



Arbeitsmarktservice
Österreich
ABI / Arbeitsmarktforschung
und Berufsinformation

*Marie Jelenko, Isabella Kaupa,
Christina Kien, Brigitte Mosberger*

*Erwerbsbiographien
und Qualifikationsprofile
von Diplomierten
Pflegebediensteten*

Wien, März 2007

www.ams-forschungsnetzwerk.at

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Arbeitsmarktservice Österreich

Bundesgeschäftsstelle

Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation / ABI

www.ams-forschungsnetzwerk.at

A-1200 Wien, Treustraße 35 – 43

Erwerbsbiographien und
Qualifikationsprofile von
Diplomierten Pflegebediensteten

Eine empirische Studie zur Arbeitssituation
sowie den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten
im Gesundheits- und
Krankenbereich

Endbericht. Wien, März 2007



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Daten zur Untersuchung	4
Kurzfassung.....	5
1 Ziel und Inhalt des Projekts	13
2 Methodisches Vorgehen.....	14
2.1 ExpertInneninterviews	14
2.2 Quantitative Erhebung	15
2.2.1 Durchführung der Erhebung.....	15
2.2.2 Beschreibung der Stichprobe	16
2.2.3 Vorgehensweise bei der Auswertung	17
2.3 Qualitative Interviews	19
2.3.1 Auswahl und Beschreibung der InterviewpartnerInnen	19
2.3.2 Durchführung der qualitativen Interviews	21
2.3.3 Vorgehensweise bei der Auswertung	22
3 Hintergrundinformationen zum Diplomierten Pflegeberuf	24
3.1 Fakten zu Berufsbild und Ausbildungsmöglichkeiten	24
3.2 Ergebnisse der ExpertInneninterviews.....	26
3.2.1 Berufsbild	26
3.2.2 Berufseinstieg	28
3.2.3 Berufsverläufe	32
3.2.4 Arbeitsbedingungen und Kompetenzen	37
3.2.5 Berufsstatus und berufliche Identität	40
3.2.6 Zukunftsperspektiven.....	41
4 Ausbildung und Berufsbiographien	43
4.1 Erwerbsbiographien – fünf Fallbeispiele.....	43
4.1.1 Herr P. – bewegter Erwerbsverlauf ohne „Karriere“	43
4.1.2 Frau L. – Eignung für soziale Berufe.....	45
4.1.3 Frau W. – Einstiege, Ausstiege, Umstiege bis in die Arbeitslosigkeit	48
4.1.4 Herr K. – Prädestiniert zur Leitung.....	53
4.1.5 Frau H. – Kein Beruf zum alt werden	56
4.2 Wege und Einstieg in die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege.....	59
4.2.1 Vorbildung und vorherige berufliche Erfahrungen	59
4.2.2 Berufswahl	61
4.2.3 Ausbildungsweg und Beurteilung der Ausbildung.....	66
4.2.4 Übergang von Ausbildung in den Beruf	71
4.3 Erwerbsverläufe	73
4.3.1 Berufliche Kontinuität und Diskontinuität in der Pflege.....	73
4.3.1.1 Wechsel innerhalb des Pflegeberufes	74
4.3.1.2 Wechsel zwischen Pflege und anderen Berufsfeldern.....	80
4.3.1.3 Berufliche Unterbrechungen.....	80
4.3.1.4 Wechsel und doch kein Wechsel: Doppelbelastungen....	84
4.3.2 Weiterbildungsverläufe	87
4.3.2.1 Fortbildungen	87

4.3.2.2	Sonderausbildungen.....	89
4.3.2.3	Matura, Berufsreifeprüfung und Studium sowie berufsfremde Weiterbildung	90
4.3.3	Pflegekarriere	91
4.4	Übergeordnete Bedingungen der Erwerbsverläufe in der Diplomierten Pflege.....	94
5	Aktuelle berufliche Situation	98
5.1	Arbeitstätigkeit der Diplomierten Pflegebediensteten.....	98
5.1.1	Arbeit als ganzheitliche Aufgabe	98
5.1.2	Arbeit an den PatientInnen	100
5.1.3	Organisatorische Rahmenbedingungen der Tätigkeit.....	102
5.2	Soziale Aspekte der Arbeit	103
5.3	Arbeitszeit	106
5.4	Zufriedenheitsindikatoren und Belastungen im Vergleich	111
5.4.1	Zufriedenheit mit Aspekten der beruflichen Tätigkeit	111
5.4.2	Belastungen aufgrund der beruflichen Tätigkeit	112
5.5	Berufliche Perspektiven	114
5.5.1	Bindung an den Beruf	116
5.5.2	Einschätzung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt	120
6	Berufsstand	123
6.1	Berufsstatus und berufliche Identität.....	123
6.2	Qualifikationsprofil.....	125
7	Schlußfolgerungen	129
	Literaturverzeichnis.....	136
	Tabellenverzeichnis.....	139
	Abbildungsverzeichnis.....	140

Daten zur Untersuchung

<i>Thema:</i>	Erwerbsbiographien von Diplomierten Pflegebediensteten
<i>AuftraggeberIn:</i>	Arbeitsmarktservice Österreich, ABI / Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, ams-forschungsnetzwerk.at, Projektleitung: René Sturm
<i>Beauftragtes Institut:</i>	SORA - Institute for Social Research and Analysis, Wien abif – analyse, beratung, interdisziplinäre Forschung
<i>Wissenschaftliche Leitung:</i>	Mag. ^a Isabella Kaupa
<i>AutorInnen:</i>	Mag. ^a Marie Jelenko, Mag. ^a Isabella Kaupa, Mag. ^a Christina Kien, Mag. ^a Brigitte Mosberger
<i>Unter Mitarbeit von:</i>	Nikolas Hochstöger, Carmen Kittel, Roman Riegler, Antonina Lakner
<i>Erhebungsgebiet:</i>	Wien und Niederösterreich

Kurzfassung

Im Rahmen der Studie zu Erwerbsbiographien von Diplomierten PflegerInnen wurden die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie die Arbeitssituation im Gesundheits- und Krankenpflegebereich untersucht. Ein besonderer Schwerpunkt wurde dabei auf die beruflichen Verläufe von Diplomierten Pflegebediensteten gelegt. Berufswahl, Bewertung der Ausbildung, Berufseinstieg und weiterer Karriereverlauf, berufliche Unterbrechungen und berufliche Neuorientierung sowie die Beurteilung der aktuellen beruflichen Rahmenbedingungen standen im Zentrum des Interesses.

Um das ganze Spektrum berufsbiographischer Aspekte umfassend abbilden zu können wurde ein neues multimethodisches Feldinstrumentarium entwickelt. Methodisch wurde ein Mix aus qualitativen und quantitativen Verfahren angewandt. Neben ExpertInneninterviews, die der Sondierung des Forschungsfeldes und der Vorbereitung des Erhebungsinstruments dienten, kamen eine standardisierte Fragebogenerhebung bei mehr als 300 Diplomierten Pflegekräften (Beschäftigte sowie Arbeitslose) und zusätzliche qualitative Interviews mit einigen Befragten zum Einsatz. Dadurch sind einerseits Repräsentativität und Vergleichbarkeit gegeben, andererseits aber auch dichte, vertiefende Einblicke in das Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe möglich. Inhaltlich setzt sich das Instrumentarium aus allgemeinen branchenübergreifenden einerseits und ausschließlich für diese Berufsgruppe relevanten Fragestellungen andererseits zusammen. Im Sinne der möglichen Übertragbarkeit des Instrumentariums auf andere Branchen und Berufsgruppen können damit Erwerbsbiographien exemplarisch in einen lebensgeschichtlichen und sozialen Kontext eingebettet analysiert werden.

Berufswahl und Berufswahlentscheidung

Die Ergebnisse der Studie zeigen, daß bei der Berufswahl Gespräche mit Eltern, Freunden und auch mit erwerbstätigen Diplomierten Pflegebediensteten eine bedeutende Rolle spielen. Eine vergleichsweise geringe Relevanz besitzen im Rahmen dieses Entscheidungsprozesses Berufsberatungen von Schulen und Arbeitsmarktservice bzw. Informationsunterlagen des AMS.

Tabelle 1: Berufsinformationsquellen

<i>Informationsquellen</i>	<i>Anteil derjenigen, die diese Quelle nützten</i>
Gespräche mit Eltern/Verwandten	81
Gespräche mit FreundInnen/Bekanntem	80
Gespräche mit Personen, die den Beruf ausüben	72
Berufsberatung an Schule	51
Berufsberatung des Arbeitsmarktservices (AMS)	25
Informationsunterlagen des AMS	23

Anm.: Angaben in gültigen Prozent, (5,6 – 10,1 % fehlende Werte = keine Angabe)

Das am häufigsten genannte Motiv für die Ergreifung dieses Berufs besteht in dem Wunsch, anderen Menschen zu helfen. Das fachliche Interesse sowie die Passung zwischen den eigenen Interessen und den Anforderungen des Berufes stellen ebenfalls wichtige Gründe für die Berufswahl dar. Im Vergleich der Motive zwischen AbsolventInnen unterschiedlicher Jahrgänge zeigt sich eine Zunahme der Bedeutung von guten Jobchancen und der Sicherheit des Arbeitsplatzes bei jüngeren AbsolventInnen dieser Ausbildung.

Ausbildung und Qualifikationsprofil

Die dreijährige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeschwester/zum Gesundheits- und Krankenpfleger wird im Allgemeinen positiv bewertet. Als wesentlichster Kritikpunkt wird von den Diplomierten Pflegebediensteten die mangelhafte Vorbereitung auf die psychischen und sozialen Anforderungen des Berufes genannt. Allerdings geht aus den Daten hervor, daß AbsolventInnen früherer Jahrgänge diesen Kritikpunkt häufiger äußern. Möglicherweise zeigt sich darin bereits die vermehrte Berücksichtigung der sozialen Kompetenzen im Ausbildungscurriculum. Nach Angaben der Befragten werden soziale und methodische Kompetenzen, die im Rahmen der praktischen Arbeit relevant sind, wie beispielsweise Teamfähigkeit, Fähigkeit zum selbständigen Arbeiten und zur Prioritätensetzung tendenziell erst im Laufe der beruflichen Tätigkeit erworben.

Der Hauptgrund für die hohen Drop-Out-Raten (Im Jahrgang 2002/2003 betrug die Drop-Out-Rate 18% und 25%¹.) scheint nach Angabe der befragten ExpertInnen der praktische Teil der Ausbildung zu sein.

Die wichtigsten Aspekte des Qualifikationsprofils von Diplomierten Pflegebediensteten sind Teamfähigkeit (wird als wichtigste Fähigkeit beurteilt),

¹ ÖBIG 2006.

Krankenpflege, Fachkompetenz, der Fähigkeit zur Prioritätensetzung, Einsatzbereitschaft und selbständiges Arbeiten.

Tabelle 2: Wichtige Fähigkeiten und Kompetenzen

	Mittelwert ²	Sehr wichtig (in %)	Sehr & ziemlich wichtig (in %)
Teamfähigkeit	1,07	93	99
Krankenpflege	1,15	85	99
Fachkompetenz	1,20	82	98
Fähigkeit zur Prioritätensetzung	1,22	82	98
Einsatzbereitschaft	1,23	80	98
selbständiges Arbeiten	1,24	78	99
Kommunikationsfähigkeit	1,26	77	97
Diskretion	1,26	78	97

Anm.: (2% - 6% fehlende Werte = keine Angabe)

Als am wenigsten wichtig für die Ausübung der Berufstätigkeit werden Computeranwendungskenntnisse (von 20% als sehr wichtig angesehen), Kreativität (23%) und erzieherische Kompetenzen (14%) erachtet.

Berufseinstieg

Der Ersteinstieg gelingt aufgrund des hohen Praxisanteils während der Ausbildung und des vorhandenen Bedarfs an Pflegekräften nach wie vor rasch und einfach. Die quantitative Datenanalyse zeigt, daß der Übergang zwischen Ausbildung und Beruf bei Angehörigen dieser Berufsgruppe nahezu fließend erfolgte. Rund drei Viertel der Beschäftigten (77%) stiegen unmittelbar im Anschluß an ihre Ausbildung ins Berufsleben ein. Nur bei 10 Prozent dauerte die Stellensuche länger als einen Monat. Allerdings soll an dieser Stelle erwähnt werden, daß der „fließende Übergang“ zwischen Ausbildung und Beruf in den letzten Jahren an Bedeutung verloren hat. Unklar ist, ob dies damit zusammenhängt, daß die persönlichen Ansprüche größer geworden sind und die EinsteigerInnen eine klarere Vorstellung davon haben, was sie tun möchten und was nicht, oder ob dies in Zusammenhang mit einer veränderten Rekrutierungsstrategie der Einrichtungen steht.

Erwähnenswert ist auch, daß relativ schnell ein erster beruflicher Wechsel erfolgt, meist innerhalb der Organisation.

² Die Beurteilung der Wichtigkeit der Kompetenzen wird auf einer 5-stufigen Skala von „1“ = „sehr wichtig“ bis „5“ = „gar nicht wichtig“ gemessen.

Berufliche Wechsel

Aufgrund des schon erwähnten Bedarfs an Diplomiertem Pflegepersonal sind berufliche Wechsel relativ leicht möglich, zumal in diesem Beruf auch die Rückkehrmöglichkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit gegeben ist.

Zu den wichtigsten Gründen für berufliche Wechsel zwischen Organisationen zählen bei den Erwerbstätigen vor allem der Wunsch nach einer interessanteren Tätigkeit (39%) gefolgt von den Bedürfnissen nach einer besseren Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes oder einer besseren Arbeitszeitregelung (je 29%). Bei arbeitslosen Diplomierten Pflegekräften stellt hingegen das Arbeitsklima das wichtigste Wechselmotiv dar (44%). Männer wechseln häufiger als Frauen wegen besserer Karrieremöglichkeiten den Job. Der häufig verspürte Wunsch nach einer interessanteren Tätigkeit scheint insbesondere mit den hohen psychischen und physischen Anforderungen der Pfl egetätigkeit zusammenzuhängen: Jede Station bringt von Fachbereich und Zusammensetzung der PatientInnen abhängige spezifische Anforderungen mit sich, die auf Dauer stark belasten können. Als besondere Belastung wird im Rahmen der Interviews die Tätigkeit auf Stationen beschrieben, die wenige Erfolge verzeichnen können, wie etwa die Internen Abteilungen. Mit alten Menschen zu arbeiten scheint eine besonders große Belastbarkeit zu erfordern.

Ob sich häufige Wechsel positiv oder negativ auf die Karriere einer Diplomierten Pflegekraft auswirken, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Wichtig ist dabei, ob der Wechsel angeboten und als Chance begriffen wird oder ob dieser als „Flucht“ vor einer als belastend erlebten Tätigkeit gesehen wird (wie dies bei Biographien von Arbeitslosen häufiger der Fall zu sein scheint).

Berufliche Unterbrechungen

Unterbrechungen wegen Kinderbetreuungspflichten haben eine wesentliche Bedeutung im frauendominierten Pflegeberuf – dies ist auch Ursache für die größere Diskontinuität weiblicher Verläufe. Das größte Problem bei der Rückkehr in den Beruf ist die Frage der Vereinbarkeit. Vor allem die mangelnde Übereinstimmung der Öffnungszeiten von Kindergarten und Schule mit den Arbeitszeiten sowie auch ein zu geringes Angebot an Teilzeitstellen wird kritisiert. Verglichen mit WiedereinsteigerInnen in der Privatwirtschaft ist bei Diplomierten Pflegekräften eine kindbedingte Karenz jedoch seltener ein Grund für einen Arbeitgeberwechsel.

Fluktuation und beruflicher Ausstieg

Rund 60 Prozent wollen in ihrem derzeitigen Tätigkeitsbereich bleiben. Rund jede/-r Fünfte strebt einen Wechsel in eine höhere berufliche Position an, und weitere 8 Prozent möchten zukünftig in einer anderen Organisation tätig sein. Nur ein geringer Anteil plant den Ausstieg aus dem Pflegeberuf (9%). Genauere Aussagen über Fluktuation in diesem Berufsfeld sind jedoch nur mittels prospektiver Längsschnittstudien oder mittels umfassendem sekundärstatistischen Datenmaterial möglich (Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger).

Tabelle 3: Berufliche Perspektiven – derzeit Erwerbstätige

<i>Themen</i>	<i>Ins-gesamt</i>	<i>Frauen</i>	<i>Männer</i>
Verbleib in Position u. Organisation	59	61	48
Wechsel in höhere berufl. Position im Tätigkeitsbereich	19	18	26
Wechsel in anderen Tätigkeitsbereich in Organisation	8	8	7
Wechsel in andere Organisation	3	3	2
Beginn einer Ausbildung für Berufswechsel	3	3	5
Wechsel in selbständige Tätigkeit als DGKS/DGKP	1	2	0
vollständiger Wechsel des Berufs in einem Angestelltenverhältnis	1	1	2
Wechsel in eine andere selbständige Tätigkeit	2	2	7
anderes	2	2	2
<i>Gesamt</i>	<i>98</i>	<i>100</i>	<i>99</i>

Anm.: Angaben in gültigen Prozent, (4% fehlende Werte = keine Angabe)

Erwerbslosigkeit

Phasen der Arbeitslosigkeit sind bei Diplomierten Pflegebediensteten ein eher selten zu beobachtendes Phänomen. Zum Zeitpunkt der Erhebung (Mai 2006) waren beim AMS Wien weniger als 200 Diplomierte Pflegekräfte arbeitslos bzw. arbeitssuchend gemeldet. Als größte Schwierigkeit beim Wiedereinstieg in den Beruf gelten bei dieser Gruppe vor allem gesundheitliche Probleme sowie die Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf. Dementsprechend gering schätzen daher auch diejenigen, die aus gesundheitlichen Gründen ihre letzte Stelle aufgeben mußten, ihre Chancen ein, in absehbarer Zeit wieder eine annehmbare andere Arbeitstelle zu finden. (65% der derzeit Erwerbstätigen, aber nur 24%

der Erwerbslosen schätzen ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt als sehr bzw. ziemlich positiv ein.) Bei längerer Arbeitslosigkeit scheint daher im Einzelfall zu klären, ob eine Umschulung auch in einen anderen Beruf möglich wäre. Generell zeigt sich, daß ein Großteil der derzeit Erwerbslosen einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf plant.

Genderspezifische Unterschiede im Erwerbsverlauf

In der Gesundheitsstatistik 2004 ist ausgewiesen, daß im Jahr 2003 87,5 Prozent der in Krankenanstalten beschäftigten Diplomierten Pflegebediensteten Frauen waren (Statistik Austria, 2005, S. 39). Die Pflege ist somit ein von Frauen dominiertes Berufsfeld, welches insbesondere durch geringere Verdienstmöglichkeiten geprägt ist. Zu den auffälligsten Unterschieden zwischen den Geschlechtern zählt vor allem die klare Artikulation von Karriereambitionen von Seiten der Männer, die sowohl bei den Motiven für die Berufswahl als auch bei Wechsel in andere Organisationen deutlich wird. Berufliche Verläufe von Frauen in der Pflege sind hingegen häufiger durch Unterbrechungen aufgrund von Kinderbetreuung sowie der sich daraus ergebenden Problematik der Vereinbarkeit charakterisiert.

Weiterbildung

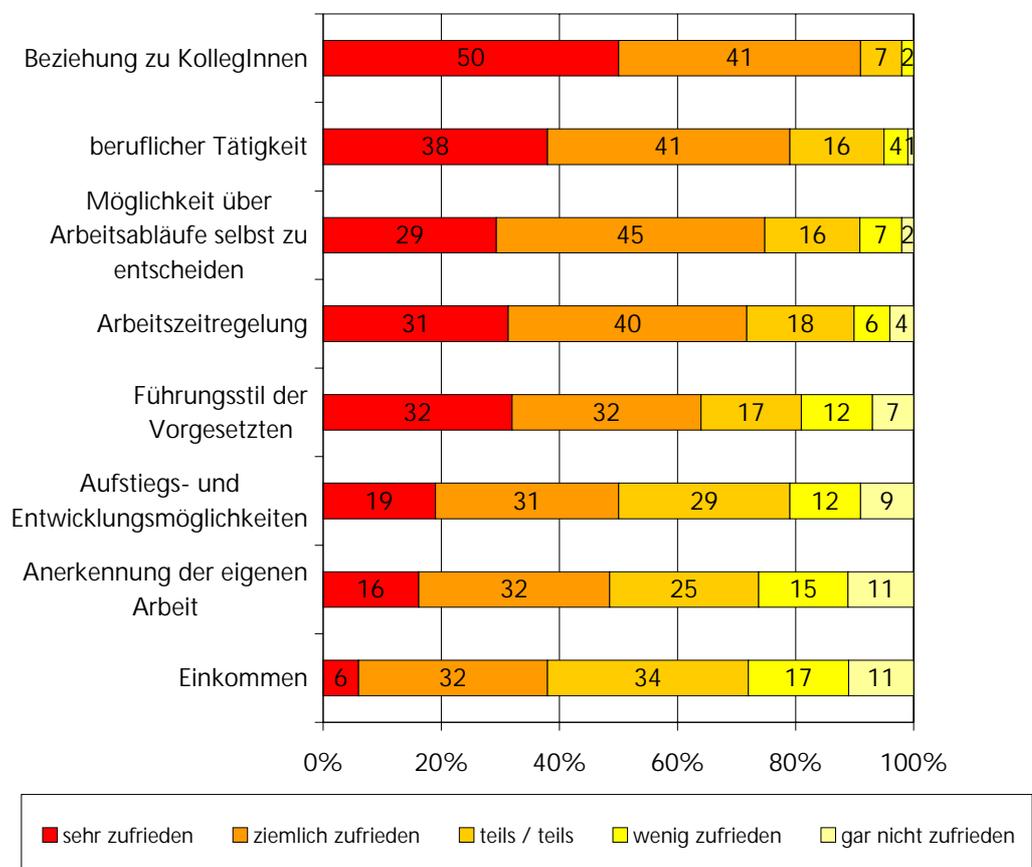
Insgesamt scheint es in diesem Beruf ein relativ hohes Ausmaß an bezahlter beruflicher Weiterbildung zu geben (7 von 10 Befragten besuchten im vergangenen Jahr zumindest eine Weiterbildung). Insbesondere fachspezifische Kurse werden besucht, ein Bedarf wird im Bereich des Angebots an Kursen zu Soft-Skills gesehen (Kommunikation, Persönlichkeitsentwicklung).

Wichtig zu erwähnen sind auch die diversen Sonderausbildungen innerhalb bestehender Arbeitsverhältnisse (z.B.: Ausbildung zur Kinder- und Gesundheitskrankenpflege, Sonderausbildung zu Intensivpflege, ...), die eine Möglichkeit der beruflichen Entwicklung darstellen. Darüber hinaus scheint es in diesem Beruf (etwa im Rahmen von zeitweiligen Arbeitszeitverkürzungen) relativ leicht möglich, sich ein zweites Standbein aufzubauen und neben dem Beruf eine andere Zusatzausbildung oder ein Studium zu beginnen. Rund 20 Prozent berichten über den Beginn bzw. die Absolvierung einer derartigen berufsfremden Weiterbildung.

Vor- und Nachteile des Pflegeberufs, berufliche Identität

Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich, daß Diplomierte PflegerInnen ihre Arbeit als sinnstiftend erleben und sich mit den Inhalten ihrer Tätigkeit in hohem Maß identifizieren können. Auffallend ist auch, daß diese Berufsgruppe eine im Vergleich zu anderen Erwerbstätigen hohe Autonomie bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu haben scheint. Sehr gut beurteilt werden auch die Beziehungen zu KollegInnen, was darauf schließen läßt, daß dieser Aspekt sehr zentral für den Job zu sein scheint und die Beschäftigten lieber einmal öfter die Station wechseln als in einem Team zu arbeiten, wo sie sich nicht wohl fühlen.

Abbildung 1: Indikatoren zur Zufriedenheit



Als im Vergleich sehr negativ werden insbesondere das Einkommen, aber auch die Aufstiegschancen beurteilt. Ein schwieriger Aspekt des Berufs scheint auch die Tatsache zu sein, daß es in manchen Bereichen wenig offensichtliche Erfolgserlebnisse im Sinne einer klaren Verbesserung des Gesundheitszustandes gibt (v.a. in Pflegeheimen und in der Mobilen Pflege). Wenig Wertschätzung wird auch von Seiten der ÄrztInnen verspürt (62% stimmen der Aussage zu, daß ihre

Aufgaben von der Gesellschaft weniger wertgeschätzt werden als jene von ÄrztInnen und Angehörigen therapeutischer Berufe.)

Die berufliche Identität des Pflegeberufs kann daher als hoch ambivalent charakterisiert werden: Einerseits wird die Tätigkeit als sinnstiftend und wichtig gesehen, andererseits wird der Beruf als gesellschaftlich zu gering bewertet erachtet, was insbesondere an der großen Unzufriedenheit mit dem Einkommen und der kritischen Beurteilung der Rahmenbedingungen deutlich wird.

1 *Ziel und Inhalt des Projekts*

Ziel dieser Studie war es, die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie die Arbeitssituation im Gesundheits- und Krankenpflegebereich zu untersuchen und eine profunde Handreichung mit unmittelbarem Anwendungsnutzen für die Berufsinformation bzw. –beratung zu erarbeiten. Ein besonderer Schwerpunkt wurde dabei auf die beruflichen Verläufe von Diplomierten Pflegebediensteten gelegt. Berufswahl, Bewertung der Ausbildung, Berufseinstieg und weiterer Karriereverlauf, berufliche Unterbrechungen und berufliche Neuorientierung sowie die Beurteilung der aktuellen beruflichen Rahmenbedingungen standen im Zentrum des Interesses der nun vorliegenden Studie.

Ein inhaltlicher Schwerpunkt der Studie ist die Beschreibung von Berufsverläufen und erwerbsbiografischen Brüchen. Im Zusammenhang mit dem „Berufseinstieg“ als erstem prägenden Ereignis im Karriereverlauf werden das Informationsverhalten über die Berufswahlentscheidung, Motive für den Beginn und Einstellungen zur beruflichen Ausbildung analysiert. Ein weiterer Fokus liegt auf der Wahrnehmung der derzeitigen Arbeitssituation (Arbeitszeit, Umgang mit PatientInnen, organisatorische Rahmenbedingungen, motivierende und belastende Faktoren). Darüber hinaus wurde im Rahmen dieser Untersuchung das Berufsbild und die berufliche Identität der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeberufe analysiert.

Um das ganze Spektrum berufsbiographischer Aspekte umfassend abbilden zu können wurde ein neues multimethodisches Feldinstrumentarium entwickelt. Inhaltlich setzt sich das Instrumentarium aus allgemeinen branchenübergreifenden einerseits und ausschließlich für diese Berufsgruppe relevanten Fragestellungen andererseits zusammen. Methodisch wurde ein Mix aus qualitativen und quantitativen Verfahren angewandt. Dadurch sind einerseits Repräsentativität und Vergleichbarkeit gegeben, andererseits aber auch dichte, vertiefende Einblicke in das Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe möglich. Die quantitative Erhebung ermöglicht die standardisierte Erfassung von Berufsverläufen und liefert somit die Basis für die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten über Branchen- und Berufsgrenzen hinweg. Die qualitativen Interviews können hingegen auf spezielle Ausschnitte der individuellen Erfahrungswirklichkeit der Betroffenen im Berufsalltag genauer eingehen. Im Sinne der möglichen Übertragbarkeit des Instrumentariums auf andere Branchen und Berufsgruppen können damit Erwerbsbiographien exemplarisch in einen lebensgeschichtlichen und sozialen Kontext eingebettet analysiert werden.

2 *Methodisches Vorgehen*

Das methodische Design der vorliegenden Studie ist von einem integrativen methodischen Zugang geprägt: Neben ExpertInneninterviews, die der Sondierung des Forschungsfeldes und der Vorbereitung des Erhebungsinstruments dienen, kamen eine standardisierte Fragebogenerhebung und qualitative Interviews mit Betroffenen zum Einsatz.

2.1 *ExpertInneninterviews*

Als Einstieg ins Feld der Diplomierten Pflege und Orientierung für den Aufbau des Fragebogens dienten fünf ExpertInneninterviews, drei davon mit berufsnahen Personen und die anderen beiden mit außen stehenden ArbeitsmarktexpertInnen. Namentlich wurden im April 2006 Franz Allmer (Präsident des Berufsverbandes österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe - BoeGK), Maria Jesse (Vorsitzende der Pflegekonferenz), Helga Schneider (Direktorin der Gesundheits- und Krankenpflegeschule im Rudolfinerhaus), René Sturm (AMS Österreich/Abteilung Berufsinformations- und Qualifikationsforschung – BIO) und Manfred Krenn (Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt - FORBA) befragt.

Die VertreterInnen der Berufsverbände und die Schuldirektorin wurden ausgewählt, da sie sowohl praktische Erfahrungen der beruflichen Tätigkeit in der Diplomierten Pflege einbringen, als auch einen guten Überblick über gesetzliche Grundlagen, Trends, Probleme, Herausforderungen und Potentiale des Diplomierten Pflegeberufs haben. Die Auswahl des AMS-Experten und des sozialwissenschaftlichen Experten erfolgte dagegen, um daneben weniger interessensgebundene Aussagen zum Diplomierten Pflegeberuf zu erhalten und die Makroperspektive zu Arbeitsmarkt- und Beschäftigungsentwicklung stärker zu berücksichtigen.

Die erste Kontaktaufnahme mit den Befragten erfolgte per E-Mail. Nach telefonischer Vereinbarung fanden vier Interviews am Arbeitsplatz der Befragten und eines in den Büroräumlichkeiten des *abif* statt. Wesentliche Themen der Befragung waren das Berufsbild, der Berufseinstieg, Berufsverläufe, Arbeitsbedingungen und Kompetenzen, Berufliche Identität und Berufsstatus in der Diplomierten Pflege sowie Zukunftsperspektiven des Pflegeberufs.

2.2 Quantitative Erhebung

Aufbauend auf Ergebnissen der Literaturanalyse, Analysen des bestehenden AMS-Instrumentariums, publizierten Fragebögen zur Erfassung von Erwerbsbiographien und den Informationen aus den ExpertInneninterviews wurden Fragen für das quantitative Erhebungsinstrument entwickelt und bereits bestehende Fragebogenitems adaptiert. Die Entwicklung des quantitativen Fragebogens berücksichtigte die Ansprüche nach einer schnellen und bedarfsorientierten Einsetzbarkeit und Auswertung.

Da sowohl erwerbstätige als auch arbeitslose und arbeitssuchende Diplomierte Pflegebedienstete in die Stichprobe aufgenommen wurden, galt es bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments auch, die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen diesen beiden Gruppen zu berücksichtigen.

2.2.1 Durchführung der Erhebung

Die quantitative schriftliche Erhebung wurde auf zwei Wegen durchgeführt. Einerseits wurden derzeit beschäftigte und andererseits derzeit arbeitslos gemeldete Diplomierte Pflegebedienstete befragt. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Kontaktaufnahme werden im Folgenden beschrieben. Im April 2006 begann die Kontaktaufnahme mit ausgesuchten Spitälern. Das Interesse an einer Teilnahme wurde mit den jeweiligen PflegedirektorInnen geklärt, sowie die Erlaubnis der Teilnahme an der Untersuchung insbesondere den zuständigen LeiterInnen der Einheiten geklärt (KAV). Es wurde darauf geachtet, unterschiedliche Organisationen in die Stichprobe aufzunehmen. Letztlich erklärten sich zwei niederösterreichische Spitälern, vier Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbands (KAV) und sechs Wiener Einrichtungen von einem sonstigen Träger zur Teilnahme bereit. Die Befragung wurde in acht Spitälern bzw. Krankenhäusern, in zwei Einrichtungen der Mobilien Pflege sowie in zwei Pflegeheimen durchgeführt. Die Fragebögen wurden im Zeitraum von Ende Mai bis Mitte Juni 2006 zu den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen gebracht und Mitte bis Ende Juni 2006 wieder eingesammelt. Bei Diplomierten Pflegebediensteten in der Mobilien Pflege erfolgte die Verteilung der Fragebögen ebenfalls durch die PflegedirektorInnen. Die Rücksendung der Fragebögen erfolgte jedoch postalisch. Bei den derzeitig beschäftigten Diplomierten Pflegebediensteten lag die Rücklaufquote bei 75 Prozent.

Zeitgleich wurde mit dem Arbeitsmarktservice Wien – Währingerstraße unter Wahrung der Anonymität der Befragten eine Aussendung an derzeit arbeitslos

gemeldete Diplomierte Pflegebedienstete vereinbart. In einem Begleitschreiben wurden die Inhalte der Untersuchung sowie die Rolle des AMS und die Vorgehensweise erklärt. In dem Anschreiben waren der Fragebogen, das erwähnte Begleitschreiben sowie ein Rücksendekuvert enthalten. 193 beim AMS vorgemerkte Personen wurden angeschrieben, wobei von 51 Personen ein ausgefüllter Fragebogen zurückgesandt wurde (Rücklaufquote 26%).

Insgesamt wurden 683 Fragebögen verteilt und 381 retourniert. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 56 Prozent. Für schriftliche Befragungen gilt eine Rücklaufquote von über 50 Prozent als außerordentlich hohe Beteiligung.

Weiters ist noch zu erwähnen, daß sich die Fragebögen der derzeitig Beschäftigten sowie der derzeit arbeitslos gemeldeten Diplomierten Pflegekräfte unterschieden haben. Den derzeitig arbeitslos gemeldeten Personen wurden keine Fragen zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit gestellt. Ansonsten waren die Fragebögen beinahe identisch, um die Vergleichbarkeit der Antworten zu ermöglichen.

2.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden 381 Fragebogen retourniert. Nach Bereinigung des Datensatzes standen für die Auswertung 376 Fragebögen zur Verfügung.

Hierbei handelt es sich um 321 Diplomierte Pflegebedienstete, die derzeit in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen. 55 Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, sind derzeit arbeitslos.

In der Gesundheitsstatistik 2004 ist ausgewiesen, daß im Jahr 2003 12,5 Prozent der in Krankenanstalten beschäftigten Diplomierten Pflegebediensteten Männer gewesen sind (Statistik Austria, 2005, S. 39). Daß dies vor allem ein von Frauen ausgeübter Beruf ist, findet sich auch in der Stichprobe wieder. Bei 86 Prozent der StudienteilnehmerInnen handelt es sich um Frauen, lediglich 14 Prozent sind männlichen Geschlechts. Sowohl bei den Erwerbstätigen als auch bei den Arbeitslosen ist das Geschlechterverhältnis identisch. Bei vier Personen fehlt die Angabe.

Ein überwiegender Teil (82%) identifizierte sich als Diplomierte/-r Allgemeine/-r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger (DGKS/DGKP). Auch dieser Anteil entspricht dem Anteil der Personen, die in Krankenanstalten beschäftigt sind (Statistik Austria, 2005, S. 39). Dieser Anteil lag 2003 bei 85,9 Prozent. Am zweithäufigsten (von rund 8 % der Befragten) wird die Spezialisierung auf das

Gebiet des Kindergesundheits- und Krankenpflegedienst angegeben. 6 Prozent der Befragten sind auch im Fachgebiet der Psychiatrie ausgebildet. In der Gesundheitsstatistik für das Jahr 2004 wird angegeben, daß 7,6 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten in der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie 6,5 Prozent in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigt sind. Der Männeranteil ist mit 40,5 Prozent in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege am höchsten (Statistik Austria 2005, S. 39).

Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 38 Jahren. Rund 22 Prozent der Befragten sind bis 30 Jahre alt. 35 Prozent sind zwischen 31 und 40 Jahre alt. 21 Prozent sind älter als 45 Jahre.

Beinahe zwei Drittel der Befragten (65%) leben in einer Ehe oder einer eheähnlichen Gemeinschaft, rund 23 Prozent gaben an, derzeit alleine zu leben.

60 Prozent der in der Pflege Beschäftigten geben an, daß sie keine betreuungspflichtigen Kinder (bis zum Alter von 15 Jahren) zu haben. 21 Prozent geben an, ein Kind zu haben, 16 Prozent nennen zwei betreuungspflichtige Kinder. Über 35 Prozent der befragten Pflegebediensteten haben Kinder unter 15 Jahren.

2.2.3 Vorgehensweise bei der Auswertung

Um typische Fälle für die qualitativen Interviews heranziehen zu können wurde in einem ersten Schritt die *Clusteranalyse* (k-means-Verfahren) als statistische Methode angewandt, die eine heterogene Gesamtheit von einzelnen Personen mit dem Ziel analysiert, homogene Gruppen aus diesen unterschiedlichen Personen zu identifizieren. Um eine zu starke Differenzierung in sehr viele verschiedene Typen zu verhindern, wurden die einzelnen Variablen zuerst inhaltlich gruppiert und darauf aufbauend *zwei getrennte Typologien* gebildet. Die eine Typologie bezieht sich auf die Kontinuität der Berufsausübung, die andere auf den innerberuflichen Entwicklungspfad.

Für die Bildung der ersten Typologie wurden folgende Variablen berücksichtigt:

- Arten von Unterbrechungen
- Berufstätigkeit vor Arbeitslosigkeit

Bei den Unterbrechungen wurden diejenigen, welche aufgrund von Kinderbetreuung, Arbeitslosigkeit und Krankheit entstanden in die Analyse aufgenommen. Diese Unterbrechungen fanden deswegen Berücksichtigung, weil

diese erstens am häufigsten bei den befragten InterviewpartnerInnen aufgetreten sind und zweitens die Unterbrechungen aufgrund von Krankheit und Kinderbetreuung auch diejenigen sind, die von einer Expertin als die relevantesten Ausstiegsgründe aus dem Beruf genannt wurden.

Vorangegangene Analysen zeigten, dass eine Berufstätigkeit vor Beginn der Ausbildung zur/zum DGKS/DGKP relevante Unterschiede in den Einstellungen zur Berufswahl usw. mit sich brachte. Darüber hinaus schien dieses Kriterium bedeutsam zu sein, da beinahe ein Viertel der befragten Diplomierten Pflegekräfte vor ihrer Ausbildung bereits berufstätig gewesen sind.

Weiters wurde eine eigene Typologie über die innerberufliche Weiterentwicklung gebildet. In diese Typologie wurden folgende Variablen berücksichtigt:

- Übernahme von Leitungsfunktion
- Spezialisierung auf ein Fachgebiet
- Übernahme von Lehrfunktion
- Übernahme von Stabstellen- bzw. Verwaltungsfunktion

Eine *Kreuztabelle* diene dazu festzustellen, ob Typen der Typologie „Kontinuität der Berufsausübung der Diplomierten Pflegebediensteten“ mit einzelnen Typen der Typologie „Entwicklungspfad“ einhergehen.

Für die weitere Auswertung des umfangreichen Datenmaterials wurden neben deskriptivstatistischen Verfahren (Häufigkeiten, Kreuztabellen) auch Faktorenanalysen durchgeführt.

In diesem Bericht werden weiters Ergebnisse aus dem Arbeitsklima-Index³ diskutiert. Dies dient dem Zweck, Vergleiche in den Arbeitsbelastungen und der Arbeitszufriedenheit zwischen Diplomierten Pflegebediensteten und ArbeitnehmerInnen anderer Branchen anstellen zu können. Als Vergleichsgruppe wurden ArbeitnehmerInnen in Wien und Niederösterreich herangezogen, die im Jahr 2006 befragt wurden.

³ Der Arbeitsklima-Index ist eine von SORA und IFES seit 1997 vierteljährlich durchgeführte standardisierte Messung von Arbeitszufriedenheit und -belastungen der österreichischen ArbeitnehmerInnen im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich. Er umfasst ein umfangreiches Fragenprogramm zu Arbeitszufriedenheit und -belastung, Arbeitssituation, Betriebskennzahlen, Lebenszufriedenheit, Zukunftseinschätzungen etc. (vgl. www.arbeitsklima.at).

2.3 *Qualitative Interviews*

Der qualitative Teil der Untersuchung zielt auf die Herausarbeitung struktureller Bedingungen, Entscheidungsprozesse und Motivlagen für Erwerbsverläufe in der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege ab. Dabei soll untersucht werden, welche institutionellen und individuellen Wege in den Diplomierten Pflegeberuf führen, inwiefern unterschiedliche „Einstiegsszenarios“ für den weiteren Erwerbsverlauf von Bedeutung sind, wie sich Erwerbsverläufe nach unterschiedlichen Aspekten (Kontinuität, Weiterbildung, Karriere) gestalten und welche Bedeutung Arbeitsalltag und Arbeitbedingungen für die Gestaltung der Erwerbsverläufe haben.

2.3.1 *Auswahl und Beschreibung der InterviewpartnerInnen*

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte aus dem Sample der quantitativ Befragten⁴ in Anlehnung an eine clusteranalytische Auswertung, deren Fokus auf erwerbsbiographischen Verläufen lag.

Auf diesem Weg eine begrenzte Anzahl an klar voneinander unterscheidbare Typen zu finden, erwies sich als schwierig. In Tabelle 4 stellen die grau hinterlegten Felder der Kreuztabelle die am häufigsten vorkommenden Typen dar (die Zellbesetzungen liegen zwischen 22 und 8%). Spaltenweise sind die unterschiedlichen Entwicklungspfade und zeilenweise die Typen der Kontinuität der Berufsausübung ersichtlich.

⁴ Die Befragten der quantitativen Untersuchung wurden gebeten, sofern sie mit einer nochmaligen qualitativen Befragung einverstanden sind, ihre E-Mail-Adresse und oder Telefonnummer am Ende des Fragebogens zu notieren.

Tabelle 4: Typen – Kontinuität der Berufsausübung und Entwicklungspfad

		Entwicklungspfad		
		keine beruflichen Veränderungen	Spezialisierung auf Fachgebiet	Leitungsfunktion
Kontinuität der Berufsausübung	keine Unterbrechungen	22%	9%	9%
	Quereinsteiger ohne Unterbrechung	9%		
	Quereinsteiger mit Unterbrechung Kinderbetreuung			
	nur Unterbrechung Kinderbetreuung	11%	8%	8%
	Unterbrechung Krankheit und Arbeitslosigkeit			

Anmerkung: Die restlichen Zellbesetzungen sind ab 4,8%.

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen lehnt sich an diese Ergebnisse an, berücksichtigt aber gleichzeitig das spezifische Interesse des AMS an der Situation von erwerbslosen Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Darüber hinaus ist es für die Erklärungskraft der qualitativen Befragung wichtig, ein möglichst breites Spektrum an möglichen Veränderungen zu erfassen, weshalb in manchen Fällen von den obigen Ergebnissen abgewichen wurde.

Gezielt flossen folgende an die Typologie angelehnte Kriterien in die Auswahl ein: Kontinuität/berufliche Unterbrechung, Spezialisierung auf ein Fachgebiet, Karriereentwicklung innerhalb der hierarchischen Organisation sowie Geschlecht. Letzteres ist in der Pflege von besonderer Bedeutung, da die Pflege ein typischer Frauenberuf ist, Männer aber in bestimmten Fachgebieten und in Führungspositionen relativ stark vertreten sind. Um die Hintergründe dieses Aspekts genauer zu beleuchten, wurde darauf geachtet, daß sowohl Männer als auch Frauen in der Auswahl der InterviewpartnerInnen vertreten sind.

*Folgende fünf Fälle wurden in die Untersuchung aufgenommen:*⁵

- keine berufliche Unterbrechung, keine Spezialisierung auf ein Fachgebiet, keine Karriereentwicklung, weiblich
- Quereinstieg ohne berufliche Unterbrechung, Spezialisierung auf ein Fachgebiet, keine Karriereentwicklung, männlich

⁵ Genauere Beschreibung unter 4.1

- berufliche Unterbrechung, Spezialisierung auf ein Fachgebiet, Karriereentwicklung, männlich
- Unterbrechung wegen Kinderbetreuung, keine Spezialisierung auf ein Fachgebiet, keine Karriereentwicklung, weiblich
- Unterbrechung, Arbeitslosigkeit, keine Spezialisierung auf ein Fachgebiet, keine Karriereentwicklung, weiblich

Um die Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns anhand von fünf Interviews auszuschöpfen, ohne uns in sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu verlieren, beschränkten wir die qualitativen Interviews auf die Diplomierte Pflege im *Krankenanstaltenbereich*, d.h. daß die InterviewpartnerInnen zum Zeitpunkt des Interviews in Krankenanstalten angestellt waren bzw. vor Beginn der Arbeitslosigkeit dort ihre letzte Anstellung hatten.

2.3.2 Durchführung der qualitativen Interviews

Im Zuge der quantitativen Erhebung wurden die Befragten gebeten, falls sie zu einem zusätzlichen qualitativen Interview bereit wären, ihre Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse am Fragebogen bekannt zu geben. Auf diese Weise erhielten wir rund 50 Telefonnummern und/oder E-Mail-Adressen mit dazugehöriger quantitativer „Fragebogengeschichte“. Fünf davon wurden anhand der oben beschriebenen Kriterien für die qualitative Untersuchung ausgewählt und telefonisch oder per E-Mail für eine Terminvereinbarung kontaktiert.

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen 5. und 18. September 2006 durchgeführt. Ein Interview fand in den Büroräumlichkeiten des *abif* statt, eines am Arbeitsplatz des Interviewpartners und die anderen drei in Lokalitäten in Wohn- oder Arbeitsnähe der InterviewpartnerInnen.

Als Grundlage der Interviewführung diente ein *offener Leitfaden* im Sinne des *problemzentrierten Interviews*⁶, der auf biographische Aspekte des Erwerbsverlaufs fokussierte.

„Die Konstruktionsprinzipien des problemzentrierten Interview (PZI) zielen auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung

⁶ Andreas Witzel 2000.

individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität.“⁷

Darüber hinaus fanden offene Fragen zur aktuellen beruflichen Situation und Zukunftsperspektiven Eingang in den Leitfaden.

Das problemzentrierte Interview bietet die Möglichkeit mit einem erarbeiteten Vorwissen (Fakten, ExpertInneninterviews, quantitative Befragung) ins Feld zu gehen, „wobei *die Dominanz der Konzeptgenerierung durch den Befragten* erhalten bleibt.“⁸ Der Erkenntnisgewinn sowohl im Erhebungs- als auch im Auswertungsprozeß kann als induktiv-deduktives Wechselverhältnis beschrieben werden.

„Das unvermeidbare und damit offenzulegende Vorwissen dient in der Erhebungsphase als heuristisch-analytischer Rahmen für Frageideen im Dialog zwischen Interviewern und Befragten. Gleichzeitig wird das Offenheitsprinzip realisiert, indem die spezifischen Relevanzsetzungen der untersuchten Subjekte insbesondere durch Narration angeregt werden.“⁹

Die Methode des problemzentrierten Interviews mit den Grundpositionen der Problemzentrierung (Ausgangspunkt der Forschung), Gegenstandsorientierung (Flexibilität der Methode gegenüber Anforderungen des Untersuchungsgegenstandes) und Prozeßorientierung (ständige Reflexion und offen halten für neue Erkenntnisse) soll die Aufdeckung subjektiver Denk- und Handlungsmuster der InterviewpartnerInnen ermöglichen, und dadurch „individuelle und kollektive Handlungsstrukturen und Verarbeitungsmuster gesellschaftlicher Realität“ zugänglich zu machen.¹⁰

2.3.3 Vorgehensweise bei der Auswertung

Um interpretative Auswertungsverfahren anwenden zu können, wurden die Interviews auf Tonband aufgenommen und anschließend wörtlich und vollständig *verschriftlicht*. Orts- und Personennamen wurden im Sinne der Anonymität der InterviewpartnerInnen verändert.

⁷ Ebd., Seite 1.

⁸ Siegfried Lamnek 1995, Seite 78.

⁹ Andreas Witzel 2000, Absatz 3.

¹⁰ Andreas Witzel 1982, Seite 67.

Die Auswertung der Interviews fand unter Berücksichtigung der *Grobanalyse* nach Froschauer und dem analytischen Verfahren der *Grounded Theory* statt.¹¹ Das grob-analytische Vorgehen dient der „Erforschung einer selektiven Abfolge von Aussagekomplexen, die in einem ersten Schritt *komprimiert*, dann *expliziert* und zuletzt *strukturiert*, d.h. in Thesen und Erklärungen über bestimmte Regelmäßigkeiten zusammengefaßt werden.“¹² Für das konkrete Vorgehen bei der Auswertung bedeutet das, daß die in Interpretationseinheiten unterteilten Interviewtranskripte zunächst zusammengefaßt, dann nach den Intentionen der jeweiligen interviewten Person untersucht und schließlich strukturelle Bedingungen und Strukturfolgen der Aussagen im Interview sowie mögliche Systemeffekte herausgearbeitet wurden.

Da im qualitativen Teil der Untersuchung die Theoriegenerierung einen zentralen Stellenwert hatte, stand zunächst die Entwicklung von Interpretationsvorschlägen im Vordergrund und nicht deren Bestätigung. Erst nach und nach wurden Kategorien entwickelt, die im weiteren Verlauf zum Teil wieder verworfen wurden. Letztendlich sollten „durch offenes Kodieren die einzelnen Codes sowohl verifiziert als auch gesättigt werden.“¹³ Axiales und selektives Kodieren¹⁴ führten schließlich zu einem Theoriegerüst, das in der abschließenden Berichtlegung mit den Erkenntnissen aus der quantitativen Befragung verbunden wurde. Wichtig für den Kodiervorgang war die Berücksichtigung des Kodierparadigmas nach Strauss¹⁵, in dessen Rahmen die Daten nach Bedingungen, nach Interaktionen zwischen den AkteurInnen, nach Strategien und Taktiken und nach Konsequenzen analysiert werden.

Um neben den theoretischen Überlegungen auch ein Bild möglicher Erwerbsverläufe in der Pflege zu vermitteln, wurden die Interviews darüber hinaus fallspezifisch aufgearbeitet und in Kapitel 4.1 dargestellt.

¹¹ Vgl. Ulrike Froschauer 1992; Anselm Strauss 1998.

¹² Ulrike Froschauer 1992, Seite 71.

¹³ Anselm Strauss 1998, Seite 62.

¹⁴ Vgl. ebd.

¹⁵ Ebd. Seite 57.

3 Hintergrundinformationen zum Diplomierten Pflegeberuf

3.1 Fakten zu Berufsbild und Ausbildungsmöglichkeiten

Der Beruf der Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/des Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegers umfaßt ein breites Spektrum an Tätigkeiten in den Bereichen Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung, sowie Diagnose, Therapie und Rehabilitation¹⁶.

Die Kernaufgaben dieses Berufes lassen sich in *drei Verantwortungs- bzw. Tätigkeitsbereiche* gliedern, welche in unterschiedlichen Institutionen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen, sozialen Einrichtungen, Gesundheitspraxen, Gesundheitsberatenden Einrichtungen, aber auch freiberuflich ausgeübt werden können. Der *Eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich* umfaßt Aufgaben wie beispielsweise Diagnostik, Planung, Organisation, Pflegeforschung, Beratung im Rahmen der Pflege und administrative Aufgaben, aber auch die Kontrolle und Anleitung nachgeordneter Stellen, wie etwa Pflegehilfen, Hilfspersonal und SchülerInnen. Die Aufgaben des *Mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs* sind es, diagnostische und therapeutische Maßnahmen nach schriftlicher ärztlicher Anordnung fachgerecht durchzuführen. Der dritte, so genannte *Interdisziplinäre Tätigkeitsbereich* betrifft unter anderem die Gesundheitsberatung und das Mitwirken bei präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen¹⁷.

Zu den Berufspflichten eines/einer Diplomierten Pflegebediensteten zählt unter anderem eine regelmäßige Weiterbildung (40 Stunden innerhalb von fünf Jahren). Nach Absolvierung der Grundausbildung ist es möglich, durch eine Sonderausbildung den Tätigkeitsbereich um die Ausübung von Spezial-, Lehr- oder Führungsaufgaben zu erweitern¹⁸.

Wie der Pflegebericht des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen¹⁹ zeigt, betrug der Anteil der Diplomierten Pflegepersonen am gesamten Pflegepersonal 2004 Österreich weit rund 84 Prozent. Zwischen 1994 und 2004 wurden allein in Krankenhäusern rund 34.500 vollzeitbeschäftigte Diplomierte Pflegepersonen pro Jahr beschäftigt. Aufgrund demografischer Entwicklungen wird in den kommenden Jahren ein deutlicher Anstieg des Bedarfes an Pflegepersonal erwartet. Schon im Jahr 2002 wurde vom

¹⁶ AMS 2006.

¹⁷ AMS 2006; OEGKV 2006.

¹⁸ OEGKV 2006.

¹⁹ ÖBIG 2006.

Arbeitsmarktservice (AMS) über unbesetzte Stellen und Fehlbestände bei Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen berichtet. Für das Jahr 2010 wurde in Krankenhäusern ein Mehrbedarf von 1.240 (7%), in Alten- und Pflegeheimen ein zusätzlicher Bedarf von 1.700 und im Bereich der Mobilen Pflege ein Mehrbedarf von 500 vollzeitbeschäftigten Diplomierten PflegerInnen errechnet²⁰.

Die Dauer der Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger beträgt drei Jahre, findet an Schulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege sowie Schulen für Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege²¹ statt und erfolgt im Rahmen einer 40 Stunden-Woche. Die Ausbildung umfaßt mindestens 4.600 Stunden, welche durch einen Wechsel von Praxis- (mind. 2.480 Stunden) und Theorieeinheiten (mind. 2.000 Stunden) gekennzeichnet sind. Hinzu kommen noch 120 Stunden vertiefender oder erweiternder Unterricht als schulautonomer Schwerpunkt²².

Die Teilnahme an der Ausbildung erfordert ein Aufnahmeverfahren, in welchem sowohl persönliche als auch gesetzliche Bedingungen (z.B. die erfolgreiche Absolvierung von zehn Schulstufen) mittels Aufnahmekommission geprüft werden. Da den Diplomierten Pflegepersonen bei der Betreuung kranker, pflegebedürftiger, und sterbender Menschen eine verantwortungsvolle Aufgabe zukommt, werden unter anderem Fähigkeiten wie körperliche und geistige Gesundheit, psychische und physische Belastbarkeit, Einfühlungsvermögen, Kontaktfähigkeit, Respektierung anderer, Verschwiegenheit und Diskretion gefordert. Es obliegt der Aufnahmekommission, zusätzliche informelle Entscheidungskriterien festzulegen, die dabei helfen sollen, die bestgeeigneten BewerberInnen auszuwählen²³.

Es gibt in Österreich etwas mehr als 60 Schulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, die jährlich mit rund drei Lehrgängen 2.000 bis 2.400 SchülerInnen ausbilden. Da die Möglichkeit besteht, nach Abschluß des Diploms für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege eine einjährige Sonderausbildung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege zu absolvieren, existieren in diesen Bereichen deutlich weniger Schulen. Je nach Bundesland variieren die Zulassungen und Chancen auf einen Ausbildungsplatz, beispielsweise werden in

²⁰ ÖBIG 2006.

²¹ OEGKV 2006.

²² ÖBIG 2006.

²³ OEGKV 2006.

Kärnten weniger als ein Drittel aller BewerberInnen zugelassen, während in Salzburg, Wien und im Burgenland jährlich zwischen 45 und 80 Prozent aufgenommen werden. Die Drop-Out-Rate der Auszubildenden betrug im Jahrgang 2002/2003 zwischen 18 und 25 Prozent²⁴.

3.2 *Ergebnisse der ExpertInneninterviews*

3.2.1 *Berufsbild*

Es ist nicht ganz einfach, die Arbeit in der Diplomierten Pflege zu definieren. Früher wurde sie vor allem als „Liebesdienst“ gesehen, heute steht vermehrt die „zweckrationale Bearbeitung von Objekten“ (Manfred Krenn) im Vordergrund. Manfred Krenn plädiert dafür, Pflegearbeit als interaktive Arbeit am Subjekt zu fassen, als Ergebnis der Koproduktion von Pflegenden und KlientInnen und als ereignisabhängige Arbeit, die ein hohes Maß an sozialen, kommunikativen, emotionalen und Improvisations-Kompetenzen erfordert.

Die genaue Beschreibung des Berufsbildes ist im Berufsgesetz festgelegt. Im Wesentlichen setzt es sich aus der professionellen pflegerischen Versorgung und dem Ausloten prophylaktischer Möglichkeiten zusammen. Dabei sind die Formulierung der Pflegediagnose für PatientInnen, die Festlegung von Pflegezielen gemeinsam mit den PatientInnen, das Setzen von Pflegemaßnahmen unter Rückgriff auf Pflegekonzepte und schließlich die Umsetzung der Maßnahmen die zentralen Elemente der professionellen Pflege. In der Praxis zeigen sich Unterschiede im Berufsbild nach Arbeitsbereich. So unterschieden sich ambulante von stationären Tätigkeiten dadurch, daß erstere viel stärker die Angehörigen von Patienten einbinden und ihnen fachliche Unterstützung anbieten müssen. Dennoch gibt es auch im stationären Betrieb den Anspruch, das soziale Umfeld mit einzubeziehen (Maria Jesse). Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Stationen, da z.B. „auf der Geriatrie nicht nur Helfen im Vordergrund steht“ (Maria Jesse).

Zwei große Entwicklungen der letzten Jahrzehnte mit Einfluß auf das Berufsbild werden von den Befragten genannt: das ist erstens die rasante medizintechnische Entwicklung seit den 1970er Jahren, die zu einer „Reduktion der Grund- und Behandlungspflege“ (Maria Jesse) und parallel zur Entwicklung der Apparatemedizin zu einer „Apparatepflege“ (René Sturm) sowie zu stärkerer Standardisierung und Bürokratisierung (aufwendige technische Dokumentation)

²⁴ ÖBIG 2006.

geführt hat. Zweitens wurden im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das seit 1.9.1997 in Kraft ist, die Ausbildung und das Tätigkeitsfeld der Diplomierten Pflege neu definiert. Im Rahmen des neu eingeführten Eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches können Diplomierte PflegerInnen Pflegediagnosen stellen und den Bedarf an Pflege selbständig festlegen. Daneben gibt es einen Mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (Durchführungsaufgaben, z.B. Medikamentengabe) und einen Interdisziplinären Bereich (Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen). Wenngleich die Professionalisierung im Vergleich zum anglo-amerikanischen Raum viel später einsetzte und viel weniger weit fortgeschritten ist, so gibt es in Österreich heute doch eine „vergleichsweise gute und klare Definition des Berufsbildes, um die uns Länder wie Deutschland oder die Schweiz beneiden“ (Franz Allmer). Für die Diplomierten Pflegebediensteten hat damit nicht nur das eigene Selbstverständnis eine Aufwertung erfahren, sondern sich auch die Tätigkeit im Sinne einer zunehmenden Verantwortung geändert. Nicht mehr stark fraktionierte Arbeitsabläufe bestimmen die pflegerische Tätigkeit, sondern ein ganzheitlicher Zugang, in dem sich der Pflegende für den gesamten Ablauf bei der/dem Patientin/en zuständig sieht. Nicht mehr die Durchführung ärztlicher Anweisungen steht im Vordergrund, sondern die pflegerische Arbeit auf der Grundlage eigener Standards. Dabei gibt es aber deutliche Unterschiede: im Akut-Krankenhaus steht nach wie vor der Mitverantwortliche Tätigkeitsbereich im Vordergrund, während in der Langzeitpflege viel stärker eigenverantwortlich gearbeitet wird. Die Wandlung von der Hilfskraft, von der ZuarbeiterIn für die Ärzteschaft, zur eigenständigen Pflegebediensteten ist aber, wie Maria Jesse betont, noch lange nicht abgeschlossen, wenngleich sie bei den Jüngeren ein größeres Selbstbewußtsein beobachtet (z.B. Verweigerung von „Hol- und Putzdiensten“ im „Auftrag“ der Ärzteschaft).

Eine wesentliche Veränderung ist nach Helga Schneider auch der im Ausbildungsplan für Diplomierte Pflegebedienstete (Curriculum des ÖBIG) festgelegte hohe Stellenwert von kommunikativen Fähigkeiten und von soziologischen sowie pädagogischen Fächern. Medizinische Fächer büßen dagegen an Bedeutung ein. Forderungen der Berufsverbände nach einem besseren Ausbildungsmodell im Rahmen einer BHS bzw. der Maturavoraussetzung für die Diplomierte Pflegeausbildung sind aber bis heute nicht umgesetzt und so ist mit einem Pflegediplom kein automatischer Zugang zum Studium der Pflegewissenschaft verbunden. Dabei fehle es der Pflege im deutschsprachigen Raum insbesondere an einer „wissenschaftlich fundierten Basis“ (Maria Jesse), auf die sich die Pflegenden stützen können. Der Rat von René Sturm an die Pflegenden, „weniger zu akademisieren als die Vielfalt und

Komplexität des Diplomierten Pflegeberufs zu kommunizieren“ geht aber in eine andere Richtung. Er bezieht sich dabei auf das Argument, daß eine formale Aufwertung der Pflege zu einer Wegentwicklung von manuellen Tätigkeiten führe, die basalen Tätigkeiten der Pflege aber nach wie vor manuell seien. Auch Manfred Krenn betont, daß er die Forcierung des theoretischen Teils der Pflege und damit verbundene Hoffnungen der Aufwertung des Berufs zwar durchaus verstehen kann, jedoch komme dabei der nicht objektiv faßbare Ereignisbezug und der Bezug zu den PatientInnen zu kurz (= subjektivierende Elemente der Arbeit).

Insgesamt sind die Anforderungen in den letzten 20 bis 30 Jahren bei gleichzeitiger Reduktion von materiellen Ressourcen durch Kosteneinsparungen gestiegen, der Anspruch an die Qualität der Arbeit wird höher bei gleichzeitiger Reduktion von Ressourcen. Dies führt zu stärkerem Zeitdruck, zu Arbeitsverdichtung und zur Zunahme von „Burn Outs“. Eine besondere Situation zeigt sich in der Mobilen Pflege, die in viel höherem Ausmaß eigenverantwortliches Handeln und Selbstorganisation von den Diplomierten Pflegebediensteten verlangt. Da PatientInnen im Zuge von Rationalisierungsmaßnahmen nur noch möglichst kurze Zeit auf den Stationen bleiben sollen, haben Mobile Pflegende zunehmend psychisch kranke und demente PatientInnen zu betreuen. Sie verfügen aber oft nicht über eine dafür notwendige Ausbildung.

3.2.2 Berufseinstieg

Österreich, Deutschland und Luxemburg sind die einzigen EU-Länder, die keinen Maturaabschluß für den Diplomierten Pflegeberuf verlangen. Voraussetzung für den Einstieg in die Diplomierte Pflege ist eine dreijährige *Ausbildung* an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, die *frühestens mit 16 Jahren* und nach der Absolvierung von zehn Schuljahren (neun Pflichtschuljahren und einem „Vorbereitungsschuljahr“) begonnen werden kann. Mit 17 Jahren dürfen die PflegeschülerInnen Praxis am Krankenbett machen und mit 19 in den Beruf einsteigen. Die Ausbildung zur/zum Diplomierten Psychiatrischen PflegerIn kann dagegen erst im Alter von 18 Jahren begonnen werden. Den Trägern der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen steht es jedoch offen, die Matura als Voraussetzung für die Ausbildung einzuführen, wie dies z.B. im Rudolfinerhaus in Wien der Fall ist. Aber auch ohne einer solchen Regelung besitzt ein nicht unbeträchtlicher Teil (nach Franz Allmer 25-30%) der Auszubildenden die Matura (siehe Kapitel 4.2.1). MaturantInnen weisen während der Ausbildung eine höhere Drop-Out-Rate auf als PflichtschulabgängerInnen, da ihre

Anforderungen an den Beruf und ihre beruflichen Alternativen größer sind. Eine Ausbildung im Rahmen des zweiten Bildungswegs schlagen v.a. Frauen ein, die eine Aufschulung von der Pflegehelferin zur Diplomierten Pflegerin anstreben. Das Alter bei Ausbildungsbeginn und die Ausbildung im Rahmen des zweiten Bildungswegs haben nach Ansicht von Maria Jesse und Franz Allmer großen Einfluß auf die Fluktuation im Diplomierten Pflegeberuf (siehe Kapitel 3.2.3. Die vom AMS unterstützte Ausbildung für Arbeitssuchende zu Pflegehilfskräften wird von den Angehörigen der Berufsverbände eher kritisch wahrgenommen, da der „Markt hier schon relativ voll“ ist (Franz Allmer) und die Ausgebildeten für den Beruf oft nicht die notwendigen Voraussetzungen mitbringen.

René Sturm bezeichnet die Ausbildung an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen als „eingefahrenes System“, in dem die großen Krankenhäuser mit eigenen Schulen „gezielt für den Eigenbedarf“ ausbilden. Als formale Kriterien gelten die EU-Bürgerschaft (EU-Bürger sind vorzuziehen), sowie die geistige, körperliche und psychische Eignung für den Beruf der Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn. Die körperliche Befähigung wird durch ein amtsärztliches Zeugnis festgestellt, andere Voraussetzungen im Rahmen eines Aufnahmegesprächs und eines Wissenstests an der jeweiligen Gesundheits- und Krankenpflegeschule ermittelt. Dabei können spezifische Kriterien zwischen den Schulen und Bundesländern ausgehandelt werden. Als zentral gelten persönliche Reife, Allgemeinwissen, psychische Belastungsfähigkeit, soziale Kompetenz sowie kommunikative und empathische Fähigkeiten sowie die Vorstellungen, die die jeweiligen KandidatInnen von dem Beruf haben. Helga Schneider nennt folgende Kriterien in ihrer Schule (Rudolfinerhaus), die aber in anderen Häusern ähnlich sein dürften:

- Soziale und kommunikative Kompetenzen, die im Rahmen eines Bewerbungsgesprächs ermittelt werden,
- Logisch abstraktes Denkvermögen, das in einem Test erfaßt wird,
- Kreativität, Reflexionsvermögen sowie das (für einen guten PatientInnenumgang) ausreichende Beherrschen der deutschen Sprache. Hier müssen die BewerberInnen einen Aufsatz verfassen.

Das Verhältnis Ausbildungsplätze zu BewerberInnen ist allgemein 1:2, jedoch ist die Nachfrage je nach Fachbereich unterschiedlich. So kommen beispielsweise auf jeden Ausbildungsplatz in der Kinderpflege 4,5 BewerberInnen. Bei der Nachfrage nach Ausbildungsplätzen zeigt sich überdies ein deutliches Stadt-Land-Gefälle. Für Menschen/Frauen aus dem urbanen Kontext scheint der

Diplomierter Pflegeberuf angesichts einer größeren Vielzahl an Berufsmöglichkeiten weniger attraktiv. Dagegen wird er am Land oft als eine der wenigen Möglichkeiten für Frauen wahrgenommen, „eine fundierte Ausbildung für einen relativ sicheren Arbeitsplatz mit relativ guter Bezahlung“ (Maria Jesse) zu erhalten. Darüber hinaus genießt der Pflegeberuf am Land einen höheren Status als in der Stadt.

AusländerInnen, die in der Diplomierten Pflege arbeiten wollen, müssen in Österreich ihre Diplome nostrifizieren und Ergänzungsprüfungen ablegen. In den 1970er und 80er Jahren wurden viele Diplomierte PflegerInnen aus den asiatischen Ländern (v.a. Philippinen) rekrutiert, deren Kinder heute oft in „zweiter Generation“ in der Pflege tätig sind. Heute kommen viele Diplomierte PflegerInnen aus den EU-(Nachbar-)Ländern (v.a. Deutschland, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Polen), da sie in Österreich bessere Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten haben.²⁵ Weil mittlerweile auch viele PatientInnen aus den Herkunftsländern der ausländischen Pflegebediensteten kommen, kann die Möglichkeit der sprachlichen und kulturellen Verständigung als Vorteil für die Pflege gesehen werden. Problematisiert wird aber eine gewisse Tendenz zur Gruppenbildung in Pflegeteams, wenn mehrere Angehörige aus einem gemeinsamen Herkunftsland dort arbeiten und die österreichischen Pflegebediensteten ihnen wenig Verständnis entgegenbringen.

Als Ursache für den hohen *Frauenanteil* in der Pflege wird von allen ExpertInnen das traditionell weibliche Bild von Pflege genannt, insbesondere was den „direkten pflegenden Körperkontakt“ (Franz Allmer) und die geschlechtsstereotype Vorstellung der weiblichen Prädestination für „dienen und pflegen“ betrifft. So wurde die pflegerische Tätigkeit von Frauen in Rahmen von christlichen Frauenorden im 19. Jahrhundert stark gefördert, während gleichzeitig ein massiver Ausschluß aus den medizinischen Berufen stattfand. Männliche „Wächter“ wurden oft aus dem Pflegeberuf hinausgedrängt, da sie als „zu selbstbewußt“ galten. In der Konsequenz ist der Pflegeberuf bis heute „weiblich“ (85% Frauen), wobei es Unterschiede nach Fachbereichen gibt. So sind in der Psychiatrie (traditionell „starke“ männliche Wächter) und auf Intensivstationen (hoher Technischeinsatz) bis zu 50% männliche Diplomierte Pflegebedienstete tätig, während in der Kinderkrankenpflege der Frauenanteil noch höher als im Durchschnitt ist. Mit der neuen Berufsbezeichnung und auf beide Geschlechter ausgerichtete Werbekampagnen für den Diplomierten Pflegeberuf können gewisse Bemühungen ausgemacht werden, den Männeranteil zu erhöhen. Eine

²⁵ Dies führt nach Franz Allmer in den östlichen Nachbarländern zu einem Pflegemangel und zur dortigen Rekrutierung des Pflegepersonals aus Ländern, die weiter östlich liegen (Rumänien, Bulgarien...).

grundlegende Bestrebung zur Anhebung des Männeranteils wird von den Angehörigen der Berufsvertretungen aber angezweifelt. Die Politik hätte sogar im Gegenteil große Bedenken gegenüber einer Forcierung der männlichen Berufsbeteiligung, da sie in der Folge die beruflichen Anliegen in der Diplomierten Pflege ernst nehmen müsste. Nach Manfred Krenn würde sich der Männeranteil nur dann nachhaltig erhöhen, wenn die Attraktivität des Berufs gehoben würde, im Sinne einer Verbesserung des gesellschaftlichen Ansehens und der Arbeitsbedingungen sowie einer Verringerung der geschlechterstereotypischen Betrachtung von Pflege. Denn auszubildende männliche Pfleger werden nach wie vor in ihrem sozialen Umfeld „komisch angeredet“ (Helga Schneider). Auf den Stationen selbst wird eine Präsenz von männlichen Mitarbeitern aus gruppenspezifischen Gründen positiv bewertet, da davon ein „regulativer Effekt“ erwartet wird. Der derzeitige leichte Anstieg des Anteils an männlichen Diplomierten Pflegebediensteten (v.a. in stark technisierten Stationen) wird sich nach Ansicht von Franz Allmer durch die demografische Entwicklung und zu erwartende Rekrutierungsprobleme in allen Berufsfeldern umkehren. Mit der Möglichkeit andere, für Männer attraktivere Berufe zu ergreifen, würde die Pflege noch „frauenlastiger“ werden. Umgekehrtes zeigt sich in pflegerischen Leitungsfunktionen, die zunehmend von Männern besetzt werden (siehe Kapitel 3.2.3)

Da bereits die Ausbildung von Diplomierten PflegerInnen sehr *praxisbezogen* ist, treten diesbezügliche Probleme oft bereits vor dem Ersteinstieg auf. Dabei klaffen das idealisierte Bild von Pflege und die Realität oft auseinander. Gerade junge SchülerInnen seien mit der Situation und den Anforderungen im Krankenhaus („ausgeprägte Hierarchie, starke Strukturiertheit und hoher Instrumenten-, Apparate- und Medikamenteneinsatz, soziales Hochdichtefeld, Patientenumgang“) überfordert (René Sturm). Helga Schneider betont den schwer zu lösenden Widerspruch für SchülerInnen in der ersten Praxis zwischen den vielfältigen Anforderungen des Berufs²⁶ und ihrem Bedürfnis nach Sicherheit, welches zu Beginn nicht hergestellt werden kann. Kritisch werden von den „Neuen“ vor allem Belastungen in engen Personalsituationen erlebt, die es verlangen, Prioritäten zu setzen. Die Einsicht, „nicht immer helfen zu können“, (Franz Allmer) ist ein weiterer wichtiger Lernprozess für SchülerInnen und ErsteinsteigerInnen. Darüber hinaus gibt es fachspezifische Problemlagen, die unter Kapitel 3.2.3 diskutiert werden. Mit der *Praxisbegleitung* ist in den letzten 10 -15 Jahren ein institutionell gefestigtes, klares Modell entstanden, wie

²⁶ Sie müssen sich in das Krankenhaus als Betrieb einarbeiten, die Rolle als Pflegeperson in einem interdisziplinären Team ausfüllen und mit schwierigen PatientInnensituationen umgehen können.

SchülerInnen und auch NeueinsteigerInnen besser unterstützt und integriert werden können. Ein Praxisanleitungskatalog und eine auf jeder Station definierte Person, die für SchülerInnen und NeueinsteigerInnen zuständig ist, bieten dafür die Grundlage. Diese Person muß über ein Diplom der Kranken- und Gesundheitspflege verfügen, in den Wiener Gemeindespitälern müssen die sogenannten PraxisanleiterInnen zusätzlich eine spezielle Ausbildung absolvieren. Problematisch ist nach Helga Schneider aber, daß den PflegebegleiterInnen bzw. -anleiterInnen weder zusätzliche Zeit für ihre Tätigkeit zur Verfügung gestellt wird, noch eine finanzielle Abgeltung des Mehraufwands vorgesehen ist. Dies kann zu einer sehr begrenzten Einschulungszeit und zu einer Verschärfung des Praxisschocks führen. Oft wird aber auf den Stationen die Einschulung trotzdem mit großem Engagement betrieben, da eine gute Praxisbegleitung wichtig für die Beliebtheit der Stationen und damit für die Rekrutierung von „Nachwuchs“ ist (Franz Allmer spricht in diesem Zusammenhang von „Magnetstationen“). Zudem kommt dem Qualitätsmanagement sowohl in den Krankenhäusern als auch im extramuralen Bereich zunehmende Bedeutung zu, in dessen Rahmen die Schaffung von ausgereiften Systemen (Definition von Standards und Abläufen) zur Integration von NeueinsteigerInnen einen wichtigen Stellenwert hat. Es gibt aber nach wie vor Stationen, auf denen kein Umdenken stattgefunden hat (z.B. Verbot der SchülerInnen, den Sozialraum zu benutzen). Einen zweiten Praxisschock erleben Diplomierte Pflegebedienstete, wenn sie nach der stationären Arbeit in die Mobile Pflege wechseln. Letztere ist mit einem viel höheren Maß an alleiniger Verantwortung verbunden, sowohl was die Betreuung der PatientInnen betrifft als auch bezüglich des organisatorischen Aufwands.

Neben der Praxisbegleitung besteht die Möglichkeit, Supervision in Anspruch zu nehmen und ein institutionalisiertes Gespräch zwischen MitarbeiterInnen und Leitung zu suchen, das prinzipiell Raum bietet, um Probleme zu besprechen. Ein Rekrutierungsproblem stellen Abbrüche der Pflegeausbildung dar, da Ausbildungsplätze nur begrenzt vorhanden sind. Deshalb gibt es von Seiten der Pflege Bemühungen, den KandidatInnen schon vor Ausbildungsantritt die Realität des Pflegeberufs z.B. durch Schnuppertage näher zu bringen.

3.2.3 Berufsverläufe

Es gibt eine große Bandbreite von Berufsverläufen in der Diplomierten Pflege, die sehr unterschiedlich aussehen und von einem direkten Ausstieg nach (und manchmal schon in) der Ausbildung bis zur Berufstätigkeit oder bis zur Pension

reichen können. Die durchschnittliche Verweildauer in einem Beschäftigungsverhältnis beträgt laut ExpertInnen 5 Jahre.²⁷

Es zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Der typische Berufsverlauf von Frauen beginnt mit einem frühen Einstieg, oft mit 19/20 Jahren in den Beruf und der Arbeit auf einer Station im 40-Stunden-Wechseldienst. Wenn die Integration nicht gelingt steigen sie nach zwei bis drei Jahren aus dem Beruf aus (siehe weiter unten). Sind sie voll in den Beruf integriert, arbeiten sie bis Mitte, Ende Zwanzig weiter, bekommen dann ihr erstes und im Anschluß oft ihr zweites Kind. Danach hängt laut Maria Jesse sehr viel von der Kreativität und Bereitschaft der Träger von Institutionen ab, den Frauen nach der Karenz entgegenzukommen und flexible, familienfreundliche Arbeitszeitmodelle anzubieten. Gibt es keine Teilzeitmöglichkeit, steigen die Frauen aus. Können Teilzeitmodelle in Anspruch genommen werden, so arbeiten die Frauen auf dieser Basis meist bis das jüngste Kind zehn-zwölf Jahre alt ist und danach wieder Vollzeit. Es teilen sich die Meinungen darüber, wie hoch die „endgültige“ Drop-Out-Quote nach Familiengründung bei Frauen ist. Nach Franz Allmer kehren Frauen nach der Karenz in der Regel nicht zurück und sind „für die Pflege verloren“. Er gibt aber gleichzeitig zu bedenken, daß er keine Informationen darüber hat, in welchem Ausmaß sie später auf anderen Stationen wieder einsteigen. Helga Schneider geht davon aus, daß sie dies in der Regel tun und stützt sich dabei auf persönliche Erfahrungen, da auch nach langjährigen „Klassentreffen“ von Diplomierten Pflegebediensteten die meisten Frauen in unterschiedlichsten Bereichen in der Pflege tätig sind (siehe Kapitel 4.3.1.3).

Männer sind dagegen meist zu Beginn der Ausbildung älter (über 20 Jahre), treffen eine klarere und bewußtere Entscheidung für den Diplomierten Pflegeberuf, steigen kaum aus und sind überproportional häufig in männlich konnotierten Bereichen (v.a. Psychiatrie und Tätigkeitsfelder mit hohem Technikbezug) sowie im Management zu finden. Der kontinuierliche Berufsweg ist ein Grund für die Überrepräsentativität von männlichen Pflegern in Leitungsfunktionen, ein anderer ist nach Maria Jesse, daß die männlich dominierte Politik Einfluß auf die männliche Besetzung ausübt.

Ein Unterschied bezüglich der Kontinuität des Berufsverlaufes zeigt sich nicht nur unter dem Geschlechts-, sondern auch unter dem Altersaspekt. Beispielsweise liegt die Fluktuation in der Psychiatrie mit einem Mindestalter bei

²⁷ Die ExpertInnen sprechen in diesem Zusammenhang von Berufsverweildauer. Da aber nicht geklärt ist, ob es sich bei den Diplomierten Pflegepersonen, die eine Organisation verlassen, um BerufsaussteigerInnen handelt oder um BerufsunterbrecherInnen, die dem Pflegeberuf erhalten bleiben, haben wir die Bezeichnung „Verweildauer in einem Beschäftigungsverhältnis“ eingeführt.

Ausbildungsbeginn von 18 Jahren deutlich unter dem Durchschnitt. Hier darf aber nicht vergessen werden, daß in der Psychiatrie auch der Männeranteil vergleichsweise hoch ist und damit die Wiedereinstiegs- und Vereinbarkeitsproblematik einen viel geringeren Stellenwert hat. „Spätberufene“ (v.a. aufgeschulte PflegehelferInnen aber auch BerufswechslerInnen) werden für den Pflegeberuf als Bereicherung gesehen, da sie sich im Vorfeld intensiver und reflektierter mit dem Beruf auseinandersetzen und ihm konstanter erhalten bleiben.

Die *Fluktuation* im Diplomierten Pflegeberuf wird durch folgende Bedingungen begünstigt:

- Zu früher und wenig reflektierter Ersteinstieg,
- Widerspruch zwischen dem Anspruch, eine qualitativ hochwertige und ethisch vertretbare Arbeit zu leisten und dem ständigen (und zunehmenden) Zeitdruck, der es verlangt Abstriche zu machen,
- Wiedereinstiegs- bzw. Vereinbarkeitsproblematik (nicht ausreichendes Angebot an Teilzeitarbeitsplätzen),
- Physische und psychische Belastung durch die Pflege von 30-40 „fremden“ Menschen, zu denen eine enge Beziehung besteht,
- Negatives Berufsprestige (Franz Allmer: „MedizinerInnen ernten Lob und PflegerInnen erbringen 60% der Leistung“),
- Belastungen des Wechseldienstes (12 ½ Stunden Tagdienste), der zwar von 80 Prozent der MitarbeiterInnen befürwortet wird, für die restlichen 20 Prozent aber oft mit großen Schwierigkeiten verbunden ist,
- Fachbereichsspezifika: Je nach zu betreuendem Klientel ergeben sich zusätzliche Belastungen. So erhöht die Begleitung von Sterbenden und Schwerstkranken (z.B. Intensiv, Erwachsenenonkologie) die Wahrscheinlichkeit eines Ausstiegs bzw. Wechsels. Die Arbeit auf gewissen Stationen ist deshalb oft nur für eine beschränkte Zeit „auszuhalten“ und es kommt bei größeren Dienstgebern regelmäßig zu Versetzungen der Diplomierten Pflegebedienstete innerhalb der Organisation. In kleineren Häusern ist die Wahrscheinlichkeit eines Dienstgeberwechsels größer. Zum Teil wird in besonders belastenden Stationen die Möglichkeit eines „Time-Outs“ angeboten, d.h. eines

Arbeitsplatzwechsels mit anderem Belastungsmaß und Rückkehrmöglichkeit.

Das Problem des *Wiedereinstiegs* betrifft im Diplomierten Pflegeberuf in erster Linie Frauen nach der Karenz bzw. einer kindbedingten Unterbrechung. Die Dienstzeiten sind für sie kaum mit ihren familiären Verpflichtungen zu verbinden und das Angebot an regelmäßigen Tagdienstzeiten ist zumeist auf Lehrende und Führungsstellen beschränkt. Weiters gibt es oft keine Möglichkeit, eine Teilzeitstelle anzunehmen.²⁸ Das geringe Angebot, insbesondere in größeren Institutionen hängt nach Maria Jesse eng mit einem relativ ausgeprägten „Beamtendenken“ der Träger zusammen. Kreativität und Flexibilität wäre hier gefordert. Oft verändert sich auch der örtliche Lebensmittelpunkt nach der Familiengründung. Viele Frauen, die zur Ausbildung in die Stadt kamen und dort in Pflegewohnheimen lebten, ziehen später wieder auf das Land und können sich aufgrund von Kinderbetreuungspflichten die relativ langen Anfahrtswege nicht mehr leisten. Durch den Ausbau der ambulanten Pflege ist es ihnen aber heute zunehmend möglich, in Wohnnähe eine Stelle als Diplomierte Pflegerin aufzunehmen. Besonders schwer ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Diplomierte PflegerInnen mit kleinen Kindern in der Mobilen Pflege. Die Arbeitszeiten sind hier kaum planbar, oft fallen kurzfristig PatientInnen weg oder es kommen neue hinzu und zwischen den Diensten (geteilte Dienste: Früh, Mittag, Abend) gibt es häufig Lücken. Nach Manfred Krenn sind diese Bedingungen kaum mit der Verantwortung für kleine Kinder zu vereinbaren. Denn betreuungspflichtige Eltern bräuchten eher „stabile vorhersehbare Arbeitszeiten als flexible, die bei einem stark flexibilisierten Arbeitsumfeld oft als großer Druck erlebt werden“ (Manfred Krenn).

Steigen Diplomierte Pflegebedienstete aus ihrem Beruf *aus*, sind ihre Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt stark eingeschränkt. Nach Erfahrung von Maria Jesse wechseln sie zumeist entweder in den Privatbereich (Hausfrau und Mutter) oder sie nehmen ein Studium auf, das oft nichts mit ihrer bisherigen Tätigkeit zu tun hat.

Karrieremöglichkeiten in der Diplomierten Pflege sind in vertikaler Richtung eher gering, auf verschiedenen Ebenen unterschiedlich ausgeprägt und auch in horizontaler Richtung noch ausbaufähig. Erstens gibt es den Weg der Grundausbildung und danach einer Ausbildung in einem Spezialbereich (z.B.

²⁸ Einzig Helga Schneider beschreibt das Teilzeitangebot an den Krankenhäusern als durchaus ausreichend. Dies hängt unter Umständen mit ihrer Tätigkeit in der Lehre und mit der Anbindung ihrer Schule an das Rudolfinerhaus zusammen, das als Privatspital möglicherweise eine andere Praxis hat als Gemeindespitäler.

Dialyse, OP, Intensiv). Dann gibt es die Möglichkeit einer hierarchischen Karriere, die bis zur Leitungsfunktion im mittleren Management (Pflegedirektion) reicht. Der Weg in die Lehre im Zuge einer LehrerInnenausbildung ist ebenfalls ein Weg, der in der Diplomierten Pflege eingeschlagen wird. Häufig sind Diplomierte Pflegebedienstete auch im Qualitätsmanagement zu finden. Seit 2000 können Diplomierte PflegerInnen, wenn sie eine diesbezügliche Zugangsberechtigung (Matura oder Berechtigungsprüfung) haben, das Studium der Pflegewissenschaften aufnehmen.²⁹ Die Möglichkeiten, die der Abschluß bietet, sind aber abgesehen von einer wissenschaftlichen Karriere noch nicht ganz klar. Eine weitere Möglichkeit ist die Ausbildung zum Pflegeberater bzw. zur Pflegeberaterin. Diese werden für komplexe Pflegesituationen engagiert und sind SpezialistInnen für Pflegekonzepte, Pflegekommunikation etc. Die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Bereichen ist aber eher gering, ein einmal eingeschlagener Weg kann nur um den Preis des „Neustarts am Ausgangspunkt“ revidiert werden (Maria Jesse). Helga Schneider bezeichnet das breite Tätigkeitsspektrum in der Diplomierten Pflege als sehr attraktive Seite des Berufs. So ist es möglich, je nach persönlichen Interessen in andere Tätigkeitsfelder zu wechseln und sich dabei die Stellen noch immer aussuchen zu können, da es „überall“ Bedarf an Diplomierten Pflegebediensteten gibt. Sie faßt die vertikalen und horizontalen Karrieremöglichkeiten wie folgt zusammen:

- Management
- Lehre
- Beratende Funktion (PflegeberaterIn, Qualitätsmanagement)
- Sehr viele Spezialisierungen und Spezialbereiche
- Möglichkeit, über eine Sonderausbildung in eine andere Sparte zu wechseln (Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege)
- Mobile Pflege: die extramuralen PflegerInnen haben mehrheitlich ein höheres Alter als der Durchschnitt der Diplomierten Pflegebediensteten. Die höhere Eigenständigkeit und die Möglichkeit die eigene Erfahrung gezielt und selbständig einzusetzen, ist für länger gediente PflegerInnen in diesem Bereich attraktiv.

²⁹ Wird bereits in mehreren Bundesländern angeboten. In Wien kann es derzeit als individuelles Diplomstudium und ab Herbst 2006 als reguläres Diplomstudium absolviert werden.

- Selbständigkeit: über Spezialausbildungen (z.B. Kinästhetik, Wellness) ist es dem Diplombierten Pflegepersonal zunehmend möglich sich selbständig zu machen bzw. Eine Teilzeitstelle mit der Selbständigkeit zu kombinieren. Möglichkeiten bieten sich auch in der organisatorischen Verknüpfung von intra- und extramuraler Pflege („Entlassungsmanagement“).

Die Wahrnehmung von *Weiterbildungsmöglichkeiten* ist von der Form der Unterstützung des jeweiligen Bildungsangebots durch die zuständigen Dienstgeber, also von ihrem Interesse an spezifischen Weiterbildungen und von der höchst unterschiedlichen Weiterbildungsbereitschaft der Pflegebediensteten abhängig. Praktiziert werden verschiedene Formen des Geld- und/oder Zeitersatzes. Gesetzlich sind Diplombierte PflegerInnen zur Absolvierung von 40 Stunden fachspezifischer Weiterbildung alle fünf Jahre verpflichtet. Grob können drei wesentliche Formen der Weiterbildung unterschieden werden: innerbetriebliche Fortbildung, Fortbildungen an verschiedenen öffentlichen Institutionen (z.B. AKH-Weiterbildungsakademie) und private Fortbildungen.

3.2.4 *Arbeitsbedingungen und Kompetenzen*

Der Arbeitsalltag von Diplombierten Pflegebediensteten ist durch die Arbeit mit PatientInnen und die Arbeit im Pflgeteam geprägt. Dabei stehen Kommunikation und die Auseinandersetzung mit den Problemen anderer, das Erkennen und Eingehen auf Bedürfnisse und Defizite von PatientInnen im Vordergrund. René Sturm beschreibt den Arbeitsalltag eines „Streßberufes“ mit expliziten und impliziten Regelungen, mit festgefahrenen Abläufen, die deutlichen Sanktionen unterworfen sind, einem hohen Technisierungsgrad und einem hohen emotionalen Druck, dem Leidensdruck der PatientInnen. Die nicht attraktiven Elemente des Berufs entstehen durch die Belastungen der Arbeit selbst (Umgang mit Tod, Leid, Krankheit; bei Mobilen PflegerInnen z.T. auch bedrohliche Situationen) und zusätzlich durch die organisatorischen Rahmenbedingungen, in denen die Arbeit geleistet werden muß (PflegerIn/PatientInnen-Verhältnis, Zeitdruck). Dabei treffen die stark einschränkenden Elemente des Berufes vor allem auf das Akut-Krankenhaus zu, da hier der Mitverantwortliche Tätigkeitsbereich im Vordergrund steht und die Diplombierten Pflegebediensteten in erster Linie Durchführungstätigkeiten ausführen.

Als attraktiv erweist sich insbesondere für die jüngeren MitarbeiterInnen der Wechseldienst, der mit langen Dienst- und mit langen Freizeiten verbunden ist. Darüber hinaus sind kommunikative Aspekte wie die Arbeit mit Menschen

(PatientInnen und im Team), das Gefühl helfen zu können und die Möglichkeit, die eigene Erfahrung, Professionalität und Kompetenz gezielt einzubringen Bestandteile der Tätigkeit in der Diplomierten Pflege, die durchaus positiv bewertet werden. Nicht zu unterschätzen ist weiters, daß der Diplomierte Pflegeberuf nach wie vor ein sicherer Beruf ist, der die Möglichkeit bietet, zwischen unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern zu wechseln. Eine hohe Befriedigung erleben Diplomierte Pflegebedienstete durch positive Reaktionen der PatientInnen auf erfolgreiches Helfen.

Gleichzeitig sind die langen Dienstzeiten, die Nacht- und Wochenenddienste für Frauen mit Kindern und ältere Pflegenden oft negativ besetzt, da die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben erschwert, wenn nicht gar unmöglich wird und die Anstrengungen dieser Dienste auf Dauer stärker wahrgenommen werden als die damit verbundenen Vorteile. Diplomierte Pflegenden in der Geriatrie sind wegen der sehr hohen PatientInnenzahl pro Pflegendem zusätzlichen Belastungen ausgesetzt. Franz Allmer empfindet die Argumentation, daß es auf Geriatriischen Stationen weniger Aufnahmen und weniger medizinische Anforderungen gibt nicht gerechtfertigt, da der reale Betreuungsaufwand nicht geringer sei. Nichts desto trotz ist die Arbeit auf der Geriatrie oft die letzte Station in der Berufslaufbahn einer Diplomierten Pflegeperson, wenn man für andere Aufgaben nicht (mehr) geeignet erscheint. Andere fachspezifische Belastungen wurden bereits weiter oben angeführt.

Von institutioneller Seite gibt es in Wien die Möglichkeit, Supervision in Anspruch zu nehmen, wenn die täglichen Belastungen zu Überlastungen werden. Teamsupervision wird nur bei einer Zustimmung von über 50 Prozent der Teammitglieder gewährt, ansonsten gibt es Einzelsupervisionen. Während Maria Jesse ein großes Bewußtsein der Pflegenden für Supervisionen ausmacht und das Problem eher auf Seiten der Finanzierung durch die Dienstgeber sieht, zeichnet Franz Allmer ein ambivalenteres Bild. Zum Teil würde Supervision vorzeitig in Anspruch genommen (z.B. bei organisatorischen Problemen), zum Teil würden Supervisionen aber auch bei großer Notwendigkeit abgelehnt, da Vorurteile gegenüber einer „therapeutischen Behandlung“ bestünden. Nach Helga Schneider ist der „Supervisionsboom“, der nach der „Lainzaffaire“ einsetzte und von Arbeitgeberseite stark betrieben wurde, bereits vorbei und würde heute weder von den Diplomierten Pflegebediensteten besonders nachgefragt noch von Arbeitgeberseite besonders gefördert. Es gibt hier aber große bereichsspezifische Unterschiede, da etwa in der Psychiatrie oder bei der Betreuung von Sterbenden und Schwerstkranken Reflexion wesentlicher Bestandteil der Arbeit ist, während in der der Pflege auf Intensiv- oder Chirurgischen Stationen reflektierende Verfahren weniger gefragt sind.

Bestimmte Kompetenzen werden von den Befragten aber als vorteilhaft für eine positive Bewältigung des Arbeitsalltags gesehen. Dazu zählen:

- Fachliche Kompetenz,
- Soziale, kommunikative und empathische Kompetenzen als Voraussetzung für den Umgang mit PatientInnen und die Kooperation mit der eigenen und mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus (wichtig ist nach René Sturm auch die Fähigkeit, konstruktive Kritik, Wertschätzung und Anerkennung ausdrücken zu können),
- Selbstkompetenz, im Sinne der Übernahme von Verantwortung und organisatorischen Fähigkeiten aber auch im Sinne eines guten Verhältnisses zu sich selbst,
- Psychische Belastbarkeit, die bei der alltäglichen Bewältigung vieler unterschiedlicher Reize notwendig ist und in erhöhtem Maße in speziellen Situationen (z.B. im Umgang mit „unangenehmen“ PatientInnen) ein hohes Maß an „Gelassenheit“ (Helga Schneider) fordert,
- Gewisse pädagogische Kompetenzen im Umgang mit PatientInnen und deren Angehörigen sowie im Umgang mit den eigenen Auszubildenden,
- Manfred Krenn betont im Sinne des subjektivierenden Arbeitshandelns die Kompetenz, Unwägbarkeiten in der Arbeit unter Einbezug von subjektiven Faktoren (Gefühl, Empfindung, Erleben) zu bewältigen. Dabei sind die Fähigkeit zur explorativ-interaktiven Vorgehensweise innerhalb einer offenen (Rahmen-)Planung, die Fähigkeit zur komplexen sinnlichen Wahrnehmung in Verbindung mit subjektivem Empfinden, bildhaftes assoziatives Denken und Gefühl in Verbindung mit bisherigen Erfahrungen und empathische Fähigkeiten zentral.

Nach Maria Jesse wäre es wichtig, den Dienstleistungsgedanken im Pflegeberuf stärker in den Vordergrund zu stellen und das diesbezügliche Bewußtsein des Diplomierten Pflegepersonals auszubauen.

Die notwendigen Kompetenzen für den Diplomierten Pflegeberuf sind zum Teil Voraussetzungen (z.B. „menschenfreundliche“ Werthaltungen, ethische Kompetenz), die bereits vor der Ausbildung erworben werden. Im Rahmen der Ausbildung werden bestimmte Standards und Abläufe vermittelt, die ein regelgeleitetes Handeln, Lernen und Üben ermöglichen sollen (z.B. im Rahmen

der Lernwerkstatt, im Praktikum und beim Einstieg). Wichtig ist dabei nach Helga Schneider, daß die aktiv-situative Kompetenz gefördert wird, also die Fähigkeit der Auszubildenden sich auf die je eigene Bedürfnislage von PatientInnen einzustellen und die Handlungsmöglichkeiten auf den konkreten Fall abzustimmen. Mit Hilfe didaktischer Zugänge, wie der Anwendung von Fallbeispielen, themenzentriertes Lernen und Erfahrungslernen wird an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen versucht, die Entwicklung dieser Kompetenzen in der Ausbildung anzustoßen. Denn schließlich sollen Diplomierte PflegerInnen individuell und bedarfsgerecht handeln können.

3.2.5 Berufsstatus und berufliche Identität

In der Diplomierten Pflege können zwei sehr unterschiedliche berufliche Identitäten ausgemacht werden. Zum einen das Selbstverständnis als therapeutische Pflegenden, die eigenverantwortlich handeln und zum anderen das Selbstverständnis als „MinimedizinerInnen“ (Franz Allmer), die medizinische Anweisungen durchführen und den Ärzten zuarbeiten. Auch hier gibt es fachbereichsspezifische Unterschiede: z.B. ist die Pflege auf Intensiv- und Chirurgischen Stationen stärker medizinisch orientiert als die Pflege in konservativen Fächern.

Auch der Berufsstatus ist bereichsspezifisch unterschiedlich ausgeprägt. So ist er in der Intensivstationen höher und die Pflegenden dort sind auch „stolzer“. Gegensätzliches gilt für den Altenpflegebereich, da das negative gesellschaftliche Bild von Sterben, Alter und altersspezifischen Unzulänglichkeiten auf den Pflegeberuf übertragen wird und das gesellschaftliche Ansehen dementsprechend gering ist. Darüber hinaus sieht Helga Schneider ein deutliches Stadt-Land-Gefälle im Status der Diplomierten PflegerInnen. Am Land haben sie ein höheres Ansehen, was möglicherweise auf die „homogeneren Strukturen“ und die größere Bedeutung von Religion am Land zurückzuführen ist. Insgesamt unterscheiden Maria Jesse und Franz Allmer beim Berufsstatus zwischen der Außensicht der Bevölkerung, die nach neueren Studien der Pflege und der Medizin ein sehr gutes Zeugnis ausstellen und der Innenansicht der Pflegenden selbst, die sich in der Wertigkeit unter den MedizinerInnen, den therapeutischen Diensten und z.T. der Verwaltung sehen. Einerseits wird dafür das klischeehafte Image von Pflege in den Medien verantwortlich gemacht, andererseits werden Pflegepersonen im Krankenhaus nach wie vor als „Mädchen für alles“ (Maria Jesse) betrachtet und oft kein Unterschied zwischen Facharbeit und Nebendiensten (Hol- und Putzdienste) gemacht. Laufende Kostenreduktionen, Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Diskussionen zur

Nichtfinanzierbarkeit des Gesundheitssystems wirken letztlich auch einer Aufwertung des Pflegeberufs entgegen.

Franz Allmer übt hier durchaus Eigenkritik, da es den Diplomierten Pflegebediensteten bisher nicht gelungen sei, den Wert ihrer Leistung zu transportieren und anderen zu vermitteln. Denn es fehle nach wie vor das Bewußtsein, daß Pflege nicht nur Betreuung, sondern auch Therapie sei (reaktivierende Pflege).

3.2.6 Zukunftsperspektiven

Als wesentliche Herausforderungen der Diplomierten Pflege werden das wachsende Pflegeaufkommen im Zuge der demographischen Entwicklung und die Anzahl der Pflegenden genannt. Franz Allmer geht davon aus, daß dieses Problem kombiniert mit der Ressourcenknappheit der Staatshaushalte dazu führen wird, daß Diplomierte Pflegenden zunehmend Tätigkeiten von MedizinerInnen übernehmen und andere an Hilfskräfte abgeben. Um dem ökonomischen Druck standzuhalten, wird sich das Verhältnis Diplomierte/Hilfskräfte (heute 80/20) zu Gunsten der Hilfskräfte verändern. Ein geplantes neues Ausbildungsmodell sieht die Einführung einer Ausbildungsstufe zwischen Diplom (drei Jahre Ausbildung) und Hilfskraft (ein Jahr Ausbildung) vor: die Pflegeassistentin mit zweijähriger Ausbildung. Die drei großen Berufsverbände (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband - ÖGKV, Berufsverband österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe - BoeGK, Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich - BKKÖ) und der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) konnten bereits eine Einigung erzielen, die politischen Verhandlungen sind aber noch nicht abgeschlossen.

Ein wesentliches Problem, daß René Sturm in Zusammenhang mit der Alterung der Bevölkerung anspricht, ist die Erhöhung des Sterbeanteils in Spitälern („Krankenhäuser als Sterbefabriken“), mit dem steigende psychische Belastungen für Pflegenden verbunden sind. In diesem Sinne „gehört die Pflege präventiv gepflegt“, was aber die Bereitschaft zur Investition voraussetzt. Und gerade diese scheint derzeit nicht gegeben. Manfred Krenn sieht zeitökonomische Rationalisierungen als wesentliche Tendenz in der Pflege. Diese wirken sich negativ auf das Verhältnis von PatientInnen pro PflegerIn aus. Überforderung, Arbeitsverdichtung, Burn Outs und emotionale Erschöpfung sind die Konsequenz. Gemeinsam mit anderen Trends in der Diplomierten Pflege, wie zunehmende Standardisierung, verstärkter Technikeinsatz, steigende Bürokratisierung und sinkende Handlungsspielräume führt dies zu

Depersonalisation, zum „Zynismus“ im Umgang mit PatientInnen. Unter diesen Bedingungen wäre der Pflegebedarf nach Manfred Krenn und René Sturm nur noch durch die breite Inanspruchnahme externer Ressourcen, d.h. Pflegebedienstete aus dem Ausland zu decken.

Maria Jesse hofft auf folgende Entwicklungen im Diplomierten Pflegeberuf: verbesserte Zugangsbedingungen für die tertiäre Bildungsschiene, eine wissenschaftlich-fachliche Basis für die Pflege, eine bessere Ausbildung der Pflegebediensteten und ein flexibleres Eingehen der Institutionen auf die Bedürfnisse ihrer MitarbeiterInnen. Auch Helga Schneider mutmaßt, daß das „Level“ der Diplomierten Pflege in Zukunft stärker von der Pflegeforschung, von theoriegeleiteten pflegerischen Standards beeinflusst wird. Dagegen sieht Manfred Krenn den Trend zur Akademisierung durchaus skeptisch und betont die Notwendigkeit der Ausweitung von subjektivierendem Arbeitshandeln. Folgende Zielsetzungen in der Arbeitsorganisation und Qualifizierung wären dafür notwendig:

- Vertrauen in nicht objektivierbare und nur begrenzt dokumentierbare Arbeitspraktiken verbessern,
- Offene (Rahmen-)Planung mit größeren Spielräumen für das Pflegepersonal schaffen bzw. ausbauen,
- Biographiearbeit verbessern, da insbesondere in der Langzeitpflege der Umgang mit den Biographien der PatientInnen notwendig ist,
- Aufbau stabiler Beziehungen zwischen Pflegenden und PatientInnen fördern,
- Wechselseitigen Erfahrungsaustausch im Team ausbauen bzw. nicht im Zuge von Rationalisierungsmaßnahmen reduzieren.

4 *Ausbildung und Berufsbiographien*

4.1 *Erwerbsbiographien – fünf Fallbeispiele*

Im Folgenden werden die Erwerbsbiographien der fünf qualitativen InterviewpartnerInnen exemplarisch dargestellt. Um Anonymität zu gewährleisten, wird auf Krankenhausbezeichnungen verzichtet und Personennamen werden ausschließlich durch beliebige Anfangsbuchstaben gekennzeichnet. Die geschlechtsspezifische Unterscheidbarkeit bleibt durch die Anrede als Frau bzw. als Herr aufrecht.

4.1.1 *Herr P. – bewegter Erwerbsverlauf ohne „Karriere“*

Herr P. ist heute 35 Jahre alt, verheiratet, kinderlos und als Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger in einem niederösterreichischen Krankenhaus vollzeitbeschäftigt.

Erwerbsverlauf

Nach Abschluß der Pflichtschule schlägt Herr P. zunächst einen Weg ein, der keinen Bezug zur Pflege hat. Seine Lehre als Betriebsschlosser bei der verstaatlichten Industrie kann er nach 4 Jahren 1989 mit Erfolg beenden. Darauf folgt ein Jahr Präsenzdienst und daran anschließend 2 Jahre Arbeitstätigkeit bei seinem ehemaligen Ausbilder. In dieser Zeit kommt der Wille zur beruflichen Weiterentwicklung und Weiterbildung erstmals zum Ausdruck: Herr P. absolviert berufsbegleitend die Meisterschule für Berufstätige kombiniert mit einer HTL-Ausbildung und besteht erfolgreich.

1992 erfolgt ein kurzfristiger beruflicher Einbruch: Im Zuge von Rationalisierungsmaßnahmen und wegen seines jungen Alters wird Herr P. gekündigt, findet aber sofort wieder neue Jobs. Er „probiert“ es einen Monat bei einem Reifenhersteller, arbeitet dann in einem anderen privaten Betrieb und gelangt immer mehr zu der Überzeugung, daß in diesem Bereich nicht seine berufliche Zukunft liegt. Auf seiner Suche nach einem neuen Berufsfeld kommt er „durch Zufall“³⁰ über einen Freund auf die Diplomierte Gesundheits- und

³⁰ Interview 1, Seite 1, Zeile 27.

Krankenpflege. Seitens des AMS hat er seinen Angaben zufolge „keine Unterstützung bekommen“³¹.

Er meldet sich für die Ausbildung zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger in einem neu gegründeten Krankenhaus an und besteht im September 1992 die Aufnahmeprüfung. Die zunächst unterschätzte und vor allem im praktischen Teil als sehr fordernd und belastend erlebte Ausbildung schließt er 1995 ab. Während der praktischen Ausbildung im Krankenhaus lernt er die unterschiedlichen Stationen mit ihren jeweiligen Schwerpunkten und ihrem Arbeitsklima kennen, arrangiert sich mit ihnen und selektiert. Seine Wahl fällt schließlich auf die Unfallabteilung, auf der er ohne weitere Schwierigkeiten eine Arbeitsstelle bekommt.

„Ich habe da die Stationen durchgemacht und da hat mir eine am besten gefallen und dann bin ich dann dort geblieben.“³²

Nach zweijähriger Berufstätigkeit, die er in Bezug auf die Teamarbeit und die Zusammenarbeit mit den Ärzten als sehr positiv erlebt, wird die dortige Unfallabteilung wegen Sparmaßnahmen geschlossen und Herr P. wechselt für drei Jahre in ein anderes Krankenhaus. Im Jahr 2000 erfährt er, daß sein ehemaliges Spital eine Psychiatrie eröffnet und dort Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal für die Aufschulung zur Psychiatrischen Pflegeperson gesucht wird. Aus Interesse an diesem Arbeitsbereich und wegen der Bezahlung für die Ausbildung entscheidet er sich für das Psychiatrische Diplom und schließt die Ausbildung nach eineinhalb Jahren im Sommer 2001 ab. Auf Grund der großen psychischen Anforderungen empfindet er seine zweite Pflegeausbildung „um einen Schritt heftiger“³³ als das Allgemeine Diplom, wenngleich die körperlichen Belastungen geringer sind.

Seither ist er kontinuierlich in der Psychiatrischen Abteilung seiner Ausbildungsstätte beschäftigt, reduziert aber 2003 „kurzfristig“ (ca. ein Jahr) auf Teilzeit und arbeitet in dieser Zeit zusätzlich als Bereichsleiter in einem Behindertenheim. Viel Verantwortung, knappe budgetäre Mittel, wenig Verständnis der Vorgesetzten für die Bedürfnisse der behinderten Jugendlichen sowie ihrer Angehörigen und schließlich der Austausch seines gut funktionierenden Teams gegen angelerntes Personal ohne Ausbildung führt zur Aufkündigung dieses Dienstverhältnisses durch Herrn Paul. Er stockt in der Folge seine Tätigkeit im Krankenhaus wieder auf Vollzeit auf.

³¹ Ebd., Seite 32.

³² Ebd., Seite 8, Zeile 15f.

³³ Ebd., Seite 3, Zeile 31.

Seine beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten in der Diplomierten Pflege sieht er trotz Erfahrungen im mittleren Management und der breiten organisatorischen und leitungsbezogenen Inhalte seiner derzeitigen beruflichen Tätigkeit als erschöpft an. Denn das Erklimmen von Karriereleitern hat nach seiner Erfahrung wenig mit Qualifikation zu tun.

„Und diese Aufstiegsmöglichkeiten, die es gibt, das ist die Stationsstellvertretung, dann Stationsleitung und Oberschwester. Diese Bereiche sind für einen „Normalen“ nicht erfüllbar. Weil das läuft auf einer ganz anderen Schiene ab. Weil das ist reine Protektion. Das ist ein reines Politikum. Das hat nichts mit Können zu tun, das hat nichts mit Ausbildung zu tun. Es wird zwar immer gesagt, du mußt das und das haben, du mußt qualifiziert sein. Das ist es nicht. Wer kennt wen, wer ist gut Freund. Das ist typisch österreichisch. So funktioniert das System.“³⁴

Seine einzigen Möglichkeiten sieht er darin, entweder in der derzeitigen Position zu verbleiben oder „komplett“ zu wechseln. Er sucht zwar nicht intensiv, hört sich aber ein bißchen um und kann sich vorstellen in der Privatwirtschaft im Bereich Medizintechnik oder bei einer Pharmafirma ein berufliches Standbein aufzubauen.

4.1.2 Frau L. – Eignung für soziale Berufe

Frau L. ist 34 Jahre alt, verheiratet und hat zwei kleine Kinder. Sie hat das Diplom der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und ist seit März dieses Jahres Vollzeit auf einer Psychiatrischen Station in einem niederösterreichischem Krankenhaus tätig. Ihr Mann ist derzeit in Karenz.

Erwerbsverlauf

Frau L. weiß schon sehr früh, in welche Richtung sie beruflich gehen möchte. Zunächst hat sie den Wunsch Säuglingsschwester zu werden oder „etwas mit Kindern zu machen“ (z.B. Kindergärtnerin, Kinderkrankenschwester). Im letzten Hauptschuljahr in Klagenfurt ergibt der Eignungstest im Rahmen einer AMS-Beratung, daß soziale Berufe zu ihren Kompetenzen und Orientierungen gut passen und eine Cousine, die damals schon Krankenschwester ist, fördert den diesbezüglichen Berufswunsch.

³⁴ Ebd., Seite 21, Zeile 8-15.

Als Übergang zwischen Pflichtschulabschluß und Krankenpflegeschule entscheidet sie sich für die dreijährige Fachschule der Caritas für Soziale Berufe in Klagenfurt, die ihr auch eine inhaltliche Vorbereitung bietet. Danach besucht sie gemeinsam mit einer Freundin die Gesundheits- und Krankenpflegeschule mit angeschlossenen Internat in Salzburg. Weg von zu Hause zu kommen, das höhere Taschengeld der Salzburger Schule (innerhalb der drei Jahre von 1000 auf 4000 Schilling – ca. 70 bis 280 Euro - gesteigert) und der soziale Aspekt (Freundin) sind die Motive für den Ortswechsel.

Die theoretische Ausbildung erlebt Frau L. je nach Inhalt einmal mehr abstrakt und im Frontalunterricht vorgetragen (v.a. medizinische Fächer) und einmal anschaulicher und praxisnäher (v.a. pflegerische Seite). Ihre Praxiserfahrungen sind abhängig von den Stationen unterschiedlich. Manche gelten als gefürchtet, weil sie streng hierarchisch strukturiert sind und die zumeist sehr jungen Auszubildenden „voll ausnutzen“. Die meisten Stationen empfindet Frau L. aber durchaus in Ordnung, selbst wenn es in großen Teams immer Leute gibt, „mit denen man nicht so gut kann“.³⁵ Problematische Situationen in der Praxis sind für sie vor allem jene, in welchen die in der Schule erlernten Vorschriften und Grundsätze nicht eingehalten werden.

„Es ist schon so, in der Schule lernt man halt gewisse Dinge, die macht man so und so und in der Praxis schaut es dann anders aus. Man lernt sterile Handschuhe beim Katheder und dann sieht man wie eine Schwester das ohne macht. Das ist dann schon konträr. Wir haben versucht die Sachen so zu machen, wie wir es gelernt haben, aber es geht dann oft nicht so. Bei der Pflege, zum Beispiel wie jemand gewaschen wird, das wird halt in der Schule ganz genau gesehen, aber in der Praxis hat man dann oft auch keine Zeit.“³⁶

Nach Abschluß der Ausbildung 1992 bewirbt sich Frau L. für eine Stelle am Unfallkrankenhaus (UKH) in Salzburg, da sie der Unfallbereich schon während der Ausbildung interessiert hat und die Arbeitsbedingungen im UKH (AUVA) besser als im Landeskrankenhaus sind (bessere Versicherung und Bezahlung). Sie bekommt aber nicht sofort eine Stelle, sondern wird auf eine Warteliste gesetzt. In dieser Wartezeit geht sie als Au Pair nach England, hält den Kontakt zum UKH aufrecht und erfährt nach ca. einem Jahr, daß nun eine Stelle für sie frei ist. Sie kehrt zurück nach Salzburg und tritt ihre erste berufliche Stelle als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin am UKH Salzburg an.

³⁵ Interview 2, Seite 3, Zeile 28-29.

³⁶ Ebd., Seite 3-4, Zeile 33-06.

Nach etwa einem Jahr zieht sie aus privaten Gründen nach Wien. Hier möchte sie aus medizinischem und technischem Interesse im Intensivbereich tätig werden. Sie bekommt aber auf der Intensivstation des Unfallkrankenhauses keine Stelle, da dort (in Folge von Sparmaßnahmen) nur Diplomierte Personal angestellt wird, das die einjährige Intensivausbildung bereits absolviert hat. Die weitere Arbeitssuche gestaltet sich unkompliziert: Frau L. bewirbt sich nach telefonischer Anfrage erfolgreich bei einem Neurologischen Spital der Gemeinde Wien für eine Stelle auf der Überwachungsstation, die sie als „so ein Mittelding“³⁷ zwischen Intensiv und Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege betrachtet. Die Entscheidung für das Spital fällt, weil Frau L. nicht in einem großen Krankenhaus arbeiten möchte, eine Arbeitskollegin in Salzburg dieses Spital empfohlen hat und sie nach einem „Schnuppertag“ einen positiven Eindruck bekommen hat.

„Es war ganz einfach damals, ich hätte fast überall anfangen können, wo ich wollte. 1994 war das eigentlich, das war eine Zeit, da war noch nirgends eine Aufnahmesperre. Die hat es dann in den Spitälern später gegeben, wo man dann nicht mehr so leicht reinkommt. Und das war damals überhaupt nicht so. Ich habe mir damals die Station aussuchen können, bis auf die Intensiv jetzt.“³⁸

In den folgenden Monaten lernt Frau L. im medizinischen Bereich sehr viel dazu und überlegt zusehends, ob sie eine berufliche Laufbahn abseits der Pflege einschlagen soll. Sie reduziert im zweiten Arbeitsjahr in Wien ihre Tätigkeit auf Teilzeit, macht die Studienberechtigungsprüfung für Psychologie, beginnt zu studieren und hört 1999 ganz auf im Spital zu arbeiten. Neben ihrem stipendiengeförderten Psychologiestudium arbeitet sie stundenweise (unter der Geringfügigkeitsgrenze) bei einem Schwesternpool, der Spitäler (v.a. Pflegeheime und Privatspitäler) mit Personal unterstützt. Im Jahr 2000 übernimmt sie für zwei Monate eine Urlaubsvertretung in einem Wiener Krankenhaus, um ihre finanzielle Situation aufzubessern.

2001 bekommt Frau L. ihr erstes Kind. Sie arbeitet 2003 bis 2004 geringfügig als Krankenschwester bei einem sozialen Dienstleistungsunternehmen in Wien. 2005 bekommt sie ihr zweites Kind. Da sie mit ihrem Mann in Niederösterreich ein Haus erwirbt und ihr Mann in Karenz geht, bewirbt sie sich in einem nah gelegenen niederösterreichischem Spital. Dort erfährt sie im Gespräch mit der Pflegedirektorin von acht neuen Stellen auf der Psychiatrie. Sie kann unter der Auflage beginnen, innerhalb der ersten fünf Jahre die Psychiatrische Ausbildung

³⁷ Ebd., Seite 5, Zeile 17.

³⁸ Ebd., Zeile 21-26.

(eineinhalb Jahre) zu absolvieren. Das Gehalt wird während der Ausbildung weiter bezahlt.

Im März 2006 tritt Frau L. ihre Stelle in der Psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses an. In der Anfangsphase fällt ihr die Umstellung nach der längeren Weiterbildungs- und Kinderpause und wegen des neuen Arbeitsbereiches schwer.

„Also mir ist es schon wieder sehr schwer gefallen. Es war überhaupt schwierig, weil es war eine andere Station. Es ist eine Psychiatrie; mich hat das Fach einfach interessiert, durch das Psychologiestudium, weil die ganzen Medikamente haben sich geändert. Ich habe schon drei Monate gebraucht bis ich wieder drinnen war.“³⁹

Für die Zukunft plant Frau L. die Ausbildung zur Diplomierten Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenschwester zu absolvieren und das Psychologiestudium abzuschließen. Danach ist es ihr Ziel, die pflegerische Tätigkeit im Spital auf Teilzeit zu reduzieren und nebenbei als Psychologin zu arbeiten, wobei sie hier noch keine konkreten Vorstellungen hat, was sie in diesem Bereich machen möchte. Ganz dem Pflegeberuf den Rücken zu kehren, kann sie sich derzeit nicht vorstellen.

4.1.3 Frau W. – Einstiege, Ausstiege, Umstiege bis in die Arbeitslosigkeit

Frau W. ist 50 Jahre alt, lebt alleine und besitzt die Ausbildung zur Diplomierten Allgemeinen Gesundheits- und Krankenschwester und die Berufsberechtigung zur Psychiatrischen Pflege. Derzeit ist sie arbeitslos.

Erwerbsverlauf

Frau W. hat bereits als kleines Mädchen mit Pflegetätigkeiten zu tun. Sie wird vielfach von ihrer alten Großtante betreut und übernimmt bei ihr und im Familienkreis verschiedene pflegerische Tätigkeiten.

„... ich bin als Kind schon so heran erzogen worden, so ein bißchen, auf das Körpergefühl zu achten, oder irgend etwas zu machen, was weiß ich, Nägel zu schneiden, einen Verband zu legen, also eine Unterstützung zu sein.“⁴⁰

³⁹ Ebd., Seite 8, Zeile 6-10.

⁴⁰ Interview 3, Seite 1, Zeile 14-17.

Mit dem Sterben der Großmutter erlebt sie erstmals und für ihr weiteres Leben bedeutsam die Konfrontation mit Alter, Leid und Tod.

Der Weg von Frau W. in die Pflege verläuft nicht geradlinig. Ihre Entscheidung ist stark mit dem Druck der Eltern verbunden, nicht ohne Arbeits- oder Ausbildungsplatz dazustehen. Einen gewissen Einfluß hat auch eine etwas ältere Tante, die als Krankenschwester arbeitet.

Nach der Volksschule besucht Frau W. das Gymnasium und bricht es nach Wiederholung der vierten und dann der fünften Klasse ab. Auf Empfehlung der Mutter beginnt sie eine kaufmännische Lehre, die u.a. wegen fehlender sozialer Kontakte nicht ihren Interessen und Lebensvorstellungen entspricht. Sie bricht sie nach etwa einem Jahr ab und sammelt ihre ersten Pflegeerfahrungen im Rahmen eines Ferienpraktikums in einem Wiener Altersheim. Danach macht sie sich auf Druck der Eltern möglichst schnell auf die Suche nach einer anderen Ausbildungsmöglichkeit und beschließt ohne viel nachzudenken medizinisch-technische Fachkraft zu werden. Nachdem sie das AKH (u.a. wegen einer schlechten Betragensnote im Schulzeugnis) nicht an der Schule aufnimmt, beginnt sie spontan alle Pflegeschulen anzurufen und um die Aufnahme zu bitten. Da das Schuljahr bereits begonnen hat, ist das nicht einfach. Sie findet schließlich in einer neu eröffneten Krankenpflegeschule einen Ausbildungsplatz.

Die Ausbildungszeit erlebt sie vor allem auf privater Ebene als „toll“. Sie ist nicht wie die meisten anderen im Internat, sondern lebt mit ihrem studierenden Freund zusammen und genießt die „Studentenbeziehung“⁴¹. Die Ausbildung selbst empfindet sie vor allem bezüglich der Praxis und der Beachtung der psychischen Dimension als mangelhaft. Sie gehe weder auf die psychische Lage der SchülerInnen, die plötzlich „mit enorm vielen gestorbenen Leuten zu tun gehabt“ haben, ein, noch sei sie auf die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen zugeschnitten.

„das hat sich das erste Mal gehäuft, wie Brustkarzinome bei Frauen aufgetreten sind (...) und ich war dabei, operierte Frauen zu pflegen und die meisten waren psychisch unglaublich, also wie platt gewalzt, unglaublich angestrengt, auf das ist keine Rücksicht genommen worden. Auf das hat keiner Rücksicht nehmen können.“⁴²

Direkt nach Abschluß des Diploms zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege 1976 bekommt sie eine Stelle am Krankenhaus des Ausbildners

⁴¹ Ebd., Seite 4, Zeile 20.

⁴² Ebd., Seite 5, Zeile 23-28.

auf einer Akut- und Überwachungsstation. Sie empfindet zwar die personelle Ausstattung und die Arbeitsbedingungen auf der Station als verhältnismäßig gut, erlebt aber die Umsetzung ihrer Qualitätsvorstellungen und die Zusammenarbeit mit den Ärzten als schwierig. Letzteres zeigt sich vor allem dadurch, daß die Verantwortlichen oft nicht da sind, immer wieder zu ihren Tätigkeiten angehalten werden müssen und das Pflegepersonal regelmäßig „Übertretungen“ begehen muß, damit das System aufrecht erhalten werden kann. Auch die Arbeitszeiten von 48 Stunden pro Woche bereiten Frau W. Probleme.

Nach zwei Jahren fühlt sie sich ausgebrannt und mit „diesen vielen kranken Leuten“ überfordert. Ratschläge in Richtung Leitung zu gehen, empfindet sie eher als Eingriff in ihr Leben, denn als eine Unterstützung. Da ihr auf Grund der Pragmatisierung kein Arbeitslosengeld zusteht, stellt für sie der Wechsel des Arbeitsplatzes nahezu die einzige Alternative dar. Sie nimmt eine neue Stelle auf der Dialyse-Station eines anderen Krankenhauses auf, die aber eine weitere Verschlechterung ihres Berufsalltags mit sich bringt.

„Was die Leute mit mir reden damit kann ich nichts anfangen. was ich tun muß ist mir zu viel, die Organisation ist unvollständig und belastend, die Lebenssituation zerspringt irgendwie, läßt sich nicht mehr so fassen, wie ich das eigentlich ursprünglich in der Hand gehabt habe, ich muß es tun und habe mich entschlossen in das (andere Krankenhaus) zu gehen, war dann auch dort und bin wirklich vom Regen in die Traufe gekommen. Es war irrsinnig arg.“⁴³

Die Räumlichkeiten und die personellen Kapazitäten, besonders in Hinblick auf Urlaube die unterbrochen oder abgesagt werden müssen, entsprechen nicht im Geringsten dem, was Frau W. als notwendig für eine bewältigbare Arbeitssituation erachtet. „Das Sterben“ unter für sie unerträglichen äußeren Rahmenbedingungen „geht weiter“ und sie packt nach kurzer Zeit auf der Station ihre Sachen, steckt die schriftliche Kündigung durch den Türspalt und kehrt dem Krankenhausbetrieb für mehrere Jahre den Rücken.

Ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld macht sie sich auf die Suche nach einem Job, bewirbt sich auf ein Zeitungsinsert bei einem Pharma-Unternehmen und wird als Diplomierte Pflegekraft nach kurzer Zeit angestellt. Auf ihrem neuen Arbeitsplatz werden Seren für die Impfstoffentwicklung Menschen gegen Bezahlung abgenommen. Frau W. muß den Ablauf der Blutabnahme kontrollieren und sich um die SpenderInnen kümmern. Sie empfindet die regelmäßigen Tagarbeitszeiten, die ihren gesellschaftlichen Normvorstellungen

⁴³ Ebd., Seite 10, Zeile 5-11.

entsprechen, zunächst als sehr angenehm. Die Routinetätigkeit liegt ihr aber auf Dauer doch nicht besonders, die „Geschäftemacherei“ mit Seren erlebt sie als moralisch bedenklich und so kündigt sie nach cirka einem Jahr ihren Job auf. In etwa zur gleichen Zeit heiratet sie.

Frau W. möchte einen anderen Weg einschlagen und besucht die Maturaschule, die sie nach zwei Jahren, mit Ausnahme von Latein, positiv abschließen kann. Danach beginnt sie, durch private Kontakte in die alternative Szene vermittelt, für fünf Jahre in einem Frauenkommunikationszentrum zu arbeiten. Zwischendurch, je nach dem ob ein Projekt durchgeht oder nicht, arbeitet sie abseits des Krankenhausbetriebs als Krankenschwester.

1987 verändert sie sich neuerlich beruflich. Sie mietet eine kleine Werkstatt und versucht sich zwei Jahre lang mit künstlerischen Tätigkeiten über Wasser zu halten. Die finanzielle Belastung der selbständigen Tätigkeit wird ihr aber zu groß und sie bewirbt sich für eine Stelle als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester in einem Wiener Spital auf der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung. Dort arbeitet sie fünf Jahre und erfährt von einer freien Stelle in einer Sonderkrankenanstalt für Abhängigkeitskranke. Dieses Aufgabengebiet interessiert sie sehr. Da sie eine Kündigungsfrist bei ihrem Arbeitgeber einzuhalten hat, arbeitet sie drei Monate für zwei verschiedene Organisationen mit einer gesamten Verpflichtung von 70 Arbeitsstunden pro Woche.

„Das war der härteste Sommer den es je gegeben hat. Ich bin von einem Krankenhaus in das andere gefahren.“⁴⁴

In den darauf folgenden 9 ½ Jahren arbeitet Frau W. kontinuierlich als Suchtkrankenschwester in der Sonderkrankenanstalt für Abhängigkeitskranke und erhält 1999 die Berufsberechtigung für Psychiatrische Pflege von der Gemeinde Wien.⁴⁵ Eine kurzzeitige berufliche Veränderung bringt der Beginn eines Universitätsstudiums mit: Frau W. legt 1998 die Berufsreifeprüfung ab und inskribiert ab Wintersemester 1999 Soziologie und Publizistik an der Universität Wien. Gleichzeitig reduziert sie ihre Arbeitstätigkeit auf Teilzeit. Nach Einführung der Studiengebühren stockt sie ihre Berufstätigkeit wieder auf Vollzeit auf und bricht das Studium ab.

In den letzten Jahren ihrer Pfl egetätigkeit fühlt sie sich zunehmend den „Manipulationsfeldern“⁴⁶ von Leitung und Management ausgesetzt, sieht ihre

⁴⁴ Ebd., Seite 15, Zeile 27-28.

⁴⁵ Diese Berufsberechtigung ist eine Bestätigung für die Arbeitspraxis in der Psychiatrie und basiert nicht auf der Sonderausbildung für Psychiatrische Pflege.

⁴⁶ Ebd., Seite 16, Zeile 3.

Persönlichkeit und Individualität bedroht, leidet unter den Arbeitszeiten und verliert ähnlich „wie in den 70er und 80er-Jahren“⁴⁷ ihre „positive Orientierung“⁴⁸.

„Das habe ich auch nicht mehr durch gestanden, also 24 Stunden nicht ich selbst sein dürfen, also auch nicht im Schlaf. Das leiert sich aus, das kann man nicht sehr lange machen. Es war schon schwierig, auch. Diese ganz feinen, zarten Belastungen, wo man in der groben Materie sagt, das ist ja nichts, die zerren ganz schön an den Nerven. Und dann habe ich versucht wo anders unterzukommen, war auch großgoshert, und habe gesagt ich kann auch in einem anderen Krankenhaus arbeiten, ich muß nicht dort arbeiten und dann habe ich schön geschaut. Erstens habe ich ein furchtbar schlechtes Dienstzeugnis nachgeschmissen bekommen...“⁴⁹

Nach Beendigung ihres Dienstverhältnisses im Dezember 2004 findet Frau W. mit ihrem schlechten Dienstzeugnis trotz monatelanger Bewerbungstätigkeit keinen Arbeitsplatz. Beim Bund und der Gemeinde versucht sie es aber nicht. Dies dürfte einerseits mit dem schlechten Zeugnis zu tun haben, andererseits in ihrer zu diesem Zeitpunkt ablehnenden Haltung gegenüber Krankenhäusern und Kranken begründet sein (siehe nächstes Zitat).

Derzeit absolviert sie im Rahmen einer AMS-Maßnahme eine kaufmännische Weiterbildung im modularen System und hofft in näherer Zukunft einen Arbeitsplatz zu finden, der „bewältigbar“ ist, „annehmbare Arbeitszeiten“ sowie eine „leistbare Bezahlung“ (mind. 1.300 Euro) hat.⁵⁰ Dabei kann sie sich sowohl vorstellen, im Bereich Pflege zu arbeiten als auch etwas Anderes zu machen. Ersterem stehen aber trotz prinzipieller Bereitschaft gewisse psychische Barrieren entgegen.

„Ja, obwohl es schon schwierig ist, das muß ich schon sagen. Es ist sehr schwierig für mich. Es geht mir auch besser, wenn ich mit einem Krankenhaus und mit einem Kranken im Moment nichts zu tun habe.“⁵¹

⁴⁷ Ebd., Seite 15, Zeile 45.

⁴⁸ Ebd., Seite 16, Zeile 45.

⁴⁹ Ebd., Seite 17, Zeile 21-26.

⁵⁰ Ebd., Seite 19, Zeile 4-6.

⁵¹ Ebd., Seite 18, Zeile 5-9.

4.1.4 Herr K. – Prädestiniert zur Leitung

Herr K. ist 40 Jahre alt und lebt zusammen mit seiner Partnerin und seinen beiden Kindern (sechs und acht Jahre) außerhalb von Wien. Er besitzt die Ausbildung zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Sonderausbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege und ist derzeit auf einer Intensivbettenstation in der Stationsleitung in einem Wiener Krankenhaus tätig. Seine Partnerin arbeitet Teilzeit, ebenfalls in der Krankenpflege.

Erwerbsverlauf

Nach Volksschule, Hauptschule und einem einjährigen polytechnischen Lehrgang zur „Überbrückung“ (Absolvierung des zehnten Schuljahres) beginnt Herr K. sehr jung mit der Ausbildung zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. Der Entschluß fällt eher spontan aus Mangel an anderen Ideen und ohne Einfluß von Freunden oder Familie, die keinen Bezug zu Gesundheitsberufen haben. Den wichtigsten Einfluß für die Entscheidung zur Pflege hat ein Krankenhausaufenthalt als Hauptschüler, in dem er den Pflegeberuf als ansprechend erlebt und sich „bei den Schwestern“ über den Beruf und seine Eignung für Männer erkundigt.

Nach seiner Bewerbung wird er in einer Wiener Gesundheits- und Krankenpflegeschule aufgenommen, deren Ausbildung „relativ streng“⁵² ist und eine hohe Drop-Out-Rate von rund einem Drittel aufweist. Als problematisch beschreibt er sein junges Alter als Schüler, in dem das eigene Selbst noch unklar konturiert ist und er die auf ihm lastende Verantwortung nicht wahrnimmt. Seine Erfahrungen in der Praxis sind je nach Station unterschiedlich und hängen in Wesentlichen vom Ausmaß der Integration im Team, von der Möglichkeit eigenständige Arbeitsschritte zu übernehmen und vom Arbeitsklima auf der Station ab.

„Absolut, was ein ganz entscheidender Faktor ist, ob du als Schüler in Team integriert bist, oder ob du außen stehst. Das ist mir schon in Erinnerung, auf den Abteilungen wo man drinnen war, wo man ein gewisses Maß an Verantwortung übertragen bekommen hat, das war ganz angenehm. Auf den Abteilungen, wo man unter ferner liefen mitgelaufen ist, das war eher unangenehm und dann natürlich auch die ganz normalen zwischenmenschlichen Beziehungen.“⁵³

⁵² Interview 4, Seite 1, Zeile 40.

⁵³ Ebd., Seite 2, Zeile 19-25.

1984 erhält Herr K. sein Diplom. Der Übergang von Ausbildung in die erste berufliche Stelle auf einer „normalen Internen Station“ des an die Schule angeschlossenen Krankenhauses gestaltet sich problemlos. Der 19-jährige Herr K. kann bis auf seinen Titel kaum einen Unterschied zur Arbeit während der Praxis erkennen. Seine Verantwortung ist zwar größer, dem jungen Mann aber kaum bewußt. In den folgenden Jahren arbeitet Herr K. auf dieser Station und übernimmt eine Vielzahl an Nachtdiensten. Die Stationsleitung teilt ihn auf Grund seines jungen Alters und weil er „der einzige Pfleger“⁵⁴ der Station ist zu zwei Drittel der Nachtdienste ein. Das stellt für Herrn K. in der Anfangsphase seiner Berufstätigkeit kein größeres Problem dar.

„Mir war das damals nicht einmal unangenehm, zu diesem Zeitpunkt hat mir die Stationsführung den Dienstplan geschrieben, damals hat es noch ein Radelsystem gegeben, so wie heute flexible Diensteinteilung - großteils gibt es heute flexible Diensteinteilung -, da hat die Stationsschwester den Dienstplan geschrieben und dann ist irgendwann gekommen, machts dir eh nichts wenn du doppelt Nachtdienst machst, nein, es hat mir nichts gemacht zu diesem Zeitpunkt. So war es dann einfach.“⁵⁵

Nach fünf Jahren wird ein Posten auf einer zur Internen Abteilung gehörenden Spezialambulanz frei, dessen Team Herr K. aus seiner bisherigen Arbeit gut kennt und schätzt. Nachdem er bezüglich seines Interesses für diese Stelle angesprochen wird, beginnt er auf der Spezialambulanz im Tagdienst zu arbeiten, was ihm „irrsinnig viel Spaß“⁵⁶ macht. Den Umstieg vom Schichtbetrieb auf einen Tagdienstposten empfindet er als die eklatanteste Veränderung im Zuge seines Wechsels.

Nach zwei Jahren kündigt er bei der Gemeinde Wien und geht in die Privatwirtschaft. Die Möglichkeit eines besseren Gehalts und die Suche nach Abwechslung verlocken den damals noch kinderlosen Herrn K. und er beginnt in einer medizinisch-technischen Firma im Außendienst zu arbeiten. Er erkennt aber relativ schnell, daß ihm diese Tätigkeit nicht liegt und kehrt nach acht Monaten (zwei Monate Einschulung und sechs Monate Dienst) wieder in sein ehemaliges Spital zurück. Seine Rückkehr verläuft völlig unproblematisch, da in der Pflege „Personalmangel ohne Ende“⁵⁷ herrscht.

⁵⁴ Ebd., Seite 4, Zeile 11-12.

⁵⁵ Ebd., Zeile 26-33.

⁵⁶ Ebd., Seite 5, Zeile 45-46.

⁵⁷ Ebd., Seite 5, Zeile 27.

Das Arbeitsklima auf der Internen Abteilung entspricht aber nicht mehr den Vorstellungen des Herrn K. Nach etwa einem halben Jahr sucht er seinen Vorgesetzten auf, teilt ihm mit, daß er in dieser Abteilung nicht mehr arbeiten möchte und fragt nach möglichen Alternativen. Dem Angebot, auf einer Intensivstation zu beginnen, steht er wegen mangelnder Kenntnisse des Arbeitsgebietes zunächst noch skeptisch gegenüber. Nach etwa einem halben Jahr Einschulungszeit ist er von diesem Bereich überzeugt und beginnt 1994 mit dem dafür notwendigen Sonderausbildungskurs zur Intensivpflege an einem anderen Wiener Krankenhaus. Die neuerliche Umstellung auf Schichtdienst stellt für ihn kein Problem dar.

Im Zuge der Praktika lernt er verschiedene Stationen im Spital, an dem er die Ausbildung absolviert, kennen. Auf einer Station gefällt es ihm besonders gut. Deshalb wechselt er nach Ausbildungsabschluß das Krankenhaus und arbeitet auf dieser Station seither mit einer kurzen Unterbrechung, die mit seinem beruflichen Weiterentwicklungswunsch in Zusammenhang steht.

„In der Anfangsphase war es echt toll, man braucht wieder einige Zeit wenn man fix da arbeitet, es ist doch ein ganz anderes Haus usw., aber nach einer relativ kurzen Zeit, 1998 – 1999, zwei, drei Jahre, das ist schleichend verlaufen, hab ich mir gedacht, irgendwie muß ich noch was anfangen, irgendwie was anderes, und habe mich mit dem Gedanken getragen eben in die, es war so ein bißchen eine Richtungsentscheidung, gehe ich eher in die Richtung Lehre, sprich Lehrpflege, oder gehe eher in die Richtung Führung. Nach kurzer Zeit habe ich mir gedacht, eher Richtung Führung.“⁵⁸

Herr K. sucht abermals seinen dortigen Vorgesetzten auf und führt mit ihm ein „Karriere-Gespräch“. In der Folge wird ihm im Jahr 2000 die Möglichkeit geboten, auf einer anderen Station interimistisch die Vertretung der Stationsleitung zu übernehmen. Nach sehr kurzer Zeit steht für Herrn K. fest, daß Leitung und Management jener Aufgabenbereich ist, der seinen Berufsvorstellungen entspricht. Auch seine Vorgesetzten sind zufrieden und so führt ihn seine Berufslaufbahn nach kurzen Umwegen in den Stationsleitungsposten auf seiner ersten Station in diesem Krankenhaus.

„Nach relativ kurzer Zeit, das war sehr schnell habe ich gemerkt, das ist es. Nachdem nicht nur ich das so empfunden habe, sondern auch meine Vorgesetzten auch, habe ich dann die fixe Vertretung übernommen, die war vakant, und habe mich beworben, hab es

⁵⁸ Ebd., Seite 6, Zeile 33-41.

auch bekommen, war relativ kurz dort fixe Vertretung, und dann ist auf der Station von der ich gekommen bin, von meiner Station, die Führung frei geworden, beworben..... das bin ich jetzt.“⁵⁹

Sowohl die Arbeitsinhalte als auch die Arbeitsbedingungen entsprechen den Vorstellungen von Herrn K. Der Tagdienst mit relativ flexibel handhabbaren Kernarbeitszeiten von 7.00 bis 15.00 Uhr ist für ihn sehr gut mit den Kinderbetreuungspflichten zu vereinbaren, die er sich mit seiner - als Krankenschwester Teilzeit beschäftigten - Partnerin aufteilt.

Grundsätzlich hat er „ein gutes Platzl“⁶⁰ gefunden und sieht seinen künftigen beruflichen Werdegang durch die Schwerpunkte Personalführung und Personalmanagement gekennzeichnet.

4.1.5 Frau H. – Kein Beruf zum alt werden

Frau H. ist 30 Jahre alt, lebt allein und arbeitet als Diplomierte Allgemeine Gesundheits- und Krankenschwester auf einer Gefäßchirurgischen Station in einem Krankenhaus in Wien.

Erwerbsverlauf

Frau H. weiß schon sehr früh, was sie einmal beruflich machen möchte. Der Wunsch, Krankenschwester zu werden, setzt sich bereits im Volksschulalter in ihrem Kopf fest. Nach vier Klassen Volksschule, vier Klassen Hauptschule und dem Besuch einer zweijährigen Hauswirtschaftsschule in einer ländlichen oberösterreichischen Gemeinde besucht sie die Gesundheits- und Krankenpflegeschule mit angeschlossenem Internat eines geistlichen Spitals in Linz.

Die theoretische und praktische Ausbildung zur Diplomierten Allgemeinen Gesundheits- und Krankenschwester erlebt sie als sehr positiv, vor allem in Bezug auf die Kombination von Theorie- und Praxiseinheiten (fixe Schul- und Praxistage in einer Woche) und die im Vergleich zum heutigen Blocksystem⁶¹ längere Verweildauer auf einer Station. Als lernförderlichen Aspekt beschreibt sie auch den Umstand, daß die SchülerInnen während des Praktikums weitgehend auf sich alleine gestellt sind und sich auf den Stationen gegenseitig anlernen.

⁵⁹ Ebd., Seite 7, Zeile 1-7.

⁶⁰ Ebd., Seite 13, Zeile 9-10.

⁶¹ Waren in ihrer Ausbildungszeit noch 2 Monate Tätigkeit auf einer Station mit zwei-drei Schultagen in der Woche Usus, sind die SchülerInnen in ihrem Spital heute nur noch 4 Wochen durchgehend anwesend.

„Und das war auch sehr angenehm, weil eine Schülerin, die im dritten Jahr ist, die kann sich noch immer besser erinnern wie das für sie war, das erste Mal neu auf die Station kommen als eine, die weit von der Schule weg ist. Man vergißt das auch, wie es einem da so geht.“⁶²

Nach Abschluß der Ausbildung bekommt sie sofort eine Stelle auf der Gynäkologischen Station des Krankenhauses. Das Interesse für das Fach erwähnt sie einmal in der „Schülertratschrunde“⁶³, wird von der zuständigen Stationschwester im Zuge der Praxis darauf angesprochen und nach dem Diplom nahtlos übernommen.

Die Station entspricht dann auch den Erwartungen von Frau H.: sowohl fachlich als auch sozial ist sie mit ihrem Arbeitsplatz zufrieden.

„Also vom Fachlichen her hat mich die Gynäkologie schon interessiert, aber es hat dann einfach gepaßt. Es hat vom Team her gepaßt, es hat mich das Fachliche interessiert und es war die Stationschwester total nett und es waren die anderen Kolleginnen aus meinem Jahrgang dort, mit denen habe ich mich auch super verstanden. Es war stimmig. Und ich habe es auch nicht bereut.“⁶⁴

Aus privaten Gründen gibt sie jedoch ihren Arbeitsplatz auf, zieht nach Wien und nimmt dort eine Arbeitsstelle in einem kleinen geistlichen Spital auf. Das Bewerbungsverfahren verläuft unkompliziert: Nach einem gezielten Anruf, in dem sie ihr Interesse für eine Arbeitsstelle bekundet, wird sie zum Vorstellungsgespräch geladen und bekommt innerhalb von zwei Monaten einen Arbeitsplatz auf der Internen Abteilung. Der Arbeitsalltag in dem sehr kleinen Haus und die Tätigkeit auf der Internen Abteilung entsprechen aber nicht den Berufsvorstellungen von Frau H..

„Das ist ein ganz ein Mini-Mini-Krankenhaus mit 200 Betten und wo jeder jeden kennt und jeder weiß, wer was gefrühstückt hat. Das hat mich persönlich zu sehr eingeengt. (...) Ich bin eher nicht so die Geduldige, die sechs Wochen die gleichen Patienten hat und ihnen jeden Tag das Gleiche erzählt, weil sie es wieder vergessen haben. (...) Auf der Internen ist alles so schleichend. Die kommen schlecht beieinander meistens und kriegen dann irgendwelche Infusionen,

⁶² Interview 5, Seite 3, Zeile 9-12.

⁶³ Ebd., Seite 4, Zeile 6.

⁶⁴ Ebd., Zeile 17-22.

werden aufgepäppelt und gehen aber in einem ähnlich schlechten Zustand wieder heim. Der Erfolg ist minimal, den man sieht.“⁶⁵

Sie schickt eine Blindbewerbung an ein großes Wiener Krankenhaus für eine Stelle auf der Chirurgie oder Unfallchirurgie. Denn die Chirurgischen Abteilungen scheinen ihrem Wunsch nach einer größeren Fluktuation der Patienten und Patientinnen sowie ihrem Bedürfnis nach „Erfolgserlebnissen“ eher gerecht zu werden. Im Zuge des Vorstellungsgesprächs wird Frau H. eine Stelle auf einer Gefäßchirurgischen Station angeboten, die bis heute ihr Arbeitsplatz ist.

In den letzten beiden Jahren begann sich Frau H. ein zweites berufliches Standbein aufzubauen. Im Zuge größerer finanzieller Ausgaben interessiert sie sich für eine zusätzliche Tätigkeit, um das Gehalt aufzubessern. Sie beginnt im Jänner 2005 freiberuflich in der Hauskrankenpflege zu arbeiten, macht im darauffolgenden Sommer während ihres Urlaubs die Aushilfsvertretung für die Pflegedienstleitung des Vereins und wird im Herbst 2006 ihre Tätigkeit im Spital auf 20 Stunden reduzieren und 20 Stunden als Vertretung der Pflegedienstleitung in der Hauskrankenpflege arbeiten.

Für Frau H. ist wichtig, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten abseits des Krankenhausalltags zu erkunden, vor allem wegen der begrenzten körperlichen Belastungsfähigkeit im Alter. Dabei erscheint ihr von zentraler Bedeutung, frühzeitig mit der beruflichen Zukunftsplanung zu beginnen, da mit fortschreitendem Alter Kraft und Mut für Veränderungen abnehmen und die Arbeitsbedingungen (v.a. Nachtdienste) gleichzeitig schwieriger zu bewältigen sind.

„Na ja, man wird nicht jünger. Ich kann es mir ehrlich gesagt nicht vorstellen, daß ich bis zu meiner Pension, also bis 65, Nachtdienste mache. Also ich glaube, daß man das körperlich nicht mehr schafft. Jetzt bin ich noch jung und jetzt schaffe ich es noch, aber irgendwann sollte man halt anfangen an die Zukunft zu denken. Was ist dann, wann ich das nicht mehr schaffe oder wenn es mich einmal so beeinträchtigt, daß ich es nicht mehr machen will. Und dann bin ich dort schon so festgefahren, daß ich keine Alternativen habe. Weil ich denke mir, wenn man 45 ist, man wechselt nicht mehr, wenn man seit 20 Jahren auf der gleichen Station ist. Weil man sich einfach gar nicht mehr darüber traut.“⁶⁶

⁶⁵ Ebd. Seite 5, Zeile 18-20; Seite 6, Zeile 9-11 und Zeile 22-25.

⁶⁶ Ebd., Seite 8, Zeile 18-27.

4.2 Wege und Einstieg in die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege

4.2.1 Vorbildung und vorherige berufliche Erfahrungen

Eine Voraussetzung für die Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege ist zunächst die Absolvierung von mindestens zehn Schuljahren. Je nach Zeitpunkt der Entscheidung, die Ausbildung zur Diplomierten Allgemeinen Pflege aufzunehmen, spielt das „Überbrückungsjahr“ zwischen Pflichtschulabschluß und Beginn der Ausbildung eine Rolle. Drei InterviewpartnerInnen der *qualitativen Untersuchung* wußten bereits bei Abschluß der Pflichtschule (neun Schuljahre), daß sie in die Krankenpflege gehen möchten. Sie suchten deshalb nach Möglichkeiten zur *Überbrückung* und Absolvierung des zehnten Schuljahres. In diesem Zusammenhang können soziale Ausbildungen (z.B. Fachschule für soziale Berufe) bereits eine inhaltliche Vorbereitung für die spätere Pflegeausbildung bieten. Die damit verbundene Konkretisierung und Reflexion des Berufswunsches ist ein positiver Nebeneffekt, da zu diesem Zeitpunkt noch ohne Schwierigkeiten und „Gesichtsverlust“ ein anderer Berufsweg eingeschlagen werden kann. Eine länger als ein Jahr dauernde „Überbrückungsausbildung“ (in diesem Fall drei Jahre) kann ebenfalls positive Effekte haben, da ein *junger Eintritt in Ausbildung und Beruf* der Diplomierten Pflegeperson von den Befragten als problematisch erlebt wird. In diesem Zusammenhang sind vor allem die Verantwortungsübernahme und die Konfrontation mit Leid und Tod in der Adoleszenz zu nennen. Die jungen Auszubildenden und BerufseinsteigerInnen sind noch viel zu sehr mit ihrem eigenen Erwachsenwerden beschäftigt sind, als daß sie sich ihrer Verantwortung gegenüber anderen bewußt wären und diese wahrnehmen könnten.

„Herausforderungen, na ja, dieses Selbständig werden. Ich habe ja auch mit nicht ganz 17 schon angefangen. Da hat man irgendwie sein Leben auch noch gar nicht so im Griff und dann soll man plötzlich für andere Menschen Verantwortung übernehmen. Das ist schon ein riesen Reifungsprozeß gewesen, auch persönlich.“⁶⁷

Junge SchülerInnen sind in ihrem Selbst oft noch nicht gefestigt und haben deshalb Schwierigkeiten, sich auf die Krankengeschichten der PatientInnen

⁶⁷ Interview 5, Seite 3, Zeile 15-19.

einzulassen und gleichzeitig von deren „Schicksalen“ abzugrenzen. Überforderung und hohe Drop-Out-Raten schon während der Ausbildungszeit sind die Folge (siehe Kapitel 3.1).

Wird die Pflegeausbildung nach *Arbeitstätigkeit in einem anderen Berufsfeld* eingeschlagen, kann das höhere Alter (im Sinne eines klareren Selbst) positiv auf die Verarbeitung von Belastungen während der Ausbildung wirken.

„Also das hat einen schon vom Charakter her gefordert. Wenn du jetzt nicht stabil bist, ich sage immer, man braucht einen guten Charakter, man muß sattelfest sein und mit beiden Beinen auf dem Boden stehen und auch eine Menschenkenntnis haben.“⁶⁸

„*Versagen*“ und *Abbrüche in anderen Ausbildungsstätten* waren zumindest in den 70er-Jahren Möglichkeiten in die Diplomierte Pflegeausbildung zu gelangen, wobei restriktivere Aufnahmeverfahren hier heute begrenzend wirken können. Denn aus den ExpertInneninterviews wurde deutlich, daß die Plätze in Pflegeschulen beschränkt sind und im Sinne von Effizienz und Personalversorgung (des angeschlossenen Krankenhauses) nur jene SchülerInnen aufgenommen werden sollen, die eine solche Ausbildung auch „durchstehen“. Dabei haben AbrecherInnen höherer Schulen nicht unbedingt bessere Chancen. Die Schule für medizinisch-technische Fachkräfte war bereits in den 70er Jahren gegenüber Gymnasien-AbrecherInnen skeptisch:

„Ich bin nicht angenommen worden, außer Sehr Gut [Betragensnote, Anm.] war nichts akzeptiert. Sie haben eindeutig gesagt beim medizinisch-technischen Dienst, sie nehmen lieber gute bis sehr gute Hauptschüler als abgebrochene Gymnasiumzeiten, also die, die das Gymnasium abgebrochen haben, weil die unzuverlässiger sind, unruhiger sind und nicht anpassungsfähig und sie brauchen nur super angepaßte Menschen.“⁶⁹

Die *quantitative Untersuchung* zeigt die *Verteilung des Ausbildungsbeginns in den Erwerbsverläufen*: So war ungefähr ein Viertel (24%) der Befragten vor Beginn ihrer Ausbildung zur/zum DGKS/DGKP in einem anderen Beruf tätig. Bei den derzeit als arbeitslos gemeldeten Personen betrug der Anteil derer, die vor der Ausbildung in einem anderen Beruf tätig gewesen sind, ein Drittel. Insbesondere bei Männern (ca. 50%) handelt es sich bei diesem Beruf nicht um den ursprünglich ausgeübten, was Rückschlüsse auf die weiter unten beschriebene Gender-Differenz zuläßt, daß bei Frauen eine stärkere Identifikation

⁶⁸ Interview 1, Seite 2-3, Zeile 33-3.

⁶⁹ Interview 3, Seite 3, Zeile 8-13.

mit dem Beruf von „klein auf“ zu haben scheinen (siehe Kapitel 4.2.2). Die zuvor ausgeübten Berufe erstrecken sich über eine große Bandbreite. Die größte Gruppe – ein Viertel – war vor Beginn der Gesundheits- und Krankenpflegeschule im Rahmen von weniger qualifizierten Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege (PflegehelferIn, Stationsgehilfin, ...) beschäftigt. Die Mehrheit der Berufswechsel erfolgte zu Beginn des Erwerbslebens. 72 Prozent der Personen wechselten innerhalb der ersten fünf Jahre der ersten Berufstätigkeit in die Gesundheits- und Krankenpflege. Aber auch spätere Berufswechsel in die Pflege sind nicht ausgeschlossen. Die Dauer der Ausübung der ersten Berufstätigkeit reicht von weniger als einem Jahr bis zu 20 Jahren.

Auch hinsichtlich der *höchsten abgeschlossenen Schulbildung vor dem Beginn der Gesundheits- und Krankenpflegeschule* zeigen sich Differenzen zwischen den TeilnehmerInnen der Studie. 38 Prozent geben an, daß sie die Pflichtschule abgeschlossen haben. Weitere 22 Prozent haben eine mittlere Schule besucht. Ungefähr ein Viertel (26%) berichtet über einen Schulabschluß mit Matura. Interessanterweise haben auch 8 Prozent der Befragten die Gesundheits- und Krankenpflegeschule nach einem abgeschlossenen Studium besucht. Etwas mehr als drei Viertel (77%) geben an, daß sie keine Ausbildung abgebrochen haben. Die Erwerbstätigen mit Pflichtschulabschluß weisen mit 28 Prozent den höchsten Anteil an Personen auf, die eine höhere Ausbildung abbrachen. Unter der Berücksichtigung von allen Befragten, die eine Ausbildung abgebrochen haben, zeigt sich, daß AHS-AbbrecherInnen mit 42 Prozent am häufigsten vorkommen. Berufsbildende Mittlere und Berufsbildende Höhere Schulen wurden jeweils von rund 20 Prozent der SchulabbrecherInnen abgebrochen.

4.2.2 Berufswahl

Die *Berufswahltheorie* von Holland (1985) geht davon aus, daß Menschen nach Umwelten streben, die es ihnen erlauben, ihre Persönlichkeit, ihre Interessen und Fertigkeiten zu entfalten. Auch die Entscheidung für eine Ausbildung und demzufolge für einen Beruf stellt eine derartige „Umwelt“ dar⁷⁰. Es wird angenommen, daß eine hohe Kongruenz zwischen den eigenen Interessen und Fertigkeiten und der Umwelt (Anforderungen des Berufs und der Ausbildung) eine positive Auswirkung auf die Stabilität der Berufsausübung, der Zufriedenheit und der Leistung haben.

⁷⁰ Holland 1985

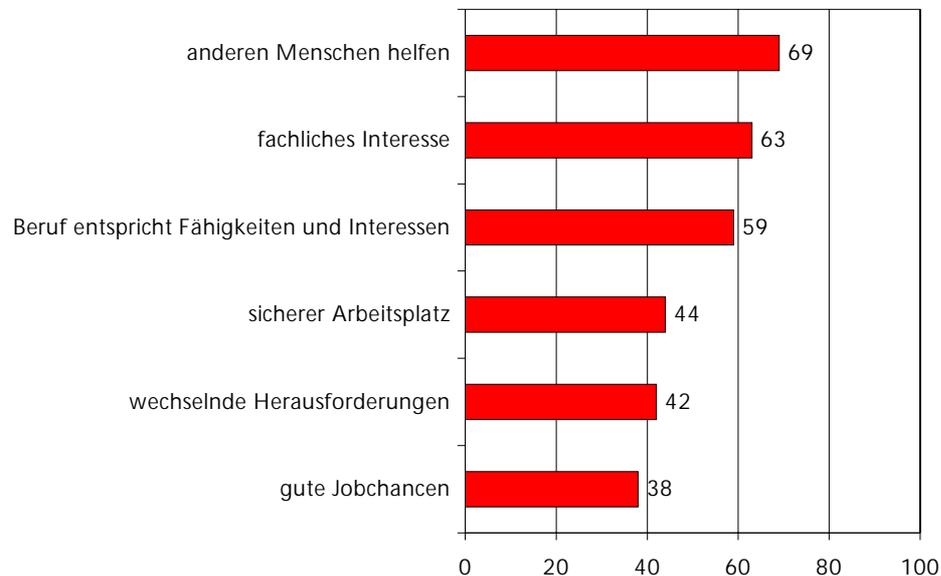
Holland unterscheidet sechs unterschiedliche Interessentypen: der realistische, der forschende, der künstlerische, der soziale, der unternehmerische und der konventionelle Typ. Der soziale Typ tendiert zur pflegerischen, lehrenden und fortbildenden Arbeit mit anderen Menschen.⁷¹

Eine andere interessante Kategorisierung von Karrieretypen wurde von Schein entwickelt. Er meint, daß Personen im Laufe ihres beruflichen Werdegangs ein berufliches Selbstkonzept entwickeln, das als Leit- oder Ankersystem fungiert. Schein unterscheidet insgesamt acht solcher beruflicher Grundorientierungen oder *Karriereanker*: technische/funktionale Kompetenz, Befähigung zum General Management, Sicherheit/Beständigkeit, unternehmerische Kreativität, Selbständigkeit/Unabhängigkeit, Dienst oder Hingabe für eine Idee oder Sache, totale Herausforderung, Lebensstilintegration. In diesem Zusammenhang erscheint insbesondere der Karriereanker „Dienst oder Hingabe für eine Idee oder Sache“ erwähnenswert. Solche Menschen wählen den Beruf, weil sie die Welt auf irgendeine Art verbessern wollen. Ein starker Ankerpunkt für sie ist die Arbeit mit anderen Menschen.

Nicht unerwartet zeigt sich bei der *quantitativen Untersuchung*, daß vor allem Personen mit einem sozialen Interesse, diesen Beruf ergreifen (Abbildung 2). Rund sieben von zehn der Befragten geben an, daß sie sich für diese Ausbildung entschieden haben, um anderen Menschen helfen zu können. Auch das fachliche Interesse wird von 63 Prozent der Befragten als relevant beurteilt. Rund sechs von zehn der StudienteilnehmerInnen geben auch die Kongruenz zwischen den Anforderungen des Berufs und den eigenen Interessen und Fähigkeiten als Motiv für die Ausbildungswahl an. Als viertwichtigstes Motiv mit einer Zustimmung von 44 Prozent wird auch die Sicherheit des Arbeitsplatzes genannt.

⁷¹ Der *realistische Typ* schätzt vor allem die praktische, technische oder körperliche Arbeit. Der *forschende Typ* bevorzugt eher die alleinige Lösung von Problemen. Der *künstlerische Typ* schätzt die Entwicklung von Ideen und deren kreative Umsetzung. Der *unternehmerische Typ* ist in seinem Element, wenn er/ sie die Möglichkeit hat, andere Menschen zu führen und zu leiten. Der *konventionelle Typ* schätzt vorwiegend routinierte Tätigkeiten. Vgl. Holland 1985.

Abbildung 2: Motive für Beginn der Ausbildung zur/zum DGKS/DGKP
Angaben in gültigen Prozent; n = 376 (keine fehlenden Werte)



Aus der quantitativen Untersuchung wird aber auch deutlich, daß der Stellenwert der Motive einem Wandel unterworfen ist und Jobchancen und Sicherheit an Bedeutung gewinnen. Insbesondere bei Diplomierten Pflegebediensteten, deren Ausbildungsabschluß weniger als zehn Jahre (1996 – bis heute) zurückliegt, zeigt sich, daß häufiger arbeitsmarktbezogene Überlegungen ihre Berufswahlentscheidung beeinflussen. Während etwas mehr als die Hälfte (53%) dieser Gruppe angeben, daß das Bedürfnis nach einem sicheren Arbeitsplatz ausschlaggebend gewesen sei, trifft dies nur mehr auf 38 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten mit einem Ausbildungsabschluß vor 1995 zu. Auch bei dem Motiv „gute Jobchancen“ zeigen sich derart große Unterschiede (50 vs. rund 30%).

Bei Betrachtung der Motive unter dem *Gender-Aspekt* fällt auf, daß sowohl Männer als auch Frauen das fachliche Interesse und das Bedürfnis anderen Menschen zu helfen als die zwei relevantesten Motive für die Ausbildungswahl bezeichnen. Bei männlichen Gesundheits- und Krankenpflegern besitzen die Motive „gute Jobchancen“ (49 vs. 36%) und „gute Karriere- und Aufstiegsmöglichkeiten“ (15 vs. 7%) vergleichsweise jedoch mehr Gewicht. Männer betonen häufiger als Frauen die Karrieremöglichkeiten in diesem Berufsfeld.

Je nach dem Zeitpunkt des Einstiegs in die Pflege und nach den individuellen beruflichen Perspektiven zeigen sich ebenfalls Unterschiede in der Motivlage: Diplomierte Pflegebedienstete, die *vorher in einem anderen Berufsfeld* tätig gewesen sind, nennen häufiger fachliches Interesse als Grund für die neue Berufswahl (72 vs. 60%). Möglicherweise spiegelt sich darin eine konkretere Vorstellung über die Tätigkeit bzw. auch eine differenziertere Auseinandersetzung mit der Berufswahl wider. Jene, die einen *Ausstieg aus dem Pflegeberuf* anstreben, geben seltener an, daß ihre Berufswahl auf der Kongruenz zwischen Beruf, Interessen und Fähigkeiten beruht als solche, die in diesem Beruf weiterhin tätig sein möchten (45 vs. 61%). Bei den „potentiellen AussteigerInnen“ spielten nach deren Angaben die Motive „höheres Einkommen“ (21 vs. 7%) sowie „Bekannte üben diesen Beruf aus“ (25 vs. 19%) für die Berufswahl eine Rolle.

Bei Betrachtung der Motive für die Ausbildungswahl anhand der *qualitativen Interviews* wird die *geschlechtsspezifische Kodierung* von Pflege als „weibliche Tugend“ deutlich. Die befragten Frauen hatten (z.T. unfreiwillig) bereits in der Kindheit in der einen oder anderen Form etwas mit Pflegetätigkeiten zu tun bzw. fühlten sich von klein auf zu diesem Beruf hingezogen und *identifizierten* sich mit pflegerischen und sozialen Aufgaben. Dagegen spielt bei den befragten Männern die Identifizierung mit der Pflegetätigkeit eine geringere Rolle. Sie sehen den Pflegeberuf nüchterner, als eine Arbeitsmöglichkeit die sie zwar anspricht, mit deren Rollenzuweisung als „helfende und dienende“ Person sie sich aber kaum auseinandersetzen. Geschieht diese Auseinandersetzung, dann eher in Zusammenhang mit der Frage, was dieser Beruf über das als typisch weiblich erachtete „Pfleger“ hinaus Männern zu bieten hat. Interessant ist, daß beide befragten Männer dem „Zufall“ bei ihrem Weg zum Pflegeberuf eine große Bedeutung beimessen, was darauf hindeuten könnte, daß sie sich weniger stark mit der Tätigkeit identifizieren und nach außen ihre Entscheidung nicht als Resultat bewußter Überlegungen darstellen wollen.⁷²

Neben der Identifikation mit der Berufsrolle haben *Erfahrungen und Einfluß von Verwandten und Freunden* eine große Bedeutung für die Entscheidung zum Beruf der/des Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pflegers, was auch die quantitative Analyse bestätigt (siehe unten). Dies kann sich sowohl auf Gleichaltrige beziehen, mit denen eine gemeinsame Ausbildung angestrebt wird, als auch auf Ältere, die die Pflege als Berufsmöglichkeit näher bringen und Vorstellungen über Ausbildung und Arbeit konkretisieren. *Erfahrungen* über den

⁷² Das Einnehmen einer eher passiven Rolle bei der „Berufswahl Pflege“ kann die Funktion haben, nicht als Mann zu der Entscheidung für die Pflege stehen zu müssen und damit unangenehme Fragen oder schiefe Blicke vermeiden zu können.

Beruf können aber auch *im Krankenhaus bzw. in anderen Pflegeorganisationen* direkt gesammelt werden, sei es über eigene Krankenhausaufenthalte, oder über ein Ferrialpraktikum, wie es z.B. für Frau W. Anfang der 70er Jahre noch leicht zu organisieren war (siehe Kapitel 4.1.3). Während ersteres eine eher diffuse und patientenorientierte Vorstellung über den Beruf vermittelt, bietet zweiteres schon konkrete Einblicke in den Pflegealltag.

Der Einfluß der *Berufsberatung in der Schule* wird von zwei qualitativ Befragten zwar als positiv und nützlich beschrieben, hatte aber den Charakter einer Bestätigung bereits existierender Berufsvorstellung und war nicht ausschlaggebend für die Entscheidung zum Beruf.

Im Sinne von Holland ermöglicht eine *fundierte Information über Ausbildungswege und Berufe* die Einschätzung, ob ein angestrebter Beruf tatsächlich zu den eigenen Interessen und Fähigkeiten paßt. Im Folgenden ist anhand der *quantitativen Daten* aufgelistet, welche Informationsquellen die Befragten für ihre Berufswahl heranzogen (Tabelle 5). Am häufigsten wurden Gespräche mit Eltern/Verwandten sowie FreundInnen/Bekannten zum Zwecke der Berufswahlentscheidung geführt. Beinahe drei Viertel (72%) informierten sich auch bei Diplomierten Pflegebediensteten. Jeweils nur etwa ein Viertel nützte die Berufsberatung sowie Informationsunterlagen des Arbeitsmarktservices.

Tabelle 5: Berufsinformation

<i>Informationsquellen</i>	<i>Anteil derjenigen, die diese Quelle nützten</i>
Gespräche mit Eltern/Verwandten	81
Gespräche mit FreundInnen/Bekannten	80
Gespräche mit Personen, die den Beruf ausüben	72
Berufsberatung an Schule	51
Berufsberatung des Arbeitsmarktservices (AMS)	25
Informationsunterlagen des AMS	23

Anm.: Angaben in gültigen Prozent, (5,6 – 10,1 % fehlende Werte = keine Angabe)

Darüber hinaus wurden die Diplomierten Pflegebediensteten um die Einschätzung der Nützlichkeit der Quelle gebeten. Generell zeigt sich das Bild, daß vor allem Gespräche mit bekannten Personen als *hilfreich eingeschätzt* werden. Insbesondere Gespräche mit Diplomierten Pflegebediensteten erhalten die beste Beurteilung. Rund Acht von Zehn derjenigen, die diese Quelle auch benutzten, schätzen diese als sehr bzw. ziemlich nützlich ein. Die Diskussion der Berufswahlentscheidung mit Eltern und auch mit FreundInnen wird von rund 70 Prozent als sehr bzw. ziemlich nützlich angesehen. Die Angebote des AMS und

die Berufsberatung an der Schule werden weniger positiv beurteilt. Die Hälfte sieht die Berufsberatung in der Schule als sehr bzw. ziemlich nützlich an. Bereits nur mehr 42 Prozent halten die Informationsunterlagen des AMS und nur mehr 37 Prozent die Berufsberatung für sehr bzw. ziemlich nützlich bei ihrer Berufswahlentscheidung. Anzumerken ist hier jedoch, daß diese Aussagen lediglich auf rund einem Viertel der Befragten beruhen, da die anderen diese Quelle nicht benützt haben.

4.2.3 *Ausbildungsweg und Beurteilung der Ausbildung*

Prinzipiell ist die berufliche Erstausbildung an drei unterschiedlichen Schultypen möglich: Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule, Kinder- und Jugendlichenpflege sowie Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegeschule.

Alle Befragten der *qualitativen Untersuchung* absolvierten – zumindest zunächst - die Ausbildung zur Diplomierten Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Bei der Wahl der Ausbildungsstätte erwiesen sich folgende Motive als bedeutsam: das „Wegkommen“ von zu Hause bzw. das Verbleiben in der heimatlichen Umgebung, der gemeinsame Schulbesuch mit FreundInnen und die Höhe des an die SchülerInnen bezahlten „Taschengeldes“, das von Schule zu Schule variiert.

Die Häufigkeitsverteilung in der *quantitativen Studie* zeigt ebenfalls eine *Dominanz der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule*: Der Großteil der TeilnehmerInnen dieser Studie (80%) gibt an, diese Ausbildung abgeschlossen zu haben⁷³. Weitere 5 Prozent haben zusätzlich die Fachrichtung zur Kinder- bzw. zur Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege abgeschlossen. Eine bzw. Einer von Zehn haben ausschließlich die Spezialisierung auf Kinder und weitere 4 Prozent die Spezialisierung auf das Fachgebiet der Psychiatrie gewählt.

Nicht alle StudienteilnehmerInnen haben die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule in Österreich absolviert. 13 Prozent derjenigen, die die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule besucht haben, haben diese *nicht in Österreich abgeschlossen*. Lediglich bei Drei von Zehn wurde diese Ausbildung ohne Ergänzungsprüfung nostrifiziert⁷⁴.

Bei Betrachtung der *Zufriedenheit mit der absolvierten Erstausbildung* zeigen die quantitativen Daten, daß rund sechs von zehn der StudienteilnehmerInnen die

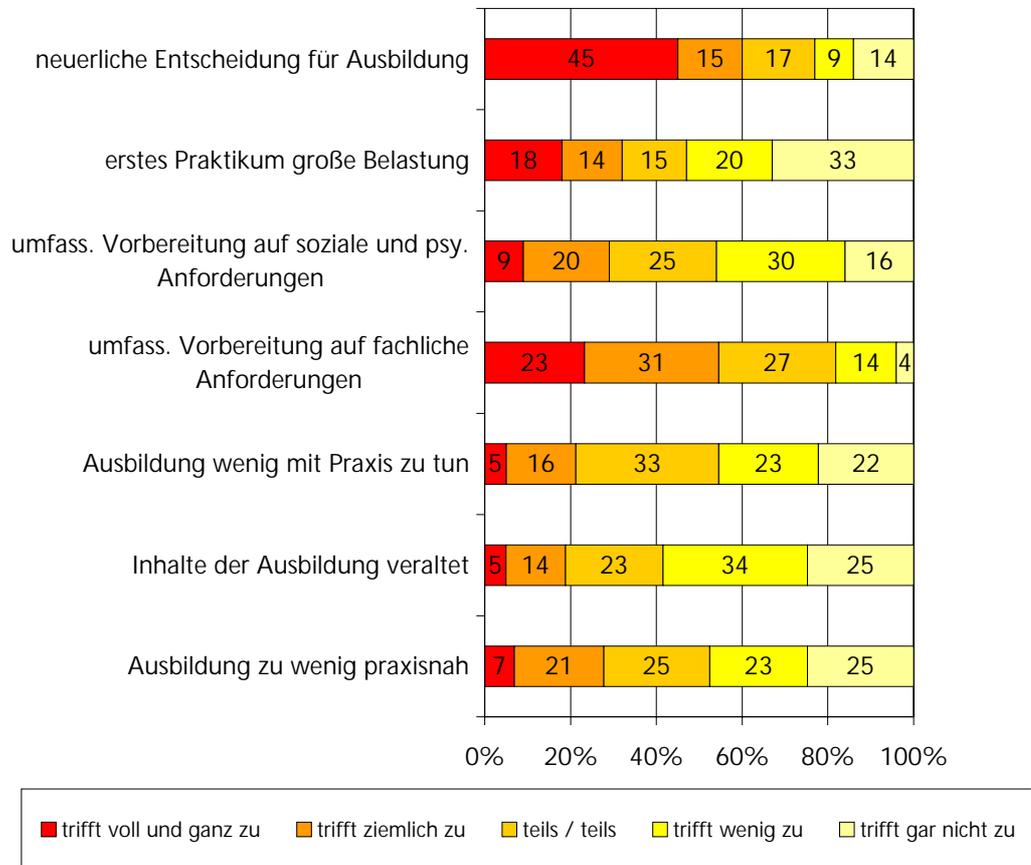
⁷³ 10 Prozent der Befragten gaben auf diese Frage keine Antwort.

⁷⁴ Bei den übrigen Ausbildungen ist die Fallzahl so gering, daß auf diese Auswertung verzichtet werden muß.

Ausbildung (zumindest ziemlich sicher) erneut anstreben würden (Abbildung 3). Insbesondere bezüglich der Aktualität der Inhalte wird der Ausbildung ein positives Zeugnis ausgestellt. Rund Sechs von Zehn (59%) geben an, daß die Ausbildungsinhalte wenig bis gar nicht veraltet seien. Auch hinsichtlich der Vorbereitung auf die fachlichen Anforderungen des Berufs ist die Mehrheit zufrieden. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (54%) beurteilen diese Aussage als voll bzw. ziemlich zutreffend. Eine große Kluft zwischen Ausbildung und Berufspraxis ist für die meisten der Befragten nicht spürbar. Lediglich rund drei von zehn der Befragten stimmen der Aussage voll bzw. ziemlich zu, daß die Ausbildung zu wenig praxisnah sei. Von einem „Praxisschock“ beim ersten Praktikum berichtet ungefähr ein Drittel der Befragten.

Die Vorbereitung auf die psychischen und sozialen Anforderungen des Berufs im Zuge der Ausbildung wird aber schlechter beurteilt. Nur drei von zehn der Diplomierten Pflegebediensteten stimmen der Aussage, daß die Ausbildung auf die psychischen und sozialen Anforderungen des Berufs vorbereite, voll bzw. ziemlich zu. Dies stellt somit den größten Kritikpunkt an der Ausbildung dar.

Abbildung 3: Beurteilung der Ausbildung



Angaben in gültigen Prozent; n = 376 (2,4% - 5,6% fehlende Werte = keine Angabe)

In der *Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses* zeigen sich insbesondere bei der Bewertung der Vorbereitung auf die psychischen und sozialen Anforderungen Unterschiede. Bei DGKS/DGKP, die die Ausbildung nach dem Jahr 1989 abgeschlossen haben, fällt die Beurteilung besser aus. 36 Prozent dieser Gruppe verglichen mit einem Viertel der Personen, die die Ausbildung früher abgeschlossen haben, beurteilen die Vorbereitung positiv. Möglicherweise wurde im Ausbildungscurriculum vermehrt auf die psychischen und sozialen Anforderungen dieses Berufes Rücksicht genommen. Die *Dauer der Ausbildung* wird von der Mehrheit der StudienteilnehmerInnen (80%) als angemessen beurteilt. 18 Prozent würden eine längere Ausbildung bevorzugen. Diese Gruppe berichtet auch häufiger über die mangelhafte Vorbereitung auf soziale Anforderungen des Berufs. Die Aufnahme einer *Berufstätigkeit während der Ausbildung* ist die Ausnahme: Da die Ausbildung einer 40-Stunden-Woche entspricht, ist es auch kaum verwunderlich, daß nur 8 Prozent der Befragten angeben, daß sie während der Ausbildung einer anderen bezahlten

Beschäftigung nachgegangen sind. Bei der Hälfte dieser Personen handelte es sich dabei um einen Beruf im Kranken- und Gesundheitsbereich.

Im Rahmen der *qualitativen Studie* ist es gelungen, die *Hintergründe der Zufriedenheit mit der praktischen Ausbildung* herauszuarbeiten. Die Fokussierung auf die Praxis entstand aus der Relevanzsetzung der InterviewpartnerInnen. Sie beschrieben den theoretischen Teil der Ausbildung zwar als fordernd und insbesondere was die „abstrakteren“ medizinischen Fächer anbelangt mit einem nicht zu unterschätzenden Lernaufwand verbunden, konzentrierten sich in der Ausführung aber in erster Linie auf die praktische Ausbildung, die in ihrer emotionalen und psychischen Komponente zumeist schwieriger zu bewältigen war. Folgende Kategorien erweisen sich als bedeutsam:

- *Hierarchische Strukturierung der Station*: je nach dem, welches Führungsverständnis auf der Station gelebt wird, sind SchülerInnen in der Praxis eher für Hol- und Putzdienste zuständig, oder können pflegebezogene Tätigkeiten übernehmen. Diese Einbeziehung in die Pflege ist wichtig für das
- *Ausmaß der Integration ins Team*: Dort, wo SchülerInnen als Teil des Teams gesehen werden, übertragen ihnen andere Teammitglieder auch verantwortungsvollere Tätigkeitsbereiche. Wichtig ist hier, daß die SchülerInnen lange genug auf einer Station tätig sind, um in das Team hineinzuwachsen. In diesem Zusammenhang problematisiert eine jüngere Interviewpartnerin, daß die zeitliche Ausdehnung der Anwesenheit auf einer Station durch die Trennung von Theorie- und Praxisblocks in den letzten Jahren reduziert wurde.⁷⁵
- *Möglichkeit zu eigenverantwortlichem Handeln*: dort, wo SchülerInnen ein gewisses Maß an Verantwortung übertragen bekommen, fühlen sie sich auch anerkannter und sind in ihrer Praxistätigkeit motivierter. Ein Modell, das für jüngere und ältere PraktikantInnen vorteilhaft sein kann, ist die Einbindung von älteren SchülerInnen in die Betreuung der jüngeren.

„Wir haben uns gegenseitig angelernt und eingeschult... von den anderen Schülern halt, die schon länger da waren... Und das war auch sehr angenehm, weil eine Schülerin, die im dritten Jahr ist, die

⁷⁵ Waren in ihrer Ausbildungszeit noch 2 Monate Tätigkeit auf einer Station mit 2-3 Schultagen in der Woche Usus, sind die SchülerInnen in ihrem Spital heute nur noch 4 Wochen durchgehend anwesend.

kann sich noch immer besser erinnern wie das für sie war, das erste Mal neu auf die Station kommen als eine, die weit von der Schule weg ist. Man vergißt das auch, wie es einem da so geht.“⁷⁶

Auf diesem Weg können Ältere verantwortungsvolle Tätigkeiten übernehmen und Jüngere haben die Möglichkeit eine an ihre Bedürfnisse angepaßte Einschulung zu bekommen.

- *Konfrontation mit Leid und Tod:* Einen wesentlichen Einschnitt im Leben stellt für SchülerInnen der Umgang mit kranken und sterbenden Menschen dar, da die Beschäftigung mit Leid und Tod insbesondere in jüngerem Alter noch keinen Platz im Leben hat. Dies ist auch ein oftmaliger Grund für den Abbruch der Ausbildung.

„Ich habe es mit enorm vielen gestorben Leuten zu tun gehabt, plötzlich. Auch während der Ausbildung. Nicht so gehäuft natürlich wie nach der Ausbildung.“⁷⁷

„Das ist einfach zuviel Belastung; die ganze Situation, mit Menschen zu tun zu haben, denen es nicht so gut geht. Man ist unmittelbar beinhart mit dem Tod konfrontiert, was halt die Endstufe ist, was unweigerlich zum Leben dazugehört. Da sind halt viele ausgestiegen, weil sie gesagt haben, das ist mir zuviel.“⁷⁸

- *Differenz zwischen Theorie und Praxis:* eine bedeutende Erfahrung in der praktischen Ausbildung, aber auch in der Phase des Berufseinstiegs ist eine Ernüchterung, was die Idealvorstellungen von Pflege und deren Umsetzung im Krankenhaus betrifft. Dieses Phänomen ist zwar auch in anderen Berufsfeldern zu beobachten, im Gesundheitsbereich aber deshalb verschärft, weil es hier um „Menschenleben“ geht.
- *Alter der SchülerInnen:* wie bereits unter Kapitel 4.2.1 ausgeführt ist ein junges Alter der SchülerInnen unter verschiedenen Aspekten problematisch. Erstens fehlt oft Verantwortungsbewußtsein und Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, zweitens fühlen sich die jungen SchülerInnen oft mit ihrem eigenen Erwachsenwerden mehr als ausgelastet und mit der Konfrontation mit den Problemen anderer, mit Leid und Tod, überlastet. Drittens können junge, ungefestigte

⁷⁶ Interview 5, Seite 3, Zeile 5-12.

⁷⁷ Interview 3, Seite 5, Zeile 39-42.

⁷⁸ Interview 1, Seite 2, Zeile 29-34.

SchülerInnen leichter von höheren Hierarchieebenen „ausgenutzt“ werden, was sowohl für das Wohlbefinden in der Praxis als auch für die pflegerischen Lerneffekte negative Auswirkungen hat.

„Wo man hat wirkliche - ,wo Schwestern dabei sind, die wirklich herumschimpfen, oder wo man halt das letzte macht. Oder es sitzt eine dort und dauern rennen halt die Schüler zur Glocke, wenn es läutet. Man wird voll ausgenutzt irgendwie. In dem Alter - ich war 17 wie ich angefangen habe - da war ich sicher schüchterner; jetzt wäre das sicher anders.“⁷⁹

- *Sympathien*: abgesehen von intersubjektiven Kriterien spielen persönliche Zu- und Abneigungen eine große Rolle für das Erleben der eigenen praktischen Ausbildung.
- *Verarbeitung von Belastungen*: die Verarbeitung von Belastungen der praktischen Ausbildung geschieht zumeist über den Austausch von Problemen in Gesprächen mit anderen SchülerInnen. InternatschülerInnen können relativ unkompliziert solche Gespräche initiieren und Unterstützung erhalten. Für SchülerInnen außerhalb des Internats kann das während eines Praktikumsblocks schwieriger sein, wenn sie nicht über private Kontakte zu anderen SchülerInnen verfügen. Die Gefahr der Isolation und des Alleingelassenseins mit einer nicht mehr bewältigbaren Situation ist hier groß.

4.2.4 Übergang von Ausbildung in den Beruf

Die *quantitative Datenanalyse* zeigt, daß der *Übergang* zwischen Ausbildung und Beruf bei Angehörigen dieser Berufsgruppe nahezu *fließend* erfolgte. Rund drei Viertel der Beschäftigten (77%) stiegen unmittelbar im Anschluß an ihre Ausbildung ins Berufsleben ein. Nur bei 10 Prozent dauerte die Stellensuche länger als einen Monat. Betrachtet man die Dauer der Stellensuche nach dem Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses, zeigt sich, daß bis zum Jahr 1985 lediglich 4 Prozent der befragten AbsolventInnen länger als ein Monat nach einer Stelle gesucht haben. Seit diesem Zeitpunkt ist jedoch der Anteil derjenigen, die länger als ein Monat eine Stelle suchten auf 11 Prozent angestiegen.

Die Ergebnisse der *qualitativen Studien* untermauern diese Ergebnisse mit dem spezifischen *Pflegeausbildungssystem* von Krankenhäusern, das Personal

⁷⁹ Interview 2, Seite 3, Zeile 19-24.

zunächst für die eigenen Spitäler ausgebildet⁸⁰: SchülerInnen sammeln während der Ausbildung Erfahrungen in verschiedensten Abteilungen und entwickeln dabei Präferenzen für bestimmte Stationen, in denen sie sich wohl fühlen und die sie idealerweise auch fachlich interessieren. So kommt es zumeist schon während der Ausbildung zu Gesprächen über den Verbleib der SchülerInnen nach Ausbildungsabschluß und sie werden mit ihrem Diplom nahtlos in die jeweilige Station übernommen. Da die BerufseinsteigerInnen ihren Arbeitsplatz bereits relativ gut kennen und sich bewußt für ihn entschieden haben, sind sie - zumindest zu Beginn - *mit ihrer ersten Stelle auch zufrieden*. Unterschiede zur praktischen Ausbildung sind vor allem mit *höherer Verantwortung* und *höherem Administrationsaufwand* des Diplomierten Personals sowie mit den *neuen Arbeitszeiten* verbunden. Dabei betonen aber alle qualitativen InterviewpartnerInnen, daß ihnen die Nachtdienste zunächst nichts ausmachten, es im Gegenteil sogar manchmal als besondere Qualität erlebt wurde, längere anstrengende Dienste und dafür länger durchgehende Freizeiten zu haben.

Wählen die frisch Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen einen *Arbeitsort abseits ihrer Ausbildungsstätte*, kann es je nach Attraktivität des Arbeitsplatzes (z.B. bessere Bezahlung und Versicherung) zu Wartezeiten kommen. Für aufgeschlossene „junge“ Menschen, die noch relativ viel Freiraum in ihrer Lebensgestaltung genießen, kann das als Möglichkeit genutzt werden, sich in diesem Zeitraum persönlich und/oder beruflich weiter zu entwickeln.

Die Kontinuität im Übergang zwischen Ausbildung und Beruf spiegelt sich auch in der *quantitativen Befragung* darin wieder, daß 44 Prozent der Befragten angeben, daß sie an ihrem Ausbildungsort ihre erste Stelle fanden. Weitere 19 Prozent knüpften aufgrund von Praktika während ihrer Ausbildung Kontakte zu ihrem ersten Dienstgeber. Mittels einer Blindbewerbung schafften 16 Prozent, weitere 6 Prozent über Freunde und Bekannte, sowie weitere 5 Prozent über Stellenanzeigen in Tageszeitungen den Einstieg in das Berufsleben. Nur 1 Prozent wurde über das AMS vermittelt.

Im historischen Wandel gewinnen stärker formalisierte Bewerbungswege an Stellenwert und die Bindung an das Ausbildungs-Krankenhaus schwächt sich ab: Bei *Berücksichtigung des Abschlußjahres* der Ausbildung wird die zunehmende Bedeutung der Blindbewerbungen sichtbar. Rund ein Viertel (26%) derjenigen, die ihre Ausbildung nach dem Jahr 1995 abschlossen, fanden ihre erste Stelle mittels Blindbewerbungen, im Vergleich zu 11 Prozent der Diplomierten

⁸⁰ Je nach Träger müssen sich in manchen Gesundheits- und Krankenpflegesschulen die SchülerInnen verpflichten, nach Abschluß der Ausbildung für einen bestimmten Zeitabschnitt im zugehörigen Krankenhaus zu arbeiten oder die Ausbildungskosten zurück zu erstatten.

Pflegebediensteten, die ihre Ausbildung vor dem Jahr 1986 abschlossen. Weiters zeigt sich, daß die Ausbildungseinrichtung von SchülerInnen, welche in den letzten zehn Jahren die Ausbildung abschlossen, seltener den ersten Dienstgeber darstellt (37%) als noch vor zwanzig Jahren (54%).

Diese *Unterschiede* zeigen sich auch zwischen *arbeitslosen und erwerbstätigen Diplomierten Pflegepersonen*. Rund ein Viertel (24%) der derzeit arbeitslos gemeldeten Personen, aber 44 Prozent der derzeit erwerbstätigen Personen berichten, daß der erste Beschäftigungsort dem Ausbildungsort entsprach. Blindbewerbungen spielten bei derzeit arbeitslos gemeldeten Personen eine höhere Rolle (22%) als bei erwerbstätigen Personen (14%).

4.3 Erwerbsverläufe

4.3.1 Berufliche Kontinuität und Diskontinuität in der Pflege

Die erste berufliche Phase in der Diplomierten Pflege ist bei den InterviewpartnerInnen der *qualitativen Studie* zunächst nicht unähnlich, da alle innerhalb der ersten Arbeitsjahre einen beruflichen Wechsel durchmachten. Die Motive dafür sind aber durchaus unterschiedlich: *Wechsel auf Grund der Veränderung äußerer Rahmenbedingungen*, wie ein privater Wohnortwechsel und Auflassung der Pflegeabteilung sind ebenso zu beobachten, wie *stärker intrinsisch angestrebte Wechsel*. Bei letzteren haben vor allem Überforderung und/oder das Interesse an einer beruflichen Veränderung grundlegende Bedeutung für die Entscheidung zu einem Wechsel. Auch die späteren beruflichen Veränderungen sind diesem Schema zuzuordnen.

Über den Erwerbsverlauf hinweg zeigt sich, daß es ein hohes Ausmaß an Wechselbereitschaft in der Diplomierten Pflege gibt. Nicht zu vernachlässigender Hintergrund des *Wechselpotentials* ist der *Arbeitsmarkt für Pflegekräfte*, der es Diplomierten Pflegepersonen erlaubt, relativ schnell und unkompliziert eine neue Stelle zu finden. Mit zunehmendem Alter gewinnt die Einsicht, nicht bis in die Pension die *belastenden Arbeitsbedingungen* (Nachtdienste, Streß etc.) auf Pflegestationen durchzustehen (bzw. durchstehen zu wollen), an Bedeutung und prägt verstärkt das Interesse an einer gezielten beruflichen Weiterentwicklung.

Bei einer Betrachtung der verschiedenen Ausformungen der Berufswechsel von Diplomierten Pflegepersonen, die die hierarchische Entwicklung außer Acht läßt (siehe Kapitel 4.3.3), können folgende Unterscheidungen getroffen werden:

4.3.1.1 Wechsel innerhalb des Pflegeberufes

Wechsel innerhalb der Organisation:

Darunter fallen zwei unterschiedliche Wechselszenarien: Wechsel zwischen Krankenanstalten aber *innerhalb der Trägerorganisation* (z.B. Gemeinde Wien bzw. Wiener Krankenanstaltenverbund) spielten in unseren *qualitativen Interviews* keine Rolle, sind in ihren Ausformungen aber vermutlich den Wechseln zwischen Krankenanstaltenträgerorganisationen ähnlich (s.u.) Dagegen war der Wechsel *innerhalb der Organisationseinheit Krankenhaus* von gewisser Bedeutung. Ein Wechsel in diesem Rahmen kann sich aus einer engen, gut funktionierenden Zusammenarbeit mit anderen Stationen und eines frei werdenden Postens ergeben. Auch ohne Abteilungswechsel können damit eklatante Veränderungen der Arbeitsbedingungen verbunden sein, wie z.B. die Umstellung von Schichtbetrieb auf einen Tagdienstposten in einer Spezialambulanz.

Ein anderer Weg ist die Kontaktaufnahme mit der Pflegedienstleitung, um Unzufriedenheit, Überforderung o.ä. am derzeitigen Arbeitsplatz zu artikulieren und gemeinsam Lösungen zu finden, die in einem Arbeitsplatzwechsel innerhalb der Organisationseinheit Krankenhaus münden und auch die berufliche Weiterbildung (z.B. neuer Posten mit Sonderausbildungsvoraussetzung) vorantreiben können (siehe Kapitel 4.3.2). Voraussetzung dafür ist in diesem Zusammenhang ein Führungsstil, der auf die Erhaltung und Entwicklung der MitarbeiterInnen baut und nicht unabhängig davon ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen MitarbeiterInnen und Leitung.

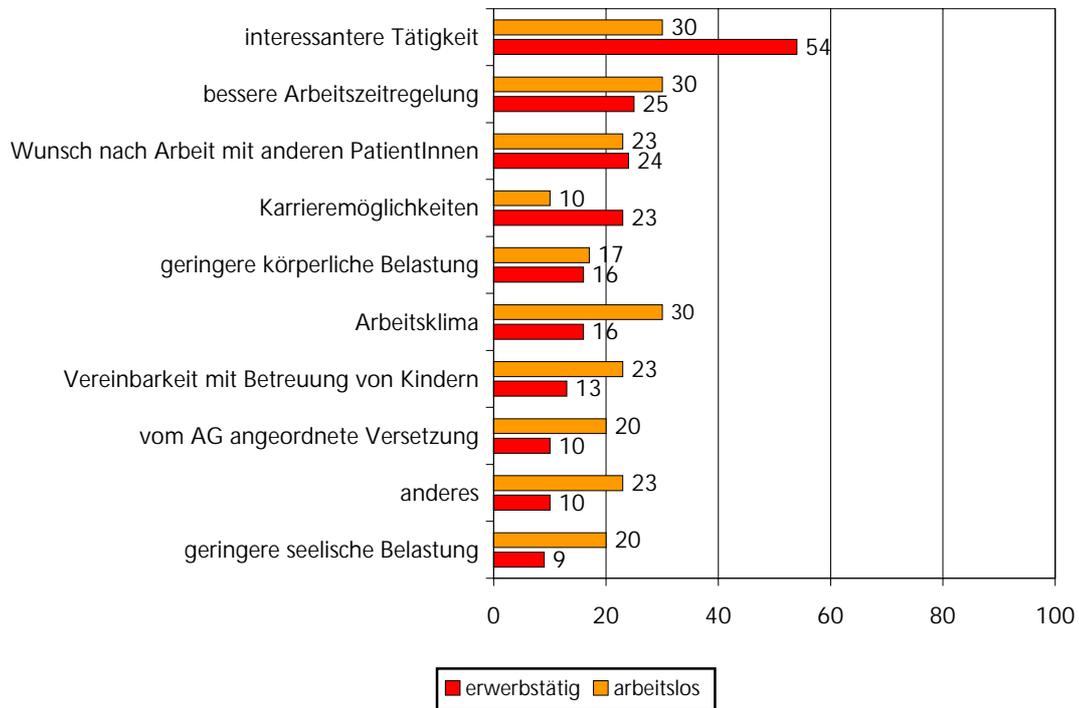
Der *quantitative Teil* der Untersuchung berücksichtigt neben dem *Wechsel* in andere *Organisationen* den *Wechsel* im *Aufgabenbereich* als berufliche Veränderung. Da Arbeitsbedingungen nach unterschiedlichen Aufgabenbereichen differieren. Die Hälfte der erwerbstätigen und 46 Prozent der zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslosen Diplomierten Pflegebediensteten haben laut eigener Angabe im Rahmen der Ausübung dieses Berufes *zumindest einmal den Aufgabenbereich innerhalb der selben Organisation* gewechselt. Nicht überraschend zeigt sich das Bild, daß Diplomierte Pflegebedienstete mit einem länger zurückliegenden Ausbildungsabschluß häufiger Aufgabenbereiche innerhalb der Organisation gewechselt haben.⁸¹ Nach Ausbildungsabschluß der befragten Personen betrachtet, war nur ein Viertel derjenigen, die ihren Abschluß

⁸¹ Personen mit längerer Berufslaufbahn in der Diplomierten Pflege haben – zeitlich gesehen – mehr Möglichkeiten, unterschiedliche berufliche Erfahrungen zu sammeln, als Personen, die erst kürzere Zeit im Beruf tätig sind.

1996 oder später ablegten, bereits in mehr als einem Aufgabenbereich beschäftigt. Bei den AbsolventInnen aus den Jahrgängen zwischen 1986 und 1995 beträgt der Anteil 54 Prozent und bei den AbsolventInnen aus den Jahrgängen vor 1986 bereits 59 Prozent. 35 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten, die ihren Abschluß vor dem Jahr 1986 machten, wechselten bereits mehr als drei Mal ihren Aufgabenbereich innerhalb einer Organisation. Jedoch lediglich 7 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten, die ihre Ausbildung nach dem Jahr 1995 absolvierten, wechselten bereits mehr als dreimal den Aufgabenbereich.

Die häufigsten Gründe, die von erwerbstätigen Personen als ausschlaggebend für den letzten Wechsel des Aufgabenbereichs genannt wurden, sind eine interessantere Tätigkeit (54%), eine bessere Arbeitszeitregelung (25%), der Wunsch nach Arbeit mit anderen PatientInnen (24%), Karrieremöglichkeiten (23%), eine geringere körperliche Belastung (16%) und schlechtes Arbeitsklima am alten Arbeitsplatz (16%) (Abbildung 4). Demgegenüber nennen arbeitslose Befragte als Hauptgründe eine bessere Arbeitszeitregelung (30%), eine interessantere Tätigkeit (30%), schlechtes Arbeitsklima am alten Arbeitsplatz (30%), die mangelnde Vereinbarkeit mit der Betreuung von Kindern (23%), den Wunsch nach Arbeit mit anderen PatientInnen (23%), eine geringere seelische Belastung (20%) und eine vom Arbeitgeber angeordnete Versetzung (20%).

Abbildung 4: Gründe für den Wechsel des Aufgabenbereichs



Angaben in gültigen Prozent; n = 376 (3% fehlende Werte = keine Angabe)

Wechsel zwischen Organisationen

Hier ist zu unterscheiden, ob es sich um einen Wechsel *zwischen Krankenanstaltenträgerorganisationen* handelt oder um einen *in andere Pflegeorganisationen* (z.B. Hauskrankenpflege, soziales Dienstleistungsunternehmen, Schwesternpool etc.). Letztere finden, wie unsere *qualitativen Interviews* zeigen, in der Regel nicht direkt aus einer Vollzeitanzstellung im Krankenhaus statt. Zum Teil werden freiberufliche Pflgetätigkeiten zur Aufbesserung der finanziellen Situation in Unterbrechungsphasen (z.B. Studium, Karenz) aufgenommen. Es können aber auch Teilzeitanstellungen oder freiberufliche Tätigkeiten ein „relativ risikofreies Hineinschnuppern“ in einen anderen Arbeitsbereich darstellen, um die Entwicklung von beruflichen Optionen voranzutreiben. In diesem Fall wird die Stundenverpflichtung in der Krankenanstalt reduziert und die neue Pflgetätigkeit zunächst als Teilzeitbeschäftigung aufgenommen. Je nach Bewährung des Arbeitsplatzes kann zur Vollzeittätigkeit im Spital zurückgekehrt oder in den anderen Pflegebereich gewechselt werden.

Der Arbeitsplatzwechsel zwischen *Krankenanstaltenträgerorganisationen* ist eine in den qualitativen Interviews relativ häufige, in den Erwerbsverläufen oft mehrmals auftretende und bis dato zumeist unkomplizierte Variante der beruflichen Veränderung. Im Rahmen solcher Wechsel werden oft über den reinen Ortswechsel hinaus auch fachliche bzw. bedingungsbezogene Veränderungen des Arbeitsplatzes angestrebt (Abteilungswechsel siehe Wechsel innerhalb der Organisation:). Daß diese Möglichkeit besteht, hängt eng mit den sehr *unterschiedlichen Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Abteilungen* zusammen: So weisen Chirurgische gegenüber Internen Stationen eine hohe Patientenfluktuation auf und die Pflegenden erleben häufiger die Genesung der PatientInnen. Chirurgische - und insbesondere Intensivstationen haben einen sehr hohen Technikbezug und sind wegen dieser Ausrichtung vermutlich überproportional häufig mit männlichen Pflegepersonen ausgestattet. Psychiatrische Pflege zeichnet sich dagegen durch einen hohen Anteil kommunikativer Arbeit und psychischer Belastung, aber geringerer körperlicher Pflgetätigkeit aus und ist mit dem Bild des „Wächters“ traditionell männlich konnotiert.⁸² Die Pflege von Abhängigkeitskranken ist trotz Nähe zur Psychiatrischen Pflege noch einmal ein anderes Arbeitsumfeld. Das sind nur die in unseren fünf qualitativen Interviews beschriebenen Pflegesettings in Krankenanstalten, deren Liste sich noch um einiges erweitern ließe.

Jedoch ist es nicht in jedem Bereich gleich einfach, einen Arbeitsplatz zu bekommen, da das Pflegepersonal durchaus ähnliche Präferenzen hat und für „begehrte“ Bereiche (z.B. Intensiv) die Qualifikations-Voraussetzungen eine Hürde darstellen können (siehe Kapitel 4.3.2). Die ExpertInnen machten bereits darauf aufmerksam, daß die Pflege älterer Menschen von den Pflegenden ähnlich negativ bewertet wird, wie alte Menschen von unserer Gesellschaft (siehe Kapitel 2.1). Bedenkt man zusätzlich die Arbeitsbedingungen (kaum Erfolgserlebnisse, geringe PatientInnenfluktuation) auf Internen Stationen, erscheint es nicht verwunderlich, daß sich die interviewten Pflegepersonen gegenüber der Pflege auf Internen Stationen oder Pflegeheimen abgrenzen und bewußt einen anderen Berufsweg wählen – wohl auch um nicht irgendwann einmal in diesem Bereich dauerhaft arbeiten zu müssen.

In der *quantitativen Untersuchung* weisen die Antworten auf die Frage bezüglich Organisationswechsel große *Unterschiede zwischen berufstätigen und derzeit arbeitslosen* Personen auf. 71 Prozent der arbeitslosen und 41 Prozent der nicht arbeitslosen Befragten geben an, im Rahmen ihrer Tätigkeit als DGKS/DGKP in

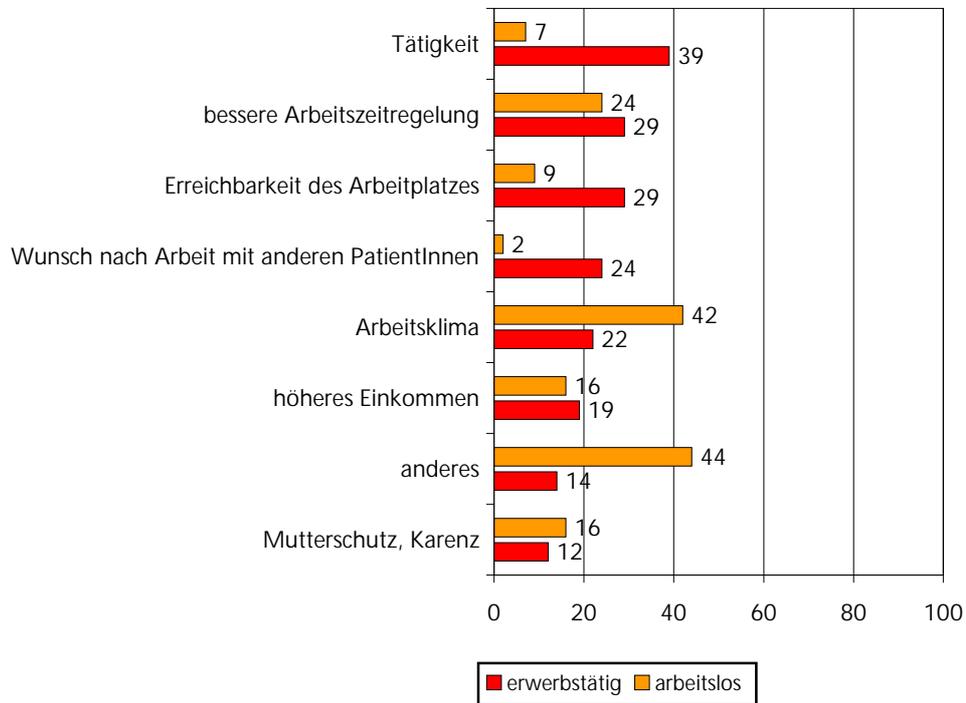
⁸² Im Gegensatz zur Kinderkrankenpflege, die die Vorstellung von „weiblicher Pflege“ und „weiblicher Kinderbetreuung“ vereint und deshalb noch stärker als die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege weiblich dominiert ist.

eine andere Organisation gewechselt zu haben. Der Vergleich mit ArbeitnehmerInnen anderer Branchen zeigt, daß Diplomierte Pflegebedienstete häufiger kontinuierlich bei einem Dienstgeber beschäftigt gewesen sind. Denn nur rund drei von zehn ArbeitnehmerInnen anderer Branchen geben an, daß sie erst bei einem Dienstgeber beschäftigt gewesen sind.

Betrachtet *nach dem Abschlußjahr* der Ausbildung der Befragten, zeigt sich, daß die Zahl der Erwerbstätigen, die die Organisation im Laufe ihrer Berufstätigkeit gewechselt haben, zunimmt. Während sieben von zehn der Diplomierten Pflegebediensteten, die in den vergangenen zehn Jahren ihre Ausbildung abgeschlossen haben, noch nicht die Organisation gewechselt haben, beträgt der Anteil der „Organisationstreuen“ bei denjenigen, die bis zum Jahr 1985 ihre Ausbildung abgeschlossen haben, 54 Prozent. Drei von zehn Diplomierten Pflegebediensteten dieser Gruppe waren zumindest in drei unterschiedlichen Organisationen tätig. Bei den Diplomierten Pflegebediensteten, die in den vergangenen zehn Jahren ihre Ausbildung abgeschlossen haben, beträgt der Anteil 12 Prozent. Bei den Abschlußjahrgängen 1986 bis 1995 liegt der Anteil lediglich um fünf Prozentpunkte höher (17%).

Die Gründe für einen Organisationswechsel sind sehr vielfältig. Um einen Einblick in Motive für einen Wechsel zu erhalten, wurde im Fragebogen nach den *Gründen für den letzten Organisationswechsel* gefragt. Bei erwerbstätigen Personen werden am häufigsten eine interessantere Tätigkeit (39%), eine bessere Arbeitsplatzregelung (29%), eine bessere Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes (29%), der Wunsch nach Arbeit mit anderen PatientInnen (24%), sowie ein besseres Arbeitsklima (22%) und ein höheres Einkommen (19%) als Gründe für einen Organisationswechsel genannt. Unter dem *Gender-Aspekt* fällt auf, daß 29 Prozent der männlichen Befragten angeben, aufgrund von Karrieremöglichkeiten ihren letzten Organisationswechsel vollzogen zu haben. Diese Aussage trifft nur für 7 Prozent der befragten Frauen zu und stellt somit den größten, geschlechtsspezifischen Unterschied bei den Gründen für einen Organisationswechsel dar. Hier zeigt sich ähnlich wie bei den Motiven für die Berufswahl die klare artikulierte Karriereorientierung der Männer.

Abbildung 5: Gründe für den Wechsel in eine andere Organisation



Angaben in gültigen Prozent; n = 376 (3% fehlende Werte = keine Angabe)

Die derzeit erwerbslosen Diplomierten Pflegebediensteten wurden nicht nach den Motiven für ihren letzten Organisationswechsel gefragt, sondern nach den *Ursachen für die Aufgabe/bzw. Verlust des letzten Arbeitsplatzes*. Die Auswertungen zeigen, daß sich diese Personengruppe in den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht wieder finden konnte. 44 Prozent, die Mehrheit der zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitslosen Personen gibt andere als die im Fragebogen zur Verfügung stehende Ursachen an. Krankheit bzw. gesundheitliche Gründe, Wohnsitzwechsel und organisatorische Aspekte, wie die Art der Anstellung sind hier häufig genannte Gründe, die zu einem Beenden der beruflichen Tätigkeit führten. Weiters geben die derzeit arbeitslosen Personen an, ihren letzten Arbeitsplatz aufgrund des Arbeitsklimas (42%), dem Wunsch nach einer besseren Arbeitszeitregelung (24%) oder höherem Einkommen (16%) sowie aufgrund von Mutterschutz bzw. Karenz (16%), aufgegeben zu haben.

4.3.1.2 Wechsel zwischen Pflege und anderen Berufsfeldern

Wechsel in ein anderes Berufsfeld:

Obwohl die Pflege eine sehr spezifische Ausbildung voraussetzt, gibt es für Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchaus Möglichkeiten, abseits der Pflege Arbeitsstellen zu finden. Die Ergebnisse der *qualitativen Untersuchung* zeigen einen Bereich, in dem Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gute Chancen haben und zum Teil gezielt gesucht werden: Außendienstposten bei medizinisch-technischen Firmen oder Pharmaunternehmen. In diesem Arbeitsfeld wird fundierten Kenntnissen über die innere Struktur von Krankenanstalten, medizinischen (bzw. medizinisch-technischen) Grundkompetenzen sowie kommunikativen Fähigkeiten eine hohe Bedeutung beigemessen. Die Chance auf einen besseren Verdienst wirkt verlockend und wegen der relativ guten Arbeitsmarktsituation in der Diplomierten Pflege ist auch das Risiko, in einen solchen Job zu wechseln, vergleichsweise gering.

Die Erschließung weiterer Berufsfelder ist zumeist mit dem Abschließen zusätzlicher Qualifikationen (siehe Kapitel 4.3.2) verbunden oder es können über private Kontakte Bahnen in andere Arbeitsbereiche gelegt werden, wie dies zum Beispiel bei Frau W. der Fall war (siehe Kapitel 4.1.3). Jedoch birgt letzteres, insbesondere ohne Fixanstellung, die Gefahr, in ungesicherte Lebenssituationen zu schlittern, da fehlende formelle Qualifikationen die Verankerung im neuen Berufsfeld erschweren.

Rückkehr in die Diplomierte Pflege:

Bei Unzufriedenheit bzw. „Scheitern“ im gewählten Berufsfeld steht noch immer die Rückkehr in den Pflegeberuf offen. Diplomierte Pflegende, die zuvor in einem wenig begehrten Pflegebereich arbeiteten, haben dabei weit weniger Risiko eines „Abstiegs“ zu tragen als jene, die in einem beliebten Feld tätig waren. Des Weiteren spielt das je nach Abteilung unterschiedliche Ausmaß an laufenden technischen und medizinischen Veränderungen eine Rolle für das Gelingen eines Wiedereinstiegs in die Pflege (siehe Kapitel 4.3.1.3).

4.3.1.3 Berufliche Unterbrechungen

Die *quantitative Untersuchung* ergab, daß *rund die Hälfte* der befragten Diplomierten Pflegebediensteten (47%) ihre Berufstätigkeit kontinuierlich seit dem Einstieg ins Berufsleben ausübte. In dieser Frage nicht berücksichtigt wurden

Unterbrechungen, die weniger als zwei Monate gedauert haben.

Selbstverständlich zeigt sich auch hier, daß *jüngere Personen seltener* über Unterbrechungen der Berufstätigkeit berichten (77% der bis 30-Jährigen sowie 39% der 31- bis 40-Jährigen berichten über keine Unterbrechungen). Auch *geschlechtsspezifische Unterschiede* werden deutlich: Die Erwerbsbiographien von Männern sind seltener durch Unterbrechungen charakterisiert: 36 Prozent der Männer, aber 56 Prozent der Frauen berichten über Unterbrechungen.

In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Gründe für Berufsunterbrechungen getrennt nach Personen, die derzeit erwerbstätig bzw. derzeit arbeitslos sind, aufgelistet (Tabelle 6). *Kinderbetreuung* stellt mit Abstand den am häufigsten genannten Grund für die Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit dar. Während 39 Prozent der erwerbstätigen Frauen angeben, zumindest einmal aufgrund der Kinderbetreuung ihren Beruf für länger als zwei Monate unterbrochen zu haben, erfolgt diese Angabe bei 7 Prozent der Männer. Die Unterbrechungen aufgrund von Weiterbildung, Krankheit sowie Arbeitslosigkeit zählen zu den weiteren häufigeren genannten Unterbrechungsgründen.

Tabelle 6: Gründe für Berufsunterbrechungen

<i>Gründe</i>	<i>Erwerbstätig</i>	<i>Arbeitslos</i>
keine Unterbrechung	53	13
Kinderbetreuung	34	44
Weiterbildung	7	11
Krankheit	6	31
Arbeitslosigkeit	2	42

Anm.: Angaben in gültigen Prozent, Mehrfachantworten möglich, (0 – 3 % fehlende Werte = keine Angabe)

Nimmt man die Anzahl der Unterbrechungen als Grundgesamtheit, stellt sich heraus, daß 65 Prozent der Unterbrechungen der derzeit erwerbstätigen Diplomierten Pflegebediensteten auf Kinderbetreuung zurückzuführen sind. Bei den derzeit erwerbslosen Diplomierten Pflegebediensteten beträgt der Anteil der Unterbrechungen aufgrund von Kinderbetreuung an allen Unterbrechungen 27 Prozent.

Im Mittel dauerten die Unterbrechungen bei derzeit erwerbstätigen Personen 24 Monate und bei derzeit erwerbslosen Personen 21 Monate. Die Unterbrechungen aufgrund der Kinderbetreuung dauern im Durchschnitt 33 Monate. Die Unterbrechungen aufgrund von Krankheit dauern im Durchschnitt 8 Monate. In rund vier von zehn Fällen war mit der Unterbrechung ein Organisationswechsel verbunden. Rund drei Viertel der Befragten konnten nach

einer Unterbrechung aufgrund der Kinderbetreuung bei ihrem ursprünglichen Beschäftigterbetrieb wieder einsteigen.

Wechsel in den Haushalt/in eine Kinderbetreuungsphase:

Da die Pflege ein stark frauendominiertes Berufsfeld und die Betreuung der Kinder in unserer Gesellschaft nach wie vor primär eine Frauenangelegenheit ist, haben Wechsel in den Haushalt wegen Kinderbetreuungspflichten eine große Bedeutung für den Berufsverlauf von Diplomierten Pflegepersonen (siehe oben). In den *qualitativen Interviews* ist ein solcher Wechsel als Unterbrechungsphase der Pflege Tätigkeit nur bei Frau L.⁸³ zu beobachten und verläuft abgestuft: Sie gibt schon vor der Geburt ihres ersten Kindes wegen des stipendiengeförderten Studiums die Anstellung im Spital auf und arbeitet nur noch geringfügig.

Wechsel in eine Weiterbildungsphase

Die Ergebnisse der *qualitativen Untersuchung* machen deutlich, daß Diplomierte Pflegepersonen durchaus offen für Weiterbildung sind (siehe Kapitel 4.3.2). In diesem Zusammenhang kann es zu einem zumindest zeitweiligen Ausstieg aus der Berufstätigkeit kommen, wenn eine andere finanzielle Absicherung gegeben ist (z.B. Stipendium). Die Häufigkeit dieser Form der Unterbrechung (7 bzw. 11%) wird aus der quantitativen Analyse deutlich (siehe Tabelle 6).

Wechsel in die Arbeitslosigkeit:

Wenn Diplomierte Pflegepersonen eine berufliche Veränderung innerhalb der Pflege planen, sich schon im Vorfeld mit ihren (im Pflegebereich relativ guten) Chancen am Arbeitsmarkt auseinandersetzen, eine Vorstellung von ihrem neuen Arbeitsplatz haben und mögliche ArbeitgeberInnen zeitgerecht kontaktieren, finden sie zumeist relativ schnell und unkompliziert eine neue Anstellung. Phasen der Arbeitslosigkeit spielen hier kaum eine Rolle. Anders ist die Situation, wenn Pflegepersonen aus Überforderung und Unzufriedenheit „fluchtartig“ ihre Arbeitstelle verlassen. Das kann erstens dazu führen, daß sich die bisherigen Vorgesetzten vor den Kopf gestoßen fühlen und wenig kooperativ zeigen (z.B. ein schlechtes Dienstzeugnis ausstellen) und ist zweitens mit einer gewissen Orientierungslosigkeit verbunden, die für die nachfolgende Arbeitssuche erschwerend wirkt.

Im *quantitativen Teil* dieser Untersuchung wurden *erwerbslose Personen* zu Schwierigkeiten aufgrund ihrer derzeitigen beruflichen Unterbrechung gefragt.

⁸³ Frau L. ist die einzige Frau mit Kinderbetreuungspflichten in unseren qualitativen Interviews, einziger Mann mit solchen Verpflichtungen ist Herr K..

Insgesamt geben nur 13 Prozent der Befragten an, daß sie derzeit mit keinen Problemen konfrontiert seien. Im Vergleich zur Wiedereinstiegsproblematik bei den derzeit Erwerbstätigen (s.u.) wird deutlich, daß Unterbrechungen aufgrund von Arbeitslosigkeit häufiger mit Schwierigkeiten und Problemen verbunden sind. Am häufigsten werden genannt: gesundheitliche Gründe (35%), wenig Teilzeitstellen und wenig Stellen (jeweils 20%), Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie (18%), unklare berufliche Ziele (16%), Schwierigkeiten aufgrund des Alters eine Stelle zu finden (15%), Schwierigkeiten bei der Stellensuche in der Wohnumgebung (15%).

Rückkehr in die Diplomierte Pflege:

Für die Rückkehr in den Pflegeberuf nach einem Wechsel aus der Berufstätigkeit sind die Dauer der Unterbrechung und der vorherige Arbeitsbereich bedeutsam. So ist es auf Intensivstationen mit hoher technischer Ausstattung und schnellen Veränderungen schwieriger wieder Fuß zu fassen, als in Bereichen in denen sich, zumindest was das medizinische und technische Know-how betrifft, weniger verändert. Ist der Wiedereinstieg in die Pflege mit einem Wechsel des Fachbereichs und oder einem Organisationswechsel verbunden, gestaltet sich die Anfangsphase schwieriger, da zur Umstellung in die „Arbeitswelt Pflege“ eine völlig neue inhaltliche Ausrichtung bzw. ein neues Arbeitsumfeld hinzukommt. Daß solche Veränderungen nach einer Unterbrechung keine Seltenheit sind, zeigt die *quantitative Untersuchung*: In rund vier von zehn Fällen war mit der Unterbrechung ein Organisationswechsel verbunden.

Wesentlicher als inhaltliche Veränderungen erscheint für Personen nach kindbedingten Unterbrechungsphasen jedoch, inwiefern die Rahmenbedingungen der Arbeit mit jenen der Verpflichtungen außerhalb der Erwerbstätigkeit harmonisieren. Denn die besonderen Arbeitszeiten im Stationsbetrieb von Krankenanstalten mit ihren zwölf Stundendiensten und Nachtdiensten sind auch bei Teilzeittätigkeit nicht auf den Bio-Rhythmus der Kinder und institutionelle Kinderbetreuungseinrichtungen abgestimmt (s.u.).

Die *quantitative Analyse* zeigt, daß berufliche Unterbrechungen sich mehr oder minder intensiv auf die berufliche Laufbahn auswirken können. Ein gutes Drittel der befragten *erwerbstätigen Diplomierten Pflegebediensteten*, die zumindest zweimonatige Unterbrechungen aufwiesen, berichtete über keine Schwierigkeiten (35%). Während Männer bereits seltener über berufliche Unterbrechungen berichten, geben sie weiters auch häufiger an, daß berufliche Unterbrechungen nicht zu Schwierigkeiten führen (62%). Diese Unterschiede lassen sich vor allem aus den geschlechtsspezifisch verteilten beruflichen

Unterbrechungen aufgrund von Kindern erklären. Die häufigsten Schwierigkeiten ergaben sich aufgrund der Vereinbarkeit von Beruf und Kind (35%). 37 Prozent der Frauen sowie 8 Prozent der Männer geben dies als Hindernis an. Für ungefähr jede Fünfte (21%) gestaltete sich auch das mangelhafte Angebot an Teilzeitstellen schwierig. Dies erlebten männliche Wiedereinsteiger nicht als Hindernis. Beim Wiedereinstieg in den Beruf bei Frauen zeigt sich, daß 15 Prozent es als schwierig erleben, daß ihr Wissen nicht mehr auf dem neuesten Stand ist, weitere 12 Prozent berichten über Veränderungen in der Arbeitsorganisation, die den beruflichen Neustart nicht leicht machen. Während sich die Probleme der Frauen beim Wiedereinstieg also auf praktische Fragen der Vereinbarkeit und der Arbeitsbedingungen beziehen, geben Männer vergleichsweise häufig an, daß unklare berufliche Ziele bei ihnen zu Schwierigkeiten geführt haben.

4.3.1.4 Wechsel und doch kein Wechsel: Doppelbelastungen

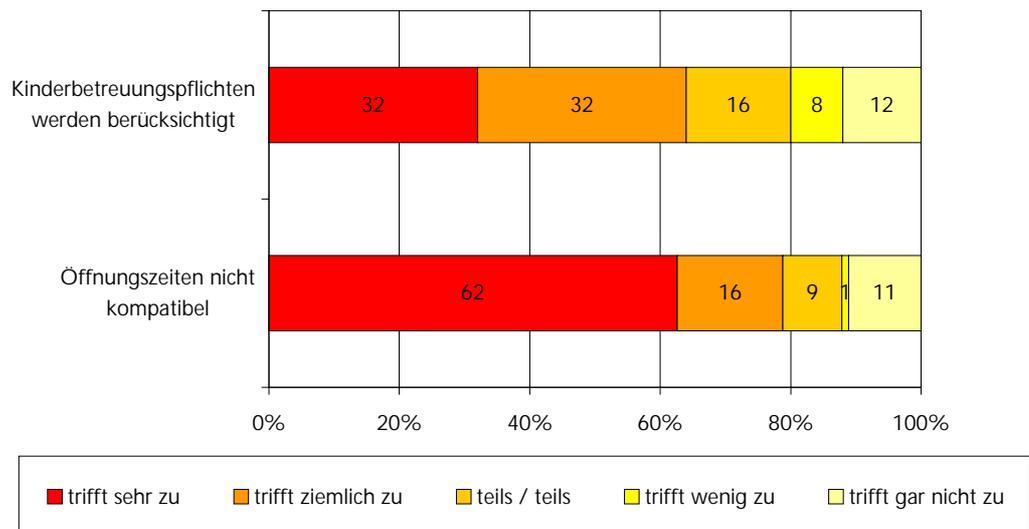
Arbeit und Kinderbetreuung

Für Personen mit Kinderbetreuungspflichten ist der Wiedereinstieg in den Beruf genau genommen kein Wechsel von A nach B, sondern vielmehr eine doppelte Verpflichtung. Bereits erwähnt wurde, daß die *quantitativen Ergebnisse* zeigen, daß rund vier von zehn der befragten Frauen, ihre berufliche Tätigkeit aufgrund der Betreuung von Kindern zumindest einmal unterbrochen haben. Über 35 Prozent der befragten Diplomierten Pflegebediensteten haben Kinder im Alter von bis zu 15 Jahren. 21 Prozent geben an, ein Kind, weitere 16 Prozent geben an, zwei Kinder zu haben. Wie bei der Analyse der *qualitativen Ergebnisse* bereits beschrieben, bietet eine Teilzeitanstellung zwar eine gewisse Erleichterung hinsichtlich der Vereinbarkeit, ist aber weiterhin mit auf den Stationsbetrieb abgestellten Arbeitszeiten verbunden. Dies ist umso problematischer, je weniger beruflich flexibel der/die PartnerIn ist oder wenn die Diplomierte Pflegeperson AlleinerzieherIn ist. Dort, wo Kinderbetreuungspflichten gemeinsam wahrgenommen werden und der/die PartnerIn die Möglichkeit hat bzw. bereit ist, seine/ihre Arbeitszeiten mit der Pflegekraft abzustimmen, kann die Aufteilung von größerem Arbeitspensum und länger durchgehender Freizeit am Tag sogar positiv erlebt werden. Jedoch sind auch in diesem „Idealfall“ flexiblere und auf die Bedürfnisse der Pflegenden mit Kinderbetreuungspflichten Rücksicht nehmende Dienstzeiten notwendig, da die Abstimmung zwischen Partner und Partnerin kaum völlig einseitig erfolgen kann. Einzige Ausnahme ist eine

kindbedingte Karenz des Partners bzw. der Partnerin, die aber eine relativ enge zeitliche Begrenzung hat und daher keine Dauerlösung darstellt.

Die *quantitativen Ergebnisse* zeigen, daß rund zwei Drittel der Befragten (62%) der Aussage „Bei der Dienstplangestaltung werden meine Bedürfnisse bezüglich meiner Kinderbetreuungspflichten berücksichtigt“ sehr bzw. ziemlich zustimmen⁸⁴ (Abbildung 6). Insbesondere Erwerbstätige, die durchschnittlich mehr als 40 Stunden arbeiten, geben seltener an (59%), daß bei der Dienstplangestaltung die Bedürfnisse aufgrund der Kinderbetreuungspflichten berücksichtigt werden, als Erwerbstätige, die teilzeitbeschäftigt sind (73%). Dieses Ergebnis ist nicht nur auf den höheren Anteil an Männern bei den Vollzeitbeschäftigten zurückzuführen. Die Aussage „Kindergarten- bzw. Schulöffnungszeiten stimmen oft nicht mit Arbeitsbeginn und Arbeitsende überein.“ beurteilten rund drei Viertel (78%) der Befragten als sehr bzw. ziemlich zutreffend. Dies deutet darauf hin, daß eine zusätzliche Kinderbetreuung in vielen Fällen notwendig sein wird.

Abbildung 6: Vereinbarkeit von Kindern und Beruf



Angaben in gültigen Prozent; n = 321 (3% - 5% fehlende Werte = keine Angabe)

Männer und Frauen unterscheiden sich in der Beurteilung dieser Aussagen kaum.

Berufliche Ausweichmöglichkeit bieten Tätigkeiten außerhalb des Stationsbetriebs, die aber in Krankenanstalten nur sehr begrenzt vorhanden sind. Auch

⁸⁴ Berufstätige AlleinerzieherInnen sind in dieser Stichprobe in einem zu geringen Ausmaß vertreten, um gültige Aussagen treffen zu können. Der Trend geht jedoch dahin, daß AlleinerzieherInnen ihre Interessen in einem geringeren Ausmaß bei Dienstplangestaltung berücksichtigt sehen.

Wechsel *in andere Pflegeorganisationen* mit Anstellung oder als freiberufliche Tätigkeit (s.o.) sind möglich, um eine bessere Vereinbarkeit zu erreichen.

Zwei ArbeitgeberInnen

Die *quantitativen Ergebnisse* zeigen, daß die gleichzeitige Ausübung mehrerer Tätigkeiten eher eine Seltenheit bei Diplombierten Pflegekräften darstellt. Beinahe alle befragten, derzeit beschäftigten Diplombierten Pflegebediensteten (94%) geben an, daß sie derzeit lediglich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. In den Ergebnissen der *qualitativen Untersuchung* konnte die eigenständige Bedeutung und Funktion einer vorübergehenden Erwerbstätigkeit für zwei unterschiedliche ArbeitgeberInnen sowie die daraus resultierende Doppelbelastung herausgearbeitet werden.

Die „doppelte“ Erwerbstätigkeit kann entweder zeitlich eng begrenzt als eine Übergangsphase vom „alten“ zum „neuen“ Arbeitgeber verlaufen, in der etwa Kündigungsfristen einzuhalten sind. Sie kann aber auch in der Aufbesserung des Gehalts durch freiberufliche Tätigkeiten begründet sein.

Eine unter dem Gesichtspunkt der Berufs- und Lebensplanung bewußt gewählte, „doppelte“ Erwerbstätigkeit ist die Reduktion der Tätigkeit im Krankenhaus und zusätzliche Aufnahme einer anderen Teilzeittätigkeit (oder freiberuflichen Tätigkeit), um in einen zweiten Berufsbereich „hineinzuschnuppern“ und berufliche Optionen auszutesten, ohne sich der Gefahr eines Arbeitsplatzverlustes in der Krankenanstalt auszusetzen. Grundlegende Motivation dafür ist der Gedanke, die Tätigkeit im Stationsbetrieb nicht bis ins hohe Alter durchzustehen oder durchstehen zu wollen. Auch Karriereambitionen können – etwa durch die Übernahme von Leitungsfunktionen außerhalb der Krankenanstalt – eine Rolle spielen.

Arbeit und Ausbildung:

Eine Reduktion der Dienstzeiten erfolgt nicht nur wegen Kinderbetreuungs-pflichten oder der Aufnahme anderer Erwerbstätigkeiten, sondern kann auch in Aus- und Weiterbildungsaktivitäten begründet sein (siehe Kapitel 4.3.2).

4.3.2 Weiterbildungsverläufe

4.3.2.1 Fortbildungen

Die Seminare, Kurse etc., die Diplomierte Pflegepersonen im Rahmen der verpflichtenden fachspezifischen Weiterbildung (40 Stunden alle fünf Jahre) besuchen, tragen nach Angaben der InterviewpartnerInnen kaum etwas zur beruflichen Weiterentwicklung bei, seien aber z.T. fachlich und mitunter auch persönlich interessant.

„Was mir persönlich sehr viel gebracht hat, das war eine dreitägige Fortbildung über Basale Stimulation. Das kann ich in meinem täglichen Arbeitsalltag nicht wirklich anwenden. Aber es war einfach eine ganz besondere Erfahrung.“⁸⁵

Das Ausmaß von 40 Wochenstunden ist nur ein Richtwert. Fortbildungen können abhängig vom diesbezüglichen Engagement des Dienstgebers und von der persönlichen Initiative weitaus häufiger besucht werden.

Die gesetzlich verpflichtende Weiterbildung trägt vermutlich auch zu der hohen Weiterbildungsbeteiligung der Diplomierten Pflegebediensteten bei. Die *quantitativen Ergebnisse* zeigen, daß rund sieben von zehn der erwerbstätigen Diplomierten Pflegebediensteten (69%) im vergangenen Jahr (Mai 2005 – Mai 2006) an Weiterbildungsveranstaltungen teilnahmen.

Bezüglich der Unterstützung der Weiterbildung durch den Arbeitgeber ist zu sagen, daß 45 Prozent derjenigen, die Weiterbildungen besuchten, sowohl die Bildungsfreistellung als auch die Bezahlung der Weiterbildungskosten in Anspruch nehmen konnten. 23 Prozent der Befragten geben an, Bildungsfreistellung bekommen zu haben, weiteren 23 Prozent berichten ausschließlich über die Bezahlung der Weiterbildungskosten. Jede/-r Zehnte konnte keine Unterstützung von Seiten des Arbeitgebers in Anspruch nehmen.

In den *qualitativen Interviews* wurden die Schwierigkeiten bezüglich der Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen thematisiert. Problematisch erscheint dabei in erster Linie die Abstimmung mit den eigenen Dienstzeiten, durch die es – trotz etwaiger finanzieller Unterstützung des Dienstgebers – oft nicht möglich ist, „interessante und qualitativ hochwertige“ Angebote zu besuchen.

⁸⁵ Interview 5, Seite 7-8, Zeile 32-2.

„Nur was der Nachteil ist, du mußt es zeitlich koordinieren und auch die Zeit dafür haben. Ich wollte schon auf sehr viele Fortbildungen gehen und habe sie einfach nicht besuchen können, weil ich nicht dienstfrei bekommen habe. Es hätte mir zwar alles bezahlt werden können, also die hätten mir die Ausbildung bezahlt. ... Aber da gibt es oft so Wochenendseminare, wo du wirklich zwei oder drei Tage dort bist und wo du dich mit einem Thema ausführlich beschäftigen kannst. Das bringt was. Das macht Sinn. Aber ich habe bis jetzt nicht einmal hinfahren können, weil es sich dienstplanmäßig nicht ausgegangen ist.“⁸⁶

In der quantitativen Untersuchung berichtet die überwiegende Mehrheit der Befragten (84%) über den Besuch von fachspezifischen Kursen (Tabelle 7). Rund ein Viertel (24%) nahm im Zeitraum von Mai 2005 – Mai 2006 an Kommunikationstrainings und weitere 19 Prozent an Persönlichkeitstrainings teil. Weitere 23 Prozent berichten über die Teilnahme an EDV- bzw. Informatikkursen.

Tabelle 7: Inhalte der Weiterbildung

<i>Themen</i>	<i>Insgesamt</i>
fachspezifische Kurse	84
Kommunikationstraining	24
EDV bzw. Informatikkurse	23
Persönlichkeitstraining	19
Sprachkurse	1
andere Kurse	9

Anm.: Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, (2% fehlende Werte = keine Angabe)

Vergleicht man die Teilnahme an Weiterbildungen mit dem vorhandenen Bedarf an Weiterbildungen fällt auf, daß von einem größeren Anteil von Diplomierten Pflegebediensteten Bedürfnisse geäußert werden als über die Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen berichtet wird (Tabelle 8).

Lediglich rund jeder Fünfte bzw. jede Fünfte (18%) der derzeit Erwerbstätigen ortet derzeit keinen Bedarf an Weiterbildung. Ungefähr ein Viertel der derzeit erwerbslosen Diplomierten Pflegebediensteten gibt an, daß sie derzeit keine Weiterbildung beanspruchen möchten. Bei den über 45-Jährigen ist der Anteil

⁸⁶ Interview 1, Seite 12-13, Zeile 28-5.

derjenigen, die keinen Bedarf an Weiterbildung haben, mit 31 Prozent am höchsten.

Die übrigen Angaben beziehen sich nun auf diejenigen Diplomierten Pflegebediensteten die angeben, daß sie derzeit nach Weiterbildung streben. Diejenigen, die angeben, daß sie einen Bedarf an Weiterbildung haben, orten diesen vor allem im Bereich fachspezifischer Kurse. Auffällig ist auch, daß Sprachkurse zwar kaum besucht werden (Tabelle 7), daß aber ein hohes Bedürfnis danach besteht. Bezüglich des geäußerten Bedarfs an persönlichkeitsbildenden Seminaren fallen vor allem die 31- 40-Jährigen auf, die solche Seminare zu 43 Prozent befürworten würden.

Tabelle 8: Bedarf an Weiterbildung

<i>Themen</i>	<i>Erwerbstätige</i>	<i>Erwerbslose</i>
kein Bedarf	18	24
fachspezifische Kurse	67	48
Kommunikationstraining	37	29
Persönlichkeitstraining	34	29
EDV bzw. Informatikkurse	27	52
Sprachkurse	16	48
andere Kurse	5	14

Anm.: Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich, (3% fehlende Werte = keine Angabe)

4.3.2.2 Sonderausbildungen

Nach der Grundausbildung bestehen für Diplomierte Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegepersonen verschiedene Möglichkeiten, sich auf bestimmte Bereiche zu spezialisieren. Dazu zählen Sonderausbildungen ebenso wie der Erwerb spezieller Qualifikationen z.B. im „Wundmanagement“ oder der „Diabetesberatung“. Die Befragten der *qualitativen Untersuchung* waren „nur“ im Bereich Sonderausbildungen aktiv. Konkret waren Sonderausbildungen in der Intensivpflege, für Lehr- und Führungsaufgaben und zur Psychiatrischen Pflege von Bedeutung. Ein großer Reiz für den Besuch dieser Ausbildungen ist gegeben, wenn sie im Rahmen einer Anstellung absolviert werden können und Einkommen sowie Arbeitsplatz gesichert sind. Dieser typische Sonderausbildungsweg in der Diplomierten Pflege trifft auch auf die qualitativen InterviewpartnerInnen zu: entweder sie wurden ohne Sonderausbildung in einem Bereich mit einer solchen

Ausbildung als Voraussetzung und mit der Auflage angestellt, innerhalb der nächsten Jahre die Sonderausbildung zu absolvieren, oder sie wurden im Rahmen eines bereits länger bestehenden Arbeitsverhältnisses auf Ausbildung geschickt, um eine berufliche Weiterentwicklung zu ermöglichen (z.B. Herr K.s Sonderausbildung in der Intensivpflege und für Führungsaufgaben, siehe Kapitel 4.1.4).

Eine fehlende Sonderausbildung kann aber bei bestimmten Arbeitsfeldern (z.B. Intensiv bei Frau L., siehe Kapitel 4.1.2) einer Anstellung entgegenstehen, wenn das Arbeitskräfteangebot mit Ausbildung in diesem Bereich ausreichend ist.

4.3.2.3 Matura, Berufsreifeprüfung und Studium sowie berufsfremde Weiterbildung

Im Rahmen der *quantitativen Befragung* wurden die Diplomierten Pflegebediensteten gesondert danach gefragt, ob sie nach ihrem Abschluß der Gesundheits- und Krankenpflegeschule eine nicht *unmittelbar für ihre Berufsausübung notwendige Ausbildung* begonnen oder abgeschlossen hatten. Über den Abschluß einer solchen Ausbildung berichten 12 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten, weitere 7 Prozent befinden sich gegenwärtig in einer solchen Ausbildung. Bei den derzeit arbeitslos gemeldeten Diplomierten Pflegebediensteten liegt der Anteil derjenigen, die gerade in einer solchen Ausbildung stehen, mit 17 Prozent vergleichsweise höher als bei den derzeit erwerbstätigen mit 6 Prozent. Hinsichtlich der bereits abgeschlossenen Ausbildung unterscheiden sich derzeit erwerbstätige von derzeit erwerbslosen Diplomierten Pflegebediensteten nicht.

Im Durchschnitt nehmen die ausgewählten Ausbildungen zwei Jahre in Anspruch. 15 der befragten Personen (27%) geben an, daß es sich dabei um die Matura/die Berufsreifeprüfung oder um ein Studium handelt. Weitere zwölf Diplomierte Pflegebedienstete (22%) berichten über Ausbildungen im Bereich „Wellness und Vital“ (wie beispielsweise Aerobicinstructor, ErnährungstrainerIn) und weitere elf Personen (20%) geben andere Berufe an, wie beispielsweise DrogistIn, SchlosserIn usw. Weiters wird über Ausbildungen im Bereich der Beratung und Therapie von sechs Personen berichtet. Sechs weitere haben Kurse im Bereich der Betriebswirtschaftslehre besucht.

Auch in den *qualitativen Interviews* zeigt sich, daß der Erwerb der Studienberechtigung über Matura oder Berufsreifeprüfung und die Aufnahme eines Studiums ein durchaus geläufiger Weiterbildungsweg in der Diplomierten Pflege

ist. In diesem Rahmen wird das Ausmaß der Arbeitstätigkeit häufig zurückgestellt bzw. wenn anderen Versorgungsmöglichkeiten vorhanden sind (z.B. Stipendium oder Unterstützung durch PartnerIn) unterbrochen. Einkommen aus freiberuflicher Tätigkeit können in Unterbrechungsphasen die finanzielle Lage aufbessern. Neben der unter 4.3 angeführten, allgemeinen Motivation, sich „ohne großes Risiko“ ein anderes berufliches Standbein aufzubauen, hat der Abschluß eines akademischen Titels für Diplomierte Pflegepersonen einen besonderen Stellenwert. Sie verfügen zwar über eine fundierte Ausbildung, sind aber im hierarchisch strukturierten System Krankenhaus hinter ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen etc. am unteren Ende angesiedelt, wofür der geringere Bildungsgrad als eine mögliche Erklärung herangezogen werden kann. In diesem Sinn ist der Abschluß eines Medizinstudiums für viele Pflegekräfte besonders reizvoll, wenngleich das Selbstbewußtsein der Pflege und die Abgrenzung zur Medizin mittlerweile gestärkt sind.

„Ich habe aber in der Zwischenzeit Menschen kennen gelernt die haben es geschafft, die haben zuerst die Pflege gemacht und dann das Medizinstudium, aber man hat immer etwas Schales, so einen schalen Geschmack irgendwie, oder sich ausquetschen läßt von Leuten, die unbedingt gerne wissen wollen was, sie haben, oder so. Was aber schon passiert, das ist eine Verführung. Dieses Moment gibt es immer wieder.“⁸⁷

Auch im Rahmen der *schriftlichen Befragung* konnte gezeigt werden, daß der Wunsch nach der „Schaffung eines zweiten Standbeines“ (38%) und der nach der „Ausübung eines anderen Berufes“ (35%) als ausschlaggebend für den Beginn einer berufsfremden Weiterbildung gelten. Als häufigstes Motiv – mit einer Zustimmung von 68 Prozent – wird jedoch „möchte mich persönlich weiterentwickeln“ in der schriftlichen Befragung angeführt. Bei rund einem Viertel nährte die Unzufriedenheit mit dem Pflegeberuf den Wunsch, eine berufsfremde Ausbildung zu beginnen.

4.3.3 Pflegekarriere

Berufliche Veränderungen – im Sinne einer Erweiterung des Tätigkeitsspektrums – scheinen ein *integraler Bestandteil der Erwerbsbiographien* der schriftlich befragten Diplomierten Pflegebediensteten zu sein. Lediglich zwei von zehn Personen berichten über keine beruflichen Veränderungen. Erwartungsgemäß

⁸⁷ Interview 3, Seite 6, Zeile 28-38.

liegt bei den bis 30-Jährigen dieser Anteil mit 34 Prozent höher als bei den älteren KollegInnen. Bei Betrachtung der *quantitativen Ergebnisse* zur beruflichen Weiterentwicklung wird deutlich, daß die Übernahme von Leitungsfunktionen (31%), sowie die Spezialisierung auf ein Fachgebiet (30%) am häufigsten genannt werden⁸⁸. Die Einschulung neuer MitarbeiterInnen wurde von rund einem Viertel (26%) als berufliche Weiterentwicklung angeführt. Erwartungsgemäß zeigen sich im beruflichen Entwicklungspfad von Diplomierten Pflegebediensteten je nach Abschlußjahr der Ausbildung große Unterschiede: 55 Prozent derjenigen, die ihre Ausbildung bis zum Jahr 1985 abgeschlossen haben, aber nur 11 Prozent derer, die ihre Ausbildung in den vergangenen zehn Jahren abgeschlossen haben, haben eine Leitungsfunktion übernommen.

Hinsichtlich der Karriereentwicklung besitzt die *Geschlechterdimension* eine große Bedeutung. Nicht nur, daß Karrierevorstellungen bei Männern eine wesentliche Motivation sind, überhaupt den Beruf zu wählen (siehe Kapitel 4.2.2), spielen bei ihnen Karrieremöglichkeiten als Ursache für Organisationswechsel ebenfalls eine bedeutend größere Rolle als bei Frauen (siehe Kapitel 4.3.1.1). Auch hinsichtlich ihren beruflichen Plänen äußern Männer häufiger als Frauen das Anstreben einer höheren beruflichen Position (siehe Kapitel 5.5). Weiters sind die befragten männlichen Studienteilnehmer häufiger in Stabstellen- bzw. Verwaltungsfunktionen (11 vs. 4%) und auch in Leitungsfunktionen (38 vs. 30%) zu finden als Frauen.

Daß das Anstreben von „Karriere“ im Sinne eines hierarchischen Aufstiegs in Krankenanstalten etwas mit Geschlechterrollen zu tun hat, zeigen auch die *qualitativen Interviews*: während die befragten Frauen zwar allesamt berufliche Veränderungen anstreben, diese aber eher in Richtung der Erschließung neuer Arbeitsbereiche oder anderer Berufsfelder gehen, sind die Ambitionen der Männer stärker aufstiegsorientiert, sowohl was die Position als auch was das Gehalt betrifft. Nur in den Interviews der Männer finden sich Aussagen zur Verlockung des Einkommens außerhalb der Pflege bzw. zur Unzufriedenheit mit ihrem Einkommen in der Diplomierten Pflege und zum beruflichen Aufstieg. In diesem Sinne kommen zu den Begründungen der ExpertInnen für relativen Männerüberschuß in Leitungsfunktionen (kontinuierlicherer Erwerbsverlauf, Vergabe der Posten von Männer an Männer) ein weiterer hinzu: Männer weisen (sozialisationsbedingt) eine stärkere Karriereorientierung – im Sinne von Status- und Einkommensorientierung – auf, verfolgen diese zielgerichteter und sind deshalb in Relation zu den Frauen „erfolgreicher“. Eine Karrierestrategie kann

⁸⁸ Aus diesen Daten ist aber nicht abzulesen, worin „Leitungsfunktionen“ bestehen und was die Befragten unter ihnen verstehen

das Ausüben von Leitungsfunktionen außerhalb des Krankenhauses sein, um entweder dort Fuß zu fassen und/oder Leitungskompetenz für den Aufstieg in der Krankenanstalt nachweisen zu können. Eine andere Strategie kann das Aufbauen eines engen Vertrauensverhältnisses mit der Pflegedienstleitung sein, die in der Folge bei Karriereambitionen unterstützend wirkt, zumindest indem die Möglichkeit geboten wird, die eigenen Fähigkeiten im Führungs- und Management-Bereich zu erproben.

Die Aussage von Herrn P., daß Karrierechancen in der Pflege allein von Beziehungen abhängen und ein reines Politikum wären, mag zwar etwas überzogen sein, deutlich zeigt sich aber aus den qualitativen Interviews, daß ein gutes Verhältnis zwischen Leitung und Diplomierter Pflegekraft, das auf Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung aufbaut, einer positiven Karriereentwicklung sehr dienlich ist.

„Positive Erfahrungen habe ich gemacht im Sinne der Karriere, daß ich eigentlich mir immer, muß ich sagen immer sowohl damals auf der Spezialambulanz, wo es mir nicht so gut gegangen ist, mir wirklich was angeboten worden ist, wo ich mir nicht einmal sicher war ob es das richtige für mich ist, aber die damalige Vorgesetzte des offensichtlich richtig erkannt hat. Auch dann in Bezug auf Führung und Leitung ich Vorgesetzte gehabt habe, die gewisses Potential erkannt haben, und dementsprechend mir geebnet haben. Nicht geebnet haben, sondern gesagt haben, die Chancen bestehen, nutze sie.“⁸⁹

Befürwortet der/die Vorgesetzte eine *Beförderung zur Stationsleitung*, ist damit je nach Trägerorganisation eine Sonderausbildung für Führungsaufgaben verbunden, die innerhalb der ersten Jahre abzuschließen ist. Für den beruflichen Aufstieg in die Pflegedienstleitung muß eine solche (weitreichendere) Ausbildung dann gesetzlich verpflichtend absolviert werden. Mit dem Aufstieg in die höhere Position ist – abgesehen von der Übernahme von Leitungs- und Managementaufgaben – eine wesentliche Veränderung der Arbeitsbedingungen verbunden, die hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und ganz allgemein mit fortschreitendem Alter attraktiv ist: regelmäßige Tagdienste unter der Woche.

Laut Herrn K. hat sich das Führungsbild in der Pflege seit den 80er-Jahren grundlegend verändert: wurde damals noch in einem sehr hierarchischem Weltbild gedacht mit dem anschaffenden Chef „oben“ und „unten“ dem

⁸⁹ Interview 4, Seite 9, Zeile 13-22.

funktionierenden „fleißigen Beamtenvolk“, würde man heute mit diesem Führungsstil, zumindest in seinem Bereich (Intensivstation), „keine zwei Wochen weit kommen“. ⁹⁰ Es geht seiner Einschätzung nach heute vielmehr um einen adäquaten Umgang mit sehr selbständigen Diplombierten MitarbeiterInnen, die wissen, was sie wollen und sich auch artikulieren können.

Leitungsfunktionen im mittleren Management *außerhalb von Krankenanstalten* treffen auf ganz andere Rahmenbedingungen. Oft werden aus finanziellen Gründen in Organisationen, die private Pflege anbieten, keine oder nur sehr wenige Diplomierte Pflegepersonen angestellt und die/der Leitende muß mit angelerntem Personal und geringem Personalstand arbeiten, trägt aber letztendlich die Verantwortung. Eine solche Situation hat Herrn P. bewogen, der Tätigkeit als Bereichsleiter in einem Behindertenheim den Rücken zu kehren:

„Es hat Strukturänderungen gegeben, d.h. ich habe da ein bestehendes Team gehabt, ich habe das zum Laufen gebracht und das war ein Jahr und dann haben sie mir das Team weggenommen und angelerntes Personal wollten sie mir geben und die haben nicht einmal eine Ausbildung gehabt und da habe ich gesagt, sicher nicht. Im Endeffekt habe ich die Verantwortung. Das ist halt das Dilemma was halt viele, es gibt in der Allgemeinen auch die privaten Heime ..., wo sie dann Privatpflege anbieten und die haben auch nur eine Diplomierte und der hat dann die volle Verantwortung und der Rest sind dann alles ausländische Pflegehelfer und die arbeiten zu Dumpingpreisen, teilweise sogar illegal. Die können oft gar nicht deutsch, wenn die jetzt irgendein Problem hat und die wird jetzt wund oder die isst nicht, da weiß ich von der Pflege her, wie man dagegen steuern kann und wenn was ist, dann stehst du nachher vor dem Richter.“ ⁹¹

4.4 *Übergeordnete Bedingungen der Erwerbsverläufe in der Diplombierten Pflege*

Bei der *qualitativen Untersuchung* der Erwerbsverläufe unter dem *Kontinuitätsaspekt* fällt auf, daß es in der (bzw. aus der) Diplombierten Pflege mannigfache Wechsellmöglichkeiten gibt, die von den Befragten zwar in unterschiedlichem Ausmaß, aber doch in irgendeiner Form genutzt werden. Ähnliches gilt für die *Weiterbildung*. Hier sind Diplomierte Pflegerpersonen mehr

⁹⁰ Ebd., Zeile 39-31.

⁹¹ Interview 1, Seite 7, Zeile 11-25.

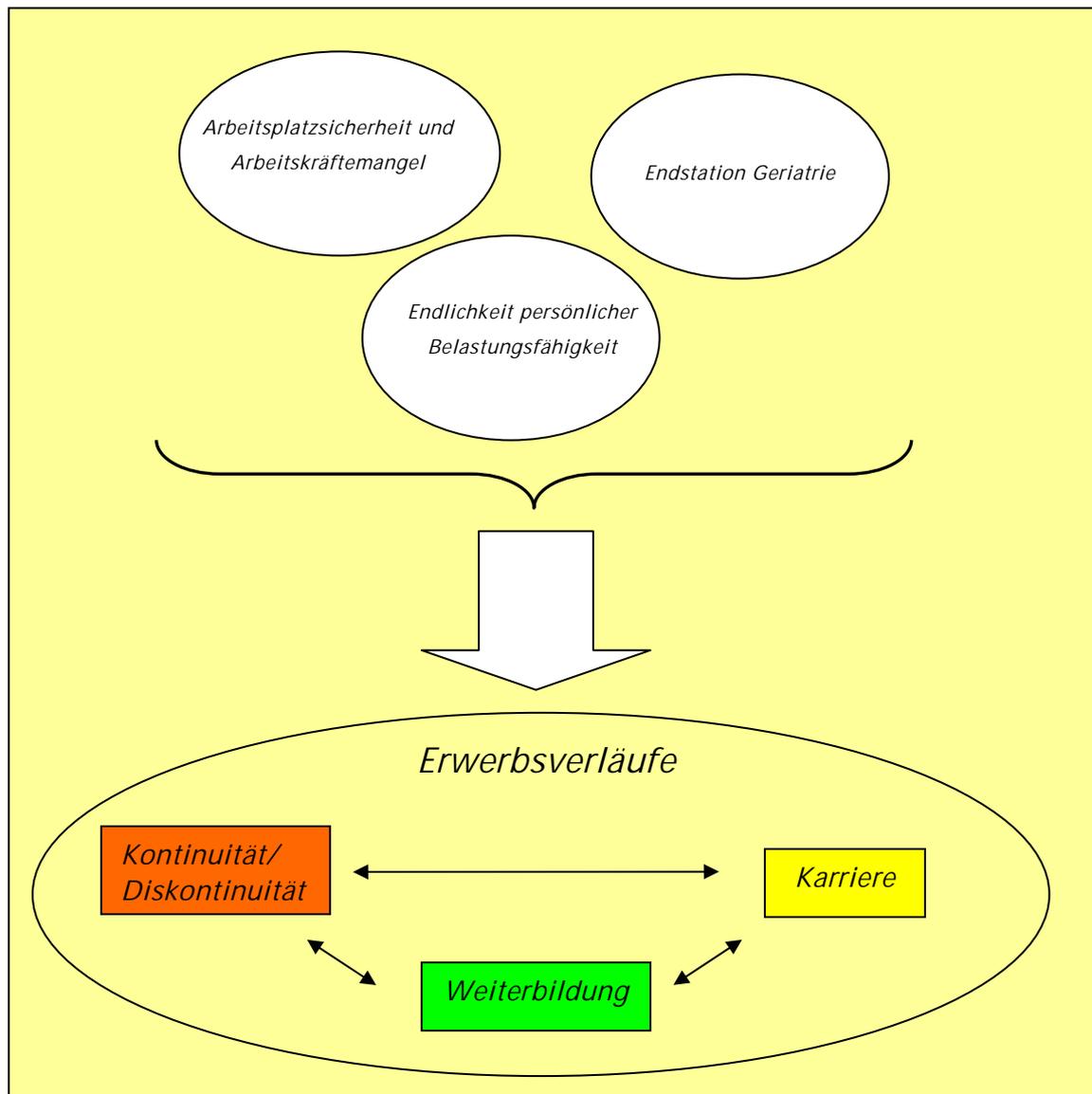
oder weniger aktiv, um ihre beruflichen Perspektiven zu erweitern. Ihr diesbezügliches Engagement kann in einen beruflichen Wechsel (in- oder außerhalb der Pflege) oder in einen Karrieresprung münden. In diesem Sinne ist die „*Pflegekarriere*“ unter anderem nur eine Perspektive der beruflichen Entwicklung. Sie ist aber deshalb hervorzuheben, da sie die genuin pflegerische Entwicklung in einem hierarchischen System beschreibt.

Drei übergeordnete Bedingungen dieser Entwicklungsdimensionen ziehen sich wie ein roter Faden durch alle qualitativen Interviews. Sie können folgendermaßen kategorisiert werden:

- *Arbeitsplatzsicherheit und Arbeitskräftemangel* in der Diplomierten Pflege als Grundlage, sich relativ (risiko-)frei innerhalb der Pflege sowie in anderen Berufsfeldern zu bewegen, Arbeitszeiten zu reduzieren und bezahlte Ausbildungen im Rahmen der Arbeitstätigkeit absolvieren zu können.
- *Endlichkeit persönlicher Belastungsfähigkeit* im Bewußtsein der Diplomierten Pflegepersonen treibt ihre aktive Suche nach möglichen Alternativen, weniger belastenden Arbeitstätigkeiten in und außerhalb der Pflege voran. In diesem Rahmen gewinnt die Beschäftigung mit beruflichen Optionen, Weiterbildungsmöglichkeiten und Karrierechancen an Bedeutung.
- *Endstation Geriatrie* als Negativszenario einer Pflegelaufbahn. Die wenig prestigeträchtige und von den Befragten entweder als sehr belastend oder als ihnen nicht liegend beschriebene Pflege sehr alter Menschen in Pflegeheimen oder auf Internen Stationen soll unbedingt vermieden werden.⁹² Die von allen InterviewpartnerInnen in irgendeiner Form genannte Abgrenzung von der Altenpflege deutet auf eine unausweichliche Beschäftigung mit dem Thema hin. Denn Altenpflege gilt als der Wachstumsbereich der Pflege schlechthin. Um nicht irgendwann einmal dort zu arbeiten, suchen Diplomierte Pflegepersonen aktiv nach alternativen Tätigkeitsbereichen.

⁹² Hier muß einschränkend angemerkt werden, daß kein/e InterviewpartnerIn im Altenpflegebereich im Krankenhaus oder Pflegeheim arbeitet. Möglicherweise hätte es von solchen Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auch positivere Stimmen zur Geriatrischen Pflege gegeben.

Abbildung 7 soll die zentralen Bedingungen der Erwerbsverläufe in der Diplombierten Pflege, die auf unterschiedliche Verlaufsaspekte Einfluß nehmen,



veranschaulichen.

Abbildung 7: Übergreifende Bedingungen für Kontinuität, Weiterbildung und Karriere im Erwerbsverlauf von Diplomiertem Pflegepersonal

Der Abbildung gilt es noch hinzuzufügen, daß die drei Entwicklungsdimensionen Kontinuität/Diskontinuität, Weiterbildung und Karriere nur analytisch zu trennen sind. In der Realität sind sie verknüpft und üben Einfluß aufeinander aus. So begünstigt etwa ein kontinuierlicher Berufsverlauf die Karrieremöglichkeiten. Ist eine berufliche Unterbrechung aber mit einer leitungsbezogenen Weiterbildung

oder der Übernahme von Führungsaufgaben in anderen Berufsfeldern verbunden, kann sich das positiv auf den Karriereweg auswirken.

Des Weiteren gilt anzumerken, daß Entwicklungen im Berufsverlauf auch auf die Bedingungen rückwirken können: etwa steht die Möglichkeit, in unterschiedlichen Bereichen der Pflege einen Arbeitsplatz finden zu können in Zusammenhang mit dem Arbeitskräftemangel in der Diplomierten Pflege, wirkt aber gleichsam auf sie zurück, da durch die Wechselhäufigkeit in der Pflege auch regelmäßig Arbeitsplätze frei werden. Hier stellt sich allerdings die Frage, wo Arbeitsplätze mit welchen Arbeitsbedingungen frei werden bzw. welche Arbeitsplätze weitgehend stabil, im Sinne geringen Wechselhäufigkeit, sind. In diesem Zusammenhang läßt sich ein Bogen zu den anderen beiden Bedingungen spannen: dort wo die persönliche Belastungsfähigkeit (siehe Kapitel 5.4.2) an Grenzen gelangt und wo Nähe zum Altenpflegebereich gegeben ist, kann leichter ein neuer Arbeitsplatz gefunden werden. Für die Stabilität eines Arbeitsplatzes (i.S. einer geringen Wechselhäufigkeit) ist darüber hinaus das Ausmaß der für ihn notwendigen Investitionen (z.B. verpflichtender Besuch von Weiterbildungen) entscheidend.

5 *Aktuelle berufliche Situation*

Das folgende Kapitel stellt die derzeitige berufliche Situation der befragten erwerbstätigen Diplomierten Pflegebediensteten dar. Während zuerst ein Überblick über unterschiedliche Aspekte der Arbeitstätigkeit gegeben wird, erfolgt eine genauere Darstellung der Arbeit der Diplomierten Pflegebediensteten mit den PatientInnen sowie weitere soziale Aspekte der Arbeit. Abgerundet wird das Kapitel durch die Erörterung des Ausmaßes der Arbeitszeit und der Regelungen der Arbeitszeit.

Etwas mehr als drei Viertel der erwerbstätigen Diplomierten Pflegebediensteten (79%) sind derzeit in einem Krankenhaus oder Spital beschäftigt. Weitere 17 Prozent gehen ihrer Beschäftigung in einem Pflege- bzw. Altenheim und 3 Prozent in Einrichtungen der Hauskrankenpflege nach. Die derzeit als arbeitslos gemeldeten Diplomierten Pflegebediensteten wurden nach ihrem letzten Beschäftigungsverhältnis befragt. Hier verhält sich die Verteilung ähnlich. Unterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich der Beschäftigung in Krankenhäusern/Spitälern (63%), Einrichtungen der Hauskrankenpflege (7%) sowie in sonstigen Organisationen oder bei sonstigen ArbeitgeberInnen (11%).

5.1 *Arbeitstätigkeit der Diplomierten Pflegebediensteten*

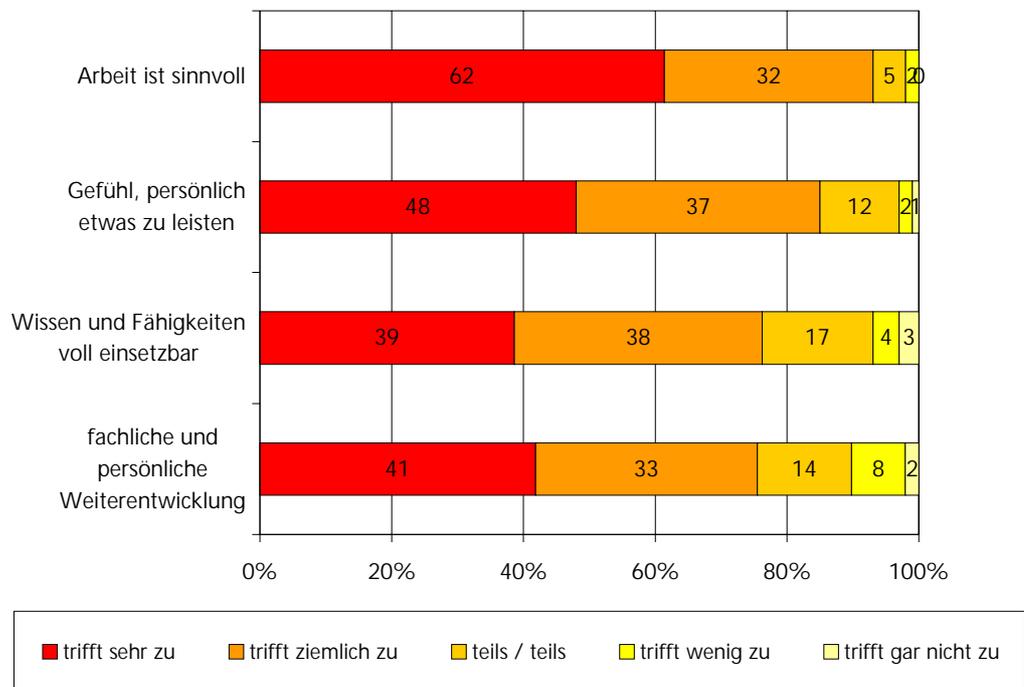
5.1.1 *Arbeit als ganzheitliche Aufgabe*

Wie bereits in Kapitel 3.1 und Kapitel 3.2.1 ausgeführt, sind in der Gesundheits- und Krankenpflege im Eigenverantwortlichen, Mitverantwortlichen und Interdisziplinären Tätigkeitsfeld eine Vielzahl an unterschiedlichen Aufgaben vereint. Die Wahrnehmung dieses breiten Tätigkeitsspektrums sowie die Identifikation mit den Aufgaben und der Tätigkeit selbst werden im Folgenden behandelt.

94 Prozent der erwerbstätigen Diplomierten Pflegebediensteten stimmen der Aussage „Ich erlebe meine Arbeit als sinnvoll“ sehr bzw. ziemlich zu (Abbildung 8). Weitere 85 Prozent geben an, daß ihnen die Arbeit das Gefühl gebe, persönlich etwas zu leisten. Mehr als drei Viertel der Befragten (77%) beurteilen die Aussage „Ich habe die Möglichkeit, mein Wissen und meine Fähigkeiten voll einzusetzen“ als sehr bzw. ziemlich zutreffend. Daß die Arbeit die Möglichkeit bietet, sich fachlich und persönlich weiterzuentwickeln, geben 74 Prozent der

befragten Diplomierten Pflegebediensteten an. Insgesamt gesehen zeigt sich, daß die Arbeit von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als sinnvoll und als persönlich bereichernd erlebt wird.

Abbildung 8: Aussagen zur Tätigkeit als ganzheitliche Aufgabe



Angaben in gültigen Prozent; n = 321 (3% fehlende Werte = keine Angabe)

Insbesondere bei der Frage „Ich habe die Möglichkeit, mein Wissen und meine Fähigkeiten voll einzusetzen“ zeigen sich auffällige Unterschiede zwischen den Erwerbstätigen, die in diesem Berufsfeld bleiben und Erwerbstätigen, die aus diesem Beruf aussteigen möchten. Während 81 Prozent der Erwerbstätigen, die weiterhin in diesem Beruf tätig sein möchten, dieser Aussage sehr bzw. ziemlich zustimmen, beträgt bei den potentiellen BerufswechslerInnen der Anteil jedoch nur 39 Prozent. Denkbar ist, daß Diplomierte Pflegebedienstete dieser Gruppe bereits Weiterbildungen absolviert haben oder gerade absolvieren, und sich aufgrund der neu erworbenen Qualifikationen bei ihrer derzeitigen beruflichen Tätigkeit unterfordert fühlen.

Auch hinsichtlich des Ausmaßes der Zufriedenheit mit den Möglichkeiten über Arbeitsabläufe selbst zu bestimmen drückt sich der weite Gestaltungsspielraum der Diplomierten Pflegebediensteten aus. Rund drei Viertel der Befragten (74%) stimmt das Ausmaß der Möglichkeit über die Arbeitsabläufe selbst zu entscheiden sehr bzw. ziemlich zufrieden. Im Vergleich mit ArbeitnehmerInnen

aus anderen Branchen wird die Besonderheit der Aufgabengestaltung deutlich. Rund zwei Drittel der Vergleichsgruppe geben an, daß sie mit den Möglichkeiten, über Arbeitsabläufe selbst zu bestimmen, sehr bzw. ziemlich zufrieden seien. Die Zufriedenheit mit der Tätigkeit generell ist bei Diplomierten Pflegebediensteten ähnlich hoch ausgeprägt wie bei ArbeitnehmerInnen anderer Branchen in Wien und Niederösterreich. Rund acht von zehn der befragten Diplomierten Pflegebediensteten geben an, daß sie mit ihrer beruflichen Tätigkeit insgesamt sehr bzw. ziemlich zufrieden seien.

5.1.2 Arbeit an den PatientInnen

Die pflegerische oder gesundheitsförderliche Arbeit an den PatientInnen stellt einen wesentlichen Teil der Tätigkeiten Diplomierter Pflegebediensteter dar. Der enge Kontakt zu den PatientInnen und ihre ganzheitliche Betreuung wird in den *qualitativen Interviews* als Herzstück der Diplomierten Pflegetätigkeit beschrieben, insbesondere in Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen. Aber auch administrative Tätigkeiten auf einer Pflegestation sind nicht zu unterschätzende Aufgaben der Diplomierten Pflegebediensteten.

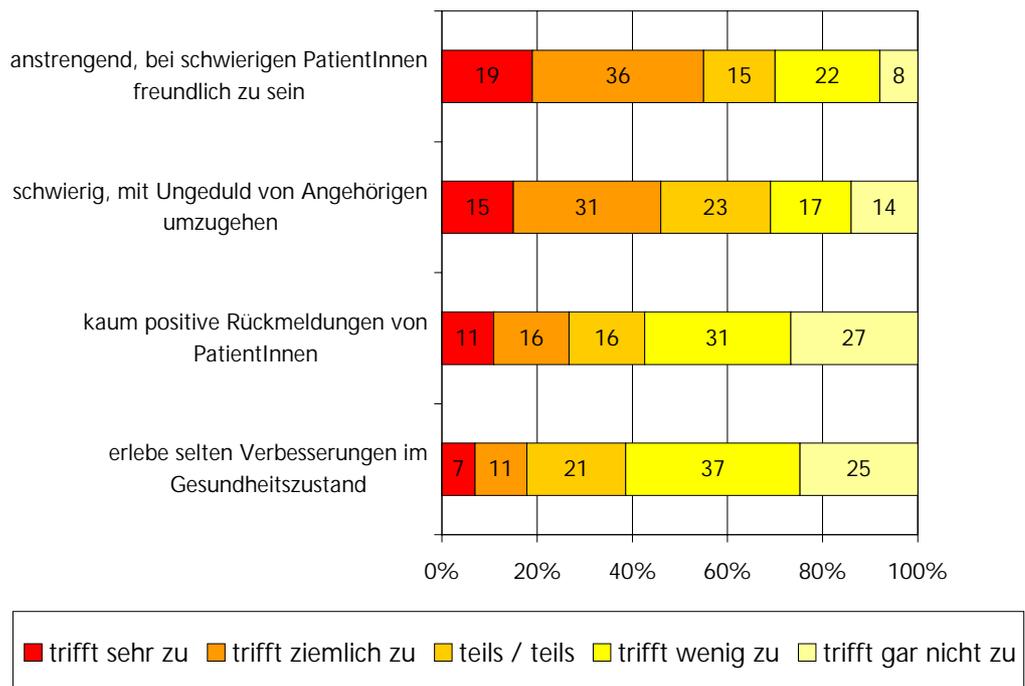
Aus den *qualitativen Ergebnissen* geht hervor, daß die konkrete Ausgestaltung der Arbeit aber je nach Arbeitsbereich sehr unterschiedlich und mit verschiedenen Formen von Belastungen verbunden ist (siehe Kapitel 4.3.1). Ganz allgemein läßt sich sagen, daß die tagtägliche Auseinandersetzung mit dem Elend anderer und geringe Erfolgchancen auf Dauer sehr belastend wirken können. Dieses Phänomen kann auf verschiedensten Stationen gehäuft auftreten, ist in der Altenpflege aber massiv und zudem gekoppelt mit dem geringen gesellschaftlichen Ansehen der Tätigkeit. Ein Grund diesem Bereich zu „entfliehen“ und Arbeitsbereiche abseits der Geriatrie im Erwerbsverlauf zu erschließen. Auf der anderen Seite betonen die Befragten abgesehen von Heilungschancen auch den gesellschaftlichen Wert der Pflegetätigkeit. So beschreibt Herr P. als positive Seite des Berufs, die Möglichkeit für Menschen in oft verzweifelter Lage „eine kleine Welt zu erschaffen“.⁹³

Auch im Rahmen der *quantitativen Untersuchung* wurde auf die Arbeit mit den PatientInnen ein besonderer Fokus gesetzt. Die Aussagen zu Schwierigkeiten im Umgang mit PatientInnen und Angehörigen sowie positive Rückmeldungen, die aus der Arbeit mit den PatientInnen gewonnen werden können, sind in Abbildung 9 aufgelistet. Mehr als die Hälfte (55%) der beschäftigten Diplo-

⁹³ Interview 1, Seite 14, Zeile 19-20

mierten Pflegebediensteten stimmen der Aussage „Es kostet viel Anstrengung, auch mit schwierigen PatientInnen freundlich und geduldig umzugehen“ sehr bzw. ziemlich zu. Auch 46 Prozent der StudienteilnehmerInnen können die Aussage „Ich empfinde es häufig sehr anstrengend, mit der Ungeduld von Angehörigen umzugehen“, bejahen. Für 27 Prozent ist es sehr bzw. ziemlich zutreffend „Im Rahmen der eigenen Tätigkeit kaum positive Rückmeldungen von PatientInnen zu bekommen“. Nur rund zwei von zehn der Befragten (18%) erleben es selten, „daß sich der Gesundheitszustand von PatientInnen wirklich verbessert“. Diplomierte Pflegebedienstete, die in der Mobilen Pflege bzw. in Pflegeheimen beschäftigt sind, stimmen dieser Aussage mit einem Anteil von 31 Prozent häufiger zu als Erwerbstätige aus anderen Bereichen. Diplomierte Pflegekräfte in Krankenhäusern auf Geriatrischen Stationen teilen dieses Erlebnis in diesem Ausmaß nicht.

Abbildung 9: Aussagen zur Arbeit mit den PatientInnen



Angaben in gültigen Prozent; n = 321 (3% fehlende Werte = keine Angabe)

In diesem Zusammenhang sollen auch die von den schriftlich befragten Diplomierten Pflegebediensteten genannten *Belastungen* diskutiert werden. Die Arbeit mit schwerkranken bzw. psychisch auffälligen Personen erlebt rund ein Viertel (26%) als sehr bzw. ziemlich belastend. Zumindest teilweise belastet sehen sich, rund sechs von zehn der Befragten. Rund drei von zehn der Befragten

(28%) sehen sich aufgrund von seelisch aufreibender Arbeit stark bzw. ziemlich stark belastet. Rund die Hälfte der Befragten fühlt sich aufgrund von seelisch aufreibender Arbeit zumindest teilweise belastet. Im Vergleich mit ArbeitnehmerInnen anderer Branchen stellt sich heraus, daß sich rund zwei von zehn Befragten als sehr bzw. ziemlich belastet und insgesamt rund Vier von Zehn als zumindest teilweise belastet sehen. Jede Fünfte bzw. jeder Fünfte erlebt die Konfrontation mit Krankheit, Tod und Leid als sehr bzw. ziemlich belastend. Rund Drei von Zehn berichten aufgrund dieser Konfrontation teilweise Belastungen zu bemerken (siehe Kapitel 5.4.2). Interessanterweise berichten Diplomierte Pflegebedienstete im Geriatrischen Bereich in Krankenhäusern in einem annähernd ähnlichen Ausmaß über derartige Belastungen. Die Konfrontation mit Krankheit, Tod und Leid wird hingegen von Diplomierten Pflegebediensteten in Pflege- bzw. Altenheimen als belastender erlebt (26 vs. 17%).

5.1.3 Organisatorische Rahmenbedingungen der Tätigkeit

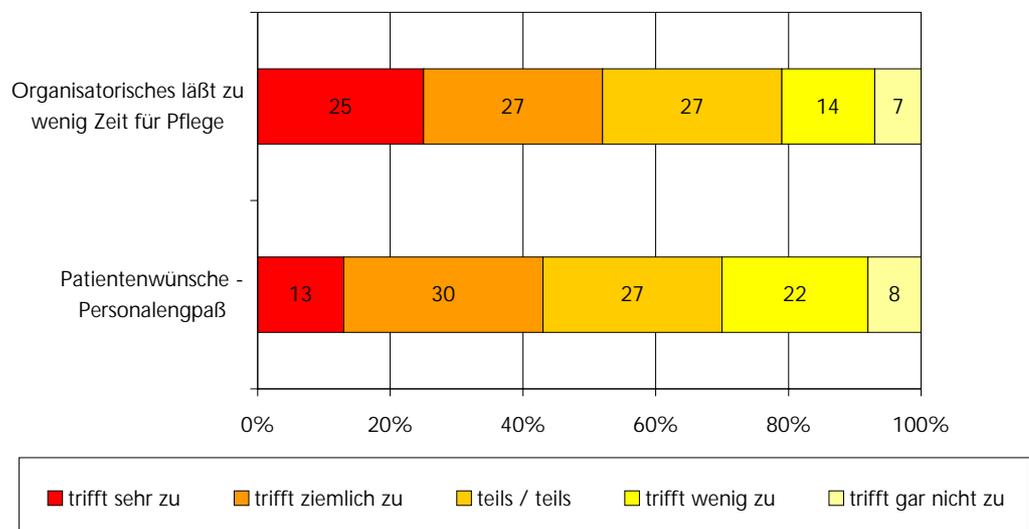
Das weitere wichtige Aufgabenfeld der Diplomierten Pflegebediensteten umfaßt *administrative Aufgaben* (3.2.4). In der folgenden Abbildung 10 sind zwei zu diesem Themenkreis zählende Aussagen dargestellt. Der Aussage „Der mit meiner Tätigkeit verbundene organisatorische Aufwand läßt mir zuwenig Zeit für die Pflege“ stimmen etwas mehr als die Hälfte (52%) der Befragten sehr bzw. ziemlich zu. Insbesondere Diplomierte Pflegebedienstete mit einer höheren Ausbildung (zumindest Matura) stimmen dieser Aussage in einem höheren Ausmaß zu (60%) als Erwerbstätige ohne Matura (48%). Je stärker diese Diskrepanz erlebt wird, umso häufiger berichten die Diplomierten Pflegebediensteten auch unter Zeitdruck zu stehen⁹⁴. Dies kann möglicherweise dahingehend interpretiert werden, daß der Versuch den PatientInnen eine bestmögliche Betreuung garantieren zu wollen und die Begrenztheit der zeitlichen Ressourcen, die für einen Patienten/eine Patientin zur Verfügung stehen, die Arbeit unter Zeitdruck stärker als Belastung erlebbar macht. Insgesamt gesehen stellt nach Angaben der befragten Diplomierten Pflegebediensteten Zeitdruck den größten Belastungsfaktor dar. Ein Drittel der Befragten gibt an, aufgrund von Zeitdruck sehr bzw. ziemlich belastet zu sein. (Rund Sechs von Zehn sehen sich zumindest teilweise aufgrund von Zeitdruck belastet). Rund vier von zehn der ArbeitnehmerInnen in anderen Branchen fühlen sich aufgrund von Zeitdruck sehr bzw. ziemlich belastet. Das Ausmaß der Belastung aufgrund von Zeitdruck ist daher auch bei anderen Berufsgruppen

⁹⁴ Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen beträgt -0,252.

ähnlich hoch und scheint somit nicht für den Diplomierten Pflegeberuf spezifisch zu sein.

Der Aussage „Das Eingehen auf PatientInnenwünsche ist aufgrund von Personalengpässen schwer möglich“ stimmen 43 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten sehr bzw. ziemlich zu. Hier ist interessant, daß rund fünf von zehn der AbsolventInnen ab 1996 (52%), aber nur mehr 32 Prozent der AbsolventInnen bis zum Jahrgang 1985 dieser Aussage sehr bzw. ziemlich zustimmen. Möglicherweise zeigt sich darin das unterschiedliche Anspruchsniveau von Diplomierten Pflegebediensteten in Abhängigkeit von der Dauer der Ausübung des Berufes. Während Diplomierte Pflegebedienstete mit einer kürzeren Betriebszugehörigkeit eher ihre eigenen Ansprüche an ihre Arbeit verfolgen, konnten länger Beschäftigte aufgrund ihrer Berufserfahrung, ihre Ansprüche an die Möglichkeiten und Gegebenheiten bereits angleichen. Nicht endgültig kann jedoch geklärt werden, ob die geringere Diskrepanz bei länger Berufstätigen nicht vielleicht auch auf eine höhere Routine im Arbeitsablauf zurückgeführt werden kann.

Abbildung 10: Aussagen zu organisatorischen Rahmenbedingungen



Angaben in gültigen Prozent; n = 321 (3% fehlende Werte = keine Angabe)

5.2 Soziale Aspekte der Arbeit

Neben der Arbeit mit den PatientInnen ist die Tätigkeit der Diplomierten Pflegebediensteten vor allem durch ein intensives Ausmaß an Zusammenarbeit mit

KollegInnen der eigenen, aber auch anderer Berufsgruppen charakterisiert (siehe Kapitel 3.2.4).

Die Beziehung zu KollegInnen wird von neun von zehn der Befragten als sehr bzw. ziemlich zufrieden stellend angesehen und stellt somit den zufriedenstellendsten Aspekt der Arbeitstätigkeit dar (siehe Kapitel 5.4.1). In einem ähnlich hohen Ausmaß erfolgt auch die Beurteilung der Zufriedenheit mit den Beziehungen zu KollegInnen von ArbeitnehmerInnen aus anderen Branchen. Auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Führungsstil der Vorgesetzten unterscheiden sich die Diplomierten Pflegebediensteten von der Vergleichsgruppe nicht. Beinahe zwei Drittel (64%) der Befragten geben an, mit dem Führungsstil der/des Vorgesetzten sehr bzw. ziemlich zufrieden zu sein.

Im Rahmen dieser Studie wurden die Beziehungen zu Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen untersucht. In der *quantitativen Untersuchung* zeigt sich, daß die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen als belastender erlebt wird als die Zusammenarbeit mit KollegInnen der eigenen Berufsgruppe. Ein Drittel der Diplomierten Pflegebediensteten gibt an, Belastungen aufgrund von mangelnder Unterstützung von ÄrztInnen zu erleben. (Rund Sechs von Zehn geben an aufgrund der mangelnden Unterstützung teilweise belastet zu sein.) Im Vergleich dazu sei angemerkt, daß lediglich von 11 Prozent der Befragten diese Belastungen aufgrund von mangelnder Unterstützung von KollegInnen der eigenen Berufsgruppe erlebt werden. (Zumindest teilweise als Belastung erleben dies rund drei von zehn der Befragten) (siehe auch Kapitel 5.4.2).

Auch in den *qualitativen Interviews* wird von den Befragten die oft mangelhafte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, ÄrztInnen, Tageskliniken) als problematisch für eine effiziente Arbeit im Krankenhaus thematisiert. Eine Sonderstellung nimmt die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft ein, da hier zu etwaigen persönlichen Sympathien und Antipathien noch das unterschiedliche Hierarchie- und Aufgabenverständnis hinzukommt. Ein kritischer Punkt in der Zusammenarbeit mit Ärzten ist, daß vom Pflegepersonal immer wieder erwartet wird, sich über Vorschriften hinwegzusetzen und Tätigkeiten durchzuführen, die sie so nicht machen dürfen.

„Gewisse Infusionen dürfen wir nicht anhängen und es ist oft schwer sich abzugrenzen und man muß sich oft distanzieren. Das ist manchmal oft schwierig. Dann macht es die eine doch und ich

mache es nicht. Es ist dann oft eine Spaltung da. Das gibt es schon.“⁹⁵

Die Stärkung des Selbstbewußtseins der Diplomierten Pflegepersonen im Zuge des „neuen“ Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (siehe Kapitel 3.2.1) und die klare Festlegung von Aufgabenbereichen trägt aber nach und nach zu einer Verbesserung der Situation bei, da sich v.a. jüngere Diplomierte Pflegepersonen nicht mehr ohne weiteres zu bestimmten Tätigkeiten einteilen lassen. Auch im Umgang mit Führungspersonal werden die Pflegenden zumindest in gewissen Abteilungen (z.B. Intensivmedizin) selbstbewußter (siehe Kapitel 4.3.3).

Dagegen wird die Zusammenarbeit auf der Pflegestation von den Befragten im Rahmen der *qualitativen Interviews* überwiegend positiv beurteilt, wenngleich es immer wieder einmal zu Konflikten im stressigen Arbeitsalltag kommen kann. Die Arbeit in einem Team zählt aber zumindest für unsere Befragten zu den positiven und motivierenden Aspekten der Arbeitstätigkeit. Nur eine Befragte beschreibt, daß „Intrigen“ ihren festen Platz auf einer Pflegestation haben, Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen aber gleichzeitig über Belastungen hinweghelfen. Letzteres dürfte einen hohen Stellenwert im Umgang und der Bewältigung von Belastungen haben, sei es in formellen Arbeitstreffen oder informellen Kontexten (z.B. gemeinsame Feiern, gemeinsames Weggehen).

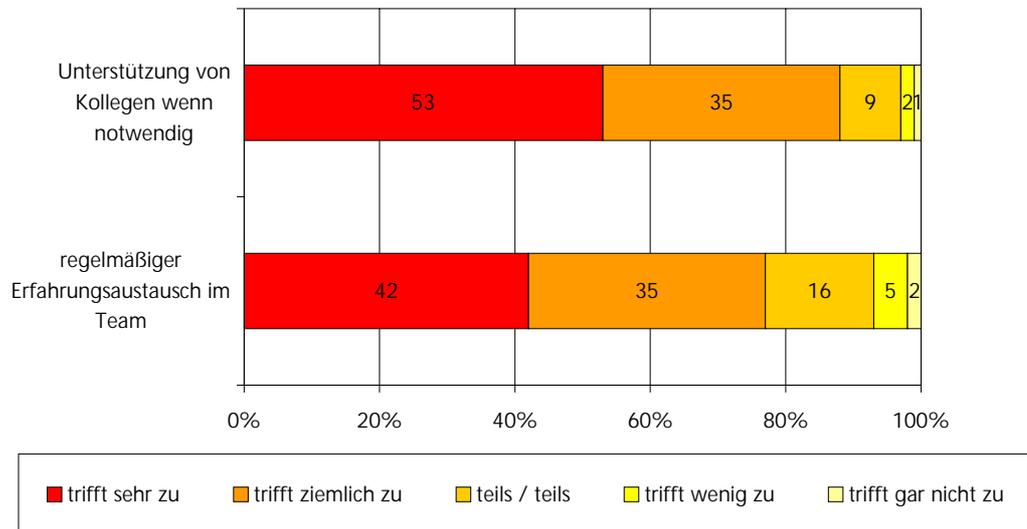
Im Rahmen der *qualitativen Interviews* wird eine mangelhafte Zusammenarbeit mit einem unzureichenden Informationsfluß in Verbindung gebracht. Dieser kann die Vernichtung von wertvollen Ressourcen mit sich bringen. Eine Intensivierung der Zusammenarbeit, etwa durch die Einplanung übergreifender Besprechungen im Arbeitsalltag wird aber von der Leitung nicht immer gewünscht. Dort wo die Zusammenarbeit enger ist, und gemeinsame Besprechungen Teil des Arbeitsalltags sind, wird auch die Zusammenarbeit von Pflegeseite als weniger schwierig erlebt. Dieser Zusammenhang bestätigt sich auch in den Ergebnissen der *quantitativen Untersuchung*. Regelmäßiger Austausch im Team (über den von rund drei Viertel der Befragten berichtet wird) (Abbildung 11) steht in einem positiven Zusammenhang mit geringeren Belastungen aufgrund mangelnder Unterstützung von KollegInnen sowie mit einer höheren Zufriedenheit mit den Beziehungen zu den KollegInnen.

Die durchaus als gut zu bewertende Arbeit im Team drückt sich auch in der *geleisteten Unterstützung* von KollegInnen aus. Beinahe neun von zehn der befragten Diplomierten Pflegebediensteten stimmen der Aussage „Wenn ich

⁹⁵ Interview 2, Seite 10, Zeile 16-19.

Unterstützung brauche, bekomme ich sie von KollegInnen“ sehr bzw. ziemlich zu.

Abbildung 11: Aussagen zur Arbeit im Team



Angaben in gültigen Prozent; n = 321 (3% fehlende Werte = keine Angabe)

Verglichen mit den Zufriedenheitswerten anderer sozialer Aspekte der Arbeit scheinen die Diplomierten Pflegebediensteten mit der Anerkennung ihrer Arbeit weniger zufrieden zu sein. Nur etwa die Hälfte (48%) gibt an, daß sie mit der Anerkennung ihrer Arbeit sehr bzw. ziemlich zufrieden seien. Ein weiteres Viertel gibt an, damit teilweise zufrieden zu sein. Die Zufriedenheit mit der Anerkennung der eigenen Arbeit steht sowohl in einem engen Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem Führungsstil dem Vorgesetzten sowie der Wahrnehmung einer wertschätzenden Haltung gegenüber der eigenen Berufsgruppe auf gesellschaftlicher Ebene.

5.3 Arbeitszeit

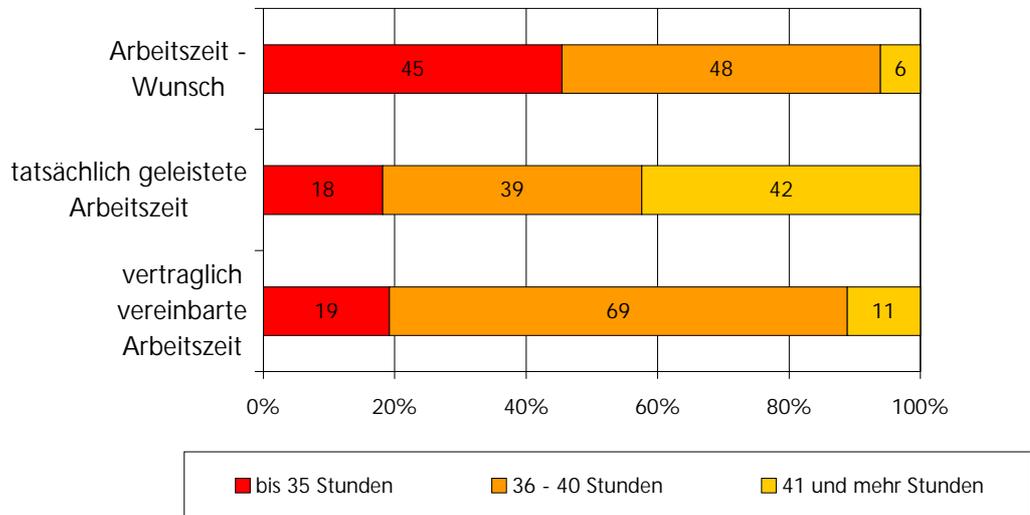
Bezüglich des *Ausmaßes der Arbeitszeit* ist zu sagen, daß etwas mehr als zwei Drittel der derzeit Erwerbstätigen (69%) zwischen 36 und 40 Stunden beschäftigt sind. Rund jede/-r Zehnte gibt jedoch an, daß das wöchentliche vereinbarte Stundenausmaß mehr als 40 Arbeitsstunden beträgt. Die vereinbarte Wochenarbeitszeit beträgt bei 22 Prozent der Frauen, aber nur bei 7 Prozent der Männer weniger als 36 Stunden. Frauen stehen häufiger in Teilzeitbeschäftigungen als Männer. Auffällig ist weiters, daß 62 Prozent der

Diplomierten Pflegebediensteten in Privatkrankenhäusern angeben, daß ihre vertraglich festgelegte Wochenarbeitszeit mehr als 40 Stunden beträgt. In

Abbildung 12 wird vor allem auch die Diskrepanz zwischen der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit, der tatsächlich geleisteten und der gewünschten Arbeitszeit sichtbar. Alles in allem ist zu sagen, daß Diplomierte Pflegebedienstete pro Woche durchschnittlich mehr Stunden arbeiten als vertraglich vereinbart und durchschnittlich mehr als ihnen lieb ist. 42 Prozent der Befragten arbeiten mehr als 40 Stunden pro Woche. 44 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten, deren vertraglich vereinbarte Arbeitszeit zwischen 36 und 40 Stunden liegt, arbeiten mehr als 40 Stunden pro Woche. 45 Prozent der Befragten wünschen sich jedoch eine Teilzeitbeschäftigung bis 35 Stunden pro Woche.

Bei Diplomierten Pflegebediensteten mit Kindern im Alter von bis zu 15 Jahren liegt die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit pro Woche niedriger. 43 Prozent sind bis 35 Stunden pro Woche und 51 Prozent zwischen 36 und 40 Stunden angestellt. Rund ein Viertel arbeitet jedoch mehr als 40 Stunden pro Woche. Weiters zeigen die Auswertungen, daß 40 Prozent derer, deren vertraglich vereinbartes Arbeitszeitausmaß zwischen 36 und 40 Stunden liegt, jedoch mehr als 40 Stunden üblicherweise pro Woche arbeiten. Die Wunscharbeitszeit geht jedoch deutlich in Richtung einer geringeren Wochenarbeitszeit: 61 Prozent aller Diplomierten Pflegebediensteten mit Kindern bis zum Alter von 15 Jahren wünschen sich eine Teilzeitbeschäftigung bis 35 Stunden.

Abbildung 12: Ausmaß der Arbeitszeit pro Woche – derzeit Beschäftigte
Angaben in gültigen Prozent; n = 321 (3,1% - 17,4 % fehlende Werte = keine Angabe)



Auch die derzeit arbeitslos gemeldeten Personen tendieren hinsichtlich ihrer gewünschten Arbeitszeit vermehrt zu einer Teilzeitbeschäftigung. 51 Prozent wünschen sich eine Anstellung bis zu einem Stundenausmaß von 35 Stunden pro Woche. Weitere 43 Prozent streben eine Beschäftigung im Ausmaß von 36 bis 40 Stunden wöchentlich an.

Die Arbeitszeit von im Gesundheitswesen Beschäftigten ist oftmals durch Schichtdienste, Wochenend- und Nachtdienste gekennzeichnet. Aus den *qualitativen Ergebnissen zu den Arbeitsbedingungen* geht hervor, daß Diplomierte Pflegenden auf Dauer stark unter den Arbeitszeiten im Wechseldienst und bei engem Personalstand unter der oftmaligen Übernahme von Diensten leiden. Tag- und Nachtdienst beinhalten jeweils unterschiedliche Arbeitsanforderungen: Müssen während des Tages eine Vielzahl organisatorischer und koordinativer Aufgaben erledigt werden, die sich aus der Arbeit am Patienten, der Zusammenarbeit im Team und mit anderen Berufsgruppen ergeben, sind die Nachtdienste auf Dauer körperlich aber auch psychisch belastend.

„Die ganze Nacht Wachbleiben. Wir haben teilweise Nachtdienste, wo wir nicht einmal dazukommen, daß wir ein Glas Wasser trinken. Dann haben wir wieder Nachtdienste, wo dazwischen irgendwann einmal fünf Stunden nichts los ist, wo man einfach miteinander quatscht oder mal was liest oder aufräumt. Das gibt es auch. Aber man weiß nie wie der nächste wird. Ich glaube auch nicht, daß das psychisch wirklich gut ist. In der Nacht ist man eh müde und wenn

man dann durchgeht durch die Zimmer und schaut, ob eh alles in Ordnung ist und lauter schlafende Leute sieht, das beeinträchtigt einen mit der Zeit schon, auch wenn man es nicht bewußt wahr nimmt.“⁹⁶

Die vom „Normalarbeitstag“ abweichenden Dienstzeiten werden von den Befragten ebenfalls problematisiert, weil sie Aktivitäten in Familie und Freundeskreis oft erschweren.

„Das ist alleine vom Dienstplan her, dieser Beruf ist sehr familienfeindlich. Es gibt keine Wochenenden, es gibt keine Feiertage. Wenn die anderen am Wochenende fortfahren, muß ich immer meinen Dienstplan nehmen und muß schauen, habe ich frei, habe ich Nachtdienst. Wenn beim Wochenenddienst wer ausfällt, dann muß du einspringen. Dann gibt es keine 40 Stunden Woche, sondern jetzt habe ich eine 62 Stunden Woche gehabt. Das interessiert keinen, die Dienste müssen abgedeckt werden.“⁹⁷

Als Vereinbarkeitsproblem stellt sich auch die oft kurzfristige Übernahme von Diensten heraus, da dadurch die Planung privater Aktivitäten schwierig wird. Knappen Personalressourcen (z.B. wegen längerem Krankenstand eines Teammitglieds) bei gleichzeitig vorgeschriebener Mindestanzahl von Diplomierten Pflegepersonen auf der Station sind für die spontanen Einsätze und ein z.T. als sehr belastend erlebtes Überstundenpensum verantwortlich.

„Also ich sehe einfach, das größte Manko liegt einfach an der Dienstplangestaltung. Das ist die größte Schwierigkeit, weil das so ein organisatorischer Aufwand ist. Weil sobald du weg bist, ist eine Lücke da. Da wird so eng kalkuliert, daß du schauen bist, wie stopfe ich das, wie überbrücke ich das.“⁹⁸

Daß die Arbeitszeiten einer der Knackpunkte bezüglich der hohen Fluktuation im Diplomierten Pflegeberuf sind, wurde bereits von den ExpertInnen betont (siehe Kapitel 2.1 und 5.5.1). Die Umstellung von Schichtbetrieb auf flexible Dienstplangestaltung⁹⁹ bietet noch keine dauerhafte Lösung, da die

⁹⁶ Interview 5, Seite 14, Zeile 13-23.

⁹⁷ Interview 1, Seite 11, Zeile 5-12.

⁹⁸ Ebd., Seite 13, Zeile 11-15.

⁹⁹ Die flexible Dienstplaneinteilung wird von den MitarbeiterInnen unter Einhaltung vorgegebener Rahmenbedingungen gestaltet (z.B. Einhaltung der Sollstundenverpflichtung, max. 60 Stunden pro Woche, nicht mehr als 6 Tage durchgehend frei etc.). Die Namen der MitarbeiterInnen stehen in einer bestimmten Reihenfolge am Dienstplan und je nachdem wo, kann er/sie sich den Dienstplan gestalten (je weiter unten am Dienstplan, desto geringer sind die

Möglichkeiten eigene Bedürfnisse in das System einzubringen weiterhin beschränkt sind und ungeplante Dienste in engen Personalsituationen nach wie vor übernommen werden müssen.

Bei der Analyse der *quantitativen Ergebnisse* tritt verglichen mit den qualitativen Interviews das Ausmaß der aufgrund der Arbeitszeitregelung ausgelösten *Belastungen* weniger deutlich hervor. 14 Prozent der Befragten geben an, daß sie aufgrund der Arbeitszeitregelungen sehr bzw. ziemlich belastet seien. Ein weiteres Viertel erlebt dies teilweise als Belastung. Mit *zunehmendem Alter* wird seltener über Belastungen aufgrund der Arbeitszeitregelungen berichtet. Die ab 46-Jährigen geben häufiger an als die bis 30-Jährigen, daß sie unter den Arbeitszeitregelungen wenig bis gar nicht belastet seien. 48 Prozent der jüngeren aber 67 Prozent der älteren Belegschaftsmitglieder erleben die Arbeitszeitregelungen als wenig bis gar nicht belastend.

Auch bei der Frage nach der *Zufriedenheit mit der Arbeitszeitregelung* zeigt sich bei der Auswertung der *quantitativen Ergebnisse* ein ähnliches Bild. 71 Prozent erleben diese als sehr bzw. ziemlich zufrieden stellend. Lediglich jede/-r Zehnte meint, daß die Arbeitszeitregelung wenig bis gar nicht zufrieden stellend sei. Der Vergleich mit Zufriedenheitswerten von ArbeitnehmerInnen aller Branchen aus Wien und Niederösterreich aus dem Jahr 2006 (diese Daten sind aus dem Arbeitsklimaindex) ergibt eine um zehn Prozentpunkte geringere Zufriedenheit der Diplomierten Pflegebediensteten. Die über 45-jährigen Diplomierten Pflegebediensteten berichten häufiger über eine Zufriedenheit mit ihrer Arbeitszeitregelung. 82 Prozent geben an, mit der Arbeitszeitregelung sehr zufrieden zu sein; bei den bis 30-Jährigen beträgt dieser Anteil bloß 60 Prozent. Eine mögliche Erklärung kann darin bestehen, daß ältere Diplomierte Pflegebedienstete in Positionen beschäftigt sind, welche eine geregelte Arbeitszeit mit sich bringen. So sind über 45-Jährige häufiger in Positionen mit Leitungsfunktionen beschäftigt und diese geben wiederum häufiger an, mit den Arbeitszeitregelungen zufrieden zu sein.

Die Zufriedenheit mit der Arbeitszeitregelung der Diplomierten Pflegebediensteten mit Kindern im Alter von bis zu 15 Jahren unterscheidet sich von denen ohne Kinder nicht.

Auswahlmöglichkeiten). Jeden Monat wandern die Namen (oberste nach unten und unterste rücken nach), um den Gestaltungseinfluß unter allen MitarbeiterInnen gerecht zu verteilen.

5.4 Zufriedenheitsindikatoren und Belastungen im Vergleich

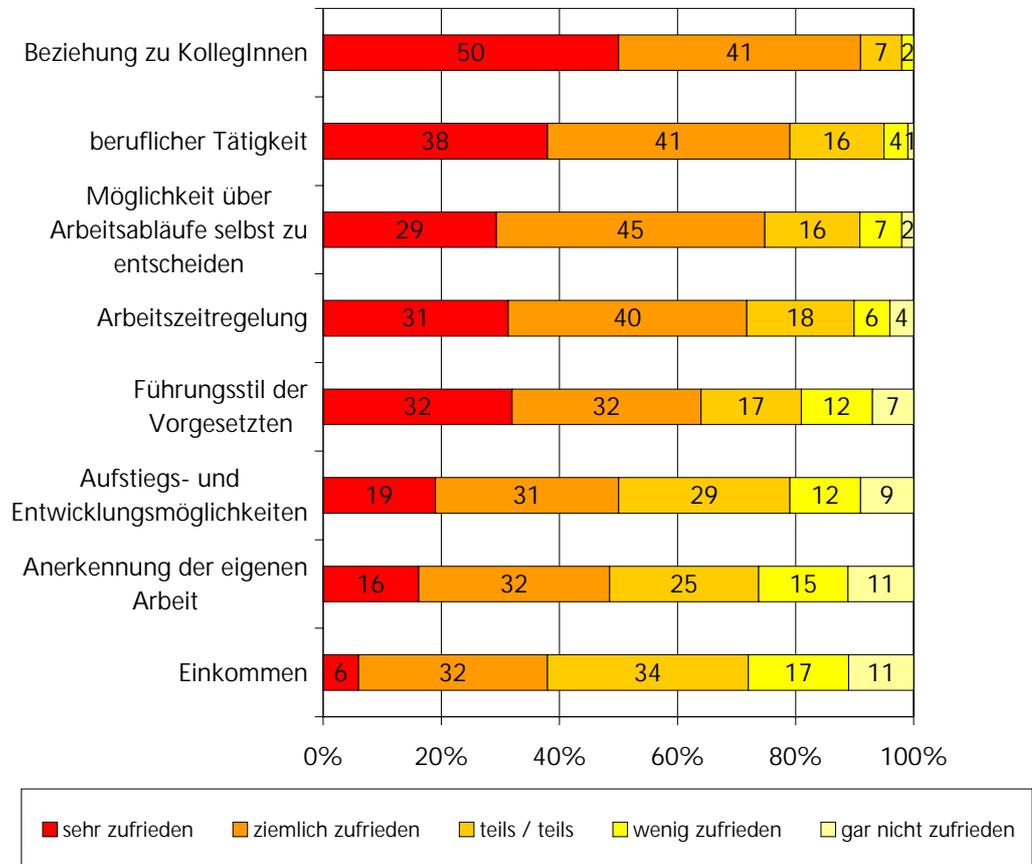
5.4.1 Zufriedenheit mit Aspekten der beruflichen Tätigkeit

Grundsätzlich zeigt sich, daß die befragten Diplomierten Pflegebediensteten mit unterschiedlichen Aspekten der beruflichen Tätigkeit zufrieden sind (Abbildung 13). Rund acht von zehn der befragten Diplomierten Pflegebediensteten geben an, daß sie sehr bzw. ziemlich mit ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden seien. Insgesamt gesehen die höchste Zustimmung erhält die Aussage zur Zufriedenheit mit den Beziehungen zu KollegInnen. Rund neun von zehn der Befragten beurteilen diese mit sehr bzw. ziemlich zufrieden stellend. Drei Viertel der Befragten stimmt die Möglichkeit über Arbeitsabläufe selbst zu entscheiden, sehr bzw. ziemlich zufrieden. Auch die Arbeitszeitregelung erleben 71 Prozent als sehr bzw. ziemlich zufrieden stellend.

Als vergleichsweise weniger zufrieden stellend werden Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten (50% - Zustimmung), sowie die Anerkennung der eigenen Arbeit (48% - Zustimmung) erlebt. Im Vergleich mit ArbeitnehmerInnen anderer Branchen wird die geringe Zufriedenheit mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten jedoch relativiert, da auch von dieser Gruppe dieser Aspekt der Arbeitstätigkeit ähnlich beurteilt wird. Auffällig niedrig ist hingegen die Zufriedenheit mit dem Einkommen. Lediglich 38 Prozent geben an, daß sie damit sehr bzw. ziemlich zufrieden sind. Im Vergleich mit ArbeitnehmerInnen anderer Branchen stellt sich heraus, daß diese Zufriedenheitswerte der Diplomierten Pflegebediensteten eklatant – und zwar um rund 20 Prozentpunkte – niedriger sind. Die Zufriedenheit mit dem Einkommen nach Trägerorganisation ist eine genauere Analyse wert. In der Mobilen Pflege und in Pflegeheimen beschäftigte Personen geben häufiger an, mit ihrem Einkommen unzufrieden zu sein: 17 Prozent der in der Mobilen Pflege und in Pflegeheimen beschäftigten Diplomierten Pflegebediensteten sowie 8 Prozent der übrigen Beschäftigten geben an, daß sie mit ihrem Einkommen sehr unzufrieden sind. Über den Vergleich mit ArbeitnehmerInnen anderer Branchen ist zusammenfassend zu sagen, daß sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit insgesamt - mit den Beziehungen zu den KollegInnen, mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten, mit dem Führungsstil durch die Vorgesetzten - keine Unterschiede feststellen lassen. Auffällig ist die höhere Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, selbst gestalterisch tätig zu sein. Stärker ins Gewicht fallen jedoch die geringeren Zufriedenheitswerte mit den Arbeitszeitregelungen sowie insbesondere mit dem Einkommen.

Abbildung 13: Indikatoren zur Zufriedenheit

Angaben in gültigen Prozent; n = 321 (3,1% fehlende Werte = keine Angabe)



5.4.2 Belastungen aufgrund der beruflichen Tätigkeit

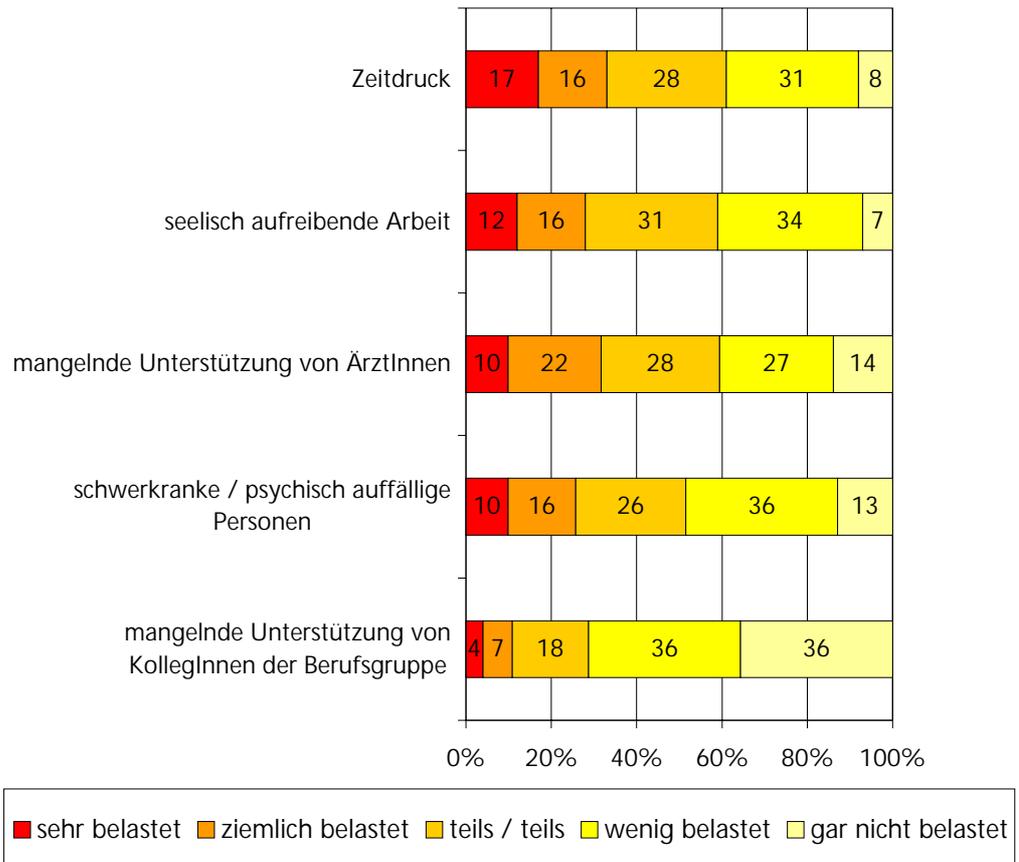
In Abbildung 14 sind die am häufigsten genannten, subjektiven Belastungen angeführt. Eine wichtige Anmerkung ist, daß die Belastung aufgrund von mangelnder Unterstützung von KollegInnen der eigenen Berufsgruppe in untenstehende Abbildung nur zu Vergleichszwecken mit der mangelnden Unterstützung aufgrund von ÄrztInnen aufgenommen wurde.

Insgesamt gesehen ist nach Angaben der befragten Diplomierten Pflegebediensteten Zeitdruck der größten Belastungsfaktor. Ein Drittel der Befragten gibt an, aufgrund von Zeitdruck sehr bzw. ziemlich belastet zu sein. (Rund Sechs von Zehn sehen sich zumindest teilweise aufgrund von Zeitdruck belastet). Diplomierte Pflegebedienstete, die sich im Laufe ihrer Karriere auf ein Fachgebiet spezialisiert haben, geben seltener an aufgrund von Zeitdruck sehr bzw. ziemlich belastet zu sein (22%) als ihre KollegInnen ohne Spezialisierung (38%). Ebenfalls ein Drittel der Diplomierten Pflegebediensteten gibt an, Belastungen aufgrund von mangelnder Unterstützung von ÄrztInnen zu erleben. (Auch hier geben rund

Sechs von Zehn an aufgrund der mangelnden Unterstützung teilweise belastet zu sein). Im Vergleich dazu sei angemerkt, daß lediglich von 11 Prozent der Befragten diese Belastungen aufgrund von mangelnder Unterstützung von KollegInnen der eigenen Berufsgruppe erlebt werden. (Zumindest teilweise als Belastung erleben dies rund drei von zehner Befragten). Die Arbeit mit schwerkranken bzw. psychisch auffälligen Personen erlebt rund ein Viertel (26%) als sehr bzw. ziemlich belastend. (Zumindest teilweise belastet sehen sich rund sechs von zehner Befragten.) Rund drei von zehner Befragten (28%) sehen sich aufgrund von seelisch aufreibender Arbeit stark bzw. ziemlich stark belastet. (Rund die Hälfte der Befragten fühlt sich aufgrund von seelisch aufreibender Arbeit zumindest teilweise belastet.) Aber auch bei der Vergleichsgruppe von ArbeitnehmerInnen anderer Branchen fällt auf, daß hier rund zwei von zehner Befragten angeben, aufgrund von seelisch belastender und aufreibender Arbeit stark bzw. ziemlich stark belastet zu sein.

Als wesentliches Bestimmungsstück der beruflichen Verläufe wurde in den *qualitativen Interviews* die Wahrnehmung der Begrenztheit der eigenen Belastungsfähigkeit mit dem Alter sowie die sich daraus ergebende Notwendigkeit andere berufliche Perspektiven als die vorwiegende direkte Arbeit mit den PatientInnen zu erarbeiten, herausgestrichen (siehe Kapitel 4.4). Auch in den *quantitativen Auswertungen* zeigt sich, daß mit höherem Alter einige der Beanspruchungsfaktoren als zunehmend belastender erlebt werden. Unter der Annahme, daß Diplomierte Pflegebedienstete in Leitungs-, sowie in Stabellen- und Verwaltungsfunktionen und in der Lehre Beschäftigte weniger direkt mit der Arbeit an den PatientInnen konfrontiert sind, wurden in den folgenden Auswertungen lediglich Diplomierte Pflegebedienstete berücksichtigt, die vorwiegend in direktem PatientInnenkontakt stehen. Die Konfrontation mit Krankheit, Tod und Leid wird von rund einem Viertel der Diplomierten Pflegebediensteten (27%), die älter als 40 Jahre sind, als sehr bzw. ziemlich belastend erlebt. Bei den bis 30-Jährigen fühlen sich hingegen nur 17 Prozent dieser Belastung sehr bzw. ziemlich ausgesetzt. Auch einseitige körperliche Tätigkeiten setzen den älteren ArbeitnehmerInnen mehr zu (27 vs. 14%). Mit zunehmendem Alter werden ständig wechselnde Arbeitsanforderungen unabhängig von der Funktion in der jeweiligen Organisation als belastender erlebt: 20 Prozent der über 45-Jährigen geben an, daß sie aufgrund von ständig wechselnden Arbeitsanforderungen sehr bzw. ziemlich belastet seien. Bei den bis 30-Jährigen macht dieser Anteil lediglich 7 Prozent aus. Insgesamt beurteilen rund 13 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten diesen Aspekt des Arbeitsablaufs als sehr bzw. ziemlich belastend. Dieser Wert unterscheidet sich von ArbeitnehmerInnen anderer Branchen nicht.

Abbildung 14: Belastungen aufgrund von ...



Angaben in gültigen Prozent; n = 321 (2% – 4% fehlende Werte = keine Angabe)

5.5 Berufliche Perspektiven

Die Frage nach den beruflichen Perspektiven wurde sowohl derzeit erwerbslosen als auch derzeit beschäftigten Diplomierten Pflegebediensteten gestellt. Da den beiden Gruppen jedoch unterschiedliche Antwortmöglichkeiten zur Verfügung standen, erfolgt eine getrennte Darstellung der Ergebnisse. Aus Tabelle 9 ist ersichtlich, daß sechs von zehn der derzeit Erwerbstätigen in derselben Position und Organisation verbleiben möchten. Zwei von Zehn streben einen Wechsel in eine höhere berufliche Position im selben Tätigkeitsbereich an. Lediglich 8 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten streben den Wechsel in eine andere Abteilung innerhalb der derzeitigen Organisation an, und ein Organisations-

wechsel steht vermutlich nur für 3 Prozent zur Diskussion. Rund 8 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten planen den Ausstieg aus dem Beruf¹⁰⁰.

Tabelle 9: Berufliche Perspektiven – derzeit Erwerbstätige

Themen	Ins- gesamt	Frauen	Männer
Verbleib in Position u. Organisation	59	61	48
Wechsel in höhere berufl. Position in Tätigkeitsbereich	19	18	26
Wechsel in anderen Tätigkeitsbereich in Organisation	8	8	7
Wechsel in andere Organisation	3	3	2
Beginn einer Ausbildung für Berufswechsel	3	3	5
Wechsel in selbständige Tätigkeit als DGKS/DGKP	1	2	0
vollständiger Wechsel des Berufs in einem Angestelltenverhältnis	1	1	2
Wechsel in eine andere selbständige Tätigkeit	2	2	7
anderes	2	2	2
<i>Gesamt</i>	<i>98</i>	<i>100</i>	<i>99</i>

Anm.: Angaben in gültigen Prozent, (4% fehlende Werte = keine Angabe)

Die Auswertungen zeigen, daß Männer häufiger als Frauen eine berufliche Veränderung anstreben. Während 48 Prozent der Männer angeben, daß sie in derselben Position und Organisation verbleiben möchten, treffen 61 Prozent der Frauen diese Aussage. Diese Wachsamkeit von Seiten der Männer gegenüber Karriereaspekten wurde bereits bei den Motiven für den Ausbildungsbeginn als auch bei den Gründen für einen Organisationswechsel deutlich. Als ein weiterer Unterschied ist festzustellen, daß mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen sinkt, die eine höhere berufliche Position anstreben. Interessant sind auch die Altersunterschiede hinsichtlich der Absicht, den Beruf wechseln zu wollen: In der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen ist dieser Anteil mit 15 Prozent vergleichsweise am höchsten. Der niedrigste Anteil an „potentiellen BerufswechslerInnen“ ist bei den über 40-Jährigen mit 4 Prozent zu finden. Bei den bis 30-Jährigen beträgt er 9 Prozent.

Bei den derzeit arbeitslos gemeldeten Diplomierten Pflegebediensteten verglichen mit den Erwerbstätigen wird eine größere Bandbreite an beruflichen Perspektiven genannt (Tabelle 10). Lediglich rund die Hälfte (48%) der derzeit arbeitslos gemeldeten Diplomierten Pflegebediensteten geben an, wieder eine Stelle für Diplomierte Pflegepersonal ergreifen zu wollen. 8 Prozent suchen derzeit keine

¹⁰⁰ Dieser Wert versteht sich inklusive der Antwortmöglichkeit „anderes“ da sich diese Aussagen ebenfalls auf den Ausstieg aus dem Beruf beziehen (z.B.: Erwerbsunfähigkeit, ...)

neue Stelle. Ein gutes Drittel (36%) setzt Schritte um dem angestammten Berufsfeld den Rücken zu kehren¹⁰¹.

Tabelle 10: Berufliche Perspektiven – derzeit Erwerbslose

<i>Themen</i>	<i>Insgesamt</i>
suche vergleichbare Stelle als DGKS	20
suche Stelle als DGKS, in einer höheren beruflichen Position, jedoch selbe Tätigkeit	14
suche Stelle als DGKS, jedoch in einem anderen Tätigkeitsbereich	14
Beginn Ausbildung für Berufswechsel	16
suche derzeit keine neue Stelle	8
Wechsel in selbständige Tätigkeit als DGKS/DGKP	2
vollständiger Wechsel des Berufs in einem Angestelltenverhältnis	6
Wechsel in eine andere selbständige Tätigkeit	14
anderes	6
<i>Gesamt</i>	<i>98</i>

Anm.: Angaben in Prozent, (1% fehlende Werte = keine Angabe)

5.5.1 Bindung an den Beruf

Die Bindung an den derzeit ausgeübten Pflegeberuf wurde in dieser Studie konkret über die beruflichen Ziele gemessen. Wie bereits im Kapitel 5.5 ausgeführt, zeigt sich, daß *9 Prozent*¹⁰² der derzeit Erwerbstätigen (28 Befragte) über einen *geplanten Berufswechsel* berichten. Bei den derzeit erwerbslosen Diplomierten Pflegekräften gibt jedoch die Hälfte an, nicht mehr in diesem Berufsfeld tätig sein zu wollen (25 Personen). Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Aussagen von ArbeitnehmerInnen aller Berufsgruppen, zeigt sich, daß im Jahr 2006 rund 7 Prozent der Befragten einen Berufswechsel anstreben. Diese Ergebnisse aus dem Arbeitsklima-Index sind jedoch nur unter Einschränkungen vergleichbar, da die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten in der vorliegenden Studie etwas differenzierter ausgestaltet waren. 10 Prozent der Vergleichsgruppe aus der Branche des Gesundheits-, Sozial- und Veterinärwesens berichten über einen Berufswechsel. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse der schriftlichen

¹⁰¹ Detailliertere Auswertungen sind leider aufgrund der zu geringen Stichprobe nicht möglich.

¹⁰² Dieser Unterschied zu Tabelle 9 ergibt sich aufgrund von Rundungsdifferenzen.

Befragung sowie der qualitativen Interviews scheint die allgemeine Vermutung über eine sehr hohe Fluktuation im Pflegeberuf in Frage gestellt zu sein.

Auch in anderen Studien zu (Diplomierten) Pflegebediensteten werden die Themen Fluktuation und Berufswechselintentionen sehr häufig behandelt. Das europäische Forschungsprojekt „*NEXT – Nurses Early Exit Study*“¹⁰³ widmet sich dem Problem, wie frühzeitige Ausstiege aus dem Beruf verhindert werden können, um aufgrund der demographischen Entwicklung personelle Engpässe in der Versorgung und Pflege von älteren Menschen vermeiden zu können. Auch der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen erstellte österreichische Pflegebericht berücksichtigt diese Fragestellung. Im Rahmen einer österreichweiten, schriftlichen Befragung nahmen insgesamt 1.645 Diplomierte Pflegebedienstete und auch PflegehelferInnen/AltenfachbetreuerInnen sowie Führungskräfte teil. Diese wurden danach gefragt, wie häufig sie im letzten Jahr daran gedacht haben, den Pflegeberuf zu verlassen. Rund ein Drittel der Befragten gibt an, mehrmals im Jahr oder öfters daran zu denken, dem derzeitig ausgeübten Beruf den Rücken zuzukehren. Der Anteil derjenigen, die angeben mehrmals im Monat über einen Berufsausstieg nachzudenken, liegt jedoch bereits bei weniger als 5 Prozent¹⁰⁴. Im internationalen Vergleich mit den Ergebnissen aus der NEXT-Studie zeigt sich, daß in Deutschland rund die Hälfte der Befragten angibt, diese Überlegungen mehrmals im Jahr oder öfters anzustellen. Rund ein Drittel denkt mehrmals im Jahr daran, den Pflegeberuf zu verlassen. Jede/-r Zehnte denkt mehrmals monatlich daran. Weitere 6 Prozent spielen wöchentlich und 3 Prozent täglich mit dem Gedanken dem Pflegeberuf den Rücken zuzukehren¹⁰⁵.

Diese doch größeren Unterschiede bezüglich der Schätzung des Anteils der „potentiellen BerufswechslerInnen“ zwischen der vorliegenden Studie und der oben zitierten werden in der unterschiedlichen Art der Fragestellung vermutet. Während in der Studie des österreichischen Pflegeberichts nach der Häufigkeit der gedanklichen Beschäftigung mit einem Berufswechsel gefragt wurde, wurden die StudienteilnehmerInnen in der vorliegenden Studie nach längerfristigen beruflichen Plänen und somit konkreteren Absichten gefragt. Unter Umständen resultiert eine in die Zukunft gerichtete Frage in einer realistischeren Einschätzung der Berufswechselintentionen unter Einbeziehung weiterer Informationen wie beispielsweise der eigenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

¹⁰³ <http://www.next.uni-wuppertal.de/>

¹⁰⁴ ÖBIG 2006, Seite 63f. Einschränkend sei hinzugefügt, daß dieser Wert lediglich von einer Abbildung abgelesen und nicht exakt aus dem Bericht entnommen wurde.

¹⁰⁵ Hasselhorn et al.2005, Seite 138.

Eine Analyse der Routinedaten der GEK (Gmündner Ersatzkasse) zu den Erwerbsverläufen erwerbstätiger Frauen kam zu dem Schluß, daß Krankenschwestern im Vergleich zu weiblichen Beschäftigten in anderen Berufsgruppen (Bürofachkräfte, Verkäuferinnen und Sprechstundenhelferinnen) seltener ihren Beruf wechseln¹⁰⁶. Die Schlußfolgerung, daß die Berufswechselabsichten von Pflegekräften in ihrer Dramatik überschätzt werden, begründen die AutorInnen damit, daß in anderen Studien ein geschlechterspezifischer Mobilitätseffekt vernachlässigt wurde. Damit ist gemeint, daß der Eindruck einer scheinbar hohen Fluktuation dadurch zustande kommt, daß die Pflege ein vorwiegend weiblicher Beruf ist und da die Kinderbetreuung nach wie vor in den Aufgabenbereich der Frauen fällt, diese auch öfters aus dem Beruf aussteigen und somit eine höhere Fluktuation bedingen¹⁰⁷. Damit ist jedoch nicht gesagt, daß die Diplomierten Krankenschwestern nach einer Kinderbetreuungsphase nicht wieder in den Beruf einsteigen würden. Eine weitere Ursache in der Problematisierung der Fluktuation im Pflegeberuf liegt möglicherweise darin, daß in Studien ohne dem Zugrundelegen einer Vergleichsgruppe Berufswechselintentionen gemessen und diskutiert werden¹⁰⁸.

Ein auffälliges Ergebnis in der Analyse der Routinedaten der GEK bestand darin, daß Krankenschwestern und auch Pflegehelferinnen diejenigen Berufsgruppen darstellen, die am häufigsten einen direkten Übergang von der Berufstätigkeit zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente aufwiesen¹⁰⁹. Einschränkend wird jedoch hinzugefügt, daß diese Rentenbezieher eine sehr kleine Gruppe darstellen. Generell deutet dieses Ergebnis auf die erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen dieses Berufes hin, die bei manchen ArbeitnehmerInnen eine langjährige Berufsausübung beeinträchtigen können.

Basierend auf den Daten der *quantitativen Untersuchung* wird im Folgenden der Frage nachgegangen, welche Arbeitsbedingungen und Aspekte der Tätigkeit mit dem Wunsch, den Beruf zu wechseln, in einem Zusammenhang stehen¹¹⁰. Grundsätzlich zeigt sich, daß potentielle BerufswechslerInnen mit ihrem derzeitigen Beruf und einzelnen Aspekten vergleichsweise weniger zufrieden sind und häufiger angeben, einzelnen Belastungen ausgesetzt zu sein. Darüber hinaus kann bei den potentiellen BerufswechslerInnen eine geringere Identifikation mit dem Beruf festgestellt werden.

¹⁰⁶ Gmündner Ersatzkasse 2004, Seite 201.

¹⁰⁷ Ebd., Seite 219.

¹⁰⁸ Ebd., Seite 219.

¹⁰⁹ Ebd., Seite 202.

¹¹⁰ Die im Folgenden aufgelisteten Faktoren wurden aufgrund von signifikanten Mittelwertsunterschieden identifiziert.

Erwerbstätige Diplomierte Pflegebedienstete, die beabsichtigen, den Beruf zu wechseln, geben *seltener* an, daß sie mit ihrer derzeitigen Berufstätigkeit *zufrieden* sind, als Personen, die weiterhin in dem Berufsfeld tätig sein möchten. 43 Prozent derjenigen, die einen Berufsausstieg ins Auge gefaßt haben, aber 85 Prozent derjenigen, die weiterhin in diesem Beruf tätig sein möchten, geben an, daß sie mit ihrem Beruf sehr bzw. ziemlich zufrieden seien. Geringere Zufriedenheitswerte zeigen sich vor allem mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten (11% zu 56%). Verglichen damit sind die Differenzen in den Zufriedenheitswerten bei der Zufriedenheit mit der Arbeitszeitregelung (46% zu 75%), mit der Anerkennung der eigenen Leistung (25% zu 51%), mit der Möglichkeit über Arbeitsabläufe selbst zu entscheiden (57% zu 78%) und mit dem Führungsstil der Vorgesetzten (46% zu 67%) zwar auch noch merklich, aber weniger stark ausgeprägt. Die Differenzen betragen zwischen 28 und 20 Prozentpunkte.

Hinsichtlich der *Belastungen* unterscheiden sich die „potentiellen BerufswechslerInnen“ von denjenigen, die weiterhin im Beruf bleiben möchten in der Intensität der Beurteilung der erlebten Belastungen aufgrund von seelisch belastender und aufreibender Arbeit (54% zu 25%), ständiger Wechsel der Arbeitsabläufe und –anforderungen (32% zu 11%) und der Arbeitszeitregelung (30% zu 11%). In der Arbeit an den PatientInnen wird nach Angaben der Befragten seltener eine merkliche Verbesserung des Gesundheitszustandes beobachtet (43% zu 15%).

Die *Arbeitszeit* kristallisierte sich im Rahmen der ExpertInneninterviews als ein relevanter Faktor für Berufswechselintentionen heraus. Auch in der NEXT-Studie zeigte sich, daß das Ausmaß der Überstunden in einem Zusammenhang mit dem Wunsch aus dem Beruf auszusteigen, steht¹¹¹. Dieses Ergebnis kann auch in dieser Studie nachgewiesen werden: Während derzeit Erwerbstätige, die ihren Beruf verlassen möchten, im Durchschnitt fünf Stunden pro Woche mehr als gewünscht arbeiten, liegt die Differenz zwischen ersehnter und tatsächlicher Arbeitszeit bei denjenigen, die in ihrem Beruf bleiben möchten, bei zwei Stunden.

Erwerbstätige, die einen Berufswechsel anstreben geben seltener an, daß sie auf die Ausübung des Pflegeberufes stolz seien (46% zu 83%). Die Aussage, daß ihnen die Arbeit das Gefühl gibt, persönlich etwas zu leisten, halten sie seltener für zutreffend (54% zu 89%). Sie erleben in ihrem Beruf weniger häufig die Möglichkeit zu einer fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung (37% zu 79%). Sie geben vermehrt an, sich bei der Ausübung des Berufes unterfordert

¹¹¹ Hasselhorn et al. o.J., Seite 6.

zu fühlen bzw. ihr Wissen und ihre Fähigkeiten nicht voll einsetzen zu können (39% zu 81%).

In den *qualitativen Interviews* wurde insbesondere noch die Begrenztheit der eigenen Belastungsfähigkeit als Ursache für einen potentiellen Berufswechsel herausgearbeitet. Auch in den Auswertungen zur *NEXT-Studie* wurden die Faktoren professionelle Perspektive (Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten), Arbeitsorganisation und Gesundheit als relevant für die Absicht den Pflegeberuf zu verlassen, identifiziert. Leider liegen derzeit diesbezüglich keine genaueren Informationen vor.

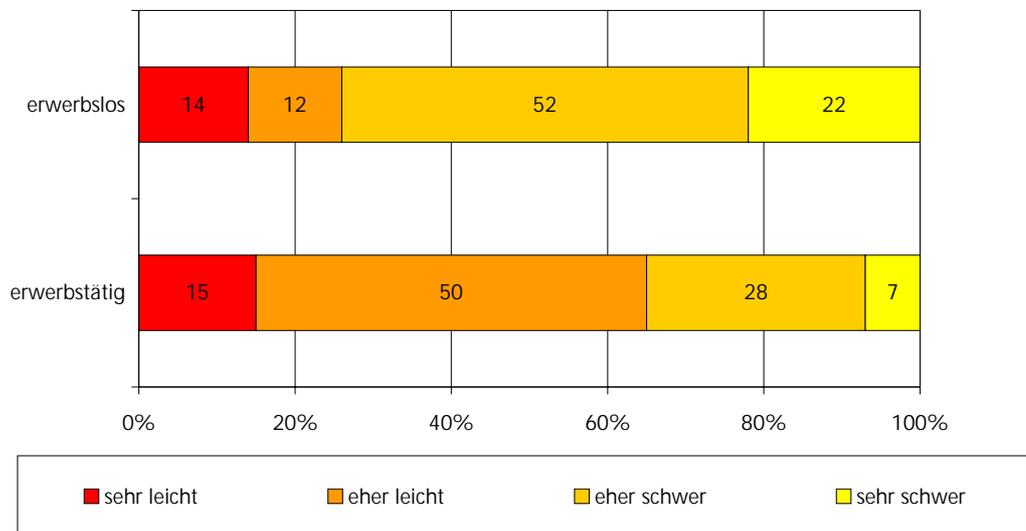
5.5.2 *Einschätzung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt*

Sowohl nach Ansicht der befragten ExpertInnen (siehe Kapitel 3.2.6) als auch in den qualitativen Interviews wurde die positive Arbeitsmarktsituation für Diplomierte Pflegebedienstete deutlich. Auch im *quantitativen Teil dieser Untersuchung* bestätigt sich dieses Bild. Rund zwei Drittel der derzeitigen erwerbstätigen Diplomierten Pflegebediensteten nehmen an, sehr bzw. eher leicht im Falle eines Arbeitsplatzverlustes eine annehmbare Arbeitsstelle zu finden (Abbildung 15). Davon sind immerhin 15 Prozent der Befragten der Meinung, sehr leicht wieder eine neue Anstellung finden zu können. Lediglich 7 Prozent sehen ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt als sehr gering und ein weiteres gutes Viertel (28%) als eher schwer an. Im Vergleich mit ArbeitnehmerInnen anderer Branchen wird die positive Beurteilung der Arbeitsmarktchancen von Diplomierten Pflegebediensteten erneut deutlich. Rund 44 Prozent der ArbeitnehmerInnen vermuten, daß sie im Falle eines Arbeitsplatzverlustes sehr bzw. eher leicht wieder eine neue Stelle finden werden.

Diplomierte Pflegebedienstete, die derzeit erwerbslos sind, schätzen ihre Chancen auf eine adäquate neue Beschäftigung bereits weitaus schwieriger ein als erwerbstätige Diplomierte Pflegebedienstete. Dies kann möglicherweise auf den angestrebten Berufswechsel zurückgeführt werden. Lediglich ein Viertel (24%) beurteilt die Chancen auf eine annehmbare neue Arbeitsstelle als positiv. Mehr als die Hälfte (52%), der zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslosen Personen, erlebt es eher schwer eine neue Arbeitsstelle zu erhalten, weitere 22 Prozent schätzen ihre Chancen sogar sehr schlecht ein. Aber auch erwerbslose Diplomierte Pflegebedienstete schätzen ihre Arbeitsmarktchancen noch bedeutend besser ein als Erwerbslose in anderen Branchen. Hier geben lediglich 13 Prozent der Befragten an, daß sie sehr bzw. ziemlich leicht wieder einen Job finden werden.

Abbildung 15: Einschätzung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt

Angaben in gültigen Prozent; n = 376 (2% fehlende Werte = keine Angabe)



Die subjektiven Chancen auf dem Arbeitsmarkt werden von Angehörigen einzelner Gruppen unterschiedlich eingeschätzt. Vor allem ältere Erwerbstätige und Erwerbstätige mit Kindern unter 15 Jahren beurteilen ihre Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt in einem negativeren Licht.

Vergleicht man die Selbsteinschätzungen der berufstätigen Personen, nach Alter, so zeigt sich, daß jüngere ArbeitnehmerInnen ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt höher einschätzen, als ältere. 81 Prozent der Befragten bis 30 Jahre geben an, wenn nötig, sehr bzw. eher leicht wieder eine neue Anstellung finden zu können. Im Alter von 31 bis 40 Jahren sind immerhin 68 Prozent aller befragten Personen der Ansicht, eher leicht einen Arbeitsplatz zu finden. Bei Befragten im Alter von 41 bis 45 nimmt die Anzahl derer, die glauben sehr (15%) bzw. eher leicht (48%) eine neue Arbeitsstelle zu erhalten, weiterhin ab und bereits ein Drittel rechnet damit, eher schwer wieder eine neue Beschäftigung zu erhalten. Ab einem Alter von 46 Jahren, vertreten nur mehr 42 Prozent der befragten Diplomierten Pflegebediensteten die Ansicht, im Falle einer Kündigung sehr leicht bzw. eher leicht wieder einen annehmbaren Arbeitsplatz zu finden. Bereits 22 Prozent sind der Meinung, nur sehr schwer wieder eine Arbeitsstelle zu erhalten.

Erwerbstätige Pflegekräfte mit Kindern neigen im Vergleich zu kinderlosen Befragten eher dazu, ihre Arbeitsmarktchancen etwas geringer einzustufen. Während 16 Prozent der kinderlosen Befragten der Ansicht sind, sehr leicht und 57 Prozent eher leicht wieder eine Anstellung zu erhalten, stimmen 10 Prozent bzw. 48 Prozent der erwerbstätigen Befragten mit Kindern dieser Aussage zu. 27 Prozent der befragten ArbeitnehmerInnen ohne Kinder meinen grundsätzlich,

schwer eine neue Anstellung zu finden, doch auch hier überwiegen die erwerbstätigen Personen mit Kindern mit 42 Prozent.

6 *Berufsstand*

6.1 *Berufsstatus und berufliche Identität*

Berufliche Identität wird als das Ergebnis der Annäherung von persönlichen und individuellen berufsrelevanten Erwartungen und Wertorientierungen an externe Normen und Standards im Berufsfeld gesehen¹¹². In dem Akt des Ausbalancierens von Fremd- und Selbsterwartungen (soziale und persönliche Identität) wird die berufliche Identität sichtbar. In der vorliegenden quantitativen Untersuchung wurden basierend auf den Schilderungen der ExpertInneninterviews zu diesem Thema Entwürfe der beruflichen Identität operationalisiert. Auch der Aspekt des Fremd- und Selbstbildes wird darin behandelt.

Die ersten beiden Items zur beruflichen Identität beziehen sich auf die subjektiv wahrgenommene Einschätzung des eigenen Berufsstandes aus den Augen Dritter (Abbildung 16). Beinahe zwei Drittel der Befragten (62%) geben an, daß sie von ÄrztInnen als „Mädchen für alles“ angesehen werden. Auch der Aussage „Verglichen mit den Aufgaben von ÄrztInnen und Angehörigen therapeutischer Berufe werden meine Aufgaben von der Gesellschaft weniger wertgeschätzt“ stimmen 62 Prozent der Diplomierten Pflegebediensteten sehr bzw. ziemlich zu. Hier zeigt sich vor allem, daß über 45-Jährige (72% Zustimmung) häufiger an der gesellschaftlichen Anerkennung zweifeln, als bis 30-Jährige (62% Zustimmung). In einer Untersuchung des Online-Forschers marketagent.com über die Images von Berufen in der österreichischen Bevölkerung wurde das Vertrauen zu Angehörigen einzelner Berufsgruppen sowie Verdienstmöglichkeiten in den Berufsgruppen bewertet¹¹³. „Krankenschwestern“ sowie Ärzte und Feuerwehrleute genießen laut dieser Studie das größte Vertrauen der Bevölkerung. Aus der Gegenüberstellung dieser Ergebnisse wird die Diskrepanz zwischen der Beurteilung der Fremdwahrnehmung der Diplomierten Pflegebediensteten (geringe gesellschaftliche Anerkennung) und der tatsächlichen eher positiven Zuschreibung deutlich. Die Ergebnisse der oben erwähnten Studie zeigen, daß interessanterweise dem Berufsfeld der Krankenpflege zwar rosige Zukunftsaussichten gleichzeitig jedoch geringe Verdienstmöglichkeit attestiert werden. Offen bleibt in dieser Diskussion leider, welche Ursachen für den Zweifel der Diplomierten Pflegebediensteten an einem positiven Fremdbild vermutet werden können. Nach Ansicht der ExpertInnen wirken laufende Kostenreduktionen,

¹¹² Messner/Reuter 2000

¹¹³ APA Meldung vom 17.10.2006

Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und Diskussionen zur Nichtfinanzierbarkeit des Gesundheitssystems sowie die Nähe zu Alter, Tod einer Aufwertung des Pflegeberufs entgegen (siehe Kapitel 3.2.5).

Das Selbstbild der Diplomierten Pflegebediensteten scheint demgegenüber positiver ausgeformt zu sein: Rund acht von zehn der Diplomierten Pflegebediensteten sind stolz darauf, ihren Beruf auszuüben. Die über 45-Jährigen orten zwar am häufigsten eine geringe gesellschaftliche Anerkennung, gleichzeitig ist dies auch die Altersgruppe, die am häufigsten angibt, auf die Berufsausübung stolz zu sein (92%). Der Zusammenhang zwischen der Identifikation mit dem Beruf und der Bindung an den Beruf, ist eklatant. Nur 46 Prozent der Befragten, die laut ihren Angaben beabsichtigen, den Beruf wechseln zu wollen, geben an, stolz auf ihren Beruf zu sein. Hingegen erhält diese Aussage von 84 Prozent derjenigen, die im Beruf bleiben wollen, eine Zustimmung.

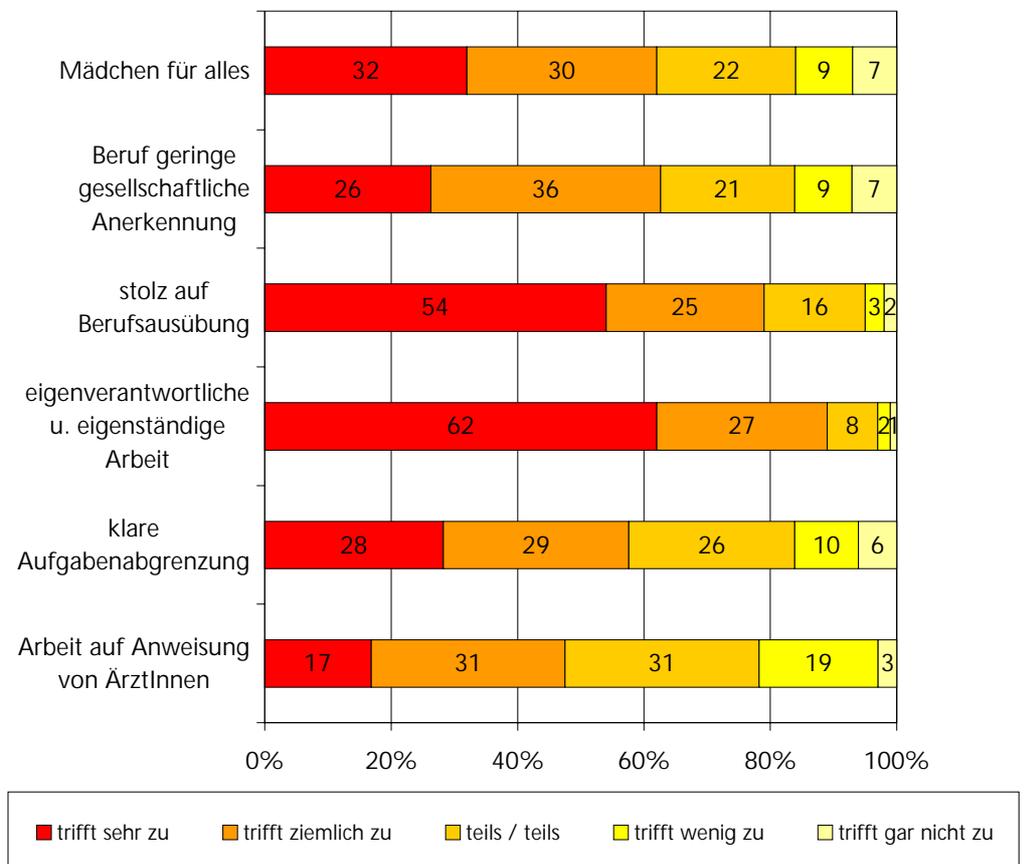
In den ExpertInneninterviews wurde bezüglich des Selbstverständnisses der Diplomierten Pflegebediensteten die beiden Pole „Eigenverantwortlichen Pflege“ und „Pflege als Anweisung von ÄrztInnen“ thematisiert. Dabei wurde die Hypothese aufgestellt, daß insbesondere Ältere dem letztgenannten Pol eher zugeneigt sind. Es zeigt sich, daß der erstgenannten Ausprägung der beruflichen Identität von rund neun von zehn der Befragten zugestimmt wird. Hingegen erfährt die Aussage: „Die Arbeit wird häufig auf Anweisungen von ÄrztInnen durchgeführt“ nur von 48 Prozent der Befragten eine Bestätigung.

Die von den ExpertInnen genannten Hypothese, daß sich jüngere Erwerbstätige zunehmend seltener als ausführendes Organ der ÄrztInnenschaft wahrnehmen, kann in den Selbstaussagen der Diplomierten Pflegebediensteten nicht wieder gefunden werden (siehe Kapitel 3.2.1). Während 53 Prozent der Pflegekräfte, die die Ausbildung in den vergangenen zehn Jahren abgeschlossen haben, dieser Aussage sehr bzw. ziemlich zustimmen, erleben vergleichsweise nur 40 Prozent derjenigen, die ihre Ausbildung vor 1986 abschlossen diese Aussage als sehr bzw. ziemlich zutreffend.

Es zeigt sich, daß die Tätigkeitsbereiche selbst in einem Zusammenhang mit der beruflichen Identität stehen. Diplomierte Pflegebedienstete, die in Pflegeheimen oder in der Mobilen Pflege beschäftigt sind, stimmen der Aussage, „Pflege sei eigenständige und eigenverantwortliche Arbeit“ mit einem Anteil von 92 Prozent vergleichsweise am häufigsten zu. Bei anderen Beschäftigten liegt dieser Anteil bei 59 Prozent. Die Arbeit in der Mobilen Pflege und in Pflegeheimen wird klarer als eigenständige Tätigkeit wahrgenommen.

57 Prozent der Befragten erleben die Aufgaben ihrer Berufsgruppe als klar von Personen anderer Berufsgruppen abgegrenzt. Auch hier zeigt sich wieder, daß Diplomierte Pflegebedienstete, die in der Mobilen Pflege und in Pflegeheimen beschäftigt sind, häufiger angeben, ihre Aufgaben gegenüber anderen Berufsgruppen klar abgegrenzt zu sehen. Rund zwei Drittel (67%) dieser Gruppe stimmen dieser Aussage sehr bzw. ziemlich zu. Bei Diplomierten Pflegebediensteten in anderen Organisationen liegt der Anteil bei 54 Prozent.

Abbildung 16: Berufliche Identität



Angaben in gültigen Prozent; n = 321 (3% fehlende Werte = keine Angabe)

6.2 Qualifikationsprofil

Wie bereits in Kapitel 2.1 ausgeführt, werden eine Vielzahl an Fähigkeiten und Kompetenzen für die Ausübung der Diplomierten Gesundheits- und Kranken-

pflege gefordert. Im Folgenden wird diesbezüglich die *Sichtweise der Diplomierten Pflegebediensteten* dargestellt. Grundsätzlich zeigt sich das Bild, daß eine Vielzahl an fachlichen und sozialen Kompetenzen als wesentlich erachtet wird. Auch bei der zuletzt gereihten Fähigkeit beurteilt noch etwa rund die Hälfte der Befragten, diese Fähigkeit (erzieherische Kompetenz) als sehr bzw. ziemlich wichtig.

In untenstehender Tabelle 11 werden diejenigen acht Kompetenzen (das höchstbewertete Viertel aller Kompetenzen) aufgelistet, die von den Befragten die höchsten Zustimmungen erhalten. Als die am wichtigsten beurteilte Fähigkeit stellt sich die Teamfähigkeit heraus. In der Rangreihenfolge werden die nächsten beiden Kompetenzen von fachlichen Aspekten besetzt. Kenntnis über Krankenpflege wird von 85 Prozent der Befragten als sehr wichtig eingestuft und beinahe von allen als sehr bzw. ziemlich wichtig beurteilt. Auch Fachkompetenz¹¹⁴ erfährt eine ähnliche hohe Beurteilung der Wichtigkeit. Als weitere bedeutende methodische Kompetenz wird die Fähigkeit zur Prioritätensetzung genannt und erhält von 82 Prozent der Befragten ihre Zustimmung. Auch die Einsatzbereitschaft wird von 80 Prozent der Befragten als sehr wichtig beurteilt. Als weitere wichtige Fähigkeiten werden selbständiges Arbeiten, Kommunikationsfähigkeit und Diskretion identifiziert.

Tabelle 11: Wichtige Fähigkeiten und Kompetenzen

	<i>Mittelwert</i> ¹¹⁵	<i>Sehr wichtig (in %)</i>	<i>Sehr & ziemlich wichtig (in %)</i>
Teamfähigkeit	1,07	93	99
Krankenpflege	1,15	85	99
Fachkompetenz	1,20	82	98
Fähigkeit zur Prioritätensetzung	1,22	82	98
Einsatzbereitschaft	1,23	80	98
selbständiges Arbeiten	1,24	78	99
Kommunikationsfähigkeit	1,26	77	97
Diskretion	1,26	78	97

Anm.:(2% - 6% fehlende Werte = keine Angabe)

Die sieben Fähigkeiten und Kompetenzen, die vergleichsweise am wenigsten wichtig für die Ausübung der Berufstätigkeit als DGKS/DGKP beurteilt werden,

¹¹⁴ Diese Sammlung an Fähigkeiten und Kompetenzen wurde unter dem Aspekt der Vergleichbarkeit mit anderen Berufsgruppen sowie der Berücksichtigung von spezifischen Anforderungen aus der Gesundheits- und Krankenpflege gebildet. Aus diesem Grund ist auch der Begriff der Fachkompetenz enthalten.

¹¹⁵ Die Beurteilung der Wichtigkeit der Kompetenzen wird auf einer 5-stufigen Skala von „1“ = „sehr wichtig“ bis „5“ = „gar nicht wichtig“ gemessen.

lauten in absteigender (nach dem Mittelwert sortierter Reihenfolge): Analytisches Denkvermögen (37%), Fähigkeit sich an Strukturen im Gesundheitswesen anzupassen (30%), Führungskompetenz (32%), Sprachkenntnisse (30%), Computeranwendungskenntnisse (20%), Kreativität (23%) und erzieherische Kompetenzen (14%). In Klammern sind jeweils die Anteile derjenigen angeben, die diese Fähigkeit oder Kompetenz mit sehr wichtig beurteilen.

Die *Ansicht der ExpertInnen* (siehe Kapitel 3.2.4) deckt sich weitestgehend mit denen der befragten Diplomierten Pflegebediensteten. Die fachliche Kompetenz wird von beiden Gruppen als notwendige Voraussetzung für eine positive Bewältigung des Arbeitsalltags gesehen. Auch Team- und Kommunikationsfähigkeiten werden übereinstimmend als wichtige Kompetenzen angesehen. Das Einfühlungsvermögen (empathische Kompetenz) ist aufgrund der Beurteilung der befragten Diplomierten Pflegebediensteten an die neunte Stelle zu reihen. Auch selbständiges Arbeiten bzw. in der Begrifflichkeit der ExpertInnen „Selbstkompetenz, im Sinne der Übernahme von Verantwortung und organisatorischen Fähigkeiten“ wird übereinstimmend als wichtig beurteilt. Von den ExpertInnen nicht direkt genannt, aber in unmittelbaren Zusammenhang stehende Fähigkeiten wie Einsatzbereitschaft und die Fähigkeit zur Prioritätensetzung fallen unter diesen Überbegriff. Psychische Belastbarkeit wird von ExpertInnen ebenfalls als wesentliche Kompetenz für die Berufsausübung bezeichnet. Da diese umfassende Kompetenz in der Form jedoch nicht im Fragebogen enthalten war, können hier leider keine Vergleiche gezogen werden. Pädagogische Kompetenzen wurden vergleichsweise weniger häufig als relevant angesehen, wie dies in den Gesprächen mit den ExpertInnen betont wurde. Es zeigt sich jedoch, daß Diplomierte Pflegebedienstete in Lehrfunktionen diese erzieherischen Kompetenzen als signifikant wichtiger beurteilen als ihre KollegInnen, die keine Funktion in der Lehre ausüben.

Im *quantitativen Teil* dieser Untersuchung wurde darüber hinaus der Frage nachgegangen, welche Bedeutung der Ausbildung, der Ausübung der Berufstätigkeit oder anderen Umgebungsbedingungen für den Erwerb von einzelnen Qualifikationen und Kompetenzen zugewiesen werden kann. Fachliche Qualifikationen, wie Kenntnisse über Medizin (83%)¹¹⁶ und Krankenpflege (81%), über spezifische Fachbegriffe (77%), über Gesundheitsförderung (60%) und über berufsspezifische Rechtsgrundlagen (71%) werden nach Angaben der Befragten vorwiegend im Rahmen der Ausbildung erworben und zu einem Teil

¹¹⁶ 83 Prozent der befragten Diplomierten Pflegebediensteten geben an, daß sie diese Qualifikation im Rahmen der Ausbildung erworben haben.

auch im Rahmen der Tätigkeit selbst. Nach Angaben der Befragten werden die Ausbildung als auch die Tätigkeit selbst annähernd gleichbedeutend für den Erwerb von Fachkompetenz angesehen. Dies deutet möglicherweise darauf hin, daß der Begriff „Fachkompetenz“ unter einem stärkeren Anwendungsbezug gesehen und verstanden wird als Kenntnisse über einzelne Aspekte der Gesundheits- und Krankenpflege.

Im Großen und Ganzen werden nach Ansicht der befragten Diplomierten Pflegekräfte Selbst- bzw. Sozialkompetenzen vor allem im Zuge der Ausübung der Tätigkeit selbst angeeignet. So geben 71 Prozent der Befragten an, daß die Kompetenz zum selbständigen Arbeiten durch „learning on the job“ erworben wird. Auch Teamfähigkeit, Fähigkeit zur Prioritätensetzung sowie Anpassung an Strukturen im Gesundheitswesen werden von rund zwei Drittel der Diplomierten Pflegebediensteten als im Arbeitsalltag erlernbar beurteilt. Für den Erwerb der Kompetenzen Einfühlungsvermögen und Kommunikationsfähigkeit wird von jeweils rund der Hälfte der Befragten – also zu gleichen Anteilen – die Ausübung der Tätigkeit als auch andere Gelegenheiten und Lernmöglichkeiten als relevant angesehen. Dies kann auch bedeuten, daß im Rahmen der Ausbildung und der ersten beruflichen Einschulungen auf den Erwerb dieser beiden Fähigkeiten ein vergleichsweise geringerer Einfluß ausgeübt werden kann.

7 Schlußfolgerungen

Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen zur Untersuchung von Erwerbsbiographien und Qualifikationsprofilen bei Diplomierten Pflegebediensteten werden im Folgenden die daraus gezogenen Schlußfolgerungen sowie Handlungsoptionen diskutiert.

Berufswahl und Berufswahlentscheidung

Bei der Berufswahlentscheidung spielen Gespräche mit Eltern, Freunden und auch mit erwerbstätigen Diplomierten Pflegebediensteten eine bedeutende Rolle. Eine vergleichsweise geringe Relevanz besitzen im Rahmen dieses Entscheidungsprozesses Berufsberatung bzw. Informationsunterlagen des Arbeitsmarktservices. Das am häufigsten genannte Motiv für die Ergreifung dieses Berufs besteht in dem Wunsch, anderen Menschen zu helfen. Das fachliche Interesse sowie die Passung zwischen den eigenen Interessen und Anforderungen des Berufes stellen ebenfalls wichtige Gründe für die Berufswahl dar. Im Vergleich der Motive zwischen AbsolventInnen unterschiedlicher Jahrgänge zeigt sich eine Zunahme der Bedeutung von guten Jobchancen und der Sicherheit des Arbeitsplatzes bei jüngeren AbsolventInnen dieser Ausbildung.

Ausbildung

Die dreijährige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeschwester/zum Gesundheits- und Krankenpfleger wird im Allgemeinen positiv bewertet. Als wesentlichster Kritikpunkt wird von den Diplomierten Pflegebediensteten die mangelhafte Vorbereitung auf die psychischen und sozialen Anforderungen des Berufes genannt. Allerdings geht aus den Daten hervor, daß AbsolventInnen früherer Jahrgänge diesen Kritikpunkt häufiger äußern. Möglicherweise zeigt sich darin bereits die vermehrte Berücksichtigung der sozialen Kompetenzen im Ausbildungscurriculum. Nach Angaben der Befragten werden soziale und methodische Kompetenzen, die im Rahmen der praktischen Arbeit relevant sind, wie beispielsweise Teamfähigkeit, Fähigkeit zum selbständigen Arbeiten und zur Prioritätensetzung tendenziell erst im Laufe der beruflichen Tätigkeit erworben.

Der Hauptgrund für die hohen Drop-Out-Raten (Im Jahrgang 2002/2003 betrug die Drop-Out-Rate 18% und 25%¹¹⁷.) scheint nach Angabe der befragten ExpertInnen der praktische Teil der Ausbildung zu sein.

Berufseinstieg

Die Ergebnisse der Untersuchung lassen den Schluß zu, daß der Ersteinstieg aufgrund des hohen Praxisanteils während der Ausbildung und des vorhandenen Bedarfs an Pflegekräften nach wie vor rasch und einfach gelingt. Erwähnenswert ist auch, daß relativ schnell ein erster beruflicher Wechsel erfolgt, meist innerhalb der Organisation. Allerdings soll an dieser Stelle erwähnt werden, daß der „fließende Übergang“ zwischen Ausbildung und Beruf in den letzten Jahren an Bedeutung verloren hat. Unklar ist, ob dies damit zusammenhängt, daß die persönlichen Ansprüche größer geworden sind und die EinsteigerInnen eine klarere Vorstellung davon haben, was sie tun möchten und was nicht, oder ob dies in Zusammenhang mit einer veränderten Rekrutierungsstrategie der Einrichtungen steht.

Berufliche Wechsel

Aufgrund des schon erwähnten Bedarfs an Diplomiertem Pflegepersonals sind berufliche Wechsel relativ leicht möglich, zumal in diesem Beruf auch die Rückkehrmöglichkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit gegeben ist.

Zu den wichtigsten Gründen für berufliche Wechsel zwischen Organisationen zählt vor allem der Wunsch nach einer interessanteren Tätigkeit gefolgt von dem Bedürfnis nach einer besseren Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes oder einer besseren Arbeitszeitregelung. Erwähnenswert ist auch, daß bei arbeitslosen Diplomierten Pflegekräften das Arbeitsklima das wichtigste Wechselmotiv darstellt und daß Männer häufiger als Frauen wegen besserer Karriere-möglichkeiten den Job wechseln. Der häufig verspürte Wunsch nach einer interessanteren Tätigkeit scheint insbesondere mit den hohen psychischen und psychischen Anforderungen der Pfl egetätigkeit zusammenzuhängen: Jede Station bringt von Fachbereich und Zusammensetzung der PatientInnen abhängige spezifische Anforderungen mit sich, die auf Dauer stark belasten können. Als besondere Belastung wird im Rahmen der Interviews die Tätigkeit auf Stationen beschrieben, die wenige Erfolge verzeichnen können, wie etwa die Internen Abteilungen. Mit alten Menschen zu arbeiten scheint eine besonders große Belastbarkeit zu erfordern.

¹¹⁷ ÖBIG 2006.

Ob sich häufige Wechsel positiv oder negativ auf die Karriere einer Diplomierten Pflegekraft auswirken, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Wichtig ist dabei, ob der Wechsel angeboten und als Chance begriffen wird oder ob dieser als „Flucht“ vor einer als belastend erlebten Tätigkeit gesehen wird (wie dies bei Biographien von Arbeitslosen häufiger der Fall zu sein scheint).

Berufliche Unterbrechungen

Unterbrechungen wegen Kinderbetreuungspflichten haben eine wesentliche Bedeutung im frauendominierten Pflegeberuf – dies ist auch Ursache für die größere Diskontinuität weiblicher Verläufe. Das größte Problem bei der Rückkehr in den Beruf ist die Frage der Vereinbarkeit. Vor allem die mangelnde Übereinstimmung der Öffnungszeiten von Kindergarten und Schule mit den Arbeitszeiten sowie ein zu geringes Angebot an Teilzeitstellen wird kritisiert. Verglichen mit WiedereinsteigerInnen in der Privatwirtschaft ist bei Diplomierten Pflegekräften eine kindbedingte Karenz seltener ein Grund für einen Arbeitgeberwechsel.

Fluktuation und beruflicher Ausstieg

Rund 60 Prozent wollen in ihrem derzeitigen Tätigkeitsbereich bleiben. Rund jede/-r Fünfte strebt einen Wechsel in eine höhere berufliche Position an, und weitere 8 Prozent möchten zukünftig in einer anderen Organisation tätig sein. Nur ein geringer Anteil plant den Ausstieg aus dem Pflegeberuf (9%). Genauere Aussagen über Fluktuation in diesem Berufsfeld sind jedoch nur mittels prospektiver Längsschnittstudien oder mittels umfassenden sekundärstatistischem Datenmaterial möglich (Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger).

Erwerbslosigkeit

Phasen der Arbeitslosigkeit sind bei Diplomierten Pflegebediensteten ein eher selten zu beobachtendes Phänomen. Zum Zeitpunkt der Erhebung (Mai 2006) waren beim AMS Wien weniger als 200 Diplomierte Pflegekräfte arbeitslos bzw. arbeitssuchend gemeldet. Als größte Schwierigkeit beim Wiedereinstieg in den Beruf gelten bei dieser Gruppe vor allem gesundheitliche Probleme sowie die Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf. Dementsprechend gering schätzen daher auch diejenigen, die aus gesundheitlichen Gründen ihre letzte Stelle aufgeben mußten, ihre Chancen ein, in absehbarer Zeit wieder eine annehmbare andere Arbeitstelle zu finden. Bei längerer Arbeitslosigkeit scheint daher im Einzelfall zu klären, ob eine Umschulung auch in einen anderen Beruf möglich

sein kann. Generell zeigt sich, daß ein Großteil der derzeit Erwerbslosen einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf plant.

Genderspezifische Unterschiede im Erwerbsverlauf

In der Gesundheitsstatistik 2004 ist ausgewiesen, daß im Jahr 2003 87,5 Prozent der in Krankensanstanalten beschäftigten Diplomierten Pflegebediensteten Frauen waren (Statistik Austria, 2005, S. 39). Die Pflege ist somit ein von Frauen dominiertes Berufsfeld, welches insbesondere durch geringere Verdienstmöglichkeiten geprägt ist. Zu den auffälligsten Unterschieden zwischen den Geschlechtern zählt vor allem die klare Artikulation von Karriereambitionen von Seiten der Männer, die sowohl bei den Motiven für die Berufswahl als auch bei Wechsel in andere Organisationen deutlich wird. Berufliche Verläufe von Frauen in der Pflege sind hingegen häufiger durch Unterbrechungen aufgrund von Kinderbetreuung sowie der sich daraus ergebenden Problematik der Vereinbarkeit charakterisiert.

Weiterbildung

Insgesamt scheint es in diesem Beruf ein relativ hohes Ausmaß an bezahlter beruflicher Weiterbildung zu geben (sieben von zehn Befragten besuchten im vergangenen Jahr zumindest eine Weiterbildung). Insbesondere fachspezifische Kurse werden besucht, ein Bedarf wird im Bereich des Angebots an Kursen zu Soft-Skills gesehen (Kommunikation, Persönlichkeitsentwicklung).

Wichtig zu erwähnen sind auch die diversen Sonderausbildungen innerhalb bestehender Arbeitsverhältnisse (z.B.: Ausbildung zur Kinder- und Gesundheitskrankenpflege, Sonderausbildung zu Intensivpflege, ...), die eine Möglichkeit der beruflichen Entwicklung darstellen. Darüber hinaus scheint es in diesem Beruf (etwa im Rahmen von zeitweiligen Arbeitszeitverkürzungen) relativ leicht möglich, sich ein zweites Standbein aufzubauen und neben dem Beruf eine andere Zusatzausbildung oder ein Studium zu beginnen.

Vor- und Nachteile des Pflegeberufs, berufliche Identität

Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich, daß Diplomierte PflegerInnen ihre Arbeit als sinnstiftend erleben und sich mit den Inhalten ihrer Tätigkeit in hohem Maß identifizieren können. Auffallend ist auch, daß diese Berufsgruppe eine im Vergleich zu anderen Erwerbstätigen hohe Autonomie bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu haben scheint. Sehr gut beurteilt werden auch die Beziehungen zu KollegInnen, was darauf schließen läßt, daß dieser Aspekt sehr zentral für den Job zu sein scheint und die Beschäftigten lieber einmal öfter die Station wechseln als in einem Team zu arbeiten, wo sie sich nicht wohl fühlen.

Als im Vergleich sehr negativ werden insbesondere das Einkommen, aber auch die Aufstiegschancen beurteilt. Ein schwieriger Aspekt des Berufs scheint auch die Tatsache zu sein, daß es in manchen Bereichen wenig offensichtliche Erfolgserlebnisse im Sinne einer klaren Verbesserung des Gesundheitszustandes gibt (v.a. in Pflegeheimen und in der Mobilen Pflege). Wenig Wertschätzung wird auch von Seiten der ÄrztInnen empfunden.

Die berufliche Identität des Pflegeberufs kann daher als hoch ambivalent charakterisiert werden: Einerseits wird die Tätigkeit als sinnstiftend und wichtig gesehen, andererseits wird der Beruf als gesellschaftlich zu gering bewertet erachtet, was insbesondere an der großen Unzufriedenheit mit dem Einkommen und der kritischen Beurteilung der Rahmenbedingungen deutlich wird.

Resümee und Entwicklungsperspektiven

Insgesamt gesehen bietet dieser Beruf aufgrund der von ExpertInnen prognostizierten stark steigenden Nachfrage ein großes Ausmaß an Beschäftigungssicherheit. Diplomierte Pflegepersonen können sich weitgehend ohne Angst vor einem Arbeitsplatzverlust Gedanken über ihre berufliche Zukunft machen. Die „klassischen“ Karrieremöglichkeiten des Pflegeberufs sind aber beschränkt und so bezieht sich berufliche Weiterentwicklung eher auf einen Berufsweg mit beruflichen Wechseln, dem Besuch von Weiterbildungen und der Möglichkeit zu unterbrechen, mit dem Ziel einen den persönlichen Bedürfnissen und Neigungen entsprechenden, Arbeitsplatz zu finden. Das Bewußtsein über die Möglichkeit, eigene Berufswege zu gehen und zu gestalten, wirkt motivierend und sollte daher bereits im Rahmen der Ausbildung als „Perspektivenentwicklung“ gefördert werden. Darüber erscheint es notwendig, die Rahmenbedingungen des Diplomierten Pflegeberufs zu diskutieren und Verbesserungen zu planen, so etwa im Bereich der Bezahlung.

Handlungsoptionen im Bereich der Ausbildung

Zur Verringerung der Drop-Out-Raten im Zuge der Ausbildung werden folgende Faktoren als wichtig erachtet:

- *Anhebung des Alters* (gefestigtere Persönlichkeiten, die bewußter mit der Verantwortung und mit problematischen Situationen in diesem Beruf umgehen können)

- „*Enthierarchisierung*“ des Stationsbetriebes und Intensivierung der Einbindung von SchülerInnen in den laufenden Betrieb
- *Thematisierung des Unterschieds zwischen Theorie* (theoretische Vermittlung der Pflege) *und Praxis* (v.a. in Bezug auf das spätere Berufsleben), hier geht es um die Problematik, daß nicht alle Tätigkeiten wie gelernt durchgeführt werden können

Handlungsoptionen hinsichtlich der beruflichen Rahmenbedingungen

Um die Rahmenbedingungen des Pflegeberufs zu optimieren, erscheinen folgende Handlungsfelder zentral:

- *Erhöhung der personellen Ressourcen* vor allem im Bereich des *Diplomierten Pflegepersonals* zur Verbesserung der Pflegequalität und der Motivation (Auch im Österreichischen Pflegebericht wird der festgestellte Personal-mangel in Zusammenhang mit einer Verschlechterung der Pflegequalität und der Demotivierung des Pflegepersonals gesehen¹¹⁸.)
- *Entkoppelung der Pfl egetätigkeit von administrativen Aufgaben*, um Zeit für die zentrale Aufgabe der Krankenpflege zu gewinnen (z.B. durch zusätzliche personelle Unterstützung bei administrativen Aufgaben)
- *Schaffung von Reflexionsräumen*, auch mit externer Begleitung (*Intervision, Supervision*), um psychische Belastungen aufgrund der Konfrontation mit Leid und Tod sowie aufgrund der hohen Identifikation mit der eigenen Arbeit professionell begegnen zu können
- Stärkeres *Eingehen auf Wünsche der Beschäftigten bei der Arbeitszeitregelung*, um Organisationswechsel und berufliche Ausstiege zu minimieren
- *(Finanzielle) Aufwertung der Pfl egetätigkeit in der Geriatrie*, vor allem durch Erhöhung des Einkommens sowie Angleichung der Kollektivverträge für Beschäftigte in Krankenhäusern sowie in Pflegeheimen

Sowohl in den qualitativen Interviews mit den Diplomierten Pflegekräften als auch im Rahmen der ExpertInneninterviews wurde das negative Bild über die Arbeit im Geriatriischen Bereich deutlich. Und so erscheinen auch die starken Abgrenzungsbestrebungen Diplomierter PflegerInnen außerhalb der Altenpflege gegenüber dieser Pfl egetätigkeit nicht verwunderlich. Allerdings zeigt sich im quantitativen Teil dieser Untersuchung, daß Diplomierte Pflegekräfte, die bereits im Geriatriischen Bereich arbeiten, mit ihrer Arbeitstätigkeit genauso zufrieden

¹¹⁸ ÖBIG 2006

sind wie KollegInnen in anderen Bereichen. Die Belastungen aufgrund von Krankheit, Tod und Leid werden aber in Pflegeheimen intensiver als anderswo erlebt. Insbesondere hier scheint auch psychische Unterstützung notwendig zu sein.

Literaturverzeichnis

Froschauer, Ulrike (1992): Das qualitative Interview zur Analyse sozialer Systeme, Wien.

Gmündner Ersatzkasse/ Braun, Bernard/ Müller, Rolf / Timm, Andreas, (2004). Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. Sankt Augustin: Asgard-Verl: Hippe. Online im WWW unter: forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/pflegekraefte-report_1.pdf [23.3.2006 = Datum des Abrufens]

Hasselhorn, Hans-Martin/ Müller, Bernd Hans/ Tackenberg, Peter/ Kümmerling, Angelika/ Simon, Michael (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Wirtschaftsverlag NW: Bremerhaven. Online im WWW unter: http://www.baua.de/nn_21676/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15,xv=vt.pdf. [22.03.2006 = Datum des Abrufens]

Hasselhorn, Hans-Martin et al. (2006). Langjährige Belastungsforschung bei Pflegepersonal – Ergebnisse der NEXT-Studie. Präsentation am 20. Freiburger Symposium „Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst“ am 13.-15. September 2006. Online im WWW unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/download/dt/2006NEXTHasselhornFreiburg.pdf> [18.10.2006 = Datum des Abrufens]

Hasselhorn, Hans-Martin/ Tackenberg, Peter/ Müller, Bernd Hans et al. (2003): Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? Übersetzung aus: „Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe“, Stockholm.

Hasselhorn, Hans-Martin/ Tackenberg, Peter/ Büscher, Andreas/ Stelzig, Stephanie/ Kümmerling, Angelika/ Müller, Bernd Hans (2003): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland, Übersetzung aus: „Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe“, Stockholm.

Hasselhorn, Hans-Martin/ Tackenberg, Peter/ Büscher, Andreas/ Simon, M./ Kümmerling, Angelika/ Müller, Bernd Hans (O.J): Work and health of nurses in Europe. Results from the NEXT-Study. Online im WWW unter: www.next.uni-

wuppertal.de/download/NEXTnursieu071805.pdf [23.3.2006 = Datum des Abrufens]

Hoff, Ernst-H. (2002): Arbeit und berufliche Entwicklung, in: Berichte aus dem Bereich „Arbeit und Gesundheit“ am Institut für Arbeits- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin, Nr. 20, Berlin.

Hoff, Ernst-H./ Dettmer, Susanne/ Grote, Stefan/ Hoher, Hans-Uwe (1999): Fragebogen und Interviewleitfaden im Projekt „PROFIL“, in: Berichte aus dem Bereich „Arbeit und Gesundheit“ am Institut für Arbeits- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin, Nr. 14, Berlin.

Hoff, Ernst-H./ Dettmer, Susanne/ Grote, Stefan/ Hoher, Hans-Uwe (2002): Formen der beruflichen und privaten Lebensgestaltung – Ergebnisse aus den Interviews im Projekt „PROFIL“, in: Berichte aus dem Bereich „Arbeit und Gesundheit“ am Institut für Arbeits- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin, Nr. 17, Berlin.

Hoher, Hans-Uwe (2004): Entwicklung in Bildung und Beruf – empirische und konzeptionelle Analysen für eine integrative Theorie der beruflichen Entwicklung, abrufbar unter: <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/308> [16.10.2006 = Datum des Abrufens].

Holland, (1985): The self-directed-search. Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, inc.

Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung, Band 2: Methoden und Techniken, Weinheim.

Messner, Helmut / Reusser, Kurt (2000): Die berufliche Entwicklung von Lehrpersonen als lebenslanger Prozess. Beiträge zur Lehrerbildung, 18 (2), 157-171.

NEXT (nurses' early exit study) newsletter, Nr. 1, 12/2002.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), (2006). Österreichischer Pflegebericht. ÖBIG im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Wien. Online im WWW unter: <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0083&doc=CMS1148477680157> [13.10.2006 = Datum des Abrufens]

Schein, Edgar H. (1998): Karriereanker. Die verborgenen Muster in Ihrer beruflichen Entwicklung, Darmstadt.

Statistik Austria (2005). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004, Wien

Strauss, Anselm (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung, München.

Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen, Frankfurt a. M.

Witzel, Andreas (2000): Das Problemzentrierte Interview [26 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [on-line Journal], 1(1). Online im WWW unter: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.pdf> [Datum des Abrufens = 16.10.2006].

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berufsinformationsquellen	6
Tabelle 2: Wichtige Fähigkeiten und Kompetenzen	7
Tabelle 3: Berufliche Perspektiven – derzeit Erwerbstätige	9
Tabelle 4: Typen – Kontinuität der Berufsausübung und Entwicklungspfad	20
Tabelle 5: Berufsinformation	65
Tabelle 6: Gründe für Berufsunterbrechungen	81
Tabelle 7: Inhalte der Weiterbildung	88
Tabelle 8: Bedarf an Weiterbildung	89
Tabelle 9: Berufliche Perspektiven – derzeit Erwerbstätige	115
Tabelle 10: Berufliche Perspektiven – derzeit Erwerbslose	116
Tabelle 11: Wichtige Fähigkeiten und Kompetenzen	126

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Indikatoren zur Zufriedenheit	11
Abbildung 2: Motive für Beginn der Ausbildung zur/zum DGKS/DGKP	63
Abbildung 3: Beurteilung der Ausbildung	68
Abbildung 4: Gründe für den Wechsel des Aufgabenbereichs	76
Abbildung 5: Gründe für den Wechsel in eine andere Organisation	79
Abbildung 6: Vereinbarkeit von Kindern und Beruf	85
Abbildung 7: Übergreifende Bedingungen für Kontinuität, Weiterbildung und Karriere im Erwerbsverlauf von Diplomiertem Pflegepersonal	96
Abbildung 8: Aussagen zur Tätigkeit als ganzheitliche Aufgabe	99
Abbildung 9: Aussagen zur Arbeit mit den PatientInnen	101
Abbildung 10: Aussagen zu organisatorischen Rahmenbedingungen	103
Abbildung 11: Aussagen zur Arbeit im Team	106
Abbildung 12: Ausmaß der Arbeitszeit pro Woche – derzeit Beschäftigte	108
Abbildung 13: Indikatoren zur Zufriedenheit	112
Abbildung 14: Belastungen aufgrund von ...	114
Abbildung 15: Einschätzung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt	121
Abbildung 16: Berufliche Identität	125