit und Kollegen abgrenzen.

MERE 5: „*…aber ich hab das Gefühl, bei vielen ist es so, da ist gerade in der Altenpflege die Arbeit Sinnfindung, die Kollegen sind die Freunde*

und das macht aber mit Probleme, […….] weil was ist, wenn man sich plötzlich da nicht mehr so gut verträgt und wenn man dann - also bei mir ist das eher so, dass ich da eher ein bisschen distanziert bin und dass ich weiß, dass - also die eine Kollegin, ich war dann einmal mit ihr weg, aber ich will da auch gar nicht zu sehr, dass sich alles nur noch um die Arbeit kreist“

Für MFAE bedeutet, Distanz zu halten, neben einem körperlichen Abstand zu aggressiven Bewohnern durchaus auch eine distanzierte innere Haltung:

MFAE 26: *„Also im Moment haben wir ja einen Bewohner der ja, sich sehr schwierig versorgen lässt und der, wenn er irgendwas nicht versteht, oder ihm grad nicht in den Kram passt, dann auch aggressiv wird, und damit hab ich schon ein Problem. Also der anderen - auch mit der Hand - mit der Faust droht oder auch mal versucht, zu schlagen oder so und das ist für mich schon was, was belastend ist.*
I: *Was macht das mit Ihnen? Was geht in Ihnen da vor?*
MFAE 27: *Also im ersten Fall mit der Aggressivität ist schon so, dass ich ja so 'ne innerliche Distanz hab, ja - also ich nicht so unvoreingenommen auf denjenigen zu geh - also so auch in die Nähe, sondern immer so ein bissel auf Hab-Acht-Stellung bin, so man weiß ja nicht, ob man jetzt nicht (lacht) eine gewienert kriegt (lacht)“*

MAJA bekennt Gefühle von Erniedrigung, Ekel und Scham, wenn Bewohner sie mit aggressivem Verhalten attackieren und sie entwickelt Schuldgefühle, weil sie selbst in diesen Situationen ebenfalls aggressive Empfindungen zeigt. Sie verspüre mangelnde Wertschätzung durch Ignorierung der Wehrlosigkeit von Pflegefachkräften:

MAJA 33 + 34: *„Grad auf dem Demenzbereich, weil wir viele haben die aggressiv sind. Bewohner, die schlagen, kratzen, beißen, treten, spucken - alles. Und ich glaub nicht, dass das jeder einfach so weg stecken kann. Es ist nicht schön, wenn man auf die Brille geschlagen bekommt oder wenn man gekratzt wird oder bespuckt wird. Also ich hab so eine Theorie,*

dass halt aus Ekel Scham entstehen kann, Aggressivität, aber auch so Schuldgefühle.
Und wenn jemand einen kratzt, dann ist das eine Erniedrigung oder Bespucken, das ist eine Erniedrigung und - ja ich kann mich schon schämen dadurch, oder ich werde dann aggressiv, weil ich find, ich muss mir das nicht gefallen lassen. Also ich bin ja nicht da, um den Bewohner zu quälen, ich bin da, um ihn zu helfen und um ihn vielleicht aus einem nassen Bett raus zu holen aus einer Situation, die er eben nicht mehr so wahrnimmt. Und das ist schwierig, weil das nicht thematisiert wird: ‚Ach der war wieder so unruhig´ oder ‚der war wieder so aggressiv´. Aber ich hab auch Situationen erlebt, wo 'ne Pflegehelferin dann rauskam: ‚Ja ich hab den jetzt versorgt, aber der hat mit einem Stock auf mich eingedroschen´. Und dann hab ich gesagt: ‚Ja warum bist du nicht rausgegangen und bist dann später rein oder hast mich reingeschickt? Warum hast du das ausgehalten, du musst das nicht aushalten´. Aber das ist da so ein Druck irgendwie - Helfer, die sich nicht trauen, was zu sagen und Examinierte, die - also ich selber merk das auch, dass wenn der Helfer nicht weiter kommt, dann muss ich das machen, weil ich hab ja Examen. Aber dass ich mit dem Examen keine Superkräfte hab oder kein, …. kein Ekelschalter oder Emotionsschalter, den ich mal ausschalten kann, das wird dann nicht gesehen. Aber die Examinierte muss das dann machen, wenn kein anderer weiter kommt (lacht). Hab ich so das Gefühl, dass das oft so ist. Oder man hat ja den Beruf gelernt und man muss es ja machen - das gehört ja dazu.....“

BJJH äußert, sie sei verärgert über das von den Medien vermittelte Bild der stationären Altenpflege. Es würde ein Bild gewalttätiger Pflegekräfte in stationären Altenpflegeeinrichtungen entstehen, die Bewohner schlecht behandelten. In der Realität seien jedoch die Pflegenden viel häufiger Opfer von Gewalt. Dies würde aber ignoriert und man würde mit der Situation allein gelassen:

***BJJH 70**: […….] „Und was mich wahnsinnig auch immer wieder ärgert, sind diese ganzen Aufschreie über Gewalt in der Pflege. Wer schreit mal*

über die Gewalt, die Pflegekräften ergeht, also ich hab's grad letztens mit Leuten drüber gehabt, wo ich gesagt hab: ‚Es wird immer nur geschrien, was die Bewohner alles aushalten müssen. Wie oft bin ich geschlagen, gepetzt, gewürgt und sonst was worden´, ja. Also man erlebt dann da auch so viel, ja. Klar, versucht man's dann immer wieder zu rechtfertigen mit, der Bewohner kann nix dafür, dass er jetzt so gehandelt, wie er gehandelt hat, das ist seine Krankheit. Aber ich hab's trotzdem erlebt deswegen, ja. Ich hab die Übergriffe erlebt und darüber wird nicht gesprochen.“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Sich nicht abgrenzen können und dies dann als Belastung zu erleben, scheint auch für Pflegefachkräfte ein Problem zu sein, die mit grundsätzlich positiver Einstellung im Beruf stehen. So beschreibt EHAE, bestimmte Verhaltensweisen von Bewohnern verfolgten sie bis in das Privatleben hinein:

EHAE 30: *„[…..] also wir hatten einen Bewohner, der ständig immer wieder das Gleiche gesungen hat, sehr laut in allen seinen Stimmungslagen […..] und das ist eigentlich deswegen belastend, weil ja wir nicht richtig an ihn dran gekommen sind, immer nur situationsweise, aber nicht so wünschenswerter Weise, dass es halt einen ruhigen Arbeitsalltag gibt. […..] wo Du dann wirklich heimgefahren bist und Du hast ihn singen hören. Man hat diese Melodie im Kopf gehabt, man hat's nimmer raus gekriegt. Da denkt man so, das kann's eigentlich nicht sein, Du bist hier jetzt zu Hause oder sonst irgendwo und Du hörst diese Melodie, das kann's einfach nicht sein.“*

Für SLMA ist der Tod von Bewohnern eine Belastung, mit der sie trotz Berufserfahrung noch nicht umzugehen weiß. Mit Sterben und Tod umgehen zu können und eine professionelle innere Distanz halten zu können, gelingt ihr immer noch nicht:

SLMA 17: *„.. Ganz konkret. ... Ich weiß, man darf's nicht, aber man hat ja Bewohner, die liegen ja einem arg am Herzen und andere nicht so, und ich bin ja sehr emotional und wenn ich einen Bewohner ins Herzen eingeschlossen hab, ist es für mich ganz schlimm, wenn er verstirbt. Also da geht's mir dann auch - ich glaub fast schlechter wie manchem Angehörigen von den Bewohnern, wo ich selber auch noch sag, das musst Du auch noch ändern, aber ich jetzt noch nicht den Weg dafür gefunden hab... Das ist schwierig.“*

Die Probandin NMYA hat hier hingegen einen Weg gefunden, mit dieser Situation umzugehen. Sie kann dann gut mit dem Sterben von Bewohnern umgehen, wenn sie die ihr lange Zeit nahe gestandenen Bewohner im Sterbeprozess angemessen begleiten und so ihre moralische Integrität erhalten kann:

NMYA 10: *„Es ist auch so - Sterbebegleitung - es ist zwar ein trauriges Thema, wo die meisten dann denken, was kann denn dran Schönes sein. Aber es sind oft Bewohner, die leben jahrelang bei uns im Haus. Und irgendwann, man sieht sie 8 Stunden pro Tag, meistens 6 Tage pro Woche, und von meisten Bewohner kennt man viel mehr als die eigene Familie. Es gibt Bewohner, wo man denkt, fast alles zu wissen, weil die Bewohner finden auch, ja, das ist meine Bezugsperson und erzählen sehr viele Sachen und irgendwann, wenn die Bewohner sterben, ich finde das wirklich schön, sie begleiten zu dürfen, damit sie wissen, sie sind nicht alleine. Da ist jemand, der jahrelang mit mir da war und der begleitet mich jetzt.“*

Die erfahrene EWRE formuliert es als Notwendigkeit für Pflegefachkräfte, in der Langzeitpfleg gut mit Nähe zum Pflegebedürftigen umgehen zu können, aber gleichzeitig auch die eigene Abgrenzung zu beherrschen. Nur wer die eigenen Grenzen kenne und diese auch gegenüber den Pflegebedürftigen stecken könne, könne diesen Beruf auf Dauer leisten:

EWRE 11: *„Man braucht vor allem viel mehr, - man muss viel besser mit Nähe und Distanz umgehen können, als in Kurzzeit. Kurzzeit ist das grad egal. Da bin ich drei Tage freundlich und mach immer ein freundliches Gesicht, ganz egal, was der andere mir zumutet, das kann ich mir in der Langzeitpflege überhaupt nicht leisten, da muss ich sehr klar und sehr frühzeitig zeigen, wo meine Grenzen sind, damit man gut miteinander umgehen kann.“*

Auch für GEDF scheint die Nähe-Distanz-Regulation in seiner Arbeit zu gelingen. Dazu ist für ihn die Begleitung Sterbender eine Notwendigkeit, und er fordert hierzu die Möglichkeit ein.

GEDF 7: *„.... Also er bedeutet mir, dass ich intensiv mit Menschen umgehen kann, sie auch in Extremsituationen begleiten kann, dass ich auch ja - intensive persönliche Kontakte auch pflegen kann natürlich immer unter dem Verhältnis, Nähe und Distanz, ... dass man auch sich wieder distanzieren muss, ... es bedeutet mir vor allem auch, dass ich Menschen begleiten kann und darf in ihrer letzten Lebensphase und da das tun kann oder tun darf, sag ich mal, was ich kann.“*

Schlussfolgernde These:
Langzeitpflege ist eine Form der Pflege, die lang anhaltende Beziehungen zu Menschen mit Pflegebedarf entstehen lässt. Gewalterfahrungen im Berufsalltag sind häufig, werden jedoch von der Umgebung ignoriert - es gibt kaum Entlastungsmöglichkeiten. Pflegende benötigen ein Arbeitsklima, das Abgrenzungen in grenzverletzenden Pflegesituationen zulässt. Um das Sterben eines Bewohners, zu dem eine Pflegebeziehung bestand, emotional verarbeiten zu können, ist es notwendig, dass die Bezugspflegekraft die Möglichkeit hat, den Bewohner in seinem Sterbeprozess zu begleiten.

6.7.3 Umgangsformen in der Pflege

Die Unterkategorie beschreibt die Auswirkung angemessener oder unangemessener Umgangsformen im Berufsalltag auf Pflegebedürftige, Angehörige, Vorgesetzte und das Pflegeteam. Es schließt auch die Wirkung

auf das Selbst ein. Dabei geht es im Gegensatz zu „*Hierarchien in der Altenpflege*“ um die Form der Kommunikation mit Anderen.

(Grafik Nr.64 / Ensink 2014)

10 Teilnehmer der Gruppe mit negativer Einstellung treffen Aussagen zu Umgangsformen in der stationären Altenpflege. Dabei tritt zu Tage, dass Pflegefachkräfte offensichtlich von Vorgesetzen nicht selten herablassend behandelt und beschimpft werden.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

JRSE ist vom Umgangston mit Pflegekräften enttäuscht. Sie erlebt einen respektlosen Umgang mit Pflegekräften. Sie schlussfolgert aus den Erzählungen von Leiharbeitskräften, es sei auch in anderen Einrichtungen so, dass Vorgesetzte drohen, um ihre Ziele durchzusetzen. Der Umgangston mit den Mitarbeitern sei trotz Pflegefachkräftemangel rüde.

> ***JRSE 37 +38:*** *„Ich höre, dass es mittlerweile in andern Einrichtungen auch nicht anders ist. Weil wir haben ja viele MPL - also Leihfirma - wo ja in anderen Häusern rumguckt, und die haben gesagt, da geht's mitunter auch so zu. Weil einfach auch dieser ganze Druck da ist, von den Kollegen her, Angst vor Stellenverlust und so weiter. Deswegen kuschen die. Ich weiß nicht, das kriegt man glaub ich, manchmal von der PDL durch die Blume. Wobei ich da wieder mitkriege von vielen Examinierten, dass da der Wandel ist. Die merken, es wird ja überall gesucht. [……] Haben wir auch schon oft gesagt, die müssten uns eigentlich besser behandeln. Weil ja überall gesucht wird, und man Mangelware ist. Aber*

davon merkt man nix. […….] Ich find einfach, durch die Art und Weise, wie sie uns behandeln, ekeln sie uns doch raus …“

MKTS stellt das Fehlen von Menschlichkeit in der stationären Altenpflege fest, und dass dies letztlich nicht nur die Bewohner beträfe, sondern eben auch den Umgang mit den Pflegekräften:

MKTS 40: *„Sicher im Endeffekt natürlich dem Personal auch nicht.“*

LHM erlebt, dass Mitarbeiter um ihre Überstunden betrogen werden. Bei dem Versuch, zu intervenieren, wird sie von der Leitung beschimpft und gedemütigt:

LHME 20-22: *„[……] bei der Pflegedienstleitung ist das genauso 'n Beschiss. Da stehen oft nicht die Stunde am Plan. Dabei weiß man, dass man Plus hat, man hat immer Minus - ist nicht nachvollziehbar und wenn man nachfragt, da wird man angeschrien, man wär zu blöd zum Rechnen. Ja, auch in dieser Tonart, also richtig - also ich find's manchmal sehr menschenunwürdig.*
I: „*Den Umgang mit den Pflegekräften?“*
LHME: *„Ja. Weil man kommt sich wirklich manchmal vor, wie wenn man dumm wär. […….]“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Auch die Teilnehmer, die ihrem Beruf grundsätzlich positiv gegenüber stehen, bemängeln die manchmal herablassenden Umgangsformen gegenüber Pflegenden. Die Probandin IAIS erklärt, dass sie nicht gerne in einer Einrichtung wechseln würde, in der die Bewohner eine herablassende Haltung den Pflegekräften gegenüber zeigten. Sie glaubt, dass Altenpflegekräfte manchmal als persönliche Dienstmädchen betrachtet würden:

IAIS 56 - 61: *„[……] ja, die mich eigentlich so als Dienstmagd dann*

betrachten würden. Damit hätt' ich dann, glaub' ich, schon ein Problem. Ja. Einfach so durch die Sprüche, die man so hört: ‚Sie, dafür werden Sie doch bezahlt! Machen Sie das mal, dafür werden Sie doch bezahlt´. [……] weil ich hab' ja mehrere Fortbildungen gemacht. Da hatte ich ja auch Kollegen aus anderen Häusern und, ja, die haben dann schon zum Teil so Sachen gesagt.“

NMYA legt großen Wert auf respektvolle und wertschätzende Offenheit im Umgang mit anderen. Sie hat da Anderes erlebt und sich vorgenommen, rechtzeitig in wohl überlegter Form Grenzen zu setzen:

NMYA 20 + 21: *„Also ich hab mir sowieso vor Jahren schon die Regel vorgenommen, in der Zeit meiner Weiterbildung, dass ich alles, was mir nicht passt, sage. Es muss nicht gleich zu einem Konflikt führen oder nicht gleich eskalieren, aber ich hab mit mir selber die Regel getroffen, ich werde die Wohnbereichsleitung übernehmen nur, wenn ich selber bereits bin, zu sagen: ‚Es ist mir zu weit, es passt mir nicht´ oder ‚Ich will das anders haben´. Und es klappt.“*
I: „*Okay, also das heißt, wenn Ihnen irgendetwas nicht gefällt, sagen Sie's sofort?“*
NMYA: *„Also sofort nicht unbedingt. Ich bin halt so - ich überleg mir noch so eine Weile, wie ich das am besten sagen kann, dass ich denjenigen nicht gleich beleidige oder dass diejenige sich nicht angegriffen fühlt, aber - also ich sag's auf jeden Fall.“*

Schlussfolgernde These:
In der Kommunikation gehen andere Personen, vor allem Vorgesetzte, häufig grenzverletzend und herablassend mit Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege um. Einem Teil der Pflegefachkräfte gelingt es, deutliche Grenzen aufzuzeigen, aber viele gehen nicht selbstbewusst gegen respektloses Verhalten vor und werden dadurch wiederholt Opfer verbaler Gewalt durch Vorgesetzte und andere.

6.8 Berufliches Selbstbewusstsein und Image der Pflege

Die Wertschätzung der eigenen Person als Pflegefachkraft, verbunden mit der Zuversicht, beruflich erfolgreich zu wirken, bilden Merkmale beruflichen Selbstbewusstseins. Nach den Anmerkungen der interviewten Pflegefachkräfte ist das Image der Altenpflege in der Öffentlichkeit nicht realistisch. Im folgenden Abschnitt sollen die Äußerungen der interviewten Pflegefachkräfte über die Eigen- und Außenwahrnehmung betrachtet werden.

(Grafik Nr.65 / Ensink 2014)

Einige Aspekte haben eine hohe Nennungshäufigkeit in beiden Gruppen, wie z.B. die Feststellung des nicht Bekanntseins des altenpflegerischen Tätigkeitsfeldes. Dagegen gibt es große Unterschiede bei der Unterkategorie *Mangelndes pflegerisches Selbstvertrauen* oder sogar Widersprüche einzelner Unterkategorien untereinander (vgl. 6.8.5.).

6.8.1 In der Bevölkerung ist das Handlungsfeld der (Alten-) Pflege nicht bekannt

Die Unterkategorie bezieht sich auf das gesellschaftlich unrealistische oder verzerrte Bild von Pflegeberufen und ihrem Tätigkeitsbereich in der stationären Langzeitpflege.

(Grafik Nr.66 / Ensink 2014)

Jeweils 9 Pflegefachkräfte beider Gruppen haben geäußert, in der Bevölkerung herrschten falsche Vorstellungen über das Tätigkeitsfeld der Pflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen vor.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Altenpflegefachkräfte scheinen sehr häufig das Gefühl zu haben, dass ihr Beruf in der Gesellschaft nicht genug Anerkennung findet. Auch eigentlich positive Äußerungen zeigen unterschwellig einen ablehnenden Blick auf ihre Tätigkeit. Es scheint vorausgesetzt zu werden, man müsse für den Beruf der Altenpflegefachkraft keine besonderen kognitiven Fähigkeiten vorweisen:

> ***HBNE 59:****.. . „(lacht) Also, ich kann zum Beispiel so einen Satz wie: ‚Was, Altenpflege, das könnt' ich nie machen´ das ist - ich weiß nicht? Die Leute wollen vielleicht damit Anerkennung ausdrücken, aber das ist zum Beispiel so was, das kann ich schon nimmer hören (lacht) und wenn man dann so Sätze hört wie: ‚Was, und für Altenpflege musst du 3 Jahre Ausbildung machen, warum denn?´ - ja, das hört man auch oft. Also ich finde nicht, dass der Altenpflege-Beruf anerkannt ist und ich finde, dass der auch immer noch von der Gesellschaft weit unter dem Krankenpflege-Beruf ist. [….] Und das oft dieser Krankenpflege-Beruf höher gestellt wird als die Altenpflege in der Gesellschaft - hab ich so das Gefühl.“*

UHHE hält die Reaktionen der politischen Ebenen auf die Mangelsituation der Altenpflegpraxis für nicht durchdacht. Sie zeige die herabwürdigende Sicht der Politik auf den Altenpflegeberuf und das Unwissen bezüglich des Anforderungsprofils für altenpflegerische Tätigkeitsfelder

UHHE 47: *„Es gibt ja jetzt diese neue Idee des Alltagsbetreuers, ich weiß nicht, ob sie davon gehört haben?“*
I: „*Klar“*
UHHE: *„Genau! (Einatmen) .. dann wurden da irgendwelche Arbeits-Langzeitarbeitslose umgeschult als Alltagsbetreuer [……] und dann haben irgendwelche Politiker da wieder gesagt: ‚Wieso, das muss man doch eigentlich auch nicht umschulen, das kann doch jeder - sind dieses Herabsetzen des Alltags- also wenn du praktisch ein Alltagsbetreuer bist, also dann must du ordentlich Kompetenz haben, dann kannst du nicht irgend einen Deppen hinsetzen, weil du musst dich ja mit den Leuten beschäftigen und... du musst da schon 'en bissel sensibler mit den Leuten umgehen. Also ich fand das unter aller Kanone, wo ich das gehört hab, [……]... Oder auch, wenn sie die Osteuropäischen holen, [……]. Pflegen - jemanden ohne Sprache pflegen, [……] Die haben ja sowieso nicht viel Ansprache im Heim, das heißt, in der Zeit, wenn ich Grundpflege oder irgendwelche pflegerischen Tätigkeiten an dem Menschen hab, das ist ja - wie soll ich sagen - über die Kommunikation läuft das ja alles, und das ist ja das Wenige, was die überhaupt am Tag haben, die Kommunikation, wenn da irgend einen (Einatmen) was weiß ich was ist, der da die Sprache nicht versteht, das ist ja dann.. obertraurig. Ja..“.*

AJUE beklagt den sozialen Status von Pflegekräften in der Gesellschaft. So schildert sie die Reaktion ihres Vaters auf ihren Wunsch, einen Pflegeberuf zu erlernen. Sie wehrt sich gegen den herabwürdigenden Kommentar:

AJUE 71: *„Und den Status in der Gesellschaft der könnte sich auch ruhig ändern (lacht), ne. Also auf der Werteskala - denk ich als Altenpfleger oder Krankenpfleger befindet man sich da auch nicht im oberen Drittel. Weiß noch die Reaktion von meinem Vater (lacht), als ich gesagt hab, ich lern*

Krankenpflege. War er ganz empört: ‚Warum? Du willst andern Leuten den Hintern abwaschen?´ …. Das ist die Einstellung vieler Leute. ‚Ja´ - ich hab gesagt: ‚solang's nicht Deiner ist´(lacht)...“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Im gesellschaftlichen Image der Pflegeberufe kommt es offensichtlich zu Hierarchien in der Respektabilität von Pflegeberufen. So äußert NMBZ, Altenpflegefachkräfte seien in der Gesellschaft weniger angesehen als Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte:

NMBZ 47: *„[……] Also die sehen die Altenpfleger natürlich nicht so wie eine Krankenschwester. Also, wenn ich jetzt so überlege, mein Bruder, wenn er mich seinen Freunden vorstellt, sagt er: ‚Meine Schwester ist Krankenschwester´. Ich sag' immer: ‚Nein, Altenpflegerin, nicht Krankenschwester!´ […….]*
Aber in der Gesellschaft, nee, also, die sehen die Altenpfleger nur - putzen (lacht), putzen von Stuhlgang und alles. Sonst sehen sie wichtige Arbeiten nicht. Erst, wenn sie wirklich mit ihren Angehörigen hier reinkommen. Dann sehen sie, dass da eigentlich - viele sind dann zufriedener. […..] Also viele hat sich auch dadurch die Einsicht zu der Altenpflege geändert. Aber wer damit gar nicht zu tun hat, sehen die Altenpfleger nicht so wie Krankenschwestern...“

Auch die Krankenschwester NMYA mit einer grundsätzlich positiven Sichtweise ihres Berufs ist traurig über die abwertenden Vorstellungen und Sichtweisen in der Gesellschaft. Sie empfindet das Bild einer Altenpflegerin sei in der Gesellschaft das einer kognitiv eingeschränkten Person:

NMYA 30: *„Ja, es gibt so eine globale Sache, die mich traurig macht und zwar die Einstellung der Gesellschaft zu dem Beruf. Ich finde es wirklich - der Beruf ist nicht so anerkannt, wie er anerkannt werden muss. Es gibt so 2 Möglichkeiten, 2 Reaktionen, mit denen man rechnen muss, wenn man jemanden kennen lernt und sagt dann, dass man Altenpflegerin ist oder in dem Beruf arbeitet.*

Also erste Reaktion so Ekelgefühl: ‚Ach, wie kann man freiwillig damit zu tun haben, Sie sind doch alle so ungepflegt und man bricht und muss auf die Toilette - Machst du das alles?´ Das ist das erste, das find ich noch so halb schlimm (lacht), das kann ich gut verkraften, und die andere Reaktion ist so, dass die geistigen Fähigkeiten in die Frage gestellt werden, man sagt einfach so: ‚Ach hättest du dir nicht was Besseres finden können?´ Bist du geistig nicht in der Lage - (lacht) - ich hör das für mich, bist du geistig nicht in der Lage, dir was Besseres zu finden. Und das ist immer so der Punkt, der mich furchtbar ärgert und der mich eigentlich so ein bisschen weiter getrieben hat, [……]

Sie hat hierauf aber ihre ganz persönliche Antwort gefunden:

NMYA 31+32: *„Uh ich hab mich entschieden, so einfach zu beweisen, ich kann viel mehr, also ich bin zwar Altenpflegerin, aber ich bin geistig nicht behindert und bin in der Lage auch, noch ein bisschen weiter zu machen und hab mich für einen Studiengang entschieden. Ich studiere jetzt Betriebswirtschaft“*

Das schlechte Image der Altenpflege sei durch reißerische Reportagen in den Medien zu erklären, meint EWRE. Sie sieht Kommunikation nach außen über das tatsächliche Tätigkeitsfeld der Altenpflege als ein Mittel zur Verbesserung des Ansehens:

EWRE 78: *„Das schlechte Bild, das wir in der Gesellschaft haben, kommt nur davon, dass die Leute keinen Kontakt zu uns haben, sondern dass sie einfach nur diesen miesen Kram im Fernsehen immer sehen und diese schlechten Reportagen im Radio und die furchtbaren Berichte in den Zeitungen, dass sie aber überhaupt nix Gutes von uns sehen. Und das können wir nur verändern, wenn genug Menschen einfach da sind, die genau sagen, so ist es überhaupt nicht“.*

Schlussfolgernde These:
Es besteht eine große Diskrepanz zwischen dem öffentlichen Bild des Altenpflegeberufs und dem tatsächlichen Handlungsfeld mit seinen

anspruchsvollen pflegerischen Inhalten. So wird in der Bevölkerung angenommen, altenpflegerische Tätigkeiten bezögen sich in erster Linie auf den Umgang mit Ausscheidungen und erforderten keine großen kognitiven Fähigkeiten. Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte werden aufgrund ihrer Arztnähe als höherwertig eingeschätzt. Gerontologisches Wissen als Grundlage der altenpflegerischen Tätigkeit wird nicht als gleichwertig zu medizinischem angesehen oder es ist gar als Begriff in der Öffentlichkeit unbekannt. In den Medien kommt das Handlungsfeld *Stationäre Altenpflege* nur in negativer oder bedrohlicher Form vor. Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege wünschen sich von Presse und Medien die Vermittlung eines positiveren Bildes ihres Berufes gegenüber der Bevölkerung.[59]

6.8.2 Mangelhafte Vergütung zeugt von mangelnder Wertschätzung des Altenpflegeberufs durch die Gesellschaft

Die Unterkategorie beschreibt, dass die Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege immer noch zu schlecht bezahlt werden und / oder Zusatzaufgaben erwartet werden, die nicht vergütet werden. Gleichzeitig wird dies als Zeichen mangelnder Wertschätzung durch die Gesellschaft empfunden.

(Grafik Nr.67 / Ensink 2014)

[59] In der Studie von Ciesinger et al 2011 zum Unterschied in der Wertschätzung der Altenpflege gegenüber der Krankenpflege zeigte sich, das die Probanden durchschnittlich einen negativeren Blick auf das Berufsfeld stationäre Altenpflege hatten, wenn sie vorher keine Erfahrungen damit hatten. Nur 22,4% waren überzeugt von „Guter Pflegequalität“, bei Personen mit Erfahrungen waren dies hingegen 44,2 % (Goesmann, Klatt & Lisakowski 2011).

Es zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied in der Nennungshäufigkeit beider Teilnehmergruppen. Während nur fünf Pflegefachkräfte aus der Gruppe mit positiver Sicht Anmerkungen zur Vergütung und Wertschätzung ausführen, sind es in der Gruppe mit negativer Sicht 13 Pflegefachkräfte, die hierauf eingehen. Zudem zeigen sich inhaltlich deutliche Unterschiede in den Äußerungen der Pflegefachkräfte beider Gruppen, die viele Zitate zur Verdeutlichung notwendig machen.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

Die medizinische Lobby im Vergleich zur Pflege in der Politik sei zu stark, findet IHMA. Die Notwendigkeit von Pflege als Ergänzung würde nicht erkannt und die höheren Gehälter der Medizin auf Kosten der Pflege gezahlt.

> ***IHMA 83 - 85:*** *„Ich denke, auch ein Herr X [60] vertritt eher die Interessen der Ärzte als des Pflegepersonals. […….] Das Gefühl hab ich, ja. .... Warum sonst hat man in den Krankenhäusern andere Tarife eingeführt, am Pflegepersonal wird gespart und die Ärzte verdienen immer mehr. Also hat Pflege in der Gesellschaft nicht den gleichen Stellenwert. Medizin hat einen wesentlich höheren Stellenwert, obwohl doch beides zusammen nur geht ……..“*

BJJH bringt seinen Ärger über die unterschiedlichen Verdiensten von Altenpflegefachkräften und Gesundheit- und Krankenpflegefachkräften zum Ausdruck:

> ***BJJH 68****: „[……] warum verdient die Krankenschwester besser wie die Altenpfleger ... ? Ja, also warum - warum hat eine Krankenschwester einen besseren Verdienst - verdient wie eine Altenpflegerin? Das ist für mich nicht nachvollziehbar, ja. Ich denk, denen gehören mehr, ganz ehrlich, ich denk denen gehört mehr für das, was sie leisten.“*

[60] Anm. d. Verf.: gemeint ist der Bundesgesundheitsminister

Der Beruf der Altenpflege würde von der Politik nur als Kostenfaktor gesehen, meint MKTS. Der Beruf konfrontiere stark mit der Endlichkeit des Lebens und MKST vermutet in der Angst vor der eigenen Endlichkeit auch die Ursache des weg Sehens der Verantwortlichen:

MKTS 20: *„Es darf wenig passieren, aber es will niemand wissen. Ich denk, es größte Problem, womit und warum' s eigentlich auch in der Altenpflege so laufen kann, ist einmal teilweise ja auch schon Politiker, die vorgeben, dass man ja eigentlich eh bloß ein Kostenfaktor ist, man hört das ja immer wieder aus der Politik, ne.*
Denn es interessiert auch niemand insofern, man müsste sich mit seiner eigenen Endlichkeit beschäftigen und wer tut das schon gern? Klar ist, das […..] - will niemand wissen. Also kann man sicher auf Grund dessen sehr viel Dinge tun, weil's niemand wissen will. Und das find ich sehr traurig.,“

Diese Aussage der Probandin MKTS passt zu den Auslassungen von HBNE. Hier verstößt der Betreiber der Einrichtung sehr offensichtlich gegen die rechtlichen Bestimmungen der Sozialgesetzgebung. Auf die Frage, wie groß die Einrichtung denn sei, berichtet HBNE:

HBNE 48: *Also, jetzt 26 Betten in dem Haus. Plus Betreutes Wohnen. ...*
I: *Versorgen Sie das betreute Wohnen mit?*
HBNE: *Ja, das ist auch der Witz (lacht). Also es ist so, dass bei diesem Träger, der hat einen internen ambulanten Dienst, der nicht in Anspruch genommen werden muss, aber von vielen aus dem Betreuten Wohnen in Anspruch genommen wird (lacht kurz auf), aber unser ambulanter Dienst arbeitet (lacht auf) - das ist zum Lachen - nur vormittags und also bis mittags, die machen keinen Spätdienst, keinen Nachtdienst, keinen Wochenenddienst, keinen Dienst an Feiertagen. Das heißt, an den Wochenenden, Feiertagen und abends übernimmt das die (stationäre) Pflege mit. Je nachdem, wie viel oben ist, ist 's dann eben mehr oder weniger. Aber das ist was, wo uns nicht angerechnet wird irgendwie, an den Stellen. […….] der ist wirklich nur morgens da und alles, was sonst ist,*

wird von uns übernommen. Auch was fest geplant ist, also sei's Augentropfen, Medikamente stellen, Strümpfe ausziehen oder so.

Die Pflegefachkraft beschreibt hier einen Rechtsbruch des Betreibers, der zu Lasten der Pflegekräfte und Bewohner der stationären Einrichtung gehe. An anderer Stelle des Interviews beschreibt die gleiche Teilnehmerin, als Folge des zusätzlichen Einsatzes mit ihrer eigentlichen Arbeit nicht fertig zu werden und deshalb Überstunden zu leisten, die sie aber nicht aufschreiben dürfe. Überstunden nicht aufschreiben zu dürfen, scheint häufig vorzukommen. Auch EESA berichtet hiervon, als sie sich auf Grund einer spontan notwendigen Überstunde im Frühdienst zum vereinbarten Interviewtermin verspätet:

EESA 6 - 9: *„[……] aber die wollen eigentlich nur mal, dass man sich 10 Minuten hinsetzt und mit ihnen spricht und das geht – wenn man dann pünktlich nach Hause will, und das will ich halt eben, ja - geht das nicht. Weil wenn ich eine Viertelstunde länger bleib oder 20 Minuten, die schreibt mir auch keiner auf. Überstunden, unter einer halben Stunde wird ja nix aufgeschrieben.*
I: *Wie? Unter einer halben Stunde wird nichts aufgeschrieben?*
EESA: *(Zustimmendes Geräusch) Wenn ich jetzt mich mit der Bewohnerin hingesetzt hätte und hätte jetzt mit ihr eine Viertelstunde gesprochen und wär dann eben statt um 21 Uhr um 21.15 Uhr von dem Wohnbereich, und dann ist das so, da ist das mein Privatvergnügen. Es gibt ganz selten mal - ich hab vorhin zum Beispiel gefragt: ‚Krieg ich jetzt die Stunde auch gut geschrieben?´ Und da hieß es: ‚Nein´.*
I: *Sie haben doch jetzt eine Stunde länger gearbeitet?*
EESA: *Ja, ja …… ich kann's schlecht einschätzen, wie sie's gemeint hat, ja? Aber wenn sie sich die Stunden nicht aufschreibt, schreibt die sie uns auch nicht auf.....*[61]

[61] *Anm. der Verf.: Gemeint ist die stellvertretende PDL*

Überstunden nicht aufschreiben zu dürfen, ist nicht der einzige Bereich, an dem Pflegekräfte feststellen, dass ihre Arbeit zu wenig Wertschätzung erfährt. Der Proband MKTS beschreibt, dass er zu seiner eigenen Verwunderung als examinierter Altenpfleger 4 Monate arbeitslos gewesen sei, obwohl überall Fachkräfte gesucht werden. Er äußert sich in diesem Zusammenhang über die Kontraproduktivität des TVöD und ist erbost über das Verhalten der Gewerkschaft in dieser Beziehung. Dass außerdem osteuropäische Pflegefachkräfte zu noch schlechteren Gehältern angeworben werden, macht ihn wütend:

> ***MKTS 34 + 36 + 37:*** *Ja weil ich ganz einfach 'ne Arbeit wollte, von der ich leben kann. Also wenn man als Arbeitsloser mehr Geld hat als nach Zahltag als Hundertprozent-Fachkraft, das ist ja traurig und ich mein, ich hatte vorher jetzt nicht so - gut, es war noch der alte Tarifvertrag vom öffentlichen Dienst, ganz klar, da war der Verdienst besser. Aber wenn dann so elf - zwölfhundert Euro netto rumkommen für Hundertprozent-Fachkraft, da kann ich davon nicht leben und 'ne Familie ernähren und das ist leider gang und gäbe heut. Ich mein, es hat sich eigentlich geändert, seit man damals den TVöD ausgemacht hat, ne. Hab's ja nie begriffen, warum da die Gewerkschaft mit zugestimmt hat. Es ist einfach diese Eingruppierung von vorher gelten ja nicht mehr. Ja und dann muss ich einfach sagen, nein.* [……]
> *Diese Öffnung europäischer Arbeitsmarkt noch in Richtung Pflege, dass man auch wirbt mit diesen - pff - ja - Schwestern aus Polen, Ungarn, was weiß ich, woher, für tausend Euro im Monat. Es ist nicht zulässig und man wirbt dafür ganz offiziell. […….] Obwohl es eigentlich nicht zulässig ist. Aber es will niemand wissen. Es geht einfach nur um die Kohle und das ist das Traurige an der Sache.*

Die Pflegefachkraft MERE hat das Gefühl, sich bei ihrem Partner dafür rechtfertigen zu müssen, ihren Beruf trotz der Unverhältnismäßigkeit von Bezahlung und Verantwortung weiter ausüben zu wollen:

MERE 4: „*Und die letzte Zeit sagt er immer: ‚Also, was du machst, für die lächerlichen paar Euro´ - also ich verdien ganz normal, [….] - aber da sind's plötzlich, was ja auch stimmt, dieser schlechte Verdienst für die viele Verantwortung und für den Kopf, den ich mir mach“*

Die Probandin UHHE sieht ebenfalls eine Unverhältnismäßigkeit zwischen Gehalt und Leistung von Pflegefachkräften in der Altenpflege

UHHE 6: *„Schlecht bezahlt - also ich denk von dem, was wir da leisten müssen, körperlich wie psychisch, find ich - ist er nicht gut bezahlt und …. ja - ist er nicht gut bezahlt.“*

Die Probandin AJUE beschreibt die Taktik verschiedener Einrichtungsträger, die Lohnkosten noch unter den Tarif des TVöD zu drücken, indem Träger eigene Leiharbeitsfirmen gründen, um so den Tariflohn zu umgehen. Sie beschreibt dies als durchaus übliche Verfahrensweise:

AJUE 18 - 22: *„Mein Träger hat eine interne Leiharbeitsfirma, ja und bezieht das Personal grundsätzlich über diese Leihfirma, die eigene Tochter. So, das ist das eine, … die arbeiten zu schlechteren Konditionen - ist ja bekannt, weniger Geld, schlechtere Bedingungen, ne.“*
I: *„Also, da sind auch examinierte Kräfte darunter?“*
AJUE: *„Natürlich, ja“*
I: *……- also berichtigen Sie mich, wenn ich das falsch erzähle. Ich hab Sie richtig verstanden?*
AJUE: *ja*
I: „*Die haben eine eigene Firma gegründet von diesem Träger, damit sie examinierte Kräfte dort einstellen können zu schlechteren Konditionen noch als Sie die haben?“*
AJUE: *Ja, ich hab TVöD. Die haben kein TVöD. Also egal, ob Fachkraft oder Nicht-Fachkraft. Beide - Beide haben Vertrag, aber der ist - ich sag mal, der Schlecker der Pfleger, ja. Das ist aber kein unübliches Procedere. Die Uniklinik Frankfurt hat auch so gearbeitet.“*
I: *„Ich möchte jetzt nicht detailgenau wissen, was das für ein Träger ist,*

aber ist es ein privater Träger?“

AJUE: *Nein. Öffentlicher, ein öffentlicher Träger [……]*

KAGI beschreibt den ihrer Einschätzung nach in vielen Pflegeeinrichtungen üblichen Umgang mit Arbeitsverträgen in Pflegeeinrichtungen. Sie unterstellt, dass mit Teilzeitverträgen Kosten gespart werden sollen. Bei Personalengpässen könnten so Überstundenzulagen eingespart werden.

KAGI 39 - 42: *„Ja, das macht man halt überwiegend mit jungen ausgelernten Schülern, die man dann als Fachkräfte übernimmt. Dann kriegen die erst mal 'n Jahres - Zeitvertrag. Nie zu 100 Prozent, bei 100 Prozent muss man für jede Überstunde soundso viel zahlen, also die meisten Kollegen sind unter 100 Prozent, ich glaub, es gibt inzwischen nur noch 1 oder 2 (lacht), die überhaupt einen vollen Vertrag haben, also 100 Prozent. Alle andern machen Überstunden umsonst, sag ich mal, also ohne Zuschlag, das ist einfach so, das heißt, ich hab jetzt 80 Prozent, wenn ich jetzt 80 Prozent erfülle, könnt' ich eigentlich rein theoretisch - des mach ich mir auch immer klar - könnt' ich sagen, 80 Prozent, mehr arbeite ich im Monat nicht. [……] Ehm - ja, aber dafür, denk ich, soll sich die MAV stark machen. Ja, wie geht es, die Schüler bekommen in der Regel keinen 100 Prozent - Vertrag, sagen wir mal, von 80 bis 90 ungefähr, die arbeiten dann aber in der Regel 120 Prozent. Ne, erst ab 100 Prozent. Wenn ich 'en 100 Prozent --Vertrag hab, krieg ich jede Überstunde bezahlt.“*

I: *„Das möcht ich jetzt noch mal genauer erklärt haben?“*

KAGI: *„[……] ich hab 'n Arbeitsvertrag über 80 Prozent, ich krieg jeden Monat 80 Prozent bezahlt. Krieg die Überstunden, die 20 Stunden, gut geschrieben,*

das ist für mich dann frei. 100 Prozent - Kräfte, die arbeiten 100 Stunden und vielleicht 20 Stunden zusätzlich, die würden dann zu 20 Stunden zusätzlich ein Plus kriegen, ein Guthaben auf ihrem Arbeitszeitspeicher plus Überstundenzuschlag. Und dieser Überstundenzuschlag, den kriegen nur 100 Prozent – Leute.“

I: „*Okay, das heißt also, mit dem nicht gegebenen Zuschlag, wird da sehr viel auch verdient?“*

KAGI: „Ja und deshalb kriegen - also, ich glaub, es gibt schon seit paar Jahren, wo keiner 'en 100 Prozent - Vertrag - deshalb nimmt man lieber zwei 50 Prozent - Leute, die kann man auch besser verheizen als 100 Prozent.“

Die Äußerungen von HVHA bestätigen dies. Sie beschreibt den Stolz ihrer neuen PDL über die Kostenersparnis durch Teilzeitverträge und ist darüber aufgebracht:

HVHA 54: *„Dann war sie so stolz drauf, dass sie so viel gespart hat in - ich weiß nicht, seit wann ist denn die da, vielleicht ein halbes Jahr. Die hat so und so viel tausend Euro schon gespart und der Herr (Name des EL) hat gesagt, soviel hat 'ne PDL noch nie geschafft und die war total stolz wie Oskar und - hach, und ich schaff noch mehr - und jetzt werden halt die Pflegekräfte gekürzt die Stunden, weil Vollzeitkräfte - wenn die Ausfallen, muss man immer 'ne Hundertprozentstelle decken und es ist einfach 'ne Tatsache, dass die dreiviertel oder halbe Stellen immer öfter krank werden*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Es gibt jedoch im Gegenzug auch Pflegefachkräfte, die von angemessenen Verträgen berichten. NMBZ beschreibt das gute Verhältnis der Pflegefachkräfte mit ihrem privaten Träger (Anm.: Familienbetrieb), welches unter anderem auf die gute Bezahlung in ihrer eigenen Einrichtung beruhe. Sie benennt die mangelhafte Bezahlung bei jungen Pflegekräften durch die Regelungen des TVÖD gleichzeitig als Demotivation für den Altenpflegeberuf:

NMBZ 9: ***„****Ah, die sind zufrieden, denk' ich mit der Arbeit, mit dem Chef. Werden auch gut bezahlt. Die jetzt, die in letzter Zeit eingestellt sind, die gehen eher, weil sie jetzt seit neuestem Gesetz nicht so gut bezahlt werden. Ja, das hängt bei vielen wegen der Bezahlung.“*

Des Weiteren erklärt sie auf die Frage, welche Dinge ihr denn allgemein einfallen würden, um die Voraussetzungen zu schaffen, dass man so wie sie glücklich sein könne in ihrem Beruf:

> ***NMBZ 49 + 50:*** *„Ja. Also die Bezahlung müsste verbessert werden. Aber natürlich ist nicht das Wichtigste, Bezahlung. […..] und ich muss sagen, von Anfang an wurde ich gut bezahlt. Deshalb war ich auch sehr zufrieden.“*

SLMA betont ebenfalls, dass es ja nicht darum ginge, sehr viel zu verdienen, dass man aber in der Altenpflege oft trotz 100 % -Stelle nicht leben könne und dies nun wirklich nicht in Ordnung sei:

> ***SLMA 50:*** *[……] Es gibt ja Altenpflegekräfte, die sind jetzt seit 10 Jahren dabei [……] 100% und vielleicht auch noch vierhundert Euro anders arbeiten gehen, um ihr Geld irgendwie zusammen zu kriegen,*
> ***und später:***
> ***SLMA 61:*** *„Viel zu wenig. .. Leider. Wenn man mit 100% seine Familie nicht ernähren kann und vielleicht alleinerziehende Mutter ist, oder Vater, und dann noch nebenher schaffen muss, ... also ich find, das ist viel zu wenig. Ich mein, gut, es kommt auf die Tarife an, es mag sein, dass wir den beschissensten Tarif haben (lacht). Ok.... Aber ich find, also mit dem Gehalt kann man nicht wirklich leben. [……].“*

KSJA arbeitet bei einem privaten Träger (Familienbetrieb) und betont, wie wichtig es sei, genügend zu verdienen, um davon leben zu können. Dies sei bei ihr immer so gewesen und damit ein Baustein ihrer beruflichen Zufriedenheit:

> ***KSJA:*** *„[…….] Unser Beruf, was macht mir Spaß! Das ist auch nicht unbedingt Geld. Ich muss Geld auch haben, weil ich leben muss. Ich muss meine Wohnung auch bezahlen, ja?“*

AJKA beschreibt im Interview wiederholt, in ihrem Beruf glücklich zu sein.

Dennoch müssten dringend einige Rahmenbedingungen geändert werden, so auch die Bezahlung. Auch sie empfindet die schlechtere Bezahlung von Altenpflegefachkräften gegenüber Krankenschwestern als ungerecht. Dies zeuge von minderer Wertschätzung:

> ***AJKA 96 + 97:*** *„Das ist ein unterbezahlter Beruf. Ja. Dann ist die Altenpflege immer noch so bissel ein Stiefkind, immer noch. Find ich. Eine Krankenschwester stellt immer noch mehr da wie eine Altenpflegerin. Find ich. ....“*

Schlussfolgernde These:
Tatsächlich wird in der stationären Altenpflege durchschnittlich weniger verdient als in der Krankenpflege (vgl. 4.2. Wertschätzung von Pflegeberufen). Innerhalb der stationären Altenpflege findet unterschiedliche Entlohnung statt. Es gibt einzelne Einrichtungsträger, die übertariflich entlohnen, oder auch Pflegefachkräfte, die so lange in einer Einrichtung tätig sind, dass sie noch über eine Einstufung nach BAT verfügen und ein entsprechendes Gehalt bekommen. Viele Pflegefachkräfte werden dagegen unter den vereinbarten Tarifen des TVöD entlohnt. Das Arbeitszeitgesetz wird von Einrichtungsträgern durch Teilzeitverträge in vielen Fällen umgangen. Pflegefachkräfte, die auf einen vollen Verdienst angewiesen sind, benötigen auf Grund der Teilzeitverträge vielfach einen zusätzlichen Teilzeitvertrag in einer anderen Einrichtung. Sie leisten dann oft in beiden Einrichtungen Überstunden, ohne eine Überstundenzulage zu erhalten. Überzogene Arbeitszeit unter 30 Minuten aufzusummieren, wird den Pflegefachkräften häufig untersagt. Diese werden somit weder in Freizeit ausgeglichen noch vergütet.
Wird die Arbeit von Pflegefachkräften durch angemessene Verträge, geregelte Arbeitszeiten und gerechte Entlohnung vergütet, fühlen sie sich wertgeschätzt und mit ihrem Arbeitgeber verbunden. Sie honorieren dies Ihrerseits durch Berufszufriedenheit und Berufsmotivation.

6.8.3 Kontrollen von außen und die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen haben Auswirkungen auf das Image der Altenpflege in der Öffentlichkeit

Die Unterkategorie beschreibt die Effekte auf das Image der Altenpflege, die als Außenwirkung aus Kontrollen durch öffentliche Institutionen und / oder soziale Kontrolle durch Ehrenamtliche und Angehörige entstehen.

(Grafik Nr.68 / Ensink 2014)

Externe Kontrollen der Pflegequalität durch Heimaufsichtsbehörden und MDK werden in der Öffentlichkeit häufig als starke zusätzliche Belastung dargestellt. 12 der Pflegefachkräfte haben hier Anmerkungen zu den Folgen auf das Image und gehen auch auf die Auswirkungen durch Erzählungen von Angehörigen und Ehrenamtliche außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung ein. Bemerkenswerter Weise haben die Pflegefachkräfte nicht eine generell ablehnende Haltung, sondern wiederholt das bejahende Empfinden, dies sei gut für die Altenpflege, auch wenn manche Forderungen besonders der Kontrollinstanzen als praxisfremd angesehen werden.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

So äußert MAJA, die Pflegefachkräfte würden sich unrealistischen Ansprüchen der Kontrollinstanzen zu wenig pflegefachlich gut begründet verweigern:

MAJA 35: „[……] jetzt muss man teilweise auch utopisch arbeiten, weil dann die Heimaufsicht kommt oder der MDK, die dann komplett andere

Vorstellungen haben - Da ist noch 'ne Sache - ehm - , das hab ich erzählt bekommen von 'nem Examinierten, da war die Heimaufsicht da und es ging darum, dass sie beim Mittagessen 2 Teller anrichten sollten mit 2 verschiedenen Essen, die's gab und zu jedem Bewohner hin gehen mussten und fragen: ‚Was möchten Sie essen, das oder das?´ Und so pflegen wir nie. Also so arbeiten wir gar nicht. Und der hat sich darüber beschwert und dann hab ich gedacht, ja, aber professionell wär's doch gewesen, dass er sagt, wir pflegen nach Böhm oder wir pflegen nach Krohwinkel. Dass er eben die Theorie in die Praxis mit rein bringt, indem er sagt, verwirrt nicht die Verwirrten. Also ich kann dem Bewohner jetzt keine 2 Essen anbieten, weil der komplett damit überfordert ist. Und ich kenn den Bewohner besser als Sie. Und für mich ist das professionelles Handeln, nicht einfach irgendetwas anzunehmen, weil jetzt 'ne Prüfung ist, weil ich jetzt auf einmal alles anders machen muss, nur weil die das sehen wollen?“

UHHE kritisiert den Willen der Pflegefachkräfte, den durch die Rahmenbedingungen entstehenden Druck nicht weiter zu geben und die Bewohner und deren Angehörige im Umgang nicht spüren lassen zu wollen. Sie meint, dass sich die Altenpflege damit eine unterstützende Lobby nimmt:

UHHE 40: „*Was ich auch immer interessant finde, wir haben jetzt so viel Lob gekriegt, fand ich auch interessant – [……] aber - wir haben dann von Angehörigen und von Bewohnern schon gesagt gekriegt, [……] dass die das oft gar nicht mit kriegen, dass wir unter Stress stehen, das find ich schon erstaunlich, also das federn wir alles ab, irgendwie... Ob das jetzt gut oder schlecht ist, weiß ich nicht. Weil eigentlich sollten die anderen ja schon wissen, wie Scheiße das ist, damit die Leute sich auch für uns mit einsetzen können. [……] - also die Bewohner, weiß ich jetzt nicht, aber die Angehörigen, die wissen schon, dass wir viel leisten müssen und die finden das dann echt schon auch klasse, dass ... die Bewohner nicht drunter leiden müssen. Also leiden müssen in dem Sinne, dass wir das sie nicht spüren lassen.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

EHAE meint, es sei nicht leicht, dem schlechten Image des Altenpflegeberufs etwas entgegenzusetzen, da in der Bevölkerung viel Ablehnendes weiter erzählt würde:

> ***EHAE 41 :*** *„(stöhnt) ... Es fällt mir schwer, dagegen zu halten. Weil's immer irgendwie Beispiele gibt die aus eigener Erfahrung oder erzählter Erfahrung einfach da waren oder da sind....“*

EWRE ist der Meinung, die überprüfenden Institutionen von Heimaufsicht und MDK seien für die Entwicklung der Pflege wichtig, eine wesentlich bedeutendere Rolle für die Entwicklung und das Image der stationären Altenpflege nähmen aber Angehörige und Ehrenamtliche ein, weil diese den Alltag in den Pflegeeinrichtungen erlebten und entsprechend eine soziale Kontrolle ausübten:

> ***EWRE 79:*** *„In der Pflege in den Altenheimen verändert sich nur was, wenn genug Leute von außerhalb da sind, die soziale Kontrolle ausüben. Kontrolle von Aufsichtsbehörden sind gut und richtig und schön, aber nicht so sinnvoll und wertvoll wie Menschen, die von außerhalb einfach da sind. Soziale Kontrolle vom Umfeld, von ganz gewöhnlichen Leuten, ist viel, viel, viel wertvoller und viel unmittelbarer als Kontrolle, die von außen kommt, wo ich genau weiß, was geprüft wird. Wo ich genau weiß, was da stehen soll, wo ich genau weiß, wie ich es manipuliere. Die Nachbarin, die jeden 2. Tag bei uns vorbei schaut die Frau von der Hospizhilfe, die da immer kommt, die Frau von der Nachbarschaftshilfe, der Herr vom Besuchsdienst, das ist viel wertvoller. Diese soziale Kontrolle ist viel wertvoller weil, sie ist einfach da und sie ist ganz unmittelbar. Und das sind die Leute, die nach außen tragen, dass man da hingehen kann, dass da die Leute gut versorgt werden, dass da ein offenes Verhältnis ist und ich hab das immer total forciert und es ist total hilfreich.“*

Schlussfolgernde These:

Die in der stationären Altenpflege in der Basis arbeitenden Pflegefachkräfte sehen Kontrollen durch die Heimaufsichtsbehörden und MDK grundsätzlich als sinnvoll und förderlich für die Entwicklung und das Image der stationären Altenpflege in der Gesellschaft an, wünschen sich jedoch von dieser Seite mehr fachliche Diskussionsbereitschaft auf Augenhöhe.

Mit Angehörigen und Ehrenamtlichen besteht zumeist eine von gegenseitigem Respekt getragene Zusammenarbeit. Pflegefachkräfte schätzen die positive Außenwirkung und wünschen sich von dieser Seite mehr erfreuliche Erzählungen über ihre Tätigkeit zur Verbesserung des Images des Altenpflegeberufs und seinem Handlungsfeld.

6.8.4 Die häufige Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen ist bemerkenswert

Die Unterkategorie beschreibt die bewusste oder unbewusste Akzeptanz oder Ablehnung der häufig notwendigen Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen und den Auswirkungen auf die pflegerische Tätigkeit.

(Grafik Nr.69 / Ensink 2014)

Es erwähnen in beiden Gruppen gleich viele Pflegefachkräfte die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen. Es wird in beiden Gruppen neben den hilfreichen Aspekten dieser Zusammenarbeit auch die manchmal zu hohen oder kontraproduktiven Erwartungen von Angehörigen angesprochen, die dann zu Konflikten mit den Pflegefachkräften führen können.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

Angehörige hätten falsche Erwartungen in Bezug auf den Betreuungsschlüssel, meint IHMA

> ***IHMA 42:*** *„Die Erwartungshaltung, von Angehörigen, […….] dass wir dafür zuständig sind, dass wir manchmal 'ne 1 zu 1 - Betreuung leisten müssen, für die wir gar nicht bezahlt werden, ja, ne. Dass wir Stunden mit einer Bewohnerin beim Zahnarzt sitzen, das sind Sachen - und das erwarten Angehörige..... und das macht mich dann auch ein bisschen wütend.“*

Dies bestätigt auch KAGI. Sie Sie vertritt die Ansicht, von Seiten der Leitungsebene in den Einrichtungen würde vor bzw. bei Einzug eines Bewohners den Angehörigen ein unrealistisches Bild der Betreuung vermittelt. Die Angehörigen hätten dann wegen der hohen Kosten eine falsche Erwartungshaltung gegenüber dem Pflegeteam:

> ***KAGI 52:*** *„Ja und dann dieses Unverständnis. Also manchmal die Angehörigen, die fordern, fordern, fordern! Ich mein, die zahlen viel Geld, ja, versteh ich auch. Die aber nur noch sich sehen, ihre Angehörige und glauben, ich könnte in einem Pflegeheim eine 24 Stunden 1:1 Betreuung leisten. (Atmet hörbar ein) Da wird auch von der Sozialarbeiterin, die die aufnimmt, von vornherein nicht klar gestellt, dass das nicht möglich ist. Hab ich auch mit der Pflegedienstleitung schon gesprochen. […….] und dann kommt's zu Beschwerden, zu was weiß ich nichtt alles ohne Ende. Das ist eine zusätzliche Belastung, die wir haben.“*

Auch HVHA empfindet Angehörige als anspruchsvoll gegenüber den Pflegekräften, erlebt jedoch auch entlastende Hilfen durch Angehörige:

> ***HVHA 47:*** *„[……] und dann noch Angehörige, die einen ständig am Ohr kauen.“*

HVHA 57: *„[……] Man braucht sich gar nicht mehr mit ihr großartig zu unterhalten, die spricht kein Deutsch, nur Italienisch und die Töchter unterhalten sich auch nicht mit ihr. Die sitzen da und halten ihre Hand. Ganz selten, dass sie mal was erzählen oder so. Eine Tochter legt immer ihren Kopf auf die Schulter und schläft dann - aber die sitzen dann - eine kommt immer um 3 bis 6, die andere 4 bis 6 je nachdem, aber die kommen jeden Tag, damit sie nicht Hallo ruft und wegen schlechtem Gewissen auch, das sagen die auch, die würden sie auch gerne zu Hause pflegen, aber die Polizei ist ständig gekommen wegen dem Hallo, weil die wirklich extrem laut ist (lacht), die hat ein - ganz schönes Organ.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Als besonders schwierig findet GEDF die Zusammenarbeit mit Angehörigen oft dann, wenn einem Bewohner am Ende seines Lebens eine angemessene Palliativ-Pflege zuteilwerden sollte. Er verstehe, dass Angehörige auf medizinische lebensverlängernde Maßnahmen hofften, obwohl dies eigentlich gegen die Interessen des Bewohners verstoße:

GEDF 20 + 21: *„.. dass dann einfach versucht wird, bei einem hochbetagten Menschen, noch Leben zu erhalten, auch in Extremsituationen, was man einerseits verstehen kann von Seiten der Angehörigen, aber andererseits auch versucht wird, Leben zu erhalten - durch Medizin, durch Medizintechnik, wo ich denke, es ist zum Schaden des alten Menschen. Und das tut ihm nicht gut Und da gibt's oft Situationen mit Angehörigen, die - ja - die sehr, sehr - spannungsreich sind.“*

NMBZ beschreibt, sie nähme die Wünsche und die Kritik durch Angehörige stets sehr ernst, aber dabei stoße sie manchmal an Grenzen, weil einzelne Angehörige trotz aller Bemühungen stets unzufrieden seien.

NMBZ 41: *„[……] wir machen doch nicht alles falsch. Mit diesem Wünschen, was die Angehörige haben, es geht nun mal nicht. Es gibt*

auch Grenzen, wo wir sagen, es geht nicht. Wir haben viel Geduld und viel Verständnis wirklich für den Angehörige, aber dann über Stunden, was wir dann wirklich ertragen müssen, […….]“

NMYA hingegen bestätigt den Einfluss von Angehörigen als wichtigen Kontrollmechanismus für korrektes pflegerisches Handeln:

NMYA 43: „*Alles hat gewisse Gründe, es gibt nix ohne Grund. Und wenn Angehörige unzufrieden sind und kommen zu mir, wenn das sachlich ist, dann muss das geregelt werden, dann müssen Maßnahmen geplant werden, muss was verändert werden, damit Angehörige und dadurch auch der Bewohner zufrieden gestellt wird.“*

Zusammenfassende These

Die Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Angehörigen wird von Pflegefachkräften grundsätzlich als kooperativ und fördernd für die Pflege betrachtet. Es gibt jedoch immer wieder Konflikte mit Angehörigen darüber, was Pflegeteams in stationären Einrichtungen leisten sollen und müssen. Hier zeigen sich deutliche Wissensdefizite der Bevölkerung über das Handlungsfeld der stationären Altenpflege (vgl. 6.8.1). Für die Pflegefachkräfte erhöht sich so der Erwartungsdruck.

6.8.5 Mangelndes pflegerisches Selbstvertrauen versus Vertrauen in die eigenen pflegerischen Fähigkeiten

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf die Person der Pflegefachkraft, nicht um das Berufsbild der Altenpflegerin im Allgemeinen. *Mangelndes pflegerisches Selbstvertrauen* beschreibt das Gefühl von Unbehagen, welches entsteht, weil Pflegekräfte ihre pflegerischen Fähigkeiten als zu geringwertig einschätzen. Dies bezieht sich auch das Gefühl von Verunsicherung. Dem steht *Vertrauen in die eigenen pflegerischen Fähigkeiten* gegenüber. Es beschreibt das Gefühl von fachlichem Selbstvertrauen und schließt auch Äußerungen über die Anerkennung der eigenen pflegerischen Fähigkeiten durch sich selbst oder andere ein.

(Grafik Nr.70 / Ensink 2014)

In der Gruppe mit negativer Sicht auf ihren Beruf wird das pflegerische Selbstvertrauen häufiger betont, als dies in der Gruppe der Pflegekräfte mit positiver Sicht in den Interviews zu finden ist. Gleichzeitig wird ein Widerspruch offensichtlich, weil hier Pflegefachkräfte ebenfalls häufig Pflegesituationen beschreiben, in denen sie das Gefühl pflegerischer Hilflosigkeit kundtun. Dies ist in der Gruppe in Pflegefachkräfte mit positiver Sicht auf ihren Beruf nur zweimal der Fall.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

EESA hat einen geringer wertigen Blick auf das Berufsbild der Altenpflegerin im Vergleich zu dem Berufsbild der Gesundheits- und Krankenschwester, schätzt ihre eigenen Fähigkeiten aber wiederum höher als die anderer Altenpflegefachkräfte ein. Bei ihr zeigt sich dieser Widerspruch innerhalb einer Sequenz. Sie macht die unterschiedlichen Ausbildungsinhalte verantwortlich und wertet medizinisches Fachwissen höher als sozialpflegerische und gerontologische Kompetenzen. Dabei berücksichtigt sie nicht, dass das von ihr angeführte Beispiel eigentlich ein Mangel an korrektem ärztlichem Handeln zeigt:

EESA 31 - 33: „*Und ich merk einen sehr großen Unterschied zwischen Krankenschwestern.. und Altenpflegern. Obwohl ich selber so jemand bin. Aber ich war ja nie in der Altenpflege großartig bis auf das Jahr. Ich war ja*

.. in einer Klinik.

[……] Wenn ich jetzt in's Altenheim geh, langt die Ausbildung. Weil Altenpflege ist ja sozialpflegerisch - da liegen ja mehr Schwerpunkte, ne. Krankenschwestern ist mehr medizinisch-technisch die Ausbildung, ne. Ich hab zum Beispiel große Schwierigkeiten gehabt auf der Geronto mit Medikamentenlehre, ja. Da sind ja immer Ärzte da, [……]. Dann haben die mir irgendeinen Wirkstoff gesagt von einem Medikament. Hä, was ist das jetzt? Nicht wahr, nur den Wirkstoff. Also es gibt da Valium, was ist Diazepam oder so, nein, nur den Wirkstoff. Da konnte ich nix mit anfangen. Ich hab Gottseidank Kollegen gehabt, die mich dann wirklich unterstützt haben und gut eingearbeitet haben, dass das dann funktioniert hat. Aber es trennen wirklich Welten, auch wenn's die Gerontopsychiatrie ist, zum Altenheim..

An anderer Stelle zeigt sie sich erneut mit weniger beruflichem Selbstvertrauen:

EESA 26: *„Ich persönlich kann das gar nicht versuchen. Auf mich tät da keiner hören, glaub ich.“*

BJJH berichtet von einem Kollegen mit Migrationshintergrund als typisches Beispiel mangelnden pflegerischen Selbstbewusstseins. Der Altenpfleger habe im Ausland ursprünglich Medizin studiert und habe ein enormes Fachwissen. Es fehle ihm jedoch der Mut, dies zu zeigen:

BJJH 26: *„[……], der hat Medizin studiert, der kennt sich aus, der weiß ja eigentlich schon, was er - müsst man meinen. Ich hab furchtbar gern auch mit ihm eigentlich gearbeitet, weil in vielen Aspekten, wenn irgendwas war, kann man sagen, guck mal mit drauf und er hat es durchaus richtig einzuschätzen gewusst, aber dann immer sich vom Arzt überrennen lassen. Er hat halt ein ganz schlechtes Deutsch gesprochen - das spricht er nach wie vor, [……]“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Die Probandin KSJA setzt sich in ihrem Team mit ihren Vorstellungen aktivierender Pflege durch und übergeht dabei selbstbewusst die gegensätzliche Reaktion ihrer Kollegen, weil sie von ihrem Konzept guter Pflege überzeugt ist.

> ***KSJA 70:*** *„Oder spazieren gehen. Wir sind zu dritt. Aber man kann dann trotzdem eine halbe Stunde da finden und nach unten gehen. Nur ein bisschen frische Luft schnappen, das tut so gut .Deswegen ich bin Altenpflegerin. Falsch? Gut? Ich weiß nicht, aber das ist so, vielleicht nerve ich andere so. Bestimmt.“*

Die Probandin NMYA unterstreicht die Wichtigkeit der Selbstwirksamkeit im täglichen pflegerischen Handeln. Ihr ist wichtig, selbst einschätzen zu können, wann sie etwas erreicht hat und anknüpfend mit Stolz auf diese Leistung zu reagieren.

> ***NMYA 27:*** *„Und das ist auch wichtig, so die Anerkennung der Arbeit für sich alleine, nicht dass jemand das gesehen hat und gelobt hat, sondern für sich selbst, dass man weiß, ich hab's gemacht. Wunderbar, es ist geleistet*.“

SLMA ist ebenso überzeugt von ihrem pflegerischen Können und freut sich, wenn diese Selbsteinschätzung von anderen bestätigt wird

> ***SLMA 53:*** *[……] Da sieht man, das ist gute Arbeit, die wir leisten. Das motiviert. Es gibt viele. Ich mein, man macht ja wirklich jeden Tag gute Arbeit, .. ja. Oder wenn mal die Heimaufsicht kommt und nix zu mosern hat, oder ganz wenig. So Lappalien, wo ich denk, ok, davon kann man absehen. Das macht mich auch glücklich. ...*

AJKA, die wenige Jahre zuvor einen Wohnbereich als Leitung übernommen hatte, beschreibt ihre Aktivitäten in der Anfangszeit. Zu ihren Schwerpunkten gehörte wohl auch die Reduktion vieler behandlungspflegerischer

Maßnahmen und Medikamente, die sie als verzichtbar empfand. Auf die Frage, wie denn die Ärzte auf ihre Veränderungswünsche reagiert hätten und mit ihr umgehen würden, antwortet sie:

> ***AJKA 42 - 45:*** *Sehr respektvoll. Sehr respektvoll, muss ich sagen. Ja. Und die... hören auch auf mich. Und ich sag immer zu den Ärzten: ‚Sie wissen, ich lieb's, wenn sie das machen, was ich sag.` Ja wirklich, ne. Also muss ich sagen. Die gehen ... sogar ein Dr. (Name) steht auf und gibt mir die Hände. Die gehen schon respektvoll mit mir um, muss ich sagen. Es gibt eigentlich ... einen Arzt, mit dem .. kann ich nicht so.*
> ***I:*** *Aber im Großen und Ganzen haben Sie das Gefühl, die hören auf Sie?*
> ***AJKA:*** *(mehrfach wiederholend) Ja. Muss ich sagen.*

Schlussfolgernde These:
Nicht allen Pflegefachkräften ist klar, wo ihr Verantwortungsbereich liegt und in welchen Bereichen ihrer Arbeit Andere verantwortlich sind. Entstehen daraus Unklarheiten, fühlen sich Pflegefachkräfte mitverantwortlich und entwickeln ein Unzulänglichkeitsgefühl. Gerade die Zusammenarbeit mit Ärzten bietet hierzu ein breites Feld. Gutes pflegetheoretisches Wissen über Möglichkeiten und Grenzen der Pflege, sowie die Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit[62] lassen hingegen ein höheres Maß an Vertrauen in die eigenen pflegerischen Fähigkeiten entstehen. Dies wird durch eine partnerschaftliche und respektvolle Zusammenarbeit durch andere belohnt und wirkt sich motivierend auf die Pflegefachkraft aus.

6.8.6 Pflege ist heute selbstbewusster

Die Unterkategorie beschreibt Äußerungen beruflichen Selbstbewusstseins im Zusammenhang mit dem pflegerischen Beruf. Es geht um das Berufsbild der Altenpflegefachkraft im Allgemeinen, nicht um die Person der Pflegefachkraft.

[62] Als Selbstwirksamkeit ist die Gewissheit gemeint, mit dem eigenen Können in der Lage zu sein, bei bestimmten Anforderungen durch handeln begegnen zu können, also der Herausforderung gewachsen zu sein (vgl. Zimbardo / Gerrig 1999)

(Grafik Nr.71 / Ensink 2014)

In beiden Gruppen haben in den Interviews je 8 Pflegefachkräfte darauf verwiesen, Pflege sei heute selbstbewusster. Auffällig ist aber die Häufigkeit, mit der die Pflegefachkräfte der Gruppe mit negativer Sicht darauf zurückkommen. Dies umso mehr, als sich ein Zusammenhang zu zeigen scheint mit der Betonung des persönlichen pflegefachlichen Selbstbewusstseins

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

UHHE hat sich dem Berufsverband angeschlossen, weil sie Unterstützung für Pflegefachkräfte sieht. Sie hat nur eine 75%-Stelle und liegt wegen dessen ständiger Forderung nach Überstunden mit Ihrem Arbeitgeber im Konflikt. UHHE wehrt sich mit Unterstützung des Berufsverbands gegen die Bedingungen des Arbeitsvertrages:

> ***UHHE 43:*** *[……], aber dort steht glaub ich nix dazu im Arbeitsvertrag und - wie gesagt - ich bin immer in regem Austausch mit dem Pflegeverband, weil sobald irgendwas blöd ist, ruf ich da an [……], die sind mir da ein sehr guter Unterstützer.“*

Für MAJA ist es wichtig, dass Pflegefachkräfte mehr Eigenständigkeit und Selbstfürsorge entwickeln, damit sich die Situation in der stationären Altenpflege für die Pflegefachkräfte verbessert. Sie entrüstet sich darüber, viele Pflegefachkräfte würden immer neue Belastungen erdulden und sich dem nicht verweigern, statt sich, wie die Ärzte, zur Wehr zu setzen.

MAJA 6: *„Dass ich immer frag, warum und ja, ihr müsst doch irgendwie dagegen angehen, ihr könnt nicht immer sagen, ja, wir machen noch - wir nehmen noch das nächste Protokoll und wir füllen noch das aus und ja, wir arbeiten auch am Wochenende noch mal unterbesetzt, obwohl wir ja sowieso die ganze Woche schon unterbesetzt sind und einfach dieses Aufstehen und sich mal wehren, also so wie die Ärzte das auch tun. Wir haben das Recht dazu, find ich. Wir sind zwar ein Dienstleistungsberuf, aber wir haben auch Rechte. [……] Überlegt mal, sag doch nicht immer ja und spring doch nicht immer ein .....“*

MAJA 25: *„Nein sagen lernen, [……] einen Selbstschutz aufbauen, aber auch eine Selbstfürsorge. Also immer […..] das dann auch ganz ehrlich sagen und wenn's dann zu Komplikationen kommt, den Konflikt aber dann auch eingehen […..] Und mit dem Pflegedienstleiter sprechen und sagen, also hier ist eine Grenze. Und ich denk, das ist wichtig, dass man nicht immer alles so annimmt und wir sind diejenigen, die professionell sind und wir sind diejenigen, die wissen, was für den Bewohner gut ist und jeder hat ein ethisches Denken in sich.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

SLMA berichtet von einer fachlichen Auseinandersetzung mit einem Arzt, der einer dementen alten Dame statt einem Schmerzmittel ein Beruhigungsmedikament verordnen will. Sie führt ihm das Fachwissen ihrer Berufsgruppe vor Augen:

SLMA 20: *„Oh, ich werde dann schon laut, und sag: ‚Wissen Sie, also* ***wir*** *sind die Altenpfleger, Sie sind ja nur Mediziner. Es ist ja gut, dass Sie über Medizin viel wissen, aber was die Altenpflege betrifft, müssen Sie sich auf mich verlassen oder auf mein Team´.* Der Arzt: *‚Ja, Sie haben keine Medizin studiert.´ ‚Nee hab ich nicht, aber ich hatte vielleicht Fächer, die Sie ja noch nicht hatten, sprich Gerontologie, Gerontopsychiatrie, wo ein Arzt, so leid mir's tut, ja keine Ahnung hat.´*

Schlussfolgernde These:

Das Bewusstsein, als Berufsgruppe der Pflegefachkräfte in der stationären

Altenpflege über große fachliche Kompetenz zu verfügen und sich als Gruppe zusammenschließen zu können, stärkt die einzelnen Pflegefachkräfte in ihrem persönlichen beruflichen Selbstbewusstsein. Dies kann zu Konfliktsituationen mit anderen führen, aber auch zu einer Verbesserung der Rahmenbedingungen[63].

6.9 Zusammenarbeit

Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege arbeiten in ihrem Berufsalltag im Team miteinander und mit Personen unterschiedlicher Berufe zusammen. Diese Kooperationen sind tatsächlichen oder vermeintlichen Hierarchien unterworfen.

(Grafik Nr.72 / Ensink 2014)

[63] Da Pflegefachkräfte tendenziell einen etwas höheren Verträglichkeitswert als die durchschnittliche Bevölkerung zeigen (vgl. Ergebnis NEO-FFI), ist jedoch davon auszugehen, dass sie tendenziell eher weniger bereit sind, sich auf Konflikte einzulassen und sich in diesen durchzusetzen.

Hierarchien in der stationären Altenpflege und damit verbundene Rollen wurden von den interviewten Pflegefachkräften entsprechend immer wieder thematisiert. Rechtliche Hintergründe und Weisungsgebundenheit sind für die Pflegefachkräfte nicht immer eindeutig klar und haben Auswirkungen auf den Umgang untereinander oder in der Kommunikation mit Vorgesetzten und Hausärzten. Innerhalb der Teams wurde sehr häufig der gute Zusammenhalt, aber auch Konflikte untereinander in den Blickwinkel gerückt.

6.9.1 Hierarchie in der Altenpflege

Hierarchische Strukturen in Altenpflegeeinrichtungen und deren positive oder negative Auswirkungen auf das Arbeitsklima und die Motivation von Pflegenden werden mit der folgenden Unterkategorie beschrieben. Dies schließt Verhalten der Vorgesetzten gegenüber Mitarbeitern und Konkurrenzdenken unter den Pflegefachkräften ein. Es geht im Gegensatz zu *Umgangsformen in der Altenpflege* jedoch um die hierarchischen Verhältnisse zwischen den Beteiligten, nicht um die Form der Kommunikation, auch wenn abwertende Formen der Kommunikation Ausdruck autoritären Führungsverhaltens sein kann.

(Grafik Nr.73 / Ensink 2014)

Pflegefachkräfte erleben in ihrem Berufsalltag in der stationären Altenpflege sehr unterschiedliche Hierarchien und Machtstrukturen. Auffällig häufig werden diese von Teilnehmer als negativ beschrieben, die über ein „Aussteigen aus dem Beruf“ nachdenken. Sie beschreiben diese Strukturen mit einem hohen Hierarchiegefälle, häufig gekoppelt mit einem autoritären und destruktiven Führungsstil. So wird z.B. häufig die Angst genannt, abgemahnt zu werden.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

´

MAJA beschreibt die Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege als eine Berufsgruppe, die sich nicht klar darüber sei, gebraucht zu werden. Sie seien eher eingeschüchtert.

> ***MAJA 37:*** *Das ist auch 'ne Sache, würd ich sagen. Dass Pflegekräfte immer denken, ich darf das jetzt nicht sagen, weil ich krieg dann eine Abmahnung und bei der dritten flieg ich ja und dann gibt's keine Perspektive. Es gibt Perspektiven, es gibt Heime, die einen mit offenen Armen empfangen. Aber dem Heimleiter dann auch zu sagen: ‚Sie brauchen mich, ich brauch Sie zwar auch, weil Sie der Arbeitgeber sind, aber Sie brauchen uns auch. Also, wir müssen zusammen arbeiten, wir müssen nicht gegeneinander arbeiten.“*

Die Probandin MERE meint, dass Arbeitgeber in der stationären Altenhilfe ganz bewusst versuchen, eine möglichst große Ausgangsleistung aus den Pflegeteams herauszuholen und dabei möglichst wenig zu investieren:

> ***MERE 6:*** ***„****Und das ist für mich schon sinnbildlich für viele Karrieren gerade in der Altenpflege - ich glaub die Krankenpflege ist was anderes und vielleicht auch besonders typisch in der stationären Altenhilfe, weil tatsächlich der Arbeitgeber das Maximale rausholt, 'en maximalen Output bei möglichst wenig, was man rein geben muss, ja. Das ist natürlich - es gibt Ausnahmen, aber das ist für mich ganz klaren Eindruck - und auch gute Leute soweit geschunden und ausgenutzt werden, [……]“*

AJUE weist darauf hin, dass Pflegekräfte häufig im Unklaren gelassen werden, über die Möglichkeiten der Finanzierung von besseren Pflegeschlüsseln. Nachfragen von Seiten der Pflegekräfte würden immer mit dem Hinweis verweigert, es wäre nicht genug Geld aus dem Budget da, um die Pflegerahmenbedingungen einfacher zu machen. Die Probandin hegt Zweifel an der Glaubhaftigkeit dieser Aussagen und fühlt sich von ihrer

Einrichtungsleitung in ihrem Anliegen nicht ernst genommen:

> ***AJUE 64 + 65:*** *„Die Einforderung nach mehr Personal wird immer mit dem Gleichen abgeschmettert, das Budget gibt das nicht her. Dann wird auf Schüler verwiesen, auf Praktikanten, auf die Alltagsbetreuer, die ja aber nicht auf die Pflege mit in dem Maße angerechnet werden dürfen, ja. Das Budget kenn ich nicht, ist nie vorgelegt worden, aber - ich und auch andere gehen davon aus, dass das nicht stimmt, also.. weil andere Häuser schaffen's ja auch, mehr Personal einzustellen, die haben ja auch sicher ihr Budget und müssen wirtschaftlich arbeiten, das ist nicht nachvollziehbar, also die ganze Argumentation, wenn's um mehr Personal und Geld geht, das ist für's Personal nicht nachvollziehbar.“*

Aus seinem Team hätten einige Fachkräfte gekündigt und seien gegangen, berichtet HRUH. Ursache sei das uneinsichtige Verhalten des Heimleiters und der Träger gewesen:

> ***HRUH 6:*** *„Der Pflegedienstleitung waren die Hände gebunden. Er sah das, aber er konnte das immer nur weiter geben, aber dieses Machtmonopol war diese Heimleitung, das war das Kriminelle, wo er auch nicht weiter kam. […….] es ging nicht vorwärts, ja, also wir sind immer nur gegen so eine Wand gerannt, ja. Wir haben auch mit dem Vorstand versucht zu sprechen, nur der Vorstand stand halt voll hinter der Heimleitung, und das war ganz schwierig. Und dann war für mich eigentlich ausschlaggebend, wie ich immer mehr meine Fachkräfte verlor, gut Fachkräfte.“*

Sehr häufig wird im Zusammenhang mit Hierarchien in der Altenpflege auch das Verhältnis zu den Ärzten thematisiert. Die Probandin beschreibt, dass sie zu einem Gespräch mit der Pflegedienstleitung gebeten worden sei, weil sie einem Arzt gesagt habe, er möchte sich einen Moment gedulden, weil sie gerade in einer pflegerischen Tätigkeit bei einem Heimbewohner gewesen sei:

AJUE 84 - 90: *„[……] oder die Visite, ja … Die kommen schon an bestimmten Tagen, das steht fest, die Tage stehen fest, die Uhrzeiten mehr oder weniger, weil die auch das ganze Haus betreuen. [……] Wenn die da sind, muss ich alles stehen und liegen lassen. Dann muss ich das machen, ne. Ich kann nicht zum Doktor sagen: ‚Ja lieber Doktor (lacht), ich muss jetzt hier mal erst mal noch weiter Essen anreichen.´ Der würde nicht warten, der würde sich beschweren gehen. - Dann hätte ich ein Gespräch, ja, dass das so nicht geht [……] Weil die Ärzte würden zur Pflegedienstleitung gehen und sich beschweren. Ich hab das ja mal versucht. Ich hab zum Doktor (lacht) jetzt gesagt, dass - er müsste jetzt mal 'nen Moment warten, da hat er sich beschwert. . Ja und dann stand meine Chefin da, die Pflegedienstleitung, was da los gewesen sei, ja und dass das so nicht geht. Okay. Muss ich alles stehen und liegen lassen.*

I: *Nach welcher Pflegetheorie wird bei Ihnen im Haus gepflegt?*

AJUE: *Krohwinkel.... Ja ja, wir haben auch ein Leitbild. [….]* [64]

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

In beide Gruppen äußern sich die Teilnehmer, dass es von den Strukturen und Persönlichkeiten in den Leitungsebenen abhängt, ob sich die Pflegefachkräfte bei der praktischen Arbeit wohl fühlen und bleiben wollen. Ein entscheidender Faktor scheint zu sein, ob die Mitarbeiter ihre *moralische Integrität als Grundlage innerer Ruhe* erhalten können, die Rahmenbedingungen also so gestaltet sind, dass Pflegefachkräfte bei ihrer pflegerischen Arbeit nicht durch die Rahmenbedingungen mit ihren Wertvorstellungen in Konflikte geraten.[65]

---

[64] Monika Krohwinkel beschreibt in ihrer Forschung exakt dieses Beispiele und zeigt dabei bereits Mitte der 1980 Jahre auf, dass der therapeutische Wert von sogenannter Grundpflege häufig ignoriert wird. Sie beweist mit ihrer Studie, dass eine konsequente fördernde Pflege zu schnellerer und größerer Selbstständigkeit bei Menschen mit Pflegebedarf führt. Krohwinkels Pflegemodell fordert dem entsprechend fördernde Grundpflege als *primäres pflegerisches Handeln* und *primäre pflegerische Verantwortung*. Trägt eine Einrichtung in ihrem Leitbild die Pflegetheorie der Monika Krohwinkel, so muss die pflegerische Arbeit der Einrichtung danach ausrichten. In den meisten Einrichtungen müssen Mitarbeiter sogar im Arbeitsvertrag unterschreiben, dass sie dies in der täglichen Arbeit umsetzen werden. Die Pflegedienstleitung verletzt hier also selbst die Richtlinien des Leitbildes (Krohwinkel 2008)

[65] Dies wird im Rahmen der Diskussion noch genauere Betrachtung finden

So beschreibt MFAE, dass sie in der Vergangenheit die Konsequenzen daraus gezogen und die Einrichtung gewechselt habe. Dies sei für ihre Arbeitszufriedenheit positiv gewesen:

MFAE 7: *„In der Einrichtung, in der ich im Moment arbeite, können wir das weitestgehend umsetzen - also das, was mir wichtig ist, kann ich umsetzen. Ich hab vor zweieinhalb Jahren die Stelle gewechselt, da war das nicht mehr möglich, das so umzusetzen, weil dadurch ganz unterschiedliche Dinge, die da passiert sind, durch Führungswechsel in relativ rascher Folge ganz oft und auch ja, dass der Träger sich da nicht eingemischt hat, um Sachen zu klären, da vieles in der Luft gehangen ist und wir als Personal trotz Versuche, da was zu ändern, nicht weiter gekommen sind. Da hab ich den Eindruck gehabt, dass da der Mensch auf der Strecke geblieben ist, ja. Und alles andere außen rum wichtiger war.“*

SLMA beschreibt, dass es auch für sie Zeiten gegeben habe, in denen sie über den Ausstieg aus dem Beruf nachgedacht hat. Dies habe maßgeblich am Führungsstil des Heimleiters und der Pflegedienstleitung gelegen:

SLMA 3 + 4: *„[…..] Ich wollte in dem Haus auch nicht mehr bleiben, es hat mir nicht mehr gefallen, war auch eine schwierige Zeit, bis dann eben.. andere Mitarbeiter kamen […..] - dann hatten wir ja eine andere Pflegedienstleitung und die hat zu mir gesagt: ‚Überleg' s Dir noch mal´. Ich hab mich auch sehr gut mit ihr verstanden und hab gedacht, ok ich glaub, jetzt ändert sich was, ich sollt' s doch probieren. Ja, dann bin ich da geblieben. […..] aber ich muss sagen, durch den Wechsel in' s Haus S. in die neue Einrichtung und neue Heimleitung und so, seitdem bin ich wieder wahnsinnig motiviert und es macht auch wieder Spaß.*
Ja also es lag ganz klar an der Heimleitung, das war jetzt nicht unbedingt der Nette, der hatte auf jeden Fall ein strenges Regime und hat uns auch ziemlich untergebuttert.“

NMYA beschreibt auf Nachfrage, wie das Verhältnis zu ihrem vorgesetzten Pflegedienstleiter sei. Sie beschreibt dieses als einen *gesunden Abstand*. Dieser sei für sie ein Zeichen für *Vertrauen in die Pflegeperson.* Gleichzeitig könne sie jedoch darauf vertrauen, in schwierigen Situationen Unterstützung durch die Pflegedienstleitung zu erhalten:

> ***NMYA 16 +17:*** *„Ist gut, haben wir gute eine Beziehung, –so ein gesunder Abstand, sag ich immer. Auf jeden Fall, also ich brauche einen gesunden Abstand vom Vorgesetzten, man darf mir nicht zu nahe treten, sonst fühl ich mich kontrolliert (lacht). Und das ist ein gesunder Abstand, ich glaube, mein Chef mittlerweile weiß, dass man sich so auf mich - auf uns verlassen kann, dass wir keine intensive Betreuung brauchen. Aber wenn es Fragen gibt, oder wenn ich in bestimmten Situationen unsicher bin oder wenn meine Kompetenz an die Grenzen stößt, dann ist er da.“*

KSJA schildert den engen Zusammenhang zwischen positiver Entwicklung in der Pflege und der Rolle der Pflegedienstleitung. Sie beschreibt, über welche Schlüsselqualifikationen Pflegedienstleitungen verfügen müssen. KSJA erklärt ihre Pflegedienstleitung als Glück, weil sie über Motivationsfähigkeit, Offenheit und die Fähigkeit zur Kommunikation verfügt, also Fähigkeiten, von denen man annehmen müsste, dass diese eine selbstverständliche Voraussetzung für die Tätigkeit in der Pflegeleitung sein müssten. Sie schildert ihre Pflegedienstleitung als eine offene, motivierende Persönlichkeit, die ihre Mitarbeiter nicht unter Druck setzt:

> ***KSJA 65 + 66:*** *„[……] hat sich viel geändert, wo kam neue Pflegedienstleitung. [……] Wir haben da viel nicht neu gehabt und das war immer nach altem Motto. Wir haben immer kein Glück gehabt für Pflegedienstleitung. Aber seitdem Frau D. ist da, dann die hat viel gebracht, die ist neu, die denkt neu, die bringt Kraft uns allen. Ich freue mich, weil wir haben so eine Frau D. Wo kann man mit ihr offen reden. Und das auch, sie sagt auch nicht, weil ich rede offen und ich sag mein Meinung und sie ist auch nicht falsch zu mir und sie setzt mich nicht unter Druck. Weil die ist auch nicht so ein Mensch und ich hab keine Angst.“*

Schlussfolgernde These:

In stationäre Pflegeeinrichtungen bestehen hierarchisch aufgebaute Strukturen. Die Kontinuität der Leitungsebene und der Führungsstil von Einrichtungsleitung (EL) und Pflegedienstleitung (PDL) haben dabei eine ausgeprägte Wirkung auf die Berufsmotivation der Pflegefachkräfte. Diese zeigen dann besonders häufig den Wunsch nach einem Berufsausstieg, wenn das Verhältnis von EL und PDL zu den Pflegefachkräften von Misstrauen und Drohungen geprägt ist und die PDL nicht die Interessen der Pflege vertritt. Dass die Einrichtungsleitung der Pflegedienstleitung gegenüber ein grundsätzliches Weisungsrecht hat, wird in vielen Fällen als zusätzlich kontraproduktiv empfunden, weil die PDL so stets für ihre Entscheidungen die Zustimmung der EL benötigt.[66] Pflegefachkräfte, die zufrieden in ihrem Beruf sind, berichten hingegen von einem vertrauensvollen und respektvollen Umgang durch die Leitungsebene. Sie beschreiben die Möglichkeit, offene Gespräche führen zu können und eine PDL, die in Krisensituationen „*da ist*“. Das Verhältnis zwischen EL und PDL ist kooperativ.

6.9.2 Verhalten von Mitarbeitern gegenüber Vorgesetzten

Eng mit den hierarchischen Strukturen in der stationären Altenpflege verzahnt ist Verhalten der Pflegekräfte innerhalb der Organisationsstrukturen. Dies betrifft nicht nur das Verhalten von Pflegefachkräften gegenüber ihren vorgesetzten Ebenen, wie Wohnbereichsleitung (WBL), PDL und EL, sondern auch das Verhalten von Hilfskräften gegenüber Pflegefachkräften in den Teams.

[66] Als Beispiele hierfür kann die Beschaffung neuer Hilfsmittel wie Niedrigflurbetten dienen. Sie verhindern bei vielen Bewohnern freiheitsentziehende Maßnahmen, ihre Anschaffung ist jedoch um einige Hundert Euro teurer als die Anschaffung konventioneller Pflegebetten. Obwohl es pflegerisch sinnvoll ist diese Betten anzuschaffen, kann eine EL dies aus Kostengründen unterbinden. Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat die Problematik der Hierarchie zwischen EL und PDL erkannt und deshalb im neuen Wohn-, Teilhabe- und Betreuungsgesetz eine Trennung der Ausgabenbereiche für PDL beschlossen, die in diesen Bereichen unabhängig agieren können (Landtag BW 2014).

(Grafik Nr.74 / Ensink 2014)

In beiden Teilnehmergruppen wurde dem Verhalten von Mitarbeitern gegenüber Vorgesetzten eine hohe Wichtigkeit beigemessen und von insgesamt 19 Pflegefachkräften angesprochen.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Gerade junge Pflegefachkräfte haben häufige Auseinandersetzungen mit älteren Hilfskräften:

> ***HVHA 20:*** *[……] Wenn mir das zu blöd ist, dann geh ich. Aber - ich bin so ein Mensch, ich möchte das auch nicht so gerne - dann muss da wieder von neu anfangen. Man ist jung, man wird sowieso nicht akzeptiert: ‚Ach die Junge´ - das musste ich mir schon anhören. Ich hab ja Pflegehelfer, die sind ja wesentlich älter als ich, 50 und - keine Ahnung: ‚Ach von der Kleinen lass ich mir nix sagen.´*

Lauthalts zur Wehr setzt sich EESA gegenüber ihrer Vorgesetzten, was sie im Nachhinein für nicht richtig hält:

> ***EESA 55:*** *„Dass sich das jemand traut. Dass jemand da widerspricht und so widerspricht - mir ist der Kragen geplatzt. Das war zwar in dem Bewohnerzimmer, das leer war. Aber das hat man wahrscheinlich an Hand von der Lautstärke vorne gehört. Mir ist einfach der Kragen geplatzt. Ich konnte dann aber auch sagen, horch, für die Lautstärke entschuldige ich mich, aber für den Inhalt nicht.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Für ODTA bildet respektvolle Distanz eine elementare Grundlage für ein korrektes Verhältnis mit ihren Vorgesetzten.

> ***ODTA 47 + 48:*** *„Also, die Leitung, ich hab eigentlich keine Probleme mit denen, noch nie gehabt. Dass ich - also mein Motto ist, auch wenn ich die Leute gut kenne von - der Heimleitung oder Pflegedienstleitung - ich hab immer versucht, immer eine Distanz zu haben. Ich wollte nie die Leute per du ansprechen. Ich bin immer per Sie mit den Leuten. Die können zu mir du sagen, aber ich wollte immer so eine Barriere dazwischen, ne - das sind meine Chefs und ich bin die Angestellte. Und so bin ich bis heute immer gut mit hin gekommen, also überhaupt kein Problem.“*

Die eigene Meinung und Sichtweise gut begründet vertreten zu können, auch wenn dies nicht den Vorstellungen der Vorgesetzten entspricht, ist für KHSD wichtig und sie meint, dass Vorgesetzte dies akzeptieren müssen:

> ***KHSD 6 + 11:*** *„[……] Ich muss meine Meinung halt sagen. Und ich kann jetzt nicht sagen, das ist meine Chefin und da sag ich jetzt ja und Amen dazu, das kann ich nicht. Ich bin da auch schon nicht immer auf Zustimmung gestoßen, gell, muss ich auch dazu sagen. Aber ich kann nicht immer sagen, wenn die Chefin sagt, es ist rot und ist Wirklichkeit grün, da kann ich nicht sagen, es ist rot, weil - wenn das dann grün doch ist. […]*
> *Und wenn sie mir jetzt was sagt, was ich machen soll, begründe ich das auch, wenn ich's nicht mache. [……] Und des geht eigentlich immer ganz gut, aber sie musste auch lernen, will ich mal sagen, mit mir denn so umzugehen, hab ich das Empfinden gehabt. […..]“*

Schlussfolgernde These:
Herrscht in einer Einrichtung zwischen den verschiedenen Ebenen der Hierarchie keine offene Gesprächskultur, so kommt es zu aufgestauten Konflikten, die in bestimmten Situationen lauthals zu Tage treten können und

den Problemlösungsprozess zusätzlich behindern. Unklarheit über Aufgaben und Grenzen der verschiedenen Mitarbeiter schwächen die Position der Pflegefachkräfte und erschweren die Verantwortungsübernahme. Zufriedene Pflegefachkräfte berichten über eine klare Organisationsstruktur und eine offene und respektvolle Kommunikationskultur. Ihre argumentativ vorgetragenen Veränderungswünsche werden angehört. Die Leitungsebene hält zu den Mitarbeitern eine respektvolle Distanz ein.

6.9.3 Zusammenhalt innerhalb des Teams

Zusammenhalt innerhalb des Teams beschreibt den fürsorglichen Umgang der Mitarbeiter des Pflegeteams miteinander und den Zusammenhalt des Teams untereinander als Ressource gegen Burn-out.

(Grafik Nr.75 / Ensink 2014)

Die Unterkategorie erscheint von hoher Bedeutung, denn sie wird von 28 Pflegefachkräften während der Interviews angesprochen. Dabei kommen die Pflegefachkräfte der Gruppe mit positiver Sicht doppelt so häufig darauf zurück und betonen dabei die Wichtigkeit eines guten Arbeitsklimas im Pflegeteam um Belastungen des Altenpflegeberufs besser bewältigen zu können.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Dies bestätigen auch die Pflegefachkräfte der Gruppe mit negativer Sicht auf den Beruf durch ihre Anmerkungen. So stellt UHHE fest, es habe sich das

Arbeitsklima in ihrem Team verändert und sie ziehe sich gegenüber den Kollegen teilweise zurück

UHHE 31: *„Ah ja (stöhnt), wie ist das Verhältnis zu den Kollegen, ja durch diese Stresszeiten, die wir immer öfters haben, ist das Verhältnis auch angestrengter, ja. Früher hatten wir auch ab und zu mal privat was zusammen gemacht, das macht man schon lang nicht mehr, also man ist einfach ... man guckt, dass man gut miteinander harmoniert in der Arbeit, weil das ja für alle gut ist, aber - also ich fühl mich jetzt eigentlich nicht besonders integriert in das Team, glaub ich. Aber das liegt auch an mir, weil ich es gar nicht mehr will. Ich hab ein paar Menschen, die auch schon länger da sind, weil ich bin ja lange schon da, mit denen ich mich gut verstehe, oder was heißt, mit denen ich gut arbeite - sagen wir mal so. Die mag ich, die respektier ich in ihrem Tun und die mich und man kommt gut miteinander aus und harmoniert in der Arbeit. [……]*

JRSE berichtet von ihrer Trauer, aufgrund des Zeitmangels nicht mit ihrer Arbeit fertig zu werden. Sie hat das Gefühl von Unverständnis und einer destruktiven Haltung ihr gegenüber. Sie löse dies mit ihrer Art, sich mitzuteilen aus.

JRSE 49: *„Das macht mich mitunter auch traurig .... Aber das ist halt der Pflegealltag. Und - vor allem, weil die Kollegen dann auch kein Verständnis dafür haben.“*
JRSE 58: *„Ich weiß, dass mich einige Kollegen hassen, ich weiß auch, dass einige Kollegen Angst vor mir haben. Durch meine Art und Weise, weil ich denen das direkt in's Gesicht sage.“*

HRUH beschreibt zunächst das Arbeitsklima in seinem Team als gut, wenn bestimmte Mitarbeiter nicht da sind. Ihm fällt selbst nicht auf, mit wie vielen Einschränkungen er seine Aussage verbindet. Da Pflegeteams in der Regel eher klein sind, bleibt von seiner Beschreibung am Ende das Bild eines zerstrittenen Teams:

HRUH 26 + 27: *„Das Arbeitsklima ist eigentlich gut, wenn gewisse Mitarbeiter nicht da sind - ...leider. Die Mitarbeiter, die nicht da sind, das sind Quertreiber. Die bringen eine unwahrscheinliche Unruhe rein. Also wir haben jemanden, die ist jetzt in Urlaub, man sieht, das Klima hat sich schlagartig geändert, die Leute sind glücklich, das Personal lacht, macht Quatsch, macht seine Arbeit, aber sehr gewissenhaft, es läuft tadellos. Ist diejenige wieder im Dienst und 'ne Spannung ist da. […….] Und da haben wir dann so 2 Quertreiber, die über alles nörgeln, die mit dem nicht zufrieden sind, mit dem nicht zufrieden sind, aber sie die Perfekten darstellen, ja, sie sind die Besten und die andern, die sind Dreck so ungefähr, also solche haben wir. Und dann ist Spannung da, und da gibt's halt Mitarbeiter, die untereinander nicht miteinander arbeiten können - ist auch halt so eine Sache […….].“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Die Probandin NMBZ, die seit 1994 in der Einrichtung arbeitet, beschreibt stolz den guten Zusammenhalt und die niedrige Fluktuation des Pflegeteams:

NMBZ 7 + 8: *„Ja, also eine Kollegin ist auch 20 Jahre hier und die anderen sind alle so 3, 5 Jahre und 10, 15 Jahre dabei. Es gibt immer eine wo immer wieder weg geht. Also, es gibt immer in der Team jemand, wo reingeht und wieder raus. Nicht viele. Also, wie gesagt, nur einer. Die Nachtwachen sind auch über - eine ist 17 Jahre, eine ist 10 Jahre, 11 Jahre. Wir sind gern ein Team.“*

Die Probandin KSJA beschreibt ein gutes Arbeitsklima und der Zusammenhalt im Team als einen wesentlichen Faktor, den hohen Zeitdruck in den Pflege und schwierige Rahmenbedingungen zu bewältigen:

KSJA 19: *„[…..] Und das war ein gutes Klima. Obwohl das war schwere Arbeit, […….] Und manchmal wir waren zu zweit vormittags. Aber es hat geklappt. Und das Klima, diese Zusammenarbeit, das macht viel. Bist du nicht müde? Hast du kein Stress? Und das war super Arbeit, wirklich.“*

Dies wird auch durch NMYA bestätigt. Sie beschreibt die fördernden Reaktionen von Kolleginnen, die helfen, schwierige Phasen durch zu stehen:

> ***NMYA 11:*** *„Es gibt leider in dem Beruf Phasen, wo es einem schwierig geht, wo man denkt: ‚Ah nee (lacht), doch nix für mich, am besten raus und die Tür zu machen´ und es gibt oft Kollegen und Kolleginnen, die das ansehen, mit denen man jahrelang schafft, die dann an die Schulter klopfen, und sagen: ‚Ach Mensch, es wird´ (lacht.)*
> *Oder die in einer Situation unterstützen oder länger bleiben oder früher kommen, obwohl sie das gar nicht machen müssten. Einfach, weil man gern zusammen schafft.“*

Eine weitere Hilfe im Team ist der Schutz von einzelnen Team-Mitarbeiterinnen, die unter für sie besonders belastenden Pflegesituationen leiden. Andere übernehmen zeitweilig diese Pflegesituationen, so dass man sich aus der Belastung für einige Zeit heraus ziehen kann:

> ***EHAE 24:*** *„[…..] und wir hatten dann kurz darauf Teambesprechung gehabt, und – ich hab dann auch gesagt, ich möchte momentan bei dieser Bewohnerin halt eben nicht die Versorgung machen, ob das irgendwie möglich ist und - also das ist auch wieder so was Positives bei uns im Team - wir können halt einfach einmal switchen, wir können sagen, ok, es funktioniert momentan nicht in der Situation - also da ist auch niemand bös drum - sondern es wird dann halt eben verstanden, dann nehme ich halt jemanden aus einer anderen Gruppe. Und das war dann ok.“*

Für KHSD ist es selbstverständlich, mit jedem arbeiten zu können, aber ein gutes Arbeitsklima sei im Team fördernd für den Arbeitserfolg:

> ***KHSD 35 :*** *„ ..klar man muss mit jedem auskommen, […….] ich finde, 'n gutes Klima ist schon die halbe Miete. Und eben, wie gesagt, wenn ich jetzt Leute hab, mit denen ich gut zusammen schaffe, da flutscht es alles und man ist zur Zeit fertig“*

Die Wohnbereichsleitung AJKA betrachtet selbstkritisch ihre persönliche Nähe zwischen den Mitarbeitern und sich selbst und ist unsicher, ob dies für das Arbeitsklima von Vorteil ist oder eher schadet. Sie denkt, diese große Nähe sei eigentlich typisch für den Pflegebereich und komme in anderen Berufsgruppen sicher nicht so ausgeprägt vor. Gleichzeitig ist sie überzeugt, ein familiäres Betriebsklima könne Mitarbeiter in schwierigen Situationen eine Unterstützung leisten:

> ***AJKA 91 - 95:*** *„[……] Ich will eben auch die Harmonie auf Station, auf dem Wohnbereich. Weil das sehe ich ein bisschen schlimm für die Mitarbeiter, dadurch dass sie jetzt viel mit mir zusammen sind, sehe ich die schon ein bissel so als Familienmitglieder an. Weiß nicht, ob das richtig ausgedrückt ist, ne. Weil .... ja ..... die mich als mal besser kennen [……]. Weil wir ganz einfach im Beruf zusammen sind und lange am Tag zusammen sind und wir eigentlich auch da ganz offen umgehen. Ja, weil man uns unter den Kollegen, wir wissen doch schon viel privat und persönlich untereinander. .. Wir erzählen da - ich glaub - schon mehr wie .... Bankangestellte. .. Ich hab noch nie in der Bank geschafft, oder so. Ja, glaub ich schon. Weil man sieht's dort schon, auch wenn ein Mitarbeiter kommt und ... ich merk, da ist irgendwas oder so, frag ich schon: ‚Horch einmal, was ist denn los?´, ne. [……], das geht einem doch näher ... Und ich glaub, so offen sind so Bankangestellte oder Fabrikarbeiter oder so nicht. Ich weiß es nicht. Und da denk ich schon, dass das so ein bissel so ..... kollegiale Familien sind so irgendwie. Ja, das ist wichtig. Weil das ist dann auch schon ein Halt, das motiviert dann auch schon wieder, ne. Weil - wenn's mir persönlich nicht gut geht und ich müsste dann noch in so ein steriles Betriebsklima gehen, ne - ich glaub, das kann einen auch krank machen.“*

Schlussfolgernde These:

Vielen Pflegeteams gelingt ein funktionierender Zusammenhalt nur teilweise. Uneinigkeit und konkurrierende Vergleiche wirken sich dämpfend auf die Berufsmotivation aus. In Pflegeteams mit gutem Arbeitsklima zeigen hingegen die Mitarbeiter wirkliches Interesse aneinander, ergänzen sich in

Problemsituationen und leisten sich in Notsituationen gegenseitig Unterstützung. Unterschiedliche Fähigkeiten werden dabei als Chance wahrgenommen. Das Gefühl, in ein zusammenhaltendes Team eingebunden zu sein, fördert die Berufsmotivation.

6.9.4 Kleine Veränderungen verändern das ganze System

Die Unterkategorie beschreibt den Anlass, Veränderungen in der Pflege einzuleiten, sei diese situationsverbessernd oder -verschlechternd.

(Grafik Nr.76 / Ensink 2014)

Den Standpunkt, dass kleine Veränderungen zu Veränderungen des Gesamtsystems führen können, vertreten 22 der Pflegefachkräfte. In den meisten Äußerungen wird dies als Chance zur Verbesserung der Situation gesehen und entsprechend fordern die Pflegefachkräfte in den verschiedensten Bereichen Veränderungen ein.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

So wünscht sich HRUH Veränderung in der Haltung von Lehrkräften im Zusammenhang mit der praktischen Ausbildung von Altenpflegeschülern. Er unterstellt eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen in der Praxis, wenn die Lehrer in den ausbildenden Schulen mehr Mut zur Konfrontation um die Ausbildungsbedingungen mit Einrichtungsleitungen zeigen würden:

HRUH 43: *„Also ... man könnte bestimmt was ändern - nur momentan sehe ich darin nix Positives. Weil erst mal auch die Schule selbst, die die*

Schüler ausbilden, mal 'ne andere Einstellung kriegen müssen, mehr Mut haben müssen, gegen gewisse Häuser vorzugehen, gegen Leitungen vorzugehen,“

HBNE fühlt sich hin und her gerissen zwischen der direkten Pflege und der Verpflichtung zur Pflegeplanung und empfindet dies als sehr belastend. Sie wünscht sich Pflegeplanungstage, weil man sich dann besser auf die einzelnen Tätigkeiten konzentrieren könne. Diese Konzentration auf eine aktuelle Tätigkeit sei entlastend:

HBNE 56: *„Das würde mal meinen Kopf entlasten (lacht), würd ich sagen, in der täglichen Arbeit. Natürlich ist dann immer noch nicht die Zeit da, die man sich wünscht, aber es würde zumindest schon mal - dass man nicht denkt, man müsste eigentlich noch die Pflegeplanung schreiben, man müsste eigentlich noch diese Skala ausfüllen, und das müsste man auch noch ablegen, und - ja - ich denk, man hat in dem Dienst genug zu tun, […….] das wär schon mal was, wo der Kopf entlasten würde, […….] das wär schon mal ein Ansatz denk ich, dass man das einführt.“*

AJUE erzählt, es habe sich seit kurzem in ihrer Arbeit etwas verändert. Die neue Abteilungsleiterin (Anm. der Verf.: WBL für 3 Wohnbereiche) sei kooperativer und dies führe zu einer Verbesserung der Gesamtsituation:

AJUE 81: *„[…….] die hat auch Stress, ne. Aber das ist so mehr ein Miteinander - man versucht, sich gegenseitig zu unterstützen, […….] man motiviert sich, man unterstützt sich und man macht sich nicht nur Druck, Druck, Druck, Druck, Druck - das muss, das muss, das muss und es ist egal, wie. So arbeitet die eben nicht und das ist schon auch eine Verbesserung... ja.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

EWRE erzählt von einem Rückschlag zu Anfang ihrer Tätigkeit auf dem aktuellen Wohnbereich. Es sei zu Differenzen mit ihrem Pflegedienstleiter

gekommen. Sie habe sich daraufhin eine andere Vorgehensweise überlegt und sei so an ihr Ziel gekommen:

> ***EWRE 49:*** *„[……] Das muss einem immer bewusst sein. Wenn man eine Kleinigkeit verändert, verändert man das ganze System. Das muss einem immer bewusst sein, es trifft einen dann als auch mal ein harter Stein, der dann wieder zurück rudert (lacht).“*

SLMA beschreibt, wie bei ihrem Einrichtungsträger anerkennend mit kreativen Ideen der Mitarbeiter umgegangen wird. Die Ideen finden in einem Ideenforum eine größere Verbreitung und die Ideengeber treiben durch diese Veränderungen eine positive Entwicklung der Einrichtung voran.

> ***SLMA 41:*** *„[……]- was halt auch gut ist, solche Ideen werden ja bei uns im Mitarbeiterforum dann vorgestellt, wir haben ja so eine Ideenbörse. Das ist jetzt erst eingeführt worden, bei meiner Idee war das noch nicht. Und es wird auf dem Mitarbeiterforum schön angesprochen - also vor den Mitarbeitern - und man bekommt dann ein kleines Blumensträußchen und ich denk - das ehrt einen. Und da denk ich mir schon, das alles hast Du jetzt geschafft.“*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte empfinden die Auswirkungen von Veränderungen meist als Verbesserung und sind deshalb für Veränderungen offen. Sie beteiligen sich mit kreativen Ideen an Entwicklungsprozessen und wünschen sich, von den Einrichtungsleitungen mit ihren Veränderungsvorschlägen gehört zu werden. In Einrichtungen mit Pflegefachkräften mit hoher Motivation wird dieses Potenzial genutzt und gewürdigt.

6.9.5 Um die Pflege weiter entwickeln zu können, muss die Rolle der Wohnbereichsleitung für alle klar sein und akzeptiert werden

Wohnbereichsleitungen nehmen eine Zwischenstellung zwischen Pflegeteams auf den Wohnbereichen und der Pflegedienstleitung ein. Insofern stellen sie die untere Führungsebene in Einrichtungen der

stationären Altenpflege dar. Die Unterkategorie beschreibt die Rolle der Wohnbereichsleitung in der tatsächlichen täglichen Arbeit im Vergleich zu der ihr zugesprochenen Rolle im Organigramm einer Einrichtung. Sie trifft eine Aussage über die Akzeptanz ihrer Rolle als Führungskraft von Seiten des Teams und der Leitung.

(Grafik Nr.77 / Ensink 2014)

Die Wohnbereichsleitungen scheinen in der Hierarchie von stationären Einrichtungen von besonderer Wichtigkeit zu sein, da ihre Rolle von insgesamt 27 der Teilnehmer mindestens einmal in den Interviews angesprochen wurde. Gerade von den Pflegefachkräften der Gruppe mit negativem Blick auf ihren Beruf wurde dabei der Wohnbereichsleitung gegenüber eine kritische Perspektive eingenommen.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

AJUE glaubt, dass der Einfluss der Wohnbereichsleitung prägend dafür ist, wie gut die Pflegemitarbeiter die Belastungen ertragen können. Entscheidend sei, wie gut man in seiner Persönlichkeit auch mit seinen Schwächen akzeptiert werde:

> ***AJUE 74 + 75:*** *„Ja auf jeden Fall, ich hatte ja vier Wohnbereichsleitungen, und eine davon, die war wirklich sehr gut. Da sind wir sogar gerne zur Arbeit gekommen, wir waren alle hoch motiviert, keiner war krank, ja, ja, das geht, ne. Es geht wenn man ja auch als Mensch behandelt wird, ja, dass wir alle Stärken und Schwächen haben und dass nicht ständig drauf*

rumgeritten wird nur auf den Schwächen und also die hat das super gemacht, ja, muss ich schon sagen. Die hat auch schon mal darauf hingewiesen, dass sie schon sieht, was wir arbeiten und dass wir alle tun, was wir können. Die hat versucht die Rivalitäten untereinander gar nicht erst aufkommen zu lassen, dass der eine denkt, er ist besser wie der andere, ne, dass wir alle gleich gut sind, und das hat das hat super funktioniert. [……]“

JRSE äußert, die Wohnbereichsleitung würde gegenüber der PDL nicht die Interessen des Pflegeteams vertreten. Sie vergleicht eine frühere WBL und die aktuelle, um so heraus zustellen, welche Eigenschaften eine WBL ihrer Meinung nach mitbringen sollte und welche nicht:

JRSE 29 - 33: *[……] Das ist das Schlimme, man kann zu keinem gehen. Man ist Einzelkämpfer. [……] Ja, in der (Name einer Pflegeeinrichtung) früher. Da hatten wir wenigstens mal eine Wohnbereichsleitung gehabt, die einen Arsch in der Hose hatte und auch mal zur PDL gegangen ist oder wenn was war - ich mag auch keine Ja-Sager. Die WBL zum Beispiel früher in der (Name einer Pflegeeinrichtung), klar, die war nicht bei jedem beliebt, weil sie nicht zu jedem ja gesagt hat, ist okay. Die hat einem auch mal die Meinung gegeigt, aber es war okay, wenn die gesagt hat, es war so, dann ist das auch so gewesen. Da war eine Struktur auf Station. Aber nicht so wie hier, wie ich das hier erlebe. Da sagt man hier ja, aber hinten rum klärt sie die Probleme doch nicht und sagt zum nächsten auch wieder ja und so.....*
Also meine Damalige, fand ich einfach, die war in sich gefestigter. Die wusste, was sie konnte, wie's sein soll und - ja, der war die Sachen - die Meinung der anderen scheißegal. Das braucht man irgendwo, diesen Panzer, das muss jetzt so gemacht werden, ich bin nicht hier, um euer Freund zu sein, sondern ich bin hier Stationsleitung, fertig. Die jetzt ist in meinen Augen einfach …. Wenn sie Dienst hat, prinzipiell ist immer gut besetzt, sitzt sie immer hinter dem PC, macht irgendwas, aber produktiv bei kommt nix raus. Ja, ja, sie macht auch bevorzugt nur Frühdienste, weil Spätdienste mag sie nicht und so Sachen. Also sie legt ihren Dienstplan

auch schon für sich gut aus, das kommt auch bei den Kollegen nicht gut an.

UHHE erzählt von der Kompetenz ihrer neuen WBL und erinnert sich an die vorherige WBL. Die mangelnde Kompetenz der Vorgängerin habe sogar massive Auswirkungen auf ihr Privatleben gehabt:

***UHHE 37**: „[……] Also wie gesagt, wo ich vier Jahre diese Stationsleitung hatte, die in meinen Augen inkompetent und in allen Bereichen, die man als Führungskraft haben muss, eben inkompetent war, Führung, fachliche Kompetenz, Sozialkompetenz - der war in allem - also wirklich unter aller Kanone, also da hab ich - da hat mein Privatleben auch tierisch gelitten, ja.“*

LHME erkennt die Tendenz bei Einrichtungsträgern, verschiedene Wohnbereiche als Einheit zusammenzufassen und auf diesem Wege Wohnbereichsleitungen einzusparen. Sie meint, dies sei zum Schaden für die Pflegequalität und das Arbeitsklima auf den Wohnbereichen, weil der WBL hier eine zentrale Rolle zukomme:

***LHME 60:** „Also ich find jetzt zum Beispiel es muss eine Wohnbereichsleitung geben.*
Man kann nicht für das ganze Haus - man kriegt ja nix mehr mit. […….], aber halt auch dem Personal des Gefühl gibt: ‚Ich bin für euch da´ und aber das Personal trotzdem den Respekt vor der Führungskraft hat, aber auch weiß, dass es jederzeit zu ihr kommen kann. [….] Aber dass die auch das Gefühl haben, du bist mir wichtig. Und das brauchen die. Und nicht so ausgesaugt wie eine Maschine: ‚Gut, dass wir jetzt den Dienst rumgebracht haben´, sondern des Gefühl zu haben, wir packen das.....“

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Die Probandin NMYA stellt als Wohnbereichsleiterin bei dem Einstieg in das Team ein negatives Arbeitsklima fest, das eine negative Grundeinstellung zur

Arbeit hervorgerufen hat. Sie sieht sich in ihrer Rolle als Vorbild, die ihre Team zu motivieren versteht und auch weniger motivierte Mitarbeiter mitzieht

NMYA 14: *„Es lag am Team - auf jeden Fall und auf der Arbeit - auf der Arbeitseinstellung auch von der Leitungskraft. Also ich finde, es ist so ein Beruf, wo man in einer Leitungsposition so ein bisschen - ja, es hört sich komisch an, - aber Vorbild sein muss und wenn einer mitmacht und zwei mitmachen und drei mitmachen, dann werden die anderen, die vielleicht so neutral sind oder schwankend sind, auch mit in die Bahn mitgezogen und das momentan ist ein absolutes Gleichgewicht (lacht). Ein absolutes Gleichgewicht, wo ich sag, ich geh gern zur Arbeit.*
Ich war vor kurzem im Urlaub und das war auch so, bevor ich den Wohnbereich aufgenommen habe, mein Ziel war, ich bringe den Wohnbereich auf den Stand, dass es auch ohne mich läuft, dass ich irgendwann mich zurücklehnen kann und sagen kann, jetzt fahr ich in Urlaub und komme nach 3 Wochen und weiß, es ist genau so, wie's wäre, wenn ich da gewesen wäre. Und das hat jahrelang nicht geklappt. Und - das letzte Jahr, war's das erste Jahr, wo ich jetzt habe (lacht), jedes Mal nach dem Urlaub gekommen bin und hab gesagt: ‚Wau, man merkt nicht, dass ich nicht da war.´ Alles rollt und hab mir sogar gedacht, ich hab gesagt: ‚Leute, Ihr braucht mich nicht mehr. Ich (lacht) - mein Ziel ist erreicht.´ Ja, und das ist ein schönes Gefühl, zu wissen, man hat so doch auf den Stand gebracht und jeder hat Spaß daran, weil jeder weiß, ich bringe dazu bei, dass die Sache rund ist.

Im Vorfeld beschreibt MFAE das gute Arbeitsklima in ihrem Team. Die Wohnbereichsleitung trage durch faires Führungsverhalten zu einer guten Arbeitsatmosphäre bei, meint MFAE. Sie äußert, es sei ein ganz wichtiger Punkt, etwas sagen zu können, ohne dass man dafür irgendwelche Repressalien zu erwarten habe.

MFAE 33 + 34: *„Hm... ich denk zum Einen, dass hier ja in besonderem Maße anderes Pflegepersonal arbeitet, weil wir ja ein ganz anderes Klientel haben wie auf den anderen Wohnbereichen, aber auch dass*

durch die Wohnbereichsleitung wirklich auch so ein offenes Klima herrscht, dass wir über Dinge einfach auch reden können, ohne dass jemand ausgelacht oder bloßgestellt wird. […….] Ja, das hab ich auch schon anders erlebt.“

SLMA ist Wohnbereichsleitung und betont die Veränderung ihres Aufgabenbereichs, seit sie die Rolle der Wohnbereichsleitung übernommen hat. Um ihrer Rolle gerecht werden zu können, wird ihr durch die Heimleitung Organisationszeit eingeräumt. Sie empfindet diese Aufteilung von aktiver direkter Pflege und Zeit für organisatorische Tätigkeiten als hilfreich, um ihrer Rolle als WBL gerecht werden zu können.

SLMA 8: *„Ich arbeite noch mit. Ich sag, das war früher anders, da warst Du ja nur in der Pflege. Heut ist es ja so - dank unserer Heimleitung - dass sie gesagt hat, also 'ne Wohnbereichsleitung braucht 2 Tage in der Woche für organisatorische Sachen. Das ist der Montag und der Donnerstag, das ist unser Orga-Tag, da machen wir Dienstpläne, Wohnbereichsbegehung, alles, was dazu gehört und ansonsten bin ich mit in der Pflege .. und arbeite ein Wochenende im Monat auch mit. […….] Perfekt... So muss es sein, denk ich, ja (lacht).“*

Schlussfolgernde These:
Eine Wohnbereichsleitung nimmt eine zentrale Funktion für die Berufszufriedenheit des Teams ein. Sie hat eine Zwischenstellung zwischen Team, PDL und EL. Besonders hohe Anforderungen an ihre Kompetenzen werden im Bereich der Personalführung an sie gestellt. Um diese Kompetenzen zu erwerben, benötigen zukünftige WBL eine fundierte Weiterbildung. In ihrer Rolle als WBL benötigt sie Freiraum für ihr Handeln und muss entsprechend vergütet werden.[67]

[67] Aktuell liegt das Gehalt für eine Wohnbereichsleitung nur etwa 350 bis 400,- € Brutto im Durchschnitt über dem Verdienst einer examinierten Altenpflegerin im Team (vgl. Hans Böckler Stiftung 7/2012, S. 6) und wird damit weder dem Ausbildungsaufwand noch der Verantwortung der Tätigkeit und der Wichtigkeit der Rolle gerecht.

6.9.6 Manchmal muss man Kompromisse eingehen, um das Ziel zu erreichen

Pflegende sind in ihrer Arbeit von mannigfaltigen Faktoren beeinflusst und werden in der Umsetzung ihrer Ideen begrenzt. Durch die grundsätzliche Bereitschaft, Kompromisse einzugehen, verändert sich Pflege dennoch stetig und entwickelt sich weiter. Die Unterkategorie „*Manchmal muss man Kompromisse machen, um sein Ziel zu erreichen*“ bezieht sich auf eine notwendige Kompromissfähigkeit von Pflegefachkräften, um ihre Ziele zu erreichen.

(Grafik Nr.78 / Ensink 2014)

Die Kategorie ist für die Teilnehmer insgesamt nicht von hoher Wichtigkeit. Die Kompromissfähigkeit scheint jedoch von Teilnehmer mit negativer Sicht häufiger herausgefordert zu werden, als dies in der Gruppe mit positiver Sicht auf den Beruf der Fall ist.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MERE setzt ihre Fähigkeit, Kompromisse zu initiieren gezielt zum Wohl von Bewohnern ein.

MERE 11: *„ Ich merk das auch bei Hausärzten, wenn die kommen, und - ja - also gestern diese Hausärztin auch bei dem Mann, der da im Sterben liegt und der nicht mehr in's Krankenhaus will. Und so und ich guck die dann an und ich kann auf 'ne Art und Weise mit ihr reden, dass die mir einfach glaubt und dass die mich ernst nimmt und dass wir da einen gemeinsamen Weg finden, der vielleicht nicht meiner ist, der auch nicht ihrer ist, aber der zumindest irgendwo dazwischen liegt und meiner*

Meinung nach ein bisschen mehr in die Richtung geht, die dieser Mensch will, der letztendlich von uns ja schon so ein bisschen abhängig ist.“

Für EESA bedeutet ihre Kompromissfähigkeit auch, Bedingungen annehmen zu können, die sie nicht ändern kann:

EESA 44: *„[……] Es gibt Dinge, die kann ich nicht ändern, die sind einfach so. Dass ich wenig Zeit hab und das kann ich einfach nicht ändern. Also ich persönlich für mich kann das nicht ändern. Und dann denk ich mal, das ist jetzt halt so, machst einfach das Beste draus. So kompensier ich's dann für mich.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Nicht immer ist es für GEDF möglich, seine Vorstellungen von guter Pflege um zusetzten. Seine Kompromissbereitschaft ermöglicht es ihm jedoch, sich auch an kleineren Erfolgen zu freuen.

GEDF 30: *„Immer nicht, aber ich versuch's eben umzusetzen unter den Bedingungen, die heute sind....“*

EWRE sieht Kompromisse als Mittel zur Erreichung ihrer Ziele, die sie trotz der gezeigten Kompromissbereitschaft nicht aus den Augen verliert:

EWRE 51: *„- da muss man öfter mal gucken und schlucken und sagen: ‚Hoppla, wo sind wir denn eigentlich´ - ja gut, dann mach ich das halt nicht auf dem Papier, dann mach ich's halt so, oder? [……] - gemacht hab ich's ja dann trotzdem, ne? (lachend).*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege sind in ihrer täglichen Arbeit häufig in ihrer Kompromissbereitschaft gefordert, ohne dass ihnen dies präsent wäre. Einige jedoch nutzen bewusst ihre Fähigkeit zu Kompromissen, um ihre Ziele wenigstens zum Teil erreichen zu können. Die

Gewissheit, gesteckte Ziele wenigstens teilweise erreicht zu haben, hinterlässt bei den Pflegefachkräften eine größere Zufriedenheit.

6.9.7 Umgang mit negativer Grundstimmung von Mitarbeitern im Pflegeteam

Die Unterkategorie beschreibt die Umgangskultur des Pflegeteams mit negativen Grundstimmungen einzelner oder mehrerer Mitarbeiter.

(Grafik Nr.79 / Ensink 2014)

Immerhin 14 Pflegefachkräfte nehmen in den Interviews darauf Bezug und es wird dabei wiederholt auf den beeinflussenden Effekt auf die Gesamtstimmung hingewiesen, die sich auch auf den Umgang mit Bewohnern auswirkt.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

HVHA beschreibt, wie eine einzelne Kollegin, die Stimmung im Team gegen die Wohnbereichsleitung anheizt. Sie erwähnt, dass ihre mangelnde Erfahrung sie dieses Problem zunächst nicht habe erkennen lassen, und sie deshalb eine ablehnende und misstrauische Haltung gegenüber der WBL entwickelt habe..

HVHA 70: *„Ich hab eine Arbeitskollegin, [……] - die kommt schon rein und - was gibt's jetzt wieder für Lästereien? Und dann stichelt die, und ich merk das dann nicht. Ich merk das erst, wenn ich sauer bin. Dann haste dich schon wieder drauf eingelassen. Und sie versucht mich dann immer gegen die Wohnbereichsleitung so aufzulehnen und anfangs hab ich das viel mitgemacht, weil ich ja so unerfahren war und dann kam sie: ‚Boah,*

du hast schon wieder so 8 Tage Spätdienst. Boah, ich würd das nicht machen´ - also wirklich so, ne: ‚Ich an deiner Stelle würde das und das´. Und irgendwann hab ich so [gedacht]: ‚Oh, ehrlich, ja warum lass ich mir das eigentlich gefallen, ne´. Und war total gestresst und genervt dann auch, und: ‚Ho, jetzt hat die mir schon wieder Spätdienst gegeben, das macht die extra´, so fängt das dann an. Und dann lässt man sich da reinziehen.“

BJJH wiederum erklärt, dass Mitarbeitern mit destruktivem Verhalten Grenzen ihrer Macht aufgezeigt werden müssten, weil sonst andere Pflegefachkräfte das Team verlassen würden. Sie habe dieses schon so erlebt.

BJJH 62: *„Ich denk, es gibt zwei Möglichkeiten. Es gibt immer so eben auch dominante Mitarbeiter, würd ich mal sagen und je nachdem, wie weit man die walten lässt, kann's dir schon passieren, dass Leute gehen. […….] ich denk, es gab da schon einige, die eben mit diesen zu kämpfen hatten und die dann auch irgendwann resigniert haben und gegangen sind.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

KHSD verifiziert die Sichtweise von BJJH. Sie beschreibt die Reaktion ihrer Heimleiterin auf die erlebte Abwertung durch ihre neue Wohnbereichsleitung. Die Heimleiterin lässt die Sache nicht auf sich beruhen, sondern kommt von sich aus zu einem Gespräch mit den Beteiligten:

KHSD 22: *… Ich sag, um was geht's denn. ‚Ja´ sagt sie: ‚ich hab gehört von Herrn (Name), dass heute früh was vorgefallen ist mit dir und (Name)´ - Ich sag: ‚Nee, das hat sich schon erledigt´. Und dann sagt sie: ‚Nee, das hat sich nicht erledigt, du hast hier geheult und alles und das hat der Herr (Name) gesehen und das ist nicht ohne Grund, und ich möcht jetzt wissen warum´. Und dann hab ich ihr das so geschildert, wie's war und dann sagt*

sie zur (WBL): ‚Also entschuldige dich bitte bei S. und dann ist die Sache erledigt´

KHSD berichtet außerdem, die Einrichtungsleiterin habe nach einer weiteren, ähnlich gelagerten Situation erneut reagiert und der Wohnbereichsleiterin die Wohnbereichsleitung entzogen und sie versetzt. KHSD und ihr Kollege hatten zum Zeitpunkt eigentlich schon geplant zu kündigen, sind aber wegen der des Verständnisses durch die Heimleitung geblieben.

Auch EWRE ist der Meinung, dass die lamoriante Gemütsverfassung einzelner Mitarbeiter auf die Stimmung im Team verschlechternd wirkt. Sie unterbindet dies deshalb gezielt:

EWRE 72 + 74: *„Ja, dass es für mich ganz wesentlich ist, dass ich .. Kollegen, die schlecht gelaunt kommen oder an allem was rumzunörgeln haben, dass ich das kurz anhöre, aber dass ich das nicht lange zulasse. Dass ich da recht schnell sag: ‚Gut, jetzt haben wir genug gejammert, und jetzt gucken wir mal, dass wir unsere Arbeit ordentlich hinkriegen und dann gucken wir, ob wir das Problem angehen oder ob wir es eben nicht angehen. […….] - ich muss da immer relativ schnell einen Schlussstrich dann drunter setzen. Ich lasse es nicht zu, dass ich mich durch andere so runter ziehen lasse, weil einer, der schlechte Laune verbreitet, der kann einem im Nullkommanix ein ganzes Team total runterziehen, und das lass ich einfach nicht zu. […….] Und das wissen Kollegen auch recht schnell, also, bei mir kommt man nicht groß zum Jammern.“*

KSJA beschreibt auf die Frage, wer denn ihrer Meinung nach für ein gutes Arbeitsklima verantwortlich sei, dass es Kollegen geben könne, die das gute Miteinander eines Teams negativ beeinflussen würden:

KSJA 78: *„Pflegekräfte, …. Pflegekräfte sie selbst. […….]. Weil, kommt so eine, sie ist dominant, die kann ganze Team kaputt machen ...Und wir haben so eine gehabt“*

ADUE beobachtet herabsetzendes Verhalten nicht nur gegenüber Kollegen, sondern auch im Umgang mit Bewohnern. Sie möchte unprofessionelle Verhaltensweisen im Pflegeteam gegenüber den Bewohnern keinesfalls zulassen und reagiert darauf sehr unmittelbar, auch wenn sie erkennt, dass ihr Verhalten gegenüber der Kollegin durchaus als unhöflich aufzufassen ist:

> ***ADUE 42:*** *„Ja ich hab mit ihr dann gesprochen, dass es so nicht funktioniert, dass der Bewohner das ja nicht irgendwie extra macht, um sie zu ärgern, dass Belehrungen im Altenheimbereich - wir haben keinen Erziehungsauftrag, den hatten wir noch nie, den hatten wir vor 20 Jahren auch noch nicht, da hat sich nix geändert, - zum Glück - dass sie gucken soll und wenn sie unsicher ist, mich vorher fragen soll, aber dass - wie gesagt - solche Belehrungen nicht funktionieren, dass ich das nicht wünsche .. und da der Mann blind ist und ja auch nicht wusste oder gesehen hat, ob sie sich jetzt schon auf den Weg macht, ihm ein Getränk zu holen, da müsste ja schon einmal auch versuchen, wahrzunehmen, welche Wahrnehmungsmöglichkeiten er hat, und sie soll sich doch mal überlegen, wer hier die Wahrnehmungsgestörte ist. Das war nicht nett, aber direkt halt, ne*.“

Schlussfolgernde These:

Dissonantes Verhalten oder deprimierte Grundstimmung einzelner Mitarbeiter beeinflusst die Stimmung und damit die Zusammenarbeit im Team und den Umgang mit den Bewohnern. Ob die Ursachen für dieses Verhalten erklärbar sind, weil sie z.B. mit einem beginnenden Burnout in Verbindung stehen, spielt für die Situation zunächst eine untergeordnete Rolle. In der Außenwirkung entsteht ein verschlechtertes Arbeitsklima, das zur Kündigungen von Mitarbeitern im Pflegeteam führen kann. Frühzeitige Intervention durch die vorgesetzte Leitungsebene kann dem vorbeugen. Es besteht indessen die Gefahr, dass berechtigte Kritik als Nörgelei abgetan wird.

6.9.8 Es kann notwendig sein, sich von Kollegen mit schadender Haltung wieder zu trennen

Viele Pflegefachkräfte äußerten in den Interviews die Ansicht, es mache Sinn, sich von manchen Mitarbeitern zu trennen. Die folgende Unterkategorie beschreibt den Umgang mit Mitarbeitern, die nach Sichtweise des Teams nicht mit ihrer Einstellung ins Team passen.

(Grafik Nr.80/ Ensink 2014)

Diesen Standpunkt vertreten immerhin sechs Pflegefachkräfte der Gruppe mit positiver Einstellung, jedoch nur zwei der Pflegefachkräfte mit negativem Blick auf ihre berufliche Tätigkeit. Sie beziehen sich in aller Regel auf übergriffiges Verhalten gegenüber Bewohnern.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

JRSE spricht ihre Enttäuschung darüber aus, das es für einige Pflegefachkräfte selbst dann keine Konsequenzen gebe, wenn die Bewohner unter dem Fehlverhalten leiden müssten:

JRSE 62: *„Die eine Kollegin momentan, manchmal die tickt auch komplett aus, die hat einfach privat Probleme, [……] und die ist dementsprechend auf Arbeit gereizt. Und das ist auch etwas, was mir so was von stinkt, [……] ihr Vertrag wurde jetzt trotzdem verlängert. [……] man sieht genau, in welcher Gruppe sie war, die Bewohner haben blaue Flecke und alles. Das ist für mich gefährdende Pflege. [……] Im Endeffekt nur vertuscht.*

Und was wird - es wird nichts gesagt, [……] und sie kann's machen - anscheinend - sie kann's machen….“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Für EHAE ist es selbstverständlich, dass übergriffiges Verhalten von einzelnen Mitarbeitern Konsequenzen haben muss.

EHAE 22: *„[…..] - ich sag's mal von unserem Wohnbereich, dadurch, dass ich immer […..] jemanden hatte, der dann auch gesagt hat, ok, also mit dem Mitarbeiter muss man mal reden, weil der verhält sich so und so gegenüber den Bewohnern, sind's eigentlich immer nur Einzelfälle, […..] die dann im Haus auch versetzt werden konnten, wo dann vielleicht - 'ne andere Teamzugehörigkeit vielleicht besser war. […….]“*

Die Probandin IAIS fasst sehr klar in Worte, dass sie über die Kündigung einer Kollegin froh ist, weil diese die Lust an der Arbeit negativ beeinflusse:

IAIS 30 - 32: *[……] Ja, was ich vorhin noch vergessen hab' zu erwähnen, dann haben wir halt im Moment noch 'ne Kollegin, die hat jetzt gekündigt, die mir auch tierisch auf die Nerven geht. Das liegt aber nicht nur an der Person an sich sondern einfach nur da dran, dass sie etwas schwer hört und wenn wir dann Übergabe machen, kriegt sie viele Sachen nicht mit [……] Das geht mir halt tierisch auf die Nerven. Oder sie redet halt in einer Tour. [……] Och, ich sag' ihr das dann schon [……] Weil, sie geht mir einfach tierisch auf die Nerven. Ja, und jetzt, wie gesagt hat sie halt gekündigt und dann schau'n wir mal (lacht leise) - ob's dann besser wird.*

GEDF empfindet eine größere Nähe von Pflegeteams untereinander als Notwendigkeit. Dies habe Vorteile, berge aber auch ein erhöhtes Konfliktpotential. Gelegentlich müsse deshalb auch eine Trennung von einzelnen Mitarbeitern in Betracht gezogen werden.

GEDF 7: *„[……] Es bedeutet mir aber auch, dass ich intensiven Kontakt*

hab mit Kollegen - in der Pflege ist es ja sehr enge - muss eng zusammen gearbeitet werden, und das hat sehr schöne Seiten, hat aber auch schwierige Seiten, dass ich möcht fast sagen, Freundschaften entstehen, aber auch - ja - auf der andern Seite - ich möcht jetzt nicht sagen, Feindschaften, aber (lacht auf) wo's dann eben schwierig wird, wo man sich reibt und, ja, wo man dann auch manchmal zu 'ner Entscheidung kommen muss, passt's oder passt's nicht, ne“

Schlussfolgernde These:
Die Einhaltung eines guten Nähe-Distanz-Verhältnisses ist innerhalb Pflegeteams und gegenüber Bewohnern nicht immer gegeben. Pflegefachkräfte beider Teilnehmergruppen wünschen sich, dass Grenzüberschreitungen gegenüber Bewohnern oder Konflikte im Pflegeteam konsequent von der Leitungsebene angesprochen werden und gegebenenfalls Konsequenzen haben.

6.9.9 Empfinden von erlebten Abwertungen in der Pflege

Das Gefühl im Pflegeteam oder von Vorgesetzten in ungerechter Weise angegriffen und schikaniert zu werden, wird in den Interviews wiederholt geäußert. Hierbei wird häufig der Begriff „*Mobbing*“ verwendet, der jedoch gleich gesetzt werden soll mit dem *Empfinden von erlebter Abwertung.*

(Grafik Nr.81 / Ensink 2014)

Hier besteht jedoch in den beiden Teilnehmergruppen ein deutlicher Unterschied in der Häufigkeit der Nennungen. In der Gruppe der Pflegefachkräfte wird das empfinden von erlebter Abwertung nur von vier Teilnehmern angesprochen, in der Gruppe mit negativer Sicht sind dies

neun, die zudem häufiger wiederholend darauf zurückkommen. Dabei werden insbesondere schwelende Konflikte beschrieben, die im Zusammenhang mit Leitungskräften stehen.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

MERE hält das Erleben von Abwertungen für eine Folge der Rahmenbedingungen in der Altenpflege. Zusätzlich werde dies durch zu enge private Freundschaften einzelner Pflegekräfte verstärkt, weil keine Trennung zwischen Dienstlichem und Privatem stattfände.

> ***MERE 4 + 5:*** *„Wir haben auch seit Jahren Mobbingprobleme und - sonst hätt' ich das Haus ja schon gewechselt, das hab ich beim andern Arbeitgeber noch viel extremer gesehen. Also ich sag mal, das ist für mich auch ganz typisch für die Altenpflege, jeder steht unter Druck, jeder steht unter Stress. Es gibt viele, die wollen gut da stehen nach außen, und es gibt keine faire Transparenz und Möglichkeit, wirklich ehrlich miteinander umzugehen. Es gibt verschiedene Gruppen, die einen sagen, die sind schlecht, die anderen sagen, die sind schlecht, und im Grunde gibt es wenig Möglichkeiten, das zu verbinden. […..] also ich hab da nix dagegen, auch freundschaftliche Kontakte damit zu verbinden, aber wenn man dann weg geht, und dann geht's auch noch um die Arbeit und so, und dann hab ich das Gefühl, das ist keine gute Struktur, weil das dann auch so einseitig über bestimmte Leute geht.“*

EESA äußert, Abwertungen seien eine Methode der Leitungsebene. Es würde häufig gedroht:

> ***EESA 55:*** *„[……], die drohen immer mit Abmahnungen, ne, es gibt Abmahnungen“*

Diesen Bezug stellen noch andere Pflegefachkräfte im Zusammenhang mit dem Erleben von Abwertungen her. So äußert BJJH:

***BJJH 44**: „[……] meine Heimleitung, unter der ich angestellt wurde war sehr bewohnerorientiert, aber nicht personalorientiert, d.h. Personal hatte sie einfach Menschen, die mochte sie lieber und die waren von ihr geschätzt und hatten damit auch ein relativ gutes Leben oder sie hat dann nach Fehlern gesucht und traktiert.“*

HVHA äußert, auch Bewohnern würden gelegentlich Pflegekräfte herabwürdigen und sie fühle sich dem ausgeliefert. Dies geschehe dann, wenn Bewohner nicht dementiell erkrankt seien und bewusst die Pflegekräfte kränkten und beleidigten und sie verdeutlicht dies wie folgt:

***HVHA 39 – 41: „**[……] jeden Tag dasselbe: ‚Was ist das?´ (lacht). Sie weiß es, das ist ein Pullover, sie weiß es, sie stellt sich total blöd, sie lacht dann auch, wenn man sich weg dreht und dann in den Spiegel guckt, sieht man, wie sie grinst, so ganz fies. [……] Also - sie versucht's immer, uns zur Weißglut zu bringen, die guckt sich unsere Namensschilder an und macht daraus dann irgendwelche blöden Kommentare. Bei der WBL sagt sie immer: ‚Was - wie kann man denn nur so heißen, Irini, - was ist das? Oder gibt uns andere Namen, obwohl sie kennt unsere Namen alle. Dann - denkt sie sich andere Namen aus oder lacht dann ganz fies - die hat so 'ne ganz, ganz fiese dreckige Lache, - [……], oh Gott, da muss man sich echt zusammen reißen manchmal. [……] am Anfang, wie ich da angefangen hab, [……] da hab ich gedacht, was haben die denn gegen die? Da war ich so 'n paar Wochen bei ihr, und da hab ich gedacht, das hält man ja nicht aus. [……]. ‚Schwester, Sie werden dafür bezahlt, dass Sie das machen.´ [……] Kinder besuchen sie auch nie. Einmal hat sie mich so gereizt, da war die so gemein, hab ich gesagt: ‚Wissen Sie was, Frau (Name), ich kann schon versteh'n, dass Ihre Kinder Sie nicht besuchen kommen.´ Da war still [……]“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

MFAE findet Abwertungen bedrückend und sieht sich selbst in der Verantwortung, dagegen vorzugehen. Die negative Grundstimmung im Team

ist für sie Anlass, über Lösungswege nachzudenken. Sie entspannt später die Situation, indem sie ein offenes Gespräch anregt.

> ***MFAE 32 + 35:*** *„[……] - wo Dinge im Argen lagen, über die nicht gesprochen wurde. Und so Sachen nehme ich dann mit nach Hause. Oder wo ich den Eindruck hab, dass bestimmte Personen irgendwie ausgegrenzt werden - ja, das gab's schon, ja. Und das nehme ich mit nach Hause. […….] Also ganz konkretes Beispiel: Wir hatten jetzt das letzte Jahr auch bei uns im Wohnbereich immer mal einen personellen Wechsel auf Grund von Mutterschaft usw. gehabt und die eine Kollegin, die hat sich am Anfang bissel schwer getan und hat viele Sachen einfach auch während sie Schichtleitung hatte, vergessen und ich hatte so den Eindruck, dass jeder so hinten rum schimpft und da bin ich dann damit nach Hause, weil ich das ´ne Situation finde, die ich nicht so gut finde. Und hab dann überlegt, wo da meine Aufgabe wäre, daran was zu ändern.“*

Schlussfolgernde These:
Mitarbeiter in der Basis der Pflege stehen unter einem hohen Arbeits- und Verantwortungsdruck. Pflegende mit negativer Sicht auf ihren Beruf erfahren von ihnen vorgesetzten Ebenen (WBL, PDL, EL) häufig zusätzlichen Druck durch Parteilichkeit oder Drohungen. Hingegen erleben Pflegefachkräfte mit positiver Sicht Unterstützung durch ihre Vorgesetzte sowie eine offene Gesprächskultur und solidarisches Verhalten im Team.

6.9.10 Austausch über positive Erlebnisse in der Arbeit ist wichtig

Die Grundhaltung der Pflegenden, positive Aspekte in ihrer Arbeit zu erkennen und sich darüber auszutauschen, wird nur von 4 Pflegefachkräften angesprochen. In beiden Teilnehmergruppen griffen diese Unterkategorie jeweils nur 2 Pflegefachkräfte auf. Es lässt sich demnach nur schwer sagen, ob das bewusste Ansprechen und erzählen positiver Erlebnisse in der stationären Altenpflege für die Arbeitszufriedenheit relevant sind oder nicht. Dennoch geben die gerade die beiden Pflegefachkräfte mit positiver Sicht

der Unterkategorie eine so hohe Bedeutung, dass es die Äußerungen wert sind, sie wiederzugeben.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

So beschreibt NMBZ die gemeinsame Freude an Pflegeerfolgen

> ***NMBZ 13 - 15: „****[……] - wenn sie jetzt plötzlich anfangen zu reden - das macht natürlich sehr große Freude. Weil viele haben dann jahrelang gar nicht gesprochen und dann plötzlich fangen sie an zu sprechen. Oder die sind wacher. Oder nach Monaten können sie wieder essen. [……] - das macht natürlich große Freude. Ja. Also mit dem ganzen Team sind wir dann begeistert. Und die erzählen dann: "Gestern, stell' dir vor, hat er ein - zwei Biss selber gegessen. [……] Ja. Ja. Also es wird dann am nächsten Tag auch erzählt, dass die jetzt plötzlich angefangen hat zu reden ….“*

EWRE hingegen beschreibt, es als ihre Aufgabe anzusehen, deprimierenden Gesprächen entgegen zu wirken.

> ***EWRE 75: „****In der Pause kommen sie dann auch noch zusammen und jammern. Das geschieht mir nicht. Also bei mir kommen dann eher die Leute, die mir auch mal was Positives zu erzählen haben und die sich mit mir über was freuen, das kommt jetzt dann auch vor, ja? Und... ja .. also das war mir auch immer ganz wichtig.“*

Schlussfolgernde These:
Austausch über Pflegeerfolge hat motivierende Auswirkungen auf die Berufsmotivation.

6.10 Umgang mit Belastungen

Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege sind in Ihrem Berufsalltag vielfältigen Belastungen ausgesetzt und müssen diesen standhalten. Neben körperlichen Belastungen durch z.B. häufiges Umlagern von Bewohnern, sind es auch psychische Belastungen und Konflikte, die unter Anderem

durch Forderungen und Erwartungen von Bewohnern und Angehörigen entstehen oder qualitative Belastungen durch häufige Arbeitsunterbrechungen, häufiges Einspringen und eine hohe Fluktuation von Pflegepersonal (Kruse & Schmitt 1999) Im folgenden Abschnitt werden die persönlichen Sichtweisen und Strategien im Umgang mit den Belastungen in den Blickwinkel gerückt.

(Grafik Nr.82 / Ensink 2014)

Die Pflegefachkräfte beschreiben die bestehenden Belastungen in der Pflege und die damit verbundenen Auswirkungen auf das persönliche Wohlbefinden. Daneben stellen sie das wirkliche Interesse der Gesellschaft an der Situation ihrer Berufsgruppe in Frage, zeigen aber gleichzeitig eine solidarische Haltung von Bewohnern und Angehörigen gegenüber den Pflegenden auf.

Sie beschreiben Strategien, besser mit den pflegeberuflichen Belastungen umgehen zu können. Letztlich betont ein großer Teil der interviewten Pflegefachkräfte die Erhaltung ihrer moralischen Integrität als entscheidend

dafür, ob die Belastungen der stationären Altenpflege noch getragen werden können oder nicht.

6.10.1 Moralische Integrität als Grundlage innerer Ruhe

Moralische Integrität als Grundlage innerer Ruhe beschreibt die Notwendigkeit, innerhalb der beruflichen Tätigkeit im Umgang mit Bewohnern und Kollegen die eigenen Wertvorstellungen nicht zu verletzen, sodass ein Gefühl innerer Zufriedenheit mit sich entstehen kann. In Situationen, in denen sich Pflegekräfte unangemessen gegenüber Bewohnern und / oder Kollegen verhalten haben, stehen dieser inneren Zufriedenheit im Wege und belasten das Gewissen. Ebenso sind Versprechen gegenüber Bewohnern und / oder Kollegen gemeint, die zu einem schlechten Gewissen führen und belasten, wenn sie nicht eingehalten werden.

(Grafik Nr.83 / Ensink 2014)

Pflegefachkräfte wollen entsprechend ihren Überzeugungen und Wertvorstellungen in der pflegerischen Arbeit handeln. Darin eingeschlossen ist auch die Überzeugung, die persönliche Integrität von ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Menschen zu achten. In diesem Sinne gemeinte moralische Integrität (Kesselring 2007) ist für die interviewten Pflegefachkräfte die Grundlage zufriedener altenpflegerischer Tätigkeit. In beiden Teilnehmergruppen sind Ausführungen zur moralischen Integrität als Grundlage innerer Ruhe bei einem großen Teil der Pflegefachkräfte vorhanden und werden teilweise mehrfach thematisiert. In der Gruppe mit negativer Sicht bringen sogar 13 Pflegefachkräfte ihre Perspektive dazu zum Ausdruck.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

MKTS beschreibt ihre Form der Lösung der inneren Konflikte, die durch den Zeitdruck entstehen. Sie benennt dabei die negativen Folgen für sie persönlich. Sie äußert gleichzeitig, dass ihr Kompensationsverhalten nicht gesund sei:

> ***MKTS 6:*** *„[….]. Oder einfach mal für jemand Zeit zu haben, ganz einfach. Und ich hatte keine alternativen Stunden, also - [….]. es war einfach so, dass ich einfach gesagt hab, okay, dafür hatte ich nie Zeit - vielleicht auch 'n bisschen mein schlechtes Gewissen zu beruhigen, dass ich doch ein bisschen Zeit hab. Hab ich dann viele Stunden eigentlich dran gehängt.*
> ***I:*** *Haben Sie diese Stunden bezahlt bekommen?*
> ***MKTS 7:*** *Öh, teilweise. Und der Rest war einfach so mehr so ehrenamtlich, ne. Ja ist einfach 'n bissel Helfersyndrom natürlich, ganz klar.“*

HBNE berichtet, welche moralischen Konflikte für sie durch den Zeitdruck entstehen. Es wird der persönliche Leidensdruck offensichtlich.

> ***HBNE 11:*** *„..... dass ich jetzt - ich fühl mich so, ich muss jetzt andere Dinge tun, die mir aber eigentlich nicht so wichtig sind, wie der Mensch jetzt in dem Moment. Und dann kann ich - das kann ich mit mir nicht vereinbaren.. die Situation.“*

Die enge Personaldecke führe Pflegefachkräfte ständig in ein Dilemma, das zu einem dauernden schlechten Gewissen führe, meint BJJH:

> ***BJJH 9 - 11****: „Ja man steht ständig in so einem Zwiespalt, - ich mein, man kriegt Gewissensbisse, ja, weil man denkt derjenige kann sich nicht wehren, also jetzt so Pflegestufe III, jemand Bettlägerigen und der kann sich dagegen nicht wehren, aber der andere, der macht einfach dermaßen auf sich aufmerksam, dass man keine Chance hat, das irgendwie abzumildern oder zu reduzieren, was auch wiederum schade wäre, weil ....*

ich mein, dem steht bestimmt auch Zeit und Aufmerksamkeit zu. ... Die Vorstellung, - ja es ist einfach ständig schon ein Zwiespalt. Ja, sowohl zwischen einem und anderem Bewohner gegenüber, gleichzeitig dem, was man an Verantwortung auch noch an anderen Sachen, an der ganzen administrativen Arbeit auferlegt bekommt und das irgendwie alles unter einen Hut zu bekommen, ist schier unmöglich, zumindest mit der personellen Besetzung, die in den Heimen vorherrscht.“

Diesen inneren Konflikt erleben auch andere Pflegefachkräfte. Der Stressfaktor des Zeitdrucks in der Pflege hat besonders massive Auswirkungen auf die moralische Integrität der Pflegefachkräfte in Phasen palliativer Pflege. FGEH erklärt, es blieben dabei eben andere Verpflichtungen unberücksichtigt:

FGEH 59: *„Alles, was dann darüber ist an Zeit, das mach ich halt natürlich oft, klar, und das ist dann mein Freizeitvergnügen und auf die Dauer geht das nicht.. Ich bleib trotzdem bei den Leuten, weil die mich ja fesseln, das ist klar. Ich kann nicht, wenn jetzt jemand palliativ ist, zack-zack machen und dann wieder gehen. Das mach ich nicht, ich bleib da schon, soweit wie ich das vertreten kann für mich. Und die Zeit fehlt ja dann zum Schluss. Ich kann die nicht wo anders wieder aufholen, weil das alles viel zu eng bemessen ist, des geht gar nicht. Da kann man nirgends beim Anderen sparen – das geht nicht.“*

UHHE zeigt hier eher Wut und die Tendenz, aus dem Beruf auszusteigen, da sich die aktuellen Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege manifestierten:

UHHE 21: *[……] weil sich das jetzt annähert an die normale Altenpflege, sag ich jetzt mal, die Fließbandarbeit, dass deswegen das auch einen großen Unmut macht, weil wir eben das noch anders kannten. Früher konnte man mal spazieren gehen mit den Leuten, - also das kann ich als examinierte Kraft schon mal dreimal gar nicht leisten. [……].also ich hab schon von Leuten gehört, wo du 48 Menschen zu zweit betreust. Ich weiß*

nicht, wie das gehen soll, aber das gibt's auch. [……] Bevor - also wenn sich die Bedingungen so verschlechtern, dass ich das Gefühl hab, ich kann meine Arbeit nicht mehr so machen, wie ich das für mich - ich muss ja eine Befriedigung auch finden. Also nicht eine Befriedigung für mich, aber ich muss meine Arbeit so machen, dass ich mir vorstelle, ich hab alles gemacht, das was ich machen will und der andere Mensch, den hat das erreicht, was ich (holt tief Luft) mache. Wenn das nicht mehr ist, dann kann ich auch was anderes machen, dann kann ich wirklich was ganz anderes machen, wo ich gar nichts mehr denken muss, wo ich dann an die Kasse geh, zu Aldi, sag ich jetzt mal.“

Die Situation in der stationären Altenpflege habe längst zu einem unwürdigen Umgang mit den pflegebedürftigen alten Menschen geführt, meint LHME.

LHME 31: *„[……] Und wo ich dann denk, die sind total ungeeignet, ein Altenheim zu führen. Und es tut mir weh, dass alle Leute immer auf's Zimmer müssen oder ruhig gestellt werden, damit sie still sind, ja, mit Medikamenten. Mir ist es lieber, (atmet laut ein), solang die nicht bös werden, - die laufen rum und singen und wollen mal raus, als - die ruhig zu stellen und in's Zimmer zu schicke oder ein Schloss vor den Schrank zu machen. Also - ich schüttel da nur den Kopf.“*

AJUE hat gemeinsam mit ihrem Team einen provokativen Vorstoß gewagt, um der Einrichtungsleitung zu verdeutlichen, als wie unehrlich sie das Leitbild der Einrichtung empfänden und unter welchen ethischen Konflikten sie litten.

AJUE 90: *„Krohwinkel... Ja ja, wir haben auch ein Leitbild. Wir haben auch ein Leitbild, das hängt auf jedem Wohnbereich. Das motiviert uns ungemein zur Arbeit. Ich hab schon aufgefordert, das bitte abzuhängen. ... Nein - Abstriche, ich hab aufgefordert, von der Qualität Abstriche zu machen, die Standards runterzufahren und die Qualität zu senken - Nein, das geht nicht, das geht nicht, auf keinen Fall. Ich sag, ja was jetzt? Beides können Sie nicht haben, ne. Aber ich hab's auch schriftlich gemacht, ... ja. Das Leitbild ist toll. Und wir haben auch aufgefordert - alle*

haben unterschrieben - wir würden auch gerne so arbeiten wollen, wie es im Leitbild steht. Tja - mit dem Personal geht's aber nicht und die wissen das und die sehen das .....“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Auch in der Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Sicht gibt es solche Erfahrungen. MFAE zieht in einer früheren Situation die Konsequenz und sucht sich einen anderen Arbeitsplatz, weil sie die Folgen des engen Personalschlüssels, wie beispielsweise die ungerechtfertigten Gabe von Psychopharmaka zur Ruhigstellung der Bewohner, nicht verantworten will.

MFAE 9: *„Ja, das war so, dass wir im Frühdienst dann mitunter mit 3 Leuten für 45 Bewohner verantwortlich waren, die mitunter dann auch noch von diesen Dreien dann eine Fachkraft war und der Rest Angelernte oder Schüler und ich gesagt hab, ich kann das nicht. Wir können das nicht leisten und ich kann auch die Verantwortung dafür nicht übernehmen. Ich muss mich ja auf die anderen 100%ig verlassen können, das kann ich bei einem Schüler im ersten Jahr ja nicht, den kann ich ja nicht selbständig alleine arbeiten lassen. Aber ich musste das, weil sonst würden wir unsere Arbeit gar nicht schaffen. Und so Sachen - auch 'ne Betreuung von demenziell veränderten Menschen war überhaupt nicht möglich, da wurden dann oft auch einfach, weil's nicht anders ging - Medikamente halt einfach angesetzt, dass die ruhiger waren, statt dass man andere Ansätze umgesetzt hätte. Und das sind dann so Punkte, wo ich denk, wenn der Mensch nicht mehr das Wichtige ist, sondern nur noch, dass alles funktioniert, da konnte ich dann nicht mehr.“*

Für die Pflegefachkräfte der Gruppe mit positiver Sicht sind eher Fehler bei der Arbeit der Grund für innere moralische Konflikte. Sie scheinen hingegen das Gefühl zu haben, solche Situationen zukünftig vermeiden zu können. So wirft sich EHAE Ungeduld einer Bewohnerin gegenüber vor und reflektiert ihr Verhalten.

EHAE 23 +24: *„ Selbst die Situation als es mir persönlich gar nicht so gut ging, wo dann eine Bewohnerin, ständig gejammert hat, wie schlecht es ihr ging: ‚und ich kann das nicht und kann das nicht und da müssen Sie mir helfen´, obwohl eigentlich sie das noch hätte alleine bewältigen können und wo ich dann gesagt hab: ‚Sie müssen das aber von alleine machen, Sie haben das die ganze Zeit alleine gemacht, das kann doch nicht sein, dass das jetzt auf einmal nicht mehr funktioniert! - so in der Art und Weise - und dann auch in diesem barschen Ton, und hab die Frau dann halt stehen lassen und bin dann einfach raus.*
In dem Moment fühlte ich mich nur erleichtert, dass ich aus diesem Zimmer raus war und..... ja und mich dann eigentlich nur selbst mit meinen Gefühlen für mein Privatleben halt beschäftigt hab, so ja wie das denn sein kann, dass jemand so hilfsbedürftig ist, obwohl er ja sichtlich das alles alleine machen kann und dann erst - also ich denk, schon 'ne ganze Weile später, an dem Tag bestimmt nicht - schon 'ne Weile später, wo ich mir dann gedacht hab: ‚Hallo, Du hast die Frau jetzt ganz alleine da stehen lassen, das kann's ja aber auch nicht sein, das ist ja auch nicht dein Ding. Du gehst normalerweise morgens in's Geschäft rein und sagst: ‚Ok, Du lässt Deine privaten Sachen vor der Tür und bist ein anderer Mensch´. „

IMAA denkt ebenfalls über eine Situation nach und schlussfolgert, welchen Anteil sie persönlich an einem Fehler trägt. Entsprechend der Hierarchie in der Pflege steckt sie den „Anranzer“ ein und beschließt, dass ihr ein solcher Fehler nicht noch einmal unterläuft.

IMAA 27 +28: *„Ich war richtig böse, ja. Auf alles! Auf die Situation, auf die PDL, also eigentlich auf mich, ja. Weil ich's dann auch nicht hingekriegt hab, das Ganze so umzusetzen. Aber ich wusste, ich konnt's ja nicht ändern, ja. Es war passiert, das Kind war in 'n Brunnen gefallen. Ich hab meinen Anranzer gekriegt und hab dann nur gesagt, ich mach's besser. […….] Du schreibst die Pflegeplanung, bist dafür verantwortlich, ja. Also das passiert mir garantiert nimmer, dass das so läuft wie's gelaufen ist, ja. Aber das hat mich schon 'ne Weile beschäftigt. Wo ich dann auch gedacht*

hab, sag mal, bist du blöd, […….]- das hat mich lang beschäftigt.“

In ihrem früheren Arbeitsfeld ist im Zusammenhang mit hohem Zeitdruck durch eine zu eng besetzte Schicht eine Pflegesituation eskaliert und HAJA hat auf eine aggressive Handlung einer Bewohnerin reflexartig ebenfalls mit einer aggressiven Handlung reagiert. Sich zu entschuldigen, gelingt ihr nicht, weil die Bewohnerin sich an die Situation nicht erinnert. Ihr Fehlverhalten beschämt sie stark und sie vergegenwärtigt sich der Situation immer wieder:

HAJA 30 - 33: *„Im (Name der Einrichtung) hab ich mal eine Frau, die hab ich auf den Topf - und wollt ich sie hinsetzen - da (stottert) hat sie mir eine geschmiert. Hh, und ich - die Reaktion war so schnell, dass ich ihr denn auf die Finger - das ist so schnell gegangen, gell, das... Ja, ja - das ist wohl nicht gut, gell, aber Sie - die Reaktion war so schnell, die hat mir eine gewischt - und - und ich - und - (stottert) aber so was darf mir nie mehr passieren! […….] Ja, das hat mich vielleicht sehr belastet.“*
I: *„Wie sind Sie damit umgegangen? Wie geht man mit so belastenden Sachen um?“*
HAJA: *„Ja, das war - mit der Zeit, ja - hab ich mich denn schon beruhigt, gell, aber irgendwo lang …….. Aber wenn ich die Frau gepflegt hab, wenn ich was gemacht hab, das ist nie mehr vorgekommen und vielleicht hab ich was gemacht, […….] Oder ich weiß, da waren wir sowieso nur zu zweit mit über bald dreißig Leuten, gell, und dann zu zweit und dann hab ich sie vielleicht zu schnell noch runter gesetzt, ich weiß es nimmer - vielleicht war ich auch Schuld, ich weiß es nicht, und es hat mich schon - aber mit der Zeit, wo ich die Frau dann gepflegt - dann hab ich versucht, immer mit der Frau umzugehen, mit der zu reden – […….] aber nicht dass sie dann von mir Angst gehabt hat oder so, war gar nicht der Fall, sondern die hat's wahrscheinlich wieder vergesse. Ich hab sie mal angesprochen, die hat das nimmer gewusst.“*

Schlussfolgernde These:
Viele Pflegefachkräfte haben einen hohen Anspruch an ihre moralische Integrität im Zusammenhang mit ihrem Beruf. Sie erwarten moralische

Integrität nicht nur von Auszubildenden (vgl. 6.3.1), sondern wollen diesem Anspruch auch selbst gerecht werden. Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung berichten eher von Geschehnissen mit Verletzungen ihrer Wertvorstellungen, auf die sie Einfluss nehmen können und die zukünftige Verbesserungsmöglichkeiten bieten. Sie geraten offensichtlich seltener in Dilemmata, die für sie nicht zu beeinflussen sind. Hingegen zeigen sich bei den Pflegefachkräften mit negativer Sicht große seelische Belastungen durch Dilemmata, die aus Rahmenbedingungen entstehen, die sie keiner Weise beeinflussen können und denen sie deshalb ausgeliefert sind.

6.10.2 Konzentration auf die aktuelle Situation ist entlastend

Konzentration auf die aktuelle Situation ist entlastend beschreibt die Einstellung zu den häufig wechselnden Arbeitssituationen in der Pflege und die Konzentration auf die aktuelle Situation als druckentlastenden Mechanismus.

(Grafik Nr.84 / Ensink 2014)

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Die Probandin AJUE antwortet auf die Frage, ob sie während ihrer Arbeit häufig auf die Uhr sieht:

AJUE 83: *„Natürlich. Ich mach auch oft mehrere Sachen gleichzeitig. Ich hab das Handy der Station, mache grundpflegerische Versorgung und die Behandlungspflege und bin .... dadurch, dass es auch Demente sind, die halt keine Zeitorientierung haben, da - da klingelt's, da ruft jemand, da bin ich aber grad beschäftigt, dann muss ich schon im Kopf gucken, was ist*

jetzt wichtiger, wo geh ich als nächstes hin, wer kann noch warten, wer kann es nicht“

HBNE beschreibt es als sehr typisch für den pflegerischen Alltag, dass man sich nicht auf die aktuelle Situation konzentrieren könne, weil man gedanklich schon wieder bei weiteren Aufgaben sei.

HBNE 9 + 10: *„....zum Beispiel gibt's bei uns eine Bewohnerin, die sehr depressiv ist und da gibt's einfach immer wieder Situationen, in denen sie überfordert ist und ganz viel weint und wir uns dann die Zeit dafür nehmen, aber genau - ich kann eigentlich nicht richtig bei der Bewohnerin sein, weil ich genau weiß, ich hab jetzt noch das und das und das zu tun. Ich muss noch das und das und das machen (lacht) und dann möcht ich bei der Bewohnerin sein und ... bin aber im Kopf dann doch schon wieder woanders, weil ich das gar nicht verhindern kann, dass ich im Kopf schon wieder weiter bin und bin dann für mich nicht ganz bei der Bewohnerin. […….].“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

EWRE gelingt auszublenden, welche Verrichtungen noch erledigt werden müssen und konzentriert sich immer voll auf ihr aktuelles Tun. Sie meint, den Beruf so meistern zu können, ohne ihn als auslaugend zu empfinden. Es sei denn auch die falsche Strategie, stets zu überlegen, was noch zu erledigen sei, denn dies sei sehr belastend:

EWRE 18 + 19: *„[……] es gibt ja viele Berufe, die laugen die Menschen total aus, und das ist bei unserem Beruf ja überhaupt nicht so. Ich hab 'nen Beruf, der immer mich im Hier und Jetzt fordert, der kaum Möglichkeiten gibt, Dinge aufzuschieben, sondern es gibt ja viele Berufe, wo man da so vor sich hin arbeitet und dann schiebt man immer das und, also zu Haus kann ich das auch ganz gut, aber im Beruf kann ich mir das gar nicht leisten. Ich bin immer gefordert im Hier und Jetzt zu sein, und das ist eigentlich sehr erholsam. Das ist 'ne tolle Seite an unserem Beruf,*

dass man immer im Hier und Jetzt sein muss. Wir arbeiten auch nur erfolgreich, wenn wir im Hier und Jetzt sind. -. Wir bleiben mal gemeinsam da, wo wir jetzt gerade sind. Die Pflege - also aus meiner Sicht - die Kollegen, die abends völlig fix und fertig heim gehen, erleb ich oft ***so,*** *dass sie gar nicht so richtig in dem sind, was sie gerade tun. Wenn die jemand waschen, dann überlegen sie schon, was hinterher alles kommt und was noch geschieht und was sie noch tun müssen, und ob man das alles fertig kriegt und da muss man was vorarbeiten und dort. Am liebsten würden sie abends die Leute gar nicht ins Bett legen, damit man sie morgens nicht raus tun muss, und das macht einen fix und fertig.“*

Die Pflegefachkraft NMBZ hat ebenfalls ihren Weg der Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit gefunden, indem sie den von der Pflegeversicherung vorgesehenen Zeittakt für die morgendliche Körperpflege einfach ignoriert, weil er ihrer Sichtweise von aktivierender und rehabilitativer Pflege widerspricht.

NMBZ 16: *„Ja. Diese Zeit muss man nehmen, sonst gibt's ja keine Aktivierung. Weil diese Zeit brauchen sie morgens.“*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege sind durch hohen Zeitdruck und vielfältige Arbeitsunterbrechungen belastet. Fehlt die Strukturierung der Arbeitsvorgänge, die ein ungestörtes pflegerisches Handeln ermöglichen, so sind nur wenige Pflegefachkräfte in der Lage, sich abzugrenzen und auf ihre aktuelle Tätigkeit zu konzentrieren. Sie geraten zwischen verschiedenen Ansprüchen in Dilemmata[68]. Es ist also die Aufgabe des Pflegemanagements, hier Strukturen zu schaffen, die unbehelligtes Handeln unterstützen.

[68] Ein Beispiel hierfür ist das Verlangen, Pflegefachkräfte jederzeit über ein mobiles Telefon erreichen zu können, auch während pflegerischer Handlungen, wie die Begleitung eines Bewohners zur Toilette.

6.10.3 Belastende Rahmenbedingungen wirken sich auf das Wohlbefinden Pflegender aus

Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege sind in vielfältiger Form bei ihrer Arbeit belastenden Rahmenbedingungen unterworfen. Diese Belastungen wirken sich auf die Gesundheit der Pflegenden aus. Der folgende Abschnitt zieht sich auf die Auswirkungen belastender Rahmenbedingungen auf die Gesundheit.

(Grafik Nr.85 / Ensink 2014)

Pflegefachkräfte mit negativer Sicht auf den Beruf äußern sich zu dieser Thematik auffällig häufiger, als Pflegefachkräfte mit positiver Sicht und scheinen mit gesundheitlichen Auswirkungen deutlich häufiger konfrontiert zu sein. So berichten 12 Pflegefachkräfte dieser Teilnehmergruppe von beeinträchtigtem Wohlbefinden.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

UHHE fällt im Zusammenhang mit ihrem Berufsalltag zuerst der hohe Krankenstand der Kollegen ein:

UHHE 8: *„Berufsalltag.... - Berufsalltag - also unser Berufsalltag ist gerade so, wenn ich in die Arbeit komme, dann guckt mal als erstes, wer ist krank, weil bei uns grad ständig Leute krank sind, und das mich ziemlich ankotzt. Weil .. dann aufgeteilt wird und du machst dann die Arbeit von den anderen auch mit. [……] Und - was die ursprüngliche Frage war - was denken Sie, wenn Sie an die Arbeit denken - ja - also das ist grad das*

Hauptding, dass ich da denke, mal sehen, wer heute jetzt krank ist oder nicht krank ist.“

MERE beschreibt die Auswirkungen der Belastungen auf ihre Ausgeglichenheit. Sie erwähnt, ihr fehle die Ruhe für ihre Hobbys, und sie sei mit ihren Kindern ungeduldig.

MERE 10: *„[……] Ich hab tatsächlich weniger Zeit als früher zum Lesen, ja, Lesen war auch immer ein großes Hobby. Da fehlt mir auch tatsächlich manchmal die Ruhe, da merk ich, oh ich muss schon aufpassen, ich bin tatsächlich mehr unter Druck und nervöser geworden. Das ist de facto so, ich merk auch , dass ich manchmal da mit den Kindern ungeduldiger bin, so stille Situationen auszuhalten, also - was man in Kindern einfach hat, dass die da sitzen wollen und stundenlang ein Blatt im Wasser betrachten wollen, dass ich mich dazu zwingen muss, weil ich sag, du weißt, es ist wichtig.“*

LHME sieht die Auswirkungen der Rahmenbedingungen auf ihre psychische Gesundheit. Sie beschreibt depressive Gefühlslagen, in denen sie sich immer häufiger befinde:

LHME 32 +34 : *„Ich heule auch manchmal oder bin auch depressiv, weil ich nichts verändern kann. [……] - ich meine, mein Partner und alle sagen: , Geh in ein anderes Haus. Ich stehe halt immer zwischen drin, weil dann denk ich, es werden zwar andere Leute den Laden führen, aber - ich bin 15 ½ Jahre mit den Leuten zusammen [….] Wegen meiner Psyche und Gesundheit müsste ich gehen, weil ich in der letzten Zeit mehr depressiv bin wie gut gelaunt. Weil es mich auch kaputt macht, dass ich nix verändern kann.“*

MKTS erzählt, er habe gesundheitliche Folgen der Arbeitsbelastungen seit Jahren auch bei Kolleginnen beobachtet:

MKTS 25: *„[…..] während meiner Ausbildung, meine Praxisanleitung, die konnte das nicht abschalten, die hab ich meist mitgenommen, […..] Die hat dann ihre Migräneanfälle gekriegt, es ging ihr furchtbar schlecht. Ja und die konnte echt nicht abschalten, die konnte dann nicht schlafen, und und und …*“

Auf die Frage, was ihr denn spontan zu Pflegesituationen einfalle, berichtet die Probandin AJUE von einer belastenden Situation. Beinahe hätte sie ihren Beruf deshalb aufgegeben:

AJUE 22 + 23: *„(stöhnt) Tja ... Spätdienst - einzige Fachkraft im ganzen Haus, auf den anderen beiden Stationen war überhaupt keine Fachkraft. Ich war die einzige für 3 Stationen. Allein auf dem Wohnbereich, weil zu der Zeit gab es noch einen Springer, der auf 2 Stationen sprang, ne. Und ich hab eine Bewohnerin, hundertzwei Jahre alt - eine Lehrerin, orientiert, ich mach mit der einen Toilettengang und sie stirbt auf der Toilette. Sie - also erst denk ich, sie kollabiert, hat Kreislaufprobleme und da realisiere ich, nee, nee, das ist jetzt hier nicht der Kreislauf, ne. Dann hab ich realisiert, die stirbt jetzt und ich hab die auf der Toilette sitzen und ich mach Alarm und es kommt natürlich keiner, ja.*
Dann stehen Sie da, dann wissen Sie nicht mehr, was Sie machen sollen, ja. Sie kriegen die Frau nicht mehr von der Toilette, Sie können nicht weggehen, weil sonst würde sie runter fallen, Sie stehen einfach nur da und warten, dass hoffentlich irgendwann jemand kommt, ne. Ja, das werde auch nie vergessen, das war furchtbar. Oh, da hab ich gedacht, ich muss aufhören (lachend). Da hab ich wirklich so Sekunden gehabt, da hab ich gedacht, also .. boah nee, also, das geht gar nicht, ne. Also das - das ist ja - also - da hätt ich am liebsten alles hingeschmissen. Ja.“

Später berichtet sie, wie mit den von ihr beschriebenen Belastungen umgeht, um diese besser zu bewältigen. Einen Ausgleich im privaten Bereich scheint AJUE schwer zu bewerkstelligen:

AJUE 68 - 71: *„Ja, ich trete den Rückzug an. So - also - ... wie soll ich*

das beschreiben. Also ich bin dann froh, wenn ich nach Hause komme, die Tür hinter mir zu machen kann und meine Ruhe habe. Wenn das Telefon klingelt, ist mir das dann schon zu viel, ne. Dann geh ich auch nicht an's Telefon, oder dann ist Ende, ne. Dann komm ich nach Hause und fall um und mache gar nichts mehr. Ich bin dann nicht in der Lage, irgendwelchen Aktivitäten nachzugehen - was ich eigentlich machen sollte, irgendein Ausgleich, ja. Das ist dann nicht mehr zu schaffen, ne.

I: *Was würden Sie denn gerne machen?*

AJUE: *Im Moment versuch ich Tai Chi zu machen - also mich anzumelden. Ich hab da 'ne Schule gefunden, die bieten Kurse an zu Zeiten, wo ich auch hingehen kann und das wollt ich mir mal angucken. Aber ich weiß, dass das schwierig sein wird, das regelmäßig zu machen.*

I: *Weil Ihre Arbeitszeiten dann nicht dazu passen?*

AJUE: *Nein, weil ich die Energie nicht mehr habe, mich auf den Weg zu machen....*

Sie ist offensichtlich so erschöpft, dass sie nicht mehr in der Lage ist, ausreichend Energie zu mobilisieren und einen persönlichen Weg des Ausgleichs zu gehen. HVHA erzählt von Suizidgedanken während der Ausbildung, nachdem die Arbeitsbelastung und die Forderungen von Seiten der Einrichtungsleitung durch Einsparungen im Bereich der Hauswirtschaft zugenommen habe:

HVHA 59: *„[……] wo ich gedacht hab, ich würd jetzt am liebsten gegen einen Baum fahren und dann ist dieser ganze Albtraum zu Ende. Wenn ich erst mal mein Examen hab, wird's noch schlimmer. Da war ich ja halt noch Schüler. Dann wird's alles noch viel schlimmer, weil dann hast du die ganze volle Verantwortung für alles.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Wenn durch einschränkende Rahmenbedingungen die moralische Integrität angegriffen wird, wird dies von Pflegefachkräften als belastend empfunden; dies mit der Folge der Einschränkung des Wohlbefindens. So beschreibt

auch IMAA, Dilemmata in der Pflege würden sich negativ auf ihr Befinden auswirken:

IMAA 21 + 22: *„Schlecht. Also ich bin unzufrieden dann. Aber ich weiß, dass ich eigentlich nicht so viel ändern kann an der Situation. [……] Und dann fühl ich mich persönlich manchmal schon schlecht.“*

NMYA findet, es gebe von allem durch den Mangel an geregelter sicherer Freizeit und ausreichendem Pflegefachpersonal eine Arbeitszeitbelastung, die die Leistungsfähigkeit überstiegen und dann krank machten:

NMYA 35: *„Gut, es ist noch nicht alles, es gibt auch so im alltäglichen Leben Momente, die einen frustrieren können. Leider ist Altenpflege ein Beruf, (atmet hörbar ein) in dem sehr oft personelle Engpässe sind und irgendwann (atmet hörbar aus) - ja - man springt ein und vielleicht schafft für sich und für die Kollegin oder für den Kollegen, der heute nicht da ist und irgendwann stößt man so an körperliche Grenzen. Das sind der Punkte, wo man sagt: ‚Oh ich kann's nicht mehr - ich mag's nicht mehr, mir geht's körperlich nicht gut, also ich will's nicht mehr´.“*

Darauf angesprochen, wie sich besondere Belastungen auf sie auswirkten, entwickelt sich mit IAIS der folgende Dialog. Dabei fällt auf, dass es für sie schwierig ist, Belastendes und die Auswirkungen zu benennen. Sie erlebt dies primär, wenn der fehlende Ausgleich zwischen Arbeits- und Freizeit besteht:

IAIS 36 - 41: *„Es kommt drauf an, wie's mir geht.“*
I: *„Wovon ist abhängig, wie's Ihnen geht?“*
IAIS: *„.... Ja - ob ich mich über irgendwas Anderes geärgert hab' oder ja, der wievielte Tag am Stück es grade ist. (lacht leise). Hmm.... Ja, das kann ich jetzt so definitiv nicht ... ausmachen. Es kommt halt auch immer auf meine Tagesform drauf an.“*
I: „*Und die Tagesform ist abhängig wovon?“*
IAIS: *„Ja, ob ich gut geschlafen hab', ob ich ausgeruht bin oder ja eben*

nicht. Weil, wenn ich jetzt, sag' ich mal - es ist ja so, dass wir manchmal halt schon 12 Tage am Stück arbeiten und dann ist es so ab dem 9., 10., 11. Tag schon ein bisschen schwierig. Es kommt dann halt auch immer drauf an. Ich kann das nicht so definitiv oder nicht so greifbar schildern jetzt - glaub ich – grad. Hm, der wievielte Tag ist es heute? Ach, heute ist es erst der 5. Also, heut' geht's mir auch noch relativ gut.“

Schlussfolgernde These:

Personalknappheit und hoher Zeitdruck bei der Arbeit gehören für Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege zum Alltag. Pflegekräfte sind in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt, wenn Personalknappheit und hoher Zeitdruck zu häufigem Einspringen und unsicherer Freizeit führen. Zudem führt permanenter Zeitmangel zu ständigen Dilemmata, die keine „richtige“ Entscheidung zulassen und somit einen Angriff auf die moralische Integrität der Pflegefachkräfte darstellen. Pflegefachkräfte sind bereit, Engpässe in Notsituationen aufzufangen. Wird allerdings die belastende Situation zum Dauerzustand, denken Pflegefachkräfte über das Verlassen des Berufsfeldes nach. Um die Berufsmotivation der Pflegefachkräfte aufrecht zu erhalten, benötigen sie den Freiraum für pflegerische Entscheidungen und eine angemessene und sichere Freizeit.

6.10.4 Berufserfahrung unterstützt Problemlösungen

Berufserfahrung als hilfreichen Faktor in vielen Problemsituationen in der Pflege wird in einem großen Teil der Interviews angeführt.

(Grafik Nr.86 / Ensink 2014)

Dies scheint beiden Teilnehmergruppen gleich wichtig zu sein und es wird geäußert, wie viel besser erfahrene Pflegefachkräfte in extremen Belastungssituationen eine Problemlösung finden.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

So betrachtet sich MERE kritisch und stellt die größere Gelassenheit von erfahrenen Pflegefachkräften in schwierigen Sachlagen fest:

> ***MAJA 18: „****Ich würd aber das auch auf 'n bissel auf's Alter legen. Weil ich sehe, dass Kollegen, die ein bisschen älter sind, sehr gelassen sind (mit lachendem Tonfall) und nicht so ausrasten wie ich.“*

AJUE meint, ein Teil des Fachkräftemangels sei darin begründet, dass der Fachkräftenachwuchs keine Chance bekäme, zum erfahrenen Pflegeexperten zu werden. Viele junge Pflegefachkräfte würden zu früh an ihre Grenzen stoßen, weil sie vorzeitig auf sich gestellt seien. Dies würde den Nachwuchs aus dem Beruf treiben.

> ***AJUE 47:*** *„Also ich kenne meinen Stellenwert dort und das ist ein guter. Ich weiß, was ich kann, was ich nicht kann und ich hab genug Berufserfahrung um zu sagen, ich bin eine gute Pflegekraft, ok. Und das sehen die auch. Weil wer das managen kann in der Regel für eine bestimmte Zeit, da - der kann's. Die meisten schaffen das nicht mehr. Wenn die Jungen heute nachkommen, die sagen, was ist das denn, ne. Schaffen die nicht. .. Ja. Ganz viele gehen, weil sie's nicht schaffen, - weil's auch - es ist ja keine Zeit für Einarbeitung, zum Beispiel. Also es ist auch schon zum Scheitern verurteilt, überhaupt eine Chance sich einzuarbeiten und - und sich da zu etablieren als Fachkraft.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Berufserfahrung sei hilfreich, unerfahrenere Kollegen kreativ in ihrer fachlichen Weiterentwicklung zu unterstützen, meint AJKA. Sie vermittle

deshalb gezielt Erfahrungswissen an junge Kollegen in ihrem Team:

> ***AJKA 47:*** *„[……] muss man auch selbst als junger Mensch lernen. Dann hab ich eben einmal in der Teamsitzung so Situationen nachgestellt.. Also ich hab da wenig gesagt, ich hab's einfach in die Tat umgesetzt. Zum Beispiel hab ich eine Teamsitzung abgehalten während dem Jahr, hab Lose verteilt und hab gesagt gehabt: ‚Ihr hockt Euch jetzt auf den Platz, wo Eure Nummer ist´. Och, da hab ich einen Rollstuhl gehabt ohne Fußstützen, dann hab ich einen Rollstuhl gehabt ohne Sitzkissen, dann hab ich einen Duschstuhl gehabt ohne Rückenlehne, dann hab ich das gehabt, in den verschiedenen Positionen, wo ich die Bewohner schon vorgefunden hab. So hab ich's versucht, denen beizubringen, ne. Und dann mussten die dann einmal anderthalb Stunden so in dieser Position sitzen. Und zum Schluss hab ich sie abgefragt, jeden einzelnen: ‚Wie geht's Dir denn, wie fühlst Du Dich?´ (beide lachen). Dann haben sie sehr darauf geachtet, dass die Bewohner auch ein Sitzkissen haben im Rollstuhl und, und, und. Also so hab ich das probiert, denen beizubringen. Und die haben das dann einfach auch kapiert, muss ich sagen.*

GEDF meint, durch Berufserfahrung gelassener mit unverhofft auftretenden Problemen umgehen zu können und weniger in Panik zu geraten:

> ***GEDF:*** *Also das macht auch die Berufserfahrung aus, dass man eben gelassener damit umgeht und erst mal guckt, in Ruhe überlegt .... vielleicht paar Sachen einfädelt und dann …. - Ist mir oft so gegangen - ich wart erst mal ab. […….] Also bloß jetzt nicht Panik, das verbiet ich mir immer, ne - also nur keine Panik, in Ruhe überlegen, […….], aber - ich sag mir dann, 'ne Lösung gibt's immer und die gibt's auch immer, ne.*

EWRE erkennt durch ihre Berufserfahrung pflegerische Probleme schneller und empfindet ihr pflegerisches Handeln deshalb effektiver.

> ***EWRE 23:*** *„Also... wenn ich zu jemand gehe, dann ist es mir wichtig, einfach erst einmal zu gucken und zu sehen, und dann - ich bin ja so*

lange im Beruf (lachend) - 37/38 Jahre - da fällt ja immer gleich auf den ersten Blick auf, wo es da jetzt heute klemmt, ja? Das seh ich...“

IMAA ist der Überzeugung, langjährige Tätigkeit in der Altenpflege helfe, mit dem Zeitdruck besser umgehen zu können. Sie beobachtet dies auch bei sich selbst und ihren Kollegen:

IMAA 43: *„Ja. Also - ja, glaub ich schon. Also die lassen sich ja auch nicht aus der Ruhe bringen. Weil es bringt nix. Wenn ich hektisch werde, mach ich nur Fehler, und dann brauch ich umso mehr Zeit. Weil, es geht mir ja zuhause im Privatleben auch, wenn ich schnell, schnell weg will, fällt mir garantiert noch 'ne Flasche Wasser runter. Also so Sachen. Und dann hab ich doppelte Arbeit, weil ich's weg machen muss. Und dann lieber - ‚In der Ruhe liegt die Kraft´, sag ich immer. Also ... und die jungen, die machen zack-zack […….] Aber so die älteren, - ich sag mal, die haben die Ruhe weg. Und das ist wirklich so, also ich kann's auch nicht so fest machen. […….] man ist so ein bisschen gelassener geworden. Also das mit der Uhr, wie gesagt, ich arbeite eigentlich nie mit Uhr. Ich hab so meine innere Uhr. Ich weiß dann schon, wenn ich das und das gemacht hab, muss es ungefähr soundsoviel Uhr sein, also man stellt sich auch drauf ein, ja. Also so geht's mir. Ich weiß nicht, ob das bei jedem so ist, ich kann ja nur von mir reden, aber - ich denk, des lernt man mit der Zeit. Oder ich hab's gut gelernt, warum auch immer, ja …..“*

Schlussfolgernde These:
Berufserfahrene Pflegefachkräfte bringen in Pflegeteams eine größere Gelassenheit ein. Probleme können schneller erkannt und Lösungen leichter gefunden werden, weil erfahrene Pflegefachkräfte auf ähnliche Lösungsansätze aus der Vergangenheit zurückgreifen können. Unerfahrene Pflegefachkräfte profitieren von diesem Erfahrungswissen, welches sie übernehmen können. Zeitgleich sind erfahrene Pflegefachkräfte im Umgang mit dem Zeitdruck in der Pflege souveräner und er scheint sie weniger stark zu belasten als Berufsneulinge.

6.10.5 Langzeitpflege erfordert Flexibilität

Das Berufsfeld der Pflege hat sich in den vergangenen Jahren verändert. Ergebnisse der Pflegeforschung haben Einfluss auf die Pflegepraxis genommen. Gleichzeitig üben rechtliche Reglementierungen zunehmend Einfluss auf die Anforderungen vor allem in der Altenpflege aus. Die Notwendigkeit sich in der täglichen pflegerischen Arbeit immer wieder neu auf veränderte Situationen einzustellen zu können, erfordert eine hohe Flexibilität von Pflegefachkräften in der Langzeitpflege.

(Grafik Nr.87 / Ensink 2014)

Besonders Pflegefachkräfte mit positiver Sicht auf ihren Beruf betonen dies immer wieder. Mit 13 Pflegefachkräften dieser Teilnehmergruppe beziehen sich auf die notwendige Flexibilität fast doppelt so viele, wie dies mit 7 Pflegefachkräften der anderen Teilnehmergruppe der Fall ist.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Pflegefachkräfte in der Langzeitpflege seien häufig zu wenig flexibel, meint EESA.

> ***EESA 28:*** *„Das hab ich auch schon von der Wohnbereichsleitung gehört. Das war schon immer so. Aber das ist ja noch nicht gesagt, es kommt dann mein Satz, dass es auch so bleiben muss. Es gibt ja immer noch ein Richtig oder Falsch. Oder, ich denk, so kann man sowieso nicht denken. Das war schon immer so.“*

MAJE bestätigt dieses Empfinden. Sie ist ebenso der Ansicht, Pflegefachkräfte seien zu wenig offen für Neuerungen.

> ***MAJA 35: „****[.....] Ja, also mir ist es jetzt auch wichtig, dass diese Studienergebnisse, dass die eben auch runter gebrochen werden auf die Praxis und dass Pflegekräfte ja neue Sachen annehmen. Also wenn neue Sachen kommen -, wir haben letztes Jahr einen Computer bekommen. Die ganze Dokumentation musste dann in den Computer eingegeben werden [……] Wenn man Pflegekräfte mit neuen Sachen konfrontiert, ist das erst mal ein Drama. Das ist erst mal - Der Zeitplan muss dann verrückt werden und jetzt muss man sich auf andere Sachen einstellen, [……].“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

EWRE sieht dies ganz anders. Sie findet eine hohe Notwendigkeit von Flexibilität in Ihrer Arbeit notwendig.

> ***EWRE 21:***
> *Ja, genau das mein ich. Und das - und das macht - also das - find ich - macht meine Arbeit ja auch so interessant. Drum ist* ***Waschen*** *nicht der rechte Arm, der linke Arm, das Gesicht - weiß ich was, sondern das ist* ***jeden*** *Tag bei* ***jedem*** *Bewohner wieder völlig neu.*

MFAE denkt, ein weniger starr strukturierter Tagesablauf und ein flexibles Team reduzieren den Arbeitsdruck enorm.

> ***MFAE 24:*** *„Ja, aber bei uns auf dem Wohnbereich ist das auch nicht so. Dadurch dass wir das sehr flexibel haben, also auch mit den Mahlzeiten, mit den Essenszeiten, kommen wir so nicht unter Druck, wie das auf den anderen Wohnbereichen ist, wo einfach um 8 gefrühstückt wird und um 12 zu Mittag und um 18 Uhr zu Abend gegessen wird. Wir haben da wirklich - und das find ich wirklich das Tolle auf dem Wohnbereich, dass wir sagen können: ‚Ok, und wenn ich heute eine dreiviertel Stunde brauche, dann brauche ich eine dreiviertel Stunde´ und da werde ich auch nicht von*

meinen Kollegen dumm angeguckt, oder heißt es, die braucht wieder heute so lang, sondern dass ist bei uns allen so und wir wissen ja .. von unseren Bewohnern, manchmal sind wir in 10 Minuten fertig, manchmal brauchen wir halt eine dreiviertel Stunde, weil das einfach so ist.“

NMBZ ist ebenfalls dieser Ansicht. In ihrem Team sei es einfach möglich, die grundsätzliche Struktur des Tagesablaufes zu durchbrechen, um sich intensiv einer pflegerischen Intervention zu widmen, wenn dies notwendig sei.

NMBZ 21: *„[……] Wir haben natürlich eine strukturierten Tagesablauf, das muss. Also 8 Uhr gibt's Frühstück. Aber dass ich jetzt heute mal für eine Bewohner mehr wie 20 Minuten…, da gucken wir nicht so drauf. Heute braucht halt nun mal dieser Patient mehr. Dann ist es halt 45 Minuten [……] Nee, da gucken wir nicht auf die Uhr. Dann muss es halt an dem Tag so sein. Für die ist es dann sehr gut. Also sie weiß, aha, heute machen sie das ganz gut. Da ist nicht Stress (lacht).“*

Auf die Frage, was sie den glaube, welche Eigenschaften man für den Beruf benötige, antwortet EHAE:

EHAE 39: *„[……] Aufgeschlossenheit .. sei's gegenüber irgendwelchen Neuerungen, irgendwelchen Vorschlägen, gegenüber gesetzlichen Vorbestimmungen, sag ich mal, dass man da nicht ablehnend ist, aber auch, was ich schon oft gesagt hab - auch anderen Mitarbeitern oder halt Menschen einfach gegenüber, dass man da aufgeschlossen ist und, ja, sich auf - ... ja Diskussionen einlässt, Diskussionsbereitschaft, …„*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte mit hoher Berufsmotivation sind sich der Notwendigkeit hoher Anpassungsfähigkeit in ihrem Berufsfeld bewusst. Sich situativ auf Problemstellungen einlassen zu können und entsprechende Lösungen zu finden, sehen sie als Herausforderung. Sie benötigen hierfür jedoch einen

entsprechenden Freiraum, um diese Fähigkeit entfalten zu können, der durch eine entsprechende Strukturqualität geschaffen werden muss[69].

6.10.6 (Langzeit-) Pflege erfordert Fähigkeiten zur Selbstdistanzierung

Die Fähigkeit, Situationen aus der Distanz zu betrachten und zu reflektieren unterstützt professionelles pflegerisches Handeln. *(Langzeit-)Pflege erfordert die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung* beschreibt die professionelle Haltung und Einstellung einer Pflegekraft, sich als Person zurück zu nehmen und Situationen „von außen“ zu betrachten und zu beurteilen.

(Grafik Nr.88 / Ensink 2014)

Die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung als hilfreiche Ressource wird mit 13 Pflegefachkräften in der Gruppe der Teilnehmer mit positiver Einstellung mehr als doppelt so häufig angesprochen, als dies mit sechs Pflegefachkräfte in der Gruppe mit negativer Einstellung der Fall ist.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

KAGI hinterfragt kritisch ihr Verhalten gegenüber fordernden Vorgesetzten

[69] Anm. der Verf.: Es müssten beispielsweise Küchen- und Hauswirtschaftszeiten an die Pflege angepasst werden. In den meisten Einrichtungen ist es jedoch so, dass z.B. Essenszeiten an die Küchen angepasst werden, damit das Küchenpersonal pünktlich gehen kann, oder es ist an den Wochenenden kein Hauswirtschaftsdienst vorhanden und Pflegekräfte müssen zusätzlich Küchendienste übernehmen.

KAGI 35: *[……] Also das setzt mich schon unter Druck, ja. .... Wobei es jedes Mal dann auch so ein Punkt ist, dass ich oft nachher sag: ‚Mensch verdammt, warum hast du jetzt nicht nein gesagt?´*

MAJA ist mit sich unzufrieden, weil ihr ihrer Meinung nach Selbstdistanzierung zu wenig gelingt.

MAJA 11: *Ja ich bin unzufrieden - mit mir auch, weil ich teilweise emotional sehr reagiere und weil ich auf Stress auch nicht so ganz toll reagiere, also auch nicht so gelassen […….]*

Für UHHE bedeutet Selbstdistanzierung nicht nur das Hinterfragen der eigenen pflegerischen Arbeit, sondern auch das Betrachten des Umgangs mit sich selbst, also die Fähigkeit die eigenen Grenzen zu erkennen und dann auch einzuhalten.

UHHE 41: *„[……] Das hab ich auch noch nicht so lange gelernt und das merke ich aber, dass das das A und O glaub ich ist. […….] Und zwar, der Beruf, der Krankenpflege und Altenpflege beinhaltet ja, dass man für andere Menschen sorgt und andere Menschen pflegt. Das ist genau wie mit der Nächstenliebe... praktisch, man muss erst mal, bevor ich für andere Menschen sorgen kann, muss ich für mich sorgen, dass es mir gut geht. Wenn's mir nicht gut geht, kann ich auch nicht nach außen für andere Menschen sorgen. Und das ist - glaub ich - in der Pflege viel, dass die Leute sich zwar um andere Menschen sorgen, aber nicht um sich selbst, das heißt, dass sie immer einspringen, kein Privatleben mehr haben, das machen viele. Hab ich früher auch gemacht. […….]“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

EHAE äußert sich, sie könne sich gut von Belastungen ihrer Arbeit distanzieren. Es gebe jedoch Ausnahmen, wie den Umgang mit einem Bewohner, der ständig das gleiche Lied singt, dies aber je nach seiner

Stimmungslage jeweils entsprechend intoniere. Sie beschreibt ihre Reaktion auf diese Belastung:

> ***EHAE 32 + 34:*** *„[……] Man ist wütend, traurig, aufbrausend. Versuchen dieses Aufbrausende aufzuhalten, wenn's glückliche Momente sind, dass man dann auch einmal mit ihm mit lacht und dann auch freudig mit ihm mit singt. Aber ja man merkt dann, - ab einem gewissen Zeitpunkt hab ich dann einfach gemerkt, so der Kopf wird jetzt einfach voll und der platzt gleich. Jetzt würd' ich am liebsten entweder in den Wald raus und einfach mal los schreien, oder Gummizelle irgendwo im B. -Heim und da einfach nur mal so ein Schrei rausfahren lassen.*
> *[…..] das war so eins von den wenigen Sachen, die ich halt zu mir mit nach Haus genommen hab, wo eben dieses Lied halt ständig dann da war. Ansonsten kann ich das schon ganz gut abschalten.*

Eine Probandin weist auf die Wichtigkeit der Kritikfähigkeit hin. Für sie ist das Annehmen von Kritik wichtiger Teil der Verbesserung der eigenen Arbeit:

> ***NMBZ 46:*** *Wenn es falsch ist, dann kriegt man es auch gesagt. Da hätte man da vielleicht in dem Punkt jetzt mehr Geduld haben müssen oder mal Zeit lassen oder nicht so viel reinmischen. Das kriegt man auch gesagt, und das ist gut so. Damit man weiß, wo der Fehler ist, nächste Mal nicht zu machen.*

Diese Sichtweise teilt auch die Ordensschwester, die zugibt, dass dies nicht immer einfach sei:

> ***HAJA 40 + 41:*** *„Vor allem möcht ich's wenn mal was war sagen, dass man hingeht und sich entschuldigt. .. Das ist's A und O, ne? .. Ich kann's nicht gleich, ich brauch einen Tag, und am anderen Tag dann oder gegen ein paar Stunden dann, aber gleich kann ich das auch nicht. Ich muss es ja schon verarbeiten. Und dann kann ich's, dann geht's. Dann geh ich hin und entschuldige mich.*

EWRE meint, die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung helfe, eigene Grenzen zu

erkennen und rechtzeitig abzustecken, und würde somit vor Überforderung schützen:

EWRE 55: *„Also, da halt ich's mit meiner Oma, die immer gesagt hat, der erste Streit ist der beste Streit. Das heißt, wenn einem was nicht passt, es so wie möglich klar und kund zu tun. Mit mir kann man ganz schnell Stress kriegen oder in Streit geraten (beide lachen). Ich sag das nämlich ganz schnell und ganz früh, wenn ich an meine Grenzen komm. Das hab ich gelernt, das hat lange gedauert, da hab ich in meiner Berufslaufbahn sicher auch den ein oder anderen Nasenstüber erhalten, und das hab ich halt inzwischen gelernt, recht früh und ganz schnell zu sagen: ‚Hallo hier sind meine Grenzen, ja?´ […….] Ja, da hab ich kein Problem damit, ja?“*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte gehen im Zusammenhang mit ihrer pflegerischen Arbeit selbstkritisch mit ihrem Verhalten um und sind bereit, ihr Verhalten gegebenenfalls zu modifizieren, um zukünftige ähnliche Probleme professioneller anzugehen. Deutlich schwerer gelingt ihnen dieses im Umgang mit Begebenheiten, die für sie persönlich nachteilig sind. Pflegekräften mit hoher Berufsmotivation gelingt diese Abgrenzung besser.

6.10.7 Echtes Interesse an der Berufsgruppe der Pflegenden

Die Wahrnehmung von Pflegefachkräften in der Öffentlichkeit wird von Pflegefachkräften als wenig interessiert aufgenommen. Wie Pflegende das Interesse Außenstehendender gegenüber der Berufsgruppe der Pflegenden sehen, wird im Folgenden betrachtet.

(Grafik Nr.89 / Ensink 2014)

In beiden Teilnehmergruppen wird die Feststellung von Desinteresse an den Pflegenden von insgesamt 12 Personen aufgegriffen. Dabei haben die Pflegefachkräfte zu Teil einen sehr unterschiedlichen Bezugsrahmen, aus dem sie dieses Desinteresse ableiten.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

AJUE geht davon aus, dass von Seiten der Träger und Heimleitung die Pflegemitarbeiter in der Einrichtung bewusst im Unklaren gelassen werden über die Berechnung des Pflegepersonalschlüssels und die Verteilung der daraus entstehenden Planstellen. Sie unterstellt, dass dies aus Kostengründen geschieht. Die Folgen für die Pflegenden seien dabei egal.

> ***AJUE 66:*** *„Also das Personal insgesamt geht davon aus, dass es eben Vorgaben gibt, von der Geschäftsführung, die eben vorgibt, wie viel für Personal ausgegeben werden darf und wie viel nicht, ne,… ja.“*

EESA meint, man könne die „Ignoranz“ gegenüber Pflegenden sehr gut an dem Umgang durch Vorgesetzte erkennen. So würden Pflegenden ohne wirklichen Grund das Essen und Trinken während der Arbeit untersagt, obwohl dies eine fördernde Wirkung auf das Ess- und Trinkverhalten von Bewohnern habe und die Arbeit von Pflegenden erleichtere.

> ***EESA 63 + 64:*** *„ […..…] Es hat sich irgendeine Mitarbeiterin - eine Zeitarbeiterin war das – […….] - die hat sich - während sie einem Bewohner das Essen angereicht hat, selbst ein Brötchen geschmiert und hat's gegessen. Das gibt's nicht, das will ich nicht. Und dann hab ich gesagt, warum willst Du das eigentlich nicht, ne. Nein, macht man nicht. Hab ich gesagt, eigentlich ist das förderlich, ja. Der isst nicht alleine, ne. […….] Dann heißt es, es gibt dann keinen großen Grund, das will ich nicht, ja. Mittlerweile nehme ich mir ab und zu einen Kaffee mit, wenn ich also eine bettlägerige Bewohnerin Essen anreiche. Dann trink ich mir einen Kaffee dabei. Da wird nix mehr gesagt. […….] Aber es bewegt sich*

was und schau'n wir mal.“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

MFAE formuliert vorab, dass sie zufrieden sei, weil in „ihrer Einrichtung“ gute Rahmenbedingungen herrschten. Auf die Frage, woran sie dies festmache, sagt sie:

MFAE 40 + 41: *„…dass durchaus ja auch die Heimleitung kommt und einen mal fragt, wie's einem privat geht. Also auch ohne, dass man jetzt verpflichtet wäre, ihr darauf jetzt 'ne Antwort geben zu müssen und das ganze Privatleben auszubreiten, aber dass ich nicht nur als bezahlte Arbeitskraft gesehen werde. Nee, ich denk, Sie hat echtes Interesse.*

SLMA bestätigt die motivierende Wirkung von Interesse und beschreibt die Chance, Mitarbeiter zu motivieren, wenn diese echtes Interesse an ihrer Person spüren:

SLMA 50: [……] *Wenn derjenige merkt, die interessiert sich für mich, nicht nur für meine tägliche Arbeit, sondern auch für mich, dann kann man den motivieren.* ***[……]***

EWRE beschreibt ihre Verblüffung, als sie nach Jahren in der Pflege zum ersten Mal ernsthaft nach ihrem persönlichen Befinden gefragt wird:

EWRE 65: *„Das hab ich zum Beispiel im Krankenhaus in Leonberg erlebt, da war ich schon - weiß ich - 12 / 15 Jahre im Beruf (lachend) - kam der hauptamtlich angestellte Pfarrer im Haus auf mich zu, da war ich so 2 Wochen auf der Station, kommt auf mich zu, gibt mir die Hand und stellt sich vor und sagt: ‚Ich bin der Pfarrer XY. Sie sind neu hier im Haus, wie geht es Ihnen?´ Dann hab ich gesagt, der Frau Soundso geht's so, der Frau Soundso geht's so, der Frau Soundso geht's so, weil ich wusste, dass die kommen und uns unterstützen bei unserer Arbeit. Da guckt der mich an und sagt: ‚Das hab ich Sie nicht gefragt. Ich hab gefragt, wie geht es* ***Ihnen****?` Äh wie? Dann hab ich geguckt weil, ich war 12 Jahr im Beruf,*

*mich hat noch nie jemand gefragt gehabt, wie's mir geht. Und das fand ich so **hoho**, ja, und das erleb ich auch heut so, wenn ich Kollegen frag: ‚Wie geht's Dir heut?´ Dann erzählt die mir dumm. Dann sag ich, ich hab **dich** aber gefragt... ja? Und das ist immer so dieses Aha-Erlebnis, Menschen sind immer total berührt und gerührt, wenn sie mal gefragt werden, wie's ihnen geht.“*

ISIA findet die „Ignoranz in der Gesellschaft“ und bei den „Verantwortlichen in Politik und Pflegekassen“ zur Situation der Pflege besonders ausgeprägt. Sie meint, die politische Ebene und die Pflegekassen stünden der Situation der Pflegefachkräfte gleichgültig gegenüber.

***IAIS 67 + 68 + 100: „[**……] Und ich sag', ich bin Altenpflegerin. ‚Ach, das ist aber auch ein schwerer Beruf, des könnt' ich aber auch nicht machen.´ Hmm. Des war's dann eigentlich. […….] Sind halt nur alte Leute und fertig.“*
Die Regierung (lacht), keine Ahnung. Nein, ich denk' mit Einführung der Pflegeversicherung hat sich gewaltig was getan in der Pflege. Wir waren früher viel mehr Kollegen, […….] Und der MDK sagt halt: ‚Sie haben so und so viel Bewohner […….] da kriegen Sie halt nur so und so viel Pflegekräfte. Und damit müssen Sie zurechtkommen, egal wie´.“

Schlussfolgernde These:
Viele Pflegefachkräfte äußern die Annahme, die Gesellschaft in allen Ebenen habe nur wenig echtes Interesse an der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte und deren Situation in der stationären Altenpflege. Pflegefachkräfte würden wegen dieser Ignoranz mit ihrer Situation allein gelassen und die Finanzierungsproblematik auf ihre Kosten gelöst. Gelingt es der Leitung einer Einrichtung, den Mitarbeitern in der Pflege das echte Interesse an ihrer Person zu vermitteln, so steigert dies die Berufsmotivation und das Desinteresse der Gesellschaft kann von den Pflegefachkräften eher mit Humor getragen werden.

6.10.8 Kultur positiver Rückmeldung entwickeln

Unterstützend für die Berufsmotivation kann das Zeigen echten Interesses vor Anderen sein. Förderndes Verhalten und verbale Äußerungen des Lobes durch das Pflegeteam und andere am Pflegeprozess beteiligte Personen können hierzu beitragen.

(Grafik Nr.90 / Ensink 2014)

Entsprechend erzählen die Pflegefachkräfte in beiden Gruppen, sich ausdrücklich an einer Kultur positiver Rückmeldung zu beteiligen, da ihnen dies wichtig erscheint.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

LHME findet Gesten der Anerkennung gegenüber den Pflegekräften durch Einrichtungs- und Pflegedienstleitung notwendig. Sie formuliert, es müsse hier zu Verhaltensänderung der Leitungsebene kommen und hat dazu auch Ideen:

> ***LHME 55 bis 59:*** *„Da kriegst du auch mal einen Massage-Gutschein. Um einfach dich mal wieder massieren zu lassen, zur Entlastung, zum Verwöhnen. Du kriegst ein Geburtstagsgeschenk. […….] Nicht nur zu nehmen (atmet laut ein) - es gibt's - also, wenn ich es nicht selbst erfahren hätte, es gibt Leitungen, wo ich sag, so kann's funktionieren. Das Eine oder Andere würd ich noch ein bissel verbessern, aber wo ich sag, das find ich toll.“*

EESA hat die Gelegenheit genutzt und ihrem Vorgesetzten mit einem Zeitungsartikel klar gemacht, dass er seinen Mitarbeitern gegenüber eine Kultur positiver Rückmeldung entwickeln solle. Zu ihrer Verblüffung scheint ihr Versuch erfreuliche Wirkung zu zeigen:

EESA 61: *„Mit Lob wird gegeizt. Ich hab neulich unserem Heimleiter einen Text übergeben, den hab ich aus der Tageszeitung rausgeschnitten, und als Überschrift: ‚Danke, das war super´. Also in dem Bericht stand dann, wie es ist, wenn man Mitarbeiter lobt. Dass man auch mal was zurück kriegt, ne. Mitarbeiter, die sich angenommen worden, gelobt werden, denen ihr Arbeit wertgeschätzt wird, sind weniger krank, ja, das ist ganz einfach besser, ist die Arbeit effektiver. Im Grund genommen - wenn ich meine Mitarbeiter anständig behandele, krieg ich was zurück. Weil die Arbeit effektiver, die sind weniger krank, denen macht es Spaß, und das merkt man halt auch, ja, das merk ich doch. […….] Hab ich dann gesagt, wollen Sie's mal durchlesen? Hm ja, mach ich. Hab ich gesagt, gibt das jetzt Bettlektüre, oder. Nein, das les ich gleich nachher durch. Und bei der Mitarbeiterversammlung hat er sich bei allen Mitarbeitern bedankt für die gute Arbeit bisher und er hofft, dass es weiterhin so gut läuft, ne.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Zum Thema „positive Rückmeldungen“ antwortet die Wohnbereichsleitung EHAE auf die Frage, ob sie genug Lob erhalte:

EHAE 44: *„.... Will ich gerne, genug gelobt werden, momentan eher auf dem privaten Bereich und ich lobe definitiv zu wenig.“*
I: „*Sie selber?“*
EHAE 45: *„Ja“*
I: „*Warum?“*
EHAE: *„ [….] dieser hausgemachte Stress und ... ja ... dann halt eben vergessen, dass man lobt oder sich einfach mal dann mittags bei der Übergabe bedankt für den guten Frühdienst, für den guten Spätdienst, dass [….] halt eben es toll geklappt hat schlicht und einfach. Also das*

Wissen darum ist schon da (lacht).“

I: „*Halten Sie das für wichtig?“*

EHAE 47: *„.... (stöhnt)... - für mich persönlich... nicht, weil ich meine eigenen Vorstellungen hab, wie ich was bewerkstelligen möchte und ich mir dann das Lob entweder selber gebe oder nicht gebe. Aber für mich für die anderen, also dieses Lob dann auszusprechen, das ist - schon wichtig. Also Lob so in Form auf Schulter klopfen, das hast Du jetzt aber toll gemacht oder so.“* [70]

Auch die Probandin AJKA meint von sich, dass sie eher selten lobt. Sie begründet dies:

AJKA 48: *„Selten. Aber das sag ich jedem Mitarbeiter gleich von Anfang an, dass ich selten lobe. .. Und das sag ich jedem neuen Mitarbeiter, oder jedem Schüler. Aber wenn ich lobe - dann lobe ich das aus vollem Herzen, dann ist es so. Das sag ich eigentlich gleich von vornherein, weil ich weiß, man wird viel zu wenig gelobt und, und, und…“*

MFAE hat vor einiger Zeit die Einrichtung gewechselt, nachdem sie dort schon sehr demotiviert war. Nun arbeitet sie wieder mit Freude in der Pflege. Ein fördernder Faktor scheint dabei die Anerkennung der Leistungen der Pflegekräfte zu sein. Kleine Gesten des Dankes erfreuen die Pflegefachkraft und machen sie stolz.

MFAE 17 - 23: „*[…..] und dass ich - zumindest den Eindruck habe, dass auch die Arbeit, die wir leisten, von den Führungskräften gesehen wird und auch anerkannt.“*

I: „*War das vorher nicht so?“*

MFAE: *„Nein“ (lacht)*

I: „Wie äußert sich diese Anerkennung von Ihrer Leitung?“

MFAE: *„Zum Beispiel hatten - wie das in jedem Haus ist - letztes Jahr hat*

[70] Interessant an dieser Aussage ist, dass die Probandin als stellvertretende WBL laut Aussage einiger ihrer Teammitarbeiter durch ihre Art viel Lob zu geben, wesentlich zum guten Arbeitsklima im Team beiträgt. Ihr scheint dies nicht bewusst zu sein.

die MDK-Prüfung. Für mich war das die allererste - ich hatte das noch nie als Schichtleitung mitgemacht. Die ganze Prüfung ist für unser Haus in allen Abteilungen sehr gut gelaufen und wie unsere Pflegedienstleitung mich dann das nächste Mal gesehen hat, hat er sich bedankt für die gute Zusammenarbeit und wir hatten dann alle 'ne Tafel - also so 'ne Merci-Schokolade geschenkt gekriegt. Und das fand ich einfach - es geht jetzt nicht um den Wert, sondern einfach, dass das gesehen wird, dass das für uns zusätzliche Belastung ist und dass das gut gelaufen ist und dass, … ja. … Die Geste, ja.“

I: „*Bekommen Sie die häufiger für Ihre Arbeit.“*

MFAE: *„Ja“ (zustimmendes Geräusch)*

I: „*Von wem?“*

MFAE: *„Ja gut, von der Wohnbereichsleitung auf jeden Fall, von den Kollegen, und aber auch von der Pflegedienstleitung und von der Heimleitung.“*

Hier die Aussage einer Probandin aus einer anderen Einrichtung, in der die Mitarbeiter der Pflege teilweise viele Jahre, fast Jahrzehnte ein festes Team bilden.

I: *Also, Sie kriegen dann praktisch ein positives Feedback von Ihrer Pflegedienstleitung?*

NMBZ 39: *„Ja. Das kriegen wir. Sehr oft. Und das macht auch eine sehr gute Motivation.“*

Dieselbe Probandin beschreibt später erneut, wie besonders wichtig es für die Berufszufriedenheit sei, gelobt zu werden und positive Rückmeldungen weiter zu geben.

NMBZ 44: *„Ja, das. Also ich bekomme sie (Anm.: Gemeint ist positive Rückmeldung) auch sehr oft. Ja! Und ich geb' das dann natürlich auch weiter, weil, wenn ich schon zufrieden bin, dann kann auch das Team zufrieden sein. Dann gibt man das ja weiter.“*

I: *„Glauben Sie, dass das hilft?“*

NMBZ 45: *„Ja. Beruflich auf jeden Fall. Weil, das macht dann immer wieder Motivation zum weiter Arbeiten. Weil, es gibt ja Situationen, wo man wirklich ausgebrannt ist.“*

Auch SLMA stellt heraus, wie wichtig die Anerkennung motivierten Engagements in der pflegerischen Arbeit ist. Sie sagt, die Kultur positiver Rückmeldungen der Leitungseben gegenüber den Pflegekräften bilde eine Grundlage für den Erhalt der Motivation.

SLMA 43 - 45: *„Sonst geht man kaputt. Also, wenn Du Dich da voll reinhaust und die besten Ideen hast und alles umsetzt und wirklich einfach engagiert bist und es geht den da unten überhaupt gar nicht an (Anm. d. Verf.: gemeint ist der Einrichtungsleiter) oder es wird zwar hingenommen und gut ist, dann ist meine Motivation auch irgendwann mal vorbei. Das Fass ist irgendwann mal leer, wo ich sag, für was reiß ich mir hier den A. auf, wo's doch eh keinen interessiert. Hauptsache, die Zahlen stimmen, Betten belegen und so. Und ich denk, also mich hat es wahnsinnig gefördert, wo ich gedacht hab: ‚Okay. Und jetzt, was könnt man jetzt noch machen´. Mir geht es gar nicht um den Blumenstrauß, mir geht's auch nicht um dieses Aussprechen vor dem Team oder vor den Mitarbeitern. Mir geht's einfach nur darum, dass es da unten gemerkt wird und auch verstanden wird und auch als gut befunden wird. So das Lob natürlich, Lob tut gut, ganz klar.“*
I: *„Wird in der Pflege genug gelobt?“*
SLMA: *„Nein.... Viel zu wenig. Dafür haben wir keine Zeit....“*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege erfahren wenig echtes Interesse von der Gesellschaft an ihrer täglichen Leistung für die Allgemeinheit. Pflegefachkräften liegt aber vor allem an der Anerkennung ihrer pflegerischen Leistungen im direkten Arbeitsumfeld. Gelingt es in einer stationären Pflegeinrichtung einem Team und der Einrichtungsleitung, eine Kultur positiver Rückmeldung zu entwickeln, die nicht oberflächlich, sondern wertschätzend mit den Mitarbeitern umgeht, so fördert dies die Berufsmotivation beträchtlich.

6.10.9 Bewohner und Angehörige beteiligen sich gerne an einer Kultur positiver Rückmeldung

Nicht nur Pflegeteams und deren Vorgesetzte können zu einer Kultur positiver Rückmeldung beitragen, auch Bewohner und Angehörige tun dies. Der folgende Abschnitt beschreibt die Annahme oder Ablehnung von fürsorglichem Verhalten, dankbaren Gesten und verbale Äußerungen des Lobes von Seiten der Bewohner und deren Angehörigen gegenüber Pflegenden.

(Grafik Nr.91 / Ensink 2014)

In beiden Teilnehmergruppen wurde die Beteiligung an positiver Rückmeldung durch Angehörige und Bewohner von je neun Pflegefachkräften beschrieben.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

MERE bekommt in ihrem persönlichen Umfeld im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit in der stationären Altenpflege häufig abwertende Kommentare zu hören und hat häufig das Gefühl, sich deshalb verteidigen zu müssen. Dies erfüllt sie mit Trauer, und sie ist deshalb dankbar für die positive Rückmeldung einer ehrenamtlichen Hospizhelferin:

> ***MERE 8:*** *„Oder als 'ne Dame dann [……] gestorben ist, die hatte eine Hospizbegleiterin, und die Hospizbegleiterin hat das zum ersten Mal gemacht. Das wusste ich gar nicht, dass sie noch nie einen Sterbenden gesehen hat und die war dann mit im Raum und die Angehörige, als wir dann so die Abschiedsbegleitung gemacht haben, und die hab ich dann*

später hier auf der Straße getroffen, und dann sagt sie: ‚Frau (Name), ich wollt Ihnen noch mal danken, das war ja so toll, und das hat mir so gut gefallen und das hat mich so gestärkt´ und dann weiß ich (fängt an zu weinen), dass ich da richtig bin in dem Bereich, ja (weint).“

BJJH meint, der Umgang mit Bewohnern beruhe auf Gegenseitigkeit. Bewohner würden ihr häufig das Gefühl vermitteln, sie wertzuschätzen.

***BJJH 32**: „[……] Ich mein, man - man wird ja, das auch wenn - wenn man selbst dann auch 'en Stück weit wertgeschätzt wird und da - wenn ma das aber auch dem - der Bewohner wird wertgeschätzt und man wird's selbst, deswegen is das so'n - ehm - Spiel von Geben und Nehmen.“*

HVHA hat noch nicht lange ihre Ausbildung abgeschlossen, verfügt deshalb noch über wenig Berufserfahrung und ist nicht als Fachkraft für Gerontopsychiatrie weitergebildet.
Sie fühlt sich durch das herausfordernde Verhalten von dementiell erkrankten Bewohnern belastet (vgl.6.11.3 + 6.11.4). Sie muss über die Frage, was ihr in der Pflege Freude bereite, erst lange nachdenken und erzählt dann von der engen Beziehung zu einer kognitiv weniger eingeschränkten Bewohnerin.

***HVHA 38:** „Hhm, gibt's bestimmt (lacht), soweit hinten irgendwo (lacht) vergraben. Also, das einzige, was - heute hat zum Beispiel, da hab ich diese Bewohnerin, die jetzt halt nicht dement ist. Das heißt, sie ist ein schwerer Pflegefall Wir setzen sie immer raus, mobilisieren sie und dann fährt sie mit dem Rollstuhl alleine auch und dann hab ich sie heute mitgenommen und die kennt uns ja alle mit dem Vornamen sprechen ja auch sehr, sehr locker auch miteinander. Und dann hab ich ihren Katheter-Beutel geleert, war dann natürlich unter ihr; dann hat sie mir über den Kopf gestreichelt und dann hab ich gesagt: ‚Och Mensch, Margarethe, wenigstens von dir krieg ich meine Streicheleinheiten´. Oh das tut aber auch schon gut. Das ist ja so eine Kleinigkeit, da bin ich ja schon zufrieden. Weil manchmal wird man so oft beleidigt von den Bewohnern,*

also wirklich, die sind ja teilweise so schlimm, man geht schon mit 'ner Faust in der Tasche in's Zimmer rein.“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Selbst demenzkranke Bewohner würden mit ihrem positiven Feedback gegenüber den Pflegekräften manchmal sehr überraschen. So bekäme man viel positive Energie zurück. Sehr häufig würde dies auf nonverbaler Ebene mit Gesten stattfinden. Man müsse dies wahrzunehmen bereit sein.

NMYA 9: *„Also man kriegt von Bewohnern, man kriegt so diese Gefühle, die man geschenkt hat, man kriegt's zurück. Es gibt Fälle, wo man denkt, ja der Bewohner ist dement und merkt vielleicht gar nicht, wie viel Mühe ich mir gebe, um den zu pflegen und zufrieden zu stellen und irgendwann, der Bewohner macht - sagt irgendwas, wo man denkt, wau, ich hätte das gar nicht erwartet. Es gibt so Fälle, wo man nach dem Urlaub kommt (lacht) und hört dann: ‚Ach Schwester, ich weiß nicht mehr, wie Sie heißen, aber ich hab so auf Sie gewartet´. Das ist ja das, was ich haben will.“*

Und später:

NMYA 41: *„Und aber andersrum, man muss auch so tagtäglich versuchen, Freude dran zu haben. Und es ist ja machbar, weil man bekommt das alles zurück, was man investiert hat und sogar, wenn die Bewohner ganz dement sind, - also momentan wir haben überwiegend demente Bewohner, - doch - also man bekommt sehr viel Wärme zurück, vielleicht nicht in der Form von Worten, aber es sind so Berührungen und man lächelt an und kriegt das Lächeln zurück. Oder man kommt in's Zimmer rein und bekommt von Bewohner so einen Witz erzählt, ich finde [das] ganz schön. So Kleinigkeiten, aber - man darf nicht die Augen zumachen, man muss das sehen. Man muss das sehen können, diese Kleinigkeiten.“*

Diese Aussage bestätigt auch die Ordensschwester.

HAJA 15 +16: *„Oder zum Beispiel eine Schwester, die war auch da gelegen und hat auch eine Sonde gehabt, sie hat nimmer viel gesprochen, oder konnte kaum mehr sprechen, aber die war so lieb, wenn ich meine Haare bissel runterhäng, ist sie gegangen und hat meine Haare so hoch gemacht und hat mich gestrichen dann - so richtig liebevoll und .. das tut einem auch gut. Das hat mir sehr viel gegeben und heute denk ich noch öfters an diese Schwester. [….] Ja, was ich ihr gegeben hab, ist auch wieder zurückgekommen. So hab ich das empfunden.“*

EWRE erzählt davon, wie sich Bewohner aktiv in positive Rückmeldungen unter den Kollegen des Teams einschalten und so die vorhandene Kultur positiver Rückmeldung noch verstärken.

EWRE 67: *[……] Ja oder was wir auch sehr pflegen, wir haben eine Bewohnerin, die sagt uns immer gegenseitig von anderen Kollegen, mit denen man gern arbeitet, Grüße. Die sagt einem immer: ‚Viele liebe Grüße von der Irmgard. Die freut sich, dass sie bald wieder mit Dir arbeiten darf´. Und dann sag ich: ‚Gell? Liebe Grüße an die Irmgard zurück´. Und das macht die dann auch, die erzählt dann der Irmgard liebe Grüße.*

Für GEDF fehlt manchmal die Aufmerksamkeit und Aufnahmebereitschaft von Pflegenden, die positive Rückmeldungen durch Bewohner wahr- und anzunehmen.

GEDF 47: *„[……] Im Beruf glücklich zu werden - ja - und dann halt auch immer wieder das zu hören, was rüber kommt. Ich denk, viele haben das Gespür manchmal nicht, zu hören, dass der alte Mensch dankbar sein will, oder der Kranke oder der Sterbende für das, was man tut....Und da gibt's viele glückliche, glückliche Situationen, wo man einfach dann auch auf sich selber beziehen darf, ich bin jetzt gemeint.“*[71]

[71] Nach Kruse sind alte Menschen in der Lage, durch bewusst angenommene Abhängigkeit eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation zu erreichen (Kruse, 2005). Dankbarkeit ist dabei Ausdruck psychologischer Produktivität (Ehret, 2009). Der Teilnehmer wird hier zum Empfänger, der die Dankbarkeit bewusst als Geschenk annimmt.

Schlussfolgernde These:

Pflegefachkräfte erleben häufig positive Rückmeldungen zu ihrer Tätigkeit von Seiten der Bewohner. Sie erleben Dankbarkeit und manchmal Trost durch Worte und Gesten und nehmen dies gerne an. Besonders, wenn positive Rückmeldungen bewusst aufgenommen werden, wirken sie sich fördernd auf die Berufsmotivation aus (*bewusste Annahme von Dank*).

6.10.10 Selbstmitleid ist ein ausgeprägtes Phänomen in der Pflege

Nachfolgend wird das Phänomen häufig geäußerter Beschwerlichkeiten innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden beschrieben. Diese Äußerungen sind mit dem Gefühl von Ungerechtigkeit gegenüber der eigenen Person verbunden. Von Interesse sind die Äußerungen von Pflegefachkräften, welche von anderen als ungerechtfertigt weinerlich wahrgenommen werden.

(Grafik Nr.92 / Ensink 2014)

Es überrascht nicht, dass sich selbst bemitleidende Bekundungen in der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung zum Beruf häufiger auftauchen als in der Teilnehmergruppegruppe mit positiver Einstellung. Bemerkenswert ist jedoch die Wertung von Äußerungen anderer Pflegekräfte als „larmoyant“. Obwohl selbst in einem kritischen beruflichen Selbstwertgefühl behaftet, wird die ernsthafte Leidenssituation anderer Pflegefachkräfte herunter gespielt.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

So meint IHMA:

IHMA 56: *„Ja, es ist leider auch in der Pflege immer noch so, dass ich manchmal den Eindruck hab, wer am lautesten schreit, wird eben auch gehört, ja. Und zu den lauten Schreiern zähl ich nicht, ja. Ich kann es einfach nicht, ne, laut schreien, ja, ne...“*

MAJA findet, Pflegefachkräfte würden zwar über die Verhältnisse in ihrem pflegerischen Alltag klagen, sich aber letztlich nicht solidarisieren, um für eine tatsächliche Verbesserung einzutreten.

MAJA 11: „*Also, es wird sich am laufenden Band beschwert, aber eben nur intern und nicht mal nach außen und nicht mal zu dem Pflegedienstleiter geschlossen gegangen und gesagt: ‚Hier - also dieses Konzept, was wir vielleicht auf'm Papier auch bekommen haben, das hört sich ganz toll an, das liest sich auch ganz super, aber es funktioniert nicht´.“*

Dies bestätigt UHHE. Auch sie wünscht sich mehr Solidarität unter den Pflegefachkräften. Sie äußert, Pflegefachkräfte seien zu obrigkeitshörig:

UHHE 33: *„Es ist so, ja. Zum Beispiel, ganz extrem ist es so, die sind wahnsinnig am Nörgeln, egal ob jung oder alt. Und ich bin so ein Mensch, dann denk ich, okay, bevor man nörgelt, muss man gucken, dass man was verändert. ‚Oh das hat ja alles keinen Wert´ [……] - also die nörgeln und nörgeln, dann setzt du dich ein und sagst, okay, dann wird jetzt gesprochen, das und das ist schlecht, dann fallen die einem in den Rücken, also die haben da richtig Angst, die sind sehr obrigkeitshörig, ja, genau. Die nörgeln gerne, aber die ändern ungern was (lacht).“*

EESA wünscht sich ebenfalls mehr Widerspruchsgeist und äußert, es verändere sich nichts an den desolaten Rahmenbedingungen, unter denen Pflegefachkräfte arbeiteten, weil die inkonsequente Haltung von Pflegefachkräften letztlich den aktuellen Zustand verfestige.

EESA 35: *[……] Und es ist ja eh - also für mich ist es immer so, solang das irgendwie funktioniert und solang die Mitarbeiter das tragen, mit Überstunden oder Überminuten oder sonst irgendwas, passiert nicht viel. Das ist es ja. Das wird dann auf dem Rücken von den Mitarbeitern ausgetragen. Solang das alles funktioniert und wir das immer irgendwie kompensieren, passiert da nix.*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

AJKA findet, viele Pflegefachkräfte wären nur schlecht in der Lage, ihre Grenzen zu stecken und aus der Überforderung heraus würde dann ein häufiges Beklagen der Situation entstehen.

AJKA 106 - 108: *„[……] und grad Frauen wollen es ja jedem Recht machen. Und zum Schluss bleiben die auf der Strecke, weil - man kann es nicht jedem Recht machen. Und die müssten Prioritäten setzen. Und eigentlich müssten die sich in die Mitte setzen als Priorität.“*
I: *„Und das machen Altenpflegerinnen nicht so?“*
AJKA: *Nee, Frauen im Allgemeinen, eben Altenpflegerinnen. Ich kenn viele, die dann jammern, mein Mann und, und, und, …. aber die dann nicht in der Lage sind, irgendwie Grenzen oder Prioritäten zu setzen. Ja, kenn ich etliche.“*

EWRE empfindet die „larmoyante“ Äußerungen als gelegentlich auftretendes Phänomen, das sie nicht ernst nimmt. Sie leitet daraus ab, man müsse dies beschneiden.

EWRE 72 + 73: *„Ja dass es für mich ganz wesentlich ist, dass ich Kollegen, die schlecht gelaunt kommen oder an allem was rumzunörgeln haben, dass ich das kurz anhöre, aber dass ich das nicht lange zulasse. […….] Ob's nur so ein Gejammere aus dem Jammern raus ist, das kommt wirklich in unserem Beruf relativ häufig vor, und ... (lachend) in der Fortbildung hab ich da auch mal gehört, man darf sich auch mal ein bisschen suhlen, aber nach irgendeiner Zeit ist dann das auch mal rum.“*

Schlussfolgernde These:

Die im Allgemeinen gleichen Effekte der Rahmenbedingungen der Pflege haben durchaus unterschiedliche Auswirkungen auf die Face-to-face-Pflege in den Einrichtungen, die durch die Haltung von Träger und Leitungsteam bestimmt ist. Sind Pflegefachkräfte nicht in der Lage, ihre Grenzen zu formulieren und deshalb überfordert, so kommt es häufig zu Frustration und Klagen, die zu Demotivation führen. Pflegefachkräften mit hoher Berufsmotivation gelingt es hingegen, ihre Grenzen und Problemstellungen zu formulieren und alternative Lösungen einzufordern.

6.11 Glücklich im Beruf

Glück als das Erleben von Freude ist ein wesentlicher Faktor der Lebenszufriedenheit eines Menschen. Die Erkenntnis, dass Glückserleben positive Auswirkungen auf die Arbeit von Menschen hat, wird seit einiger Zeit auch in der Betriebswirtschaft verstanden. Neben der existenziellen finanziellen Sicherung gehört dazu, dass es die Rahmenbedingungen ermöglichen, abwechslungsreich und mit leichter Mühe die Arbeit als Herausforderung zu erleben, sie aber dennoch mit gutem Gefühl leisten zu können (Ruckriegel, 2007 / Gaede, 2007). Wie man im Pflegeberuf glücklich werden kann, soll nachfolgend gezeigt werden.

(Grafik Nr.93 / Ensink 2014)

Pflegefachkräfte beschreiben in den Interviews, welche Faktoren für sie persönlich zum freudigen Erleben ihrer beruflichen Tätigkeit führen. Dabei weisen ihre Statements auf individuell beeinflussbare Faktoren hin, wie das Festhalten an ethischen Werten oder eine spirituelle Sichtweise, die ihnen in kritischen und belastenden Pflegesituationen Halt gibt, oder die Wahrnehmung von der Lebendigkeit der Pflege alter Menschen bis hin zu einem humorvollen Umgang mit Augenblicken, in denen „etwas schief läuft“. Auf der anderen Seite fordern die Pflegefachkräfte einen anderen Umgang und eine andere Sichtweise von verantwortlichen Ebenen und der Gesellschaft mit ihrem Berufsfeld ein. Sie wünschen sich Vorgesetzte, die darauf achten, dass Pflegefachkräfte nach ihren persönlichen Fähigkeiten in passenden Arbeitsbereichen eingesetzt werden, gute Rahmenbedingungen, mehr Freiraum für ihre Arbeit und mehr Vertrauen in ihre berufliche Integrität. Unterstützung bei besonderen Belastungen soll die Möglichkeit der Supervision bieten. Schlussendlich wird der Aussage nachgegangen, trotz allem sei der Pflegeberuf der beste Beruf.

6.11.1 Lebendigkeit ist die Essenz der Zufriedenheit

Pflegefachkräfte beschreiben ein Gefühl von Zufriedenheit im Beruf, das durch die Wahrnehmung des Gefühls von Lebendigkeit des Berufes entstehen kann.

(Grafik Nr.94 / Ensink 2014)

Die Unterkategorie wird insgesamt nur von 9 Pflegefachkräften kommentiert, sie zeigen jedoch eine besondere Sichtweise auf das Arbeitsfeld der Altenpflege durch die Pflegefachkräfte.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

So beschreibt EESA Momente der Zufriedenheit in ihrem Berufsalltag:

> ***EESA 14:*** *„Wenn ich hin komm und mach die Musik bissel laut und hopps dann da im Tagesraum rum oder so, und die Leute lachen dann und sagen: ‚Och wie schön, es ist so locker´, dann denk ich wieder, ja das ist schön, […….], das macht mir dann Spaß. Das befriedigt mich dann auch. Da geh ich dann heim; Kinder, das war doch ein schöner Tag.“*

Ebenso geht es MERE. Sie ist erfreut über Pflegesituationen, in denen sie die Lebensqualität von Bewohnern verbessern kann.

> ***MERE 7:*** *„und wenn man die einfach so erwischt , […….] - ich muss ehrlich sagen, bei ihr ist es meistens besser per du, weil sie ist einfach*

noch ganz jung und sie ist in der Vergangenheit, […….] nachher angezogen und streicht einem über's Gesicht, streicht einem über Hände […….] dann hat man das Gefühl, das ist gelungen, ja. Dann ist man wirklich erleichtert und froh und merkt, die Frau kann noch Lebensqualität haben.“

LHME ist gerade deshalb bedrückt, weil es ihr nicht möglich gemacht wird, diese Lebendigkeit in die Pflege einzubinden.

LHME 30: *„[…….] ich sag immer, mir kommt das Haus manchmal vor wie ein Sterbehaus und nicht wie ein Alten{pflege}heim. Auch ein Alten{pflege}heim könnte voller Leben sein, dass man singt und lacht und (atmet laut ein) - die Leute lachen, - laufen herum und haben Spaß. Aber alles, was wir an Vorschlägen haben, wird abgelehnt.“*

HBNE formuliert an anderer Stelle, dass sie bereits nach zwei Jahren als Fachkraft über den Berufsausstieg nachdenkt. Ihr fehlt die Lebendigkeit, die sie bei ihrer Arbeit empfindet, wenn sie Bewohner nach ihrer Betrachtung im Sinne guter Pflege betreut und bezeichnet dies als Verlust für das Berufsbild. HBNE verbindet mit dem Berufsfeld Altenpflege neben den grund- und behandlungspflegerischen Ausführungen vor allem Beschäftigung und Aktivierung mit den Bewohnern. Es erfüllt sie mit großer Trauer, diese Tätigkeiten an Hilfskräfte und Ehrenamtliche abgeben zu müssen.

HBNE 6 + 7: *[…….] also das, was für mich auch Pflege ausmacht, das wird viel mehr jetzt in diese Alltagsbegleitung mit aufgenommen und über Ehrenamtliche ... Das gibt's schon viel, aber das macht für mich auch die Pflege aus und deswegen hab ich auch den Beruf gemacht und ……*

I: *„Und jetzt kriegen Sie da ein Stück beschnitten und empfinden Sie das so?“*

HBNE: *„Genau, ja. ... Also so empfind ich das. Also ich find das schön für die Bewohner, dass es jemand gibt, der das macht, weil wir das gar nimmer leisten können, aber ich find's schade für den Beruf. .. für die*

Altenpflege.“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Für EHAE zeigt sich in der Beziehung und Empathie zu den Bewohnern die Lebendigkeit ihrer Arbeit, die sie zufrieden stellt.

EHAE 13 + 28: *2.... Auf die Menschen eingehen, Zeit mitbringen, Verständnis für denjenigen zu haben, mit demjenigen lachen, weinen können, […….]“*
Und später:
„Und da geht einem dann das Herz auf.“

IAIS empfindet ihren Beruf erfüllend und abwechslungsreich. Eine Alternative kann sie sich nicht vorstellen.

IAIS 5: *Gut, ich mein', ich kann jetzt nicht sagen, dass es mein ganzes Lebensglück ist, das wär' bisschen übertrieben. Aber ich hab' mir auch schon oft überlegt, wenn ich jetzt aussteigen wollte, und was ganz anderes machen wollte, was ich denn dann machen würde. Und da ist mir noch nix anderes eingefallen. Also aufs Büro oder im Verkauf oder so wollte ich auf keinen Fall. Das wäre mir viel zu langweilig. Weil, hier sieht man halt doch jeden Tag irgendwie was Neues. Und wenn ich jetzt mir beim Karstadt oder so oder Bäckerei, keine Ahnung, nee, das wäre glaub ich, - das könnte ich mir nicht vorstellen.*

KHSD nimmt sich, wann immer es möglich ist, die Zeit für daseinsthematische Gespräche mit den Bewohnern. Sie freut sich über Glücksmomente der Bewohner.

KHSD 37 + 38: *[……] - und wenn man sich so ein bisschen dahin setzt, das find ich ganz gut. Also so was gefällt mir auch. Und vor allen Dingen - ich freu mich halt mal, wenn die Bewohner auch so glücklich sind, sag ich jetzt mal. Das macht mich glücklich, ja. Da werde ich - was heißt glücklich*

- aber ich bin dann zufrieden [……]

EWRE fühlt in ihrem Berufsalltag eine große Lebendigkeit, da es stets zu immer neuen Situationen und Begegnungen käme. Diese Lebendigkeit führe zu ihrer großen inneren Zufriedenheit in ihrem Beruf.

EWRE 29: *Und das ist so das, was ich wirklich auch die Essenz der Zufriedenheit... also ich hab das gefunden, das drückt es genau aus, was ich als lebendig empfinde und was mich so zufrieden macht in meinem Beruf.* [72]

Schlussfolgernde These:
Pflegerische Handlungen können, wenn man sie isoliert und standardisiert betrachtet, durchaus als anhaltend wiederholend und deshalb als eintönig beurteilt werden. In der Verbindung mit der Persönlichkeit der einzelnen Bewohner verändern sich die Pflegehandlungen jedoch individuell zu jedem Bewohner immer wieder neu und es entstehen einzigartige Situationen, welche die Pflege alter Menschen interessant macht. Dazu ist ein Beziehungsaufbau zu den Bewohnern unabdingbar, der nur durch ausreichende Zeit für Gespräche mit den Bewohnern zu erreichen ist. Pflegefachkräften, denen diese Zeit nicht mehr zur Verfügung steht, werden letztlich auf die unter hohem Zeitdruck geleisteten pflegepraktischen Handlungen reduziert. Das Berufsfeld der stationären Altenpflege wird als eintönig und wenig abwechslungsreich empfunden. Pflegefachkräfte, denen ausreichend Zeit für Beziehungsarbeit[73] zur Verfügung steht, gelingt die Verknüpfung zwischen notwendigen Pflegehandlungen und

[72] Die Probandin zitiert zuvor M. Buber: „*Trotz aller Ähnlichkeiten hat jede lebendige Situation wie ein neugeborenes Kind auch ein neues Gesicht, das es noch nie zuvor gegeben hat und das es auch nie mehr wiederkehren wird. Die neue Situation erwartet von Dir eine Antwort, die nicht im Vorhinein vorbereitet werden kann. Sie erwartet nichts aus der Vergangenheit. Sie erwartet Präsenz, Verantwortung, sie erwartet Dich*“

[73] S. Ehret beschreibt in ihrem Konzept zur daseinsthematischen Begleitung, Daseinsthemen zeigten als Leitidee das *Eigentliche im Menschen* und deshalb könne eine daseinsthematische Begleitung bei Menschen mit Demenz zu Glücksmomenten führen (Ehret, 2010). Dies erfordert jedoch eine innere Haltung der Pflegenden, die von Empathie getragen wird, aber eben auch ausreichend Zeit für das „sich kennen lernen“ bieten muss (Ehret et al 2013).

Beziehungsarbeit, was zu einzigartigen Settings führt, das Gefühl von Lebendigkeit vermittelt und damit die Berufsmotivation steigert.

6.11.2 Gute Rahmenbedingungen

Der folgende Abschnitt beschreibt Pflegende in ihrer Tätigkeit als Teil eines Ganzen, in dem man sich sicher und unterstützt fühlt. Sie stellt dar, dass durch gezielte Intervention von Seiten der Leitungsebene eine Verbesserung der Rahmenbedingungen versucht und durch eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber den Pflegenden die Freude an der pflegerischen Arbeit unterstützt werden soll.

(Grafik Nr.95 / Ensink 2014)

Immer wieder wird beschrieben, wie wichtig neben einer fördernden materiellen und personellen Ausstattung der Pflege auch die ideellen Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte sind. Hier ist die wertschätzende Haltung der Vorgesetzten bestimmend, aber auch die wertschätzende Haltung der Gesellschaft:

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

LHME berichtet, ihr früherer Arbeitgeber sei ihr mit den Arbeitszeiten entgegen gekommen, weil sie alleinerziehend gewesen sei. Dies habe sie als hilfreich empfunden:

LHME 6: *Ja, da wo ich gelernt hab in dem Ausbildungsbetrieb hab ich aufgehört und bin dann nach G. (Anm. der Verf.: Ortsname) gegangen, weil dort konnte ich Nachtdienst machen - eine Woche arbeiten, eine*

Woche frei. Und da mein Sohn ja noch ganz klein war, war das für mich optimal.

BJJH erzählt von Einrichtungen, die ihre Achtung vor Leistung der Pflegefachkräfte durch kleine Extras zum Ausdruck bringen und ist enttäuscht, dies in ihrer Einrichtung nicht zu erleben:

***BJJH 73 + 74**: Zumindest hab ich von Heimen gehört, die ihren Mitarbeitern für die körperliche Arbeit so einen Ausgleich in Form von einer Massage oder sonst irgendwas angeboten haben. Diese Option, ich finde, das ist schon auch was wert, ja. Also, wenn man's manchmal vergleicht mit dem, dass man selbst gar nix - gar keine Optionen hatte zum Ausgleich, ist das schön, […….] Einmal im Monat in der Arbeitszeit lass ich mich massieren... das finde ich als ... ja als Wertschätzung, ja. Als Wertschätzung. Ja - genau. […….]*

HRUH hat seit kurzem eine neue Leitung und die Rahmenbedingungen verbessern sich. Er beschreibt wie motivationssteigernd sich eine ausreichende Anzahl von Mitarbeitern in der Pflege auswirkt:

HRUH 13: *„Also man hat wirklich absolute Zeit für die Leute. Und das - und da bin ich also wirklich wieder aufgeblüht in dem Haus“*

Zusätzlich erwähnt er, wie verblüffend es für ihn zunächst war, dass geleistete Arbeitsstunden als Praxisanleitung in der Einrichtung aufgeschrieben werden sollen.

HRUH 17: *„Die wird mir berechnet. Also - was ich nicht will, aber das ist bei meinem Pflegedienstleiter: ‚Nix da Uli, das sind Stunden, die kriegst du bezahlt´.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

Die Rahmenbedingungen müssen ein korrektes Arbeiten zulassen, meint MFAE, damit sie moralisch integer pflegen kann. Außerdem erwartet sie Anerkennung für ihre Arbeit und für sich als Person:

> ***MFAE 37 + 39:*** *„Also im Job selber denk ich ist wichtig, dass man zu mindestens den Eindruck hat, ein Großteil dessen, was einem wichtig ist, auch umsetzen zu können. Dass man die Anerkennung hat - also jetzt nicht, weiß ich, in irgendwelchen großen - artigen Dingen, sondern dass man einfach merkt, dass die Arbeit, die man leistet, gesehen wird und auch wertgeschätzt ist. […….] Also für mich ist es schon so, dass für mich was Wesentliches ist, dass meine Arbeit anerkannt ist, also wertgeschätzt ist und dass ich aber nicht - ja, dass auch ich als Mensch gesehen werde und nicht nur als angestellte Pflegekraft.“*

Auf die Frage was nötig sei, damit Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege gerne und dauerhaft arbeiten würden, antwortet SLMA:

> ***SLMA 60:*** *„Die Rahmenbedingungen, also die Einrichtung, ja, die Dienstpläne... Das ist wesentlich, grad wenn man Familie und Kinder hat, wenn man die im Geschäft auspowert, 14 Tage am Stück schaffen lässt und die sich nicht um ihre Familie kümmern kann, ... der wird auch nicht glücklich, ja. - ..... ja, ganz klar die Mitarbeiterführung, wie ich denjenigen behandele, ... Ja und das Wertschätzen einfach. .. Man muss den Mitarbeiter auch mal wertschätzen, und eben - wie ich gesagt hab, also mal gucken, wo will er hin, will er wirklich nur seinen Job machen und nach Hause gehen oder ... ist er noch wissbegierig, ja da gehört ein bisschen viel dazu. Das Bezahlen, das Wesentliche ist das Geld. Das Geld ist auch wichtig.“*

Die Probandin ADUE arbeitet in einem Fachbereich für Gerontopsychiatrie. In ihren Äußerungen zeigt sich Zufriedenheit, die darauf verweist, dass sie ihre moralische Integrität unter diesen guten Bedingungen erhalten kann. Sie lobt die guten Rahmenbedingungen und beschreibt, was sie darunter versteht:

ADUE 31: *„Ja gut, ich muss das Konzept erfüllen und das kann ich nur mit guten Leuten machen. Und das will ich auch nur mit guten Leuten machen (lacht). Ja, ja. Und anders rum steht halt auch im Konzept, was wir den Leuten bieten sollen oder auch nicht, also eben immer gleiche Strukturen, halt angepasst an ihre demenziellen Veränderungen, da wir natürlich meistens erst Leute kriegen im zweiten Stadium, ja. Wir haben Fortbildungen in Validation... - wie gesagt, wir haben eine sehr hohe Fachkraftquote, wir sind vier Leute mit Fachkraftausbildung auf einem 26er Wohnbereich, das find ich schon enorm. Wir haben eine Nachtwache für uns alleine, das ist enorm, ja.. Also die werden auch nicht nachts einfach nebenbei mit versorgt wie in anderen Häusern. Also - ich kenn das von anderen Häusern, dass da Demenz drauf steht und auch demente Menschen drin sind, aber nicht anders gearbeitet wird. Ja. Und den Unterschied sehe ich bei uns.*

Schlussfolgernde These:

Gute Rahmenbedingungen werden von den Pflegefachkräften als motivationsfördernd beschreiben. Als wichtige Kriterien für gute Rahmenbedingungen sind dabei nicht nur die materielle und personelle Ausstattung gemeint. Besonders eine wertschätzende Haltung der Leitungskräfte gegenüber den Pflegefachkräften als Person und deren Arbeitsleistung werden angemerkt. Als bedeutsam werden dabei das Eingehen auf persönliche Problemstellungen und das Belobigen für besondere Leistungen gewertet.

6.11.3 Man muss im persönlich richtigen Arbeitsfeld arbeiten, um im Pflegeberuf glücklich zu werden

Beschreibt die Notwendigkeit, in der Vielfalt der pflegerischen Arbeitsfelder das persönlich am besten geeignete zu entdecken und in diesem seine Aufgabe und Freude zu empfinden.

(Grafik Nr.96 / Ensink 2014)

Insgesamt 18 Pflegefachkräfte sprechen diese Sichtweise an und weisen so auf die Bedeutsamkeit des richten Arbeitsbereichs hin.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

HBNE will zukünftig in einer Behinderteneinrichtung arbeiten, weil sie sich dort mehr Möglichkeiten im Bereich der Beschäftigung und Rehabilitation erhofft. Schon ihren neuen Arbeitsvertrag für ihren neuen Arbeitsplatz in Irland in der Tasche, berichtet HBNE über ihren bisherigen Arbeitsplatz.

> ***HBNE 29 - 31:*** *„Ich war vorher als Springer in verschiedenen Häusern... Also ich - ehm - bin in den einzelnen Häusern gesprungen, immer dort, wo grad Not war. [……] Und dann ist man einfach 2 Wochen dort, mal ist es auch ein Monat, längstens sind 2 Monate, aber sonst sind's immer so 1-2 Wochen, wo man - wo man irgendwo eingesetzt ist.“*

JRSE hat sich entschieden, zukünftig als Dauernachtwache zu arbeiten, weil sie hofft, dies liege ihr mehr

> ***JRSE 63:*** *Hm - das weiß ich noch gar nich. Ich hab, glaub ich, für mich mittler - momentan so'n Mittelweg gefunden, bin ich wieder dort im Nachtdienst, damit komm ich momentan ganz gut zurecht*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

KSJA berichtet, sie habe trotz eines guten Teams irgendwann den Arbeitsbereich (Spezialbereich für Menschen mit apallischem Syndrom) gewechselt, weil ihr die Lebendigkeit der normalen altenpflegerischen Tätigkeit gefehlt habe:

KSJA 22: *„Apallisch, das ist ruhig. Das war damals ruhig. Und dann keine Gespräche, und das hat mir gefehlt. Manchmal das war zu ruhig für mich. Zu ruhig. Ich wollte so ein bisschen mit Reden, mit Spaß machen, mit Leuten, und Lachen auf der Terrasse, in den Hof gehen und dann ich hab das vermisst, wirklich! Also ich habe diese lebendigen Leute vermisst Das war für mich so arg.“*

Die Probandin SLMA beschreibt wiederum, dass sie nicht gerne in der Krankenpflege oder bei Langzeitpflege von jüngeren Menschen arbeiten würde, dass sie aber sehr gerne die Pflege alter Menschen übernehme:

SLMA 55: *„Ja..., doch. Schwierig ist es, wenn also jüngere Patienten kommen und ich hab eine Patientin, die ist 67 geboren mit MS, seit ewigen Zeiten und da merk ich, also Krankenschwester könntest Du nicht werden. ... So mit normalaltrigen Menschen, das fände ich schwieriger. . […] So ein alter Mensch, da denk ich, der hat sein Leben gelebt, wenn er dann auch eine schöne Zeit gehabt hat und die Familie ist hinten dran und kommt alle zwei Tage, die werden super versorgt, kriegen immer neue Klamotten und immer kleine Geschenke und mal ein Blumenstrauß und eine Postkarte, das ist schön, das gefällt mir.... Natürlich kümmert man sich dann ein bissel mehr um die anderen, die niemanden haben....“*

IMAA berichtet von einem Schulpraktikum und ihrer Entscheidung in die Altenpflege zu gehen. Es wird deutlich, dass dies für sie die richtige Entscheidung war:

IMAA 1: *„Ja das war während der Schulzeit haben wir mehrere Praktika gemacht und dann hab ich auch viel ausprobiert, […….] und dann bin ich in einem Altenheim gelandet. Hab da mal 14 Tage ein Praktikum gemacht,*

hab auch eine gekannt, wo dort gearbeitet hat, und war bei ihr auf der Station und das war dann meins. Ich war eine Woche da, noch nicht einmal eine Woche und dann hab ich gesagt, das ist meins. Das Ganze mit den alten Menschen, ein bisschen medizinische Sachen, aber viel Psychosoziales. Und dann hab ich gesagt, das ist meins. Und seitdem mach ich das!“

Schlussfolgernde These:
Pflege bietet sehr verschiedene Arbeitsfelder. Selbst die Langzeitpflege zeigt hier unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten für Pflegefachkräfte auf. Die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Arbeitsfeld in der Langzeitpflege wird jedoch auch von Einrichtungsträgern bestimmt. Für die Berufszufriedenheit ist die Möglichkeit einer bewussten Entscheidung für ein bestimmtes Tätigkeit fördernd.

6.11.4 Vorgesetzte sollten auf ein persönlich richtiges Arbeitsfeld der Mitarbeiter achten.

Die Abhängigkeit der Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern je nach Arbeitsumfeld wird nachfolgend beschrieben. *Vorgesetzte sollten auf ein persönlich richtiges Arbeitsfeld der Mitarbeiter achten* bezieht sich auf den Einfluss zwischenmenschlicher Beziehungen für die Arbeit im Team und auf das Tätigkeitsfeld. Vorgesetzte verantworten die Entscheidung des Einsatzes und damit verbundenen Auswirkungen auf die Leistungen der Mitarbeiter

(Grafik Nr.97 / Ensink 2014)

Von 7 Pflegefachkräften der Teilnehmergruppe mit positiver Sicht auf ihren Beruf wird diese Unterkategorie angesprochen, aber nur eine Probandin der

Gruppe mit negativer Sicht beschreibt ihre Sicht auf die Verantwortung der Vorgesetzten.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

MERE merkt an, durch die Einrichtungsleitung bestehe sehr häufig ein hoher Erwartungsdruck gegenüber den Pflegefachkräften. Es werde beim Einsatz der Pflegefachkräfte zu wenig berücksichtigt, welche Schwächen und Stärken die einzelnen Mitarbeiter hätten. Sie behandeln Mitarbeiter oft unfair und wüssten die persönlichen Stärken nicht zu nutzen. So würden häufig Potentiale der Mitarbeiter für die Pflege verloren gehen:

> ***MERE 6:*** *[….] was ich halt schade finde, wir werden alle total universal eingesetzt, es wird überhaupt nicht geguckt, welche Schwerpunkte hat jemand, welche Schwerpunkte hat man nicht, und dieser Kollege hat jetzt schon 2 Abmahnungen bekommen, [……] Der hat jetzt Angst, dass er gekündigt wird. Er wird sicherlich nicht gekündigt, aber er ist oft so, dass er unheimlich gehemmt ist in seinem Arbeiten oder mir auch sehr verloren vorkommt [……] und ich hab das Gefühl, er fühlt sich da im Moment auch unter einem totalen Druck und der ist auch de facto schon da. Ich sag mal, wenn der sich jetzt noch ein Fehler erlaubt, kann es einfach sein, dass er extreme Repressionen bekommt und ich glaube - er ist so verhaftet auch mit dem Haus, dass es für ihn ein ganz schöner Schlag wäre, auch wenn er nur wechseln müsste, mal abgesehen von dem extremen Verlust. Er bringt einfach ganz viel Humor in das Team und auch Humor für die Leute. Also er erleichtert unheimlich viel und er muss auch so arbeiten können, das ist kein Typ, der anders arbeiten kann.*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

EWRE bestätigt diese Sichtweise und merkt außerdem an, auch die zwischenmenschliche Ebene zwischen den Teammitgliedern sei zu beachten:

EWRE 58: *„[…] ich denk, dass man als Vorgesetzte recht gut hingucken sollte, wen ich wo einsetze und wen ich wie laufen lassen kann. Dass manche Leute ganz - die sind fähig - aber man muss gut hingucken. Ich hab ja auch lang als Vorgesetzte gearbeitet und hab so Dinge erlebt, wie dass wir im Auswahlgespräch für Station Mitarbeiter ausgesucht haben, die dahin gesetzt haben und nach 6 Wochen war das Chaos perfekt. Die Station hat gesagt, diese Mitarbeiterin taugt für uns überhaupt nix, die ist ja grottenschlecht und überhaupt. Die Mitarbeiterin hat gesagt, ach Gott, ist das eine Station, wo ich da hingekommen bin, und wir haben sie auf eine Nachbarstation versetzt und ein Jahr später war sie dort Stationsleitung. Sie war gut, sie war nur im falschen Team, also man muss schon hingucken, man muss gucken, ob Menschen miteinander können oder miteinander nicht können oder ob das die - wirklich die richtige Aufgabe ist, oder nicht.“*

HAJA ist kurz vor der Berentung und wurde von ihrer Vorgesetzten schon vor etwa drei Jahren in einen anderen Arbeitsbereich versetzt, weil dieser körperlich weniger belastend sei. Sie empfindet dies als große Erleichterung.

HAJA 23 - 25: *„Ja. .. Darum hab ich ja auch keine solche Schwerpflegefälle, ich hab ja nur Schwestern, wo sich einigermaßen noch selber versorgen können. […….] Die sind keine schweren Aufgaben mehr. Und guck halt Blutzucker und was wer halt - was so anfällt, ja. Aber Pflege brauch ich Moment nicht mehr mache, ja.“*

GEDF erlebt in seiner Einrichtung einen führsorglichen Umgang mit älteren Mitarbeitern und definiert die Fähigkeit seiner Vorgesetzten, auf das richtige Arbeitsfeld für Mitarbeiter zu achten, als Teil „guter Rahmenbedingungen“:

GEDF 37 + 38: *[……] Ja - also ein Punkt ist zum Beispiel, was ich eigentlich sehr gut finde und was bei uns im Haus auch gepflegt wird, gerade auch ältere Mitarbeiter, älter Pflegekräfte, älter, denk ich jetzt mal zwischen 55 und 60, dass die dann im Haus Zusatzaufgaben bzw. noch andere Aufgaben dazu kriegen. Einerseits als Motivation, andererseits*

aber auch als Entlastung, also dass die nicht mehr ganz in der Pflege sind, sondern eben Aufgaben kriegen, die sie ein Stück weit entlasten. Zum Beispiel in der Betreuung, - § 87 b - oder Therapie oder [……] also verwaltungstechnische Aufgaben. Also jeder so nach seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten. Es ist ein Stück weit doch Entlastung und auch Motivation.“

Schlussfolgernde These:
Pflegedienstleitungen sind in stationären Einrichtungen die Entscheidungsträger für den Einsatzbereich der Pflegefachkräfte. In vielen Fällen geschieht dies eher bedarfsgerecht, um die Dienste so abzudecken, dass die Fachkraftquote in den verschiedenen Wohn- bzw. Arbeitsbereichen erfüllt werden kann. Gelingt es der Pflegedienstleitung, Pflegefachkräfte regelmäßig in Bereichen einzusetzen, die den persönlichen Vorlieben und Fähigkeiten entsprechen, so erhöht sich die Anzahl der Erfolgserlebnisse bei der pflegerischen Arbeit und steigert so die Berufsmotivation.

6.11.5 Pflege benötigt Freiraum

Pflege benötigt Freiraum bezieht sich auf die Reglementierungen der Pflegepraxis und den Auswirkungen von freien Entscheidungen auf die Motivation für den Beruf

(Grafik Nr.98 / Ensink 2014)

Sieben Pflegefachkräfte beider Teilnehmergruppen empfinden Einschränkungen der Handlungsfreiheit der Pflege und sprechen dies in den Interviews an.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

MKTS ist entrüstet über die zunehmende Standardisierung in der Pflege. Er meint, diese lasse immer weniger Raum für Menschlichkeit und berichtet über ein Bewerbungsgespräch in einer Einrichtung:

> ***MKTS 38:*** *„[……] Also das war das Wichtigste, aber es ist ja heut auch wichtig, - Pflegestandard. Gott sei Dank gibt's noch kein Standard für Menschlichkeit. Aber ich hab wirklich innerlich gekocht. Ich wollte was über das Haus wissen, über das Team, über Bewohner - aber nicht über Pflegestandards. Ich kann sie auswendig, ganz klar. Nach 11 Jahren Pflege kenn ich sie, aber das war nicht wichtig im Moment.*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Auch in der Gruppe der Teilnehmer mit grundsätzlich positiver Sicht auf den Beruf gibt es Kritik an der ausgeprägten Reglementierung der stationären Altenpflege. EHAE meint, die stationäre Altenpflege würde deutlich mehr kontrolliert, als dies in anderen Bereichen der Pflege der Fall sei, und dies setze die Pflegekräfte unter Regulierungsdruck. Mögliche kreative Lösungen bei pflegerischen Problemen würden so schon im Ansatz blockiert.

> ***EHAE 12:*** *„[……] Gedrückt nicht unbedingt, aber halt eben die vielen Vorschriften. Ja es ist auch so zwiespältig, […..] so diese Diskrepanz einfach, was wird vom häuslichen Bereich, was wird da nachgeguckt, was wird dort gemacht und dann das, was halt eben so eine Institution, was von der verlangt wird, wo halt wirklich Punkt für Punkt geguckt wird, das alles in Ordnung ist, und man nicht irgendwie so ein bissel - ja auch mal von sich aus mal sagen kann, ich probier's jetzt mal auf meine Art und Weise. Es muss halt immer alles erst mal hinterfragt werden. Ist halt so schwierig, das ist halt so dieses Aufgedrückte von außerhalb dann einfach.“*

Dies wird ebenfalls von MFAE und EWRE so gesehen. Auch sie empfindet wenig Freiraum für kreative Lösungsansätze bei auftauchenden Pflegeproblemen.

MFAE 43: *„Dass ich Zeit hab für die Leute, dass ich auch mit dem, was ich an Ideen habe, wie wir Pflege umsetzen können, dass ich das anbringen kann und dass - je nachdem - da wir ja im Team arbeiten, wenn das von anderen auch so gesehen wird, dass wir das auch umsetzen können.“*

EWRE 56: *„[……] also, ich denk, dass man genug Freiraum braucht, - ... also, das hab ich immer so erlebt in unserem Beruf, offiziell ist alles unglaublich reglementiert. Es gibt für alles heut Vorschriften, wie was abzulaufen hat […]*

Schlussfolgernde These:
Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege haben das Gefühl der Überreglementierung ihres Arbeitsbereiches und reagieren mit Unverständnis darüber, dass diese Reglements nicht in anderen Bereichen der Pflege im gleichen Maß eingefordert werden. Sie empfinden eine Einschränkung ihrer fachlichen Entscheidungsfreiheit und wünschen sich mehr Vertrauen in ihre Fachlichkeit.

6.11.6 Vertrauen in die Pflegeperson

Vertrauen in die Pflegeperson beschreibt die Wirkung von Vertrauen in die Person der Pflegefachkraft. Die Kategorie bezieht sich dabei auch auf das Vertrauen anderer in die Integrität einer Pflegefachkraft in ihrem Beruf

(Grafik Nr.99 / Ensink 2014)

Von 9 Pflegefachkräften wird *Vertrauen in die Pflegeperson* in den Interviews angesprochen. Dabei werden ermutigende Erfahrungen der Teilnehmer mit positiver Sicht deutlich.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

HBNE meint, in dem Zwang so viel dokumentieren zu müssen, zeige sich ein größeres Vertrauen in die Dokumentation als in die Integrität der Pflegeperson:

> ***HBNE 21 + 22:*** *„Es ist, dass viel drauf geachtet wird von außen was im Computer steht, […….] - dass die Leute gar nicht sehen, wie sich die Bewohner verändern in der Arbeit […….] und wenn's nicht aufgeschrieben ist, dann ist´s nicht gemacht und das ist ja das, was mich am meisten ärgert. […….]- weil es ist ja wirklich so, selbst wenn irgendwas vor Gericht kommen würde, alles, was nicht aufgeschrieben ist, ist nicht gemacht. Und das ist so das, was mich ärgert. […….]“*

MERE betont, sie empfinde es als unklug, Pflegefachkräfte nicht wertzuschätzen und deren Fähigkeiten zu vertrauen:

> ***MERE 6:*** *„[…….] und das Problem ist nur immer wieder, dass eigentlich dieser ganze Hintergrund nicht gewährleistet wird, weil halt unklug mit den Ressourcen gehandhabt wird und der einzelne Mitarbeiter nicht die Wertschätzung seiner Person bekommt, die er eigentlich verdient hätte“.*

HRUH äußert, er sei persönlich zufrieden und seine fachlichen Fähigkeiten würden anerkannt. Mehr könne man nicht verlangen:

HRUH 34: *„[……] - ich weiß, was ich tue, es wird anerkannt, ah ja, mehr kann ich doch gar nicht verlangen, find ich.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Einige Pflegefachkräfte erzählen in den Interviews von Situationen, in denen Vorgesetzte ihnen vertraut und sich schützend vor sie gestellt hätten. So äußert sich NMBZ, sie hätten sich im Team in einer solchen Situation unterstützt gefühlt.

NMBZ 38: *„[……] auch mit Frau D. (Anm. d. Verf. : PDL) reden wir. Also wir haben schon zweimal Frau D. geholt, dass sie uns getröstet hat und hat immer gesagt, ihr habt gut gemacht, jetzt ist kein Diskussion. Und das war dann auch sehr hilfreich.“*

Und später

NMBZ 41: *„Ja also, ich habe auch jetzt zum Beispiel eine schwierige Angehörige. Egal, was wir jetzt mit dem Bewohner machen, ist sie nicht zufrieden. Und ich rede immer darüber. Also auch im Team, mit PDL, auch mit Herr A. (Anm. d. Verf. : Einrichtungsleiter). Also, der hört uns zu und redet auch mit denen. Also, der sagt nicht, egal was ihr da macht, sondern er hat jetzt zweimal oder jedes Mal lädt er ein zum Gespräch. […….] Aber das hilft uns dann natürlich.“*

SLMA beschreibt es als positive Rahmenbedingung, sich in kritischen Situationen auf das Vertrauen der Pflegedienstleitung verlassen zu können:

SLMA 21: *„[……] da der Arzt ja bekannt ist, [……] hat sie nur geschmunzelt hat mir dann natürlich gesagt, ich sollte an meiner Rhetorik arbeiten. Hat mich jetzt auch für den Kurs angemeldet für Rhetorik und Gesprächsführung (lacht), weil ich wohl eben ... ihm zu nahe gekommen*

bin.... Ja, tut mir leid, aber ich hab mein Ziel erreicht, er hat Schmerzmedikation angesetzt (lacht) wider Willen […….]“

Und später

SLMA 70 – 72: *[……] - was ich halt auch immer denk ist, man soll einfach auch nicht vergessen, dass Menschen Fehler machen. Egal ob mit oder ohne Examen. Ich denk, jeder Mensch kann Fehler machen. Und wie ich immer sag, wo gehobelt wird, da fallen auch Späne.*

I: *Also ein bisschen mehr Langmut mit den Leuten in der Pflege?*

SLMA: *Ja. Das würd ich mir noch wünschen, ja.... Und wie gesagt, ich wünsch jedem eine gute Heimleitung, eine gute Pflegedienstleitung, die hinter einem stehen, weil dann - nur dann funktioniert es gut.*

GEDF ist der Meinung, nur Vertrauen in die Pflegeperson gewährleiste es, im Altenpflegeberuf glücklich werden zu können:

GEDF 47: *„[…] - ich denke, wenn die Vertrauensbasis da ist, dann kann man auch kritische und schwierige Situationen mal miteinander überwinden, aber wo grundsätzliches Misstrauen da ist, da wird's schwierig im Beruf glücklich zu werden - ja – […….]“*

Schlussfolgernde These:

Pflegefachkräfte erleben eine Überreglementierung ihres Berufsfeldes und Zweifel von Außenstehenden an ihrem korrekten beruflichen Handeln und werten dies, als würde ihrer *moralischen Integrität* misstraut. Werden Pflegefachkräfte in kritischen Pflegekonstellationen durch das Vertrauen ihrer Vorgesetzten gestützt, so stärkt dies ihr berufliches Selbstbewusstsein und ihre Berufszufriedenheit.

6.11.7 Austausch mit anderen und Supervision als entlastende Methode in der Langzeitpflege

Die Wirkung von Gesprächen mit anderen im Team und in Supervisionsrunden als entlastend im Sinne einer Burnout-Prophylaxe wird im Folgenden beschrieben

(Grafik Nr. 100 / Ensink 2014)

Der Wunsch nach Austausch mit anderen und Supervision wird von insgesamt 24 Pflegefachkräften formuliert. Besonders in der Gruppe der Teilnehmer mit positiver Einstellung wird dies von 14 Pflegefachkräften geäußert.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

UHHE findet, es gäbe zu wenige Möglichkeiten, sich mit anderen auszutauschen. Mit Kollegen ihres Teams sei dies eigentlich kaum möglich:

> ***UHHE 30:*** *„Ich hab 2 Kolleginnen, die sind jetzt - tö tö tö (Fanfarengeräusch) - berentet (lacht). - Die sind in der Glückssituation sag ich mal, dass sie damit fertig sind, aber mit denen tausch ich mich dann aus und die tun mich dann bestärken oder trösten oder weiß der Kuckuck was. Also - genau - das sind eigentlich die zwei einzigen, weil die genau wissen, wovon ich rede. Ja und meine Kollegen, eigentlich eher weniger - also da hab ich vielleicht grad eine, die - mit der ich mich noch gescheit austauschen kann - oder zwei.“*

.

Die entlastende Wirkung von Offenheit unter Kollegen ist MAJA sehr wichtig. Sie reagiert verständnisvoll auf eine Hilfskraft, die sie wegen einer persönlichen Schwierigkeit im Berufsalltag anspricht.

> ***MAJA 31:*** *„Und ich versuch das auch zu sagen, also wir haben einen Alltagsbetreuer der sag, er kann zwar die Leute auf Toilette bringen, aber*

er kann den Stuhlgang nicht weg machen. Also egal, wenn er jetzt Handschuhe anzieht, das ist kein Schutz für ihn, da kann er wirklich den Kübel neben dran stellen. […….] Da hab ich gesagt, es ist in Ordnung, du darfst das sagen und ich nehme das auch an. Es ist so diese Last und diese Schuld weg nehmen, dass du musst dich jetzt nicht schuldig fühlen, wenn du was nicht kannst oder wenn du eine Sache nicht gut gemacht hast. Du bist auch nur ein Mensch, du bist nicht nur eine Maschine, die funktionieren muss.“

BJJH legt dar, in der stationären Altenpflege wäre man häufig mit extremen Situationen konfrontiert, die hohe Belastungen für die Pflegenden bedeuteten. Man benötige Gespräche zur Verarbeitung, weil es nur so möglich sei, diese Belastungen zu tragen:

BJJH 40 +41: *„[…….] weil ich denk, man muss die Möglichkeit besitzen, sich gegenseitig austauschen zu können [……] - ja gut man kommt immer wieder an belastende Grenzsituationen in der Pflege. Ja also ich glaub, ich hab in der Pflege so ziemlich alles erlebt, wie soll ich sagen, von ..... Sterbeprozessen, was einfach psychisch belastend ist, von Bewohnern, die wahnsinnig körperlich anstrengend sind, Bewohner, die Grenzen dem Personal gegenüber überschritten haben, ... Neurosen und Psychosen, die akut sind und die man irgendwie durchleben muss, und Notfallsituationen und wenn man da nicht einen Gesprächspartner findet, mit dem man das dann irgendwie zumindest mal durchgehen kann, was ist jetzt grad passiert, um das wieder ein Stück weit zu sortieren, wird das ganz schwierig.“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

MFAE bestätigt dies und beschreibt die gute Gesprächskultur in ihrem Team und in der Einrichtung. So wird zur Entlastung Supervision angeboten. Sie füllt sich dadurch entlastet.

MFAE 29: *„Wir können gut im Team darüber reden, auch in der Teambesprechung über so Situationen. Wir haben ja auch das Supervisionsangebot, wo das möglich ist, dann über so Sachen zu reden. Also das nehme ich nicht mit nach Hause, nee.“*

NMBZ beschreibt die Trauerverarbeitung der Pflegekräfte in ihrer Einrichtung durch eine Gesprächsbereitschaft des Teams. Diese sei sinnvoll, da man als Pflegekraft in der Langzeitpflege ja große Nähe zu einigen Bewohnern aufbaue.

NMBZ 37: *„Wir reden darüber ja im Team bei der Übergabezeit. Wir machen schnell Übergabe zu den wichtigen Dingen und dann reden wir darüber. Was war Schönes immer an der Sache, was wir jetzt gemacht haben bei ihm. (tiefes Durchatmen). Wenn wir so sehr oft geredet haben, dann – ja - wird's besser.“*

EHAE beschreibt den besonderen Wert des Austauschs für das Arbeitsklima in ihrem Team. Man könne von den Erfahrungen der anderen profitieren und gegenseitig von einander lernen, mit bestimmten Situationen besser umzugehen. Dies fördere auch den Zusammenhalt im Team:

EHAE 19 + 20: *„Ja uns ist nicht wichtig - also gut, das Privatleben von anderen ist schon auch wichtig - aber es ist jetzt nicht so, dass wir jetzt zum Beispiel, wenn wir in der Pause sind, und dann uns darüber unterhalten, ja wann hatte ich meinen letzten Ölwechsel am Auto oder wann geh ich morgen auf die Party oder sonst was, sondern es wird dann schon angeregt darüber diskutiert, wie verschiedene Situationen, die morgens, mittags, abends mit den Bewohnern abgelaufen sind, wie ich die verbessern kann, ändern kann oder dass mal jemand das Feedback kriegt, das hast Du gut gemacht, das hast Du schlecht gemacht und dass wir halt, ja darauf aus sind, auch zu lernen wirklich von dem anderen, ja, ... ja.“*

I: *„Wie würden Sie denn Ihr Verhältnis untereinander beschreiben?“*

EHAE: *„Ein optimales Verhältnis. Also den meisten, denen kann man*

auch wirklich direkt auf den Kopf was zusagen, was einem jetzt nicht passt, ohne dass diejenigen eingeschnappt sind. […..] .... Ja, so eine offene Kommunikation und herzlich, bestimmt und informativ.“

NMYA beschreibt, wie wichtig ein offener Austausch untereinander ist, um Missverständnisse aus der Welt zu schaffen, die sonst zu Konflikten führen würden:

NMYA 36: *„Ja, ein konkretes Beispiel aus der Nachtwache, die ich vor kurzem gemacht habe. Es gibt 3 Gruppen, also es gibt 3 Pflegekräfte, jede macht eine Gruppe und die Gruppen sind nicht gleich, das heißt, eine Gruppe, die sehr schwierig ist, eine, die absolut leicht ist und eine, die neutral ist. Und das war immer so, dass derjenige, der leichteste Gruppe macht, hilft demjenigen, der schwierigste Gruppe macht. Es war so eine unabgesprochene Absprache. Es hat nie jemand geregelt, und alle halten sich dran. Es gibt eine Kollegin, die sich an der Absprache nie gehalten hat und wahrscheinlich nicht vorhat, sich dran zu halten und jeder regt sich auf und es wird im Haus rumgesprochen, aber keiner traut sich, ihr direkt das zu sagen, und - ich hab mit ihr nie direkt gearbeitet, so war das per Zufall und es waren die ersten Nächte, wo ich mit ihr schaffen musste und nach der ersten Nacht - ich hab die schwierigste Gruppe gehabt - nach der ersten Nacht hab ich gedacht, oh mir tut alles weh, ich komm mit der Zeit nicht zurecht und hab dann gemerkt, die Kollegin, wenn sie fertig ist mit ihrer Gruppe, setzt sich einfach in's Schwesternzimmer und bleibt sitzen und wartet, bis alle kommen. Okay die erste Nacht hab ich ausgehalten und nach der zweiten Nacht ist mir der Kragen geplatzt. Ich hab dann nach der Nachtwache mit ihr Gespräch gesucht, hab gefragt, ob sie das wissen wollte, wenn ich mit etwas unzufrieden wäre. Da hat sie gesagt, ja, sie würde das gern wissen und dann hab ich ihr das alles dann geschildert und hab auch gesagt, ob sie das nicht merken würde, dass sie andere mit ihrem Verhalten wütend macht. Oh nee, das ist ihr niemals, niemals aufgefallen. Und seitdem, es klappt - und nicht nur mit mir.“*

Oder auch

ODTA 62: *„Dass man miteinander reden kann und dass man immer jeder seine Meinung sagen kann, dass die anderen nicht so gleich eingeschnappt werden, ne.“*

GEDF empfindet Gespräche mit Kollegen in belastenden Situationen als sehr hilfreich, äußert jedoch, dass dem eigentlich mehr Raum gegeben werden müsste:

GEDF 22 + 23: *„Also für mich ist es große Hilfe, dass ich's aussprechen kann, mit Kollegen, aber das ist eher ja nur am Rande [……] So im Gespräch jetzt, denk ich, wenn ich jetzt so drüber nachdenke, es ist oft - gerad wenn's um medizinische Geschichten geht, es wäre gut, wenn wir im Kollegenkreis das noch bissel intensiver in Ruhe auch bereden könnten, was können wir jetzt in der Situation den Angehörigen raten, in Zusammenhang mit dem Arzt und was ist gut für den alten Menschen. Also ich wünsch mir eigentlich schon länger, dass man so eine Art Ethik-Gesprächsrunde hat bei uns.“*

Schlussfolgernde These:
Die vielfältigen Belastungen der stationären Altenpflege erfordern den Austausch mit anderen zur Unterstützung von Bewältigungsprozessen, die vor allem durch psychische Belastungssituationen im pflegerischen Berufsalltag entstehen. Gelingt es den Leitungskräften nicht, in Pflegeteams eine offene Gesprächskultur zu führen, sind Pflegende darauf angewiesen in ihrem persönlichen Umfeld nach Gesprächspartnern zu suchen, die Verständnis für die speziellen Anforderungen in der stationären Altenpflege aufbringen, was sich schwierig gestalten kann. Pflegende mit positiver Sicht auf ihren Beruf, erleben in ihrem Arbeitsumfeld eine offene Gesprächskultur im Team. Daneben überlassen die Träger die Möglichkeiten zum Austausch nicht dem Zufall und bieten zusätzlich Unterstützung des Austauschs durch professionelle Supervisionsangebote an, welche die Pflegeteams in belastenden Situationen begleiten.

6.11.8 Festhalten an ethischen Werten und/oder Spiritualität als Ausgleich

Das Festhalten an ethischen Wertvorstellungen und/oder Glauben und Spiritualität als Kraft gebende Stütze bei Belastungen werden nachfolgend beschrieben. Dabei ist hier nicht das Festhalten an einer bestimmten Religion gemeint, sondern die bewusste innere Orientierung an einer höheren ethischen Instanz.

(Grafik Nr.101 / Ensink 2014)

In den Interviews wurde nicht gezielt nach der Orientierung an einem Glauben gefragt. Im Vorfeld des Interviews wurde allerdings in einem Fragebogen neben persönlichen Lebensumständen auch nach der Orientierung an Religiosität und moralischen Grundsätzen gefragt.

Orientierung an Religiosität und moralischen Grundsätzen

(Grafik Nr.102 / Ensink 2014)

Die Auswertung zeigt, unabhängig von der Sicht auf den Beruf, nicht eindeutig eine religiöse Orientierung der Pflegefachkräfte.

Im Verlauf der Interviews kommen nur 6 Pflegefachkräfte auf Spiritualität und Wertvorstellung explizit zu sprechen. Pflegenden mit positiver Sicht auf ihren Beruf scheint dies offensichtlich häufiger bewusst zu sein.

Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:

MKTS äußert, Pflege sei für ihn manchmal auch mit Schrecken verbunden, und er finde dann in seinem Glauben Halt:

> ***MKTS 28 - 30:*** *„Glauben ist für mich ganz wichtig. Also es - sagen wir mal so; Jesus ist mein Lebensinhalt, ganz einfach. Ohne ihn könnt ich mir nicht vorstellen, also. Und es wird eigentlich immer stärker, meine Beziehung zu Jesus, es hilft mir auch sicher in der Pflege, ja. ohne jeden Zweifel. Weil es gibt einfach furchtbare Dinge in der Pflege [……..] Und da bin ich dann immer sehr dankbar und ich muss dann sagen, Jesus okay, hast Recht gehabt.“*

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

Für MFAE steht die Menschenwürde eines jeden Menschen als Orientierungspunkt im Vordergrund der aus ihrem Glauben resultiert:

> ***MFAE 3:*** *„... Es ist für mich eine gute Möglichkeit mit Menschen umzugehen, aber auch das was mir an Werten in meinem eigenen Leben wichtig ist, an andere weiter zu geben, auch alten Menschen, ja ihren Wert zu erhalten. Also es ist für mich was ganz Wesentliches, auch von der Art, wie ich arbeite oder wie ich mit Menschen umgeh, egal, wie krank sie sind, wie abgebaut sie sind, wie hilfsbedürftig sie sind, ihnen zu vermitteln, dass sie trotzdem noch Wert haben und wertgeschätzt sind.“*

Später beschreibt sie ihren Glauben als Hilfe in einer ehemals schwierigen Arbeitssituation:

> ***MFAE 14:*** *„Das war schwierig. Hhm, ich find - also was ich immer find, ist in meinem Glauben, dass ich da einen Ausgleich drin hab, auch in schwierigen Situationen [……]“*

Auf die Frage, wie sie den Ausgleich bei belastenden Situationen findet, antwortet die Ordensschwester HAJA:

HAJA 35: *Ha, .. es ist manchmal schwer.....*
I: *Was hilft Ihnen da?*
HAJA 36: *Das Gebet, .. das Einzige ist das Gebet... Ich bitt nur darum, dass man da wirklich die Kraft kriegt, dass man sowas nimmer macht - ich bitte jeden Tag um Geduld, gell. Das ist wahr, aber ... ja. Mehr kann man glaub ich gar nicht machen,“*

Auch ODTA verweisen auf ihren Glauben und ihre Religiosität als Anker in belastenden Situationen hin. Sie hat dabei einen ganz eigenen Zugang zu ihrer Religion gefunden hat.

ODTA 51 - 55: *„Ja. Ich bin katholisch, römisch-katholisch, und das sind alle in Brasilien. Ich geh hier nicht in die Kirche in Deutschland, aber ich habe immer meinen Glauben und - also ich hab nie aufgehört, so religiös zu sein.*
I: *Hilft Ihnen das?*
ODTA: *„Ja.... Ich glaube auch an einen Gott. Nee, ich tu keine Gebete machen, aber ich - ich lüge jetzt, ich hab schon ein paar Mal in der Bibel mal angeguckt und durchgelesen und - Sätze, wo ich gedacht hab, da finde ich jetzt die Antwort auf viele Sachen. Schon, ja. Aber nicht so, dass ich mich hinsetze und bete. Aber ich glaub schon an Gott und ich denke immer, wenn Sachen passieren, der weiß schon am besten, warum das so ist.“*
I: *„Aha .....also Gottvertrauen?“*
ODTA: *„Ja... schon (lacht)“*

Schlussfolgernde These:
Eine religiöse Grundhaltung wird heute von Pflegefachkräften nicht mehr als selbstverständlich erwartet. Allerdings finden moralische Grundsätze und ethische Wertvorstellungen doch für viele Pflegefachkräfte implizit Eingang in pflegerisches Denken und Handeln, ohne dass diese in einem Glauben verankert sein müssen. In ethischen Konflikten erscheint eine bewusste Orientierung in einem Glauben jedoch hilfreich zu sein.

6.11.9 Humor in der Pflege

Die Wichtigkeit von *Humor in der Pflege* und dessen positive Auswirkung auf die zu Pflegenden als auch auf Pflegefachkräfte werden in den Interviews immer wieder hervorgehoben.

(Grafik Nr.103 / Ensink 2014)

Besonders überraschend ist dabei, dass diese Anmerkungen häufiger von Pflegefachkräften der Gruppe mit negativer Sicht auf ihren Beruf geschehen.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

Gelegentlich hat die Beschreibung dieses Humors dann allerdings eine Tendenz zum Sarkasmus:

> ***HVHA 69:*** *„Weil, wir machen gerne Spaß bei der Übergabe - hier einen Witz erzählen, da und: ‚Ach, der Bewohner hat das und das gemacht, ich lach mich kaputt, ne.´ Die sind ja immer so, man lacht ja auch, die sind ja - manchmal machen die so komische Sachen.“*

LHME hingegen kann noch über sich selbst lachen. Sie genießt die Momente in der Pflege, die im Umgang mit Bewohnern zu Situationskomik führen. Sie berichtet von einer solchen Situation:

> ***LHME 64:*** *„Ich meine, die letzte Woche, da habe ich auch mal über mich selber gelacht. Die Bewohnerin – Äh, ich wieder schnell, schnell – Auf der Station ganz allein, ich habe die gewaschen, eingecremt und alles,*

nehme die Decke, decke sie zu, sage: ‚So, jetzt haben wir´s´. Dann guckt die mich an und sagt: ‚Sie, Melanie, wir haben das Nachthemd vergessen!´ Da haben wir so gelacht, ja. Und wir lachen immer, ja.“

Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:

AJKA beschreibt den motivierenden Effekt von humorvollen Kommunikationen in der Pflege und berichtet von einer Bewohnerin:

AJKA 57: Ja. [……} ich war jetzt in Urlaub vierzehn Tage, [……] Man muss dann mit den Leuten auch mal einen Spaß machen oder irgendwas, ne. Die eine Bewohnerin hat mich jetzt eingeladen, ich sollte meinen Urlaub in Zukunft bei ihr im Appartement verbringen, weil sie mich vermisst hat. Das motiviert, das freut mich, ja.

IAIS antwortet am Ende des Interviews auf die Frage ob, sie noch etwas ergänzen wolle:

IAIS 104 + 105: *„Nöö. Eigentlich nicht. […….] Noch macht's mir Spaß. Ich hab' auch noch keine andere Alternative für mich entdeckt. Weil ich glaub', nach Kreta auswandern und ein Fischrestaurant aufmachen, ist dann, glaub' ich, auch nix für mich. Zumal ich auch kein Griechisch kann (lacht).“*

Auch KHSD trägt die Belastungen des Berufs mit Humor:

KHSD 50: *„[…….] Also, ich - ich mach das eigentlich gerne. Würd ich mal so sagen, ich hoffe, dass ich das auch noch bis zur Rente machen kann. Obwohl ich jetzt immer schon sagen muss, ich fühl mich zwar noch nicht so alt, aber manchmal denk ich mir, ach Gott, ach Gott, ach Gott, bis zur Rente schaffst es nicht mehr, heute biste ja so k.o. . Aber wiederum, wenn ich dann unsere Jungspunde sehe, die sagen das genauso und dann sag ich mir immer, och das schaffst du dann vielleicht doch (lacht).“*

Schlussfolgernde These:

Pflegende sind in der Lage, widersprüchlichen Pflegesituationen komische Seiten abzugewinnen. Pflegefachkräfte mit negativer Sicht berichten häufiger über Lachen in der Pflege, die beschriebenen Situationen erreichen aber gelegentlich zynische Züge, die ein Symptom ihrer Hoffnungslosigkeit zu sein scheinen. Gelingt es Pflegenden, gemeinsam mit den an der Situation Beteiligten auch über sich selber zu lachen, so bewirkt dies eine Stärkung der Berufsidentität.

6.11.10 Der Pflegeberuf ist der beste Beruf

Der Pflegeberuf ist der beste Beruf beschreibt das Empfinden, man hätte keinen passenderen Beruf wählen können und fühle sich glücklich im Beruf

(Grafik Nr.104 / Ensink 2014)

Hier wird eine auffällige Diskrepanz zwischen der Nennungshäufigkeit in beiden Teilnehmergruppen sichtbar. Dass es jedoch auch in der Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung immer noch Pflegefachkräfte gibt, die dies trotz aller Kritik äußern, ist bemerkenswert.

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung:</u>

So beschreibt MERE, die eigentlich ihren Beruf aufgeben möchte, ihre Einstellung zum Beruf überraschenderweise dennoch mit großer Liebe und zwar dann, wenn sie ausreichend Zeit für individuelle Pflege hatte:

MERE 7: *„Dann - ja dann geht's mir super. Dann bin ich euphorisch und liebe meinen Beruf“*

Bestätigt wird ihre Bekundung durch UHHE. Auch sie mag eigentlich ihren Beruf, ist aber aufgebracht über die Ignoranz, die dem Berufsfeld Altenpflege entgegen gebracht wird:

UHHE 47: *„Ja, ich überleg grad, also (schnauft)... ja ich find den Beruf eigentlich wirklich schön, die Begleitung von Menschen in ihren letzten Jahren, Monaten, was weiß ich, das find ich eigentlich einen schönen Beruf... Aber ich find die Bedingungen einfach total mistig, dass das einfach so abgetan wird, dass sie dann sagen, ok, dann können wir ja welche aus Osteuropa holen [……]“*

<u>Aussagen der Teilnehmergruppe mit positiver Einstellung:</u>

EWRE beschreibt nach über 40 Jahren Pflege, von denen sie viele Jahre in der Altenpflege gearbeitet hat, ihren Beruf folgendermaßen:

EWRE 5 + 6: *„Aber für mich war's der richtige. Und das ist es immer noch. Ich find, das ist der beste Beruf, den man überhaupt haben kann. A l s o - ja - viele Jahrzehnte. Ich habe von 72 bis 75 gelernt,..“*

Desgleichen ist IMAA immer noch begeistert von ihrem Beruf. Sie erzählt, das sei von Anfang an so gewesen und habe sich auch nie geändert

IMAA 1 - 3: *„Ich war eine Woche da, noch nicht einmal eine Woche und dann hab ich gesagt: ‚Das ist meins´. Das Ganze mit den alten Menschen, ein bisschen medizinische Sachen, aber vieles psychosoziale. Und dann hab ich gesagt, das ist meins. Und seitdem mach ich das. Und immer noch gern, genau! Seit 19 Jahren jetzt hab ich das Examen, 19 Jahre. [……] - wie gesagt - ich war eine Woche in diesem Altenheim und war sofort verliebt. Ja. Und wollt dann auch nix mehr anderes machen.“*

Und NMBZ äußert:

NMBZ 46: *„Diese Freude, Pflege, alles ist wunderbar.“*

Die Krankenschwester mit Intensiverfahrung NMYA, die im Grunde genommen nur kurz zur Überbrückung und finanziellen Absicherung während eines Sprachkurses in der Altenpflege arbeiten wollte, meint:

NMYA 5*: „… Hab ich gesagt, okay, ich mach das ganz kurz. Und dann hat es sich so ergeben, dass ich doch den Sprachkurs gemacht habe und gedacht habe, ah nee, jetzt bleib ich noch ein bisschen, um Geld zu verdienen. Und irgendwann hab ich gedacht, ich will gar nicht mehr weg, es hat mich fasziniert und hab ich - gedacht - es wäre was für mich, ich muss nicht mehr weg.“*

Die Ordensschwester bezeichnet es als ein inneres Empfinden, das einfach da ist:

HAJA 38: *„Ja... Und des kommt schon, es kommt schon, - aber es muss von innen komme, das glücklich sein. Aber im Grund genommen bin ich froh, - ich möcht eigentlich gar nichts anderes.“*

KSJA erklärt, dass sie eigentlich nie das Gefühl habe, nicht zu ihrer Arbeit gehen zu wollen:

KSJA 24: *„Also für mich bedeutet der Beruf, dass für mich, ich hab diese richtige Schule ausgewählt. Wo ich arbeite, unser Beruf, was macht mir Spaß!*
[…….] Aber das ist für mich der Beruf - so was macht mir Spaß, ich komme gern arbeiten. Ich sag hallo, ich sage nie, oh schon wieder (mit tiefer Stimmlage).“

SLMA bezeichnet ihre Tätigkeit als erfüllenden Beruf. Besonders die Lebenserfahrung und Herzlichkeit vieler alter Menschen genießt sie. Auf der

anderen Seite kann sie den Umgang mit schwierigen alten Menschen als Herausforderung sehen:

> ***SLMA 10:*** *„Also für mich ist das auf jeden Fall mal eine Erfüllung, ich arbeite gern mit Menschen zusammen. Ich liebe alte Menschen. Also ich find, von alten Menschen kann man viel lernen, die sind auch sehr herzlich. Ich mein, es gibt auch andere, auch schwierige, aber das ist auch eine Herausforderung, ja. Ich mein, man interessiert sich ja auch dafür, warum ist er jetzt grad so, […..].zu wissen, was war damals los […..] find ich super interessant. […..].Und Altenpflege ist für mich ... ein wirklicher Traumjob. Also es ist kein Job, es ist für mich ein Beruf... Ja .. und ich mach's gerne!“*

Diese Unterscheidung trifft auch AJKA. Sie legt desgleichen Wert auf den Unterschied Job und Beruf. Gleichzeitig betont sie, dass dies aber nicht Selbstaufgabe für die Pflegekraft bedeuten darf

> ***AJKA 122:*** *„Es ist immerhin noch ein Beruf. Es ist kein Job, das ist es nicht. Es ist aber wie früher auch kein Beruf. Verstehen Sie den Unterschied? Man muss schon sehen, dass man sich selber da abgrenzt und freischaufelt. […….] Nee, ich muss da schon Grenzen setzten. […….] für alles gibt's eine gewisse Zeit, ja. Es ist dann keine Berufung mehr. Dazu ist mir zu eigene Realität.*

Schlussfolgernde These:
Die meisten Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege leisten ihren Beruf aus Überzeugung. Dass dies auch auf einen nicht geringen Teil der Pflegefachkräfte zutrifft, die über ein Verlassen ihres Berufsfeldes nachdenken, überrascht zunächst. Pflegefachkräfte mit positiver Sicht üben ebenso Kritik an den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflege. Die Ausgestaltung der Vorgaben in der Praxis durch die Träger von Einrichtungen und die Haltung der Leitungsebene gegenüber den Pflegefachkräften und ihrer Arbeit stellen also möglicherweise das „Zünglein

an der Waage“ dar, ob Pflegefachkräfte in der Pflege bleiben wollen oder nicht.

7. Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt sollen die Befunde zusammengefasst dargestellt, miteinander verknüpft und diskutieren werden. Zu jeder Hauptkategorie werden zunächst die Nennungshäufigkeiten der Unterkategorien beider Gruppen im Vergleich als Diagramm dargestellt. So werden die Ergebnisse offensichtlich, die beide Gruppen als besonders wesentlich ansahen oder wo es große Unterschiede in den Nennungshäufigkeiten gegeben hat. Zudem werden die schussfolgernden Thesen der einzelnen Unterkategorie noch einmal in zusammengefasster Form dargestellt um im nachfolgenden Abschnitt verknüpft und diskutiert zu werden.

7.1 Kurzfassung der Ergebnisse

Betrachtet man die Anmerkungen zur beruflichen Entwicklung in beiden Gruppen, so zeigt sich, dass Weiterbildungen für Pflegefachkräfte insgesamt eine hohe Bedeutung haben und gerade Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung zum Beruf dies verstärkt fordern. Hingegen werden die Notwendigkeit sozialer Motivation und besondere Fähigkeiten als Grundlage für den Altenpflegeberuf von beiden Gruppen thematisiert.

(Grafik Nr.105 / Ensink 2014)

Tatsächlich ist die Weiterbildungsquote in der Teilnehmergruppe mit positiver Sicht auf den Beruf höher. Dennoch ist Weiterbildung nicht unbedingt ein Zufriedenheitsgarant, denn auch Pflegefachkräfte in der Gruppe mit

negativem Blick auf den Beruf haben zum Teil Weiterbildungen durchlaufen. Motivierend wird jedoch offensichtlich die Unterstützung zur Weiterbildung durch den Arbeitgeber gewertet. Sie hat den Effekt einer Gratifikation (vgl. 4.5) für gute pflegerische Leistungen und wirkt als Zeichen der Wertschätzung.

Pflegefachkräfte beider Gruppen sprechen von der Notwendigkeit besonderer Fähigkeiten, die in der Pflege alter Menschen erforderlich ist. Sie meinen dabei die Fähigkeit, in der Lage zu sein eine langandauernde Pflegebeziehung aufzubauen und in der Balance von Nähe und Distanz halten zu können, sowie die Fähigkeit in herausfordernden Situationen intuitiv richtig zu reagieren..
Sie sehen diese Fähigkeit als eine höhere Stufe der Pflegekompetenz an, die sich erst mit der Berufserfahrung richtig entwickelt und betrachten so ihre beruflichen Fähigkeiten im Sinne der Pflegetheorie Benners. Wie bereits in 4.3. beschrieben, geht Benner davon aus, dass praktische Erfahrungen der Pflegefachkräfte das theoretische Verständnis verbessern oder sogar widerlegen kann, weil vorgefasstes theoretisches Wissen und Erwartungen durch das tatsächlich entstandene Ergebnis überdacht werden müssen. Ihre Annahmen zum Stufenmodell der Pflegekompetenz konnte sie durch qualitative Forschungsergebnisse gut belegen (vgl. 4.3). Die Annahmen Benners finden in den Aussagen der Teilnehmer der vorliegenden Studie Bestätigung (Benner, 1997 / Alexander, 1992)

Ausbildung in der Altenpflege

Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege setzen sich intensiv mit den Voraussetzungen und Bedingungen der Ausbildung zur Altenpflegefachkraft auseinander.

(Grafik Nr.106 / Ensink 2014)

Die moralische Integrität von Auszubildenden in der Altenpflege wird von beiden Teilnehmergruppen als grundsätzliche innere Haltung gefordert. Besonders die Teilnehmer mit negativer Sicht betonen dies und meinen, es würden zu viele Personen als Mitarbeiter in der stationären Altenpflege untergebracht, denen diese Haltung fehle.

Daneben erwarten die Pflegefachkräfte eine theoretisch Altenpflegeausbildung mit fundierter medizinischer, pflegewissenschaftlicher und vor allem gerontologischer Wissensvermittlung. Es gibt große Diskrepanzen im Erleben der Pflegefachkräfte in der praktischen Ausbildung. Die Gruppe mit negativer Einstellung beschreibt, wie auch in der Studie von Ver.di 2012 festgestellt, praktische Ausbildung als besonders aufreibend und wenig unterstützt. Die Ausbildungsbedingungen werden bisweilen als ausbeutend empfunden und beschrieben.

Hingegen, gibt es in der Gruppe der Pflegefachkräfte mit positiver Sicht auf den Beruf Beschreibungen korrekter praktischer Ausbildungsbedingungen. Diese Pflegekräfte äußerten sich seltener dazu und waren mit ihrer Ausbildung zufrieden.

Gute Ausbildung hat Langzeitwirkung, wenn die Auszubildenden Unterstützung während der theoretischen und praktischen Ausbildung erfahren und von engagierten und freigestellten Praxisanleitungen angeleitet werden, die eigenständig in der Einrichtung ihrer Aufgabe nachgehen können.

Eine wichtige Stellung nimmt dabei auch die Altenpflegeschule ein. Bei Mängeln in der praktischen Ausbildung muss die die Schulleitung unabhängig eingreifen können und notfalls auch Konsequenzen ziehen können. Dies ist durch das häufig bestehende Abhängigkeitsverhältnis der Lehrenden durch gleichzeitige Trägerschaft von Altenpflegeeinrichtungen und Schulen kaum möglich und diese Konstellation wird bereits seit Jahren z.B. durch Sahmel kritisiert (Sahmel 2002).

Es fehlt eine externe unabhängige Kontrollinstanz, die die Einhaltung der Ausbildungsregelungen überprüft und im Extremfall auch Sanktionen verhängen kann, sowohl gegenüber Altenpflegeschulen, wenn diese bei Verstößen gegen die Regelungen der Ausbildungen untätig bleiben, als auch gegenüber Einrichtungsträgern, die die Richtlinien der praktischen Ausbildung verletzen (z.B. Pflegekammern oder Heimaufsicht). Diese Richtlinien müssen vom Gesetzgeber geschaffen werden. Es bestehen bisher nur in einzelnen Bundesländern solche Vorgaben, wie z.B. in Baden-Württemberg.

Bedeutung des Berufs

Welche Bedeutung der Altenpflegeberuf für die Pflegefachkräfte zum Zeitpunkt der Untersuchung hatte, zeigt sich in der Grundeinstellung der beiden Teilnehmergruppen völlig konträr.

(Grafik Nr.107 / Ensink 2014)

Insgesamt ist die berufliche Identifikation sehr ausgeprägt, in der Gruppe der Teilnehmer mit negativer Einstellung in ihrem Beruf jedoch etwas weniger

ausgebildet. Diese geringere Identifikation könnte durchaus eine Folge der Hoffnungslosigkeit diese Gruppe sein. Nicht nur in der Gruppe mit positiver Sicht werden Momente altenpflegerischer Arbeit beschrieben, die erfreulich erlebt werden (positive Grundeinstellung), jedoch ist das Empfinden von Hoffnungslosigkeit für die Teilnehmer der Gruppe mit negativer Einstellung eklatant höher. In den Interviews wurden 83 Mal Äußerungen der Hoffnungslosigkeit ausgeführt. Gekoppelt waren diese Äußerungen mit Beschreibungen von belastenden Rahmenbedingungen, Verletzungen der Integrität der Pflegefachkraft und negativen Umgangsformen auch durch Vorgesetzte.

Im Rahmen der Hauptkategorie Bedeutung des Berufs zeigt sich erstmals ein Unterschied nicht zwischen den Gruppen sondern zwischen Kranken- und Altenpflegefachkräften. Während die Krankenpflegefachkräfte sich selten zu Beschäftigung und Rehabilitation äußern und in Einzelfällen die Einführung von 87b-Kräften befürworten, beklagen Altenpflegefachkräfte beider Gruppen dies als Verlust der Bedeutung ihres Berufs. Immer wieder wird der Mangel an Möglichkeiten kritisiert, die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen im Bereich der Beschäftigung und Rehabilitation nach dem Examen nicht umsetzten zu dürfen, da gerade dieser Anteil die Begründung für die Berufswahl war. Betreuung z.B. in Form einer daseinsthematischen Begleitung wird als Essenz des Altenpflegeberufs empfunden, der für die Berufsidentifikation entscheidend ist.

Rahmenbedingungen

Im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Teilnehmergruppen in der Nennungshäufigkeit der verschiedenen Unterkategorien

(Grafik Nr.108 / Ensink 2014)

Bei Pflegefachkräften mit negativer Sicht auf das Berufsfeld stationäre Altenpflege besteht ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen dem Gefühl, durch die Rahmenbedingungen unglücklich zu sein und dem hohem Zeitdruck in der Pflege. Sie haben oft das Gefühl, individuelle Pflege und Autonomie der Bewohner nicht berücksichtigen zu können und befinden sich deshalb häufig in Dilemmata, die ihre moralische Integrität verletzt.

Diese Situation wird zudem verstärkt durch eine überhöhte Anforderung der Verantwortungsübernahme. Sie ist die Folge von mangelhaft eingearbeiteten Kollegen, die teilweise nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen. Pflegefachkräfte mit negativer Sicht auf das Berufsfeld stationäre Altenpflege empfinden Pflegedokumentationen und gesetzliche Reglements zusätzlich als belastend, da die Ruhe fehlt, die für die Erstellung notwendig wäre. Unberechenbare Arbeitszeitgestaltung führen zu Interrollenkonflikten und es kann weniger auf persönliche Rahmenbedingungen als ausgleichende Ressource zurückgegriffen werden.

Um in der Pflege zufrieden zu sein, benötigen Pflegefachkräfte die Anerkennung ihrer fachlichen Kompetenz und Entscheidungsfreiheit für ihr pflegefachliches Handeln. Sie können ihr Bild guter Pflege umsetzen und so ihre moralische Integrität erhalten.

Eine gute Struktur- und Prozessqualität ermöglicht eine gute Einarbeitung neuer Kollegen. Für die Erstellung von Pflegeplanung steht der Pflegefachkraft ausreichend Zeit zur Verfügung und sie kann sich zu diesem Zweck aus dem Pflegealltag zurückziehen. Die Pflegedokumentation ist vereinfacht. PC-Dokumentationssysteme und eine ausreichende Anzahl von PC-Arbeitsplätzen ermöglichen einen schnellen Zugriff auf das System.

Externe Qualitätskontrollen werden als Entwicklungs- und Beratungschance wahrgenommen, wenn sie auf Augenhöhe stattfinden und die Lebensqualität der Bewohner im Fokus haben.
Die Arbeitszeitgestaltung ist berechenbar und die Pflegefachkräfte können Wünsche äußern, die möglichst berücksichtigt werden. Spinger können bei Engpässen eingesetzt werden und verhindern ständige Versetzungen innerhalb der Wohnbereiche. Eine ausgeglichene Work-Life-Balance ist möglich.

Jedoch fühlen sich auch Pflegefachkräfte mit positiver Sicht auf ihren Beruf unter einen hohen Zeitdruck, sind aber **noch** in der Lage, den Druck auszuhalten, weil es in der jeweiligen Einrichtung gelingt, eine gute Strukturqualität zu schaffen und bei Pflegesatzverhandlungen möglichst gute Pflegepersonalschlüssel auszuhandeln.

Wert von Pflege

In beiden Teilnehmergruppen besteht Konsens darüber, wie gute Pflege gestaltet sein sollte. Den therapeutischen Wert von Pflege betonen jedoch die Pflegefachkräfte der Gruppe mit positiver Einstellung deutlich häufiger und sie äußern, erfolgreiche Pflege sei eine Kunst. Die Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung scheinen diese Erfahrung seltener zu machen. Dennoch wird in beiden Gruppen geäußert, Langzeitpflege sei lebendig.

(Grafik Nr.109 / Ensink 2014)

Pflegefachkräfte haben konkrete Vorstellungen davon, wodurch sich nach ihrer Meinung gute Pflege auszeichnet. Dabei beziehen sie sich neben der Unterstützung der Pflegebedürftigen bei körperlichen Gebrechen sehr stark auf die Begleitung alter Menschen in deren Angehörigen in ihrem Alltag bis hinein in die Phase des Sterbens. Die Pflegefachkräfte erkennen die Unsichtbarkeit dieses Anteils von Pflege und wünschen sich mehr Möglichkeit, auch diese Anteile als pflegerische Arbeit anerkannt zu bekommen. Durch die intensivere Beschäftigung mit der Persönlichkeit der pflegebedürftigen alten Menschen gewinnt der Altenpflegeberuf an Lebendigkeit und pflegerische Arbeit wird abwechslungsreich und interessant.

Pflegefachkräfte beider Gruppen sehen dies ganz ähnlich, scheinen ihre Vorstellung von guter Pflege aber unterschiedlich häufig umsetzen zu können. Während Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung im Beruf hierzu häufiger die Gelegenheit zu haben scheinen, sprechen Pflegefachkräfte der Teilnehmergruppe mit negativer Einstellung davon, wie sehr sie sich im inneren Konflikt fühlen, ihrem eigenen Anspruch nicht gerecht werden zu können.

Im Gegensatz zu ihnen haben Pflegefachkräfte mit positiver Sicht häufiger Erfolgserlebnisse. Sie stellen den therapeutischen Wert von Pflege heraus

und betonen, dass diese Einsicht sich jedoch erst mit der Berufserfahrung einstelle.

Die Erkenntnis des therapeutischen Wertes von Pflege ist sinnstiftend für den Beruf, und gelegentlich wird mit Stolz betont, gute Pflege sei eine Kunst, für die man ein entsprechendes Talent benötige.

Nähe und Distanz

In den Interviews äußern sich die Teilnehmer zu Nähe und Distanz auf drei verschiedenen Ebenen. Dies ist neben der Beobachtung des Nähe- und Distanzverhaltens von Kranken(haus)pflege im Vergleich zur stationären Altenpflege, das Nähe – Distanzverhalten von sich selbst als pflegende Person und die Überschreitung durch Andere gegenüber den Distanzgrenzen der Person der Pflegefachkraft.

(Grafik Nr.110 / Ensink 2014)

Die Pflegefachkräfte sehen in der pflegerischen Arbeit in der stationären Altenpflege eine größere Nähe durch langandauernde Pflegebeziehung zu den Bewohnern. Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung betonen häufiger, sich bei Grenzüberschreitungen durch Bewohner allein gelassen zu fühlen und keine Unterstützung zu erhalten. Im Gegenteil würden sie Grenzüberschreitungen besonders häufig in Form von verbalen Herabsetzungen durch Vorgesetzte erfahren.

Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung betonen häufiger, wie wichtig es in ihrem Berufsfeld sei, sich abgrenzen und reflektieren zu können, damit man zwar Nähe zulasse, aber nicht die Nöte der Bewohner zu den eigenen mache. Sie formulieren ihr Anrecht, Grenzüberschreitungen abwehren zu

dürfen. Sie weisen selbstbewusst andere in ihre Schranken, wenn sie respektlos behandelt werden.

Berufliches Selbstbewusstsein

In der Auseinandersetzung mit den Unterkategorien beruflichen Selbstbewusstseins zeigt sich in beiden Gruppen Gemeinsamkeiten, aber auch starke Unterschiede. Die Gruppe der Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung äußern sich zudem in manchen Punkten sogar in sich widersprüchlich.

(Grafik Nr.111 / Ensink 2014)

Die Pflegefachkräfte sind sich einig darüber, dass in der Bevölkerung keine wirkliche Vorstellung darüber besteht, woraus das Handlungsfeld der Altenpflege eigentlich besteht. Ständiger Umgang mit Fäkalien sei im Allgemeinen das Bild der altenpflegerischen Arbeit. Sie sind verärgert über das negative Bild der stationären Altenpflege in der Gesellschaft, das sich in negativer und sensationsheischender Berichterstattung in den Medien zeigt. Zudem würde Krankenpflege mit ihrer Arztnähe immer noch als höherwertig angesehen, weil gerontologisches Wissen als Grundlage der altenpflegerischen Tätigkeit nicht als gleichwertig zu medizinischem Wissen angesehen werde oder gar gänzlich unbekannt sei, was Gerontologie eigentlich ist.

Die Nennungshäufigkeit zur Entlohnungshöhe als Zeichen gesellschaftlicher Wertschätzung ist in der Gruppe der Teilnehmer mit negativer Einstellung besonders hoch.
Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung beklagen eine Entlohnung die häufig unter dem Tarif des TVöD liegt. Teilzeitverträge, die zum Teil zudem zeitlich befristet sind, zwingen sie zu einem weiteren Arbeitsverhältnis in Teilzeit, eine geregelte Arbeits- und Freizeiteinteilung ist kaum mehr möglich und Überstundenzulagen werden nicht gezahlt. Einrichtungsträger erwarten überdies, dass Überstunden bis zu 30 Minuten nicht aufgeschrieben werden und entsprechend auch nicht vergütet.
Im Gegensatz dazu werden die Teilnehmer der Gruppe mit positiver Einstellung tatsächlich durchschnittlich besser entlohnt, weil sie auf Grund ihrer jahrelangen Zugehörigkeit zu einer Einrichtung häufig noch über sehr alte Arbeitsverträge nach dem BAT verfügen oder gar übertariflich bezahlt werden. Fast alle haben Vollzeitstellen ohne zeitliche Begrenzung. Weiterbildungen werden finanziell unterstützt. Sie erklären sich entsprechend wertgeschätzt und berufsmotiviert.

In den Medien wird häufig von Einrichtungsbetreibern bekundet, Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege würden sich durch externe Qualitätskontrollen über Gebühr zusätzlich belastet fühlen. Dies kann durch die Untersuchungsergebnisse so nicht bestätigt werden. Wenn sich Pflegefachkräfte hierzu äußern, so werten sie die Kontrollen eher als Unterstützung für eine verbesserte Pflegequalität und ein verbessertes Image. Sie wünschen sich allerdings mehr „*gleiche Augenhöhe*“ mit den Prüfenden und schnelle Konsequenzen für Einrichtungsträger, wenn diese Regelungen nicht einhalten.
Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung auf den Beruf merken häufiger an, dass es zu Konflikten mit Angehörigen komme, weil diese überhöhte Erwartungen an die stationäre Pflege hätten. Es sei einfach nicht bekannt, dass die Pflegeversicherung nur eine Teilkaskoversicherung sei, die eben vieles von dem nicht finanziere, was Angehörige erwarteten.

Als Unterstützung werden manche Angehörige und die Ehrenamtlichen empfunden, da diese ihre Arbeit in aller Regel wertschätzen. Sie wünschen sich hier mehr positive Erzählungen in der Öffentlichkeit, weil sie sich dadurch eine Verbesserung des Images der stationären Altenpflege erhoffen.

Die Unterkategorien *Mangelndes pflegerisches Selbstvertrauen*, *Vertrauen in die eigenen pflegerischen Fähigkeiten* und *Pflege ist heute Selbstbewusster* können nicht getrennt von einander betrachtet werden.

Während Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung insgesamt nur zweimal einen Mangel an Selbstvertrauen ansprechen und insgesamt diesen Unterkategorien weniger Gewicht schenken, werden die Unterkategorien häufig von Pflegefachkräften mit negativer Sicht in den Interviews aufgegriffen. Oft betonen die Pflegefachkräfte dieser Teilnehmergruppe, dass sie ihren eigenen pflegerischen Fähigkeiten vertrauen, um dann direkt im Anschluss dies wieder einzuschränken und Verunsicherung zuzugeben, wenn sie beispielhaft von einem Ereignis in ihrem Pflegealltag berichten. Dabei zeigen sich eine besonders große Unsicherheiten und Unzulänglichkeitsgefühle in der Zusammenarbeit mit Ärzten. Die Pflegefachkräfte sind sich häufig nicht sicher, wie weit ihre Verantwortungs- und Aufgabenbereich geht.
Auf Konflikte mit Vorgesetzten reagieren sie weniger verunsichert. Sie informieren sich über ihre Rechte und betonen, dass sich Pflege heute nicht mehr alles gefallen lasse und notfalls bereit sei, das Berufsfeld zu verlassen.

Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung zeigen deutlich ihren Stolz auf ihr Fachwissen in der Gerontologie und in Fachdiskussionen bringen sie dies zur Sprache. Die gute fachliche Kompetenz in der gerontologischen Pflege stärkt ihr berufliches Selbstbewusstsein und von anderen Berufsgruppen wird dies durch eine respektvolle und partnerschaftliche Zusammenarbeit belohnt. Sie sind sich im Umgang mit Anderen ihrer Stärke als Fachleute bewusst und sind in der Lage durch fachlich fundierte Argumente die Verbesserung einer Situation mit Ärzten oder Vorgesetzten auszuhandeln.

Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit in der stationären Pflege wurde vielfach angesprochen. Alle Pflegefachkräfte hatten in diesem Zusammenhang Anmerkungen in den Interviews, ohne dass sie hierzu explizit gefragt worden wären. Auch der Leitfaden sah keine Justierfragen hierzu vor. Dass sich die Pflegefachkräfte häufig zu Hierarchien in der stationären Altenpflege äußerten, überrascht sicher nicht, verblüffend war jedoch das Herauskehren der Wichtigkeit der Rolle der Wohnbereichsleitung von beiden Teilnehmergruppen. Lediglich 3 Personen kamen darauf nicht zu sprechen.

(Grafik Nr.112 / Ensink 2014)

Die Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung in ihrem Beruf kommen auf die Hierarchien in der stationären Altenpflege dreimal häufiger zu sprechen, als dies die Teilnehmer der Gruppe mit positiver Sicht tun. Nicht nur die Nennungshäufigkeit sondern auch die Tendenz der Bewertung der Hierarchie in der stationären Altenpflege zeigen in den beiden Teilnehmergruppen große Unterschiede. Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung beschreiben ein von Misstrauen und Drohungen geprägtes Verhältnis von Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung gegenüber den Pflegefachkräften auf den Wohnbereichen und es herrscht ein Mangel an einer offenen Gesprächskultur. Die Pflegefachkräfte wollen deutlich öfter das Berufsfeld verlassen, wenn die Pflegedienstleitung nicht die Interessen der

Pflegeteams gegenüber der Einrichtungsleitung und dem Träger vertritt. Dass die Pflegedienstleitung der Einrichtungsleitung untergeordnet ist, verstärkt die kritische Situation. Stellt sich bei Konflikten die PDL zwischen EL und Pflegeteams und unterstützt das Ansinnen der Pflegefachkräfte, kommt es nicht selten zu einem kurzfristigen Wechsel der Person der PDL und zur Diskontinuität in der Pflegedienstleitung. Pflegefachkräfte mit negativer Sicht auf den Beruf berichten vielen kurzzeitigen Wechsel in der Pflegedienstleitung und / oder einem rüden Umgangston der Leitungspersonen den Pflegefachkräften gegenüber.

Hingegen berichten Pflegefachkräfte mit positiver Sicht auf den Beruf von einem kooperativen Führungsstil der Leitungsebene. Zwischen der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung besteht ein Arbeitsverhältnis, welches kooperativ ist und mit den Pflegeteams bestehen klare Organisationsstrukturen und eine offene Gesprächskultur, die von gegenseitigem Respekt und Vertrauen getragen ist. Die Pflegefachkräfte können sich auf den Rückhalt durch die PDL verlassen. Gleichzeitig hält die PDL zu allen Mitarbeitern gleichermaßen eine respektvolle Distanz ein.

Der Zusammenhalt im Pflegeteam ist ein wichtiger Garant für Berufszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Wesentlichen Anteil an einem guten Arbeitsklima trägt die Wohnbereichsleitung. Pflegefachkräfte mit negativer Sicht beschreiben Uneinigkeit, Konkurrenzverhalten und das Erleben von Abwertungen im Team. Die Wohnbereichsleitung wird nicht selten als parteiisch beschrieben.
Pflegefachkräfte mit hoher Berufszufriedenheit beschreiben das Arbeitsklima in ihrem Team als echtes Interesse aneinander. Unterschiedliche Fähigkeiten werden als Chance wahrgenommen. In Notsituationen stehen die Teammitglieder für einander ein. Häufig äußern die Pflegefachkräfte als Ursache für das gute Miteinander die Kompetenz der Wohnbereichsleitung in der Personalführung. Sie wird nicht selten vom Team als „*die Chefin*“ bezeichnet und hat das Vertrauen der Pflegedienstleitung und einen entsprechenden Freiraum in der Personalführung. Sie wird mit hoher Führungskompetenz beschrieben. Es gelingt ihr gerecht zu sein und jeden

mit seinen Fähigkeiten wahr zu nehmen und entsprechend einzusetzen. Gute Leistungen werden anerkannt und gewürdigt. Sie bremst dissonantes Verhalten einzelner Mitarbeiter und fördert die Thematisierung pflegerischer Erfolgserlebnisse.

Umgang mit Belastungen

Im Umgang mit Belastungen zeigen sich wesentliche Unterschiede des Erlebens der beiden Teilnehmergruppen. Sie formulieren jedoch in beiden Gruppen immer wieder die Bedeutung der *moralischen Integrität als Grundlage ihrer inneren Ruhe*. In dieser Hauptkategorie zeigt sich eine elementare Ursache für die Tendenz, den Beruf verlassen zu wollen oder im Gegensatz dazu weiterhin von einer hohen Berufsmotivation getragen zu sein.

(Grafik Nr.113 / Ensink 2014)

Pflegefachkräfte erwarten von ihrer Berufsgruppe und von sich selbst eine hohe *moralische Integrität* in ihrer Arbeit und sehen diese Haltung als *Grundlage beruflicher Eignung*. Sie möchten *Gute Pflege* leisten und

bewohnerorientierend und nicht bewohnerignorierend pflegen. Gelingt dies nicht, fühlen sie sich stark belastet und sie suchen nach Auswegen.
Pflegefachkräfte mit negativer Sicht auf den Beruf geraten offensichtlich häufiger in Dilemmata, für die es keinen Lösungsweg gibt. Sie sehen als Ursache die Rahmenbedingungen, die ihnen keine Chance auf eine Problemlösung bietet, welche nicht auf ihre Kosten geht (z.B. nicht vergütete Überstunden). Die meist genannte Ursache für die Dilemmata ist der ungeheurere Zeitdruck und die mangelhafte Personalstruktur. Sie fühlen sich ausgeliefert und zwischen verschiedenen Ansprüchen zerrissen und empfinden Desinteresse der Gesellschaft an der Situation der stationären Altenpflege und den dort tätigen Pflegefachkräften. Ständig nur mangelhafte Pflege leisten zu können, weil die Rahmenbedingungen nicht mehr zulassen, stellen einen Angriff auf die moralische Integrität der Pflegefachkräfte dar. Beständiges Klagen ist Zeichen ihrer Frustration und Trauer. Sie meinen, diesem dauerhaften Angriff auf ihre *moralische Integrität* nur noch durch den Ausstieg aus dem Beruf begegnen zu können.

Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung im Beruf zeigen die gleiche Haltung im Zusammenhang mit der moralischen Integrität wie ihre Kollegen. Sie sind jedoch eher in der Lage aus Dilemmata zu schlussfolgern und im Sinne Benners Lösungsansätze für kommende ähnliche Situationen zu entwickeln. Dabei zeigen besonders die berufserfahrenen Pflegefachkräfte in Problemsituationen eine größere Gelassenheit. Sie können Prioritäten setzten, lassen sich konzentriert auf die aktuelle Situation ein und sind in der Lage sich ansonsten abzugrenzen. Zeitdruck scheint sie weniger zu belasten. Jüngere Teammitglieder profitieren im Sinne der Generativität, indem sie Erfahrungswissen übernehmen können. Pflegefachkräften mit positiver Einstellung steht mehr Freiraum für Entscheidungen zur Verfügung und durch das Pflegemanagement wurden Strukturen geschaffen, die die Konzentration auf das aktuelle Tun ermöglicht. Die Pflegefachkräfte stellen sich flexibel auf Problemstellungen ein und sehen die Suche nach Problemlösungen als eine Herausforderung. Es gelingt ihnen dabei die Situation losgelöst von ihrer Person aus der Distanz zu betrachten und Misslingen nicht als persönliches Versagen zu interpretieren.

Desinteresse der Gesellschaft kann von den Pflegefachkräften mit positiver Sicht eher mit Humor getragen werden, weil es ihnen gelingt, echtes Interesse an ihrer Person durch Menschen in ihrem direkten Arbeitsumfeld wahr – und anzunehmen. Bewohner und Angehörige geben ihnen gerne positive Rückmeldungen, die sie genießen. Daneben bemühen sie sich im Pflegeteam um eine Kultur positiver Rückmeldung und fördern so den Teamzusammenhalt. Die Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung gehen wertschätzend und lobend mit den Pflegenden um. Ärzte behandeln die Pflegefachkräfte respektvoll und partnerschaftlich. Die Pflegefachkräfte sind in der Lage, persönlichen Grenzen zu formuliert und einzufordern. Diese werden von Vorgesetzten, Ärzten, Angehörigen und Bewohnern angenommen und respektiert.

Glücklich im Beruf

Es ist keine Selbstverständlichkeit in einer beruflichen Tätigkeit Glück zu erwarten. Wenn man aber davon ausgeht, dass die Vorstellung, keiner anderen Tätigkeit nachgehen zu wollen, lässt sich sicher von *Glücklich im Beruf* sprechen. Pflegefachkräfte haben einleuchtende Anhaltspunkte davon, was sie in ihrem Berufsfeld stationäre Altenpflege glücklich arbeiten lässt. Besonders Pflegefachkräfte mit positiver Sicht erzählen von mehr motivierenden Erfahrungen.

(Grafik Nr.114 / Ensink 2014)

Pflegefachkräfte beider Gruppen wünschen sich gute Rahmenbedingungen für die stationäre Altenpflege. Sie definieren dabei als gute Rahmenbedingungen eine bessere Vergütung, einen höheren Personalschlüssel, eine verbesserte Materialausstattung und besonders eine wertschätzende Haltung durch die Leitungsebenen der Einrichtungen, die sich durch Unterstützung in der beruflichen Entwicklung und bei Problemen. Dazu gehört auch, dass die Pflegedienstleitungen darauf achten, Pflegefachkräfte ihren Fähigkeiten und Interessen entsprechend eingesetzt werden. Sie möchten ihren Arbeitsbereich mitbestimmen können und nicht vielfach in unterschiedliche Bereiche versetzt werden.

Pflegefachkräfte wünschen sich mehr Vertrauen in ihre berufliche Aufrichtigkeit. Überreglementierungen in der stationären Altenpflege im Vergleich zu fehlenden Kontrollen in der Krankenpflege empfinden sie als Ungerechtigkeit. Sie wünschen sich für die stationäre Altenpflege mehr Freiraum und die Gleichbehandlung aller Pflegeberufsfelder.

Nicht immer können Pflegefachkräfte in ihrem persönlichen Umfeld auf Austauschmöglichkeiten über beruflich belastende Momente zurückgreifen. Während Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung seltener auf Entlastungsangebote zurückgreifen können, betonen Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung immer wieder, wie wichtig und hilfreich diese Austauschmöglichkeiten für sie sind. Eine offene Gesprächskultur, ausreichend Zeit für Teamgespräche und Supervisionsangebote werden als Entlastungsmöglichkeiten zur Burnout-Prophylaxe und fördernd für die Berufsmotivation dargestellt.
Pflegefachkräfte beschreiben moralische Grundsätze und ethische Wertvorstellungen oft eingeschlossen im Zusammenhang mit anderen Kategorien. Gelegentlich stellen sie gezielt einen Bezug zum Glauben[74] her und betonen sich daran zu orientieren. In kritischen Situationen scheint diese Orientierung zu unterstützen, hat aber auf die Berufsmotivation keine Wirkung.

Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung beziehen sich überraschenderweise häufiger auf Humor in der Pflege. Beschreibungen von entsprechenden Situationen hinterlassen jedoch eher einen zynischen Eindruck. Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung sprechen deutlich seltener von notwendigem Humor in der Pflege. In den Interviews fällt jedoch mehrfaches Lachen auf und Beschreibungen, in denen sie sich über die Situation und sich selbst amüsieren.

Gerontologische Pflege wird dann als lebendig empfunden, wenn zu den betreuenden alten Menschen eine Pflegebeziehung aufgebaut werden kann. Pflegehandlungen, die sich ausschließlich auf körperliche Bedürfnisse beziehen und unter hohem Zeitdruck erledigt werden müssen, erlauben diesen Beziehungsaufbau nicht. Pflegefachkräfte die so arbeiten müssen, empfinden das Berufsfeld der stationären Altenpflege als eintönig und wenig abwechslungsreich.
Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung erfahren **noch** die Möglichkeit, körperliche Pflegehandlungen mit Beziehungsarbeit zu kombinieren. Sie

[74] Anm.: Hiermit ist keine bestimmte religiöse Ausrichtung gemeint

erleben den pflegebedürftigen Menschen mit seiner Biographie und seinen Persönlichkeitsfassetten und ihre Arbeit wird so lebendig und immer wieder neu.

Pflegefachkräfte beider Teilnehmergruppen beschreiben wiederholt, sie würden in ihrem Beruf aus Überzeugung arbeiten. Pflegefachkräfte mit positiver Einstellung äußern großer Gewissheit, Pflege sei der beste Beruf überhaupt. Dass diese Äußerungen ebenso von Pflegefachkräften mit negativer Einstellung gemacht werden, lässt erneut die Rahmenbedingungen in den Fokus rücken. Beide Teilnehmergruppen üben gleichermaßen Kritik an den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflege. Die Bereitschaft und Fähigkeit der Träger, die Ausgestaltung der Vorgaben in der Praxis zu Gunsten der Pflegefachkräfte an der pflegerischen Basis zu gestalten erscheint hier elementar. Die Träger von Einrichtungen und die Haltung der Leitungsebene gegenüber den Pflegefachkräften und ihrer Arbeit stellen also möglicherweise das „Zünglein an der Waage“ dar, ob Pflegefachkräfte in der Pflege bleiben wollen oder nicht.

7.2 Diskussion

Es war die Intention dieser Untersuchung, den Blick auf Faktoren zu richten, die förderlich für einen langen und zufriedenen Berufsverbleib von Pflegefachkräften im Berufsfeld Altenpflege sind. Dieser Ansatz ist im Zusammenhang mit der Abwanderung von Pflegefachkräften aus dem Berufsfeld stationäre Altenpflege ebenso neu, wie der Ansatz, den Pflegefachkräften in einer qualitativen Studie zuzuhören, ihre Aussagen auszuwerten und mit den Aussagen von Pflegefachkräften zu vergleichen, die ihren Beruf verlassen wollen. Es zeigt sich, dass die meisten Ursachen für das Verlassen des Berufsfeldes in den Rahmenbedingungen begründet sind, es jedoch auch Ressourcen gibt. Die Befunde geben klare Hinweise darauf, wie die Situation verbessert werden kann und muss, damit wir in der Zukunft gerontologische Pflege sichern können. Nachfolgend werden deshalb nicht nur die Ergebnisse in ihrer Verbindung zueinander dargestellt, sondern es werden gleichzeitig Möglichkeiten praktischer Implikation mit den Ergebnissen verknüpft.

Um den Gedanken einzubeziehen, dass es einen Unterschied der Persönlichkeitsstruktur unter den Teilnehmern der beiden Gruppen geben könnte, die letztlich mit dafür verantwortlich ist, ob Pflegefachkräfte auf Dauer in dem Berufsfeld Altenpflege arbeiten können oder nicht, wurden die Pflegefachkräfte begleitend mit dem NEO FFI getestet. Die kleine Teilnehmerzahl schränkt für die Relevanz der Ergebnisse des Tests ein, dennoch gibt das Ergebnis einen ersten Hinweis darauf, ob Persönlichkeitsstrukturen eine Rolle bei der Berufszufriedenheit von Pflegefachkräften spielen *könnten*. Es wäre immerhin möglich gewesen, dass die Teilnehmer der Gruppe mit negativer Einstellung in dem Durchschnittswert zu Neurotizismus im Gegensatz zur Gruppe mit positiver Sicht über dem Durchschnitt der Bevölkerung liegen, also empfindsamer, nervöser, ängstlicher, unsicherer und schneller besorgt sind, als die Vergleichsgruppe und die durchschnittliche Bevölkerung (Brokenau & Ostendorf 2008).

Beide Teilnehmergruppen zeigen dagegen Werte wie die durchschnittliche Bevölkerung und scheinen damit ebenso belastbar zu sein. Dies lässt die Vermutung zu, dass Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege also nicht wegen ihrer Persönlichkeitsstruktur häufiger den Beruf verlassen. Diese Vermutung könnte mit einer quantitativen Erhebung bestätigt werden.

Die Entscheidung für eine Ausbildung in der Altenpflege ist nicht selten in dem Wunsch nach dem Umgang mit alten Menschen begründet. Obwohl die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung den gleichen Grundvoraussetzungen unterliegen, fällt die Entscheidung zu Gunsten der Altenpflegeausbildung aus. Wesentlicher Motivationsgrund für die zukünftigen Altenpflegefachkräfte ist die gerontologische Arbeit mit alten Menschen, also die alltägliche Begleitung und Beschäftigung auf der Grundlage gerontologischen Wissens, das in der Gesundheits- und Krankenpflege nur einen sehr geringen Anteil hat. Die Wahl der Ausbildung ist für die Pflegefachkräfte von großer Bedeutung für eine lang andauernde Berufsmotivation.

Pflegefachkräfte beider Gruppen beschreiben die theoretische Ausbildung im Allgemeinen als gut, auch wenn die Lehrenden gelegentlich etwas praxisfernere Vorstellungen vermitteln würden. Die praktische Ausbildung wird hingegen häufig kritisiert. Sahmel beschreibt bereits 2002 die Bedarfsorientierung von praktischen Pflegeausbildungen als kontraproduktiv für die Entwicklung der Pflegeberufe (Sahmel 2002). Wie in 3.3. erörtert, werden Ausbildungstarife nicht bezahlt und die vom Gesetz vorgegebenen Stunden der praktischen Ausbildung deutlich überschritten, ohne dass diese, wie im Altenpflegegesetz vorgeschrieben, zuvor von der Schule genehmigt wurden und zusätzlich vergütet werden. Auszubildende müssen besonders häufig bei entstandenen Personallücken einspringen, und es wird als Konsequenz mit schlechter Bewertung gedroht, wenn die Auszubildenden sich weigern. Praxisanleitung findet nicht in ausreichendem Maß und qualitativ häufig mangelhaft statt, weil die Freistellung der Praxisanleitung nicht gewährleistet ist. Von Seiten der Schulen erfahren die Auszubildenden zu wenig Unterstützung. Die Einführung der bundesweiten Altenpflegeausbildung hat hier keine Verbesserung gebracht. Nach wie vor klammert die Altenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung konkrete Vorgaben für die praktische Ausbildung aus, und auch die Bundesländer bieten in den meisten Fällen keinen adäquate Regelungen an (Ver.di 2012). So wird Kritik an den Verhältnissen in der praktischen Ausbildung insbesondere von den Pflegefachkräften mit negativer Einstellung zum Beruf geäußert. Sie beschreiben meist bedarfsorientierte bis ausbeutende praktische Ausbildungsbedingungen in der eigenen Ausbildung. Sie berichten dies auch als Beobachtung der Ausbildungsbedingungen der nachfolgenden Generation der Altenpflegefachkräfte.

Sind sie selbst in der Rolle der Praxisanleitung, erleben Pflegefachkräfte Rollenkonflikte, weil sie nicht für diese Tätigkeit freigestellt werden, selbst wenn dies, wie z.B. in Baden-Württemberg, gesetzlich vorgeschrieben ist (siehe Abschnitt 3.2). Sie sind gezwungen, sich zwischen ihren Verantwortungsbereichen entscheiden zu müssen, weil sie trotz geplanter Praxisanleitung einzige Pflegefachkraft im Team sind. Sie erleben, wie Auszubildende unter Druck gesetzt werden und mit schlechten Bewertungen

gedroht wird, damit diese häufig einspringen. Die in der Altenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung vorgegebenen 2500 Stunden praktische Ausbildung werden in vielen Einrichtungen weit überschritten, ohne dass die Auszubildenden hierfür einen Ausgleich erhalten. Von Seiten der Schulen erhalten die Schüler keinen Rückhalt. Es fehlt eine externe unabhängige Kontrollinstanz, die die Einhaltung der Ausbildungsregelungen überprüft und im Extremfall auch Sanktionen verhängen kann, sowohl gegenüber Altenpflegeschulen, wenn diese bei Verstößen gegen die Regelungen der Ausbildungen untätig bleiben, als auch gegenüber Einrichtungsträgern, die die Richtlinien der praktischen Ausbildung verletzen (z.B. Pflegekammern oder Heimaufsicht). Diese Richtlinien müssten vom Gesetzgeber geschaffen werden. Es bestehen bisher nur in einzelnen Bundesländern solche Vorgaben, wie z.B. in Baden-Württemberg. Die von Ver.di ermittelten Daten zur Ausbildung in der Altenpflege weisen nach, dass sich die Pflegefachkräfte in der hier vorliegenden Studie mit ihren Aussagen zur praktischen Ausbildung nicht irren. Wie bereits in 3.3. beschrieben, erhalten 27% der Auszubildenden in der Altenpflege eine Ausbildungsvergütung unter Tarif oder sogar unter der gesetzlichen Untergrenze[75]. Diese Bedingungen führen bereits in der Ausbildung zur Demotivation und die Quote der Abbrüche der Ausbildung ist überdurchschnittliche hoch (Ver.di 2012). Gelingt es jedoch, zwischen Schule und Ausbildungseinrichtung eine gute Kooperation herzustellen und nimmt die Schule ihre Verantwortung für die Ausbildung wahr, beschreiben die Pflegefachkräfte ihre Ausbildung als gute Grundlage für den späteren Beruf. Einige Pflegefachkräfte berichten davon, nach der Ausbildung in der Einrichtung geblieben zu sein und hier seit vielen Jahren zu arbeiten. Sie achten darauf, Auszubildenden in ihrer Obhut ihre Rechte zukommen zu lassen und sie in ihrem Ausbildungsvorhaben zu unterstützen. Aus den

[75] Während gleichzeitig Handel und Handwerk durch Ausbildungsberufe mit deutlich besseren und verlockenderen Bedingungen locken, z.B. wirbt am 22.2.14 ALDI SÜD in einer ganzseitigen Werbeanzeige in einer Tageszeitung um Auszubildende mit Hauptschulabschluss und bietet im 1.Ausb.-Jahr 850, - €, ab dem 2.Ausb.-Jahr 950, - € und ab dem 3.Ausb.-Jahr 1100, - €. Auszubildenden mit höherem Schulabschluss wird ab dem 2. Ausbildungsjahr eine deutlich höhere Vergütung geboten. Zudem wird ungelernten Aushilfskräften 15,- € pro Stunde angeboten (RNZ vom 22. / 23.02.14).

Interviews lassen sich demnach Kriterien guter praktischer Altenpflegeausbildung generieren, die in der Praxis implementiert werden müssen:

Kriterien guter praktischer Altenpflegeausbildung:

- Rechtlich vorgegebene Praxisstunden werden nicht überschritten
- Ausbildungsvergütung nach Tarif
- Der Praxisanleiter ist freigestellt und in dieser Aufgabe eigenständig
- Anleitungen sind im Dienstplan zusätzlich geplant
- Betreuung und Beschäftigung ist gleichberechtigter Teil der Praxisanleitung
- Bei Praxisbesuchen durch den Lehrenden der Schule ist der Praxisanleiter anwesend
- Dienstzeiten in der Praxis sind für die Auszubildenden so geplant, dass vor Klausuren und Prüfung ausreichend Zeit zum Lernen zur Verfügung steht
- Gute Kooperation der Ausbildungseinrichtung mit der Schule

Gute Ausbildungsbedingungen in der praktischen Altenpflegeausbildung sind demnach abhängig von dem Willen der Einrichtungsleitung, gute Bedingungen zu schaffen, und dem Durchsetzungsvermögen der für die Auszubildenden verantwortlichen Lehrer. In einem gesellschaftlich relevanten Berufsfeld die Ausbildung dem Zufall zu überlassen ist unvernünftig, zumal es einfache Lösungsmöglichkeiten gäbe. Statt Ausbildung in den Einrichtungen zu refinanzieren, wäre eine Auszahlung der Ausbildungsvergütung direkt aus einem Poolsystem an die von den Schulen gemeldeten Schüler sinnvoll[76]. Schulen könnten Auszubildende in der Praxis dann in Einrichtungen einsetzen, die eine gute praktische Ausbildung garantieren. Dass die Schulen dazu unabhängig sein müssen, versteht sich von selbst (Sahmel 2002).

Eine andere Möglichkeit wäre die Vergabe einer Ausbildungsgenehmigung und die konsequente Kontrolle der Ausbildungsbedingungen in den

[76] Vor der bundesweiten Regelung der Altenpflegeausbildung wurde dies im Bundesland Hessen so geregelt. Das System könnte hier als Vorbild dienen

Einrichtungen durch eine neutrale Institution, die auch Verstöße sanktionieren kann, z.B. durch Entzug der Ausbildungsgenehmigung, wenn die oben beschriebenen Bedingungen nicht erfüllt werden. Rechtliche Grundlagen hierzu fehlen bisher und müssten durch die Politik geschaffen werden.

Im Zusammenhang mit der Bedeutung des Berufs für die einzelnen Pflegefachkräfte zeigt sich ein Unterschied zwischen Kranken- und Altenpflegefachkräften. Insgesamt zeigen Pflegefachkräfte beider Gruppen eine ausgeprägte Identifikation mit dem Pflegeberuf. Allerdings verweisen Altenpflegefachkräfte häufiger auf den Bereich der Betreuung alter Menschen als essentiell für die Berufsmotivation in der Altenpflege. Wie bereits beschrieben (vgl.2.3.), konnten Schmitz-Scherzer, Schick und Kühn schon in der 1970er Jahren nachweisen, dass es eine positivere Wahrnehmung alter Menschen gepaart mit einer deutlich höheren Arbeitszufriedenheit gibt, wenn diese mit Betreuung und Beschäftigung als Teil der beruflichen Tätigkeit einhergeht. Schon damals zeigte sich eine höhere Berufs**un**zufriedenheit, verbunden mit einem negativen Altersbild, wenn Pflegende ausschließlich auf sogenannten „Pflegestationen“ tätig waren, also ausschließlich in Tätigkeiten zum Ausgleich körperlicher Defizite eingebunden waren. Seither ist mit dem Altenpflegeberuf ein Berufsbild entstanden, dessen Schwerpunkt nicht medizin- und defizitorientiert ist, sondern in der Gerontologie liegt. Wie von Remmers und Walter (2012) und im Sechsten Altenbericht beschrieben, ist das Altersbild von Pflegefachkräften heute differenzierter. Ihr Verständnis von Alter ist von Verständnis und der Erkenntnis geprägt, dass Alter ebenfalls Potentiale bietet (BMFSFJ 2010 / Remmers & Walter 2012). Die zeigt sich ebenso in den Interviews der Pflegefachkräfte der vorliegenden Studie. Sie sehen alte Menschen mit ihren Grenzen, aber auch Potentialen und bekunden, dass die Einbeziehung von Potentialen in die Pflegebeziehung Langzeitpflege erst lebendig werden lässt. Gleichzeitig werden, wie vielfach in den Interviews angesprochen, die Aufgaben von Altenpflegefachkräften vor allem durch die Übergabe betreuender Aufgaben an 87b-Kräfte fast ausschließlich auf den Bereich der körperlichen Versorgung und Behandlungspflege, sowie auf

administrative Aufgaben begrenzt und die gerontologisch ausgebildeten Pflegefachkräfte fühlen sich dadurch des elementaren Teils ihres Berufes beraubt. Die Vorstellungen von Pflegefachkräften, was sie unter „*Guter Pflege*“ verstehen, schließen betreuende Aspekte ein[77]. Wie von Remmers und im Sechsten Altenbericht dargestellt, haben Pflegende heute ganzheitliche[78] Vorstellungen von „*Guter Pflege*“, die den Bewohner als Persönlichkeit mit seinen Potentialen und seiner Lebensgeschichte wahrnimmt und Defizite nur als Teilaspekt versteht. Die an der Studie teilnehmenden Pflegefachkräfte betonen, diese Begleitung alter Menschen mache die Arbeit in der Altenpflege interessant. Die Begleitung fordere ihre Fachlichkeit heraus, denn sie benötigt einen intensiven Transfer gerontologischen Fachwissens in die praktische Arbeit. Die Studie zeigt, dass der Entzug dieser Tätigkeitsbereiche und die Übertragung eines Teils dieser Tätigkeiten an Hilfskräfte besonders von Altenpflegefachkräften als Degradierung ihres Berufsbildes wahrgenommen werden. Ihre Arbeit wird fragmentiert; alte Menschen mit Pflegebedarf werden auf ein defizitäres Altersbild reduziert. Die Pflegefachkräfte beschreiben, sich zudem häufig durch Rahmenbedingungen eingeengt zu fühlen, die eine empathische Hinwendung zum Bewohner außerhalb von körperlichen Pflegeaufgaben kaum zulassen. Wie die Studie zeigt, ist das Gefühl, Bewohnern diese empathische Zuwendung verweigern zu müssen, belastend für Pflegefachkräfte und führt zu einer eher hoffnungslosen Grundeinstellung gegenüber der Entwicklung des Berufsfeldes.

In den Interviews mit den Pflegefachkräften lassen sich bei der Beschreibung der Arbeitsbedingungen der Einrichtung solche erkennen, die als *attraktiv* oder *unattraktiv* bezeichnet werden können und die im Zusammenhang mit einer positiven oder negativen Grundeinstellung zu betrachten sind. Tatsächlich konnte, wie von Hasselhorn, Tackenberg und Müller (2005) in der NEXT-Studie bereits angenommen, ein Unterschied zwischen *attraktiven*

[77] vgl. dazu Modell „*Gute Pflege*“ , Abschnitt 6.6.1.

[78] Der Begriff der Ganzheitlichkeit wird in der professionellen Pflege häufig aufgegriffen. Er meint die *Wechselwirkung* und das *Zusammenspie*l von Physis, Psyche und *sozialen Anteilen* eines Menschen und die sich daraus ergebende Konsequenz, diese Anteile in der *ganzheitlichen Pflege* eines Menschen *fundiert, umfassend und individuell* zu berücksichtigen (Lauber 2001/12f) .

und *unattraktiven Einrichtungen* festgestellt werden; auch die Kopplung von Berufszufriedenheit und langjähriger Berufstätigkeit in der gleichen Einrichtung ist bestätigt (Hasselhorn, Tackenberg & Müller 2005 b). Diese Merkmale beziehen sich auf unterschiedliche Bereiche. Neben den Rahmenbedingungen der Arbeit, wie größtmögliche Personalschlüssel, ausreichend qualifizierte Teamkollegen und eine angemessene Materialausstattung, beziehen sich weitere Merkmale auf den Führungsstil und die Ausgestaltung des Dienstverhältnisses. Mit *attraktiven* und *unattraktiven Einrichtungen* sind Merkmale des Umgangs mit Pflegefachkräften in stationären Pflegeeinrichtungen gemeint, welche für die Berufsmotivation von Pflegefachkräften fördernd oder behindernd sind. Aus den Ergebnissen der Interviews lässt sich schließen, dass diese Merkmale tatsächlich, wie in der NEXT-Studie (2005) vermutet, einen erheblichen Einfluss darauf haben, ob Pflegefachkräfte ihren Beruf verlassen wollen oder nicht.

Im Vergleich lassen sich folgende Merkmale für unattraktive und attraktive Einrichtungen zusammenfassen:

Unattraktive stationäre Pflegeeinrichtungen	**Attraktive stationäre Pflegeeinrichtungen**
Kleinstmöglicher Pflegepersonalschlüssel	Größtmöglicher Pflegepersonalschlüssel
Teilzeitverträge / Zeitverträge	Zeitlich unbegrenzte Vollzeitstelle ist möglich
Niedrige Entlohnung (z.T. unter Tarif), Herabstufen bei Neueinstellung	Tariflohn, Berufserfahrung wird zusätzlich honoriert
Überstunden, die nicht aufgeschrieben und / oder nicht vergütet werden	Überstunden werden auch in kleinen Einheiten berechnet und bezahlt / Überstundenzulagen werden bezahlt
Unberechenbare Arbeitszeiten	Der Dienstplan ist verlässlich
Hoher Zeitdruck und Arbeitsunterbrechungen	Pflegehandlungen können ungestört abgeschlossen werden
Respektloser Umgang und Drohungen der Leitungsebene gegenüber den Pflegefachkräften	Wertschätzender, gerechter Umgang mit den Pflegekräften durch die Leitungsebene / Angemessene Distanz wird eingehalten
Misstrauen der Führungsebene und Kontrolle	Vertrauen der Führungsebene in die Fähigkeiten und Integrität der Pflegefachkräfte
Ärzte verhalten sich nicht kooperativ	Fachkompetenz anerkennender Umgang von Ärzten / Angemessene Distanz wird eingehalten
Unausgebildete, unerfahrene Hilfskräfte	Die Hilfskräfte sind ausgebildete Altenpflegehelfer oder haben langjährige Berufserfahrung

Kollegen mit mangelnden Sprachkenntnissen	Pflegefachkräfte verfügen über ausreichende Sprachkenntnisse für Pflegedokumentation und Fachgespräche
ständig wechselnder Arbeitsbereich	Es muss nur in Ausnahmen auf anderen Wohnbereichen ausgeholfen werden
häufiger Personalwechsel	Festes Team / berufserfahrene Pflegefachkräfte, von deren Erfahrung die jungen Pflegefachkräfte profitieren
fehlende Pflegehilfsmittel	Notwendige Pflegehilfsmittel werden zur Verfügung gestellt
Betreuung wird ausschließlich durch Hilfskräfte / 87b-Kräfte übernommen	Pflegefachkräfte haben Zeit für Gespräche und Zuwendung für Bewohner
keine Möglichkeit zur Sterbebegleitung von Bewohnern	Pflegefachkräfte haben die Möglichkeit eine Pflegebeziehung durch Begleiten eines Sterbenden abzuschließen
Zu kurze Teambesprechungen und Übergaben	Geplante Zeit für Teambesprechungen, Übergaben und Fallbesprechungen
kein Supervisionsangebot	Supervisionsangebote
Mangelhafte Unterstützung von Ausbildung	Die Praxisanleitung ist für die Auszubildenden angemessen freigestellt und unabhängig in ihrer Tätigkeit
Keine Unterstützung bei Weiterbildungsvorhaben	Engagierte Pflegefachkräfte werden bei Weiterbildungsvorhaben unterstützt

(Tabelle Nr. 4 / Ensink 2014)

Die pflegerische Tätigkeit in *attraktiven stationären Altenpflegeeinrichtungen* führt zu einer Spirale positiver Entwicklungen für die Pflegefachkräfte und die Einrichtungsträger. Auf Grund der Studienergebnisse ist davon auszugehen, dass eine Pflegefachkraft, die sich in „ihrer“ Einrichtung wertgeschätzt fühlt und unter guten Rahmenbedingungen arbeitet, eher in dieser Einrichtung und dem Beruf verbleiben dürfte. Dies zahlt sich für sie im wahrsten Sinne des Wortes aus, denn als langjährige erfahrene Pflegefachkraft wird sie besser bezahlt. Weil ihr Engagement unterstützt wird, zeigt sie Interesse an beruflicher Weiterentwicklung. Berufsmotivierte erfahrene Pflegefachkräfte wirken durch eine größere Gelassenheit und Problemlösungskompetenz auf andere Teammitglieder ein, besonders dann, wenn sie als Wohnbereichsleitung eingesetzt sind und zudem über Leitungstalent[79] verfügen. Als Leitungstalent ist hier die Fähigkeit gemeint, den Mitarbeitern zu vertrauen und ihnen entsprechend Autonomie zu gewähren. Wie von Bierhoff und Herner (2007) beschrieben, werden damit die Motivation, die Arbeitszufriedenheit und die Kooperationsbereitschaft gestärkt. Außerdem

[79] Vgl. das nachfolgende Modell: *Gelingender, wertschätzender Führungsstil*

bilden Expertenwissen und persönliche Ausstrahlung ein wesentliches Kriterium. Krause beschreibt die beflügelnde Wirkung von Leitungskräften, die als *positive Identifikationsperson* auf Mitarbeiter wirken, weil sie besonders authentisch und einnehmend sind, ihr Expertenwissen außerdem kompetent fachliche Probleme lösen lässt und sie als Vorbild dienen. (Bierhoff & Herner 2007 / Krause 2007). Überträgt man dies auf das Berufsfeld der stationären Altenpflege, so wird klar, dass sich für die nachfolgende Generation der Pflegefachkräfte in einem solchen Team ein Bild des Altenpflegeberufs entwickelt, in dem man zufrieden und lang arbeiten kann.

Demgegenüber zeichnen die Pflegefachkräfte mit negativem Blick auf ihren Beruf in den Interviews ein bedrückendes Bild der Rahmenbedingungen, wie dies von Simon 2012 und in der NEXT-Studie 2005 vermutet wurde, und es zeigen sich außerdem deutliche Parallelen zu dem von Siegrist und Möller-Leimkühler beschriebenen Modell beruflicher Gratifikationskrisen und den von Bamberg (2007) beschriebenen Folgen von Belastungen. Sie beschreiben Konflikte im Team, berichten von gesundheitlichen Beschwerden und häufigen Ausfällen wegen Krankheit. Sie beschreiben eine hohe Fluktuation der Pflegefachkräfte und damit einhergehend die Notwendigkeit, ständig neue Kollegen einarbeiten zu müssen und so zusätzlichen Verantwortungsdruck. Die vorliegenden Untersuchungs-ergebnisse bestätigen zudem die von Simon beschrieben Arbeitsverhältnisse in der stationären Altenpflege. Pflegefachkräfte mit negativer Einstellung haben ungünstige Arbeitsverträge, die sie zu zusätzlichen Teilzeitverträgen zwingen. Sie werden teilweise unter Tarif vergütet (Simon 2012). Sie arbeiten mit minimalen Pflegeschlüsseln; häufig wird die Fachkraftquote nicht erfüllt. Die Hilfskräfte sind oft schlecht eingearbeitet und sind ohne Ausbildung. Hohe Erkrankungsquoten zwingen zum häufigen Einspringen auf wechselnden Wohnbereichen, der Dienstplan wird unberechenbar und Freizeit ist nicht mehr sicher. Durch häufigen Personalwechsel fehlen erfahrenen Pflegeexperten im Sinne Benners, die Problemsituationen besser bewältigen könnten. Oft werden Pflegefachkräfte, kaum haben sie ihre Ausbildung abgeschlossen, in sehr kurzer Zeit zur Wohnbereichsleitung oder

stellvertretenden Wohnbereichsleitung ernannt. Die gesetzlich vorgeschriebenen zwei Jahre Berufserfahrung, in welcher sich nach Benner (1997) die Pflegefachkraft gerade erst vom fortgeschrittenen Anfänger zur kompetenten Pflegefachkraft weiter entwickeln konnte, werden oft aus Mangel an erfahrenen Pflegefachkräften nicht eingehalten. Legt man das Modell Benners zugrunde, sind jedoch für einen Pflegeexperten mindestens fünf Jahre Berufserfahrung notwendig, um auf Problemstellungen der Pflege intuitiv reagieren zu können. Zugleich lassen die Untersuchungsergebnisse von Krause darauf schließen, dass Mitarbeiter häufiger ihre Arbeit aufgeben, wenn die Führungskraft eben nicht, wie zuvor beschrieben, über Expertenwissen verfügt.

Des Weiteren weist der Umgang durch Vorgesetzte häufig geringe Wertschätzung gegenüber den Pflegefachkräften auf. Berichte zu einer überfordernden Arbeitssituation werden nicht ernst genommen oder sogar negiert. Die Pflegefachkräfte fühlen sich vielfach unter einem hohen Verantwortungsdruck und zudem mit diesem allein gelassen. Rechtliche Regelungen werden als „Damoklesschwert“ empfunden, weil die Pflegefachkräfte sich für mangelhafte Pflege verantwortlich fühlen. Stark hierarchische Strukturen in der Leitung scheinen zudem herablassendes Verhalten gegenüber den Pflegenden eher zuzulassen. Die Pflegefachkräfte beschreiben Drohungen und Parteilichkeit der PDL oder erzählen von Machtlosigkeit der Wohnbereichsleitungen und der PDL gegenüber der Einrichtungsleitung und dem Träger. Wie bereits beschrieben stellt Bamberg (2007) fest, dass Belastungsfaktoren dann Risikofaktoren sind, wenn diese Belastungen beeinträchtigende Auswirkungen auf das Handeln im Arbeitsprozess haben. Eine solche soziale Belastung stellen Angriffe auf die Person dar. Hierzu zählen Angriffe auf persönliche Wertvorstellungen, aber auch aggressive Handlungen, wie beispielsweise ein aggressiver Kommunikationsstil, wie dies von den Pflegefachkräften in den Interviews häufig beschrieben wird. Dabei hat offensichtlich der Führungsstil der Leitungsebene einen bedeutenden Anteil an der Attraktivität einer Einrichtung. Nicht selten berichten Pflegefachkräfte mit negativer Sicht auf den Beruf von einem brüsken Kommunikationsstil, nicht eingehaltener Distanz, mangelnder Neutralität gegenüber den Mitarbeitern, mangelhafter

Zuverlässigkeit von Aussagen und sogar Drohungen (Hassenhorn 2005a / Simon 2012 / Bamberg 2007 / Gehart 2010 / Siegrist & Möller-Leimkühler 2000 / Benner 1997 / Krause 2007 / Bamberg 2007).

Die Studie kann keine Auskunft darüber geben, ob es einen Zusammenhang zwischen der Berufsbiografie des Einrichtungsleiters und der *Attraktivität* der Einrichtungen gibt, ob der Einrichtungsleiter selbst eine Pflegeausbildung absolviert hat und über Berufserfahrung als Pflegefachkraft verfügt oder nicht. In der Gruppe der Teilnehmer mit positiver Sicht auf ihren Beruf ließ sich dies im Nachhinein recherchieren, da hier die Teilnehmer sehr bereitwillig von „ihrem“ Altenpflegeheim erzählten. Die Pflegefachkräfte mit negativer Sicht verschwiegen in den meisten Fällen den Namen der stationären Altenpflegeeinrichtung, in der sie arbeiteten, und so konnte der Vergleich im Nachhinein nicht mehr vollzogen werden. Auffällig war jedoch, dass die Teilnehmer mit positiver Einstellung alle in Einrichtungen tätig waren, deren Einrichtungsleitungen selbst zunächst in der Pflege und später als PDL gearbeitet hatten, bevor sie eine Einrichtungsleitung übernahmen. Möglicherweise können Leitungskräfte mit einem solchen Werdegang die Problemstellungen und Notwendigkeiten der stationären Altenpflege besser nachvollziehen. An dieser Stelle zeigt sich Forschungsbedarf, den die Studie nicht klären konnte.

Ein gelingender, wertschätzender Führungsstil trägt hingegen wesentlich zu einer höheren Berufsmotivation bei und ist als extrinsische Motivation zu sehen, wie dies auch von Nerdinger (2007) und Fischbach et al (2001) beschrieben wird. Gemeint ist damit die Fähigkeit der Führungskräfte, sich in die Mitarbeiter hineinzuversetzen und für Rahmenbedingungen zu sorgen, die Selbstständigkeit und Sinnhaftigkeit der Arbeit ermöglichen und das Erreichen des Ziels ermöglichen. Es erhöht die Motivation der Mitarbeiter, wenn es der Führungsebene gelingt, den Mitarbeitern gegenüber Wertschätzung zu zeigen und das Gefühl zu vermitteln, dass ihre Arbeit bedeutsam ist, wertgeschätzt und gelobt wird. Wesentlich ist dabei auch die besonderen Stärken der Mitarbeiter zu beachten und entsprechend die Aufgabenstellung bzw. die Arbeitsbereiche auszuwählen (vgl.4.6.2.). Aus den

Interviews lassen sich Eigenschaften eines solchen Führungsstils erkennen, welches von der Verfasserin zu einem Modell „*Gelingenden wertschätzenden Führungsstils*“ entwickelt wurde. In den Interviews beschrieben die Pflegefachkräfte vielfach Merkmale, mit denen sie Arbeitsbedingungen charakterisierten und die sie der Verantwortung der Leitungsebene zuschrieben. Neben der Struktur und Organisation betrafen diese Merkmale eine wertschätzende Umgangs- und Kommunikationskultur. Alle Merkmale ließen sich hier einordnen. Es zeigte sich dabei Übereinstimmung mit den von Nerdinger (2007) und Fischbach et al (2011) beschrieben Merkmalen extrinsischer Motivation. So fördert ein gelingender Führungsstil die Berufsmotivation. Dieses soll nachfolgend in einer Grafik dargestellt und anschließend erläutert werden:

(Grafik Nr.115 / Ensink 2014)

Von einem gelingenden, wertschätzenden Führungsstil erwarten Pflegefachkräfte zunächst ein offenes, respektvolles und vertrauensvolles Verhältnis von Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung gegenüber den Pflegeteams, das durch eine kooperative Zusammenarbeit dieser Führungsebenen zueinander geprägt ist. Kontraproduktiv ist das hierarchische Verhältnis zwischen den beiden

Führungsebenen Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung vor allem dann, wenn die Einrichtungsleitung mit Unverständnis auf pflegerische Forderungen reagiert und so die Pflegedienstleitung in ihrem Handlungsfreiraum eingeschränkt wird. Dies zeigt sich besonders in den Auswirkungen der Organisationsstruktur der Pflege.[80]

In Einrichtungen mit einem gelingenden Führungsstil ist ausreichend Zeit für Übergaben, Dienstgespräche und Fallbesprechungen eingeplant. Pflegefachkräfte haben so die Möglichkeit, sich über besonders schwierige oder belastende Pflegesituationen auszutauschen, Problemstellungen im Team miteinander zu lösen oder sich gegenseitig zu entlasten. Angebotene Supervision bietet zudem die Möglichkeit, Konflikte mit einem neutralen, nicht in das Team eingebundenen Dritten zu besprechen oder entlastende Gespräche über emotional belastende Situationen zu führen. Wie bereits beschrieben, stellen nach Bamberg (2007) gemeinsame Vorstellungen und Zielsetzungen in einem Arbeitsteam eine Ressource dar, die entlastend wirkt. Abweichende Vorstellungen von Arbeitsabläufen hingegen können zu Störungen führen. Ausreichend Zeit für Übergaben, Teamgespräche und Supervision können dem entgegenwirken, die Zusammenarbeit fördern und Stress senken (Bamberg 2007).

Eine weitere Notwendigkeit fördernder Organisationsstruktur ist das zur Verfügung stehende Arbeitsmaterial für die Pflege. Welche Konsequenzen es nicht nur für die Bewohner, sondern auch für die Pflegefachkräfte haben kann, wenn solche Materialien fehlen, lässt sich gut am Bespiel der Zunahme freiheitseinschränkender Maßnahmen in der stationären Pflege erläutern. Wenn ein Bewohner durch Bettgitter am Aufstehen gehindert wird, weil keine alternativen Hilfsmittel wie Niederflurbetten zur Verfügung gestellt werden, so ist dies für beide Beteiligten belastend. Stellt dies für den Bewohner einen Angriff auf seine Freiheit und Würde dar, ist es gleichzeitig für die Pflegefachkraft eine Verletzung ihrer ethischen Vorstellungen, weil sie die Freiheit und Würde des Bewohners eigentlich zu achten gewillt ist, aber aus mangelhafter Strukturqualität heraus nicht achten kann. Pflegefachkräfte mit

[80] vgl. hierzu auch das schon beschriebene Beispiele *Verweis 66* aus 6.9.1

positiver Sicht berichten hingegen davon, dass notwendige Ausstattungen für eine angemessene Pflege in ihrer Einrichtung vorhanden sind und dahingehende Notwendigkeiten offen vorgetragen werden können und auch berücksichtigt werden.

Von besonders hohem Wert ist den Pflegefachkräften ein offener und respektvoller Kommunikationsstil. Dabei betonen die Pflegefachkräfte häufig, wie wichtig ihnen die Einhaltung von Distanz ist. Sie erwarten von ihren Vorgesetzten die Einhaltung der Distanzgrenzen entsprechend der Rollen im Arbeitsverhältnis und neutrales Verhalten gegenüber den pflegenden Mitarbeitern. Dies schließt bereits die Wohnbereichsleitungen der Pflegeteams ein, die eine wesentliche Rolle für den Gemeinschaftssinn des Teams spielen. Als Wohnbereichsleitung von den Teammitgliedern respektiert, ist sie von wesentlicher Bedeutung für das Arbeitsklima. Pflegende erwarten von allen Vorgesetzten Fairness und Loyalität für das gesamte Team. Freundschaftliche Kontakte zu einzelnen Mitarbeitern werden kritisch betrachtet; es wird in diesem Zusammenhang häufig von Konflikten im Team berichtet, weil das Vertrauen zwischen den Mitarbeiter und den Leitungskräften gestört ist.

Gegenseitiges Vertrauen ist als Basis für einen gelingenden Führungsstil jedoch elementar. Vertrauen in die Fähigkeiten und die Integrität der Pflegefachkräfte wird immer wieder als motivationsfördernd beschrieben. Mitarbeiter gehen offener auf ihre Vorgesetzten zu und haben auch den Mut, Negatives zu thematisieren. Umgekehrt führt Vertrauen von Seiten der Vorgesetzten in die Mitarbeiter zu einer höheren Zufriedenheit, zu einer größeren Leistungsbereitschaft und zu eine höheren Berufsmotivation. Zugleich stärkt entgegengebrachtes Vertrauen die Identifikation mit der Einrichtung (Bierhoff & Herner 2007).

Aber auch mangelndes Vertrauen durch Außenstehende wird von Pflegefachkräften in den Interviews immer wieder angesprochen und an der negativen medialen Berichterstattung, an Überreglementierung und den häufigen Kontrollen festgemacht. Besonders die Berichterstattung der

Medien empfinden Pflegefachkräfte als imageschädigend; Pflegefachkräfte aus attraktiven Einrichtungen stehen dem jedoch gelassener gegenüber, weil sie das Vertrauen ihrer direkten Umgebung, wie z.B. das ihrer Vorgesetzen trägt und ihr Selbstwertgefühl unterstützt (Bierhoff & Herner 2007).

Die Berufsmotivation der Pflegefachkräfte wird also auch durch Wertschätzung unterstützt. Sie wird in drei Ebenen zum Ausdruck gebracht. Zu der oben bereits beschriebenen Wertschätzung durch Vorgesetzte ist hier außerdem die Wertschätzung durch Politik und Gesellschaft zu nennen, die sich in den Rahmenbedingungen, dem Willen zur Verbesserung der Situation der Pflege und dem Image des Berufsfeldes ausdrückt, weiterhin die Wertschätzung von Angehörigen und den alten Menschen mit Pflegebedarf selbst. Pflegefachkräfte mit positiver Sicht auf den Beruf beschreiben in den Interviews, wie wichtig für die Pflegefachkräfte Lob und Hinwendung alter Menschen sind. Sie berichten davon, dass selbst alte Menschen mit stark ausgeprägten Folgen dementieller Erkrankungen Hilfe von den Pflegenden bewusst annehmen und Reaktionen des Dankes und der Hinwendung, manchmal auch des Trostes gegenüber den Pflegefachkräften zeigen. Sie bestätigen damit Montada (1996), der die Produktivität im Alter trotz Gebrechlichkeit und Krankheit beschreibt und damit unter anderem die Produktivität im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung von ethischen Werten meint (Montada 1996). Sie fördern so die Berufsmotivation der Pflegefachkräfte, die sich über die positive Rückmeldung des alten Menschen freuen, sich aber zugleich verunsichert zeigen, weil sie sich darüber freuen. Hier zeigt sich die Auswirkung gesellschaftlicher Abwertung sozialer Berufe. Die Pflegefachkräfte äußern das Gefühl, einem „Helfersyndrom“ zu unterliegen, wenn sie sich über positive Rückmeldung freuen. Dabei konnte in der Studie von Fischbach et al (2011) nachgewiesen werden, dass die Annahme wertschätzender Emotionen im Beruf eine positive Wirkung auf die Zufriedenheit der Beteiligten in der Situation hat. Besonders in der Altenpflege mit einem hohen Maß an emotionsbezogenen Tätigkeiten und langfristiger Pflegebeziehung scheinen Wertschätzungserfahrungen fördernd zu wirken. Somit besteht in der

Annahme von Dank und Hinwendung eine fördernde Ressource für die Berufsmotivation (Fischbach, Decker, Zeuch & Lichtenthaler 2011).

Die Pflegenden kritisieren in den Interviews die mangelnde Wertschätzung, indem sie feststellen, die Bevölkerung wisse nicht, welche Aufgaben Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege zufallen würden. Politik und Gesellschaft zeigten kein echtes Interesse an der Situation der Pflege.
Desinteresse und Unkenntnis der Situation der Pflege führen zum Vorrang monetärer Interessen in Gesellschaft und Politik und manifestieren so Rahmenbedingungen, welche Pflegefachkräfte zwingen, gegen eigene ethische Wertvorstellung zu verstoßen. Sie sehen ihre moralische Integrität verletzt, weil sie sich gezwungen fühlen, in ihrer täglichen pflegerischen Arbeit die Würde von Bewohnern zu missachten.
Die nachfolgende Grafik soll das von der Verfasserin entwickelte Modell „*Moralischer Integrität pflegender Fachkräfte als Grundlage beruflicher Zufriedenheit*“ aufzeigen, da die moralische Integrität von Pflegefachkräften in der stationären Pflege eng mit dem Erhalt der Würde der alten Menschen mit Pflegebedarf in Verbindung steht. Im Anschluss soll das Modell erläutert und diskutiert werden:

(Grafik Nr.116 / Ensink 2014) [81]

Die Tatsache, dass nun schon in der dritten Legislaturperiode über eine Verbesserung der Rahmenbedingungen von Altenpflege diskutiert wird, es jedoch bis heute keine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen gegeben hat, hat für die stationäre Pflege in der Realität eine seit Jahren zunehmende Verschlechterung der finanziellen Situation zur Folge. Naegele merkt bereits 2007 an, dass er Zweifel an der Verbesserung der Rahmenbedingungen von Pflege hegt, weil dies die Ehrlichkeit der Politik gegenüber der Bevölkerung erfordere. Es sei notwendig zu sagen, dass eine Verbesserung der Pflege nur durch höhere Beiträge zu erreichen sei. Er fordert eine Bürgerversicherung und glaubt an die Akzeptanz höherer finanzieller Beiträge durch die Bevölkerung, wenn diese von der positiven Wirkung überzeugt sei. Auch die von Naegele (2007) und im Sechsten Altenbericht geforderte Einführung eines neuen Pflegebegriffs und einer breiteren

[81] Grafik befindet sich zur besseren Lesbarkeit in vergrößerter Form zusätzlich im Anhang

Auslegung von Pflegeeinstufungen, sowie die von Naegele (2007) und Rothgang et al (2013) geforderte Möglichkeit einer adäquaten, verbindlichen Pflegepersonalberechnung sind bis heute nicht erfolgt. Aktuell geben daher gesellschaftliche und politische Unkenntnis und Desinteresse an der Situation, sowie monetäre Interessen Rahmenbedingungen vor, unter denen Einrichtungsträger agieren und Pflegefachkräfte arbeiten müssen.
Die Berufsmotivation vieler Pflegefachkräfte wird jedoch von sozialem Denken und Handeln getragen. Ethische Wertvorstellungen sind für sie Grundlage ihrer täglichen altenpflegerischen Tätigkeit. Sie erwarten von sich selbst *Vertrauenswürdigkeit und Verlässlichkeit* im Sinne von moralischer Integrität (Bierhoff & Herner 2007).

Zwischen diesen beiden Polen von Rahmenbedingungen der Pflege einerseits und Erhaltung der moralischen Integrität der Pflegefachkräfte andererseits müssen Einrichtungsträger und Leitungspersonen einer Einrichtung ihre Schwerpunkte setzen. Fördernde oder behindernde Faktoren in den Einrichtungen hängen aktuell also direkt von den Interessen der Betreiber von Einrichtungen und den Führungsfähigkeiten der Leitungsebene ab.

In *unattraktiven Einrichtungen* führen behindernde und negativ verstärkende Faktoren zu einer Verschärfung der Auswirkungen der Rahmenbedingungen. Wenn Pflegekräfte in den Interviews darlegen, dass sie Kontrollen durch Heimaufsichtsbehörden eher als Chance sehen möchten, verbinden sie dies häufig mit dem Wunsch, dass Heimaufsichtsbehörden bei Personalmangel mit raschen Konsequenzen für den Betreiber eingreifen. Ohne eindeutige Regelungen ist dies jedoch nicht möglich; erst bei nachgewiesenen kritischen Situationen und Pflegefehlern kann in einem lang andauernden Verfahren eingeschritten werden. So sind Pflegefachkräfte mit den Personalengpässen alleine gelassen und können nur noch fraktioniert und funktional pflegen. Die Bedürfnisse der Bewohner können nicht mehr berücksichtigt werden, und besonders dementiell erkrankte Bewohner können dies nicht verstehen. Pflegefachkräfte sind durch diese Bedingungen gezwungen, in vielen Situationen ihres beruflichen Handelns die Würde der alten Menschen zu

verletzen, obwohl sie dies keinesfalls möchten. Die Pflegefachkräfte können ihren ethischen und sozialen Vorstellungen zum Beruf nicht mehr gerecht werden und geraten in innere Konflikte. Ihre moralische Integrität wird angegriffen, weil sie ihren eigenen ethischen Maßstäben nicht entsprechen können.
Ein abwertender Führungsstil macht sie zudem für entstehende kritische Situationen und Pflegefehler verantwortlich, obwohl es unter den vorhandenen Umständen keine Problemlösungsmöglichkeiten für die an der Pflegebasis arbeitenden Pflegefachkräfte gibt. Beschwerden werden von der Leitungsebene als Nörgelei abgetan. Pflege als Beziehungsarbeit, wie z.B. die Begleitung eines Sterbenden oder *daseinsthematische Begleitung* von Bewohnern ist unter diesen Bedingungen nicht möglich.

Zudem führen Rationalisierung und Einsparungen bei Personalkosten in den stationären Pflegeeinrichtungen wie der Deutsche Pflegerat in seiner Veröffentlichung zu Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen darlegt, zu persönlich negativen bis prekären Arbeitsverhältnissen für die Pflegefachkräfte. Sie sind durch Teilzeitverträge zu zusätzlichen Arbeitsverhältnissen gezwungen und ihre finanzielle Situation ist unsicher, ebenso ihre Altersversorgung. Dienstpläne und Freizeit sind nicht berechenbar; es wird zudem eine ständige Erreichbarkeit und Verfügbarkeit erwartet. Die Situation wird von Dunkel (2003) als Entgrenzung von Arbeit beschrieben, die in der Altenpflege häufig zu finden sei. Es kommt zu einer unausgeglichenen Work-Life-Balance und zu Konflikten im persönlichen Umfeld (Simon 2012 / Dunkel 2003).
Diese Gesamtsituation wird von den Pflegefachkräften als hoffnungslos empfunden und sie zeigen Anzeichen von Stress und Burnout. Erschöpfungssymptome und Depressivität, wie von Siegrist und Leimkühler (2000) beschrieben, finden sich auch bei den befragten Pflegefachkräften mit negativer Einstellung in ihrem Beruf. Sie meinen, keinen Einfluss auf eine Verbesserung der Situation zu haben und denken schließlich über das Verlassen des Berufs nach.

In *attraktiven Einrichtungen* ist man hingegen in der Lage, einen Teil der vorhandenen Defizite der Rahmenbedingungen aufzufangen. Es gelingt durch gute Arbeitsbedingungen für die Pflegefachkräfte und einen wertschätzenden Führungsstil, die Folgen des mangelnden Interesses der Politik und Gesellschaft teilweise auszugleichen. Der Träger handelt maximale Personalspannbreiten aus, um bessere Besetzungen der Dienste zu ermöglichen. Ein wertschätzender Führungsstil unterstützt die Pflegefachkräfte in ihrer Berufsmotivation, und in den Teams wird auf einen wertschätzenden Umgang untereinander geachtet. Erfreuliche Pflegeerlebnisse und Erfolge werden kommuniziert und positive Rückmeldungen werden gegeben und angenommen. Dies schließt die Annahme von Dank und Hinwendung von Bewohnern und Angehörigen ein. Arbeitsmaterial steht in angemessenem Maß zur Verfügung. Das Pflegeteam bleibt über längere Zeiträume stabil und kann Problemsituationen lösen. Es bleiben zudem kurze Momente für die Betreuung und Begleitung alter Menschen, z.B. in Form von Gesprächen, die für die Pflegefachkräfte mit Flow - Erleben verbunden sind. Auf diese Weise gestaltet sich Pflege als Beziehungsarbeit, die die Pflegefachkräfte zufrieden sein lässt, weil sie ihr gerontologisches Fachwissen einsetzen können und ihre ethischen Vorstellungen erhalten bleiben. Die Pflegefachkräfte werden von Berufszufriedenheit getragen, möchten sich eine Tätigkeit in einem anderen Beruf nicht vorstellen und wünschen sich, in ihrem Beruf zu bleiben.

Allerdings beklagen auch berufszufriedene Pflegefachkräfte den ständig zunehmenden Zeitmangel in ihrer Arbeit. Durch ihre Berufserfahrung gelingt es ihnen jedoch, Prioritäten zu setzen und sich auf diese Prioritäten zu konzentrieren. Dennoch betonen auch sie die erreichte Grenze. Eine weitere Zuspitzung der Rahmenbedingungen halten auch sie für ethisch nicht mehr vertretbar, und sie sind unzufrieden damit, berufsspezifische Tätigkeiten gerontologischer Pflege immer häufiger an Hilfskräfte abtreten zu müssen.
Die Möglichkeit der ganzheitlichen Betreuung und Begleitung von alten Menschen mit Pflegebedarf im Sinne *Guter Pflege*[82] ist sinnstiftend für den Altenpflegeberuf. Alte Menschen in ihrer Vulnerabilität zu unterstützen, sie

[82] Vgl. Modell: *Gute Pflege* in Abschnitt 6.6.1.

ganzheitlich in ihrer Persönlichkeit kennen zu lernen und zu begleiten, ist häufig Grund des Berufseinstiegs gewesen (BMFSFJ 2010 / Remmers & Walter 2012). Die Möglichkeit der Begleitung alter Menschen hat häufig die Wahl für den Altenpflegeberuf maßgeblich beeinflusst und ist deshalb von einer nicht zu unterschätzenden Bedeutung für den Berufsverbleib.

8. Fazit und Ausblick

In Verbindung mit den gesellschaftlichen Auswirkungen des demografischen Wandels wird der zunehmende Bedarf an Pflegefachkräften immer dringlicher. Durch gesellschaftliche Veränderungen werden zunehmend Lücken in der Versorgung alter Menschen mit Pflegebedarf auftreten, die nicht immer im ambulanten Bereich durch ambulante Pflegedienste und ehrenamtliche Helfer ausgeglichen werden können. Trotz der Vorgabe „ambulant vor stationär“ wird der Bedarf an stationärer Versorgung in der Zukunft eher zunehmen und damit auch der Bedarf an Pflegefachkräften, die in diesem Bereich tätig sind. Die Bundesagentur für Arbeit weist bereits heute einen Fachkräftemangel in der Altenpflege in fast allen Bundesländern nach. Zudem ermittelten Becker und Meifort schon 1990 hohe Berufsausstiegsquoten von Altenpflegefachkräften bereits in den ersten fünf Berufsjahren. Zwar konnten Joost, Kipper & Tewolde (2009) nachweisen, dass einige Altenpflegefachkräfte den Weg zurück in das Berufsfeld finden, jedoch sind die Zeiten der Unterbrechung sehr hoch. In der NEXT – Studie konnte zudem nachgewiesen werden, dass im Vergleich zu anderen europäischen Ländern die Quote von Pflegefachkräften, die ihren Beruf verlassen wollen, in Deutschland besonders hoch ist. Dennoch gibt es Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege, die Gegenteiliges berichten. Sie schätzen selbst nach Jahren ihren Beruf und gehen diesem mit Freude nach.

Die vorliegende Arbeit nähert sich aus einem anderen Blickwinkel der Situation von Pflegefachkräften in ihrem Beruf, als dies in Studien bisher der Fall war. Waren bisherige Studien am Berufsausstieg interessiert, so war diese Studie von Beginn an auf das Erleben der beruflichen Bedingungen

von Pflegefachkräften in der stationären Pflege ausgerichtet. Dabei sollten Bedingungen ermittelt werden, die für einen langen und zufriedenen Berufsverbleib von Pflegefachkräften im Berufsfeld Altenpflege fördernd erscheinen. In offenen, problemzentrierten Interviews wurden sowohl Pflegefachkräfte gehört, die von sich sagten, sie seien glücklich in ihrem Beruf, als auch Pflegefachkräfte, die den Wunsch nach einem Berufsausstieg bekundeten.

Die Ergebnisse zeigen, welches Bild Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege von ihrem Beruf haben. Es besteht unter ihnen einen Konsens darüber, was sie unter *Guter Pflege* verstehen; ihre berufliche Haltung ist stark ethisch orientiert. Es ist ihnen wichtig, ihre ethischen Vorstellungen einhalten zu können. Hier besteht eine große Diskrepanz zu dem, was durch Rahmenbedingungen möglich ist. Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen die Annahme in der NEXT – Studie, es könnte *attraktive und unattraktive Einrichtungen* geben, die hier Einfluss haben. Tatsächlich werden die Diskrepanzen der Rahmenbedingungen durch Träger und Leitungen von Einrichtungen verstärkt oder abgemildert, je nachdem wie mit den Rahmenbedingungen umgegangen wird.

Die Diskrepanz zwischen *attraktiven und unattraktiven Einrichtungen* beginnt bereits in der Ausbildung. Sind die Pflegefachkräfte im Allgemeinen mit der eigenen theoretischen Ausbildung weitgehend zufrieden, geht die Qualität der praktischen Ausbildung weit auseinander. Dabei scheint eine qualitativ gute Ausbildung, in der die Ausbildung in Kooperation mit der Schule und unter Einhaltung der Ausbildungsregeln stattfindet, eine Ressource mit Langzeitwirkung für einen langen Berufsverbleib darzustellen. Hier ist die Politik gefordert, Regelungen zu schaffen, die eine einheitliche und fördernde praktische Ausbildung ermöglicht. Gute praktische Ausbildung ist nicht nur wirkungsvoll gegen vorzeigen Abbruch von Auszubildenden im Altenpflegeberuf, sie stellt auch eine Ressource für berufliches Selbstbewusstsein und einen längeren Berufsverbleib von Pflegefachkräften dar und darf deshalb nicht länger dem guten Willen einzelner Einrichtungen überlassen bleiben.

In den Medien werden fast nie realistische und positive Darstellungen von altenpflegerischer Arbeit gezeigt. Zwar bemühen sich Politik und Wohlfahrtsverbände in Kampagnen wie Plakataktionen[83] um die Anwerbung von zukünftigen Auszubildenden für den Altenpflegeberuf und es beginnen zunehmend mehr Menschen die Ausbildung zur Altenpflegefachkraft; wie in 3.3. bereits beschrieben, brechen jedoch viele Auszubildende die Ausbildung ab und die Quote der Ausbildungsabbrüche liegt deutlich über jenen anderer Ausbildungsberufe. Es muss also darum gehen, Auszubildende und Altenpflegefachkräfte im Beruf zu halten. Als Ressource stellt sich die Berücksichtigung des beruflichen Selbstverständnisses von Altenpflegefachkräften dar. Altenpflegefachkräfte haben sich häufig bewusst für ihre Ausbildung entschieden, weil für sie die Betreuung alter Menschen von Bedeutung ist. Eine adäquate Betreuung verlangt den Transfer gerontologischen Fachwissens in die Praxis. Die Betreuung von alten Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ist neben pflegerischen Tätigkeiten eine Kernaufgabe der Altenpflegefachkräfte, die in der Ausbildung einen hohen Stellenwert einnimmt und ihnen zurückgegeben werden muss. Zwar stellt die Betreuung durch 87b-Kräfte und ehrenamtliche Helfer eine erfreuliche und hilfreiche Ergänzung der altenpflegerischen Arbeit dar, jedoch hat der Entzug der Betreuung von Bewohnern einen Verlust der Berufsmotivation zur Folge. Dieser Tätigkeitsbereich der Altenpflege ist für Außenstehende wenig bekannt, und der Altenpflegebberuf erfährt deshalb eine geringere gesellschaftliche Wertschätzung als die medizinorientierte Krankenpflege; für Altenpflegefachkräfte ist er jedoch von hoher Bedeutung.

Als weitere Ressource kann ein fördernder Führungsstil gesehen werden. In dieser Arbeit als Modell *Gelingenden wertschätzenden Führungsstils* dargestellt, beschreibt es eine Organisationsstruktur der Einrichtung, welche die Bedürfnisse der Pflegeteams zur Verwirklichung einer *Guten Pflege*

[83] Beispiel hierfür sind die Internetseite "*Zukunftsberuf Pfleger*" speziell um männliche Jugendliche für Pflegeberufe wie Altenpfleger zu interessieren, die im Zusammenhang mit dem Boy´s-Day entstanden ist, die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums "Ich pflege, weil..." oder die Ausbildungs-Roadshow des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) in Nordrhein-Westfalen.

angemessen berücksichtigt. Gleichzeitig zeichnet sich dieser Führungsstil durch wertschätzenden Umgang und Kommunikation der Leitungsebene mit Pflegefachkräften aus, welches von gegenseitigem Vertrauen getragen wird.

Zudem sind gute Arbeitsbedingungen und Arbeitsverträge ein wichtiges Kriterium zur Förderung der Motivation, im Berufsfeld stationäre Altenpflege bleiben zu wollen. Altenpflegefachkräfte sehen prekäre Arbeitsverhältnisse als Zeichen mangelnder gesellschaftlicher Wertschätzung im Sinne beruflicher Gratifikationskrisen, wie sie von Leimkühler und Siegrist (2000) beschrieben werden. Sind die persönlichen Arbeitsbedingungen angemessen und werden sie mit einem *Gelingenden wertschätzenden Führungsstil* kombiniert, fühlen sich die Pflegefachkräfte anerkannt und respektiert, auch wenn ein allgemeiner Konsens der Pflegefachkräfte darüber besteht, dass das Image des Altenpflegeberufs in der Gesellschaft nicht dem eigentlichen Berufsbild entspricht und meist abwertend dargestellt wird. Unter diesen, für sie fördernden Bedingungen sind die Pflegefachkräfte motiviert, ihr Konzept *Guter Pflege* und Pflegebeziehungen mit den Bewohnern in der täglichen Arbeit umzusetzen, auch wenn die Rahmenbedingungen dies nur begrenzt zulassen.
Die Leitungspersonen sind ebenfalls für einen *gelingenden wertschätzenden Führungsstil* und gute Arbeitsbedingungen von zentraler Bedeutung und damit auch für den Berufsverbleib von Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, der die Studie ergänzen könnte. So wäre es von Interesse, zu untersuchen, ob die Fähigkeit, ein Pflegeteam zu leiten, bei Wohnbereichsleitungen mit langjähriger Berufserfahrung höher ist, als dies bei Pflegefachkräften mit nur zweijähriger Berufserfahrung oder sogar weniger der Fall ist.
Außerdem wäre zu untersuchen, ob im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen in stationären Einrichtungen öfter fördernde Faktoren vorhanden sind, wenn der Einrichtungsleiter zuvor in seiner Berufsbiographie selbst als Altenpflegefachkraft und später als Pflegedienstleitung tätig war.

In dieser Untersuchung wird der Berufsausstieg als Resultat des Konflikts zwischen den Auswirkungen der Rahmenbedingungen und den ethischen

Vorstellungen der Pflegefachkräfte deutlich. Die Pflegefachkräfte möchten den alten Menschen mit ihrer Persönlichkeit gerecht werden und deren Würde respektvoll in der Pflege berücksichtigen. Dies verlangt ihr Selbstbild von den Pflegefachkräften. Sie sehen sich selbst als Personen, deren Berufsmotivation von einer sozialen Motivation und ethischen Werten getragen wird. Können Pflegefachkräfte diesem Selbstanspruch nicht mehr gerecht werden, zerstört dies die *Moralische Integrität als Grundlage beruflicher Zufriedenheit*. Sie denken über das Verlassen des Berufs nach und tun dies in der Folge auch.

9. Quellenverzeichnis

9.1 Verzeichnis der Literatur und Internetquellen

Alexander, J. E. (1992): *Vom Anfänger zum Experten – Hervorragende Leistungen und Stärke in der klinischen Pflegepraxis*; S. 290 – 308, in : Marriner-Tomey, A. (Hrsg.): *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*; 1. Aufl., Basel: Recom Verlag

Antonowsky, A. 81997): *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*; in Tübingen: DGVT

Arbeiterwohlfahrt – Historisches Archiv: http://www.awo-historie.org/index.php?id=687&tx_ttnews[tt_news]=2633&cHash=2a9457ff0c755b08b7eef875430ee3c5; abgerufen am 28.12.13

Bamberg, E. (2007): *Belastung, Beanspruchung, Stress*; S.141 – 148, in: Schuler, H. & Sonntag, K. (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie*; Göttingen: HOGREFE

Bartholomeyczik, S. (1997): *Der Forschungsprozess*; (S. 55 - 69), in: Bartholomeyczik, S. / Müller, E. (Hrsg.): *Pflegeforschung verstehen*; München, Wien, Baltimore, Verlag Urban und Schwarzenberg

Bartholomeyczik, S. (1997): *Zur Forschungsphilosophie und Wissenschaftstheorie;* (S. 107 - 119), in: Bartholomeyczik, S. / Müller, E. (Hrsg.): *Pflegeforschung verstehen*; München, Wien, Baltimore, Verlag Urban und Schwarzenberg

Benner, P. (1997): *Stufen zur Pflegekompetenz*; 2. Aufl., Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag

Bergmann, G. et al, (Hrsg.), (2008): *Pflege Lernen – Im Beruf orientieren*; 1. Aufl., Braunschweig: Verlag Westermann

Bierhoff, H.-W.& Herner; M. J. (2007): *Vertrauen;* S.300 – 305, in: Schuler, H. & Sonntag, K. (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie*; Göttingen: HOGREFE

Bodenmann, G. (1999). *Scheidung: Was wissen wir heute zu ihren Ursachen?* Zeitschrift für Familienforschung, 11(2), 5-27. http://www.geburtskanal.de/Wissen/F/Scheidung_WasWissenWirHeuteZuIhrenUrsachen.pdf; abgerufen am 20.03.13

Bundesagentur für Arbeit / BA (Dez. 2011):; Arbeitsmarktberichterstattung 2011- Gesundheits- und Pflegeberufe; http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf; abgerufen am 03.01.14

Bundesagentur für Arbeit / BA (Hrsg.) (2011): Arbeitsmarktberichterstattung – Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland; Nürnberg, abrufbar unter: http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt-Nav.html; abgerufen am 03.01.14

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: *Demografie-Portal des Bundes und der Länder*, http://www.demografie-portal.de/DE/Home/home_node.html; abgerufen am 02.01.14

BMFSFJ (Hrsg.) (2010): *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft;* Berlin: Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

BMFSFJ (Hrsg.) (2006): *Erfolgreiche Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung – Eine Investition in die Zukunft;* Berlin: Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

BMFSFJ (Hrsg.) (1993): *Personalbedarf und Personalbemessung in der stationären Pflege*, in: *Erster Bericht des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner*, Stand 15.08.2006, abrufbar unter: http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument%2cproperty%3dpdf%2cbereich%3dheimbericht%2csprache%3d; abgerufen am 15.09.13

BMI (Hrsg.) (2011): *Demografiebericht – Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes*; Berlin: Bundesministerium des Inneren

BMJ (Hrsg.)(1994): Arbeitszeitgesetz (ArbZG); JURIS, abgerufen unter Bundesministerium für Justiz: http://www.gesetze-im-internet.de/altpflg/BJNR151310000.html; abgerufen am 28.09.13

BMJ (Hrsg.)(1994): *§ 4 Ruhepausen*, in: *Arbeitszeitgesetz*, JURIS, abrufbar unter Bundesministerium für Justiz: http://www.gesetze-im-internet.de/arbzg/__4.html#Seitenanfang; abgerufen am 30.08.13

BMJ (Hrsg.) (1994): *§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit*; in: *Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung*, JURIS, abrufbar unter Bundesministerium für Justiz: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__14.html; abgerufen am 01.02.14

BMJ (Hrsg.)(1994): *§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit*; in: *Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung*, JURIS, abrufbar unter Bundesministerium für Justiz: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__15.html; abgerufen am 01.02.14

BMJ (Hrsg.) (2003): *Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG);* JURIS, abrufbar unter Bundesministerium für Justiz: http://www.gesetze-im-internet.de/altpflg/BJNR151310000.html; abgerufen am 04.01.14

Bock von Wülfingen, C., Model, T. & Potz, D. (2009): *Qualitätsmanagement*; S. 240 – 279, in: Conzen, C., Freund, J. & Overlander, G. (Hrsg.): *Pflegemanagement heute*; München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer

Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008): *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae - Manual*; 2. Aufl., Göttingen: Verlag Hogrefe

Bürgy, R. (1995): *Integrationskarte: Theoretische Grundlagen*, Seiten 231 bis 239; in: Rogge, K. – E. (Hrsg): *Methodenatlas für Sozialwissenschaftler*; Berlin / Heidelberg, Springer Verlag

Csikszentmihalyi, M. (1999): *Flow – Das Geheimnis des Glücks*; Stuttgart: Klett – Cotta

Ciesinger, K.-G. et al (2011): *Soziale Wertschätzung als Treiber für Qualität und Innovationskraft*; S. 10 – 14, in: Ciesinger, K.-G. et al (Hrsg.) (2011): *Berufe im Schatten - Wertschätzung von Dienstleistungsberufen*; Berlin, Münster: LIT

DAK-Gesundheitsreport (2013); Hamburg: DAK Forschung, abrufbar unter: http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf;
Abgerufen am: 27.03.14

DBFK (2010): ICN-Ethikkodex für Pflegende; Berlin: DBFK, abrufbar unter: http://www.dbfk.de/download/download/10091DBfK-ICN-Ethik-E04kl-web.pdf; abgerufen am: 29.03.14

Ding – Greiner, C. & Lang, E. (2004): *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen*; (S. 182 - 206) in: Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.) (2004): *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Doblhammer,G., Schulz, A., Steinberg, J. & Ziegler, U. (2012): Demografie der Demenz; Bern: Huber Verlag

Dorfmeister, M. (2010): *Invisible Care – ist Pflege unsichtbar?* Pro Care 8/2010 S. 32 -36, Springer-Verlag GmbH,

Dunkel, W. (1994): *Pflegearbeit – Alltagsarbeit / Eine Untersuchung der Lebensführung von AltenpflegerInnen*; Freiburg/Br.: Lambertus Verlag

Dunkel, W. (2003): *Entgrenzte Arbeit in der Altenpflege – Eine neue Entwicklung*?; EAP-Diskussionspapier 10, Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt

Edelmann, D. & Tippelt, R. (2003): *Kompetenz – Kompetenzmessung: ein (kritischer) Überblick*; S.7 – 10, Durchblick 3 | 2004

Ehlers, S. (2010): *Systeme sozialer Sicherung*; S.1214 – 1217, in: *Altenpflege heute*; Sammelband, München: ELSEVIER / Urban & Fischer

Ehret, S. (2009, Oktober): *Eine neue Kultur des Pflegens, des Helfens, des Sorgens.... Herausforderungen für unsere Gesellschaft*. Vortrag gehalten im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Im Blickpunkt: Ausländische Haushaltshilfen“ der Evangelischen Landeskirche Baden und dem Frauenbüro der Stadt Karlsruhe.

Ehret, S. (2010): *Daseinsthemen und Daseinsthematische Begleitung bei Demenz;* (S. 3 - 32) *in Kruse, A.(Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz?,* Heidelberg: AKA, Akad. Verl.-Ges.

Ehret, S. / Jakobs, T. / Wozniak, D. (2013): *Bedingungen guten Alterns – der Weg vom Diskurs zur Verantwortung;* in Rentsch, T. / Kruse, A. (Hrsg.): *Altern in unserer Zeit?,* Frankfurt / M., Campus Verlag

Evers, C. (2009): *Auswirkungen von Belastungen und Stress auf das Verkehrsverhalten von Lkw-Fahrern;* Dissertation Bonn: Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, abrufbar unter: http://hss.ulb.uni-bonn.de/2009/1843/1843.pdf, abgerufen am: 25.03.14

Fenchel, V. (1999): *Die Ausbildungssituation in der Altenpflege*; S. 81 – 91, in: Zimber, A. & Weyerer, S. (Hrsg.) (1999): *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege*; Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Fischbach, A., Decker, C., Zeuch, N., & Lichtenthaler, P.W. (2011): Unterschiedliche Wertschätzungserfahrungen in der Alten- und Krankenpflege; S. 53 – 74, in: Ciesinger, K.-G. et al (Hrsg.) (2011): *Berufe im Schatten - Wertschätzung von Dienstleistungsberufen*; Berlin, Münster: LIT

Fischer, U. L. (2011): *Wertvoll, aber nicht geschätzt - der Altenpflegeberuf*; in *Die neue Caritas*, Magazin des deutschen Caritasverbands für Sozial – Profis, 2011 Heft 08

Flick, U. (1995): *Qualitative Forschung - Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*; 2. Aufl., Hamburg: Rowolt Verlag

Freund, R., Mischer, N. & Seidel, S. (2009): *Betriebswirtschaft und Finanzierung*, S.201 – 237), in: Conzen, C., Freund, J. & Overlander,

G. (Hrsg.): *Pflegemanagement heute*; München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2009): *Resilienz*; München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Gaede, P.-M. (Hrsg.), (2007): *Psychologie – Denken, Fühlen, Handeln*, Band 12 + 13, GEO Themenlexikon, Bibliographisches Institut, Mannheim: Grunert & Jahr

Gehart, R. (2010): *Endokrine, stoffwechsel- und ernährungsbedingte Erkrankungen*; S. 761 – 785, in: *Altenpflege heute*; Sammelband, München: ELSEVIER / Urban & Fischer

Grützner, C. & Jürgens, K. (Hrsg.), (2008): *Altenpflege in Lernfeldern*; Stuttgart, Thieme Verlag

Gussmann, V. et al (2002): *Hessisches Ermittlungsinstrument des Pflegebedarfs in stationären Einrichtungen der Altenhilfe*; Hess. Landesamt für Versorgung und Soziales, nicht veröffentlicht

Goesmann, C., Klatt, R. & Lisakowski, A. (2011): *Der Blick von außen - Ist die Altenpflege so gut (oder schlecht) wie ihr Ruf*; S. 79 – 96, in: Ciesinger, K.-G. et al (Hrsg.) (2011): *Berufe im Schatten - Wertschätzung von Dienstleistungsberufen*; Berlin, Münster: LIT

Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2012): *Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen*, in *Projekt Lohnspiegel.de*; Arbeitspapier 07/2012, Düsseldorf: Wirtschafts- und sozialwissenschaftliches Institut,

Harbach, H. (1992): *Altruismus und Moral*, Opladen: Westdeutscher Verlag

Hasselhorn, H.-M., et al (2005 a): *Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland?* ; S. 135 – 146 in: BAuA

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal* (*NEXT-Studie*); Dortmund, Berlin, Dresden: Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P. & Müller B. H. (2005 b): *Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen?* ; S. 124 – 134 in: BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal* (*NEXT-Studie*); Dortmund, Berlin, Dresden: Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Hasselhorn, H. M., Widerszal-Bazyl, M. & Radkiewicz, P. (2005 c): Effort Reward Imbalance in der Pflege; S. 116 – 123 in: BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal* (*NEXT-Studie*); Dortmund, Berlin, Dresden: Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Heimgesetz für Baden-Württemberg (Landesheimgesetz LHeimG vom 10.06.2008) Stand 31.08.2013, Landesrecht BW Bürgerservice – Portal, abrufbar unter: http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=HeimG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true; abgerufen 15.09.13

Herbst, W. (2004): Durchlässigkeit im beruflichen Schulwesen – Realität oder Traum; BIBB: BWP 6/ 2004, abrufbar unter: http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CE0QFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.bibb.de%2Fveroeffentlichungen%2Fde%2Fpublication%2Fdownload%2Fid%2F956&ei=q0JyU8fZLfDH7Abz4oDQBw&usg=AFQjCNF6Lw77O5nriFJQWiSrJfF1-sow2w&bvm=bv.66699033,bs.1,d.bGE; abgerufen 13.05.14

Heumer, M. & Kühn, C. (2010): *Die Entstehung und Entwicklung der Altenpflegeausbildung – Historische Rekonstruktion des Zeitraums 1950 bis 1994 in Nordrhein – Westfahlen*; Hamburg, Diplomika Verlag

Hofmann, I. (2010): *Stress- und Burnoutprävention in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*; Berlin: Cornelsen Verlag

Huber, J. (2002): *Qualifikation in der Altenpflegeausbildung*; (S. 95 - 102). in: Stöcker, G. (2002): *Bildung und Pflege: Eine berufspolitische Standortbestimmung*; Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft

Hug, T. & Poscheschnik, G. (2010): *Empirisch Forschen*, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft

Hunt, M. (1992): *Das Rätsel der Nächstenliebe*, Frankfurt/New York: Campus Verlag

Joost, A., Kipper, J. & Tewolde, T. (2009): *Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern*; Frankfurth / Main: IWAK – Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur Zentrum der Goethe-Universität

Juchli, L. (1973): *Allgemeine und spezielle Krankenpflege*; 1. Aufl. Stuttgart: Thieme Verlag

Kersting, J.-M. (2007): *Flow- und Sinnerleben in der Arbeit*; S. 134 – 140, in: Schuler, H. & Sonntag, K. (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie*; Göttingen: HOGREFE

Kersting, K. (2002): *Forschung - Qualitative Forschung*; Studienbrief, Evangelische Fachhochschule Ludwigshafen – Hochschule für Sozial- und Gesundheitswesen / Kaiserwerther Diakonie / Aus- und Weiterbildung Kaiserwerther Seminare

Kesselring, T. (2007): *Mens sana in corpore sano – Integrität aus ethischer Sicht,* abrufbar unter: http://www.bernergesundheit.ch/download/Referat_Kesselring.pdf; abgerufen am 21.11.13

KM-BW / Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2009): *Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege;* in: *Lehrplan für die Berufsfachschule Altenpflege;* Stuttgart: Landesinstitut für Schulentwicklung

Klatt, R., et al (2011a): Alten-und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung; S. 31 – 52, in: Ciesinger, K.-G. et al (Hrsg.) (2011): *Berufe im Schatten - Wertschätzung von Dienstleistungsberufen*; Berlin, Münster: LIT

Klatt, R. & Goesmann, C. & Cohnen, H. (2011): *Organisationsentwicklung und Innovation für mehr Wertschätzung von Pflege und Einzelhandel*; in: Ergebnisse aus dem BMBF-Verbundprojekt „*Berufe im Schatten*“; TU Dortmund: Präsentation der Abschlussveranstaltung am 21. Sept. 2011; http://www.berufe-im-schatten.de/data/klatt.pdf; abgerufen am 12.01.14

Klie, T. & Stascheit, U. (2000): *Gesetze für Pflegeberufe*; Baden-Baden: Nomos Verlag

Kirchler, E. & Walenta, C. (2010): *Motivation*; Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Krause, D. E. (2007): *Personen- und führungsbezogene Bedingungen für Innovation*; S. 367 - 372, in: Schuler, H. & Sonntag, K. (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie*; Göttingen: HOGREFE

Krohwinkel, M. (2008): *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken – Prozesspflege als System* (3.Aufl.), Bern: Huber Verlag

Kruse, A. (1987). *Biographische Methode und Exploration;* S. 119 - 136, in: Jüttemann, G. & Thomae, H. (Hrsg.) (1987), *Biographie und Psychologie*. Heidelberg: Springer.

Kruse, A. & Schmitt, E. (1999): *Konfliktsituationen in Alten- und Krankenpflegeheimen;* S. 155 - 169, in: Zimber, A. & Weyerer: *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege*; Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Kruse, A. (2000).: *Grundlagen*; S. 33 – 37, in: Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen;* Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag.

Kruse, A. (2005): *Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters;* in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 8/2005, S.273-285, Heidelberg: Springer

Kruse, A. (2007a): Zukunft *Altern – Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*; Freiburg: Herder spectrum

Kruse, A. (2007b): *Pflege als gesellschaftliche und ethische Herausforderung der Seniorenpolitik im Blick auf Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Personen*; S.6 – 17, in: Igl, G., Naegele, G. & Hamdorf, S. (Hrsg.) (2007): *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*; Hamburg: LIT Verlag

Kruse, A. (2000): *Grundlagen*; S. 33 – 38, in: Wahl, H.-W.(Hrgs) (2000): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*; Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag

Kruse, A. & Wahl, H.-W. (2010): *Alter – Was stimmt? Die wichtigsten Antworten*; Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag

Kruse, A. (2010): *Der Respekt vor der Würde des Menschen am Ende seines Lebens*; S.27 – 55, in: Fuchs, T., Kruse, A. & Schwarzkopf, G.(Hrsg.) (2010): *Menschenbild und Menschenwürde am Ende des Lebens*; Heidelberg: Schriften des Marsilius-Kollegs Band 2, Universitätsverlag Winter

Lanius, F. (2010): *Menschenwürde und pflegerische Verantwortung*; Osnabrück: Universitätsverlag

Landtag BW (2014): *Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege und zur Änderung des Landesverwaltungsgesetzes*; vom 14.05.14, Abgerufen unter: http://www2.landtag-bw.de/WP15/Drucksachen/5000/15_5196_d.pdf**;** abgerufen am29.05.14

Lauber, A. (2001): Grundlagen beruflicher Pflege; 2. Aufl., Stuttgart, New York: Thieme Verlag

Mamarow, R. (2013): *Praxisanleitung in der Pflege*; Berlin, Heidelberg: Springer

Menche, N. (2010): Grundlagen der Krankheitslehre; S.561 – 576, in: *Altenpflege heute*; Sammelband, München: ELSEVIER / Urban & Fischer

Menker, K. & Waterboer, C. (2010): *Qualitätsmanagement und -Sicherung*; S. 1249 – 1252, in: *Altenpflege heute*; Sammelband, München: ELSEVIER / Urban & Fischer

Montada, L. (1996): *Machen Gebrechlichkeit und Krankheit produktives Altern unmöglich?*; S. 382 – 392, in: Baltes, M. & Montada, L. (Hrsg.)(1996): *Produktives Leben im Alter*; Frankfurt/M.: Campus Verlag

Müller, K., Hellwig, S. & Schneider, H. (2010).: *Wertschätzungskultur als Kennzeichen professioneller Pflege*; S.10 – 13, in Fuchs-Frohnhofen, P. et al (Hrsg.) (2010): *Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“*; Marburg: Tectum Verlag

Myring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.), Weinheim + Basel: Beltz Verlag

Myring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse* (8. Aufl.), Weinheim + Basel: Beltz Verlag

Naegele, G. (2007): *Pflege(versicherungs)politik – Bilanz und Erwartung*; S. 18 – 34, in: Igl, G., Naegele, G. & Hamdorf, S. (Hrsg.) (2007): *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*; Hamburg: LIT Verlag

Nienhaus, A., Westermann C. & Kuhnert, S. (2012): *Burnout bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie - Ein Review zur Prävalenz*; S. 211-222 in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2012 / 55

Nöbel, J. (2010): *Betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen*; S. 1242 – 1284, in: *Altenpflege heute*; Sammelband, München: ELSEVIER / Urban & Fischer

Nerdinger, F. W. (2007): *Motivierung*; S. 379 – 387, in: Schuler, H. & Sonntag, K. (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie*; Göttingen: HOGREFE

NEXT-Studie (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal*; Schriftreihe: Übersetzung 15; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, abrufbar unter: http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?buchveroeffentlichung; abgerufen am:08.08.13

Oginska, H.& Camerino, D. & Estryn-Behar, M. & Pokorski, J.(2005): *Arbeitszeitgestaltung in der Pflege in Europa*; (S. 88 – 94) in: BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal* (*NEXT-Studie*); Dortmund, Berlin, Dresden: Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Pfaff, H.(2013): *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*; in Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Pflegestatistik 2011 – Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile;
abgerufen am 21.01.14

Poscheschnik, G., Lederer, B., Perzy, A. & Hug, T. (2010): *Datenerhebung und Datenaufbereitung;* in: Hug, T. & Poscheschnik, G.: *Empirisch Forschen*, Wien UVK

Remmers, H. (2009): Altersbilder in der Pflege; Expertise: Universität Osnabrück: Deutsches Zentrum für Altersfragen

Remmers, H. (2000): *Pflegerisches Handeln – Wissenschafts-und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag

Remmers, H. & Walter, U. (2012): *Einfluss von Altersbildern auf Behandlung und Pflege*; 205 – 230, in: Kruse, A., Rentsch, T. & Zimmermann, H.-P. (Hrsg.) (2012): *Gutes Leben im hohen Alter*; Heidelberg: AKA

Roßbruch, R. (2014): *Die Würde des Menschen ist antastbar – jedenfalls wenn er altersdement oder sonst sehr Pflegebedürftig ist;* S.277-278, in: *PflegeRecht – Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Altenpflege,* 5 – 2014; Luchterhand Verlag

Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2013): *Barmer GEK Pflegereport 2013 – Schwerpunktthema: Reha bei der Pflege*; in: Barmer GEK Pflegereport 2013 (Hrsg.), Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH

Rott, C. (2004): *Demografie des hohen und sehr hohen Alters*; (S. 51 bis 65) in: Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.) (2004): *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Ruckriegel, K. (2007): *Happiness Research (Glücksforschung) – eine Abkehr vom Materialismus*; Nürnberg: Sonderdruckschriftreihe der Georg-Simon-Ohm-FH 38/2007, abrufbar unter: http://www.th-nuernberg.de/fileadmin/Hochschulkommunikation/Publikationen/Sonderdrucke/38_ruckriegel.pdf; abgerufen am 08.12.13

Sahmel, K.-H. (2002): *Das Theorie-Praxisproblem in der Pflegeausbildung*; S. 65 – 84, in: Sahmel, K.-H. (Hrsg.) (2002): *Grundfragen der Pflegepädagogik*; 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Schmitt, E. (2012): *Altersbilder, Altern und Verletzlichkeit – Theoretische Perspektiven und empirische Befunde*; (S. 3 - 32). in: Kruse, A., Rensch, T. & Zimmermann, H.-P. (Hrsg.) (2012): *Gutes Leben im hohen Alter*; Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft AKA

Schützwohl, A. (n.n.): Die kognitive Emotionstheorie von Richard S. Lazarus; Universität Bielefeld: Skript; abrufbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE02/LEHRE/Lazarus.pdf; abgerufen am 24.03.14

Schweikardt, C. & Schulze-Jaschok, S. (2005): *Florence Nightingale – Bemerkungen zur Krankenpflege*; Frankfurt/M.: Mabuse Verlag

Siegrist, J. & Möller-Leimkühler, A. M. (2000): *Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit*; S. 94 – 109 in: Schwartz, F. W., Bandura, B., Leidl, R. Raspe & H. Siegrist, J. (Hrsg.) (2000): *Das Public Health Buch*, 2. Aufl.; München, Jena: Urban und Fischer Verlag

Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen – Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009; Hannover: Studie im Auftrag des Deutschen Pflegerats e.V.

Sittler, E. & Kruft, M. (1997): *Leitfaden Altenpflege*; 1. Aufl., München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Sittler, E. & Kruft, M. (Hrsg.) (2009):*Handbuch Altenpflege*; 3. Aufl., München: Urban & Fischer Verlag / Elsevier

SM-BW & KM-BW / Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren & Ministerium für Kultus, Jugend und Sport (Hrsg.) (2010): *Rahmenplan für die praktische Ausbildung in der Altenpflege in Baden-Württemberg* (2.Aufl.); Stuttgart: Landesinstitut für Schulentwicklung

Sowinski, C. & Behr, R. (Hrsg.) (2002): *Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung / Materialien für die Umsetzung der Stundentafel*; Köln: KDA

Stangl, W. (2014). *Distanzzonen und Territorialität - Der Umgang mit Raum;* in: *Lexikon für Psychologie und Pädagogik.* abrufbar unter: http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Kommunikation-Distanz.shtml; abgerufen am 07.06.14

Statista (2013): *Scheidungsquote in Deutschland von 1960 bis 2012*, Statistisches Bundesamt, abrufbar unter: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/76211/umfrage/scheidungsquote-von-1960-bis-2008/; abgerufen am 30.08.13

Statista (2014): Umfrage zum Vertrauen in verschiedene Berufsgruppen; Statistisches Bundesamt, abrufbar unter: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1470/umfrage/vertrauen-in-verschiedene-berufsgruppen/; abgerufen am 05.04.14

Stegmaier, R. (2007): Kompetenzentwicklung in der Arbeit; S. 126 – 140, in: Schuler, H. & Sonntag, K. (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie*; Göttingen: HOGREFE

Süddeutsche.de (11.09.13): Deutschland im Pflegenotstand; abrufbar unter: http://www.sueddeutsche.de/karriere/fachkraeftemangel-in-der-pflege-deutschland-kaempft-bisher-vergeblich-gegen-pflegenotstand-1.1768493; abgerufen am 20.12.13

Thiel, V. (2004): *Reform des Krankenpflegegesetzes – Herausforderungen für die Pflegebildungseinrichtungen*; in PR-Internet 6/2004, 93-98

van der Schoot, E., Oginska, H. & Estryn-Behar, M. (2005): *Burnout in Pflegeberufen in Europa*; S. 57 – 62, in: BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal* (*NEXT-Studie*); Dortmund, Berlin, Dresden: Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Ver.di, Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.) (2012): *Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012*; Bereich Berufspolitik / Jugend, Berlin: Printnetwork pn GmbH

Walter, U., Kruse, A., Klie, T. & Nägele, G. (2010): *Altersbilder in der Pflege*; in: BMFSFJ (2010): *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft;* Berlin: Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

Walter, U. & Remmers, H. (2010): *Altersbilder in Medizin und Pflege*; S. 103 – 115, in: Kruse, A. (Hrsg.) (2010): *Leben im Alter*; Heidelberg: AKA

Wiens, D. & Coers, S. (2013): *Gewichtsveränderung in der Berufsausbildung – Wo besteht Handlungsbedarf*; S. 159 – 162, in: *Padua – Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und – Bildung*; 2013 / 3, Göttingen: Huber Verlag

Witzel, A. (2000). *Das problemzentrierte Interview* [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22, Revised 7/2008, abrufbar unter: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228; abgerufen am 14.07.13

Zeiser, M. (2006): *Tätigkeitsnachweis und Beurteilungsheft*; Troisdorf: Bildungsverlag eins

Zimbardo, P.G. / Gerrig, R.J. (1999): *Psychologie;* (7. Auflage), Heidelberg / New York: Springer Verlag

Zimber, A., Albrecht, A., Weyrer, S. & Cohn-Mansfield, J.(2012): *Forschungs-konzepte zu Arbeitsbelastungen, Beanspruchung, Stress und ihre Folgen*; S97 – 112, in: Zimber, A. & Weyrer, S. (Hrsg.) (2012): *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege*; Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie

Zimber, A. & Weyrer, S. (2012): Belastungen, Beanspruchung und Burnout; S.466 – 471, in: Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C. & Ziegelmann, J. P. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie; 2. Aufl., Stuttgart,: Kohlhammer Verlag

9.2 Abbildungsverzeichnis

9.2.1 Grafiken

Nummer der Grafik	Bezeichnung	Erstellt von
1.	Lebenserwartung bei der Geburt in Deutschland 1871 bis 2050	Demografie – Portal des BiB
2.	Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 1910,1950, 2010 und 2060	BMI 2011 / 11
3.	Pflegebedürftige Personen nach Alter und Geschlecht in Deutschland, 2011	Demografie – Portal des BiB
4.	Zahl der Pflegebedürftigen nach Altersgruppen in Deutschland 1999 bis 2050	Demografie – Portal des BiB
5.	Verlauf von Alterungsprozessen und Erkrankungen	Ding – Greiner & Lang 2004 / 196
6.	Dimensionen des Alters	Ensink 2014 nach Kruse
7.	Vernetzung von theoretischer und praktischer Ausbildung	Ensink 2008
8.	Organisationsstruktur Trägerschaft von Krankenpflegeschulen	Thiel 2004
9.	Ansehen von Pflegefachkräften in der Bevölkerung	Klatt et al 2011a
10.	Wieviel verdienen die Beschäftigten in den verschiedenen Pflegeberufen	Hans-Bökler-Stiftung 2012 / 5
11.	Bruttomonatsverdienst in Kranken- und Altenpflege	Goesmann & Nölle 2009/6
12.	Beschäftigte in Pflegeheimen 2007 nach Arbeitszeit	Goesmann & Nölle 2009/7
13.	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Gesundheitsberufen nach Alter	Bundesagentur für Arbeit 2011/10
14.	Fachkräfteengpässe in Gesundheits-	Bundesagentur für

	und Pflegeberufen	Arbeit 2011 / 15
15.	Durchschnittliche Länge des Berufsverlaufs von Altenpflegern bis 31.12.2004	Joost, Kipper & Tewolde, 2009 / 25
16.	Anteil der im Beruf verbleibenden Altenpfleger nach 5-Jahres-Intervallen	Joost, Kipper & Tewolde, 2009 / 28
17.	Anforderungs-Kontroll-Modell beruflicher Belastungen	Siegrist & Möller-Leimkühler 2000 / 99
18.	Modell beruflicher Gratifikationskrisen	Siegrist & Möller-Leimkühler 2000 / 100
19.	Balance von Aufwand und Belohnung beruflich Pflegender im Vergleich Deutschland und Niederlande	Ensink 2014 nach Hasselhorn, Widerszal-Bazyl & Radkiewicz 2005c
20.	Individuelle und organisatorische Risikofaktoren für Burnout	Ensink 2014 nach Zimber & Weyerer 2012
21.	Individuelle und organisatorische Risikofaktoren für Burnout	Menche 2010 / 563
22.	Modell induktiver Kategorienbildung	Mayring 2002 / 116
23.	Mustergrafik	Ensink 2014
24.	NEO FFI Gruppenvergleich	Ensink 2014
25.	Berufliche Entwicklung	Ensink 2014
26.	Soziale Motivation	Ensink 2014
27.	Langzeitpflege erfordert besondere Fähigkeiten	Ensink 2014
28.	Weiterbildung ist für die berufliche Entwicklung bedeutsam	Ensink 2014
29.	Ausbildung	Ensink 2014
30.	Moralische Integrität als Grundlage beruflicher Eignung	Ensink 2014
31.	Gutes medizinisches Grundwissen ist für das tägliche pflegerische Handeln hilfreich	Ensink 2014
32.	Theoretisch fundiertes pflegerisches Wissen erleichtert das tägliche pflegerische Handeln	Ensink 2014
33.	Mangelhafte Unterstützung der Altenpflegeschüler/innen in der theoretischen und / oder praktischen Ausbildung	Ensink 2014

34.	Engagierte Praxisanleitung hilft zukünftigen Pflegekräften Selbstvertrauen zu entwickeln	Ensink 2014
35.	Bedeutung des Berufs heute	Ensink 2014
36.	Identifikation mit dem Pflegeberuf	Ensink 2014
37.	Positive Grundeinstellung versus Hoffnungslose Grundeinstellung	Ensink 2014
38.	Pflege benötigt Altruismus	Ensink 2014
39.	Pflege hat sich positiv entwickelt	Ensink 2014
40.	Rahmenbedingungen	Ensink 2014
41.	Unglücklich durch Rahmenbedingungen	Ensink 2014
42.	Rahmenbedingungen müssen Entscheidungsfreiheit in der Pflege ermöglichen	Ensink 2014
43.	Individuelle Pflege und Autonomie der zu Pflegenden im Hinblick auf die Rahmenbedingungen	Ensink 2014
44.	Stressfaktor Zeitdruck in der Pflege	Ensink 2014
45.	Stressfaktor mangelnde Einarbeitung	Ensink 2014
46.	Stressfaktor Pflegedokumentation versus Pflegedokumentation ist nützlich	Ensink 2014
47.	Stressfaktor Arbeitsunterbrechungen	Ensink 2014
48.	Stressfaktor Arbeitszeit	Ensink 2014
49.	Einklang von Arbeitszeiten und Privatleben	Ensink 2014
50.	Stressfaktor Interrollenkonflikte	Ensink 2014
51.	Verständnis des Partners für die Arbeitszeiten	Ensink 2014
52.	Stressfaktor gesetzliche Bestimmungen	Ensink 2014
53.	Stressfaktor interne und externe Qualitätskontrollen	Ensink 2014
54.	Persönliche Rahmenbedingungen	Ensink 2014
55.	Wert von Pflege	Ensink 2014
56.	Gute Pflege	Ensink 2014
57.	Kriterien guter Pflege	Ensink 2014
58.	Pflege hat einen therapeutischen Wert	Ensink 2014
59.	Langzeitpflege ist lebendig	Ensink 2014
60.	Erfolgreiche Pflege ist eine Kunst	Ensink 2014
61.	Nähe und Distanz	Ensink 2014
62.	Krankenhauspflege ist distanziert	Ensink 2014
63.	Langzeitpflege erfordert die Fähigkeit zu Nähe und Distanz	Ensink 2014
64.	Umgangsformen in der Pflege	Ensink 2014

65.	Berufliches Selbstbewusstsein und Image der Pflege	Ensink 2014
66.	In der Bevölkerung ist das Handlungsfeld der (Alten-) Pflege nicht bekannt	Ensink 2014
67.	Mangelhafte Vergütung zeugt von mangelnder Wertschätzung des Altenpflegeberufs durch die Gesellschaft	Ensink 2014
68.	Kontrollen von außen und die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen haben Auswirkungen auf das Image der Altenpflege in der Öffentlichkeit	Ensink 2014
69.	Die häufige Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen ist bemerkenswert	Ensink 2014
70.	Mangelndes pflegerisches Selbstvertrauen versus Vertrauen in die eigenen pflegerischen Fähigkeiten	Ensink 2014
71.	Pflege ist heute selbstbewusster	Ensink 2014
72.	Zusammenarbeit	Ensink 2014
73.	Hierarchien in der Altenpflege	Ensink 2014
74.	Verhalten von Mitarbeitern gegenüber Vorgesetzten	Ensink 2014
75.	Zusammenhalt innerhalb des Teams	Ensink 2014
76.	Kleine Veränderungen verändern das ganze System	Ensink 2014
77.	Um die Pflege weiter entwickeln zu können, muss die Rolle der Wohnbereichsleitung für alle klar sein und akzeptiert werden	Ensink 2014
78.	Manchmal muss man Kompromisse eingehen, um das Ziel zu erreichen	Ensink 2014
79.	Umgang mit negativer Grundstimmung von Mitarbeitern im Pflegeteam	Ensink 2014
80.	Es kann notwendig sein, sich von Kollegen mit schadender Haltung wieder zu trennen	Ensink 2014
81.	Empfinden von erlebten Abwertungen in der Pflege	Ensink 2014
82.	Umgang mit Belastungen	Ensink 2014
83.	Moralische Integrität als Grundlage innerer Ruhe	Ensink 2014

84.	Konzentration auf die aktuelle Situation ist entlastend	Ensink 2014
85.	Belastende Rahmenbedingungen wirken sich auf das Wohlbefinden Pflegender aus	Ensink 2014
86.	Berufserfahrung unterstützt Problemlösungen	Ensink 2014
87.	Langzeitpflege erfordert Flexibilität	Ensink 2014
88.	(Langzeit-) Pflege erfordert Fähigkeiten zur Selbstdistanzierung	Ensink 2014
89.	Echtes Interesse an der Berufsgruppe der Pflegenden	Ensink 2014
90.	Kultur positiver Rückmeldung entwickeln	Ensink 2014
91.	Bewohner und Angehörige beteiligen sich gerne an einer Kultur positiver Rückmeldung	Ensink 2014
92.	Selbstmitleid ist ein ausgeprägtes Phänomen in der Pflege	Ensink 2014
93.	Glücklich im Beruf	Ensink 2014
94.	Lebendigkeit ist die Essenz der Zufriedenheit	Ensink 2014
95.	Gute Rahmenbedingungen	Ensink 2014
96.	Man muss im persönlich richtigen Arbeitsfeld arbeiten, um im Pflegeberuf glücklich zu werden	Ensink 2014
97.	Vorgesetzte sollten auf ein persönlich richtiges Arbeitsfeld der Mitarbeiter achten	Ensink 2014
98.	Pflege benötigt Freiraum	Ensink 2014
99.	Vertrauen in die Pflegeperson	Ensink 2014
100.	Austausch mit anderen und Supervision als entlastende Methode in der Langzeitpflege	Ensink 2014
101.	Festhalten an ethischen Werten und/oder Spiritualität als Ausgleich	Ensink 2014
102.	Orientierung an Religiosität und moralischen Grundsätzen	Ensink 2014
103.	Humor in der Pflege	Ensink 2014
104.	Der Pflegeberuf ist der beste Beruf	Ensink 2014
105.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Berufliche Entwicklung	Ensink 2014
106.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Ausbildung	Ensink 2014

107.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Bedeutung des Berufs heute	Ensink 2014
108.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Rahmenbedingungen	Ensink 2014
109.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Wert von Pflege	Ensink 2014
110.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Nähe und Distanz	Ensink 2014
111.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Berufliches Selbstbewusstsein	Ensink 2014
112.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Zusammenarbeit	Ensink 2014
113.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Umgang mit Belastungen	Ensink 2014
114.	Nennungshäufigkeit im Vergleich – Glücklich im Beruf	Ensink 2014
115.	Modell: Gelingender, wertschätzender Führungsstil in der Pflege	Ensink 2014
116.	Modell: Moralischer Integrität pflegender Fachkräfte als Grundlage beruflicher Zufriedenheit	Ensink 2014

9.2.2 Tabellenverzeichnis

Tabellenverzeichnis		
1.	Stichprobenbeschreibung Übersicht der demographischen Daten	Ensink 2014
2.	NEO FFI - AM der beiden Teilnehmergruppen im Vergleich zum AM der Bevölkerung	Ensink 2014
3.	Bandbreitenberechnung - Exemplarische Berechnung von Pflegeschlüsseln der Ober- und Untergrenze im Vergleich	Ensink 2014
4.	Merkmale attraktiver und unattraktiver stationärer Pflegeeinrichtungen im Vergleich	Ensink 2014

9.3 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AltPflG	Altenpflegegesetz
AltPflAPrV	Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
AP-A	Altenpflegeausbildung

BA	Bundesanstalt für Arbeit
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BMFSFJ	Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
DBFK	Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe
DRGs	Diagnosis Related Groups; Deutsch → Diagnosebezogene Fallgruppen
EL	Einrichtungsleitung
GPR	Gesundheitspersonalrechnungen
HL	Heimleitung
KiKP	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
KiKP-A	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung
KP	Gesundheits- und Krankenpfleger
KP-A	Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung
MASFFS-BW	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Baden - Württemberg
MKS-BW	Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, Baden - Württemberg
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Sozialversicherungen
NEO FFI	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrea
NEXT	Nurses´ early exit study =
PDL	Pflegedienstleitung
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI
TVöD	Tarifvertrag öffentlicher Dienst
WBL	Wohnbereichsleitung
WTBG	Wohn-, Teilhabe- und Betreuungsgesetz

10. Anhang

10.1 Fragebogen zu demografischen Daten

Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Fragebogen
Demographische Daten

In diesem Bogen werden einige wenige persönliche Daten von Ihnen abgefragt. Diese persönlichen Daten fließen nicht in die Auswertung der anderen Bögen ein, sondern dienen nur zur besseren Orientierung vor der Auswertung. Alle Angaben sind freiwillig und bleiben innerhalb der Auswertung der erhobenen Daten anonym.

Datum:

Code: _ _ _ _

(Erster Buchstabe Vorname Mutter / Erster Buchstabe Vorname Vater / Erster und letzter Buchstabe des eigenen Vornamens)

Wie ist Ihr Familienstand?		Wie ist Ihre familiäre Situation?	
ledig		Ich lebe alleine	
verheiratet		Ich habe eine feste Partnerschaft. Wir leben gemeinsam	
geschieden		Ich habe eine feste Partnerschaft, wir leben aber in getrennten Haushalten	
verwitwet		Ich lebe in einer Gruppe / Wohngemeinschaft	

Haben Sie Kinder?			
nein		ja	
Wenn Sie Kinder haben,			
wie viel Kinder haben Sie?			
wie alt sind die Kinder?			
Leben die Kinder in Ihrem Haushalt			
nein		ja	

Können Sie Ihre Arbeitszeiten mit Ihrem Privatleben in Einklang bringen?		Hat Ihr/e Partner/in Verständnis für Ihre Arbeitszeiten?	
immer		immer	
meistens		meistens	
selten		selten	
nie		nie	

10.2 Leitfragen: Narratives Interview

Leitfragen zu den narrativen Interviews

Fragen zum Interview - Einstieg:

- **Wie sind Sie eigentlich in die Pflege gekommen? Könnten Sie das chronologisch erzählen?**
- **Was bedeutet Ihr Beruf heute für Sie?**
- **Wenn Sie an Ihren Berufsalltag denken, was fällt Ihnen dazu ein?**
- **Können Sie über konkrete Situationen in Ihrem Berufsalltag berichten und wie Sie sich dabei gefühlt haben?**

- **Justierungsfragen:**
- **Was ist für Sie gute Pflege?**
- **Hat sich Ihre Sichtweise/ Ihr Konzept guter Pflege verändert?**
- **Glauben Sie, dass Sie in Ihrem eigenen pflegerischen Tun Ihr Konzept guter Pflege verwirklichen?**
- **Können Sie eine Pflegesituation beschreiben, die Ihnen Freude bereitet hat?**
- **Sie haben mir von einigen negativen Dingen erzählt. Menschen reagieren ja ganz unterschiedlich in solchen Situationen. Mich würde interessieren, wie Sie damit umgehen.**
- **Was denken Sie , ist wesentlich um im Beruf glücklich sein zu können**
  - **im Beruf selbst**
  - **privat**

10.3 Kodierleitfaden

Kategorie Hauptkategorien	Kategorie Unterkategorien	Definition	Ankerbeispiele	Kodier Regel
Berufliche Entwicklung				
1.	Entstehung des Interesses an der Pflege	Beschreibt wann und wodurch das beginnende Interesse am Berufsfeld Pflege ausgelöst wurde.	Also, Berufswahl war - denk ich - relativ zufällig, ich war - ehm - mit meiner Freundin zusammen im Jugend-Rot-Kreuz organisiert, wir haben da vieles gemeinsam unternommen und - äh - was uns da sehr imponiert hat, das waren s o Arztvorträge über so wahnsinnige Sachen wie **Pneumothorax** , das vergess ich nie (lachend), da war ich vielleicht so so zehn / elf Jahre alt (lachend) - und es hat mich so fasziniert, dass ich gedacht hab, boah, das könnt der Beruf sein, **(EWRE** 00:00:21-4)	
2.	Soziale Motivation	Soziale Motivation beschreibt die Idee, sich zum Wohle der Gesellschaft einbringen zu wollen	[….] dann waren wir [….] in der Phase, dass wir gedacht haben, wir müssen die Welt verbessern und wo	

		und deshalb einen sozialen Beruf zu wählen	kann man das, das kann man in der Pflege, äh, jo, so waren wir halt (EWRE 00:00:21-4	
3.	Langzeitpflege erfordert besondere Fähigkeiten	Die Unterkategorie beschreibt die Notwendigkeit, sich auf besondere Anforderungen der Langzeitpflege einlassen zu können. Sie bezieht sich auf die im Laufe der beruflichen Entwicklung entfaltete Fähigkeit, sich auf langfristige Pflegebeziehungen eingehen zu können.	es hat lange gedauert, bis ich dahin kam, zu sagen, ich kann Langzeitpflege machen, ich kann mich da drauf einlassen - äh - das erfordert nämlich völlig andere Fähigkeiten und die hab ich einfach mit Anfang Zwanzig gespürt, dass ich die noch nicht hab. (EWRE 00:03:35-4)	
4.	Weiterbildungen ist für die berufliche Weiterentwicklung bedeutsam	Die Unterkategorie bezieht sich auf den Wert von Weiterbildung im Zusammenhang mit dem beruflichen Entwicklungsprozess in der Pflege	Für mich war's zum Beispiel immer ganz wichtig, - äh - dass ich genug Möglichkeiten hatte, mich fortzuentwickeln, weiterzubilden. Wenn ich drüber nachdenk, dann hab ich im Beruf mehr als - äh - 8 Jahre Ausbildung gemacht und das für mich ganz wichtig. (EWRE 00:51:38-4)	
5.	Mangelnde Unterstützung bei Weiterbildungen	Die Unterkategorie beschreibt die mangelnde Unterstützung durch Arbeitgeber oder Agentur für Arbeit bei Weiterbildungsvorhaben von Pflegenden	[....] weil ich da noch der Meinung war, dass das Arbeitsamt mich - äh äh - erheblich fördern würde, was es dann nicht getan hat. Jetzt musst ich	

			dann die Förderung erst einklagen, das hat dann zwei Jahre gedauert, dann war meine Ausbildung zu Ende. Die Klage hab ich zwar gewonnen, aber es hat mir dann nix mehr genutzt. (EWRE / 00:02:38-4)	
Ausbildung Die Kategorie Ausbildung beschreibt die Vermittlung des Theorie- Praxistransfers, die Rahmenbedingungen von Ausbildung in der (Alten)-pflege und die daraus resultierenden Auswirkungen				
1.	Moralische Integrität als Grundlage beruflicher Eignung	Beschreibt die Notwendigkeit als Person über feste positive Wertvorstellungen zu verfügen, zu diesen zu stehen und sie im tgl. pflegeberuflichen Handeln umsetzen zu können.	Als ich Altenpflege gelernt hab, waren das in unserer Klasse - es war die erste berufsbegleitende Klasse - viel Ältere, ja. Wenn ich heute manchmal auf so einem Austausch mit - mit Schülern und so seh', ah ja, der ist wieder nicht in die Schule gegangen, und der hat soundso viel Fehlzeiten oder ne, (unverständlich), oder der ist wieder krank oder so, ich denk mir einfach ... es fehlt einfach an dem Bewusstsein von den Menschen, die - die Altenpfleger lernen, was mach ich eigentlich da. Ja. Es kann ja heute (unverständlich) - das hört sich jetzt vielleicht ein	

			bissel krass an - aber die Schulen . . nehmen ja wirklich fast alles.. was nicht schnell genug den Baum rauf kommt, oder mal gar nichts kriegt, ne - was machen wir – Altenpflege.(EESA 00:46:49-8)	
2.	Gutes medizinisches Grundwissen ist für das tägliche pflegerische Handeln hilfreich	Die Unterkategorie bezieht sich gezielt auf den Wert medizinischen Grundwissens in Pflegeausbildungen	[…]wobei ich nie bereut hab - äh - sondern, dass ich das heut immer noch abs.. als absoluter Vorteil sehe, dass ich so 'ne Arzt orientierte Ausbildung hatte. Äh - es hilft nämlich überhaupt nix, wenn man... wenn man gute Pflege kann, und man kennt sich mit Krankheitsbildern überhaupt nicht aus. […] Und wenn man das Wissen nicht hat, dann kann man halt - man kann in der Pflege noch so gut sein - man kann manches nicht lösen, wenn man nicht weiß, was eigentlich dahinter ist. Und wenn ich nicht die richtigen Hinweise an Ärzte weiter geben kann, dann nutzt mir manchmal auch die beste Pflege nicht.(36. u. 37. EWRE 00:22:51-7)	

3.	Theoretisch fundiertes pflegerisches Wissen erleichtert das tägliche pflegerische Handeln	Die Unterkategorie bezieht sich gezielt auf den Wert theoretischen Pflegewissens in Pflegeausbildungen für die pflegerische Tätigkeit in der Praxis	,,, Ja mir fällt - ehm - 'ne Situation ein in der Ausbildung. Also ich hab mich 'n bisschen auch mit Validation beschäftigt gehabt, wir ha'm das angeschnitten in der Ausbildung und das war - ehm - ich war im Spätdienst abends. Und ich hab 'ne Bewohnerin versorgt, die war 'ne ehemaligen - also sie war Krankenschwester von Beruf und ich hab sie in's Bett gebracht und es war alles okay, ich mach die Tür zu. Nach 5 Minuten klingelte sie und ich kam rein, okay, was is los? […] Ja, sie - sie hat die ganze Nacht geschlafen, die hat nicht mehr geklingelt und dann hab ich gedacht, ja und das is Validation. Das war total toll. […] Und das war in der Ausblldung. Also das fand ich schon beeindrucken, […] (MAJA 00:18:09-2)	
4.	Mangelhafte Unterstützung der Altenpflegeschüler/innen in der theoretischen und / oder praktischen Ausbildung	Beschreibt Situationen der Missachtung ihrer Rechte als Auszubildende in der theoretischen und / oder praktischen Ausbildung,	Interv. Und haben Sie den Lehrern das erzählt? HVHA: Ja. Interv. Und was haben die Lehrer	

		die den Zielen ihrer Ausbildung entgegen stehen.	gemacht? HVHA: Nichts.. (lacht) wie immer. Zum Beispiel war eine Situation, die fand ich ganz extrem - die Bewohnerin mit dem Schlaganfall - ehm - , da war ich im Spätdienst alleine und die Pflegedienstleitung war zu dem Zeitpunkt noch nicht da. Und ich sollte bis zu 'nem gewissen Zeitpunkt - ich weiß nicht - 2 Stunden oder so war ich dann immer allein, und das im 1. Lehrjahr. (HVHA 00:12:58-9 + 00:13:01-2)	
5.	Engagierte Praxisanleitung hilft zukünftigen Pflegefachkräften Selbstvertrauen zu entwickeln.	Die Unterkategorie beschreibt die Auswirkung engagierter Praxisanleitung auf das spätere berufliche Selbstvertrauen, oder bei Fehlen engagierter Praxisanleitung die gegenteilige Wirkung	[....] Und dann muss ich immer sagen, halt stopp, so kann ich das überhaupt nicht sehen. Natürlich haben wir Zeit dazu, aber vielleicht nicht heute für alles. Aber für eine Sache hab ich heute Zeit... Was wollen wir... was.. auf welches Thema wollen wir heut gehen, was ihr gestern gelernt habt. Ehm - ja? Dann gehen wir auf ein Thema und dann machen wir genau ein Thema heute. Und dann gucken wir mal,	

			das wir das Thema bei dem Bewohner durchziehen und beim nächsten und beim nächsten und beim nächsten. Und dann haben wir schon was ganz Tolles geleistet. (EWRE 00:32:00-7)	
Bedeutung des Berufs heute				
1.	Identifikation mit dem Pflegeberuf	Die Unterkategorie beschreibt die bewusste oder unbewusste Akzeptanz oder Ablehnung der eigenen Rolle als Pflegefachkraft im derzeitigen Berufsfeld	Was er bedeutet? Also für mich ist er - ehm - ganz wichtig. Ich kann mir, also, ich kann mir mein Leben ohne meinen Beruf überhaupt nicht vorstellen, also das ist so. (EWRE 00:07:26-5)	
2.	Positive Grundeinstellung	Die Unterkategorie beschreibt den grundsätzlich positiven Blick auch auf schwierige Situationen	Also, ich versuche immer, aus dem, was gera.. was gera... was ich gerade erlebe, halt so das Beste zu machen. (EWRE 00:12:21-0)	
3.	Hoffnungslose Grundeinstellung	Die Unterkategorie beschreibt den grundsätzlich hoffnungslosen Blick auf die Situationen der Altenpflege	Aber das - ich glaub da ehrlich gesagt nicht dran, dass das irgendwie sich was bewegt. Also ich erleb's bestimmt nicht mehr. (EESA 00:46:49-8)	
4.	Pflege benötigt Altruismus	Beschreibt die Notwendigkeit einer altruistischen Grundeinstellung um eine positive Bilanz der beruflichen	Also man muss dann schon sehr viel Idealismus mitbringen. .... (EESA 00:06:28-9)	

		Pflege ziehen zu können.		
5.	Pflege hat sich positiv entwickelt	Positive Sichtweise auf die Entwicklungen in der stationären Altenpflege und die damit verbundene Motivation für die berufliche Tätigkeit	Also ich hab ja den - die Altenpflege kann man sagen - von den Kinderschuhen auch mitgekriegt - es hat sich sehr viel getan zum Positiven.... Ich hab also alles - die Deku bis Schussbehandlung mit Fönen und Eisen - hab ich alles mitgemacht. Ich hab die ganzen Fixierungen mitgemacht, das - das kenn ich alles, also das hat sich alles sehr - sehr zum Positiven geändert. Und das ist das, was mich auch motiviert. Ja. (AJKA 00:04:45-3)	
Rahmenbedingungen				
1.	Unglücklich durch Rahmenbedingungen	Beschreibt Pflegende in ihrer Tätigkeit als Opfer der Rahmenbedingungen, in denen sie Pflege leisten. Sie stellt dar, dass durch die Rahmenbedingungen die Freude an der pflegerischen Arbeit zerstört wird.	Mir macht Pflege Spaß, aber (stottert) mir macht - mir machen die Bedingungen keinen Spaß, ich finde die Bedingungen scheußlich. (EESA 00:44:48-9)	
2.	Rahmenbedingungen müssen Entscheidungsfreiheit in der Pflege ermöglichen	Rahmenbedingungen müssen selbstbestimmtes Handeln und Denken der Pflegenden ermöglichen	Was ist das, was mich glücklich macht? Ja - ich brauch Möglichkeiten, dass ich Dinge auch	

			selber für mich entscheiden darf, wann ich was tu, oder so. Dass ich - äh - dass nicht alles so schrecklich vorgegeben ist, sondern, ich brauch Grundlagen, ich brauch Handwerkszeug, ich brauch viel Handwerkszeug, dass ich mir in jeder Situation das richtige Handwerkszeug aussuchen kann, das ich anwende. (EWRE 00:40:58-9)	
3.	Individuelle Pflege und Autonomie der zu Pflegenden im Hinblick auf die Rahmenbedingungen	Die Unterkategorie beschreibt die Auswirkungen der Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege auf die Möglichkeiten bei der täglichen Pflege die Individualität und die Autonomie der Pflegebedürftigen berücksichtigen zu können.	Und denen macht man's dann noch irgendwo .. nicht einfach, indem man sie halt nicht in ihren Bedürfnissen wahrnimmt. Indem man sie halt nicht so wahrnimmt, wie sie's eigentlich gern hätten. Weil's nicht geht. [….]. Ich muss das entweder warten, bis der gefrühstückt hat, muss es dann reintragen, und das ist für mich - in dem Moment, wenn ich sowas mach - ... entmündige ich auf eine gewisse Art und Weise den fitten Bewohner.[….] . Die sind halt da, das ist denen ihr Zuhause. Und die kriegen dann eben gesagt, die	

			Medikamente, das gibt's nicht mehr, das geht so nicht.... Und das ist schlecht... (EESA 00:16:21-6)	
4.	Stressfaktor Zeitdruck in der Pflege	Die Unterkategorie beschreibt die Äußerungen über fortgesetzten Zeitdruck und die mit den Äußerungen verbundene Akzeptanz oder Ablehnung dieses Zeitdrucks. Sie schließt Äußerungen über Personalausfälle und damit verbundene Überstunden ebenfalls ein	Ich denk, dies - diesem Stressfaktor Zeit muss man rausnehmen, dauernd den Leuten zu vermitteln, dass sie keine Zeit hätten. (EWRE 00:40:58-9)	
5.	Stressfaktor mangelnde Einarbeitung	Beschreibt mangelhafte Einarbeitung und fehlende Einarbeitungszeit und die daraus resultierende Folge für die Pflegequalität	Weil's einfach irgendwo auch nicht - nicht - nicht machbar ist oftmals, dass man einen neuen Mitarbeiter adäquat einarbeitet, ja? [….] Die werden eingestellt, und sind auf dem Dienstplan und sind auch voll einsatzfähig. Ah ja..... Das ist so. Einarbeitungszeit - gut die kriegen vielleicht gezeigt, wo das Klo ist und wo dies und jenes ist, oder - oder - oder was es zu - aber richtige - richtige Einarbeitung, so richtig, wie's eigentlich sein müsste, dass man ihn dann auch als Mitarbeiter - als	

			adäquater Mitarbeiter führen kann, das muss der sich schon selbst irgendwo gucken und machen, ne. Und wenn es halt jemand nicht ist, der sich das selbst bissel aneignet und guckt und wach ist, ja, dann haben wir einen Mitarbeiter, der halt irgendwo nicht so gut ist, weil er's - weil ihm halt irgendwas gefehlt hat. ..... (EESA 00:34:41-3)	
6.	Stressfaktor Pflegedokumentation	Stressfaktor Pflegedokumentation beschreibt die empfundene Belastung, auch bzgl. des Zeit-Managements, der Pflegenden im Hinblick auf die Pflegedokumentation	[…] Für mich ist das Schwachsinn und es raubt Zeit. […] ich brauch, wenn ich morgens 12 / 13 Bewohner hab, die ich machen muss, dann brauch ich meine Zeit. Und dann muss man das aber so timen, dass man da in unserer - in unserer Arbeitszeit, die uns zur Verfügung steht, alle an dem Computer waren. Also muss das schon aufgeteilt werden, jetzt gehst du dran, jetzt gehst du dran - das ist zeitaufwändig und unnötig. Für meine Begriffe unnötig. (EESA 00:11:28-4)	
7.	Pflegedokumentation ist nützlich	Beschreibt die positiven Aspekte der Pflegedokumentation	Ja. [….] und wir haben sehr sehr genau dokumentiert.. Aber seit dem	

			Vorfall - [….] war ich die einzigste Wohnbereichsleitung, die da drauf bestanden hat, dass jede Schicht zu jedem Bewohner was dokumentiert. Ich hab - nicht nur was Negatives, es muss auch das Positive dokumentiert werden. Und da bin ich heut noch, und das ist schon ein paar Jahre her. (29. AJKA 00:14:33-6) […] Deswegen sag ich, es ist auch wichtig, die Dokumentation. Die ist wichtig. [….] (AJKA 00:15:23-2)	
8.	Stressfaktor Arbeitsunterbrechungen	Die Unterkategorie beschreibt die Äußerungen über Arbeitsunterbrechungen, denen Pflegende während ihrer pflegerischen Arbeit ausgesetzt sind	Äh - der Stressfaktor Lärm ist wegzunehmen, ehm - so wie Klingeln, die man aus dem ganzen Haus hört, sind total lästig, man muss 10 Mal die Arbeit unterbrechen für nix - äh - solche Faktoren sollte man wegnehmen. (EWRE 00:40:58-9)	
9.	Stressfaktor Arbeitszeiten	Beschreibt die sich zu anderen Berufen deutlich unterscheidenden Schichtdienste und Arbeitszeiten und die damit verbundenen Einschränkungen und Belastung des	Ja, das zum Beispiel. Gucken Sie mal, wieviel Pflegeheime haben noch - äh - Nachtschwestern, die 11 Stunden arbeiten. 11 Stunden, das ist heavy, ne. Und dann allein ein	

		Privatlebens.	ganz - ein ganzes Haus mit 50 Bewohner, das sie versorgen müssen, ne. Da sind grad die kleinen Pflegeheime, wo ich jetzt mein, ne. Oder haben die 6-Tage-Woche, ne? Oder saublöde Arbeitszeiten.. Ich mein, wir haben jetzt auch die Arbei - bei uns machen wir den 22 Uhr - Dienst, ne, den haben wir jetzt den Bewohnern angegliedert, ne. Das geht aber auch an die Substanz, ne. Das heißt, ich fang jetzt um dreiviertel zwei an und arbeit bis um zehn heute abend. Ich hab zwar jetzt - fehr - mehr vom Vormittag, das ist ok. Aber ich komm um halb elf - dreiviertel elf heim, bin platt. (AJKA 00:48:01-0)	
10.	Stressfaktor Interrollenkonflikte	Beschreibt die Konfliktsituationen, die sich durch die verschiedenen Rollen in Berufs- und Privatleben ergeben, z. B. Wiedersprüche die sich zwischen Ansprüchen der pflegerischen Arbeit und den gestellte Ansprüchen durch die Familie / den Partner ergeben.	Im Zusammenhang mit dem privaten Umfeld: Ja, was anstrengend ist, sind die Frauen, die die Doppelbelastung haben, die Kinder haben, die vielleicht geschieden sind, die sich um die Erziehung kümmern müssen, Schicht arbeiten, das müssen sie	

			alles über einen Hut bringen. Selbst wenn der Mann zu Hause ist, den muss man dann auch noch unter den Hut mit bringen (lacht). Den - und grad Frauen wollen es ja jedem Recht machen. Und zum Schluss bleiben die auf der Strecke weil, man kann es nicht jedem Recht machen. (AJKA 106) Oder innerhalb der Rollen im Berufsleben: (lacht) Ich war - ich war - äh - äh - schneller in der Lage - also meine Arbeiten wurden immer routinierter, ja [….] ja. Dadurch ist mir sicher einiges leichter gefallen [….] Aber das - die Schwierigkeit war dabei eben - äh - ja - meine Arbeit .... die Leitungsaufgaben und dann eben auch noch die Aufgaben, die ich sonst noch hatte unter einen Hut zu bringen, also das war - das [….] - hat mir keiner gezeigt, wie ich das machen soll (lacht). Das hab ich in der Ausbildung nicht gelernt. (IHMA 16)	

11.	Stressfaktor gesetzliche Bestimmungen	Die Unterkategorie bezieht sich auf den psychischen Druck, der durch tatsächliche oder vermeintlich vorhandene rechtliche Bestimmungen entsteht und damit Ängste auslöst und/ oder sich auf die Arbeitsweise von Pflegenden auswirkt. Dies schließt auch die gesetzlichen Regelungen der Pflegeversicherung mit ein.	[….]- jedes zweite Wort der Rechtsanwalt - das ist nix. (AJKA 00:17:34-5) Oder „[……] also ich denk, die politischen Verhältnisse haben sich etwas - oder die Ansprüche haben sich verändert und wenn das da weiter geht, dann wär ich schon froh, ja. Ich mein, am Anfang haben wir viel mehr Personal gehabt vor zwanzig Jahren, also das hat sich deutlich verschlechtert.[……] Also früher haben wir auch mit der höheren Besetzung gedacht: ‚Ja mit mehr Personal könnte man mehr machen´ und jetzt bin ich ja froh, wenn ich die Leute behalten kann, die ich hab. Also ich kann das jetzt nicht in Stellenschlüsseln belegen, weil die hab ich nicht, also das sehe ich ja selten...“. (ADUE 18)	
12.	Stressfaktor interne und externe Qualitätskontrollen	Bezieht sich auf den psychischen Druck, die durch Qualitätskontrollen entstehen und die Arbeitsweise von Pflegenden beeinflussen. Die	Teilweise. Teilweise weiß ma das. Ich find das jetzt gut, dass - ehm - keine Ankündigungen mehr sind. Ich muss auch sagen, ich seh's	

		Pflegenden empfinden diese Einflussnahme jedoch nicht immer als unangemessen und ungerechtfertigt.	mittlerweile auch anders mit den Prüfungen. Würd aber auch sagen, dass die teilweise auch 'n bissel utopisch ihre Maßstäbe setzen. Dass das - ehm - und dann - wenn ich erzählt bekomm, ja unser Haus hat - ehm - mit 'ner 1,3 oder was abgeschlossen, dann denk ich, na, das kann - das könnt ich aber net unterschreiben, weil so gut isses nich.(MAJA 37)	
13.	Persönliche Rahmenbedingungen	Die Unterkategorie beschreibt, dass das private Umfeld in beruflich schwierigen Situationen eine sehr gute Unterstützung sein kann oder auch negativ beeinflussend wirkt.	....Also ich denk, dass sich beides auch unterstützt, […] Also das bedingt sich beides. Oder das Umgekehrte, im Beruf geht was schief, und dann hab ich zu Hause meinen Freundeskreis und meinen Rahmen, wo ich sag, da ist […] Halt und da ist Rückhalt und da krieg ich die nötige Ruhe und Kraft auch wieder her, um das, was im Beruf […] grad nicht so gut läuft, wieder in den Griff zu kriegen. Also ich find ... das fand ich immer sehr hilfreich, ja.... (EWRE 00:49:50-5)	

Wert von Pflege				
1.	Gute Pflege	Beschreibungen des persönlichen Verständnisses guter Pflegequalität, dass sich nach den eigenen Vorstellungen richtet und von rechtlichen Bestimmungen oder Lehrbuchmeinungen abweichen kann.	Ja, auf die Bedürfnisse von den Menschen zu gehen. So, zum Beispiel ich krieg jetzt einen Bewohner, der hat .. 110 Kilo. Der war sein Leben lang schon dick und der kommt mit 90 Jahren zu mir auf den Wohnbereich. Täten Sie denjenigen auf Diät setzen. […]. Solche gibt es aber auch, die dann meinen, jemand muss unbedingt abnehmen. Der kriegt trotzdem noch ein Rippchen Schokolade von mir […] Total. Total Persönlichkeit von den Bewohnern anerkennen, weil - wenn ich einmal alt bin, ich will meine Persönlichkeit auch nicht verlieren, bloß weil ich in ein Heim geh, ne. […] Wieso sollen die ihr Leben aufgeben, nur weil sie in einem Heim sind. (62. AJKA 00:32:40-6 bis 65. 00:33:24-0)	
2.	Pflege hat einen therapeutischen Wert	Die Unterkategorie beschreibt den Anspruch an Pflege, den betreuten und gepflegten Mensch in einem verbesserten Zustand zu verlassen. Die therapeutische Wirkung von Pflege zeigt sich in einer Verbesserung der	Weil, wenn ich da bin, dann spür ich auch alles, dann spür ich, ... es geht ja gar nicht um's Waschen, (…) es geht aber drum, dass derjenige, wenn ich bei ihm war und ihn gewaschen hab, dass er sich dann, wenn ich gehe,	

		körperlichen Leistungsfähigkeit u. /od. hat psychologische Auswirkungen.	wesentlich wohler fühlt, als - äh - dass er in einem anderen Zustand ist, als in dem, in dem ich ihn vorgefunden hab. Den Anspruch hab ich an mich, dass der Mensch in einem anderen Zustand ist, wenn ich ihn wieder verlasse. […] (22 EWRE 00:10:18-7)	
3.	Einsicht in den therapeutischen Wert von Pflege entwickelt sich erst mit der Berufserfahrung	Die Unterkategorie beschreibt die Erkenntnis im Laufe der Berufserfahrung, dass Pflege einen hohen therapeutischen Wert hat.	und ich hab mich ganz bewusst für die Langzeitpflege entschieden, weil ich bis dahin im Pflege - in der Pflege - gelernt hatte, dass es sehr wohl so ist, dass vernünftige Pflege einen erheblichen therapeutischen Wert hat.(EWRE 00:05:37-3)	
4.	Langzeitpflege ist lebendig	Die Unterkategorie beschreibt die Unvergleichbarkeit einzelner Pflegesituationen unter einander, die Planungen nur bedingt ermöglicht und die umfassende Fähigkeiten einer Pflegekraft immer neu herausfordert	Ich hab […] vor Jahren 'nen Satz […] vom Buba (M. Buber?) gehört und ich find […] der ist total zutreffend für Lebendigkeit. […] Und den find ich total total zutreffend für alles Lebendige. ... Martin Buber sagt: „Trotz aller Ähnlichkeiten hat jede lebendige Situation wie ein neugeborenes Kind auch ein neues Gesicht, das es noch nie zuvor gegeben hat und das es auch nie mehr wiederkehren wird. Die neue	

			Situation erwartet von Dir eine Antwort, die nicht im Vorhinein vorbereitet werden kann. Sie erwartet nichts aus der Vergangenheit. Sie erwartet Präsenz, Verantwortung, sie erwartet Dich.“ (EWRE 00:18:03-6)	
5.	Krankenhaus-aufenthalte sind für (pflegebedürftige) alte Menschen oft gleichbedeutend mit pflegerischem Rückschritt	Die Unterkategorie beschreibt die kritische Sicht auf Auswirkungen von Krankenhausaufenthalten auf die zuvor erzielten pflegerischen Erfolge für geriatrische Patienten	,. ich bin heut sehr bestrebt, wenn einer von unseren Bewohnern in's Krankenhaus kommt, den so schnell wie möglich auch wieder zurück zu kriegen, dass nicht so viel "verdorben" werden kann, was wir aufgearb... aufgearbeitet haben. (EWRE 00:28:45-0)	
6.	Erfolgreiche Pflege ist eine Kunst	Die Unterkategorie meint die Notwendigkeit besonderen Talentes für erfolgreiche Pflege	Jemand ein Essen zu geben, ist eine große Kunst, jemand was zu trinken zu geben, ist eine große Kunst, und ich frag mich immer, warum - warum kann da einer jemand, der schluckgestört ist, sehr wohl zu trinken geben und durchaus auch aus einem Becher zu trinken geben und der andere muss es immer andicken, anrühren und der andere kriegt es nie fertig, ohne zu verschlucken - ohne sich zu verschlucken, was zu sich zu	

			nehmen. Ehm - da gibt es einfach Unterschiede. (**EWRE** 00:18:42-0)	
Nähe und Distanz				
1.	Krankenhauspflege ist distanziert	Die Unterkategorie beschreibt den Unterschied möglicher Distanz zu den Patienten in der Krankenhauspflege im Vergleich zur Langzeitpflege	Also da war mir's wichtig, - äh ja - im Krankenhausbereich mit dieser nur kurzen Zeit - äh - mit - äh Patienten umgehen müssen, da kann man - äh- einfach mit mit 'ner gewissen Fassade arbeiten. (**EWRE** 00:03:35-4)	
2.	Langzeitpflege erfordert die Fähigkeit zu Nähe und Distanz	Die Unterkategorie beschreibt die Notwendigkeit, in der Langzeitpflege gut mit Nähe und Distanz umzugehen, Nähe zulassen zu können, aber auch die notwendigen eigenen Grenzen rechtzeitig abstecken zu können.	„.... Also er bedeutet mir, dass ich intensiv mit Menschen umgehen kann, sie auch in Extremsituationen begleiten kann, dass ich auch ja - intensive persönliche Kontakte auch pflegen kann natürlich immer unter dem Verhältnis, Nähe und Distanz, ... dass man auch sich wieder distanzieren muss, ... es bedeutet mir vor allem auch, dass ich Menschen begleiten kann und darf in ihrer letzten Lebensphase und da das tun kann oder tun darf, sag ich mal, was ich kann.“ **(GEDF 7)**	Die Kategorie beschreibt im Unterschied zu (Langzeit-) Pflege erfordert Fähigkeiten zur Selbstdistanzierung die Begegnung mit dem pflegebedürftigen Menschen. Sie schildert die Beziehung und das Maß des Zulassens von Nähe im direkten pflegerischen Handeln

3.	Umgangsformen in der Pflege	Die Unterkategorie beschreibt die Auswirkung angemessener oder unangemessener Umgangsformen im Berufsalltag auf Pflegebedürftige, Angehörige, Vorgesetzte und das Pflegeteam. Es schließt auch die Wirkung auf das Selbst ein	Umgangsformen mit den Mitarbeitern - überhaupt Umgangsformen. Ja, das man - das man auch einmal ein - dass man zu Angehörigen zum Beispiel, auch wenn man im größten Stress ist, und es kommt jetzt ein Neuzugang, da ist ein Angehöriger dabei, ja, da muss halt einmal fünf gerade sein lassen und muss den Angehörigen anständig begrüßen und kann nicht irgendwie abweisend oder sonst irgendwas sein, weil ich im Hinterkopf hab, was ich noch alles machen muss. Das ist dann halt einmal wichtig. Das ist der erste Eindruck. (**EESA** 00:37:57-0) aber auch	In dieser Kategorie geht es im Gegensatz zu Hierarchien in der Altenpflege um die Form der Kommunikation mit Anderen.
Berufliches Selbstbewusstsein und Image der Pflege				
1.	In der Bevölkerung ist das Handlungsfeld der (Alten-) Pflege nicht bekannt.	Die Unterkategorie bezieht sich auf das gesellschaftliche unrealistische oder verzerrte Bild von Pflegeberufen und ihrem Tätigkeitsbereich in der stationären Langzeitpflege	Das schlechte Bild, das wir in der Gesellschaft haben, kommt nur davon, dass die Leute keinen Kontakt zu uns haben, sondern dass sie einfach nur diesen miesen Kram im Fernsehen immer sehen und diese schlechten Reportagen in - in - in -in - äh - im Radio und die furchtbaren Berichte in	

			den Zeitungen, dass sie aber überhaupt nix Gutes von uns sehen. Und das können wir nur verändern, wenn genug Menschen einfach da sind, die genau sagen, so ist es überhaupt nicht. (EWRE (II) 00:04:08-9)	
2.	Mangelhafte Vergütung zeugt von mangelnder Wertschätzung des Altenpflegeberufs durch die Gesellschaft	Die Unterkategorie beschreibt, dass die Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege immer noch zu schlecht bezahlt werden oder Zusatzaufgaben erwartet und nicht vergütet werden. Gleichzeitig wird dies als Zeichen mangelnder Wertschätzung durch die Gesellschaft empfunden	Das ist ein unterbezahlter Beruf. Ja. Dann ist die Altenpflege immer noch so bissel ein Stiefkind, immer noch. Find ich. Eine Krankenschwester stellt - stellt immer noch mehr dar wie eine Altenpflegerin. (96+97 AJKA 00:45:34-9 bis 00:45:36-6) Das heißt, an den Wochenenden, Feiertagen und abends übernimmt das die Pflege mit. Je nachdem, wie viel oben isch, isch's dann eben mehr oder weniger. Aber das isch - ehm - was, wo uns net angerechnet wird irgendwie, an - an den Stellen. (48. HBNE 00:26:20-3)	
3.	Kontrollen von außen und die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen haben Auswirkungen auf das	Die Unterkategorie beschreibt die Effekte auf das Image der Altenpflege, die als Außenwirkung aus Kontrollen durch öffentliche Institutionen und /	in der Pflege in den Altenheimen verändert sich nur was, wenn genug Leute von außerhalb da sind, die "soziale Kontrolle" ausüben. Kontrolle	

	Image der Altenpflege in der Öffentlichkeit	oder soziale Kontrolle durch Ehrenamtliche und Angehörige entstehen.	von Aufsichtsbehörden sind gut und richtig und schön, aber nicht so sinnvoll und wertvoll wie einfach Menschen, die von außerhalb einfach da sind. Soziale Kontrolle vom Umfeld, von ganz gewöhnlichen Leuten, ist viel viel viel wertvoller und viel unmittelbarer als Kontrolle, die von außen kommt, wo ich genau weiß, was geprüft wird. Wo ich genau weiß, was da stehen soll, wo ich genau weiß, wie ich es manipuliere. Die Nachbarin, die jeden 2. Tag bei uns vorbei schaut - äh - die - äh - Frau von der Hospiz, die da immer kommt, die Frau von der Nachbarschaftshilfe, der Herr von - äh - vom Besuchsdienst, das ist viel wertvoller. Diese soziale Kontrolle ist viel wertvoller, weil sie ist einfach da und sie ist ganz unmittelbar. Und das sind die Leut, die nach außen tragen, dass man da hin gehen kann, dass - dass da die Leut gut versorgt werden, dass da ein offenes Verhältnis ist und ich hab das immer total forciert und es ist total	

			hilfreich. (EWRE (II) 00:04:08-9)	
4.	Die häufige Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen ist bemerkenswert	Die Unterkategorie beschreibt die bewusste oder unbewusste Akzeptanz oder Ablehnung der häufig notwendigen Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen und den Auswirkungen auf die pflegerische Tätigkeit	[…] und da bin ich selber wieder völlig fasziniert und angetan, wieviel Menschen uns jeden Tag auf unserer Station besuchen. Wieviel Leute da sind. Und das ist die beste Kontrolle. Es gibt keine bessere, wie die, die da sagen, - ehm - die Frau Soundso sagt grad, da tut's ihr ein bissele weh und was kann man da jetzt tun, oder, ja - äh - darf ich der jetzt was zu trinken reichen, oder geht das jetzt nicht oder kann man... - äh - ja, das sind die Kontrollen. Oder die sagen, na wie sieht's denn da heut aus, oder na, wollt ihr den Rollstuhl nicht auch mal putzen, oder kann ich da mal einen Putzlappen kriegen, das wegzuwischen? Ja, das ist Kon.. das ist Kontrolle. (EWRE (II) 00:04:08-9)	
5.	Mangelndes pflegerisches Selbstvertrauen	Die Unterkategorie beschreibt das Gefühl von Unbehagen das entsteht, weil Pflegekräfte ihre pflegerischen Fähigkeiten als zu geringwertig einschätzen. Dies bezieht auch das Gefühl von Verunsicherung	Das ist ganz wichtig. Ehm - wir haben überhaupt nix - wir haben nix zu verbergen, und es gibt - äh - Kollegen, die das gar nicht gern haben, wenn Leute - äh - von Hospizhilfe dann 14 Tage Praktikum bei uns machen	

			wollen, weil denen das alles viel zu viel Arbeit ist und so. In Wirklichkeit denk ich, dass sie einfach nicht zulassen können, dass man zuguckt, wie sie arbeiten und was - was sie arbeiten. (EWRE (II) 00:07:12-4)	
6.	Vertrauen in die eigenen pflegerischen Fähigkeiten	Die Unterkategorie beschreibt das Gefühl von Selbstvertrauen in die eigenen pflegerischen Fähigkeiten. Dies schließt auch Äußerungen über die Anerkennung der eigenen pflegerischen Fähigkeiten durch dritte ein.	Und - ich hab überhaupt nix zu verstecken, bei mir darf jeder und jederzeit kommen und jeder und jederzeit zugucken und jederzeit dabei sein und ich erzähl jedem gerne über meinen Beruf. Ich hab überhaupt nix zu verstecken... (EWRE (II) 00:07:12-4)	In dieser Kategorie geht es um die Person der Pflegefachkraft, nicht um das Berufsbild der Altenpflegerin im Allgemeinen
7.	Pflegende sind heute selbstbewusster	Die Unterkategorie beschreibt Äußerungen beruflichen Selbstbewusstseins im Zusammenhang mit dem pflegerischen Beruf.	Pflege hat sich total - äh - verändert in diesen vielen Jahren. Das ist richtig. Äh - ist wesentlich selbstbewusster geworden und hat sich viel mehr auf das konzentriert, was Pflege wirklich ist. (EWRE 00:26:55-1)	In dieser Kategorie geht es um das Berufsbild der Altenpflegerin im Allgemeinen, nicht um die Person der Pflegefachkraft
Zusammenarbeit				
1.	Hierarchie in der Altenpflege	Beschreibt hierarchische Strukturen in Altenpflegeeinrichtungen und deren	es herrscht eine unwahrscheinlich große Hierarchie... in den	In dieser Kategorie geht es im Gegensatz

		positive oder negative Auswirkungen auf das Arbeitsklima und die Motivation von Pflegenden. Dies schließt Verhalten der Vorgesetzten gegenüber Mitarbeitern und Konkurrenzdenken unter den Pflegefachkräften ein	Altenheimen. Die Leut, die da - die da - die da - die da drin sind, .. die das schon Jahre lang mitmachen, diese Hierarchie, diese überdrehte, für mich überspitzte, die merken das ja gar nicht mehr. Aber ich das - ich hab - ich war - die erste Zeit totunglücklich, als ich da hingekommen bin. Weil halt so eine Hierarchie (**EESA** 00:23:24-9)	zu Umgangsformen in der Altenpflege um die hierarchischen Verhältnisse zwischen den Beteiligten
2.	Verhalten von Mitarbeitern gegenüber Vorgesetzten	Beschreibt das Verhalten der Pflegekräfte innerhalb der Organisationsstrukturen. Dies betrifft nicht nur das Verhalten von Pflegefachkräften gegenüber ihren vorgesetzten Ebenen, wie Wohnbereichsleitung (WBL), PDL und EL, sondern auch das Verhalten von Hilfskräften gegenüber Pflegefachkräften in den Teams.	Ja, also ... aber ich hab Respekt vor meinem Chef, muss ich sagen. (**AJKA** 00:26:27-9)	
3.	Zusammenhalt innerhalb des Teams	Beschreibt den fürsorglichen Umgang der Mitarbeiter des Pflegeteams miteinander und den Zusammenhalt des Teams untereinander als Ressource gegen Burn-out.	Nee, also ja. Und da denk ich schon, dass das so ein bissel so ..... […] kollegiale Familie (unverständlich) sind […] Ja das ist wichtig. Weil das ist dann auch schon ein Halt, das motiviert dann auch schon wieder, ne.	

			Weil - wenn ich dann auf die Arbeit - wenn's mir persönlich nicht gut geht und ich muss dann auf die - zum Beispiel - ich müsste dann noch in so ein steriles Betriebsklima gehen, ne - ich glaub, das kann einen auch krank machen. (**AJKA** 00:44:11-3)	
4.	Kleine Veränderungen verändern das ganze System	Die Unterkategorie beschreibt den Anlass, Veränderungen in der Pflege einzuleiten, sei diese situationsverbessernd oder - verschlechternd.	Dann hab ich **eine** Kleinigkeit an dem System verändert und indem ich **eine** Kleinigkeit verändere, veränder ich schon das ganze System. Das muss einem immer bewusst sein. Wenn man eine Kleinigkeit verändert, verändert man das ganze System. Das muss einem **immer** bewusst sein, es trifft einen dann als auch mal ein harter Stein, der dann wieder zurück rudert (beide lachen) **(EWRE** 00:32:00-7)	
5.	Um die Pflege weiter entwickeln zu können, muss die Rolle der Wohnbereichsleitung für alle klar sein und akzeptiert werden	Die Unterkategorie beschreibt die Rolle der Wohnbereichsleitung in der tatsächlichen täglichen Arbeit im Vergleich zu der ihr zugesprochenen Rolle im Organigramm einer Einrichtung. Sie trifft eine Aussage über die Akzeptanz ihrer Rolle als	ich - äh - es wurde stillschweigend geduldet (zwischendrin **Interviewer:** von der PDL?) Ja, es wurde stillschweigend geduldet und ich hab gedacht, auch so mit einem wohlwollenden Auge hingeguckt. Dass mich dann der Betriebsrat ausbremst,	

		Führungskraft von Seiten des Teams und der Leitung	das hatt' ich dann nicht so erwartet (lachend) **(EWRE** 00:36:25-7)	
6.	Manchmal muss man Kompromisse eingehen, um das Ziel zu erreichen	Die Unterkategorie bezieht sich auf eine notwendige Kompromissfähigkeit um Ziele zu erreichen	„Ich merk das auch bei Hausärzten, wenn die kommen, und - ja - also gestern diese Hausärztin auch bei dem Mann, der da im Sterben liegt und der nicht mehr in's Krankenhaus will. Und so und ich guck die dann an und ich kann auf 'ne Art und Weise mit ihr reden, dass die mir einfach glaubt und dass die mich ernst nimmt und dass wir da einen gemeinsamen Weg finden, der vielleicht nicht meiner ist, der auch nicht ihrer ist, aber der zumindest irgendwo dazwischen liegt und meiner Meinung nach ein bisschen mehr in die Richtung geht, die dieser Mensch will, der letztendlich von uns ja schon so ein bisschen abhängig ist.“ (**MERE** 11)	
7.	Umgang mit negativer Grundstimmung von Mitarbeitern im Pflegeteam	Die Kategorie beschreibt die Umgangskultur des Teams mit negativen Grundstimmungen einzelner	Ja dass es für mich ganz wesentlich ist, dass ich .. Kollegen, die - die schlecht gelaunt kommen oder an	

		oder mehrerer Mitarbeiter im Pflegeteam	allem was rumzunörgeln haben, dass ich - äh - das kurz anhör, aber dass ich das nicht lange zulass. Dass ich da recht schnell - ehm - sag - ehm - gut, jetzt haben wir genug gejammert, und jetzt gucken wir mal, dass wir unsere Arbeit ordentlich hinkriegen und dann gucken wir, - äh - ob wir das Problem angehen oder ob wir es eben nicht angehen. (**EWRE:** 00:00:16-2)	
8.	Es kann notwendig sein, sich von Kollegen mit schadender Haltung wieder zu trennen	Die Unterkategorie beschreibt den Umgang mit Mitarbeitern im Pflegeteam, die nach Sichtweise des Teams nicht in richtiger Weise passen	[…] in der Regel dürfen wir schon auf unserer kleinen Einheit arbeiten, und ... ehm - es gruppieren sich da immer Kollegen drum rum, die einen ähnlichen Stil haben zu arbeiten. Und wenn halt jemand dazu kommt, der so gar nicht zu uns passt, der geht nach recht kurzer Zeit. In einem halben Jahr ist er in der Regel wieder verschwunden, wenn er nicht mit unserem Stil umgehen kann, dann dann gehen die Leute auch wieder. Also.. wir können nicht zulassen, dass Leute gelagert werden, damit sie steifer werden oder sowas, das kann für uns - das findet für uns nicht statt	

			und wenn das stattfindet, dann korrigieren wir das so oft, so vorsichtig, dass der andere gar keine Lust mehr hat, mit uns zu arbeiten, so so - das machen wir gar nicht groß verbal, sondern das geschieht einfach so... **(EWRE** 00:28:45-0)	
9.	Empfinden von Mobbing in der Pflege	Beschreibt das Gefühl im Pflegeteam oder von Vorgesetzten in ungerechter Weise angegriffen und schikaniert zu werden	Ja, ja. Ich sag, um was geht's denn. Ja sagt se, ich hab gehört von Herrn (Name), dass heute früh was vorgefallen is mit dir und (Name) - ich sag, nee, das hat sich schon erledigt. Und denn sagt se, nee, das hat sich nich erledigt, sagt se, du hast hier geheult und alles und das hat der Herr (Name) gesehen und des is nich ohne Grund, und ich möcht jetzt wissen, warum. Und dann hab ich ihr das so geschildert, wie's war und denn sagt se - sagte se denn zur Chefin, also entschuldige dich bitte bei Sigrid und dann is die Sache erledigt. Bei der entschuldige ich mich nich, so. Und denn - äh - hat se mir da so'ne - so - ich hab da so'n Vertrag abgeschlossen, ich weeß nich, wegen	

			Versicherung oder was da war, jedenfalls sollte das verlängert werden und da sollt ich unterschreiben. Ich sag, nee (Name), ich unterschreib da nich, weil ich jetzt hier nich mehr länger bleibe. Sag ich, mit der Chefin - ich komm mit der jetzt nicht mehr klar und des geht nich. Und - äh - ja, und da sagt se, doch du unterschreibst das - ich sag, nee, sag ich, also wenn die länger bleibt hier, sag ich, dann muss ich gehn, ich kann so nich weiter schaffen. Und denn sagt die Chefin, brauchst nich zu gehn, ich gehe. Oh, dann sagt die Frau (Name), das heißt, sie hört, sie geht. Natürlich is sie dann nich gegangen. Und dann - äh - war das vielleicht 'ne Woche später - hat se ihre Versetzung gekriegt nach Grasellenbach. So und da war ja eigentlich für mich die Sache fertig. Und - äh - ja und somit bin ich dann eigentlich heute noch da und sie war, wie gesagt, das ganze - äh - Gegenteil von der jetzigen Chefin und man muss sich halt damit erst […] eingewöhnen -	

			wie man mit der […] Situation umgeht, **(KHSD** 00:24:54-6)	
10.	Austausch über positive Erlebnisse in der Arbeit ist wichtig	Die Unterkategorie beschreibt die Grundhaltung der Pflegenden, positive Aspekte in ihrer Arbeit zu erkennen und sich darüber auszutauschen	[…].In der Pause kommen sie dann auch noch zusammen und jammern - äh - das geschieht mir nicht. Also bei mir kommen dann eher die Leut, die mir auch mal was Positives zu erzählen haben und die sich mit mir über was freuen - äh - ehm, das kommt jetzt dann auch vor, ja? Und - äh - bei mir kommen ... ja .. also das war mir auch immer ganz wichtig. (**EWRE (II)** 00:00:16-2)	
Umgang mit Belastungen				
1.	Moralische Integrität als Grundlage innerer Ruhe	Die Unterkategorie beschreibt den Umgang mit Versprechen gegenüber Bewohnern und / oder Kollegen, die zu einem schlechten Gewissen führen und belasten, wenn sie nicht eingehalten werden. Ebenso ist die Beschreibungen von Situationen gemeint, in denen sich Pflegekräfte unangemessen gegenüber Bewohnern und / oder Kollegen verhalten haben und sie dies im Nachhinein bereuen bzw.	da geh ich dann morgen früh auch hin und sag, Frau Soundso, das tut mir schrecklich leid, ich hab das tatsächlich vergessen, ja. So, aber das kommt nicht so oft vor. In der Regel kann ich das halten. Ich versuch nur zu versprechen, was ich auch halten kann. Dinge, die ich überhaupt nicht halten kann, da sag ich auch von vornherein, das klappt heute so nicht. Fertig. (**EWRE** 00:39:07-6)	

		wenn sie sich hierdurch im Nachhinein belastet fühlen.		
2.	Konzentration auf die aktuelle Situation ist entlastend	Die Unterkategorie beschreibt die Einstellung zu den häufig wechselnden Arbeitssituationen in der Pflege und die Konzentration auf die aktuelle Situation als druckentlastenden Mechanismus	Ich hab den abwechslungsreichsten Beruf, den man sich vorstellen kann, […] Ich bin immer gefordert im Hier und Jetzt zu sein, und das ist sehr - das ist eigentlich sehr erholsam. Das ist - äh - das ist 'ne tolle Seite an unserem Beruf. […] dass man immer im Hier und Jetzt sein muss, […] wir arbeiten auch nur erfolgreich, - äh - wenn wir im Hier und Jetzt sind. -. Wir - wir bleiben mal gemeinsam da, wo wir jetzt gerade sind. **(EWRE** 00:07:26-5)	
3.	Belastende Rahmenbedingungen wirken sich auf das Wohlbefinden Pflegender aus	Bezieht sich auf die Auswirkungen belastender Rahmenbedingungen auf die Gesundheit	Mir ging's in der Zeit - äh - auch von der Psyche her nicht besonders gut, ich war auch ziemlich - äh - in der Zeit an so'm Burn-Out. Das war's, ich hab dann auch über 2 Jahre - äh - Begleitung gehabt, um Dinge einfach noch mal zu reflektieren und aufzuarbeiten und ich ging oft nach Hause und […] mit den Gedanken bei der Arbeit und wenn ich am	

			nächsten Tag arbeiten - wieder arbeiten musste mit dem - wirklich auch mit dem Gedanken, was erwartet mich morgen denn - ehm - mit wem arbeite ich, kommen alle - ehm - schaffen wir das - ehm - und damit ging's mir nicht gut. (**MFAE** 00:10:30-6)	
4.	Berufserfahrung unterstützt Problemlösungen	Die Unterkategorie beschreibt Berufserfahrung als hilfreichen Faktor in vielen Problemsituationen in der Pflege	Also... wenn ich zu jemand gehe, dann ist es mir wichtig, einfach erst einmal zu gucken und zu sehen, und dann - ich bin ja so lange im Beruf - 37/38 Jahre - da fällt man ja immer gleich auf den ersten Blick - äh - auf, wo's wo's da jetzt heute klemmt, ja? Da das seh ich... **(EWRE** 00:11:54-1)	
5.	Langzeitpflege erfordert Flexibilität	Die Unterkategorie bezieht sich auf die Notwendigkeit, sich in der tgl. pflegerischen Arbeit immer wieder neu auf veränderte Situationen einzustellen.	Ja, genau das mein ich. Und das - und das macht - also das - find ich - macht meine Arbeit ja auch so interessant. Drum ist **Waschen** nicht der rechte Arm, der linke Arm, das Gesicht - äh - weiß ich was, sondern das ist **jeden** Tag bei **jedem** Bewohner wieder völlig neu.(**EWRE** 00:10:18-7)	

6.	(Langzeit-) Pflege erfordert Fähigkeiten zur Selbstdistanzierung	Die Unterkategorie bezieht sich auf die Fähigkeit Ansprüchen, Reaktionen und Handlungen von sich selbst, Kollegen und Vorgesetzen, sowie Bewohnern aus der Distanz zu betrachten und reflektieren zu können.	Man braucht vor allem viel mehr - äh - man muss viel besser mit Nähe und Distanz umgehen können, als in Kurzzeit. Kurzzeit ist grad egal - äh - da bin ich drei Tage freundlich und mach immer ein freundliches Gesicht, ganz egal, was der andere mir zumutet, das kann ich mir in der Langzeitpflege überhaupt nicht leisten, da muss ich sehr klar und sehr frühzeitig zeigen, wo meine Grenzen sind, damit man gut miteinander umgehen kann.(11. **EWRE** 00:03:35-4)	Im Gegensatz zu Langzeitpflege erfordert die Fähigkeit zu Nähe und Distanz beschreibt die Kategorie die professionelle Haltung und Einstellung einer Pflegekraft, die in der Lage ist sich als Person zurück zu nehmen und Situationen „von außen“ zu betrachten und zu beurteilen
7.	Echtes Interesse an der Berufsgruppe der Pflegenden	Die Unterkategorie befasst sich mit dem Interesse Außenstehendender gegenüber der Berufsgruppe der Pflegenden. Dabei geht es um den Unterschied von geäußerten Floskeln und Äußerungen, die wahrhaftiges Interesse zeigen	Das hab ich zum Beispiel im Krankenhaus in Leonberg erlebt, da war ich schon - weiß ich - 12 / 15 Jahre im Beruf (lachend) - 10 Jahr/ 10/12 12 Jahre im Beruf - ehm - kam der hauptamtlich angestellte Pfarrer im Haus auf mich zu, da war ich so 2 Wochen auf der Station, kommt auf mich zu, gibt mir die Hand und stellt sich vor und sagt, ich bin der Pfarrer XY - ehm - Sie sind neu hier im	

			Haus, wie geht es Ihnen? Dann hab ich gesagt, der Frau Soundso geht's so, der Frau Soundso geht's so, der Frau Soundso geht's so, weil ich wusste, dass die kommen und uns unterstützen bei unserer Arbeit, da guckt der mich an und sagt, das hab ich Sie nicht gefragt. Ich hab gefragt, wie geht es **Ihnen**? Äh wie? Dann hab ich geguckt, weil ich war 12 Jahr im Beruf, mich hat noch nie jemand gefragt gehabt, wie's mir geht. Und das fand ich so hoho, ja, und das erleb ich auch heut so, wenn ich Kollegen frag, ehm, wie geht's Dir heut? Dann erzählt die mir dumm (zustimmendes Geräusch). Dann sag ich, ich hab dich aber gefragt... ja? Und das ist immer so dieses Aha-Erlebnis, Menschen sind immer total berührt und gerührt, wenn sie mal gefragt werden, wie's ihnen geht. **(EWRE** 00:40:58-9)	
8.	Kultur positiver Rückmeldung entwickeln	Die Unterkategorie beschreibt förderndes Verhalten und verbale Äußerungen des Lobes durch das	Ja, ja, oder auch, dass man - halt auch mal gegenseitig auf die Schulter klopft und sagt, hallo, haben	

		Pflegeteam und andere am Pflegeprozess beteiligte Personen.	wir gut gemacht und so .. oder ja .. oder auch, dass man einfach mal nur - wenn jede Gelegenheit auch mal nutzt, so einem anderen mal den Rücken zu stärken, einfach mal den Rücken zu klopfen und zu sagen, hoo, das tut mir aber grad gut, oder so auch - äh - ja auch zulässt, dass Bewohner das mal machen, dass mal - dass ein Bewohner einem auf den Rücken klopft und ich sag, oh, das tut mir aber gut, kannst mich weiter massieren. Und dann machen die plötzlich ganz wahnsinnig gern, und das darf man einfach ausnutzen und nutzen, ja?... Oder so .. Ich geh kein - also **wir** gehen keinen Abend nach Hause, ohne uns gegenseitig gesagt zu haben, was wir heut gut gemacht haben, so, das ist mir ein großes Anliegen. Also auch mit Schülern, die ganz neu da sind, die gucken dann als ganz komisch (lachend), das rührt mich auch grad, weil's grad die Tage so rührend war (schniefend).... (**EWRE** 00:47:23-1)	

9.	Bewohner und Angehörige beteiligen sich gerne an einer Kultur positiver Rückmeldung	Die Unterkategorie beschreibt die Annahme oder Ablehnung von fürsorglichem Verhalten, dankbaren Gesten und verbale Äußerungen des Lobes durch Bewohner und Angehörige gegenüber Pflegenden.	was wir auch sehr pflegen, wir haben eine Bewohnerin - äh - die sagt uns immer gegenseitig von anderen Kollegen, mit denen man gern arbeitet, Grüße. Die sagt einem - also dann sagt sie immer, - ehm - viele liebe Grüße von der Irmgard. Die freut sich, dass sie bald wieder mit Dir arbeiten darf. Und dann sag ich, gell? Liebe Grüße an die Irmgard zurück. Und das macht die dann auch, die erzählt dann der Irmgard liebe Grüße. Oder dann erzählt sie mir, heute Nacht hat die Maria Nachtwache gehabt, - ehm - dann sag ich, wenn die Maria heute Nacht wieder kommt, sagst Du ihr liebe Grüße von ..? Ja das sag ich. Und am nächsten Tag sagt sie, die Maria sagt, liebe Grüße an die Renate zurück. Ja, also dass man solche - solche Sachen halt ausnutzt. Die sind da und die darf man auch nutzen. (67. **EWRE** 00:48:25-8)	

10.	Selbstmitleid ist ein ausgeprägtes Phänomen in der Pflege	Es wird das Phänomen häufig geäußerten Beschwerlichkeiten innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden beschrieben. . Diese Äußerungen sind mit dem Gefühl von Ungerechtigkeit gegenüber der eigenen Person verbunden. Von Interesse sind für die Zuordnung der Unterkategorie sind die Äußerungen von Pflegefachkräften, welche von anderen als ungerechtfertigt weinerlich wahrgenommen werden.	Ob's nur so ein Gejammere aus dem Jammern raus ist, das kommt wirklich in unserem Beruf relativ häufig vor, und ... (lachend) in der Fortbildung hab ich da auch mal gehört, man darf sich auch mal ein bisschen suhlen, aber nach irgendeiner Zeit ist dann das auch mal rum (**EWRE (II)** 00:00:16-2)	
Glücklich im Beruf				
1.	Lebendigkeit ist die Essenz der Zufriedenheit	Die Unterkategorie beschreibt ein Gefühl von Zufriedenheit im Beruf, das nur durch die Wahrnehmung des Gefühls von Lebendigkeit entstehen kann.	Und das ist so ... das, was ich ... wirklich auch die Essenz der Zufriedenheit... also ich hab das gefunden, das - das drückt es genau aus, was ich als lebendig empfinde und was mich so zufrieden macht in meinem Beruf. **(EWRE** 00:18:42-0)	
2.	Gute Rahmenbedingungen	Beschreibt Pflegende in ihrer Tätigkeit als Teil eines Ganzen, in dem man sich sicher und unterstützt fühlt. Sie stellt dar, dass durch gezielte Intervention von Seiten der Leitungsebene eine Verbesserung	Was heißt - ehm - wir haben zwar nicht - äh - viel darüber geredet, erst durfte ich ja über den Fall nicht reden. Und - äh - dann eine Zeit später - äh - wir haben dann gleich aus dem gelernt und - äh - die Frau	

		der Rahmenbedingungen versucht und durch eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber den Pflegenden die Freude an der pflegerischen Arbeit unterstützt werden soll	Zieger hat mir - wir haben gleich eine große Fortbildung. Auf Grund von dieser Dokumentation und das alles wurde also gleich - äh - Fortbildung gemacht wegen Haftungsrecht. Also da muss ich sagen. (28. AJKA 00:14:04-8)	
3.	Man muss im persönlich richtigen Arbeitsfeld arbeiten um im Pflegeberuf glücklich zu werden	Beschreibt die Notwendigkeit, in der Vielfalt der pflegerischen Arbeitsfelder das persönlich am besten geeignete zu finden und in diesem seine Aufgabe und Freude zu empfinden.	Äh - das war aber immer das große Glück für mich, weil ich konnt da immer meinen Weg finden. […] Für mich war's immer glückliche Fügung. Ich hab immer 'nen Arbeitsfeld gefunden, das mir totalen Spaß gemacht hat und ich hab immer 'ne Aufgabe gefunden und immer meine Insel gefunden, auf der ich genau das verwirklichen konnte, was für mich in meiner Lebenssituation richtig war. Ich hab immer Arbeitszeiten gefunden, die genau für mich gestimmt haben und ich hab immer Arbeitsfeld gefunden, das ich grad passend fand. (57. EWRE 00:40:58-9)	

4.	Vorgesetzte sollten auf ein persönlich richtiges Arbeitsfeld der Mitarbeiter achten.	Die Unterkategorie beschreibt die Abhängigkeit der Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern je nach Arbeitsumfeld. Sie bezieht sich auf den Einfluss zwischenmenschlicher Beziehungen für die Arbeit im Team und auf das Tätigkeitsfeld. Vorgesetzte verantworten die Entscheidung des Einsatzes und damit verbundenen Auswirkungen auf die Leistungen der Mitarbeiter	[…] ich denk, dass man als Vorgesetzte - ehm - recht gut hingucken sollte, -ehm - ...wen ich wo einsetze und wen ich wie laufen lassen kann. Dass manche Leute ganz - die die sind fähig - aber man muss gut hingucken. Wir haben - ich hab ja auch lang als Vorgesetzter gearbeitet und hab so Dinge erlebt, wie dass wir - äh - im im Auswahlgespräch - äh - für Station Mitarbeiter ausgesucht haben, die dahin gesetzt haben und nach 6 Wochen war's Chaos perfekt. Die Station hat gesagt, diese Mitarbeiterin taugt für uns überhaupt nix, die ist ja grottenschlecht und überhaupt - äh - die Mitarbeiterin hat gesagt, ach Gott, ist das eine Station, wo ich da hingekommen bin, und wir haben sie auf eine Nachbarstation versetzt und ein Jahr später war sie dort Stationsleitung. Ehm - sie war gut, sie war nur im falschen Team, also man muss schon hingucken, man muss.... man	[…]

			muss gucken, ob Menschen miteinander können oder miteinander nicht können oder ob das die - wirklich die richtige Aufgabe ist, oder nicht. (58. EWRE 00:40:58-9)	
5.	Pflege benötigt Freiraum	Die Unterkategorie bezieht sich auf die Reglementierungen der Pflegepraxis und den Auswirkungen von freien Entscheidungen auf die Motivation für den Beruf	.... also, ich denk, dass man genug Freiraum braucht, - ehm - ... also, das hab ich immer so erlebt in unserem Beruf, - äh - offiziell ist alles unglaublich reglementiert. Es gibt für alles heut Vorschriften, wie was abzulaufen […] (56. EWRE 00:40:58-9)	
6.	Vertrauen in die Pflegeperson	Beschreibt die Wirkung von Vertrauen in die Person der Pflegenden. Die Kategorie bezieht sich dabei auch auf das Vertrauen anderer in die Integrität einer Pflegekraft in ihrem Beruf	[…] - ich denk, wenn die Vertrauensbasis da is, dann kann man auch kritische und schwierige Situationen mal miteinander überwinden, aber wo - wo grundsätzliches Mißtrauen da is, da wird's schwierig... Im Beruf glücklich zu werden - ja - und dann halt auch immer wieder das zu hören, was rüber kommt. (47. GEDF 00:31:42-3)	

7.	Austausch mit anderen und Supervision als entlastende Methode in der Langzeitpflege	Beschreibt die Wirkung von Gesprächen mit anderen im Team und in Supervisionsrunden als entlastend im Sinne einer Burn-out-Prophylaxe	. […] Wir können gut im Team darüber reden, auch in der Teambesprechung über - äh - so Situationen. Wir haben ja auch das Supervisionsangebot, wo das möglich ist, dann über so Sachen zu reden. So Sachen - also das nehm ich nicht mit nach Hause, nee. (MFAE 00:19:41-2)	
8.	Festhalten an ethischen Werten und/oder Spiritualität als Ausgleich	Beschreibt das Festhalten an ethischen Wertvorstellungen und/oder Glauben und Spiritualität als Kraft gebende Stütze bei Belastungen	Das war schwierig. Hhm, ich find - also was ich immer find, ist in meinem Glauben, dass ich da einen Ausgleich drin hab, auch wenn's - auch in schwierigen Situationen [….] (MFAE 00:11:15-2)	
9.	Humor in der Pflege	Die Kategorie beschreibt die Wichtigkeit von Humor in der Pflege und dessen positive Auswirkung auf die Zupflegenden als auch Pflegende	[…] Wenn ich hinkomm und mach die Musik bissel laut und hopps dann da im - im Tagesraum rum oder so, und die Leut lachen dann und sagen, och wie schön, es ist so locker, ne, dann denk ich wieder, ja das ist - das ist schön, das ist jetzt - weil kein großer Zeitaufwand ist, das macht mir dann Spaß. Das befriedigt mich dann auch. Da geh ich dann heim, Kinder, das war doch ein schöner	

			Tag. (EESA 00:08:10-2)	
10.	Der Pflegeberuf ist der beste Beruf	Beschreibt das Empfinden, dass man keinen passenderen Beruf hätte wählen können und sich glücklich im Beruf fühlt	Aber für mich war's der richtige. Und das ist es immer noch. Ich find, das ist der beste Beruf, den man überhaupt haben kann. (EWRE 00:02:28-1)	

10.4 Modell: Kriterien guter Pflege

G. Ensink 2013

10.5 Modell: Gelingender, wertschätzender Führungsstil

G. Ensink 2014

10.6 Modell: Moralische Integrität pflegender Fachkräfte als Grundlage beruflicher Zufriedenheit

G. Ensink 2014

10.7 Erklärung

Siehe nachfolgende Seite

UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

FAKULTÄT FÜR VERHALTENS-
UND EMPIRISCHE KULTURWISSENSCHAFTEN

Promotionsausschuss der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Doctoral Committee of the Faculty of Behavioural and Cultural Studies, of Heidelberg University

Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
Declaration in accordance to § 8 (1) b) and § 8 (1) c) of the doctoral degree regulation of Heidelberg University, Faculty of Behavioural and Cultural Studies

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.
I declare that I have made the submitted dissertation independently, using only the specified tools and have correctly marked all quotations.

Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.
I declare that I did not use the submitted dissertation in this or any other form as an examination paper until now and that I did not submit it in another faculty.

Vorname Nachname
First name Family name Gabriele Ensink

Datum, Unterschrift
Date, Signature 10.09.14 Gabriele Ensink