

Cora Zenz  
Guido Becke

**„Fertig wird man eigentlich  
nie“ – Zeitpraktiken und  
-wünsche von Pflegekräften  
zur Interaktionsarbeit**

Herausgeber: Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)  
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen  
Postfach 33 04 40  
28334 Bremen

Bestellung: Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)  
- Geschäftsstelle -  
Tel.: +49 421 218-61704  
[iaw-info@uni-bremen.de](mailto:iaw-info@uni-bremen.de)

1. Auflage 2020  
ISSN: 2191-7264

Cora Zenz  
Guido Becke

**„Fertig wird man eigentlich nie“  
– Zeitpraktiken und -wünsche von Pflegekräften zur  
Interaktionsarbeit**

Überarbeitete und erweiterte Version des iaw-Projektabschlussberichts zur Personalbemessungsstudie

Cora Zenz, M.A. Public Health (Institut Arbeit und Wirtschaft, Bremen)  
PD Dr. Guido Becke (Institut Arbeit und Wirtschaft, Bremen)

Die Ergebnisse sind entstanden im Teilvorhaben „Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege“ aus dem Jahr 2017-2019 im Kontext der bundesweiten Studie zur „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ unter Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang.



## Kurzfassung

In Deutschland ist die Personalausstattung in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (beispielsweise Altenpflege) bundesweit sehr unterschiedlich. Häufig wird über zu wenig Zeit in der Pflege berichtet. Im Pflegestärkungsgesetz II wurde nun festgelegt, dass ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zu einer einheitlicheren Bemessung Grundlage geben soll. Dieser Auftrag einer Studie zur *„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“* ist nach europaweiter Ausschreibung an Prof. Dr. Heinz Rothgang und Projektteam gegangen. Ziel des Gesamtprojektes war es, einen Algorithmus zu entwickeln, der eine einheitliche bedarfsgerechte Personalbemessung anhand der Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen und ihrer Zuordnung nach dem Neuen Begutachtungsassessments (NBA) sowie der notwendigen Qualifikation der Pflegekräfte ermöglichen soll. Pflegearbeit besteht zu großen Teilen aus Arbeit mit und am Menschen – auch Interaktionsarbeit genannt. Diese wurde im iaw-Teilprojekt hinsichtlich zeitlicher Implikationen untersucht.

In der iaw-Teilstudie wurde Interaktionsarbeit aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive qualitativ analysiert. Konkret wurden Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit als Pflegeetätigkeit ermittelt. Berücksichtigt wurde dabei die Interaktionsarbeit der Pflegenden an und mit den Bewohner\*innen. Anhand der vier Kerndimensionen von Interaktionsarbeit, d.h. Kooperationsarbeit, Gefühlsarbeit, subjektivierendes Arbeitshandeln und Emotionsarbeit (Böhle et al. 2015) wurde sie bei der Konzeption des neuen Personalbemessungsverfahrens bedacht. Zudem wurden anhand von Beobachtungen, Interviews und Gruppendiskussionen die Zeitvorstellungen und -ansprüche bei Pflegekräften mit Blick auf Zeitbedarfe für pflegebezogene Interaktionsarbeit untersucht.

Zunächst wurden mit Literaturrecherche und drei Fokusgruppengesprächen mit 10 Expert\*innen aus Wissenschaft und Praxis begonnen, um ein Grundverständnis von Interaktionsarbeit und ihren Besonderheiten in der stationären Langzeitpflege zu diskutieren und zu konkretisieren. Erkenntnisse aus dieser Phase flossen ebenfalls in den Interventionskatalog der quantitativen Erhebung sowie in das Schulungskonzept der ‚Schatten‘ der Hauptstudie mit ein. Im Rahmen der iaw-Teilstudie wurden dann in vier bundesweit verteilten Einrichtungen Erhebungen im Zeitraum von jeweils einer Woche konzipiert und durchgeführt. Diese bestand in jeder der vier Einrichtungen aus einem Experteninterview der Einrichtungsleitung zur Erhebung der Kontextinformationen, vier Schichtbegleitungen in unterschiedlichen Schichten und Pflegekräfte sowie anschließenden Kurzinterviews mit den beobachteten Pflegekräften. Ziel war es zu ermitteln, wo und wie Interaktionsarbeit stattfindet sowie im Anschluss an die Beobachtung auch nicht beobachtbare Interaktionsarbeits-elemente erheben zu können. Nach erster Auswertung wurden dann in einer Gruppendiskussion je Einrichtung die Ergebnisse diskutiert und entsprechend evaluiert sowie versucht, die Arbeitsanteile in zeitliche Relation zu setzen.

Ein zentrales Ergebnis der Teilstudie besteht darin, dass die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner\*innen eine zentrale Rolle für die Arbeitsqualität der Pflegekräfte spielt. Es gibt Überlegungen zu disponible Interaktionsarbeitszeiten, um Interaktionsarbeit bei der Personalbemessung angemessener als bisher zu berücksichtigen. Unser Vorschlag geht davon aus, schätzungsweise zwischen 5% bis 10% der täglichen Arbeitszeit einer Pflegekraft für zusätzliche, in der quantitativen Datenerhebung nicht berücksichtigte, disponible wie bedarfsorientierte Interaktions- und Reflexionszeiten vorzusehen. Diese Zeitbedarfe sollten sich als disponible Interaktionszeiten möglichst zu gleichen Teilen auf Interaktionsarbeitszeit und auf Reflexionszeiten während der Arbeitszeit erstrecken können. Den Ergebnissen zufolge wäre es ein wichtiger Beitrag für die Anerkennung der Leistung Interaktionsarbeit und für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Pflegearbeit, kollegiale Fallberatungen, Teamsupervisionen sowie betriebliche Gesundheitszirkel organisationsintern zu verankern.

Forschungsbedarf besteht darin, inwiefern die Anwendung des neuen Personalbemessungsinstruments auf der Einrichtungsebene tatsächlich dazu genutzt wird, zusätzliche Zeiten für Interaktionsarbeit sowie für die Reflexion der Interaktionsarbeit und deren gesundheitsförderliche Gestaltung vorzusehen. Hierbei wäre zudem zu analysieren, inwiefern die betriebliche Anwendung des neuen Personalbemessungsinstruments zu einer Verbesserung der Arbeitsqualität der Pflegekräfte beiträgt, insbesondere mit Blick auf die Reduzierung von Zeitdruck bei der Arbeit und der Möglichkeit von Pflegekräften, ihrem beruflichen Ethos fürsorglicher Praxis nachkommen zu können. Zu untersuchen wäre hierbei auch, ob und inwiefern organisatorische Reflexionsräume der Interaktionsarbeit, wie kollegiale Fallberatungen, Gesundheitszirkel oder Team- und Organisationssupervision, hierbei Gelegenheitsstrukturen für Prozesse der Organisationsentwicklung bilden und inwiefern sie dazu beitragen, die Organisationskulturen von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu öffnen für eine verstärkte Anerkennung und Aufwertung von Interaktionsarbeit. Darüber hinaus wäre zu prüfen, inwieweit Betriebliches Gesundheitsmanagement hier ansetzen könnte, um langfristige, gesunderhaltende und fördernde Strukturen und Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte zu ermöglichen.

### **Abstract**

In German long-term care facilities, staffing levels are quite different. Various studies indicate that nurses are confronted with enhanced time pressure at work. A new legislation that intends to strengthen formal care (Pflegestärkungsgesetz II) stipulates to develop a scientifically based and uniform procedure of personnel allocation in respect to in-patient long-term care. Against this background, an interdisciplinary research study was conducted by Prof. Dr. Heinz Rothgang and colleagues at the University of Bremen. The joint project intended to develop a mathematical algorithm for an uniform procedure of personnel allocation taking account of the number of people requiring nursing care per facility, their need for nursing care according to a newly developed assessment instrument (NBA), and the required qualification of nurses. Within this joint project, a sub-project was carried out by the Institute Labour and Economy (iaw) focussing on nursing staff's interactive work with care-dependent people and the time needed for this type of work.

This sub-project analysed nurses' interactive work from a Labour-Studies perspective. Specifically, employees' time needs and pretensions for interactive work were investigated by participant observations, qualitative interviews and group discussions with supervisors and nursing staff in a sample of selected long-term care facilities. The integrative concept of interactive work encompasses cooperation work, i.e. establishing and sustaining a work-related cooperation with care-dependent people, sentimental work which intends to influence care-dependent people's moods and emotions with regard to care-related job tasks, emotion work directed at caregivers' self-regulation of feelings at work, and coping with imponderables at work. The latter mainly can be attributed to the subjectivity of care-dependent people, their dynamic state of psycho-physical health and interaction process involving nursing staff and people in need of care. These different sub-concepts of interactive work were partially taken account of in the development of the new procedure of personnel allocation.

The sub-project highlights several core results: Firstly, interactive work plays a key role for nursing staffs' work related identity and their pragmatic ethos of caring. Secondly, interactive work cannot be entirely observed because it encompasses visible and – to a larger extent – invisible work. Therefore, quantitative methods to investigate and analyse interaction work and related time needs are limited. Thirdly, the results of our qualitative study contradict to an initial research assumption: For different reasons, it has not been possible to estimate time needed for interactive work by nursing staff drawing on their work-related tacit knowledge. Against this backdrop, the iaw-project team developed a normative proposal to reserve 5 to 10 per cent of nurses' daily working time for flexible and demand-oriented time for interactive work and

---

reflection on work – beyond the quantitative results of personnel allocation based on the empirically developed algorithm. This proposed additional time should be divided evenly for interactive work and reflection on (interactive) working conditions. The proposed percentage of working time would contribute to the social recognition of interactive work in nursing. Moreover, it would foster a pro-health design of care-related interactive work, specifically by establishing reflective forms of dialogue and learning at organisation level, as work-related consultation among colleagues, psycho-social supervision at team level, and health-oriented improvement circles based on direct participation by nursing staff.

Further avenues of research refer to the assessment of the new procedure of personnel allocation in long-term care facilities, specifically in respect to the improvement of time resources for interactive work, reflection on work and fostering a more decent care work resp. interactive work. Moreover, it should be analysed whether proposed forms of dialogue and learning related to the quality of (interactive) work are linked with processes of organisational development and / or health promotion in the workplace in long-term care facilities.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>KURZE PROJEKTBSCHREIBUNG DES GESAMTVORHABENS</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>STAND DER FORSCHUNG</b> .....	<b>9</b>
	3.1 DAS INTEGRATIVE KONZEPT DER INTERAKTION SARBEIT NACH BÖHLE, STÖGER & WEIHRICH 2015 .....	9
	3.2 INTERAKTION SARBEIT UND ZEIT .....	10
<b>4</b>	<b>METHODISCHES VORGEHEN</b> .....	<b>11</b>
	4.1 FOKUSGRUPPENDISKUSSIONEN.....	12
	4.2 DIMENSIONALE ANALYSE .....	13
	4.3 DATENERHEBUNG .....	15
	4.4 AUSWERTUNG .....	17
<b>5</b>	<b>ANALYSEERGEBNISSE</b> .....	<b>20</b>
	5.1 RAHMENBEDINGUNGEN .....	20
	5.2 INTERAKTION SARBEIT IN DER STATIONÄREN LANGZEITPFLEGE.....	25
<b>6</b>	<b>UNZUREICHENDE ZEIT FÜR INTERAKTION SARBEIT</b> .....	<b>45</b>
	6.1 ZEITDRUCK IM RAHMEN DER ALLTÄGLICHEN PFLEGE .....	46
	6.2 ZEITDRUCK – BELASTUNGSPROBE FÜR DAS ETHOS FÜR SORGLICHER PRAXIS.....	48
	6.3 PRAKTIKEN DER PFLEGEKRÄFTE IM UMGANG MIT ZEITDRUCK.....	50
	6.4 INTERAKTION SARBEIT IN DER ZEITPERSPEKTIVE: ZEITBEDARFE AUS SICHT DER PFLEGEKRÄFTE .....	57
	6.5 ZUM VERHÄLTNIS VON QUALITATIVEN UND QUANTITATIVEN DATEN.....	68
<b>7</b>	<b>ZEITLICHER MEHRBEDARF FÜR PFLEGEARBEIT: DISPONIBLE INTERAKTION S- UND REFLEXIONSZEITEN – EIN KONZEPTIONELLER VORSCHLAG</b> .....	<b>77</b>
	7.1 ZUSAMMENFASSUNG: NICHT ODER UNZUREICHEND ERFASSTE ZEITBEDARFE FÜR INTERAKTION SARBEIT .....	77
	7.2 DISPONIBLE INTERAKTION S- UND REFLEXIONSZEITEN .....	80
	7.3 DER DISPONIBLE ZEITLICHE MEHRBEDARF FÜR INTERAKTION SARBEIT .....	82
	7.4 DER DISPONIBLE ZEITLICHE MEHRBEDARF FÜR REFLEXIONSZEITEN .....	83
	7.5 FORMATE BZW. BETRIEBLICHE REFLEXION SRÄUME FÜR INTERAKTION SARBEIT .....	83
<b>8</b>	<b>LIMITATIONEN</b> .....	<b>91</b>
	8.1 EIGENE ROLLE IM FELD.....	92
	8.2 METHODENKRITISCHE REFLEXION DER DATENERHEBUNG.....	93
<b>9</b>	<b>FAZIT UND AUSBLICK</b> .....	<b>96</b>
	9.1 KERNERGEBNISSE DER QUALITATIVEN TEILSTUDIE .....	96
	9.2 FORSCHUNGSDESIDERATE UND ENTWICKLUNGSBEDARFE .....	98
	<b>LITERATUR</b> .....	<b>101</b>
	<b>ANHANG</b> .....	<b>109</b>



---

## **Abbildungsverzeichnis**

*Abbildung 1: Analysemerkmale der quantitativen Erhebung (Quelle: Schulungsunterlagen PeBem)..... 20*

## **Tabellenverzeichnis**

*Tabelle 1: Drei Formate für Reflexionszeiten (eigene Darstellung) ..... 85*



## 1 Einleitung

Pflegearbeit in der stationären Langzeitpflege basiert auf Interaktionsarbeit als Arbeit mit und am zu pflegenden Menschen. Die stationäre Langzeitpflege unterliegt seit einigen Jahren einer verstärkten Ökonomisierung, welche die Zeitnot von Pflegekräften forciert und ihre Möglichkeiten, Interaktionsarbeit zu leisten, erschwert. Verschärft wird dieses Problem dadurch, dass Interaktionsarbeit und insbesondere ihre unsichtbaren Tätigkeitsanteile oft von betrieblicher Seite zu wenig anerkannt wird sowie in konventionellen Verfahren der Arbeitszeitermittlung und der Personalbemessung kaum Beachtung finden.

Die Personalbemessung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bedarf aus Sicht wesentlicher gesundheits- und pflegepolitischer Akteure einer Überprüfung und Weiterentwicklung. So existieren bundesweit stark variierende Pflegeschlüssel und Verfahren der Personalbedarfsermittlung und -bemessung. Es ging darum ein einheitliches System zu finden, das wissenschaftlich basiert den Personalbedarf ermittelt. Dem Pflegestärkungsgesetz II zufolge wurde die Forscher\*innengruppe um Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen, socium) beauftragt, die bundesweite Studie zur *„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“* durchzuführen. Es wurde von Rothgang et al. ein neuer empiriebasierter Algorithmus zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege entwickelt, der – im Unterschied zu bisherigen Grundlagen und Verfahren der Personalbemessung zur stationären Langzeitpflege – auch teilweise Dimensionen der Interaktionsarbeit integriert (Rothgang et al. 2020).

Die qualitative Teilstudie des Instituts Arbeit und Wirtschaft (iaw) erfolgte im Rahmen dieser bundesweiten Studie. Die große Herausforderung der Teilstudie bestand darin, möglichst Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit als Pfl egetätigkeit abzuschätzen bzw. zu ermitteln. Um dies zu ermöglichen, wurden die vier Kerndimensionen der Interaktionsarbeit in das neue Verfahren der Personalbemessung im Bereich der stationären Langzeitpflege integriert und die Zeitvorstellungen und -ansprüche bei Pflegekräften mit Blick auf Zeitbedarfe für pflegebezogene Interaktionsarbeit untersucht. Zudem sollten die Zeitpraktiken und -wünsche der Pflegekräfte mit Blick auf die Interaktionsarbeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Einrichtungen der Langzeitpflege analysiert werden. In diesem Forschungsbericht werden die qualitative Teilstudie des iaw und ihre Kernergebnisse vorgestellt.

Interaktionsarbeit, die für jede Dienstleistungsarbeit mit Kundenkontakt bedeutsam ist, stellt kein neues Konzept der Arbeitsforschung dar, denn Forschungsstränge und empirische Arbeiten zu relevanten Dimensionen der Interaktionsarbeit reichen bereits bis in die 1950er Jahre zurück (siehe z.B. Goffman 1959). Seither hat sich die Forschung zu Interaktionsarbeit weiter ausdifferenziert. Böhle, Stöger und Weihrich (2015a, b) haben ein integratives Konzept der Interaktionsarbeit entwickelt, das die verschiedenen Forschungsstränge von Interaktionsarbeit miteinander verbindet. Das integrative Konzept umfasst vier Kerndimensionen der Interaktionsarbeit: Kooperations-, Gefühls-, Emotionsarbeit und subjektivierendes Arbeitshandeln. Je nach Branche und Primäraufgabe weist Interaktionsarbeit unterschiedliche Prägnanzen auf. Wesentliches Merkmal der Pflegearbeit ist die Arbeit mit und an pflege-/hilfsbedürftigen Menschen. Pflegebezogene Interaktionsarbeit geht davon aus, dass der Arbeitsgegenstand Mensch kein Objekt ist, sondern ein Individuum mit Bedürfnissen, Vorstellungen und Wünschen, das der Fürsorge und Pflege bedarf. Daher ist die Gestaltung der Beziehung und die Kooperation der Pflegekraft mit der pflegebedürftigen Person Voraussetzung für diese Arbeit. Der interaktive Umgang der Pflegekräfte mit den zu Pflegenden sowie die unterstützende Begleitung eines Lebensabschnittes der Bewohner\*innen einer Pflegeeinrichtung gelten für Pflegekräfte oft als Hauptmotivation, in diesen Beruf einzusteigen. Interaktionsarbeit dient als Handlungsgrundlage für und wesentlicher Bestandteil von Pfl egetätigkeiten. Nur in Kooperation mit der zu pflegenden Person lässt sich diese Dienstleistungsarbeit verrichten.

Die Pfl egetätigkeit weist Grenzen der Standardisierung und Planbarkeit auf, da die Pflegekraft die Individualität der zu pflegenden Person und die situativen, veränderlichen Bedingungen in der Pflegearbeit zu berücksichtigen hat. Solche Grenzen ergeben sich aus den nicht planbaren Unwägbarkeiten im Arbeitsalltag der Pflegekräfte, z.B. aufgrund der Individualität und des sich (akut) verändernden Gesundheitszustands von Pflegebedürftigen. Pflegekräfte richten ihr Arbeitshandeln im Rahmen der Arbeit mit und am Menschen an der pflegebedürftigen Person aus. Flexibilität und Dynamik gehören daher untrennbar zur Arbeit in der Pflege dazu. Die individuelle Wahrnehmung der zu Pflegenden ist bei der Pflege zu berücksichtigen. Ein Eingehen auf die individuellen Sorgen, Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche pflegebedürftiger Personen gehört demnach wesentlich zur Aufgabe der Pflegekraft. Die stationäre Langzeitpflege beruht auf einer eher längerfristigen Kooperationsbeziehung zwischen Pflegekräften auf der einen sowie Bewohnerinnen und Bewohnern auf der anderen Seite. Eine Handlungsgrundlage hierfür ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die es ermöglicht, eine ausgewogene Balance zwischen Nähe und Distanz in der Pflegearbeit herzustellen, d.h. auch Pfl egetätigkeiten auszuüben, welche die Intimsphäre der pflegebedürftigen Person betreffen (z.B. Körperpflege). Die Arbeit mit und an pflegebedürftigen Menschen stellt an Pflegekräfte relativ hohe Anforderungen, hierbei ihre eigenen Emotionen zu regulieren, z.B. bei der Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern im Sterbeprozess.

Die einzelnen vier Dimensionen des integrativen Konzepts der Interaktionsarbeit (Böhle, Stöger und Weirich 2015a, b) sind nicht trennscharf voneinander abgrenzbar, sondern bedingen und überschneiden sich teilweise, wie in Kapitel 3 auch deutlich wird. Zu diesen komplexen Wechselverhältnissen zwischen den vier Dimensionen von Interaktionsarbeit besteht noch erheblicher Forschungsbedarf. Dies gilt auch für das Verhältnis von sichtbaren und unsichtbaren Tätigkeitselementen der Interaktionsarbeit. Wenngleich Interaktionsarbeit wesentlicher Bestandteil der Pfl egetätigkeit ist, lässt sie sich nur begrenzt beobachten, da sie teilweise in einem inneren Prozess der Pflegekraft abläuft, um sich auf die zu pflegende Person einzustellen oder die eigenen Gefühle als Pflegekraft im Umgang mit pflegebedürftigen Personen zu regulieren.

Aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist es wesentlich, Interaktionsarbeit als eine grundlegende pflegebezogene Arbeitsleistung im Rahmen der Personalbemessung anzuerkennen und angemessen zu berücksichtigen. Diese Anerkennung und Berücksichtigung ermöglicht den Pflegekräften, das für ihre Arbeitsmotivation und Berufsbindung zentrale Ethos fürsorglicher Praxis (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2006) zur Geltung bringen zu können. Die gesundheitlich problematische Arbeitsintensivierung bei Pflegekräften lässt sich begrenzen, wenn für die Interaktionsarbeit als Basisbestandteil der Pflegearbeit auch aus Sicht der Pflegekräfte angemessene Zeitanteile in der Arbeitszeitermittlung und Personalbemessung vorgesehen werden (vgl. Becke & Bleses 2016). Solche Zeitanteile werden in konventionellen Verfahren der Personalbemessung und der Arbeitszeitermittlung jedoch häufig ausgeklammert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass sich Konzepte und Verfahren der Optimierung, der Arbeitszeitermittlung und der Personalbemessung personennaher Dienstleistungsarbeit häufig an Standards orientieren, die von industrieller Produktionsarbeit ausgehen und daher nur begrenzt auf diesen Typus der Dienstleistungsarbeit anwendbar sind (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2019: 141). Solche Konzepte und Verfahren klammern häufig aus, dass es sich beim Typus personennaher Dienstleistungsarbeit um einen spezifischen Arbeitsgegenstand handelt: den Menschen. Die Beziehungs- und Kooperationsdimension wird in konventionellen Verfahren und Konzepten der Rationalisierung, der Arbeitszeitermittlung und der Personalbemessung personenbezogener Dienstleistungen bisher kaum angemessen berücksichtigt (ebd.).

Eine weitere zentrale Ursache für die fehlende Berücksichtigung von Interaktionsarbeit in diesen Konzepten und Verfahren liegt darin, dass Interaktionsarbeit zu guten Teilen unsichtbare Arbeit ist, die hochgradig an die Subjektivität der Pflegekräfte gebunden ist. Ein Beispiel hierfür ist die zu leistende Emotionsarbeit der Pflegekräfte, etwa im Umgang mit eigenen Gefühlen der Trauer, der Verärgerung oder des Ekels,

die in bestimmten interaktiven Arbeitssituationen auftreten können. Unsichtbare oder kaum sichtbare Leistungen im Rahmen der Interaktionsarbeit (z.B. Blicke, Gesten und Berührungen) sind überdies bedeutsam für die Qualität der Pflegearbeit (Kumbruck 2010), da sie z.B. dazu beitragen können, die Stimmungen und Befindlichkeiten zu pflegender Personen zu beeinflussen, um sie etwa auf anstehende medizinische Eingriffe vorzubereiten oder ihnen Trost und Zuwendung zu vermitteln (vgl. Strauss et al. 1982). Unsichtbare Arbeit entzieht sich objektivierten und quantifizierenden Verfahren der Personalbemessung, der Arbeitszeitermittlung und der Rationalisierung. Solche Verfahren setzen sichtbare und damit von Dritten beobachtbare und zu beschreibende Arbeitstätigkeiten voraus. Jede Arbeit weist sichtbare und unsichtbare Tätigkeitselemente auf (Star & Strauss 1999: 11), die beispielsweise auf Erfahrungs- und Kontextwissen basieren (vgl. Polanyi 2016; Böhle 1989). Eine Besonderheit der pflegebezogenen Interaktionsarbeit besteht darin, dass sie selbst inklusive ihrer unsichtbaren Tätigkeitselemente den Kern des Ethos beruflicher Praxis von Pflegekräften ausmacht (Kumbruck 2010). Ihre unzureichende betriebliche und gesellschaftliche Anerkennung können Pflegekräfte daher als Kränkung und Missachtung ihres Berufsethos erleben, die letztlich tiefgreifende, auch gesundheitsschädigende berufliche Gratifikationskrisen aufseiten der Pflegekräfte zur Folge haben kann (Siegrist 2015).

Für die Anerkennung von Interaktionsarbeit als Kernbestandteil der Arbeit von Pflegekräften in der stationären Langzeitpflege ist nicht nur von essentieller Bedeutung, dass Pflegekräfte über hinreichend Zeit für Interaktionsarbeit verfügen. Überdies kommt es darauf an, dass die Zeitansprüche von Pflegekräften an Interaktionsarbeit auch auf betrieblicher wie gesellschaftlicher Ebene anerkannt werden. Im Blickfeld dieses Forschungsberichts steht daher die zeitliche Dimension der Interaktionsarbeit. Unseres Erachtens weist Zeit – jenseits der Frage der konkreten Arbeitszeitgestaltung – für Interaktionsarbeit unterschiedliche Bedeutungen auf:

- Arbeitszeit, die Pflegekräfte als Zeiten der Fürsorge und der Zuwendung für pflegebedürftige Menschen aufbringen und verwenden, um damit auch ihrem Ethos fürsorglicher Pflegekraft nachkommen zu können.
- Zeiten für Interaktionsarbeit sind zugleich Zeiten, die der Pflegequalität von pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zugutekommen (vgl. Becke & Bleses 2016). Denn Pflegekräfte benötigen Zeit, um auf die Bedürfnisse und Stimmungen zu pflegender Personen sowie auf unerwartete, sich verändernde situative Anforderungen eingehen zu können. In unserer qualitativen Teilstudie wurde der Zusammenhang zwischen pflegebezogener Interaktionsarbeit und Pflegequalität nicht dezidiert untersucht. Der Fokus der Teilstudie lag auf der arbeitswissenschaftlichen Perspektive von Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege.
- Zeitdruck als weitgehend beständige Arbeitsanforderung an Pflegenden in der stationären Langzeitpflege ist hierbei nicht nur der betrieblichen Ökonomisierung von Pflegearbeit geschuldet, sondern resultiert auch aus ihrer unzureichenden betrieblichen und personalwirtschaftlichen Anerkennung. Dies hat zur Folge, dass auf der einen Seite für Interaktionsarbeit kaum Zeitanteile in der Personalbemessung vorgesehen werden, auf der anderen Seite die zu leistende Interaktionsarbeit aber eine aus Sicht der Pflegekräfte bedeutsame Arbeitsanforderung bildet, für die sie Arbeitszeit aufwenden.
- Interaktionsarbeit weist mit Blick auf ihre gesundheitlichen Implikationen einen dualen Charakter auf: Sie bildet auf der einen Seite eine gesundheitsförderliche Quelle der Arbeitsmotivation, der Sinnstiftung und der Anerkennung für Pflegekräfte. Auf der anderen Seite kann Interaktionsarbeit mit hohen psychosozialen Arbeitsbelastungen verbunden sein, die z.B. aus emotionaler Dissonanz zwischen betrieblich erwünschten und dazustellenden Gefühlen und der tatsächlichen intrapsychischen Befindlichkeit von Pflegekräften oder aus aggressivem Verhalten von pflegebedürftigen gegenüber Pflegerinnen und Pflegern herrühren. Zur psychosozialen Bewältigung benötigen Pflegekräfte auch während ihrer Arbeit Zeit, um Arbeitsbelastungen, die mit der Interaktionsarbeit verbunden sind, zu bewältigen. Solche Zeitanteile für Gesundheitsförderung werden in

der Regel ebenfalls kaum berücksichtigt: Verfahren der Arbeitszeitermittlung und der Personalbemessung konzentrieren sich überwiegend auf beobachtbare und verrichtungsbezogene Arbeitstätigkeiten, die sich auf den Pflegebedarf der zu pflegenden Personen richten. Zeiten für Prävention bzw. Gesundheitsförderung während der Arbeitszeit werden hingegen ausgeklammert, obwohl sie für den Gesundheitserhalt von Pflegekräften und damit auch für deren Verbleib im Berufsfeld Pflege bedeutsam sind. Beispiele hierfür sind Zeiten, die während der Arbeit für kollegiale Fallberatung oder die Beteiligung an betrieblichen Gesundheitszirkeln oder die Wahrnehmung von (teambezogenen) Supervisionsangeboten genutzt werden können.

- Zeiten der Selbstsorge, die dem Prinzip der Sorge um sich zugrunde liegt (vgl. Foucault 1989: 60 ff.) Bereits in der antiken griechischen Philosophie verweist dieses Prinzip auf die Gesundheitspflege um sich selbst, mit der Körper und Seele im Gleichgewicht gehalten werden sollen (ebd.: 75). Ausdruck der Selbstsorge von Pflegekräften ist es, sich während der Arbeitszeit Zeit für die eigene emotionale Regulation zu nehmen, z.B. indem sie informelle Kurzpausen einlegen, um auf Distanz zu emotional aufwühlenden Arbeitsereignissen gehen zu können.

In unserem qualitativen Teilvorhaben haben wir uns vor diesem Hintergrund mit zwei Fragestellungen befasst:

- (1) Erstens geht es um die Frage, inwiefern eine gesellschaftlich notwendige Weiterentwicklung der Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege durch die Anerkennung von Interaktionsarbeit und der dafür erforderlichen Zeitbedarfe erfolgen kann.

Ein zentrales Ziel des arbeitswissenschaftlichen Teilvorhabens des Instituts Arbeit und Wirtschaft (iaw), bestand darin, die Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege zu erheben und darauf bezogen erfahrungsgestützte Zeitbedarfe zu ermitteln. Konkret wurde qualitativ untersucht, wo Interaktionsarbeit im Rahmen von Pflegetätigkeiten auftaucht, um welche spezifischen interaktiven Tätigkeiten es sich dabei handelt und welche erfahrungsgestützten Zeitbedarfe dafür zu erkennen und aus der Perspektive der Pflegekräfte abzuschätzen wären.

Der Fokus dieser Erhebung liegt auf der Interaktionsarbeit zwischen Pflegekräften und zu Pflegenden. Berücksichtigung finden hierbei die unterschiedlichen Pflegegrade in der Beurteilung nach dem neuen Begutachtungsinstrument zur Ermittlung des Pflegebedarfs von zu Pflegenden und die verschiedenen pflegebezogenen Aufgabenkomplexe/-bereiche. Überdies wird das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte ansatzweise berücksichtigt, d. h. es wird nach Pflegehilfskräften, Pflegeschüler\*innen und Pflegefachkräften differenziert.

Die gesundheitsökonomisch und pflegewissenschaftlich orientierte Hauptstudie richtete sich primär auf die tätigkeitsbezogene Zeiterfassung der Pflegearbeit und berücksichtigte dabei unterschiedliche Konstellationen der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) anhand des neuen Begutachtungsinstruments und die Qualifikation unterschiedlicher Gruppen von Pflegebeschäftigten. Die Hauptstudie geht dabei von den spezifischen Pflegebedarfen der zu pflegenden Personen aus. Im Unterschied zur Hauptstudie nahm unsere qualitative Teilstudie aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive die Interaktionsarbeit von Pflegekräften in den Blick. Hierbei wurden in vergleichsweise stärkerem Maße kontextbezogene Informationen und betriebliche Bedingungen der Interaktionsarbeit berücksichtigt. Durch qualitative Interviews und Gruppendiskussionen mit Beschäftigten konnten Einblicke in nicht sichtbare, innere Verarbeitungsprozesse der Pflegekräfte gewonnen werden. Diese Informationen ermöglichten es, die komplexe Interaktionsarbeit umfassender zu ermitteln und zu erheben. Ferner wurde damit eine Datenerhebung geplant, die über den Kontext und die Reichweite der Zeiterfassung durch geschulte Datenerhebenden hinausweist. So ermöglichten es z. B. Gruppendiskussionen mit Pflegekräften verstärkt unsichtbare Emotionsarbeit – auch mit Blick auf ihre zeitliche Bedeutung für Pflegekräfte – zu thematisieren. Die Gruppendiskussionen sollten dazu beitragen, möglichst reale, erfahrungsbasierte Zeitwerte für Interaktionsarbeit bei der stationären Langzeitpflege abzuschätzen, was sich in der Praxis jedoch als nicht möglich erwiesen hat. Den Pflege-

kräften fiel es schwer, Zeitanteile für Interaktionsarbeit zu benennen, die doch eng mit den „Interventionen“, d.h. den pflegebezogenen Aufgaben und Verrichtungen, verwoben sind.

Insgesamt zeigt sich, dass die Zeit für Interaktionsarbeit meist im Pflegealltag nicht ausreicht. Es gibt in unserer Teilstudie zwar Einrichtungen, in denen diese Zeit zur Verfügung steht und entsprechend genutzt wird, jedoch ist in 3 der 4 an diesem Studienpart beteiligten Einrichtungen Zeitmangel deutlich, der es ihnen nicht ermöglicht, Interaktionsarbeit so zu leisten, wie sie es sich wünschten. Für die Pflegekräfte bildet jedoch die Interaktionsarbeit den Kern ihres Ethos fürsorglicher Praxis (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2006), der ihre Arbeitsmotivation prägt. Es werden daher weitere Zeitaufschläge zusätzlich zu den im quantitativen Studienpart, d.h. der Hauptstudie, ermittelten Soll-Zeitwerte empfohlen.

- (2) Zugleich interessierten uns im Rahmen der qualitativen Teilstudie die konkreten Zeitansprüche und Zeitpraktiken von Pflegekräften bei ihrer Arbeit mit und an zu pflegenden Menschen. Die stationäre Langzeitpflege ist seit einigen Jahren durch eine verstärkte Ökonomisierung geprägt, die dazu beiträgt, die Poren des Arbeitsalltags weiter zu verdichten (Senghaas-Knobloch 2014). Es stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, inwiefern Pflegekräfte auch unter erschwerten betriebs- und pflegeökonomischen Rahmenbedingungen Zeitansprüche für Interaktionsarbeit, vor allem für Zeiten der Fürsorge und der Zuwendung für pflegebedürftige Menschen sowie der Selbstsorge in der Arbeit, aufrechterhalten und zur Geltung zu bringen vermögen.

Daher wurden mit Blick auf Interaktionsarbeit konkrete Zeitpraktiken der Pflegekräfte in ihrem Arbeitshandeln untersucht, insbesondere unter der Rahmenbedingung ausgeprägten Zeitdrucks bei der Arbeit. Zeitpraktiken werden hier verstanden als Umgangsweisen mit Zeit bzw. der Zeitnot im (ökonomisierten) Arbeitsalltag. In Zeitpraktiken spiegeln sich subjektive wie kollektive Strategien der Aneignung von Arbeitsaufgaben in zeitlicher Hinsicht bei sich verändernden Arbeitsbedingungen wider (vgl. Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2019). Zeitpraktiken können darauf abzielen, auch unter erschwerten Bedingungen Zeitressourcen für die Arbeit mit und an zu pflegenden Menschen zu reklamieren und zu behaupten. In Zeitpraktiken können sich jedoch auch reduzierte Zeitansprüche an Interaktionsarbeit widerspiegeln, wenn Pflegekräfte versuchen, Zeitbedarfe für Kommunikation und Zuwendung gegenüber pflegebedürftigen Menschen stärker einzuschränken, um ihre Pflegeaufgaben in der verfügbaren Arbeitszeit überhaupt bewältigen zu können. In beiden beispielhaften Fällen können diese Zeitpraktiken nicht-intendierte Folgen für die Gesundheit der Pflegekräfte nach sich ziehen. Sie begünstigen eine mehr oder weniger schleichende Überschreitung der eigenen Belastungsgrenzen im Arbeitsprozess, vor allem durch das Zurückstellen von Selbstsorgetätigkeiten, und ein Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit mit Blick darauf, dem Ethos fürsorglicher Praxis in der Pflegearbeit gerecht zu werden. Zeitpraktiken von Pflegekräften können auch betrieblich nicht-intendierte Folgen für die Pflegequalität aufweisen. Dies ist z.B. der Fall, wenn Pflegekräfte fachlich gebotene Arbeitstätigkeiten mit und an pflegebedürftigen Menschen zwar dokumentieren, aber in Anbetracht der erlebten Zeitnot de facto nicht ausführen, wie die Dekubitusprophylaxe bei bettlägerigen Patientinnen und Patienten (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2019: 155).

Dieser Forschungsbericht umfasst insgesamt neun Kapitel. Im zweiten Kapitel beschreiben wir zunächst kurz das bundesweite Gesamtvorhaben bzw. die quantitative Hauptstudie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege vor. Diese Vorstellung ist erforderlich, damit Leserinnen und Leser unsere qualitative Teilstudie besser in den Kontext des Gesamtvorhabens und dessen Hauptstudie einordnen können, zumal wir uns in diesem Forschungsbericht öfters auf das Gesamtprojekt und die Hauptstudie beziehen werden. Das dritte Kapitel skizziert den mit Blick auf unsere qualitative Teilstudie relevanten Forschungsstand zur Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege. In konzeptioneller Hinsicht rekurrieren wir primär auf das bereits erwähnte integrative Konzept der Interaktionsarbeit (vgl. Böhle et al. 2015; Böhle & Wehrich 2020). Im Mittelpunkt des vierten Kapitels steht das methodische Vorgehen unserer Teilstudie, die neben Fokusgruppendifkussionen mit Expertinnen und Experten aus der Arbeitsforschung und der Pflegepraxis auch betriebliche Kurzfallstudien auf der Basis qualitativer Interviews mit

Führungskräften und Gruppendiskussionen mit Pflegekräften umfassten. Darüber hinaus wird das verwendete Verfahren der qualitativen Auswertung beschrieben. Im fünften Kapitel werden die Analyseergebnisse zur empirischen Bedeutung des integrativen Konzepts der Interaktionsarbeit und ihrer vier Kerndimensionen für die Interaktionsarbeit von Pflegekräften in der stationären Langzeitpflege vorgestellt. Das sechste Kapitel konzentriert sich auf einen zentralen empirischen Befund unserer Teilstudie. Hierbei handelt es sich um die Problematik der aus Sicht der Pflegekräfte unzureichenden Zeit für pflegebezogene Interaktionsarbeit. Hierzu werden zunächst die empirisch ermittelten Zeitpraktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck diskutiert, ehe aus der Perspektive der Beschäftigten Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit einschließlich ihrer vier Dimensionen eruiert werden. An diese empirischen Befunde knüpft das siebte Kapitel an, in dem wir einen konzeptionellen, empirisch und normativ begründeten Vorschlag entwickeln, der sich auf zeitlichen Mehrbedarf für Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege richtet. Wir plädieren dafür, auch im Rahmen des neuen Verfahrens der Personalbemessung disponible Interaktions- und Reflexionszeiten vorzusehen, die Pflegekräfte primär für Zeiten der Fürsorge und Zuwendung gegenüber pflegebedürftigen Personen sowie für die Regeneration ihrer gesundheitlichen Ressourcen bzw. die Bewältigung von Arbeitsbelastungen in Bezug auf Interaktionsarbeit nutzen können. Dies schließt Zeiten für die reflexive Gestaltung von Interaktionsarbeit sowie ihrer betrieblichen Rahmenbedingungen ein. Im achten Kapitel diskutieren wir die Limitationen der qualitativen Teilstudie. Der Forschungsbericht schließt mit einem Fazit der Kernergebnisse und einem Ausblick auf weitere Forschungsdesiderate und praxisorientierte Entwicklungsbedarfe ab.

## 2 Kurze Projektbeschreibung des Gesamtvorhabens

Das Verbundprojekt zur „*Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI*“ unter Projektleitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang zielte darauf ab, ein Verfahren zur bundeseinheitlichen Bemessung der Personalbedarf in der stationären Langzeitpflege zu entwickeln. Der Personalbedarf wird hierbei auf der Basis eines empirisch basierten Algorithmus berechnet. Die Erhebungsgrundlagen hierfür bildeten die Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen und ihrer Zuordnung nach dem Neuen Begutachtungsassessments (NBA) erhoben. Ebenfalls wurde die bedarfsgerechte Qualifikation der Pflegekräfte einbezogen.

Zunächst wurde ein Interventionskatalog konzipiert, der nach neuem Verständnis der Pflegewissenschaft alle Arbeitshandlungen einer Pflegekraft definierte und genau beschrieb. Das Team des Instituts Arbeit und Wirtschaft war in die Entwicklung des Interventionskatalogs eingebunden. Das iaw-Team hat hierbei geprüft, inwieweit in diesem Katalog beobachtbare Anforderungen der Interaktionsarbeit – vor dem Hintergrund des integrativen Konzepts der Interaktionsarbeit (Böhle et al. 2015) – erfasst wurden. Überdies ergänzte das iaw-Team den Interventionskatalog mit Blick auf Interaktionsarbeit. Danach wurden alle Pflegebedürftigen der in die Studie einbezogenen Pflegeeinrichtungen erneut einer Begutachtung durch den MDK mit entsprechender Einteilung in Pflegegrade unterzogen, die als Basisinformation in die ‚Beschattung‘ der Pflegekräfte und die Dienstplanung einfluss. Die Pflegeplanung wurde vor Begleitung durch die sogenannten ‚Schatten‘ vor Ort zusammen mit den pflegewissenschaftlichen Projektmitarbeitenden entsprechend eines modernen Pflegeverständnisses für die Erhebungszeit, angepasst an die Bewohner\*innen neu geschrieben. Der Interventionskatalog wurde in ein digitales System übersetzt, sodass die gesondert geschulte Begleitung der Pflegekräfte schnell anhand dieses Kataloges und ihres Fachwissens bedarfsgerechte die Arbeitstätigkeiten der Pflegekräfte und die damit verbundenen Zeiten erfassen und beurteilen konnten. Das iaw war in die Schulung der ‚Schatten‘ eingebunden, sodass diese erfahrenen Pflegefachkräfte auch für Interaktionsarbeit sowie für Möglichkeiten und Grenzen ihrer Beobachtung sensibilisiert wurden.



Bei der ‚Beschattung‘ handelte es sich um eine passiv-teilnehmende Beobachtung von Pflegekräften in den an der Studie beteiligten stationären Einrichtungen der Langzeitpflege. Die ‚Beschattung‘ wurde von examinierten Pflegefachkräften durchgeführt, die in der Regel über eine mehrjährige pflegebezogene Berufserfahrung. Bei der ‚Beschattung‘, d.h. der Begleitung einer jeden Pflegekraft eines Wohnbereichs zur Erhebungszeit während der gesamten Arbeitszeit, wurde geschaut, welche sogenannten Pflegeinterventionen durchgeführt wurden und wie lange diese gedauert haben, sowie ob die Pflegekraft dem vorgegebenen Qualifikationsniveau entsprach. Dann wurde von den erfahrenen Pflegekräften überprüft, ob diese Handlung fachlich erforderlich gewesen war und ob dies fachgerecht und von der richtig qualifizierten Person durchgeführt wurde. Entsprechend des Ergebnisses wurden zeitliche Zu- oder Abschläge ergänzt. So wurden jede Handlung einer Schicht durchgegangen. Dies erfolgte anhand des eigens dafür geschriebenen digitalen Systems mit hinterlegtem sogenannten Interventionskatalog, Information über Bewohner\*innen und Pflegekräfte (vgl. Rothgang et al. 2020a, Rothgang 2020b).

Somit werden die Anzahl der bedarfsnotwendigen Interventionen, die pro zu erbringender Intervention bedarfsgerechte Zeit sowie die bedarfsgerechte Qualifikation der Pflegenden pro zu erbringender Intervention definiert und ermittelt. Die quantitativen Erhebungen wurden statistisch ausgewertet. Auf dieser Grundlage wurde ein Algorithmus für ein bundeseinheitliches Verfahren der Personalbemessung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege entwickelt.

Für detailliertere und nähere Erläuterungen verweisen wir auf den Abschlussbericht (Rothgang et al. 2020a).

### **3 Stand der Forschung**

Als Ausgangslage wurde zunächst das Teilprojekt mit einer ausführlichen Literaturanalyse begonnen. Diese fand hauptsächlich von Oktober 2017 bis Januar 2018 statt. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse zur Interaktionsarbeit sowie zu Interaktionsarbeit und Zeit vorgestellt.

#### **3.1 Das integrative Konzept der Interaktionsarbeit nach Böhle, Stöger & Weihrich 2015**

Interaktionsarbeit als Arbeit mit und am Menschen erstreckt sich nicht nur auf den Bereich der personenbezogenen bzw. sozialen Dienstleistungen, sondern kann prinzipiell in allen personenbezogenen Prozessen und Tätigkeiten auftreten, die einen direkten Kontakt mit Kund\*innen oder Klient\*innen beinhalten (Böhle & Glaser 2006: 12 f.). Dementsprechend kann Interaktionsarbeit in sehr unterschiedlichen Arbeits- und Berufsfeldern geleistet werden, wie im Banken- und Finanzsektor, der Unternehmensberatung, der IT-Entwicklung, der Sozialarbeit oder der ambulanten wie stationären Pflege. Da Interaktionsarbeit in unterschiedlichen Arbeits- und Berufsfeldern vorkommt, ist sie auch stets mit Blick auf diese spezifischen Kontexte zu bestimmen. Spezifische Kontexte, in denen Interaktionsarbeit geleistet wird, bestimmen daher den Charakter, d.h. die spezifische Ausprägung von Interaktionsarbeit.

Für die Literaturrecherche wurden in den dafür zur Verfügung stehenden zwei Monaten die Bestände der Staats- und Universitätsbibliothek Bremen auf die wesentliche Fachliteratur hin sondiert und die eigenen Literaturbestände genutzt. Darüber hinaus wurde ebenso google scholar herangezogen, um Zugang zu entsprechender Literatur zu erlangen. Ferner wurde die Recherche durch Literaturhinweise der Expert\*innen ergänzt.

Vor diesem Hintergrund erstreckte sich die umfangreiche Literaturanalyse auf empirische Studien und theoretisch-konzeptionelle Forschungsarbeiten, die sich auf die formale Pflege – und hierbei insbesondere auf die stationäre Langzeitpflege – bezogen. Studien und Publikationen, die sich auf die ambulante Pflege oder die eher kurzfristig orientierte Krankenpflege im Krankenhausbereich beziehen, wurden er-

gänzend berücksichtigt (vgl. Bleses & Jahns 2015; Bleses & Busse 2020; Kludig 2019), um die Spezifika der Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege im Vergleich deutlicher herausarbeiten zu können. Bereits im Rahmen der Literaturanalyse wurde systematisch darauf geachtet, inwiefern sich in einschlägigen Studien und Konzepten Hinweise auf die empirische Beobachtbarkeit von Interaktionsarbeit, vor allem in der stationären Langzeitpflege, finden lassen.

Darüber hinaus bildeten klassische Studien und Konzeptionen zur Interaktionsarbeit und ihren Kerndimensionen einen zweiten Schwerpunkt der Literaturanalyse. Seit den 1950er Jahren hat sich das Forschungsgebiet der Interaktionsarbeit allmählich entwickelt und weiter ausdifferenziert. Als vier zentrale Kerndimensionen oder für Interaktionsarbeit relevante Konzepte gelten in der Fachliteratur die Kooperationsarbeit, d.h. die Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen zwischen Dienstleistungsgebenden und Dienstleistungsnehmenden (Dunkel & Weirich 2012), die Gefühlsarbeit (vgl. Strauss et al. 1980; Dunkel 1988), die Emotionsarbeit (Hochschild 1979) und das subjektivierende Arbeitshandeln (Böhle 1999). Die Literaturanalyse bezog diese Konzepte sowie Arbeiten zu übergreifenden Konzepten der Interaktionsarbeit (vgl. Dunkel 1988; Böhle et al. 2015a, b) ein.

### 3.2 Interaktionsarbeit und Zeit

Die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege hat sich bislang primär an einzelnen, definierten und beobachtbaren Verrichtungen der Pflegearbeit orientiert. In bisherigen Verfahren der Personalbedarfsermittlung und -bemessung und Methoden der Ermittlung von Ausführungszeiten spezifischer Pfl egetätigkeiten wurde Interaktionsarbeit bisher kaum berücksichtigt. Diese Nicht-Berücksichtigung ist darauf zurückzuführen, dass mit der Fokussierung auf einzelne Verrichtungen der Blick auf ganzheitliche Aufgabenzusammenhänge in der Pflegearbeit verstellt wurde. Überdies erklärt sich die weitgehende Ausblendung der Interaktionsarbeit bei der Personalbemessung auch daraus, dass Interaktionsarbeit zum Teil eine quasi ‚unsichtbare Arbeitstätigkeit‘ bildet, die sich nur schwer beobachten und ermitteln lässt (Kumbruck 2010).

Aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive erweist sich die Nicht-Berücksichtigung von Interaktionsarbeit im Rahmen der bisherigen Personalbemessung als problematisch, da hierbei Interaktionsarbeit als Kernaspekt des Arbeitsethos von Pflegekräften nicht anerkannt wird (Senghaas-Knobloch 2008). Dies hat zur Folge, dass der mit der Interaktionsarbeit verbundene Zeit- und Arbeitsaufwand der Pflegekräfte nicht beachtet wird. Die Ausblendung von Interaktionsarbeit in Verfahren und Methoden der Personalbemessung bildet daher eine Quelle der psychisch belastenden Arbeitsverdichtung von Pflegekräften (Becke & Bleses 2016).

Bisher gibt es nur bedingt Ergebnisse zur zeitlichen Dimension von Interaktionsarbeit, insbesondere zu ihrer zeitlichen Dauer. So haben Glaser et al. (2008: 67) „Interaktionsepisoden [Interaktionen zwischen den Beschäftigten und Bewohnern sowie deren Angehörigen] und ihrer Dauer, Initiierung und Formen“ untersucht. Diese umfassen Interaktionsarbeit im Vergleich zu dem in unserer Teilstudie zugrunde liegenden integrativen Konzept der Interaktionsarbeit (Böhle et al. 2015) jedoch in einem engeren Rahmen. Die Studie von Glaser et al. (2008) enthält keine kognitive, nicht sichtbare Interaktionsarbeit, wie Emotionsarbeit oder auch Bestandteile des subjektivierenden Arbeitshandelns, sondern beschränkt sich auf die sichtbaren Interaktionsepisoden. Gleichwohl bietet sie erste Anhaltspunkte für die zeitliche Erfassung von Interaktionsarbeit in der stationären Altenpflege. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei 48,4% der Interaktionen um sogenannte Kurzinterventionen handelt, die kürzer als 1 Minute dauerten, sowie 54,9% der Fälle „sozioemotional[e Interaktionsepisoden] während einer Verrichtung“ (Glaser et al. 2008: 69) waren. Es wird deutlich, dass es sich in häufigsten Fällen um sehr kurze Interaktionsmomente handelt, sowie bei einem Großteil um Interaktionsepisoden, die neben einer Verrichtung laufen. Zeiten, die eine Pflegekraft zwischen der Begegnung mit zwei Bewohner\*innen hat, scheinen hier jedoch keinen direkten Einfluss gehabt zu haben.

Die Interaktionsarbeit des/r Dienstleistenden mit der dienstleistungsnehmenden Person werden ebenfalls in einem Vortrag zum Thema Interaktionsarbeit (September 2019) als zu berücksichtigender zeitlicher Aspekt betrachtet: „Zeitbemessung [für Interaktionsarbeit] berücksichtigt in der Regel nicht die Individualität der Leistungserbringung, wie z.B. die Reaktion des Gegenüber“ (Beermann 2018: 12). Die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte hat demnach eine zeitliche Relevanz, die bisher in der Bemessung des Personalbedarfs nicht berücksichtigt wird.

## 4 Methodisches Vorgehen

Auf Basis der Ergebnisse der ausführlichen Literaturrecherche (Oktober 2017 bis Januar 2018) wurden 3 Fokusgruppendifkussionen mit insgesamt 10 Expert\*innen Wissenschaft und Pflegepraxis initiiert und durchgeführt (November 2017- Januar 2018). Die Ergebnisse der Literaturlauswertung und der Fokusgruppendifkussionen ermöglichten es, Interaktionsarbeit mit Blick auf die stationäre Langzeitpflege zu konkretisieren und zusätzliche methodische Anhaltspunkte für die geplante Durchführung der teilnehmenden Beobachtungen in den ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen zu erhalten. Erkenntnisse aus dieser Vorbereitung gingen auch in die Entwicklung des Interventionskatalogs für die quantitative Erhebung mit ein. Hier konnten allerdings nur sichtbare, prüfbare Bestandteile von Kooperations- und Geföhlsarbeit einbezogen werden. Weitere interaktive Aspekte der Leistung, z. B. die mentale Vorbereitung und Analyseprozesse der Pflegekraft auf bestimmte Situationen, finden hier keine Berücksichtigung. Im Rahmen der Mitarbeit am Schulungskonzept für die Datenerhebenden der quantitativen Hauptstudie konnten diese Zielgruppe mit Blick auf ihre Datenerhebung für Aspekte der pflegebezogenen Interaktionsarbeit näher sensibilisiert werden. Hierfür wurde Interaktionsarbeit als Thema in das Schulungskonzept des *socium* integriert. Anfangs wurden die Teilnehmenden zunächst gefragt, was sie unter Interaktionsarbeit verstehen. Die Aussagen wurden mithilfe einer Flipchart gesammelt. Anschließend wurde die Bedeutung von Interaktionsarbeit für die Pflegearbeit hervorgehoben und das Modell von Böhle et al. (2015) vorgestellt, um ein einheitliches Verständnis der Datenerhebenden zu generieren. Anhand des Modells wurden dann noch einmal die Aussagen der Teilnehmenden, wie sie Interaktionsarbeit verstehen, reflektiert. Daraufhin wurde anhand von beispielhaften Teilschritten und Anforderungen aus dem Interventionskatalog die Umsetzung von Pflegekräften in der Praxis besprochen. Betont wurde, dass Interaktionsarbeit in einigen Aspekten nicht sichtbar ist und den Datenerhebenden in der Beobachtung verborgen bleibe, Interaktionsarbeit jedoch ein Kernaspekt der Dienstleistungsarbeit sei. Cora Zenz hat an der Umsetzung des Schulungskonzept für die Datenerhebenden der quantitativen Erhebung mitgewirkt (Februar - März 2018) und 4 Schulungen begleitend durchgeführt (April - Juli 2018). Bei den Datenerhebenden handelte es sich in der Regel um qualifizierte Pflegefachkräfte mit einer in der Regel mehrjährigen Berufspraxis. Im April 2018 erfolgt zudem ein Pretest, in dem eine Pflegekraft einmal teilnehmend begleitet wurde und woraufhin erste Schwierigkeiten im Ablauf der Beobachtung, z.B. Kommunikationsschwierigkeiten mit den Einrichtungen, auftraten und für die folgende Erhebung dann vermieden werden konnten.

Der nächste größere Arbeitsschritt beinhaltete die Auswahl und das Anschreiben der Einrichtungen, das Informieren, die Durchführung der Pflegedienstleistungs-/Wohnbereichsleitungsinterviews, sowie der teilnehmenden Beobachtung und Beobachtungsinterviews und der anschließenden Gruppendiskussionen. Die insgesamt 16 teilnehmenden Beobachtungen von Pflegekräften mit anschließenden Beobachtungsinterviews wurden in 4 Einrichtungen durchgeführt (Juni – September 2018). Aufgrund einiger Verzögerungen, wie Problemen mit Einwilligungserklärungen von Bewohner\*innen, Urlaubszeiten der Pflegeeinrichtungen, Absagen auf Seiten der teilnehmenden Einrichtungen, ist die Auswertung mit dreimonatiger Verzögerung gestartet. Zum Abschluss wurden zusätzlich nach einer ersten Grobauswertung je eine Gruppendiskussionen in den teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt, um die Ergebnisse zu validieren (Oktober – November 2018).

Im Anschluss an die Erhebung wurden dann die Transkriptionen der Interviews erstellt, und mittels „f4analyse“ die qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring durchgeführt. Die daraus entstehenden Ergebnisse werden u.a. ab Kapitel 4.2 benannt.

## 4.1 Fokusgruppendifkussionen

Zur näheren analytischen wie dimensional Bestimmung von Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege wurden 3 leitfadengestützte Fokusgruppendifkussionen durchgeführt.

Methodisch wurde zunächst mit einer ausführlichen Literaturlauswertung begonnen, die eine Grundlage für die Entwicklung von Gesprächsleitfäden für die beiden Fokusgruppengespräche mit insgesamt 8 Expert\*innen bot. Die Fokusgruppengespräche waren je nach Zielgruppe (Praktiker\*innen oder Wissenschaftler\*innen) entsprechend in den Formulierungen angepasst. Grundsätzlich waren sie jedoch gleich konzipiert. Zunächst wurden das Gesamtprojekt und das Ziel des iaw-Vorhabens vorgestellt. Anschließend wurde als Grundlage das Modell nach Böhle et al. (2015) präsentiert und mit den Teilnehmenden Fragen diskutiert:

- Was lässt sich überhaupt erkennen/erheben? Stichwort: (Non-)Verbale Kommunikation. Welche der vier Dimensionen lassen sich unmittelbar beobachten?
- Woran lässt sich Interaktionsarbeit bei teilnehmenden Beobachtungen erkennen?

Die Aussagen wurden auf Karten gesammelt und diskutiert. Daraufhin wurden die Teilnehmenden aufgefordert die Dimensionen im Kontext der Pflegearbeit in der stationären Langzeitpflege zu gewichten:

- Welche Dimensionen sind besonders wichtig in der Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege?
- Wie würden Sie die vier Dimensionen und der (Unter-) Typen nach Häufigkeit und Relevanz gewichten?

Die Expert\*innen kamen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen, d.h. sowohl der Pflegewissenschaften, der Sozialwissenschaften, der Arbeitswissenschaften, der Gesundheitswissenschaften und der Arbeits- und Organisationspsychologie, als auch aus der Pflegepraxis. Die Wissenschaftler\*innen wiesen eine zentrale Gemeinsamkeit auf: Sie hatten sich bereits seit mehreren Jahren in ihrer Forschung mit der (stationären) Altenpflege bzw. der stationären Langzeitpflege und zumeist auch mit der pflegebezogenen Interaktionsarbeit befasst. Überdies nahmen an einer der beiden Fokusgruppendifkussionen zwei Pflegefachkräfte teil, die über mehrjährige Erfahrungen in der stationären Langzeitpflege verfügten. Darüber hinaus wurde eine Fokusgruppendifkussion mit 2 weiteren Pflegefachkräften geführt, die nach ihrer Ausbildung ein bis zwei Jahre praktische Erfahrung in der stationären Altenpflege gesammelt hatten. Hierbei handelte es sich um Personen mit einer Doppelqualifikation als qualifizierte Pflegekräfte und Gesundheitswissenschaftlerinnen bzw. Pflegewissenschaftlerinnen.

Die Ergebnisse der letzten Fokusgruppendifkussion (mit 2 Pflegekräften/ angehende Pflegewissenschaftlerinnen) wurden ergänzend in die bestehenden Ergebnisse der dimensional Analyse einbezogen. Zwar wurden Fokusgruppendifkussionen mit ausschließlich mehr- bis langjähriger Erfahrung angestrebt, da sich jedoch die Rekrutierungsphase länger und schwieriger gestaltete als gedacht, wurden auch Pflegekräfte mit kurzen Erfahrungshintergründen einbezogen. Anzunehmen ist, dass sie aufgrund ihrer kürzeren Tätigkeitserfahrung und bewussten Unterschieden zu erfahrenen Kolleg\*innen noch reflektierter in der Interaktionsarbeit sind und bewusster über Besonderheiten sprechen können, da sie einerseits neuer in der Pflegearbeit waren und ihnen somit Besonderheiten anders auffielen als ihren berufserfahrenen Kolleg\*innen. Zudem setzten sie Theorie und Praxis in Bezug zueinander. Dies erwies sich als ein Vorteil für unser Vorhaben.

## 4.2 Dimensionale Analyse

Die Literaturlauswertung und die beiden Fokusgruppendifkussionen wurden einer separaten wie vergleichenden dimensionalen Analyse unterzogen, in der zentrale Dimensionen der Interaktionsarbeit mit Fokus auf die stationäre Langzeitpflege und Kriterien sowie Beispiele ihrer empirischen Beobachtbarkeit herausgearbeitet wurden.

Die Ergebnisse aus der Literaturlauswertung und den beiden Fokusgruppendifkussionen wurden miteinander verglichen und anschließend auf das Wesentliche, d.h. ihre Kerngehalte, reduziert. Die Reduzierungen wurden nach zwei Kriterien vorgenommen: Erstens erfolgte eine Gewichtung nach zentralen Merkmalen für einzelne Dimensionen der Interaktionsarbeit, wie Emotions- oder Gefühlsarbeit. Zweitens orientierte sich die Reduzierung des ausgewerteten Materials an der Häufigkeit, mit der spezifische inhaltliche Aspekte von Interaktionsarbeit bei der Auswertung der Fachliteratur und der Fokusgruppendifkussionen vorkamen. Auf diese Weise ließen sich übergreifend Kerndimensionen bzw. Kernaspekte der Interaktionsarbeit im Bereich der stationären Langzeitpflege und Hinweise auf bzw. Beispiele für ihre empirische Beobachtbarkeit ermitteln.

Anschließend wurden diese Kernaspekte soweit wie möglich anhand von Beispielsituationen beschrieben und konkrete Anhaltspunkte für die Beobachtung entwickelt, die sich aus der Literaturlauswertung oder den Ergebnissen der Fokusgruppendifkussionen ergaben. Diese Ergebnisse wurden in das Handbuch und in die Schulung der Datenerhebenden wie auch in den Maßnahmenkatalog des Verbundprojektes ansatzweise integriert. Auf diese Weise wurde gewährleistet, dass die Ergebnisse der dimensionalen Analyse zur Interaktionsarbeit auch in die quantitativen Instrumente und das Beobachtungsverfahren der Hauptstudie eingebunden wurden, die zur Personalbemessung in der Pflege bedeutsam sind. Das Teilvorhaben leistet somit einen ersten Beitrag dazu, die bisherige Nicht-Berücksichtigung der Interaktionsarbeit bei der pflegebezogenen Personalbemessung zu überwinden.

### *Kernergebnisse der dimensionalen Analyse*

Die Kernergebnisse konnten auf unterschiedlichen Ebenen erarbeitet werden. Sie werden im Folgenden beschrieben:

Ein Kernergebnis bestand darin, das verwendete integrierte Konzept der Interaktionsarbeit im Anschluss an Böhle et al. (2015a, b) für den Bereich der stationären Langzeitpflege zu operationalisieren und zu konkretisieren. Interaktionsarbeit wird hierbei als komplexes Gefüge von Kooperationsarbeit, Gefühlsarbeit, subjektivierendes Arbeitshandeln und Emotionsarbeit gefasst. Vor allem die Fokusgruppendifkussionen verdeutlichten, dass zwischen den vier Kerndimensionen der Interaktionsarbeit z.T. inhaltliche Überschneidungen und Interdependenzen bestehen.

Die Kooperationsarbeit impliziert die „Herstellung einer Kooperationsbeziehung“ (Böhle et al. 2015a: 19) zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden und bezieht sich insgesamt vor allem auf die Arbeitsaufgabe. Die ursprüngliche konzeptionelle Basis dieser Dimension bildet die „[i]nteraktive[n] Arbeit“ von Dunkel und Wehrich (2012). Die Pflegekraft muss ganz grundsätzlich mit der zu pflegenden Person eine Beziehung aufbauen und aufrechterhalten, um ihre Pflegearbeit ausführen zu können. Ein wesentlicher Aspekt der Kooperationsarbeit ist die Dauer und Intensität dieser Beziehung im Vergleich z. B. zu der Beziehung in der ambulanten Pflege oder aber im Krankenhaus zwischen Pflegekräften und Patient\*innen. Aufgrund der längeren Verweildauer im Pflegeheim besteht hier eine intensivere Beziehung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden. Weiterhin ermöglicht die Pflegekraft der zu pflegenden Person in der (begrenzten) Rolle eines Kunden/ einer Kundin entsprechend abgestimmt an der Pflege mitzuwirken und mit ihr zu kooperieren (Dunkel & Wehrich 2012a: 39).

Die Dimension der Gefühlsarbeit geht auf Strauss et al. (1980) zurück. Gefühlsarbeit meint das Beeinflussen der Gefühle der zu pflegenden Person im Sinne der zu erfüllenden Arbeitsaufgabe (vgl. Böhle et al. 2006; Giesenbauer & Glaser 2006) und impliziert somit die Gefühle als Arbeitsmittel (Dunkel 1988: 67). Die Pflegebedürftigen sind als Person in ihrem Lebenskontext anzuerkennen, in deren Situation sich die Pflegekräfte einfühlen müssen, um angemessen pflegen zu können. So sind den zu Pflegenden z.B. Ängste zu nehmen oder Trost zu zusprechen – als Basis dafür, eine spezifische Pflegeaufgabe auch ausführen zu können, z.B. zu Pflegenden bei einem Transfer zu helfen.

Subjektivierendes Arbeitshandeln ist eine weitere Dimension von Interaktionsarbeit. Sie meint die „Bewältigung des Unwägbaren und Unplanbaren“ (Böhle et al. 2015a: 22), eine Art intuitives Vorgehen der Pflegekräfte in sich spontan ergebenden, ungeplanten Situationen. Beim ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘ und insbesondere mit zunehmendem Alter kann es z.B. immer wieder zu unvorhergesehenen Änderungen des Gesundheitszustandes der zu Pflegenden kommen (vgl. Böhle 1999; Hacker 2009; Böhle et al. 2015a). Die Pflegekraft ist gefragt, auf diese unvorhergesehenen Situationen intuitiv-flexibel reagieren zu können. Hierbei sind sowohl ihr Fachwissen wie auch ihr Erfahrungswissen von besonderer Bedeutung. Vor allem sind ihre Sinne bei der Einschätzung dieser Situationen gefragt, wie das Wahrnehmen von Gerüchen oder entsprechender Körpersprache der zu Pflegenden. Sie können überdies im Dialog mit der pflegebedürftigen Person in spezifischen Situationen schrittweise deren Bedürfnisse und Wünsche erkunden und auf dieser Grundlage ihr Pflegehandeln ausrichten. Besonders in der stationären Pflege spielt abermals die gewachsene soziale Nähe und relativ gute Kenntnis der zu pflegenden Personen hinein, die ein solch situatives Anpassen der Arbeitshandlungen erleichtert.

Die Emotionsarbeit basiert auf Hochschilds „The Managed Heart“ (1983), der wegweisenden Studie zu Emotionsarbeit anhand von Flugbegleitenden und Rechnungseintreiber\*innen. Emotionsarbeit in der (stationären) Pflege äußert sich darin, dass Pflegekräfte im Rahmen ihrer Pflegearbeit ihre eigenen Gefühle regulieren (vgl. Hochschild 1990; Krey 2011; Böhle et al. 2015a), sodass der beruflich zugeschriebenen Rolle einer fürsorglichen Pflegekraft entsprochen wird. Die persönlichen Gefühle werden als Gegenstand (Instrumentalisierung) und als Bedingung (zur Selbstkontrolle) gesehen (Dunkel 1988: 67). So spielt die Unterdrückung bzw. Bearbeitung persönlicher Gefühle der Pflegekraft, wie Ärger, Trauer oder Antipathien, bei ihrer Arbeit eine Rolle. Anzunehmen ist, dass sie ihre eigenen Gefühle vor den zu Pflegenden immer wieder zurücknehmen und sich an die Rolle der fürsorglichen Pflegekraft anpassen muss. Diese Dimension ist aufgrund des innerpsychischen Prozesses der Gefühlsregulation jedoch nicht direkt beobachtbar, sondern nur auf den Kontext bezogen und über Gespräche erfassbar.

So ergab sich aus der Literaturrecherche und den Fokusgruppengesprächen ein Set von Kerndimensionen der Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege, das anschließend wiederum auf die beobachtbaren Kerndimensionen bzw. die beobachtbaren Elemente der Kerndimensionen reduziert wurde. Die Generierung dieser empirisch beobachtbaren Elemente trug dazu bei, den Datenerhebenden eine Orientierungshilfe für die Beobachtung von Interaktionsarbeit im Rahmen der stationären Langzeitpflege an die Hand zu geben. Dieser Orientierungsrahmen wurde zudem für die geplanten eigenen teilnehmenden Beobachtungen von Interaktionsarbeit von Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege genutzt.

Grundlage für diese Orientierungshilfe bildet das entwickelte Tableau (siehe Anhang) von beobachtbaren und operationalisierten Kerndimensionen, d.h. inklusive dazu gehörenden Aspekten und Beobachtungsbeispielen von Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege. Dieses Projektergebnis wurde zum Zweck einer Grundlage für die Schulung der Datenerhebenden im Bereich der Interaktionsarbeit sowie für das Beobachtungshandbuch der Datenerhebenden entwickelt. Das Tableau bildet zugleich eine kurze Informationsgrundlage für den Maßnahmenkatalog des Verbundprojekts, d.h. Interaktionsarbeit wird hierbei integriert in die Beschreibung konkreter Pflegeinterventionen in Abhängigkeit von Pflegebedarfskonstellationen der zu Pflegenden. Vorwiegend zeigt das Tableau auf, was beobachtet werden kann und an-

hand welcher Beispiele sich diese Beobachtung festhalten lässt. Hierdurch erfolgt eine Integration von Ergebnissen aus der pflege- und der arbeitswissenschaftlichen Perspektive. Dieses war zu Anfang im Aufgabenpaket des iaw zwar nicht vorgesehen, es erwies sich jedoch in projektinternen Gesprächen als sinnvoll, dass die Datenerhebenden die Kerndimensionen der Interaktionsarbeit mit erfassen und so eine Vergleichbarkeit bzw. Ergänzung zu den geplanten qualitativen Erhebungen ermöglicht wird.

Als weiteres Ergebnis der Fokusgruppendifkussionen kann festgehalten werden, dass die Fremdbeobachtung von Interaktionsarbeit Grenzen und Potenziale bietet. Die Einsicht in die Grenzen der empirischen Beobachtbarkeit von Interaktionsarbeit erfordert es, Methoden der qualitativen Arbeitsforschung einzusetzen, um die unsichtbaren Tätigkeitselemente von Interaktionsarbeit näher eruieren und in Bezug auf damit verbundene erfahrungsbasierte Zeitbedarfe der Pflegekräfte abschätzen und ermitteln zu können. Potenziale ergeben sich aus der Anschlussfähigkeit der qualitativen Erhebung der Interaktionsarbeit an die im Verbundprojekt erfolgten quantitativen Erhebungen, vor allem im Rahmen der Beobachtung von Pflegeprozessen durch geschulte Datenerhebende. Die qualitativen Erhebungen des iaw ermöglichen auch einen Zugang zu den schwer oder nicht zu beobachtenden Dimensionen der Interaktionsarbeit, wie Emotionsarbeit. Sie erlauben es zudem, die betrieblichen Rahmenbedingungen, unter denen Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege erfolgt, einzubeziehen; zumal diese Rahmenbedingungen verfügbare Zeiten für Interaktionsarbeit der Pflegekräfte ermöglichen oder beschneiden können.

### 4.3 Datenerhebung

Mit Blick auf die Datenerhebung soll zunächst die Auswahl der stationären Einrichtungen und Pflegekräfte im Rahmen der qualitativen Erhebung erläutert werden. In einem zweiten Schritt wird die methodische Vorgehensweise bei der Datenerhebung in den ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen beschrieben.

#### Auswahl der Einrichtungen und Pflegekräfte

Die Stichprobe der 4 ausgewählten stationären Einrichtungen der Langzeitpflege wurde aus der Gesamtheit der Einrichtungen gezogen, die das Projekt *„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“* unterstützen. Da es um die Entwicklung eines bundesweiten Personalbemessungsverfahrens geht, wurden aus dieser Stichprobe 4 Einrichtungen nach Nord-Süd, Ost-West möglichst gut in Deutschland verteilt ausgewählt. So nahm schließlich je eine Einrichtung aus dem Bundesland Baden-Württemberg, Hessen, Sachsen und dem Bereich Norddeutschland an dem Studienpart Interaktionsarbeit teil. Die unterschiedlichen Größen der stationären Pflegeeinrichtungen wurden in den Klassen 1 bis 4 repräsentiert. Die unterschiedlichen Trägerschaften (privat oder freigemeinnützig) wurden ebenfalls als Kategorien in der Stichprobe berücksichtigt. Daraus ergab sich eine Stichprobe aus jeweils einer Einrichtung mit freigemeinnütziger Trägerschaft der Größenklassen 1 und 3 und der Größenklassen 2 und 4 aus privater Trägerschaft.

Die Auswahl der Einrichtungen wurde im Prozess der Erhebung mehrfach angepasst, da z. T. Einrichtungen absagten oder schlicht eine Erhebung aufgrund fehlender Einwilligungserklärungen der Bewohner\*innen nicht möglich war, woraus sich, wie bereits beschrieben, Verzögerungen des Erhebungszeitraums ergaben.

Jede der Einrichtungen nahm mit einer Einheit (einer Station oder einem Wohnbereich) an der Teilstudie zur Interaktionsarbeit teil. Innerhalb dieser Einheit wurden von der Pflegedienstleitung oder der Einrichtungsleitung Pflegekräfte ausgewählt, die mit ihrem Einverständnis einen Tag begleitet und anschließend interviewt wurden.

#### Datenerhebung in den ausgewählten Einrichtungen

Zunächst erfolgt ein kurzer Überblick über den Ablauf der Datenerhebung. Sie wurde in drei Teile (Parts) je Einrichtung unterteilt:

- Part 1:* ein leitfadengestütztes Expert\*inneninterview (vgl. Helfferich 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014) der Pflegedienst- (PDL) oder Wohnbereichsleitung (WBL)
- Part 2:* 4 Ganzschichtbeobachtungen mit anschließendem leitfadengestützten Beobachtungsinterview (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Kuhlmann 2009) der begleiteten Pflegekraft
- Part 3:* eine (Mini Group) Gruppendiskussion (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Vogl 2014; Becker o. J.) nach einer ersten Grobauswertung der Beobachtungsinterviews

Wie der kurzen Übersicht zu entnehmen ist, wurde zuerst in jeder Einrichtung ein Interview mit der jeweiligen Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung geführt. In diesem leitfadengestützten Expert\*inneninterview wurden Besonderheiten der Einrichtung bzw. des Wohnbereichs und die betrieblichen Rahmenbedingungen erfragt, um so ein genaueres Verständnis der Pflegeeinrichtung und der Rahmenbedingungen, unter denen Interaktionsarbeit geleistet wird, zu erhalten sowie um den ersten persönlichen Feldzugang aufzubauen (Gatekeeper Pflegedienst-/ Wohnbereichsleitung).

In jeder Einrichtung wurde ein Wohnbereich ausgewählt, in dem 4 teilnehmende Beobachtungen (Ganzschichtbegleitungen) erfolgten. Es war beabsichtigt, für die 4 Tage unterschiedliche Pflegekräfte verschiedener Qualifikationsniveaus auszuwählen, sodass in jeder Einrichtung jeweils 4 Pflegekräfte teilnehmen. Dies ließ sich mit wenigen Einschränkungen gut umsetzen (siehe Kapitel 3.5 Auswertung). Für die teilnehmende Beobachtung wurde aus forschungsethischen Gründen ein offenes Vorhaben gewählt, indem die Beobachterin als Forscherin ins Feld eingeführt wurde. Es wurde eine passiv-teilnehmende Beobachtung durchgeführt, da die Beobachtung im Rahmen der Rolle als Forscherin stattfand und keine Übernahme einer Rolle aus dem Pflegesetting vorgesehen war (vgl. Lamnek & Krell 2010b). Diese Beobachtung zielte darauf ab die Situationen und die Art und Weise der diversen interaktiven Tätigkeiten der Pflegekräfte in Bezug auf die zu Pflegenden zu erheben und zu ermitteln. Die Form der unstrukturierten Beobachtung wurde gewählt, um so die Offenheit der Beobachtung für ein möglichst breites Erfassen von Interaktionsarbeit nutzen zu können.

Es ist nicht davon auszugehen, dass die passiv-teilnehmende Beobachtung das Arbeitsverhalten der begleiteten Pflegekräfte stark beeinflusste. Nach einer kurzen Eingewöhnungszeit legten sich schnell anfängliche Unbehagen der begleiteten Pflegekräfte bzgl. des Beobachtens (siehe auch Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014, 43f.).

Direkt im Anschluss an diese Ganzschichtbeobachtung fand ein kurzes Interview anhand eines offenen Leitfadens (siehe Schwerdt & Becke 2020 in Rothgang et al. 2020a, Anlagenband) mit der begleiteten Pflegekraft statt. Ziel dieses kurzen, d. h. ca. 30-minütigen, leitfadengestützten Beobachtungsinterviews (Kuhlmann 2009) war es, zu eruieren, welche interaktiven Tätigkeiten der beobachteten Schicht aus Sicht der Pflegekraft typisch waren und welche Aspekte Besonderheiten darstellten, um die beobachtete interaktive Arbeit gut einordnen und reflektieren zu können. Darüber hinaus konnte mit der Pflegekraft die Beobachtungssituation reflektiert sowie im Gespräch nicht sichtbare Leistungen im Rahmen der Interaktionsarbeit erhoben werden. Die teilnehmenden Beobachtungen wurden protokolliert und entsprechend als erste Grundlage für die Auswertung berücksichtigt. Von den Interviews wurden, sofern die Pflegekräfte einwilligten, Audioaufnahmen erstellt.

Zur Validierung der Ergebnisse wurde in jeder der 4 ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen nach einer ersten Grobauswertung jeweils eine Gruppendiskussion mit etwa 3 bis 5 Pflegekräften geführt. Die Anzahl der Teilnehmer\*innen und die Dauer der Gruppendiskussion wurden entsprechend der Umsetzbarkeit von den Einrichtungen variiert. Gruppendiskussionen werden unter anderem in der qualitativen



Forschung angewendet, um kollektive Meinungen zu erheben und direkte Ergänzungen der Teilnehmer\*innen einbeziehen zu können (Vogl 2014). In diesem Fall sollten die ersten Kernergebnisse aus der Beobachtung und den Beobachtungsinterviews vorgestellt und gemeinsam reflektiert werden. Diese zweistündigen Gruppendiskussion zum Thema Interaktionsarbeit wurden nach den ersten Grobergebnissen strukturiert und diese zur Diskussion gestellt. Ebenso wurden einige offene Fragen gestellt, um den Austausch bzw. die Besprechung zeitlicher Aspekte der Interaktionsarbeit zu ermöglichen. Wesentlicher Inhaltspunkt dieser Gruppendiskussion war die Einschätzung erfahrungsbasierter Zeitbedarfe für die Interaktionsarbeit aus Sicht der Pflegekräfte, um so die Expertise der Zielgruppe einzubeziehen. Hierzu wurden die Pflegekräfte hinsichtlich ihrer erfahrungsbasierten Einschätzung zur zeitlichen Dimension von Kooperations-, Gefühls-, Emotionsarbeit wie subjektivierendem Arbeitshandeln gebeten. Kooperationsarbeit wurde umschrieben mit der Herstellung einer Beziehung (Kooperation), Gefühlsarbeit als der Umgang mit fremden Gefühlen (Bewohner\*in), subjektivierendes Arbeitshandeln als der Umgang mit Unwägbarkeiten und Emotionsarbeit wurde der Umgang mit den eigenen Gefühlen genannt. Nach der Vorstellung der Theorie wurden sie gebeten anhand von Klebepunkten auf einem Zeitstrahl für jede einzelne Dimension von Interaktionsarbeit aufzuzeigen, wie wenig oder viel Zeit sie an einem normalen Tag *haben*. Anschließend wurden sie gebeten mit einem Klebepunkt in einer anderen Farbe zu kennzeichnen, wie viel Zeit sie *bräuchten*, um die Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen in ihren vier grundlegenden Dimensionen gut ausführen zu können. Nachdem diese Ergebnisse diskutiert wurden, wurden sie abermals gebeten, zu sagen, wie viel Zeit sie für Interaktionsarbeit an einem normalen Tag bräuchten. Die Frage zur zeitlichen Einschätzung von Interaktionsarbeit wurde immer wieder von den Pflegekräften als schwierig bis unmöglich bewertet.

#### 4.4 Auswertung

Die Beobachtungen boten eine erste Grundlage für die jeweils angeschlossenen Interviews. Sie dienten einerseits dazu einen Eindruck vom Arbeitsalltag unterschiedlicher Pflegekräfte, verschiedener Qualifikationsniveaus in unterschiedlichen Einrichtungen bzw. auch Bundesländern kennen zu lernen und diese auf die interaktiven Tätigkeiten hin zu untersuchen. Die dort beobachteten Situationen bildeten andererseits einen zentralen Gegenstand des anschließenden Interviews und fanden somit Eingang in das Audiomaterial. Zusätzlich zu der Ansprache dieser Situationen im Interview wurden Beobachtungsprotokolle angefertigt, um die Fülle interaktiver Tätigkeiten möglichst umfangreich festzuhalten sowie gegebenenfalls besondere und/oder unklare Situationen rekonstruieren zu können. Wesentliche Kerninhalte dieser Auswertung stellen die geführten Interviews mit den Pflegekräften dar, die auch die nicht sichtbaren interaktiven Anteile der Interaktionsarbeit einbeziehen. Situationen aus den teilnehmenden Beobachtungen werden in dieser Auswertung primär zur Verdeutlichung und Kontextualisierung von Ergebnissen der Interviewauswertung verwendet.

##### *Datenmaterial*

Insgesamt wurden 20 Interviews geführt. Davon handelt es sich um 16 Interviews mit Pflegekräften nach der Beobachtung zur Erhebung nicht sichtbarer Bestandteile von Interaktionsarbeit sowie zusätzlichen 4 Interviews mit Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitungen, die der Kontextinformation und der Einordnung der Erkenntnisse zu Interaktionsarbeit in ihre Rahmenbedingungen dienten. Die Interviews mit Pflegedienstleitungen hatten zum Vorteil, dass mehr Wissen über die Einrichtung im Allgemeinen einbezogen werden konnte. Die Wohnbereichsleitungen konnten hingegen mehr Informationen zu den Besonderheiten auf dem Wohnbereich berichten. Die Expertise der Wohnbereichsleitung wurde dort, wo Pflegedienstleitungen befragt wurden, zusätzlich eingebunden, indem sie begleitet oder zu Besonderheiten befragt wurde, um die Besonderheiten des jeweiligen Wohnbereiches einbeziehen zu können.

Die 16 Interviews ergaben sich aus den 4 einbezogenen Pflegeeinrichtungen, in denen an je 4 Tagen je eine Pflegekraft begleitet (4 Personen pro Einrichtung) und anschließend interviewt wurde. Diese 16 Interviews wurden mit 14 unterschiedlichen Pflegekräften geführt. Unter diesen waren 9 Pflegefachkräfte und 5 Pflegehilfskräfte. Das Alter lag bei den Pflegefachkräften durchschnittlich bei etwa 39 Jahren, bei den Pflegehilfskräften bei etwa 48 Jahren. Die Berufserfahrung lag bei den Fachkräften im Durchschnitt bei 11 Jahren, bei den Hilfskräften bei 13 Jahren. Dabei gibt es Hinweise darauf, dass die Abschlüsse, die unterschiedliche lange dauerten, wie auch an unterschiedlichen Orten erworben wurden, sowohl in der Gruppe der Pflegefachkräfte als auch der Pflegehilfskräfte nicht miteinander vergleichbar sind.

Von den 16 geführten Interviews mit Pflegekräften wurde bei 14 in die Audioaufnahme eingewilligt. Zwei Fachkräfte unterschiedlicher Einrichtungen stimmten einer Aufnahme nicht zu. Die 14 aufgenommenen Interviews wurden inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring (2010 a; b; 2016) ausgewertet. Die 2 Interviews ohne Audioaufnahme wurden anhand der Protokolle inhaltlich in die Auswertung einbezogen. Die Pflegedienstleitungs-/ Wohnbereichsleitungsinterviews wurden ebenfalls inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring (2010 a; b; 2016) ausgewertet.

Insgesamt nahmen an den Gruppendiskussionen (GD) 17 Personen teil. In GD1 waren 5 Personen beteiligt, in GD 2 waren es 4 Personen (in den ersten ca. 30 Minuten eine weitere Pfk), in GD 3 waren es 5 Personen (inkl. Pflegedienstleitung und zusätzlich die Einrichtungsleitung für ca. 30 Minuten), und in GD 4 waren 3 Personen involviert. Aufgrund der zeitlichen Verzögerungen im Rahmen der Erhebungen und der begrenzten Personalkapazitäten für die Projektbearbeitung konnten die aufgenommenen Gruppendiskussionen vorwiegend selektiv transkribiert werden. Im Fokus standen hierbei Passagen zu den Dimensionen Interaktionsarbeit und der Abschätzung von Zeitbedarfen für Interaktionsarbeit aus Sicht der teilnehmenden Pflegekräfte. Der Schwerpunkt bei der Auswertung der Gruppendiskussionen lag auf der übergreifenden und vergleichenden Analyse – unter Berücksichtigung der jeweiligen Kontextbedingungen der Einrichtungen. Hierzu wurden die einzelnen Gruppendiskussionen zusammengefasst ausgewertet.

Das zugrunde liegende Material besteht demnach aus 14 transkribierten Interviews mit Pflegekräften, 2 Interviewprotokollen sowie dem ergänzenden Einbezug der transkribierten Interviews mit Pflegekräften in der Funktion der Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung und den Protokollen aus den 4 Gruppendiskussionen. Die Interviews wurden zunächst hinsichtlich der interaktiven Tätigkeiten und der Frage, wo diese auftreten, analysiert.

### *Transkription*

Die Auswertung qualitativer Interviews findet anhand des transkribierten Datenmaterials statt. Daher wurden die Audiodateien zeitnah nach der Erhebung verschriftlicht. Im Anschluss an die Erstellung wurden sie zudem Korrektur gelesen. Die Interviewpartner\*innen wurden in den Transkripten insoweit anonymisiert und geglättet, sodass eine Zuordnung z.B. über Dialekte und sprachliche Besonderheiten, zu den interviewten Personen deutlich erschwert ist. Darüber hinaus wurden die benannten Bewohner\*innen der stationären Pflegeeinrichtungen in den Transkripten pseudonomisiert. Hierfür wurden die Pseudonyme des quantitativen Studienteils für die Bewohner\*innen übernommen, um so später Bezüge zu den quantitativen Ergebnissen herstellen zu können. Die resultierten Transkripte dienten als Arbeitsgrundlage für die Auswertung anhand des Programms „f4Analyse“.

### *Inhaltsanalytische Auswertung*

Zur Auswertung des erhobenen qualitativen Datenmaterials wurde das strukturierte Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016; 2010a; 2010b) verwendet: „Inhaltsanalytisches Vorgehen wertet Material interpretierend aus, das emotionale und kognitive Befindlichkeiten,

Verhaltensweisen oder Handlungen repräsentiert“ (Lamnek & Krell 2010a: 441). Die interaktiven Tätigkeiten stellten den thematischen Fokus der Beobachtungen und Beobachtungsinterviews dar. Da insbesondere Interaktionsarbeit einen z. T. sehr individuellen Charakter haben kann und auf emotionaler und insbesondere kognitiver Ebene hohe Arbeitsanforderungen an die Dienstleistenden stellt, bietet die Inhaltsanalyse der Beobachtungsinterviews, die Befindlichkeiten, Verhaltensweisen und Handlungen thematisiert, eine geeignete Möglichkeit zur interpretierenden Auswertung der Transkripte.

Das klar strukturierte Vorgehen ist ein Vorteil dieses Verfahrens, wodurch sich die Auswertung „intersubjektiv“ (Mayring & Fenzl 2014: 543) überprüfen lässt. Die Analyse kann schrittweise aufgebaut werden, und dadurch die Interpretation des Materials plausibel und transparent gestaltet werden (Mayring 2010a: 59). Wesentlich ist bei dieser Auswertung die Erstellung eines Kategoriensystems, das entweder mithilfe des Materials (induktiv) oder theoretisch begründet (deduktiv) entwickelt wird (vgl. Mayring 2016; Mayring 2010a; Mayring 2010b). Aufgrund der bereits feststehenden Fragestellungen an das Material wurden deduktive Oberkategorien verwendet, die in wenigen Fällen induktiv erweitert worden sind. Mayring unterscheidet darüber hinaus drei Formen der Interpretation: Zusammenfassung, Explikation oder Strukturierung (Mayring 2016, 115; Mayring 2010a, 64f.). Dabei sind auch Mischformen aus den drei Grundformen denkbar (Mayring 2010a, 65).

Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte in Anlehnung an Mayring (vgl. Mayring 2016; Mayring 2010a; Mayring 2010b). Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde hauptsächlich die Methode der Strukturierung gewählt, bei dem ein Kategoriensystem anhand der Literatur entwickelt wird (deduktiv). Für alle Kategorien wurden sogenannte Codedefinitionen (Mayring 2016) vorgenommen, die festlegen, welche Aussagen in die jeweilige Kategorie einbezogen werden.

*„Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimalste Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.“* (Mayring 2010a, 59). Als Kodiereinheit wurden Aussagen in Form von einzelnen Satzbestandteilen gewählt (kleinste kodierte Einheit). Die Kontexteinheit, also der größte Textbestandteil einer Kategorie (Mayring 2010a, 59), wurde bei dieser Auswertung definiert als der Zusammenhang von mehreren Sprecherphasen. Als Auswertungseinheiten, die nacheinander ausgewertet werden (Mayring & Fenzl 2014, 546; Mayring 2010a: 59), wurden die jeweiligen Interviews definiert, die nach den Einrichtungen, in denen die Datenerhebung stattfand, sortiert wurden.

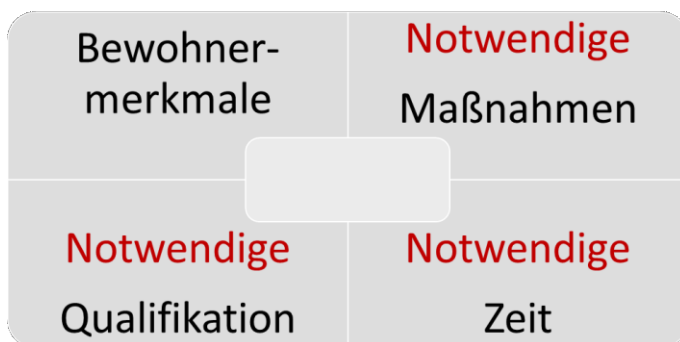
Zunächst wurden 2 Interviews systematisch zum ersten Mal durchgegangen und den Kategorien zugeordnet. Wie oben erklärt, wurden, sofern nötig, weitere induktive Kategorien gebildet (mit der zusammenfassenden Form des Interpretierens). Nach den ersten beiden Transkripten wurden das Material und der Kategorienbaum zur Interaktionsarbeit besprochen und angepasst. Danach erfolgte ein Durchlauf durch das Material, bei dem die Zuordnung abermals kontrolliert wurde und Memos geschrieben wurden. Dieses Vorgehen der Kategorienuordnung und Korrektur sowie dem Schreiben von Memos wurde noch für jedes Transkript durchgeführt.

Anschließend wurde für jede Kategorie eine Zusammenfassung der Memos geschrieben. Auch hierbei wird die Zuordnung nochmals kontrolliert. Zwischendurch werden immer wieder im Sinne der Intercoderreliabilität (Mayring & Fenzl 2014: 547; Mayring 2010a, 117) abschnittsweise einzelne Passagen von uns im iaw-Projektteam besprochen, gemeinsam kodiert und ausgewertet.

## 5 Analyseergebnisse

Die, wie bereits beschrieben, für die inhaltsanalytische Auswertung wesentlichen Kategorien wurden größtenteils deduktiv aus dem Forschungsinteresse und der vorangehenden Literaturrecherche hergeleitet. Der Fokus dieser Erhebung lag, den Forschungsfragen entsprechend, neben der Aufdeckung der interaktiven Tätigkeiten auch auf dem zeitlichen Aspekt. Daraus lassen sich die Kategorien der Interaktionsarbeit und ihrer vier Dimensionen: Gefühlsarbeit, Emotionsarbeit, subjektivierendes Arbeitshandeln und Kooperationsarbeit zunächst ableiten (siehe Kapitel 4.2). Darüber hinaus ergeben sich in Bezug auf das Gesamtprojekt weitere Unterkategorien von Interaktionsarbeit. Im quantitativen Forschungsteil liegt der Fokus auch auf dem Bewohnermerkmal und der Qualifikation der Pflegekraft. Diese Aspekte wurden in der qualitativen Auswertung als Unterkategorien von Interaktionsarbeit aufgegriffen und in Zusammenhang mit Interaktionsarbeit ebenfalls untersucht.

Abbildung 1: Analysemerkmale der quantitativen Erhebung (Quelle: Schulungsunterlagen PeBem)



Darüber hinaus wurde auch die Oberkategorie Zeit (in Bezug auf Interaktionsarbeit) einbezogen, die im Hinblick auf den Kontext der Personalbemessung eine Schlüsselkomponente für die Ergebnisse der Erhebung von Interaktionsarbeit bildet. Darunter ließen sich folgende Subkategorien (induktiv wie deduktiv) bilden: Situationen mit besonderem Zeitbedarf, formelle vs. informelle Zeit, Zeitknappheit, Erholungszeit, Pausen. Die Ergebnisse dieser Kategorien wurden mit den Ergebnissen der Gruppendiskussionen ergänzt und entsprechend ausgewertet und zusammengeführt (siehe Kapitel 5).

### 5.1 Rahmenbedingungen

In diesem Teilkapitel werden zunächst die Einrichtungen, in denen die qualitative Erhebung stattfand, kurz vorgestellt. Daran schließen sich die ausgewerteten Aussagen von Führungskräften (Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung) zu relevanten betrieblichen Rahmenbedingungen für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte an. Zum Teil wurden hier Angaben aus den Strukturdaten der quantitativen Erhebung eingearbeitet (z. B. wie viele Arbeitskräfte, welcher Berufsgruppen für die Zeit eingesetzt werden). Diese Daten sind Teil der quantitativen Erhebung vom Stand 31.01.2019 und werden noch vom Studententeam *socium* überarbeitet, ggfls. könnten sich daher Abweichungen ergeben.

#### *Personal- und Bewohner\*innen-Struktur der vier Einrichtungen*

In der Einrichtung Nr. 7 gab es zu der Erhebungszeit insgesamt: 78 zugelassene/ belegte Betten (Einbettzimmer). Insgesamt gebe es laut Aussage der Pflegedienstleitung über 100 Mitarbeiter\*innen, wovon 60-70% Pflegekräfte seien. Auf dem Wohnbereich, auf dem die Erhebung stattfand, gab es 26 Betten,

wovon die meisten Bewohner\*innen an der Studie teilgenommen haben (Ausnahme ca. 4 Personen). Die meisten Bewohner\*innen waren dem Pflegegrad 3 oder 4 zugeordnet.

Dem Wohnbereich waren offiziell in der 7-Tage Woche, in der die (quantitativen) Daten erhoben wurden, 2 Auszubildende, 5 Servicekräfte, 4 Pflege-/ Betreuungskräfte mit Fortbildung, 2 Pflegehilfskräfte; 7 Pflegefachkräfte, und eine Person in anderer, nicht näher benannter Funktion zugeordnet, wie die Pflegedienstleitung in der Selbstauskunft angab.

Zwar gibt es in der Einrichtung keinen Betriebsrat, allerdings gibt es einen verbandsweit agierenden Betriebsrat, dem diese Einrichtung zugeordnet ist, und vermehrt durch andere Berufsgruppen vertreten ist.

In der Einrichtung Nr. 42 gab es insgesamt 125 zugelassene Betten, wovon 113, hauptsächlich Einzelzimmer, belegt waren. Auf dem Wohnbereich gab es 36 Betten, davon waren 35 belegt. Darunter befanden sich 27 Studienteilnehmer\*innen. Hier verteilten sich die Pflegegrade von 2 bis 5 hauptsächlich auf Pflegegrad 2 bis 4.

Dem Wohnbereich zugeordnet waren in der Woche der (quantitativen) Datenerhebung 3 Auszubildende, 4 Servicekräfte, 9 Pflege-/ Betreuungskräfte mit reiner Fortbildung, 2 Pflegehilfskräfte, sowie 4 Pflegefachkräfte nach Selbstauskunft der Pflegedienstleitung.

In der Einrichtung Nr. 53 gab es insgesamt 94 Betten, wobei es sowohl Einzelbettzimmer als auch Mehrbettzimmer gab. Der Wohnbereich umfasste 26 Betten. An der Studie nahmen 24 Bewohner\*innen teil. Die Verteilung der Pflegegrade der Bewohner\*innen lag von 2 bis 5 mit starkem Gewicht auf Pflegegrad 3. Eine Besonderheit dieser Einrichtung im Vergleich zu anderen Einrichtungen war, dass die Bewohner\*innen keinen Migrationshintergrund hatten und die meisten von ihnen evangelisch waren.

Darüber hinaus liegt ihre Fachkraftquote mit ca. 60% über den erforderlichen 50%. Daher gebe es, der Aussage der Wohnbereichsleitung zufolge, öfters auch zwei Pflegefachkräfte während einer Schicht auf einem Wohnbereich. Dem Wohnbereich waren auch mehr Fachkräfte als Assistenzkräfte zugeordnet: Es waren 2 Auszubildende, 2 Servicekräfte, 4 Pflege-/ Betreuungskräfte mit reiner Fortbildung, keine Pflegehilfskraft, sowie 7 Pflegefachkräfte der Selbstauskunft zufolge in der Datenerhebungs-Woche dem Wohnbereich zugeordnet. Der Pflegeanspruch ist hoch, entsprechend werden Kürzungen nicht einfach hingenommen:

„Also von der Pflege her, wir wollen jetzt auch nicht von unserem Leitbild abweichen auch grade im Hinblick jetzt auch auf die neue Pflegegrade und ne und, das wird nicht mehr reingerechnet, und dies und das ne, man könne schon einiges verkürzen oder sag ich jetzt grad mal vielleicht zum Beispiel die Abendpflege, da kommt mal auf naja, ich muss jetzt nicht mit der Waschschüssel los und ähm ich könnte jetzt auch den Intimbereich so mal eben schnell waschen und die Hände ähm ‚Nein, da wollen wir nicht davon abweichen, das soll schon ordentlich gemacht werden‘.“ (Wohnbereichsleitung Einrichtung 53, Absatz 51)

Dementsprechend schien in dieser Einrichtung auch in der teilnehmenden Beobachtung viel Zeit für Interaktionsarbeit zu sein, was sich von den Pflegekräften in der Gruppendiskussion auch bestätigen ließ. In der Einrichtung besteht, den Aussagen der Pflegekräfte zufolge, eine geringe Fluktuation der Mitarbeiter\*innen. Die Vereinsstruktur des Trägers ermöglicht zudem diverse Angebote wie auch Kinderbetreuung oder Weihnachtsgeld, die den Mitarbeitenden zugutekommen und von ihnen geschätzt werden.

Für die Einrichtung Nr. 32 liegen uns keine Strukturdaten aus der quantitativen Erhebung vor, da sie nicht im Rahmen der quantitativen Erhebung eingebunden war. Zwar war hier eine Erhebung vorgesehen, doch die sehr aufwendige, quantitative Erhebung konnte letztendlich aus betrieblichen Gründen nicht umgesetzt werden. In den Interviews wurde daher nach den groben Daten gefragt: Es handelte sich hierbei jedoch um eine Einrichtung mit hauptsächlich dementiell erkrankten Bewohner\*innen. Zu der Zeit der Erhebung wohnten dort 76 Bewohner\*innen, wie die Einrichtungsleitung mitteilte. Auf dem Wohnbereich,

der der Studie zugeordnet war, gab es 24 Bewohner\*innen mit hauptsächlich niedrigen bis mittleren Pflegegrad, von denen nur 9 Personen an der Studie teilnahmen. Hier wurde ein „Schutzengelsystem“ mit Chiperkennung einzelner Personen an der Schwelle am Ein-/Ausgang der Einrichtung angewendet, wie die Pflegedienstleitung erklärte. So waren die Schuhe dieser Bewohner\*innen mit einem Chip versehen, der bei Kontakt an der Schwelle für ein akustisches Signal auf den Stationen sorgte, um auf umherwandernde Bewohner\*innen aufmerksam zu machen, wenngleich es keinen hindernden Effekt für die umherwandernde Person hatte.

In der teilnehmenden Beobachtung wurde der Eindruck gewonnen, dass in dieser Einrichtung besonders im Vergleich zu den anderen Einrichtungen sehr wenig Zeit für Interaktionsarbeit nach Böhle et al. (2015) bestand. Beispielsweise klagte eine Pflegebedürftige über Stunden des Sitzens über Schmerzen, auch für das Anreichen von Essen schien zu wenig Zeit. Diese Beobachtungen und der daraus schließende Eindruck ließ sich durch die Aussagen der Pflegekräfte in der Gruppendiskussion auch bestätigen.

### *Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit der Pflegekräfte – aus Sicht von Führungskräften*

Die Pflegedienst- bzw. Wohnbereichsleitungen wurden in den 4 Einrichtungen zu den betrieblichen Rahmenbedingungen befragt (siehe Schwerdt & Becke 2020 in Rothgang et al. 2020a, Anlagenband), die für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner\*innen eine Rolle spielen könnten. Aufgrund des Zeitmangels während der Auswertung wurde hier der Fokus auf die Auffälligkeiten und Besonderheiten der Einrichtungen gelegt. Die Leitungskräfte verwiesen grundsätzlich auf die große Bedeutung des Personal- und Fachkräftemangels, der sich auch bei den Einstellungskriterien niederschlägt. Darüber hinaus thematisierten die interviewten Leitungskräfte die aus ihrer Sicht belastenden Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte und einrichtungsbezogene Maßnahmen des Belastungsabbaus bzw. zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen der Pflegekräfte. Schließlich äußerten sich die Führungskräfte zur einrichtungsbezogenen Fehlerkultur für die Pflegearbeit.

Einstellungskriterien im Lichte des Personal- bzw. Fachkräftemangels:

Tatsächlich wurde mehrfach von Pflegedienstleitungen erwähnt, dass die formale Qualifikation nicht unbedingt ausschlaggebend für die Einstellung bzw. die Einladung zum Bewerbungsgespräch sei. In einer Einrichtung spielte die Qualifikation eine besondere Rolle, da hier die Pflegekräfte zwar mit einem anderen Pflegeverständnis aus Osteuropa rekrutiert werden, in der Einrichtung aber entsprechend ihrer im Heimatland erworbenen fachlichen Qualifikation mit entsprechender Einarbeitungszeit in der Praxis eingesetzt werden.

Grundsätzlich erklären alle Pflegedienstleitungen, dass sie froh seien, wenn sie jemanden finden. Sie laden die Person erst einmal zu einem Gespräch ohne Vorauswahl ein. In diesem Gespräch kläre sich dann, ob die Person geeignet sei (Einrichtung 07). Ihr Fokus dabei sei z. B. die innere Haltung, ob die persönliche Haltung mit der der Einrichtung übereinstimmt. Was für ein Mensch ist es? Wie will er/ sie arbeiten? Was ist ihm/ ihr wichtig? Warum möchte er/ sie in der Altenpflege arbeiten? Wie ist seine/ ihre Haltung dem alten Menschen gegenüber? Eine gute Pflegefachkraft ließe sich weniger aus Zeugnissen erkennen. Es gehe eher um individuelle Stärken und Schwächen. In Rollenspiele würden z.B. der Umgang mit Konflikten oder der Gedanke der Serviceorientiertheit geprüft. Eine Pflegedienstleitung (Einrichtung 07: Absatz 153) erwartet zudem ein hohes Maß an Serviceorientiertheit, indem jeder mögliche Service für die Pflegebedürftigen auch im Rahmen von persönlichem Engagement ermöglicht wird. So könne eine Pflegekraft auch einmal privat die gewünschte Bodylotion für eine Bewohnerin im Drogeriemarkt kaufen oder Ehrenamtliche finden, die es tun. Wichtig sei die Einstellung der Pflegekräfte, dass die Bewohner\*innen in der Einrichtung zuhause seien und entsprechend respektvoll mit ihnen umgegangen werde und bedürfnisorientiert gehandelt werde. Dabei spiele auch das Interesse der Bewerbenden an Weiterbildung, ihre Erfahrung, Menschenkenntnis, z.T. mit einer Zweitmeinung, eine Rolle. Hospitation

von mind. 1 Tag seien üblich. Doch komme es nur selten vor, dass jemand dabei negativ auffalle. Häufig werde beim Probearbeiten erkannt, wie eine Person sei, doch es gebe auch solche, die beim Probearbeiten überzeugten und nach kurzer Zeit enttäuschten, weil sie das Arbeitspensum durch schlechtes Zeitmanagement nicht schafften oder unberechtigte Kritik übten.

Fachlich müsse eine gute Pflegekraft den Expertenstandards entsprechen und entsprechende Probleme erkennen (Einrichtung 53). Jedoch gehe es auch um die Umgangsweise. Die Pflegekraft müsse Beratungsgespräche führen können, organisiert sein, und ein Einfühlungsvermögen besitzen. Direkt nach der Ausbildung benötige es ggfls. Einarbeitungszeit, weil die frisch Ausgebildeten nicht alles können. Unbeliebte Eigenschaften hingegen fielen im Alltag negativ auf: So werde ein barscher Ton oder eine trockene oder kühle und laute Art von Pflegekräften eher ungern gesehen.

Insgesamt scheinen dementsprechend bereits bei der Einstellung der Fachkräfte Erwartungen an ihre Fähigkeiten bei der Interaktionsarbeit gestellt. Es gehe um ihre innere Haltung (Emotionsarbeit), um Bedürfnisorientiertheit und entsprechendes Engagement (Kooperationsarbeit), wie auch um Einfühlungsvermögen (Gefühlsarbeit) und den Umgang mit Konflikten (subjektivierendes Arbeitshandeln). Die informelle Qualifikation scheint somit ebenso eine Rolle bei der Einstellung zu spielen wie die formale Qualifikation.

Kenntnis um Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte und betriebliche Maßnahmen zum Belastungsabbau bei Pflegekräften:

In einer Einrichtung weiß die PDL über die Belastungen der Pflegekräfte über Erzählungen wie auch aus einer Mitarbeitendenbefragung. Sie versuche auf alle Aspekte einzugehen, die ihr die Mitarbeiter\*innen anvertraut hätten (Einrichtung Nr. 07, Absatz 123) wie Themen der Arbeitszeit oder die Planbarkeit der Arbeit. Zum Teil würden auch private psychische Belastungen, wie familiäre oder finanzielle Probleme, von den Pflegekräften angesprochen (Einrichtung 32).

Die Pflegedienstleitung sieht sich als Verantwortliche für die Pflegequalität (Einrichtung 07). Für sie spiele daher auch das Vertrauen in die Pflegekräfte eine große Rolle (Absatz 141), die diese große Verantwortung letztendlich übertragen bekommen.

Darüber hinaus erklärt eine Pflegedienstleitung, dass die Pflegekräfte „eng bemessen“ (Einrichtung 32, Absatz 133) seien, und daher unter Zeitdruck stünden, wie auch durch verschiedene Arbeitsanforderungen belastet würden z.B. durch Arztvisiten:

*„Und dann ist es natürlich so, ich muss dann natürlich alles, was ich jetzt grad hier gemacht habe, muss ich jetzt sofort fallen lassen, weil jetzt brauch ich den Arzt, weil den will ich nicht verlieren, weil welche Ärzte kommen noch in die Pflegeheime.“ (Einrichtung 32, Absatz 286)*

*„Es ist nicht, also es ist wirklich nicht so (.) einfach. Denn da muss man sich wirklich selber sehr, sehr strukturieren, (ähm) damit man das alles schafft. Das ist einfach so.“ (Einrichtung 32, Absatz 288)*

Hinzu kommt die psychische Belastung durch die anspruchsvolle Pflege einiger Bewohner\*innen (insbesondere bei psychischer Einschränkung) (Einrichtung 07).

Um eine Entlastung der Pflegekräfte zu ermöglichen, ist bei Pflegefachkräften z. T. ein Wechsel zwischen Aufgabengebieten möglich. Sie haben verschiedene Aufgaben, wie die Körperpflege aber auch die Dokumentation und können über ihre Strukturierung z.T. entscheiden. Pflegehilfskräfte haben hier weniger Varianz in ihrem Tätigkeitsspektrum. Bezogen auf Zusammenarbeit mit einzelnen Bewohner\*innen, werden jedoch auch mal Zuständigkeiten unter Kolleg\*innen getauscht. In einer Einrichtung gibt es zudem vereinbarte Erholzeiten (Kurzpausen) als Entlastungsmöglichkeit, die noch zusätzlich zur eigentlichen Pause gewährt werden.

Tendenziell stellt auch das Umherwandern der Bewohner\*innen eine Belastung dar (u. a. Einrichtung 32). Hierfür wurde in einer Einrichtung, wie bereits erwähnt, ein sogenanntes Schutzengelsystem eingeführt, dessen Signale auch auf den Verwaltungstrakt weitergeleitet wird, der sich näher an der Tür befindet:

*„Natürlich, weil es ist ja so, durch dieses (ähm) Rufsystem, Notrufsystem müssen die Mitarbeiter ja immer wieder nach unten rennen, wenn dieser Alarm ausgelöst wird, wieder aus der eigentlichen Pflege heraus, und dort wieder hinterher. Wir haben das hier so, dass wir hier unten vom Verwaltungstrakt das auch auf unsere Telefone haben. Wir laufen dann auch. Aber nichtsdestotrotz ist es immer (.), ich sag mal, n Eingriff in den Arbeitsablauf [...].“ (Einrichtung 32, Absatz 49).*

Es wird deutlich, dass diese vermeintliche Entlastungsstruktur auch nur begrenzt zur tatsächlichen Entlastung bei den Pflegekräften führen kann.

Grundsätzlich sehen sich sowohl die interviewten Pflegedienstleitungen als auch die Wohnbereichsleitung in den Einrichtungen als Ansprechpartner\*innen der Pflegekräfte, z. T. konnte ich die Inanspruchnahme seitens der Pflegekräfte während der teilnehmenden Beobachtung mitbekommen. Es bleibt jedoch kritisch zu hinterfragen, inwiefern dies tatsächlich für die Mitarbeitenden eine Entlastung darstellt, bzw. sie dieses Angebot freiwillig nutzen.

Fortbildungsangebote hinsichtlich der Anforderungen von Interaktionsarbeit wären tendenziell als entlastende Maßnahme gewertet worden. Diese spielten jedoch kaum eine Rolle. Wünsche der Pflegekräfte nach speziellen Fortbildungen werden so gut es geht berücksichtigt (Einrichtung 07), zwar gebe es das Angebot, jedoch würden wenige Pflegekräfte mit eigenen Wünschen an die Pflegedienstleitung herantreten. Zu hinterfragen wäre daher auch, inwiefern diese Angebote klar kommuniziert sind. Es werde auch versucht, die verpflichtenden Fortbildungen in der eigenen Einrichtung stattfinden zu lassen, um die Wegezeiten und den zusätzlichen Zeitaufwand für die Pflegekräfte gering zu halten (Einrichtung 32).

Bei der Dienstplanung wird versucht die Wünsche der Pflegekräfte zu berücksichtigen, soweit dies möglich ist. So ist es z. B. in manchen Einrichtungen möglich, dass einige Mitarbeitenden gar nicht nachts oder nur nachts arbeiten, je nachdem, wie sie es sich wünschen – solange dies in der Planung aufgeht, dann können auch private Belange Berücksichtigung finden (Einrichtung Nr. 53, Absatz 25).

Die Freizeit wird von einer Pflegedienstleitung (Einrichtung 32) als wesentliche Ressource gesehen. Gleichzeitig fehle die Entspannung, da Pflegekräfte auch während der freien Tage spontan einspringen müssen, wie Pflegedienstleitungen erkennen (Einrichtung 32). Bei Änderungen im Dienstplan würden daher diejenigen, die immer einspringen, nicht als Erstes gefragt, um sie nicht unnötig zu belasten (Einrichtung 32). Eine Pflegedienstleitung gibt an, auch von einzelnen Kolleg\*innen private (wiederkehrende) Termine zu kennen, und in der Dienstplangestaltung zu berücksichtigen. Dies gilt es hinsichtlich der Anzahl von 73 Mitarbeiter\*innen jedoch kritisch zu betrachten.

Darüber hinaus bestehen Angebote wie Massagen im 2-Wochenrhythmus während der Arbeitszeit oder Sportvergünstigungen in der Freizeit (Einrichtung 32). In einer anderen Einrichtung (53) gibt es neben den Sportvergünstigungen z. B. auch Angebote zur Kinderbetreuung.

Fehlerkultur:

Großen Konsens finden Aussagen von Pflegedienstleitungen, dass grundsätzlich ein Verständnis dafür bestehe, dass Fehler passierten. Es gebe zum Teil den Anspruch einen „anständigen“ Umgang mit Fehlern zu fördern, wie Transparenz und angemessene Reaktionen auf den jeweiligen Fehler (Einrichtung 07, Absatz 123). Allerdings werden Fehler in der Pflege kritisch gesehen, da diese gravierende gesundheitliche Auswirkungen der verantworteten Pflegebedürftigen haben können, beispielweise bei der Medikamentengabe. Das Wohl der Bewohner\*innen scheint in den meisten Fällen im absoluten Vordergrund zu stehen.



Eindeutige Grenzen der Fehlertoleranz gebe es, sobald Menschenleben, z.B. die der Bewohner\*innen, in Gefahr gebracht werden (Einrichtung 07, Absatz 147). Vermeintliche Kleinigkeiten wie Vertauschen/ Verwechseln/ falsche Angaben bei den Medikamenten haben große Auswirkungen, dies wirkt sich auf die Mitarbeiter\*innen in Form von Leistungsdruck aus (Einrichtung 07, Absatz 149). Da die Auswirkungen dieser Fehler gravierend sein können, komme es auf den offenen Umgang der Pflegekräfte mit den Fehlern an (Einrichtung 07, 53, 32). Langjährige Bewohner\*innen/ bekannte Bewohner\*innen mit entsprechend bekannter Medikalisierung sind gewissermaßen Sicherheitsfaktoren. Die Kenntnis der Bewohner\*innen und ihrer Medikamente beuge Fehlern vor (Einrichtung 53, Absatz 187).

Weitere Fehler, die nicht geduldet werden, betreffen Verstöße gegen allgemeine gesellschaftliche Normen wie Betrug, Lügen, Diebstahl und gesellschaftliche Umgangsweisen wie Beleidigungen oder Gewalt. Einmal wurde von einer Pflegedienstleitung auch konkret gesagt, es werde keine Gewaltanwendung der Pflegekräfte gegenüber gewalttätigen Bewohner\*innen geduldet, stattdessen gebe es Schulungsangebote für einen Umgang damit (Einrichtung 32, Absatz 240).

Zum Teil wird die Einstellung der Mitarbeitenden hinsichtlich ihrer Motivation oder ihres Engagements als Maß für die Fehlertoleranz gesehen.

Die PDL muss auf Einschätzung der Kolleg\*innen vertrauen, die die Arbeit ausführen. Dabei sichern sich einige Pflegekräfte auch ab durch eine Zweitmeinung von Kolleg\*innen. Eine Pflegedienstleitung erklärt, sie vertraue auch gewissermaßen auf die Zusammenarbeit der Pflegekräfte untereinander (Einrichtung 32, Absatz 259).

## **5.2 Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege**

Wie bereits zu Anfang beschrieben, wird hier das integrative Konzept von Böhle, Stöger und Weirich (2015a,b) der Auswertung zugrunde gelegt, da es Interaktionsarbeit, unter Einbezug verschiedener bestehender Konzepte, relativ komplex darstellt. Das Konzept wurde daher verwendet, um die beiden Kernfragen, wo Interaktionsarbeit in der stationären Pflege auftritt und um welche Tätigkeiten es sich handelt, bei denen Interaktionsarbeit in der Pflege wesentlich ist, beantworten zu können. Die Ergebnisse dieses Kapitels beziehen sich sowohl auf die teilnehmende Beobachtung und Beobachtungsinterviews wie auch die Gruppendiskussionen und die Pflegedienstleitungs-/ Wohnbereichsleitungsinterviews.

In der Beobachtung wurde deutlich: Interaktionsarbeit ist ein nicht trennbarer, gar elementarer Bestandteil der Dienstleistungsarbeit, insbesondere in der Pflegearbeit. Interaktionsarbeit findet in jedem Zusammentreffen mit den Pflegebedürftigen (vgl. Glaser et al. 2008), aber auch davor und danach statt. Dies zeigte sich in vielfältigen Situationen. Beispielhafte Momentaufnahmen: Indem sich Pflegekräfte auf die Versorgung des Pflegebedürftigen vorbereiten oder sie sich nach einem belastenden Erlebnis bei der Versorgung mit einem Bewohner / einer Bewohnerin mental sammeln, leisten sie Interaktionsarbeit. Sequenzen von Interaktionsarbeit sind sowohl bei körpernahen pflegerischen Tätigkeiten, wie der Intimpflege der Pflegebedürftigen, als auch bei medizinisch-therapeutischen Interventionen, wie der Medikamentengabe, erforderlich. Darüber hinaus kann aber auch einfach nur im Vorbeigehen Interaktionsarbeit geleistet werden, indem die Pflegekraft die Situationen und Stimmungen überblickt, in der sich ein Bewohner / eine Bewohnerin befindet, Augenkontakt zu Bewohner\*innen sucht, um eine Verbindung herzustellen oder über den Rücken einer / eines verloren schauende/ n Bewohnerin / Bewohners streichelt.

Bei der Inhaltsanalyse der Interviews wurden in diese Oberkategorie alle Interviewaussagen einbezogen, die die Bedeutung von Interaktionsarbeit im Allgemeinen zeigt oder in denen allgemeine Beispiele für Interaktionsarbeit beschrieben werden.

Interaktionsarbeit, so wurde von einigen Pflegekräften gesagt, ist wesentlich für ihre Motivation bei der Arbeit und ist ein Grund für ihre Berufswahl gewesen. Die Interaktion mit den pflegebedürftigen Menschen, die spezifische Persönlichkeiten aufweisen, spielt offensichtlich eine große Rolle als sinnstiftende

Arbeitstätigkeit. Ihre Sinnstiftung bei der Arbeit wird entsprechend enttäuscht, wenn Interaktionsarbeit als Arbeitsleistung nicht anerkannt oder wertgeschätzt wird. Die Anerkennung von Interaktionsarbeit wird von einer Pflegefachkraft (Pfk2) explizit hervorgehoben. Insbesondere das Beobachten und Wahrnehmen in Bezug auf die Bewohner\*innen sei entscheidend für eine gute Pflegefachkraft.

Pflegekräfte empfinden eine Diskrepanz zwischen ihrem professionellen Ethos und den Möglichkeiten zur Umsetzung in der Praxis. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die befragten Pflegekräfte einen Unterschied zwischen der Lehre und der Praxis empfinden. Pflege werde anders gelehrt als sie umsetzbar sei, denn in der Praxis fehle es oft an Zeit für angemessene Interaktionsarbeit, z. B. um mit Bewohner\*innen zu kommunizieren und pflegerelevante Informationen zu erhalten. Die verbale Kommunikation zwischen Pflegekraft und Bewohner\*in wird in der quantitativen Erhebung aufgenommen, ist aber als Bestandteil von Interaktionsarbeit ebenfalls relevant, da die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte verbale wie non-verbale Kommunikation mit Bewohner\*innen einschließt, d.h. Interaktionsarbeit ist auch kommunikative Arbeit (vgl. Krömmelbein 2005): Kommunikation mit Bewohner\*innen ist für Kooperationsarbeit, Gefühlsarbeit, subjektivierendes Arbeitshandeln und Emotionsarbeit (z.B. bei der Darstellung von positiven Gefühlen gegenüber Bewohner\*innen) für Pflegekräfte bedeutsam. Interaktionsarbeit erfordert Kreativität im Umgang mit den Menschen, sowohl in Bezug auf die Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden, als auch hinsichtlich spezieller Situationen oder der emotionalen Selbstregulation der Pflegekräfte und des Umgangs mit spontan auftauchenden Gefühlen bei zu pflegenden Personen. Nicht immer passen bekannte Lösungsstrategien der Pflegekräfte, die vorher bei anderen Bewohner\*innen angewendet werden konnten. Es müssen immer wieder situativ neue Ideen in der Interaktionsarbeit mit der jeweiligen zu pflegenden Person entwickelt werden.

### *Kooperationsarbeit*

In arbeitssoziologischer Perspektive wird Kooperationsarbeit als die Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen zwischen Dienstleistungsgebenden und Dienstleistungsnehmenden (Dunkel & Wehrich 2012a; Böhle et al. 2015a) bezeichnet. Sie impliziert die „Herstellung einer Kooperationsbeziehung“ (Böhle et al. 2015a: 19) zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden und bezieht sich insgesamt vor allem auf die Arbeitsaufgabe. Die Pflegekraft muss ganz grundsätzlich mit der zu pflegenden Person eine Beziehung aufbauen und aufrechterhalten, um ihre Pflegearbeit ausführen zu können. Ein wesentlicher Aspekt der Kooperationsarbeit ist die Dauer und Intensität dieser Beziehung im Vergleich z. B. zu der Beziehung in der ambulanten Pflege oder aber im Krankenhaus zwischen Pflegekräften und Patient\*innen. Aufgrund der längeren Verweildauer im Pflegeheim besteht hier eine langfristig ausgerichtete, z. T. intensivere, Beziehung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden. Weiterhin ermöglicht die Pflegekraft der zu pflegenden Person in der Rolle eines Kunden / einer Kundin entsprechend abgestimmt an der Pflege mitzuwirken und mit ihr zu kooperieren (Dunkel & Wehrich 2012b: 39). Diese Dimension von Interaktionsarbeit diene auch als Kategorie der Auswertung.

Für die Auswertung wurden in diese Kategorie alle Aussagen einbezogen, die die Beziehung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden beschreiben, oder beschreiben, wie Interessen ausgehandelt bzw. Erwartungen zwischen Pflegekraft und Bewohner\*in geklärt werden. Die Kategorie Kooperationsarbeit enthält z.B. Aussagen darüber, wie eine Pflegekraft die zu Pflegenden kennenlernt, wie sie die Persönlichkeit und Biographie der Bewohner\*innen in die Interaktionsarbeit einbezieht, sich auf deren Wünsche, Bedürfnisse oder Vorstellungen einstellt etc. (Codedefinition).

Die Dauer der Beziehung in der stationären Langzeitpflege ist dabei ein wesentlicher Aspekt in Abgrenzung zur stationären Krankenpflege. Pflegebedürftige Menschen bleiben tendenziell länger in einer vollstationären Pflegeeinrichtung als in einem Krankenhaus. In der ambulanten Pflege ist die tägliche Dauer der Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit zu pflegenden Personen in der Regel deutlich geringer. Es geht

in der stationären Langzeitpflege darum, das Leben zu gestalten und dafür bedarf es der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer vertrauten Beziehung zwischen den Beteiligten. Die Beziehung zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person ist grundsätzlich asymmetrisch und geprägt durch ein Gefälle. Die pflegebedürftige Person ist aufgrund ihrer eingeschränkten oder gar fehlenden Selbstständigkeit von der Pflegekraft abhängig und auf deren Unterstützung angewiesen. Sie wird von der Pflegekraft als Expert\*in gepflegt und versorgt, wodurch ein Ungleichgewicht besteht.

Eine Pflegekraft vergleicht die Pflegebedürftigen mit Kindern, für die Sorge zu tragen ist, und deren Bedürfnisse ihnen von der Pflegekraft zugeschrieben werden:

*„wie Kinder, [...] man muss überdenken: ‚Hat der Fieber? Braucht der dieses da? Braucht der ein neues Kissen vielleicht? Was für eine Einlage?‘“ (Pfk1b, Absatz 170)*

Hier zeigt sich einerseits die Hilfebedürftigkeit und Angewiesenheit der Bewohner\*innen auf die Pflegekräfte in besonderem Maße. Andererseits werden durch dieses Verhalten der Pflegekraft die Autonomie und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen eingeschränkt, die mit Kindern verglichen werden, die nicht mündig sind und keine autonomen Entscheidungen treffen können.

Eine andere Pflegekraft macht hingegen deutlich, dass es sich bei einem Bewohner um einen erwachsenen Mann handelt, der eben nicht mit einem niedlichen Kind vergleichbar ist und einen entsprechend respektvollen (professionellen) Umgang der Pflegekräfte erwarten kann:

*„Herrn (\*) zum Beispiel, ja? Er ist, wenn du ihn ansiehst, wenn er redet und das alles, (...) ist süß, er ist süß, aber er ist immer noch ein Mann! Und es ist ein paar neunzigjähriger Mann. Ja, und nur weil er wegen seiner Krankheit so ist jetzt, ja, hat niemand das Recht zu sagen, dass er ein Baby ist oder, oder so irgendwie.“ (Phk2/Schüler\*in, Absatz 127)*

Die Pflegekraft zeigt, dass ein professioneller Umgang mit den Personen auch ein respektvoller, wie mit anderen Erwachsenen, ist. In den Interviews zeigt sich deutlich die Angewiesenheit der Pflegebedürftigen auf die Pflegekräfte. Diese strukturell gegebene Asymmetrie zwischen den beiden Interaktionspartner\*innen wird jedoch z. T. von Pflegekräften ausbalanciert, indem eine Gleichwertigkeit bzw. eine Gleichberechtigung der zu Pflegenden unterstellt wird. Die pflegebedürftige Person, die zumeist älter ist als die Pflegekraft, habe mehr Lebenserfahrung und kann den weniger lebenserfahrenen Pflegekräften mit ihrem Wissen und Ratschlägen persönlich weiterhelfen. Trotz grundsätzlicher Asymmetrie in der Beziehung zwischen Pflegekraft und zu pflegender Person (Abhängigkeit), versucht die Pflegekraft also eine durch Gegenseitigkeit geprägte Beziehung herzustellen. Diese Reziprozität der Beziehung wird von manchen Pflegekräften bewusst eingesetzt, um eine scheinbare Ausgewogenheit in der Beziehung herzustellen und der pflegebedürftigen Person damit ein Gefühl des Gebrauchtwerdens zu geben, das die Kooperationsbereitschaft der pflegebedürftigen Person erhöhen kann:

*„weil sie hat früher viel gemacht, obwohl sie das ganze Leben eine [Einschränkung hat]. Dann frag ich sie immer so: ‚Okay, wissen Sie, ich brauche Hilfe damit, weil, wo kann ich mich da melden wegen dem Garten? Oder was...‘; solche Sachen. Dann fühlt sie sich ein bisschen wichtig, weil sie mir geholfen hat und da, seitdem hat es geklappt [mit der Pflege].“ (Pfk1b, Absatz 184)*

Hier war es eine Möglichkeit, eine grundlegende Beziehung mit einer pflegebedürftigen Person aufzubauen, die sich erst danach von der Pflegekraft pflegen ließ.

Bei der Arbeit zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften wird durch den Kontakt eine Beziehung aufgebaut. Sie lernen sich durch den Kontakt kennen. Die Pflegekräfte stellen eine Beziehung her, indem sie Informationen sammeln, auf die Person eingehen, sich für die Person Zeit nehmen. In den Interviews kam des Öfteren eine offene Grundhaltung der Pflegekräfte zum Ausdruck. Die Individualität der Bewohner\*innen anzuerkennen, wird als Voraussetzung für Beziehungsarbeit gesehen. Sofern eine Anamnese möglich ist, führen sie diese durch, z. T. fehlen anfangs beim Einzug der Pflegebedürftigen Informationen.

Zu Anfang beobachtet die Pflegekraft vieles und kontrolliert gegebene Informationen, wie z.B. die beruflichen wie auch private Biographie der Person. Sie machen sich somit ihr Bild von einer Person. Manchmal gebe es bei der Aufnahme die Information über ein Krankheitsbild, manchmal auch gar keine Information über die Person außer, dass sie verwaist aufgefunden worden sei. Für diese grundlegenden Informationen sei die Kommunikation zentral, indem Pflegekraft und Pflegebedürftige in Interaktion treten. Gerade zu Anfang spiele eine große Rolle, die Biographie der pflegebedürftigen Person festzuhalten. Insbesondere bei Menschen mit Demenz sei es wichtig, um bestimmte Handlungsweisen zu verstehen wie bestimmte Bewegungen, z.B. aufgrund ihrer früheren beruflichen Arbeitstätigkeiten, oder die Abneigung weiblicher pflegebedürftiger Personen, die früher Vergewaltigungen erleiden mussten, sich von männlichen Pflegenden beim Duschen helfen zu lassen. Das Erstellen einer Biographie gehe jedoch immer mehr im Arbeitsalltag verloren. Eine Pflegefachkraft erklärt, sie würde sich dazusetzen und wichtige Sachen aus dem Leben, Vorlieben, Abneigungen erfragen und die neue Person liebevoll aufnehmen. Meist sei dafür jedoch keine Zeit. Es könne auch schon einmal eine halbe Stunde dauern, wenn man es richtig mache (Pfk 3). Dabei seien auch biographische Informationen relevant. Es könne z. B. das allgemeine Wissen über die Wirkung von Wärmflasche oder Lavendelaroma sein, dass im Einzelfall eine gegenteilige Wirkung hat (GD 1, Absatz 28). Dieses zu wissen, wäre für die Pflegekräfte daher wichtig (Kooperationsarbeit). Darüber hinaus gelte es ihrer Meinung nach auch die biographischen Informationen immer wieder zu überprüfen und entsprechende Veränderungen wahrzunehmen. Indem sie freundlich und aufmerksam sei und immer wieder auf die Person zugehe, erhalte sie dieses erste Band der Beziehung.

*„Die Pflege ist niemals nur Körperpflege. Das ist Beziehung. Und irgendjemand in meine Wohnung einzuladen, der noch an meiner dreckigen Wäsche wühlen kann und vielleicht die Einlage von Fußboden aufheben kann. Nein, die Pflege ist es, die Einheit, von Anfang bis zu Ende. Und wenn es Bett beziehen ist, dann kann es auch Fachkraft Bett beziehen.“ (GD 1).*

An dieser Stelle betont die Pflegekraft die Ganzheitlichkeit der Pflege und die Bedeutung von vermeintlich für die Beziehung irrelevanten Aufgaben, wie das Beziehen des Bettes. Es wird deutlich, wie wesentlich ein Beziehungsaufbau ist und in wie vielen Aspekten ihrer Arbeit dieser verborgen ist.

Kommunikation ist ein Kernelement der Kooperationsarbeit. So berichten die interviewten Pflegekräfte, „die reden vielleicht mit uns mehr als mit ihren Angehörigen“ (Pfk1b, Absatz 468). Dass sich die Pflegekräfte Zeit zum Reden nehmen, ist demnach sehr wichtig. Gleichzeitig zeigt das Zitat auch, welche Bedeutung der Pflegekraft als Bezugsperson zukommt, wenn die Pflegebedürftigen mit den Pflegekräften mehr reden als mit den vermeintlich nahestehenden Angehörigen. Die Beziehung zwischen beiden gewinnt damit neben der psychosozialen auch eine emotionale Bedeutung. Die Kommunikation ist ebenso elementar für die Zusammenarbeit, wenn die pflegebedürftige Person nicht verbal kommunizieren kann. Kommunikation ist hierbei Ausdruck der unmittelbaren Zuwendung zur zu pflegenden Person. Die Kommunikation der Pflegekraft mit zu pflegenden Personen umfasst darüber hinaus auch nonverbale Elemente, z.B. durch Blicke und Berührungen, die der Aufrechterhaltung der Beziehung dienen und zugleich auch Grundlage für die Gefühlsarbeit sein können.

Die Beziehungsarbeit zeigt sich jedoch nicht nur in offensichtlichem Austausch und Gesprächen, sondern auch in dem Vertrauen, der zu pflegenden Person, der Pflegekraft, zu erlauben, in einen höchst privaten Nah- und Intimbereich eingreifen zu dürfen, z. B. um das Bett der zu pflegenden Person zu beziehen, das als Rückzugsraum und Versteck dienen könne. Vertrauen ist damit die Basis dafür, dass sich ein gemeinsamer Kooperationsraum zwischen der Pflegekraft und der zu pflegenden Person entwickeln kann, in dem letztere auch einen Zugang zu ihrer Intimsphäre zulässt. Dieser Zugang ermöglicht der Pflegekraft auch, die zu pflegende Person in ihrer Gesamtheit in den Blick nehmen zu können: So werden zwischen Pflegekraft und zu pflegender Person auch Geheimnisse geteilt, indem sich Verstecke beispielsweise unter der Matratze beim Bettenmachen offenbaren. Solche scheinbar unwesentlichen Informationen, wie Informationen über ein Schokoladenversteck, dienen nicht nur einer vertrauensvollen Beziehungsgestal-

tung, sondern können der Pflegeperson ebenfalls Aufschlüsse zur medizinisch-therapeutischen Pflege geben, wie bspw. die Beurteilung von veränderten Blutzuckerwerten, wodurch ebenfalls das pflegerische Handeln erleichtert werden kann. Der Aufbau von Vertrauen als Grundlage für den Zugang zur Intimsphäre der Bewohner\*innen ermöglicht den Pflegekräften, die Ganzheitlichkeit des Menschen in der Pflege zu berücksichtigen.

Diese Grenzüberschreitung in den persönlichen Nah- und Intimbereich der zu pflegenden Person ist auch ein wesentliches Merkmal der Interaktionsarbeit in der Pflege. Die Pflegekraft in der stationären Langzeitpflege dringt nicht nur in die emotionale Intimsphäre ein, indem sie beispielsweise über die Gespräche sehr persönliche Informationen erfährt, sondern sie greift auch in die körperliche Intimsphäre ein, indem die Pflegekraft Toilettengänge begleitet oder die Intimpflege an der zu pflegenden Person vornimmt. Es geht daher ganz grundsätzlich darum, direkt zu Anfang das Vertrauen der Bewohner\*innen in die Pflegekräfte und ihre Arbeit aufzubauen. Dieses Vertrauen ist zuletzt auch bei der Bewältigung schwieriger Situationen, wie der Sterbebegleitung, von zentraler Bedeutung. Die Pflegeperson kann aufgrund der vertrauensvollen Beziehung und den Kenntnissen über die zu pflegende Person hinsichtlich deren Wünsche, Bedürfnisse und Ängste die letzte Lebensphase psychosozial und (medizinisch-) pflegerisch adäquat begleiten.

Zum Teil wählen Bewohner\*innen sich auch bestimmte Bezugspersonen aus, sodass beispielsweise manche Bewohner\*innen nur von ausgewählten Pflegekräften gepflegt werden möchten oder sich der Versorgung durch andere Pflegekräfte widersetzen. Darüber hinaus können besondere Beziehungen auch über biographische Gemeinsamkeiten entstehen, wie derselben Muttersprache, die Pflegekraft und Bewohner\*in besonders miteinander verbinden kann und Kooperationsarbeit erleichtert.

Gleichzeitig gilt es neben der Nähe auch Distanz aufzubauen. Diese Distanz wird von einigen Pflegegeschüler\*innen und Pflegekräften beispielsweise durch das Tragen von Handschuhen erreicht. Der Handschuh vermittele ihnen in der Interaktion mit den zu Pflegenden Sicherheit und eine Art Schutz des Persönlichen (GD 4, Absatz 135).

Für die Erhaltung der Beziehung jedoch spielt auch die Gefühlsarbeit eine wesentliche Rolle. Die Pflegekraft versucht dabei der zu pflegenden Person das Gefühl der Wertigkeit, des Gebrauchtwerdens zu vermitteln, um die Beziehung ausgewogen zu gestalten (siehe: asymmetrische Beziehung) und konstant an der Beziehung zu arbeiten. Die Pflegekraft fragt nach dem Befinden, zeigt Interesse an der Person, geht darauf ein und nimmt am Leben und dem Alltag der pflegebedürftigen Person teil. Dies ist zum Teil elementar für die Erhaltung der Beziehung und diese ist wiederum bei manchen Menschen ausschlaggebend, um sie überhaupt pflegen zu können. Im Übrigen sind es Momente, in denen sich die Pflegekraft Zeit nimmt, um mehr über die Person und über ihre Tagesgestaltung zu erfahren. Demzufolge kann Gefühlsarbeit als Basis für Kooperationsarbeit fungieren, indem die Empathie beispielsweise eine Basis für die Aushandlung von Interessen darstellt. Andersherum ist die Kooperationsarbeit die Basis für die Gefühlsarbeit, da durch eine vertrauensvolle Beziehung die Gefühle der pflegebedürftigen Person vielleicht erst ausgedrückt und anschließend von der Pflegekraft beeinflusst werden können, um pflegebezogene Aufgaben durchführen zu können.

Außerdem ist die Beziehungsarbeit eine wichtige Voraussetzung, um Notfallsituationen zu erkennen bzw. ggf. gesundheitliche Veränderungen pflegebedürftiger Personen richtig einschätzen zu können (vgl. 4.2.1).

Die emotionale Nähe der Beziehung wird auch deutlich durch Vergleiche der Bewohner\*innen mit Familienangehörigen, wie Eltern oder Großeltern. Es besteht somit zum Teil ein sehr enges und vertrautes Verhältnis zueinander. Für die pflegebedürftige Person sind die Pflegekräfte Bezugspersonen, die am Leben der Pflegebedürftigen Anteil nehmen. Zum Teil nehmen die Pflegekräfte aufgrund ihrer Kontaktfrequenz und -dauer Veränderungen der Bewohner\*innen eher wahr als ihre Angehörigen. Überdies wird

den Pflegekräften, möglicherweise aufgrund der höheren Kontaktfrequenz, mehr erzählt als den Angehörigen. Zum Teil fungieren die Pflegekräfte sogar als Familienersatz für kinderlose Bewohner\*innen. Ferner sei auch die Wertschätzung durch Bewohner\*innen, die es von einigen Bewohner\*innen sehr viel gebe, sehr wichtig für die Motivation der Pflegekräfte (GD 4, Absatz 137f.).

In seltenen Fällen entstehen sehr enge emotionale Beziehungen zwischen Bewohner\*innen und Pflegekräften, die familiären Beziehungen ähneln und deren Ausmaß sich beim Versterben der pflegebedürftigen Person und bei der Trauer um diese Person zeigt. Solche emotional engen Beziehungen entstehen z. B. eher, wenn eine pflegebedürftige Person mehrere Jahre in einer Pflegeeinrichtung lebt.

Das Zufriedenstellen der Bewohner\*innen ist aus Sicht einiger Pflegekräfte ein Indikator für gute Arbeit. Dieses Zufriedenstellen lässt sich nur umsetzen, wenn die Pflegekraft die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner\*innen kennt, somit ist das Zufriedenstellen Teil der Kooperationsarbeit. Das Eingehen auf die Bedürfnisse und Interessen des/r Pflegebedürftigen ist zum Teil auch Voraussetzung dafür, überhaupt mit der Pflege beginnen zu können. Dies zeigt sich beispielsweise beim morgendlichen Rundgang der Pflegekraft, wenn die Bewohner\*innen auch einmal länger schlafen gelassen werden, weil sie zuvor eine unruhige Nacht verbracht haben. Nach eigenen Aussagen entwickeln die Pflegekräfte nach Dienstschluss tendenziell ein schlechteres Gefühl (z. T. in Form von Vorwürfen), wenn es während ihrer Arbeit an Beziehungsarbeit oder Gefühlsarbeit mangle (GD 4, Absatz 25).

Doch es wurde deutlich, dass die Pflegekräfte aufgrund des Zeitmangels auch Schwierigkeiten in ihrer Arbeit sehen, Kooperationsarbeit leisten zu können: In einem Fall musste die Pflegekraft zwischen zwei Optionen des Beruhigens wählen. Einerseits könnte sie die Unruhe eines/ r Bewohners\*in mit Medikamenten regulieren (siehe auch Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2015). Andererseits könnte sie sie sehr effektiv durch einen Spaziergang beruhigen, wie sie aus Erfahrung weiß, wozu ihr aber die Zeit fehlt. An dem Tag konnte das Spaziergehen mit dem/ r Bewohner\*in ausnahmsweise von einer Betreuungsperson übernommen werden. Doch manchmal sind es scheinbar normale Situationen, in denen die Bewohner\*innen sich nur einen Joghurt aus dem Kühlschrank holen, weil sie nachts spontan Hunger bekommen. Da die Nachtschicht meist für mehrere Wohnbereiche zuständig ist, steht nicht genügend Personal bereit, um die Bewohner\*innen beim Aufstehen angemessen unterstützen zu können, sodass die Pflegekräfte diese Situationen mit sturzgefährdeten Bewohner\*innen nicht überblicken und kontrollieren können. Die Bewohner\*innen, die dafür bekannt sind, werden dann teilweise abends mit Medikamenten sediert, damit sie nachts nicht aufstehen. Dabei widerspricht die Medikalisierung ihrem pflegebezogenen Arbeitsethos, für das Wohlergehen der älteren Menschen zu sorgen. Zudem handelt es sich bei diesem problematischen Bewältigungsmuster der Pflegekräfte, mit Personalknappheit umzugehen, um einen offensichtlichen Eingriff in das Recht der Bewohner\*innen auf körperliche und seelische Unversehrtheit.

Herausforderungen bei der Kooperationsarbeit zeigen sich insbesondere bei der Versorgung von demenziell erkrankten Personen mit ausgeprägten verhaltensbezogenen Symptomen, wie dem Wandern oder auch Umherwandern sowie dem Ablehnen von pflegerischen Handlungen. In der Sprache der interviewten Pflegekräfte wird dieses Umherwandern als „Weglaufen“ gekennzeichnet.

*„wir haben eine Bewohnerin hier gehabt. (...) Weg. Sie ist ständig weggelaufen. Und wir mussten sie ständig suchen! Und wir konnten sie nicht beruhigen! Und alles Mögliche machen!“\* (Pfk4, Absatz 149)*

Dabei stoßen die Pflegekräfte an ihre Grenzen der Kooperations- und / oder Gefühlsarbeit. Das Wandern von Bewohner\*innen zieht überdies einen ungeplanten zeitlichen Mehraufwand für die Pflegekräfte nach sich, der vor allem mit der Suche und Beruhigung der Bewohner\*innen verbunden ist.

Darüber hinaus können Missverständnisse Probleme in der Beziehung hervorrufen. Beispielsweise zeigte sich in der Schichtbegleitung, wie missverstandene Erwartungen und damit einhergehend misslungene Aushandlung über das Ziel der Pflegearbeit zu Konflikten führten. So kritisierte eine Bewohnerin fortwäh-

rend die Arbeit einer Pflegekraft, und erwartete mehr als die Pflegekraft leisten konnte. So konnte die Bewohnerin nicht verstehen, dass die Pflegekraft sich neben sie stellte, während sie sich selbst wusch. Überdies konnten abgelehnte Pflegetätigkeiten, wie das Duschen, z. T. über Aushandlungen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Es gibt auch Einzelfälle, in denen der Aufbau einer Beziehung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden am Anfang vollkommen misslingt, in denen die pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen durch einzelne Pflegepersonen abgelehnt wird, sodass die Pflege zunächst durch Kolleg\*innen aufgefangen werden muss.

Ferner wächst nach Einschätzung der interviewten Pflegekräfte die Anspruchshaltung der Bewohner\*innen und deren Angehörigen als Kunden. So werde zum Teil eine Anspruchshaltung beschrieben, der einem Umgang mit Leibeigenen ähnele (GD 2, Absatz 34). Man bezahle für die Dienstleistung dieser Person. In einem Fall wurde zudem von einem außergewöhnlich hohen Serviceanspruch der Einrichtung (Nr. 42) gesprochen, der die Anforderungshaltung der Bewohner\*innen und Angehörigen weiter nähre. Dies wirkt sich auch auf das Verhältnis zwischen Pflegekraft und Bewohner\*in aus.

Weiterhin haben manche Pflegeassistenzkräfte auch den Anspruch, alle möglichen Rollen für die Pflegebedürftigen zu übernehmen, u.a. familiäre Rollen (GD 1, Absatz 35-37). Schwierige familiäre Verhältnisse und Übergriffigkeiten nehmen laut Pflegekräften unter den Bewohner\*innen zu, die sich in ihrer Konsequenz auch belastend auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen auswirken können. Probleme, die das Verhältnis der Pflegekraft mit der zu pflegenden Person beeinträchtigen, stellen z. B. sexuelle Enthemmung und physische Aggression dar. Problematisch wird der Umgang damit für die Pflegekraft insbesondere dadurch, dass die (dementiell erkrankten) Bewohner\*innen zum Teil entweder nach wenigen Minuten das Vorgefallene bereits vergessen haben oder sich schlicht der Unangemessenheit ihres Verhaltens nicht mehr bewusst sind. Dadurch kann die Beziehung zwischen Pflegekraft und Bewohner\*in beeinträchtigt werden. Ein angemessener Umgang der Pflegekraft setzt voraus, dass diese ihre eigenen Gefühle reflektiert und zurückstellt, um professionell reagieren zu können.

Hingegen können Diskussionen über Erwartungen und wiederholte Aushandlungen von Dienstleistungszielen den Zeitdruck der Pflegekräfte verschärfen (vgl. Dunkel & Kratzer 2016). Insbesondere zeigte sich dies als Folge der Schwierigkeiten bei der Kooperationsarbeit im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen. Das Dilemma widersprüchlicher Anforderungen entwickelt sich dabei durch den empfundenen Zeitdruck für die Pflegekraft einerseits und dem Wunsch der Pflegekräfte, den Bedürfnissen der Bewohner\*innen gerecht zu werden, andererseits. Damit wird den Pflegekräften die Erfüllung der eigenen Vorstellungen ihrer Arbeitsleistung erschwert, sodass es objektiv zu einem Leistungsproblem kommt (Dunkel & Kratzer 2016: 170). Dies wirkt sich z. B. in fehlender Kooperationsarbeit, wie dem Vertrösten der Bewohner\*innen auf später, aus: „Ich komme gleich.“, einem Versprechen, das die Pflegekräfte, aufgrund von zu hoher Arbeitsbelastung häufig nicht einlösen (können).

Das Zeitproblem zeigt sich abermals als Hemmnis in Verbindung mit der Delegation von Aufgaben: Die Beziehungsarbeit während der Körperpflege, die sich im Aufbau von Vertrauen und einer Verbindung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden zeigt, wird unterbrochen, wenn die pflegebedürftige Person versucht Probleme anzusprechen, für ein Gespräch jedoch jemand anderes beauftragt wird. Die Kooperationsarbeit, innerhalb derer ein vertrauensvoller Rahmen für ein Gespräch aufgebaut wurde, wird damit schlagartig beendet. Hierbei kann es dazu kommen, dass sich die pflegebedürftige Person, die soeben noch der Pflegekraft ein Problem anvertrauen wollte, ein Gespräch mit der anderen Person verweigert und ihr Anliegen für sich behält. Die Pflegekräfte empfinden, dass die Ganzheitlichkeit des Menschen in der Aufgabenteilung verloren geht und interaktive Arbeit nicht angemessen wertgeschätzt wird. Dieses Beispiel zeigt ebenfalls, dass arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen, wie eine aufgabenbezogene Arbeitsteilung in der Pflege, der Kooperationsarbeit Grenzen setzt, welche die Pflegekräfte in ihrer Arbeit einschränken, so dass sie ihre Ansprüche an eine gute Pflegearbeit nicht mehr realisieren können.

Der Zeitdruck, unter dem die Pflegekräfte stehen, wird auch den Bewohner\*innen gewährt. So bezeichnen sie in einer Einrichtung eine Pflegekraft mit dem Spitznamen „Tornado“, der die kurze Dauer der Interaktionsmomente und die Geschwindigkeit, mit der sich Pflegekräfte bewegen, wie ein Wirbelsturm, beschreibt. Ein Bewohner bekommt mit, dass die Pflegekraft gestresst ist, und fordert sie auf, sich einmal hinzusetzen und eine kurze Pause zu machen, woraufhin die Pflegekraft sein Angebot belächelt. Die Pflegekräfte missachten aufgrund des erlebten Zeitdrucks somit auch Hinweise der Bewohner\*innen, für ihre eigene Erholung zu sorgen.

### *Gefühlsarbeit*

Die Gefühlsarbeit, eine weitere Dimension von Interaktionsarbeit, geht auf Strauss et al. (1980) zurück. Gefühlsarbeit meint das Beeinflussen der Gefühle der zu pflegenden Person im Sinne der zu erfüllenden Arbeitsaufgabe (vgl. Böhle et al. 2006; Giesenbauer & Glaser 2006) und fokussiert somit die fremden Gefühle als Arbeitsgegenstand der Pflegekraft im Rahmen der Interaktionsarbeit (Dunkel 1988: 67). Die Pflegebedürftigen sind als Person in ihrem Lebenskontext anzuerkennen, in deren Situation sich die Pflegekräfte einfühlen müssen, um angemessen pflegen zu können. So sind den zu Pflegenden z.B. Ängste zu nehmen oder Trost zuzusprechen – als Basis dafür, eine spezifische Pflegeaufgabe auch ausführen zu können, z.B. zu Pflegenden bei einem Transfer zu helfen.

Als eine weitere Dimension von Interaktionsarbeit ist Gefühlsarbeit auch gleichzeitig eine deduktive Kategorie der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews. Diese Kategorie bezieht sich auf alle Aussagen über jene Tätigkeit der Pflegekraft, die darauf gerichtet sind, die Gefühle der zu Pflegenden zu beeinflussen (Codedefinition), indem sie die Gefühle wahrnehmen und darauf entsprechend eingehen.

Es gibt verschiedene Situationen, in denen das Eingehen auf die und das Beeinflussen der Gefühle der Pflegebedürftigen eine Rolle spielt. Für Pflegekräfte stehen die Bewohner\*innen im Fokus ihrer Arbeit:

*„Und die brauchen schon, dass jemand guckt und wenn du was wirklich für Bewohner machen willst, dann musst du schon gucken, wie die sich fühlen. Das ist am wichtigsten...“ (Pfk1c, Absatz 156)*

Es ist ihre Motivation, ihr Bestes dafür zu geben, dass sich die Bewohner\*innen wohlfühlen und sie zu respektieren. Dass sich die Bewohner\*innen wohlfühlen, ist ein wichtiges Kriterium für die Qualität ihrer Arbeit. Oft habe eine Pflegefachkraft (Pfk3) während einer Schicht keine Lust mehr auf die Arbeit gehabt, und durch das „Danke“ und ein Lächeln eines Bewohners/ einer Bewohnerin sei sie wieder motiviert gewesen. Die Arbeit mit und am Menschen sei die zentrale Motivation bei der Arbeit und wichtiger als die Dokumentation (Pfk 3). Das ‚Ethos fürsorglichen Handelns‘ (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2006) bezeichnet ihre Berufseinstellung, die Sorge um andere Menschen, die im Fokus des Interesses steht. Hierfür ist auch das Einfühlungsvermögen, die Empathie wesentlich, die in diesem Beruf für eine Pflegekraft im Vordergrund steht.

Ein grundlegender Baustein sind Gefühle, wenn es darum geht, eine Beziehung mit den Bewohner\*innen aufzubauen (siehe Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit). Einerseits spielen sie im Sinne des Eingehens auf die Gefühle neuer Bewohner\*innen beim Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung eine Rolle, andererseits ist auch das Eingehen auf die Persönlichkeit, als auch auf die Person mit ihrer Biographie wichtig, um einen respektvollen und zugleich aufgabenorientierten Umgang zu ermöglichen (Gefühlsarbeit). Einige Bewohner\*innen fühlten sich von ihren Angehörigen in die Pflegeeinrichtung „abgeschoben“ und „nutzlos“. Um diesem negativen Gefühl entgegenzuwirken, werde zum Teil versucht, ihnen das Gefühl des Gebrauchtwerdens zu vermitteln (somit auch Gefühlsarbeit). Indem Pflegekräfte z.B. Ratschläge einfordern, versuchen sie ihnen eine Bedeutung beizumessen, die sie als Mensch mit mehr Lebenserfahrung haben (siehe auch Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit):



*„... die fühlen sich gut, wenn die merken: ‘Okay, ich bin nur, ich bin nicht die einzige, die Hilfe braucht. Die sind jung, gesund, die brauchen trotzdem (ähm) Hilfe.’“ (Pfk1b, Absatz 190)*

Durch dieses Verhalten der Pflegekräfte stärken sie das Selbstwirksamkeitserleben der Pflegebedürftigen. An diesem Beispiel lässt sich die Überschneidung der Dimensionen von Interaktionsarbeit verdeutlichen. Einerseits lässt sich das hier beschriebene Beeinflussen der Gefühle der Pflegebedürftigen hinsichtlich des Gebrauchtwerdens eindeutig unter Gefühlsarbeit einordnen, andererseits zielt diese Einflussnahme der Pflegekraft darauf ab, die Asymmetrie der Beziehung zwischen ihr und den Pflegebedürftigen auszugleichen, und ist daher auch unter Kooperationsarbeit zu fassen.

Ein weiterer wesentlicher Anlass für Gefühlsarbeit ist das Erleben von existenziellen Ängsten aufseiten der Pflegebedürftigen, wie die Angst vor dem Tod, bei dem die Pflegekraft als Vertrauensperson auf die Gefühle der zu Pflegenden eingeht. Ferner können auch alte Traumata der pflegebedürftigen Person in der Interaktion zum Vorschein kommen, die sich beispielsweise in der Angst vor Vergewaltigung zeigen können und auf die die Pflegekraft entsprechend reagieren muss. Die Pflegekraft schafft somit eine emotional haltende Struktur für die Bewohner\*innen. Gleichzeitig setzt dies die Achtsamkeit der Pflegekraft hinsichtlich möglicher Traumata voraus. Während der Pflege kann über Traumata, wie eine Vergewaltigung, nicht einfach hinweggesehen werden. Dabei kann auch das Eingehen auf die Traumata zeitintensiv sein.

Arten des Eingehens auf die ‚fremden‘ Gefühle sind z.B. die Freundlichkeit der Pflegekräfte gegenüber den zu Pflegenden, die insbesondere als erster Eindruck des/ r Pflegebedürftigen von der Pflegekraft wesentlich ist, aber auch ein fester Händedruck bei der Begrüßung, um der pflegebedürftigen Person zu zeigen, dass jemand für sie da ist. Es kann auch um etwas scheinbar Nebensächliches im Umgang mit den Bewohner\*innen gehen, wie das Streicheln über einen Arm, das Beruhigen oder einen Witz zu erzählen.

Das Beruhigen eines Bewohners / einer Bewohnerin kann sich u. a. auch positiv auf die anderen Bewohner\*innen auswirken, beispielsweise bei lauten Personen und in Gemeinschaftsräumen, um die Situation mit anderen Bewohner\*innen nicht eskalieren zu lassen. Das Umherwandern dementiell erkrankter Bewohner\*innen kann mit innerer Unruhe der Bewohner\*innen verbunden sein und erfordert ein Eingehen auf die Gefühle der Person (siehe Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit).

Jedoch können auch bei der Gefühlsarbeit Schwierigkeiten auftreten. Die Gefühlsarbeit der Pflegekräfte kann misslingen, z. B. indem Bewohner\*innen sich mit den bisher bekannten Umgangsweisen nicht beruhigen lassen und die Pflegekräfte zunächst an ihre Grenzen stoßen und neue Umgangsweisen entwickeln müssen.

Dabei können in der Pflegearbeit jedoch auch Grenzen von Gefühlsarbeit erreicht werden, sodass es den Pflegekräften nicht mehr möglich ist Gefühlsarbeit zu leisten. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn widersprüchliche Arbeitsanforderungen an die Pflegekräfte gestellt werden, indem sie unter Zeitdruck arbeiten müssen und gleichzeitig auf die meist etwas langsamere, bedächtige Art der Bewohner\*innen eingehen sollen. Zeitdruck stellt dabei ein Hemmnis für Gefühlsarbeit dar. Dabei werden die eigenen Gefühle der Pflegekraft als Arbeitsmittel auch eingesetzt, indem sie versuchen, Ruhe zu bewahren, auch wenn sie sich gestresst fühlen (Emotionsarbeit), um den Bewohner\*innen das Stressgefühl vorzuenthalten (Gefühlsarbeit): „Ja, die fühlen das halt.“ (Pfk1c, Absatz 68) Die Überschneidung dieser beiden Dimensionen von Interaktionsarbeit wird hier ebenfalls deutlich: Auf der einen Seite muss die Pflegekraft ihr Stressgefühl unterdrücken und das Gefühl von Ruhe gegenüber pflegebedürftigen Personen ausdrücken (Emotionsarbeit), auf der anderen Seite versucht sie durch den Gefühlsausdruck bewusst das Gefühl der Bewohner\*innen so zu beeinflussen, dass sie kein Stressgefühl bemerken (Gefühlsarbeit).

Die Überschneidung der Dimensionen kann auch zu Problemen in Wechselwirkung mit den anderen Dimensionen des integrativen Konzepts von Interaktionsarbeit führen. So kann misslungene Kooperations-

arbeit dazu führen, dass die unterschiedlichen Erwartungen an die Pflegearbeit von Pflegekraft und Bewohner\*in unbearbeitet bleiben. Dies zeigt sich beispielsweise darin, wenn Pflegekräfte die Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen, wie „Meckern“ aufgrund von Unzufriedenheit mit der Arbeit der Pflegekraft, durch Beruhigen (Gefühlsebene) versuchen zu beeinflussen, die unterschiedlichen Erwartungen von Pflegekraft und Bewohner\*in an die Pflege jedoch nicht angesprochen werden.

Darüber hinaus stößt Gefühlsarbeit auch bei sexueller Belästigung und z. T. bei gewalttätigem Verhalten, ausgehend von den Bewohner\*innen, an ihre Grenzen. Hier überschreitet das Nachempfinden von und das Eingehen auf die Bedürfnisse der Bewohner\*innen möglicherweise persönliche Grenzen der Pflegekraft. Gewissermaßen steht das Abgrenzen der Pflegekraft von der pflegebedürftigen Person (emotionaler Abstand) dem Eingehen auf die Wünsche des Bewohners/ der Bewohnerin entgegen.

### *Subjektivierendes Arbeitshandeln*

Subjektivierendes Arbeitshandeln definieren Böhle et al (2015a: 19) als den „Umgang mit Unwägbarkeiten und Grenzen der Planung“. Die „Bewältigung des Unwägbaren und Unplanbaren“ (Böhle et al. 2015a: 22), Es äußert sich u.a. in einem intuitiven Vorgehen der Pflegekraft bei sich spontan ergebenden, ungeplanten Situationen in ihrem Arbeitsalltag. Beim ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘ und insbesondere mit zunehmendem Alter kann es z.B. immer wieder zu unvorhergesehenen Änderungen des Gesundheitszustandes der zu Pflegenden kommen (vgl. Böhle 1999; Hacker 2009; Böhle et al. 2015a, Weishaupt 2006). Die Pflegekraft ist gefragt, auf diese unvorhergesehenen Situationen intuitiv-flexibel reagieren zu können. Hierbei sind sowohl ihr Fachwissen wie auch ihr Erfahrungswissen von besonderer Bedeutung. Weiterhin sind ihre Sinne bei der Einschätzung dieser Situationen gefragt, wie das Wahrnehmen von Gerüchen oder entsprechender Körpersprache der zu Pflegenden. Sie können überdies im Dialog mit der pflegebedürftigen Person in spezifischen Situationen schrittweise deren Bedürfnisse und Wünsche erkunden und auf dieser Grundlage ihr Pflegehandeln ausrichten. Besonders in der stationären Pflege spielt abermals die gewachsene soziale Nähe und relativ gute Kenntnis der zu pflegenden Personen hinein, die ein solch situatives Anpassen der Arbeitshandlungen erleichtert (vgl. Böhle et al. 2015a).

Diese Dimension wurde somit auch als deduktive Kategorie bei der Auswertung aufgenommen, in die alle Aussagen einbezogen wurden, die sich auf den Umgang mit Unplanbarem/ Unwägbarem im Arbeitsalltag der Pflegekräfte beziehen. Darunter werden unvorhersehbare Zwischenfälle sowie ähnliche Zustände oder Ereignisse gefasst, auf die sich eine Pflegekraft nicht vorbereiten kann und spontan reagieren muss (Codedefinition).

Die Arbeit in der Pflege ist durch viele Unwägbarkeiten geprägt und setzt damit eine starke Flexibilität voraus. Der Umgang mit dem Arbeitsgegenstand Mensch im Falle von stationärer Langzeitpflege, sich in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkte, und zumeist ältere, multimorbide Menschen, deren Gesundheitszustand, Stimmungen, Bedürfnisse und Wünsche sich auch kurzfristig verändern können, birgt ein großes Potenzial für nicht planbare Zwischenfälle. So kann es sich um übergriffiges Verhalten (wie Gewalt, sexuelle Belästigung gegenüber Pflegekräften), Krankheiten der Bewohner\*innen (wie Grippewellen im Winter, Abgeschlagenheit bei Hitze, Wunden, Inkontinenz etc.), Notfälle (wie Stürze, Todesfälle etc.) oder auch „Stress von Nirgendwo“ (wie zusätzlichen Anliegen von Angehörigen, die eine Interaktion mit den Pflegebedürftigen initiiert) handeln, die nur bedingt planbar sind. Für die Pflegekräfte bedeuten diese Unwägbarkeiten, dass sie situativ und spontan reagieren müssen. Manche Bewohner\*innen müssten bspw. zum Aufstehen motiviert werden: Der eine will nicht, die andere ist dement. Es sei sehr abhängig von dem jeweiligen (situativen) Zustand der Person (GD 3, Absatz 113). Die Pflegekräfte müssen Prioritäten setzen und ihren Arbeitsablauf entsprechend umorganisieren – wozu in Pflegeeinrichtungen zumeist kaum Zeitpuffer mehr vorhanden sind, sodass sich der Zeitdruck verschärft.

Um subjektivierendem Arbeitshandeln gerecht zu werden, bedarf es einer Kompetenz des Wahrnehmens und des Reagierens. Die Erfahrung und eine gewisse Routine im Umgang mit Zwischenfällen spielen, neben der fachlichen Ausbildung, die nur teilweise helfe, eine große Rolle, beispielsweise um Panik in diesen Fällen zu kontrollieren bzw. zu vermeiden. Auch persönliche Kompetenzen, wie die sprachlichen Fähigkeiten, werden darüber hinaus ebenfalls als relevant bewertet (GD 4).

Gerade bei Zwischenfällen kommt darüber hinaus der Selbstführung, -strukturierung und dem Selbstmanagement der Pflegefachkräfte eine große Bedeutung zu. Um ein Gefühl für mögliche Unwägbarkeiten innerhalb einer Schicht zu bekommen, arbeiten manche Pflegefachkräfte vorausschauend. Sie verschaffen sich bei den Bewohner\*innen, auch dort, wo es nicht dringend nötig erscheint, zu Schichtbeginn einmal einen Überblick, indem sie beispielsweise Kontrollgänge durchführen. Pflegefachkräfte müssen sich zusätzlich situativ einen Überblick verschaffen und den Arbeitsablauf nach Prioritäten planen. Zudem müssen sie Entscheidungen treffen, ggfls. Aufgaben delegieren, wofür eine reibungslose Zusammenarbeit im Team wichtig ist (GD 4).

Pflegekräfte haben ein Gespür für Situationen wie die Bedürfnisse im Sterbeprozess eines Bewohners / einer Bewohnerin zu erfassen. Das Einfühlen in die Bewohner\*innen ist wesentlich bei der Pflegearbeit (vgl. Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2015). Doch neben der Empathie gilt es immer, mögliche Resultate und Eventualitäten der Situation mit zu bedenken:

„...man muss überdenken: ‚Hat der Fieber? Braucht der dieses da? Braucht der ein neues Kissen vielleicht? Was für eine Einlage?‘ Und so.“\* (Pfk1b, Absatz 170)

Für dieses Einfühlen und Analysieren einer Situation oder Stimmungslage benötigt die Pflegekraft Zeit. Sie muss sich einen Überblick verschaffen und diesen während ihrer Schicht aufrechterhalten. Hierbei ist immer zu bedenken, dass es um Menschen mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen geht. Die Pflegekraft versucht neben der Empathie auch dialogisch orientiert zu erkunden, was sie tun kann. Dies bezieht sich insbesondere auf Alltagssituationen, in denen die Pflegekraft den geplanten Kontakt zum Bewohner / zur Bewohnerin sucht.

*„Und man sieht, wenn man etwas sagt, wenn die im Gesicht so irgendwie machen: ‚Okay, dann lass ich das. Versuchen wir es [...] mit etwas anderem.‘“\* (Pfk1b, Absatz 157)*

Die Kommunikation mit den Bewohner\*innen ist daher verbal wie nonverbal wichtig. Die Pflegekraft muss versuchen, Ursachen zu finden, wenn z.B. eine Bewohnerin mehrere Mahlzeiten nacheinander nicht zu sich nehmen möchte und stattdessen ihr Essen heimlich versucht, in der Toilette herunter zu spülen. Sie muss verschiedene Faktoren analysieren (z. B. Klagen über Bauchschmerzen, Anzeichen für Depressionen, Schmerz über den Abstand zu Angehörigen oder dem alten Zuhause), um mit Hintergrund ihres Fach und Erfahrungswissens die ausschlaggebende Ursache zu erfassen und mit der Person gemeinsam eine Lösung zu finden.

Im Rahmen des subjektivierenden Arbeitshandelns kann sich neben dem Eingehen auf veränderte Gesundheitszustände, aber auch aus den Bedürfnissen der Bewohner\*innen eine zuvor nicht planbare Situation ergeben (siehe Kapitel 3.1.1 Kooperationsarbeit), z. B. wenn eine pflegebedürftige Person länger schlafen möchte und das eingeplante Duschen dann verschoben werden muss. Dieses kann die zeitliche Strukturierung der eigenen Arbeit der Pflegekraft beeinflussen.

Doch die Unmöglichkeit alle Aspekte und Eventualitäten einzuplanen, zeigt sich alltäglich, d. h. der Umgang mit Unwägbarkeiten erweist sich als Normalität des Arbeitshandelns in der stationären Langzeitpflege:

*„Es funktioniert nie [...], wie's geplant ist.“ (Phk1, Absatz 16).*

In den Interviews wurde deutlich, dass die fachliche Ausbildung der Pflegekraft zum Teil verhindert, dass Pflegekräfte in Panik geraten und ihnen ermöglicht, professionell mit den Unwägbarkeiten umzugehen

(Professionalität). Dieser professionelle Umgang, das fachlich korrekte Handeln, der jeweiligen Pflegekraft erscheint den Pflegekräften bei Zwischenfällen wichtig. Zum Teil sichern sich Pflegekräfte dann auch bei Entscheidungen lieber bei einer zweiten Pflegekraft ab. Beispielsweise kann eine hinzugezogene Pflegekraft, die einen Bewohner / eine Bewohnerin kennt, besser einschätzen, wann es sich um einen ernststen Notfall handelt und wann mit medizinischer Unterstützung gewartet werden kann.

Darüber hinaus entwickeln die Pflegekräfte ein Gespür für die Bewohner\*innen, die sie kennen. Pflegekräfte können Stimmungen und Bedürfnisse schneller wahrnehmen und darauf reagieren oder z. B. anhand der Mimik ablesen, ob etwas verstanden wurde. Dabei erfolgt das Eingehen auf die Bewohner\*innen immer situativ und dialogorientiert. Indem sie Fragen stellen und Reaktionen auswerten, können Pflegekräfte leichter zu Einschätzungen kommen. So wird in manchen Situationen mit Wissen über die Biographie dazu auch die Muttersprache des/ r Bewohner\*in genutzt, sofern die Pflegekräfte entsprechende sprachliche Kenntnisse mitbringen. Eine gute Beziehung (Kooperationsarbeit) sowie eine gute Biographiearbeit (Gefühlsarbeit) der Pflegekraft können somit auch als Grundlage für das subjektivierende Arbeitshandeln dienen. Dadurch lässt sich eindrücklich zeigen, wie eng z. B. subjektivierendes Arbeitshandeln, Gefühls- und Kooperationsarbeit zusammenhängen.

Die Normalität von Unwägbarkeiten voraussetzend (vgl. Weishaupt 2006), müssen Pflegekräfte tagtäglich mit nicht planbaren Situationen umgehen. Dies beinhaltet das Erfassen und Bewerten der jeweiligen Situation wie auch das Eingehen darauf. Es handelt sich damit um eine Daueranforderung, die bisher nicht in den Arbeitsanforderungen in zeitlicher Hinsicht hinreichend berücksichtigt werden. Dadurch wird der Umgang der Pflegekräfte mit Unwägbarkeiten des Arbeitsalltages kaum anerkannt.

### *Emotionsarbeit*

Emotionsarbeit ist das Gefühlsmanagement (Goffmann 1959 zit. n. Böhle, Glaser & Büssing 2006: 30, Hochschild 1979: 551) der eigenen Gefühle. Sie impliziert die Regulation der eigenen Gefühle, d. h. das Unterdrücken und Bearbeiten empfundener Gefühle, und den bewussten Ausdruck von Gefühlen, d. h. die bewusste Darstellung erwarteter Gefühle nach außen. Dabei kann die Darstellung der Gefühle nach außen den tatsächlich empfundenen Gefühlen widersprechen (emotionale Dissonanz) und so zu psychischen Belastungen führen, die u. a. Burnout hervorrufen können (Böhle, Glaser & Büssing 2006: 36).

Emotionsarbeit äußert sich in der (stationären) Pflege darin, dass Pflegekräfte im Rahmen ihrer Pflegearbeit ihre eigenen Gefühle regulieren (vgl. Hochschild 1990; Krey 2011; Böhle et al. 2015a), sodass sie der beruflich zugeschriebenen Rolle einer fürsorglichen Pflegekraft entsprechen können. Die persönlichen Gefühle werden als Gegenstand (Instrumentalisierung) und als Bedingung (zur Selbstkontrolle) gesehen (Dunkel 1988: 67). So spielt die Unterdrückung bzw. Bearbeitung persönlicher Gefühle der Pflegekraft bei ihrer Arbeit eine Rolle. Anzunehmen ist, dass sie ihre eigenen Gefühle vor den zu Pflegenden immer wieder zurücknehmen und sich an die Rolle der fürsorglichen Pflegekraft anpassen muss. Darüber hinaus stellen Pflegekräfte bewusst bestimmte Gefühlsausdrücke, wie beispielsweise Fröhlichkeit oder Empathie, her, um den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden (Böhle et al. 2006: 30). Dabei entsprechen diese ausgedrückten Gefühle nicht unbedingt ihren tatsächlich empfundenen Gefühlen. Hierfür ist es daher einerseits nötig, eine offene empathische Grundhaltung zu zeigen. Andererseits müssen sie sich auch selbst zurücknehmen, um die eigenen Gefühle, die ggfls. nicht der professionellen Rolle entsprechenden, zu unterdrücken. Aufgrund des innerpsychischen Prozesses der Gefühlsregulation und gesteuerten Gefühlsausdrucks ist diese Dimension von Interaktionsarbeit (Böhle et al. 2015a) jedoch nicht direkt beobachtbar, sondern nur auf den Kontext bezogen und über Gespräche erfassbar.

Diese Dimension diene in der Auswertung auch als deduktive Kategorie. Sie bezieht sich auf alle Aussagen, die die Bearbeitung der eigenen Gefühle (Ausdruck und Regulation) der Pflegekraft betrifft (Codedefinition).

Bereits zuhause beginnt die mentale Vorbereitung der Pflegekräfte auf den Arbeitstag. Das Wissen darüber, was einen bei der Arbeit erwartet, ist bereits häufig ein Grund für ein Stressgefühl. Dieses versuchen die Pflegekräfte während ihrer Arbeit zu unterdrücken und sich nicht anmerken zu lassen (siehe Kapitel 3.1.2 Gefühlsarbeit). Der „Servicegedanke“ ist, wie bereits in Kapitel 3.1.2 Gefühlsarbeit angedeutet, in der Pflege stark ausgeprägt, sodass Pflegekräfte ihre eigenen Bedürfnissen, z. B. für eine Pause oder ein kurzes Abschalten, oft zurückstellen. Die Bewohner\*innen mit ihren Bedürfnissen haben während der Arbeitszeit für die Pflegekräfte Vorrang. Die Pflegekräfte, die sich als Gast im Haus der Bewohner\*innen sehen, versuchen entsprechend freudig den Bewohner\*innen als Gastgeber\*innen zu begegnen und die eigenen Probleme für sich zu behalten (GD 1, Absatz 56).

Dieses Zurückstellen der eigenen Befindlichkeiten wird auch bei der Bewältigung von Zwischenfällen deutlich, die nicht vorherzusehen waren und den vorher strukturierten Tag durcheinanderbringen. Auf Zwischenfälle reagiert z. B. eine interviewte Pflegekraft sofort.

*„Weil ich hab' keine andere Wahl (.) Gibt keine andere Wahl. Entweder man macht... Irgendwann muss ich das machen. [...] Und wenn ich sie seh', ich weiß, dass ich sie nicht so lassen kann.“ \**  
(Pfk1c, Absatz 24-26)

Die Pflegekraft muss sich entsprechend auf die Situation einstellen. Aufgrund der Notwendigkeit zu handeln, nimmt sie ihre Bedürfnisse zurück. Sie argumentiert, dass ihr nichts anderes übrigbleibt, und wenn sie sofort handelt, es nicht später tun muss.

*„Ich rufe, wenn ich Hilfe brauch' [...]. Aber [...] wenn ich da steh' und und mecker' und schrei' und wein' und was weiß ich... Das bringt mir nichts. Man reagiert natürlich. So ‚Oh Gott, das hab ich nicht erwartet.‘, [...] Aber das bringt mir nichts.“\*\** (Pfk1c, Absatz 28)

Wenn Pflegekräfte ihre eigenen Gefühle unterdrücken, um den beruflichen Anforderungen an sie gerecht zu werden, birgt es die Gefahr emotionaler Dissonanz. Dabei bestehen „deutliche Zusammenhänge zwischen emotionaler Dissonanz und emotionaler Erschöpfung sowie Depersonalisation der Dienstleister“ (Böhle et al. 2006, 36).

Offensichtlich relativ stark empfundene Gefühle (Ausdruck: schreien / weinen) werden von der Pflegekraft als hinderlich für die Situation der pflegebedürftigen Person empfunden. Es wird daher versucht, das Problem rational zu lösen bzw. auf die Situation zu reagieren, um nicht noch mehr Zeit zu verlieren; die Pflegekraft sieht das Unterdrücken der eigenen, empfundenen Gefühle in diesem Moment als einzige Möglichkeit:

*„Entweder mach ich oder verliere ich noch mehr Zeit. Wenn ich [es] dann nicht sofort mache, dann verliere ich viel mehr Zeit. Was ich vielleicht für andere Bewohner brauche. Und dann muss man schon machen. Gibt's, ich hab keine andere Möglichkeit.“* (Pfk1c, Absatz 28)

Sie sieht für sich offensichtlich keine Wahl, als möglichst schnell zu handeln und die Versorgung der pflegebedürftigen Person zu übernehmen.

Anforderungen, die sich aus der Interaktionsarbeit für die Pflegekräfte ergeben, sind u. a., eine professionelle Distanz aufbauen und eine Art Routine herstellen, in der die eigenen Gefühle als Arbeit gesehen werden. Neben dem notwendigen emotionalen Abstand, der professionellen Distanz, die bezüglich der eigenen Gefühle vorausgesetzt wird, bilden Gefühle im Sinne von Einfühlsamkeit eine Voraussetzung für gute Pflegearbeit (siehe Kapitel 4.2.1 subjektivierendes Arbeitshandeln).

Die Pflegekräfte vermitteln innerhalb ihrer Arbeitszeit und -aufgabe Fürsorge für die Bewohner\*innen. Die Pflegekräfte müssen jedoch sich selbst vor emotionaler Überlastung schützen, indem sie diese Fürsorge auf die Arbeitszeit begrenzen und ihre Aufgaben klar abstecken. Die Zuständigkeit für das Wohlbefinden und die Versorgung muss nach Ende der Arbeitszeit ebenfalls enden. Zudem können sie demnach nur die Hilfe leisten, für die sie in ihrer Rolle als Pflegekraft zuständig sind. Für Aufgaben, die darüber hinaus-

reichen, sind andere Zuständigkeiten und Ansprechpartner\*innen zu beachten, z.B. der ärztliche Notdienst.

In den Interviews betonen Pflegekräfte häufiger, dass die Ansprüche der Bewohner\*innen und der Angehörigen über die Jahre gestiegen seien. Ihre Dankbarkeit und Wertschätzung ließen nach, was die emotionale Anforderung der Pflegekräfte, trotzdem stets freundlich zu bleiben, erhöht. Zum Teil wird von Pflegekräften auch Enttäuschung empfunden, wenn sie auf fehlendes Verständnis für kurze Regenerationszeiten oder die Einhaltung von Pausenzeiten seitens der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen treffen. Häufig komme es vor, dass die Pflegenden innerhalb eines Dienstes grundlegende Bedürfnisse, wie die Nahrungsaufnahme oder der Toilettengang, nicht erfüllen können.

Um sich während der Arbeit zu sammeln, werden kurze Erholungszeiten genutzt. Eine Möglichkeit, sich kurze Erholzeiten zu verschaffen, sind z.B. ein Glas Wasser zu trinken. Eine weitere noch kürzere Umgangsweise ist das tiefe Durchatmen, um sich innerlich zu sammeln. Darüber hinaus können auch Tätigkeitswechsel oder ruhigere Umgebungen helfen. So wird z.B. das Essenanreichen in einem geschlossenen Raum, in dem sich die Pflegekraft dann mit der pflegebedürftigen Person befindet, als erholsam empfunden. Dabei gehe es darum, auch einmal eine Tür schließen zu können und sich nun in Ruhe nur auf eine Person konzentrieren zu können. Als Rückzugsort dient den Pflegefachkräften während der Arbeit z.B. das Dienstzimmer, für das die informelle Regelung gilt: Ist die Tür geschlossen und eine Pflegefachkraft befindet sich im Raum, so wird diese zumeist nicht gestört. Zum Beispiel wird dies genutzt, um in Ruhe die Pflegedokumentation zu schreiben.

Darüber hinaus empfindet es eine Pflegekraft als schwierig, gegen die Zeitstruktur und -bedürfnisse der Bewohner\*innen zu arbeiten. Aufgrund der strengen zeitlichen Vorgaben der Pflegeeinrichtung zur Strukturierung des Tagesablaufs, wie den unflexiblen Frühstückszeiten, sieht sich die Pflegekraft veranlasst, die Bewohner\*innen gegen ihren Willen zu wecken und zum Frühstück zu bewegen.

Hinzu kommt als eine weitere Anforderung, den eigentlich empfundenen Zeitdruck zu unterdrücken, solange Bewohner\*innen in der Nähe sind und erst „später [zu] rennen, da irgendwo, wo mich Bewohner nicht sehen“ (Pfk1a, Absatz 460). Darüber hinaus wird versucht, den Stress, der sich aus Zeitdruck oder Beschwerden von Kolleg\*innen und Bewohner\*innen ergibt, zu vermeiden. Dies geschieht, indem Beschwerden beispielsweise abgewehrt werden. Eine andere, häufigere Umgangsweise mit emotionaler Belastung ist es, inoffiziell ca. 30 Minuten vor der offiziellen Arbeitszeit mit der Arbeit zu beginnen. Damit nutzen die Pflegekräfte informelle Arbeitszeit, um den beruflichen Anforderungen überhaupt noch gerecht werden zu können. Eine Pflegekraft erklärt, dass sie sich lieber Zeit nehme für ihre Arbeit und dafür früher komme, anstelle sich aufgrund des Zeitdrucks hetzen zu lassen. Sie stellen damit ihre eigenen Bedürfnisse hinter denen der Pflegebedürftigen zurück. Eine Pflegekraft versucht auch Engagement zu zeigen, bleibt nach der eigentlichen Arbeitszeit länger und stellt auch die eigene Pause zurück, um die Bewohner\*innen versorgen zu können (Aspekt der Ethik). Dadurch wird auch das Unterdrücken der persönlichen Bedürfnisse wie die Erholungszeit nach der Arbeit, deutlich:

*„Kann ich nicht wie ein normaler Mensch einmal pünktlich nach Hause gehen?““ (Pfk1c, Absatz 144)*

Das Zitat zeigt, wie sehr sich die Pflegekräfte zum Teil den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen unterordnen und ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen und welche Belastung sie dadurch empfinden.

Insbesondere scheint es den vorliegenden Befunden nach in manchen stationären Pflegeeinrichtungen eine informelle Gefühlsregel zu geben, die das Weinen der Pflegekräfte als Ausdruck von Trauer ungewöhnlich erscheinen lässt. Daraus ließe sich die emotionale Anforderung ableiten, dass die Trauerbewältigung eher im Verborgenen stattfindet und individuell gehandhabt werden muss.

Die Pflegekraft hat selten die Möglichkeit, eigenen Gefühlen in unvorhergesehenen Situationen, die sie verärgern, zu zeigen. Ein Beispiel ist eine Situation, in der die Pflegekraft sieht, dass sich eine Bewohnerin zum dritten Mal eingestuhlt hat. In dieser Situation geht es für die Pflegekraft darum, sich um die Bewohnerin zu kümmern und die Tagesplanung entsprechend zu verändern. Dafür ist es notwendig, dass die Pflegekraft ihren Ärger über diesen Zwischenfall größtenteils unterdrückt, sich entsprechend zurücknimmt, um emotionalen Abstand zu gewinnen und professionell auf den Bewohner / die Bewohnerin eingehen zu können. Es werden Möglichkeiten gesucht, um sich zu sammeln, indem Wege, wie der Gang zum Wäschewagen, dafür genutzt werden, für kurze Zeit außerhalb der Sicht des Pflegebedürftigen den eigenen Ärger bewältigen zu können.

In den teilnehmenden Beobachtungen und Interviews sind verschiedene Umgangsweisen der Pflegekräfte deutlich geworden, die sich auf das Zusammenspiel der Gefühlsregulation und des -ausdrucks zurückführen lassen. Der Umgang mit diesen Anforderungen zeigt sich z. B. darin, dass mit Bewohner\*innen und Kolleg\*innen Späße gemacht werden, um die Belastung erträglicher zu machen, aber auch Verhaltensweisen in unbeobachteten Momenten angenommen werden, wie Augen rollen, Schultern straffen, Zunge herausstrecken oder fluchen. Der Gefühlsausdruck der humorvollen, freundlichen Pflegekraft ist demnach einerseits ein bewusster Gefühlsausdruck gegenüber den Bewohner\*innen, andererseits stellt dieser Ausdruck auch ein Bewältigungsmuster dar, die Belastung innerhalb erlaubter Gefühlsregeln zu reduzieren/ herauszulassen. Besonders belastend empfindet eine andere Pflegefachkraft (Pfk3) den Gefühlsausdruck, dass alles in Ordnung sei, obwohl es nicht so von ihr empfunden werde. Dies könne sie inzwischen nicht mehr unterstützen, erklärt sie: Sie könne nicht den ganzen Tag mit einem Lächeln im Gesicht herumlaufen, wenn es nicht authentisch sei (Pfk 3). Weiterhin erklärt diese Pflegefachkraft, dass sie „nicht nur lächeln“ könne, sondern ihr mehr daran läge, authentisch zu bleiben als durchgehend ein Lächeln zu zeigen (GD 2, Absatz 107-109). Pflegekräfte sehen sich somit im Alltag mit emotionaler Dissonanz konfrontiert. Dies wird u. a. gefördert durch die Pflegedienstleitung, die den Pflegefachkräften zufolge immer lächle, auch wenn dies nicht der Situation angemessen sei. So werde in dieser Einrichtung auch nicht über Probleme gesprochen, sondern über Herausforderungen, wie sich dies die Pflegedienstleitung wünsche. Bei Komplikationen könne man die Pflegedienstleitung jedoch anrufen (Pfk 3). Dennoch wird keine Möglichkeit gesehen, dem tatsächlich empfundenen Gefühl Ausdruck zu verleihen (GD 3). Die Bearbeitung oder Bewältigung der emotionalen Dissonanz wird somit den Pflegekräften selbst überlassen.

Es gibt z. T. jedoch keine konkreten Gefühlsregeln, sondern den eigenen Anspruch „immer top“ zu sein. Dabei handelt es sich mehr um den eigenen Anspruch an die eigene Arbeit als eine vorgegebene Gefühlsregel, z.B. immer zu lächeln (GD 4, Absatz 103).

Eine Notfallstrategie für Situationen oder Anforderungen, die schwer zu bewältigen sind, stellt aus Sicht einer interviewten Pflegekraft die Lenkung der Gedanken dar: Daran zu denken, dass der Arbeitstag irgendwann zu Ende ist und sich über positives Denken einzureden, dass man alles schaffen könne oder alles in Ordnung sei, helfe zum Teil auch (Pfk 1a).

In der Interaktionsarbeit mit den Pflegebedürftigen werden auch Grenzen erreicht und überschritten. Die Pflegekräfte versuchen der Rolle der Pflegekraft zu entsprechen und ihre Aufgaben durchzuführen. Klare Grenzen zu ziehen, spielt für eine Pflegefachkraft (2 ) eine besonders große Rolle.

Bei den Pflegekräften werden Grenzen des Umgehens mit Anforderungen an Emotionsarbeit erreicht, wenn beispielsweise Bewohner\*innen regelmäßig (scheinbar grundlos) anfangen zu schreien und die Aufmerksamkeit laut einfordern: *„Manchmal das nervt auch. Das nervt wirklich und irgendwann hat man bis hier so einen vollen Kopf und man kann das nicht [mehr] hören.“* (Pfk1b, Absatz 40). Dies erfordert besonders, dass sich die Pflegekräfte emotional abgrenzen können.

Durch Grenzüberschreitungen der Pflegebedürftigen oder auch durch das Fehlen der professionellen Distanz der Pflegekräfte ergeben sich Schwierigkeiten der Interaktionsarbeit. Diese Balance zwischen Nähe und Distanz ist zum Teil schwierig zu erlangen. So fühlt sich eine Pflegefachkraft für die pflegebedürftige Person verantwortlich, was sich neben der Fürsorge und dem großen Verständnis für unangemessenes Verhalten auch darin zeigt, dass sie sich um ihre Bewohner\*innen sorgt und sie zuerst versorgt wissen muss, ehe sie nach Hause gehen kann. Zum Teil wird sogar der Vergleich zu einer Familie gezogen. Sie erkenne bestimmte Personenmerkmale ihrer Familienmitglieder in den Bewohner\*innen, wodurch sie emotional mehr Nähe zu ihnen zulässt als eine professionelle Distanz vorsieht (Pfk 1a). Ein zu enges emotionales Verhältnis zu Bewohner\*innen kann, z.B. beim Tod dieser Person, problematisch sein.

Der Sterbeprozess stellt ein besonderes Merkmal bei der Interaktionsarbeit in der Pflege dar und birgt weitere Schwierigkeiten für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte. Einerseits gehört der Tod zur Arbeit in Langzeitpflegeeinrichtungen dazu, wie auch die Pflegekräfte erklären. Andererseits stellt in manchen Fällen die Auseinandersetzung mit dem Tod nahestehender Personen eine emotionale Belastung für die Pflegekräfte dar. Zudem sei es für eine Pflegefachkraft schwer mitanzusehen, wenn Angehörige an den Bewohner\*innen festhielten und sie nicht gehen lassen wollten, wenn diese im Sterben lägen (Pfk 3).

Insbesondere der Sterbeprozess der Bewohner\*innen sorgt für Anforderungen auf der Ebene der Interaktionsarbeit, speziell der Emotionsarbeit: Die Pflegekraft muss ggfls. mit ihrer eigenen Trauer umgehen, sie muss sich um die anstehende Organisation kümmern und sich darauf vorbereiten, um die Angehörigen über den Tod informieren zu können. Neben der eigenen Trauer und des Verständnisses für die Trauer der Angehörigen, gilt es zumeist aus ökonomischen Gründen das Bett möglichst schnell wieder zu belegen:

*„das Bett ist noch nicht kühl und dann wird schon der nächste reingelegt. Das ist [...] menschenunwürdig finde ich“\* (Phk2/Schüler\*in, Absatz 18).*

Die Pflegekraft empfindet demnach die schnelle Neubelegung der Betten als entwertendes Verhalten. Diese Entwertung kann einerseits dem/ r Bewohner\*in gelten, deren Bedeutung negiert wird, indem die verstorbene Person schnellstmöglich durch den / die nächste Pflegebedürftige/n ersetzt wird. Andererseits stellt es eine Entwertung der Beziehungsarbeit (Kooperationsarbeit) wie auch der fehlenden Akzeptanz für das emotionale Bedürfnis einer Trauerphase der Angehörigen dar. Darüber hinaus zeigt sich, dass der Umgang mit dem Tod für die Pflegekraft abhängig davon, wer stirbt, nicht so einfach ist. Gerade an Tagen, an denen ein Bewohner / eine Bewohnerin in der Schicht stirbt, fällt es den interviewten Pflegenden schwer abzuschalten. Durch diese zeitliche Beschränkung wird auch die Pflegekraft zur Ökonomisierung ihrer emotionalen Selbstregulation gedrängt. Die Ganzheitlichkeit des Lebensverlaufes, zu dem der Tod dazugehört, wird nicht anerkannt, indem für die eigene Trauerphase der Pflegekräfte um verstorbene Bewohner\*innen kaum Zeit gelassen wird. Dies kann als Infragestellung des Ethos und der beruflichen Grundwerte der Pflegekräfte gesehen werden.

Grenzen der Emotionsarbeit der Pflegekräfte werden auch erreicht und z. T. überschritten, wenn sie von Pflegebedürftigen sexuell belästigt werden. Pflegekräfte haben in diesen Situationen Schwierigkeiten mit der Interaktion mit Bewohner\*innen. Obwohl sie das menschliche Bedürfnis der Pflegebedürftigen meist nachvollziehen können, sind sie in ihrer Rolle als Pflegekraft nicht mehr persönlich für dessen sexuelle Befriedigung zuständig. Gefühls- und Emotionsarbeit sind an dieser Stelle dilemmatisch.

Auch gewalttätige Übergriffe durch Pflegebedürftige auf die Pflegekräfte gibt es in manchen Fällen. Zum Beispiel erklärt eine Pflegefachkraft auf Nachfrage: „Ich weiß, dass er das macht“ (Pfk1c, Absatz 22). Sie ist darauf vorbereitet und relativiert das Verhalten des Bewohners, indem sie erklärt, dass es nichts Besonderes ist. „Und eigentlich hat es jetzt auch nicht so wehgetan“ (Pfk1c, Absatz 22). Sie weiß auch, dass es einmal wehtun könnte. Doch obwohl sie weiß, dass bei dieser Person damit zu rechnen ist, dass er zum Teil aggressiv reagiert, und es nicht wehgetan hat, ist sie im ersten Moment erschrocken: „Was



ist jetzt los?“\* (Pfk1c, Absatz 24). Sie akzeptiert das Verhalten, da sie die Gründe dieses Verhaltens nicht bei der Person, sondern in deren Krankheit sieht. In einem anderen Kontext wie bspw. auf der Straße, würde sie dieses Verhalten anders bewerten. Damit handelt es sich um eine Einstellung im Rahmen ihrer Arbeit. Sie hat sich mental bereits auf bestimmte Umgangsweisen und Verhalten ihrer Gegenüber eingestellt und hat bei der Arbeit andere Erwartungen daran, wie sie behandelt wird, als im privaten Leben. Dabei ist in der Pflegearbeit z.T. auch mit Beleidigungen von Seiten der Bewohner\*innen umzugehen. Zum Teil habe die Pflegedienstleitung den Anspruch dies zu unterbinden und den Rücken der Mitarbeiter\*innen zu stärken (GD 3, Absatz 65). Pflegekräfte könnten in dieser Einrichtung auch Ärger in Grenzen ausdrücken, z.B. wenn durch Beleidigungen Grenzen erreicht würden. In einer Einrichtung wird erklärt, dass dies eine Frage des persönlichen, professionellen Umgangs mit Beleidigungen sei und es wird auf Schulungen verwiesen.

Um mit den hohen emotionalen Anforderungen und den daraus resultierenden Schwierigkeiten wie auch den Grenzüberschreitungen umgehen zu können, haben Pflegekräfte unterschiedliche Umgangsweisen entwickelt. Umgangsweisen mit Übergriffen durch Bewohner\*innen sind z. B. das stille Zählen bis 10 oder die Vorstellung, wie man sich wünsche, dass mit den eigenen Eltern umgegangen werde, wenn sie eines Tages pflegebedürftig sind. Indem sie das Verhalten nicht den Personen zuschreiben, sondern die Krankheit für unangebrachte Verhaltensweisen verantwortlich machen, schaffen sie darüber hinaus einen rationalen Erklärungsrahmen für das Verhalten. Mittels dieser Objektivierung können sie die Anforderung z. T. bewältigen.

Entsprechend dieser beruflichen Anforderungen fällt das Abschalten zum Ende der Arbeitszeit zum Teil auch schwer, wenn die professionelle Distanz durch die Balance zwischen Nähe und Distanz nicht gehalten werden kann. So brauchen manche Pflegekräfte das Gefühl, die Bewohner\*innen versorgt zu wissen, damit sie mit gutem Gewissen nach Hause gehen können.

Um den emotionalen Anforderungen in der Pflege gerecht zu werden und für sich eine zeitliche Begrenzung dieser Belastung herzustellen, versucht jede der befragten Pflegekräfte für sich ein Ritual zu finden, um mit dem Verlassen des Gebäudes von der Arbeit abzuschalten. Hier gibt es verschiedene, individuelle Vorgehensweisen, die zumeist gemeinsam haben, die Zeit für sich selbst zu nutzen. Eigene, individuelle Rituale des Abschaltens werden zum Beispiel an den Arbeitstag angehängt, wie das vermeintliche Nachholen einer Arbeitspause nach Dienstschluss.

### *Rolle des Pflegegrads*

Diese Kategorie der Inhaltsanalyse hat sich in Bezug zur quantitativen Erhebung entwickelt, die die Merkmale der Bewohner\*innen in besonderem Maße einbeziehen. Der Pflegebedarf des Pflegebedürftigen wird anhand des Grades der Beeinträchtigung hinsichtlich der Selbstständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten in dem Begutachtungsinstrument (BI) für die Personalbemessung als ein Kriterium herangezogen, um deren Bedeutung für die Dauer der Pflegearbeit herausstellen zu können. Dementsprechend wurde in der qualitativen Erhebung der Pflegegrad der Pflegebedürftigen berücksichtigt, um untersuchen zu können, ob dieser Aspekt auch für die zeitlichen Aufwände der Interaktionsarbeit relevant ist. Daher bezieht sich die deduktive Kategorie auf alle Aussagen, die Anzeichen für einen Zusammenhang von Interaktionsarbeit mit dem Zustand, der eingestuften Pflegebedürftigkeit, der Bewohner\*in (Pflegegrad) geben (Codedefinition).

Ein Ergebnis aus den teilnehmenden Beobachtungen und Interviews ist, dass der Pflegegrad einen wichtigen, aber nicht hinreichenden Faktor bildet, um die zeitlichen Aufwände für interaktive Pflegetätigkeiten einschätzen zu können. Die pflegerischen Aufwände, insbesondere für Interaktionsarbeit, müssen jedoch aus Sicht der Pflegekräfte nicht unbedingt mit dem Pflegegrad zusammenhängen. Schwierigkeiten bei der Pflege ergeben sich, Aussagen von Pflegekräften zufolge, insbesondere aus der Interaktion mit den

Bewohner\*innen und müssen nicht zwingend mit dem Pflegegrad zusammenhängen. Insgesamt zeigte sich in der teilnehmenden Beobachtung, dass eher die individuelle Persönlichkeit oder die jeweilige akute Situation sich auf die Durchführung von Interaktionsarbeit auswirkten, als der Pflegegrad der jeweiligen pflegebedürftigen Person. Dieser Eindruck konnte in den Gruppendiskussionen bestätigt werden.

Bei der Interaktion zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen spielen auch kognitive Fähigkeiten der zu Pflegenden eine größere Rolle:

*„Er ist ein schwieriger Bewohner. Er ist nicht so körperlich beim..., Pflege ist nicht schwer bei ihm. Man kann ihn allein ohne Probleme versorgen. Aber nur, [...] wenn man ihn nicht beruhigen kann.“ (Pfk1a, Absatz 53)*

Schwierig wird für sie dieser Bewohner demnach insbesondere durch seine psychischen Einschränkungen, sodass er sich nicht leicht beruhigen lässt bzw. das Beruhigen nur kurzfristig auf ihn wirkt.

Zudem treten ebenfalls bei Pflegebedürftigen mit einem geringen Pflegebedarf kurze Interaktionsmomente auf, um sich über das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand zu informieren. Auch diese vorausschauende Maßnahme gilt es zeitlich zu berücksichtigen. Jedoch werden sie durch den zeitlichen Druck bei der Arbeit in der Ausführung ihrer Interaktionsarbeit eingeschränkt, in dessen Folge sie begrenzt ihrer Vorstellung von guter Arbeit Folge leisten können. Damit geht eine fehlende Anerkennung ihrer Leistung einher, sowie eine Einschränkung ihrer Qualität der Arbeit.

*„... wie die Frau ( ), gut, die steht alleine auf. Es ist aber trotzdem wichtig, dass du mal reingehst und guckst, guckst das nichts passiert ist. Die schließt ja das Zimmer in der Nacht ab, dann geht ja niemand rein und der Frühdienst ist dann der erste. [...] muss halt überall mal reingucken. Egal, ob sie sich selbst versorgen oder nicht“\* (Phk2/Schüler\*in, Absatz 49)*

Allerdings gab es auch Aussagen von Pflegekräften, die einen Zusammenhang zwischen Pflegegraden auf der einen Seite und der Interaktionsarbeit und dem damit verbundenen Zeitaufwand auf der anderen Seite nahelegen: Bei niedrigen Pflegegraden werden im Vergleich zu Bewohner\*innen mit hohen Pflegegraden in stärkerem Maße eher emotional unterstützende Gespräche erwartet:

*„...gut je höher der Grad ist, umso weniger kann man sich auch manchmal unterhalten oder die möchten das nicht oder liegen halt nur starr im Zimmer. Dann macht man nur das Notwendigste. Schwieriger sind die Fälle, die eigentlich einen kleinen Grad haben oder praktisch null oder eins nach den neuen Graden, die verbrauchen einfach mehr Zeit, weil die mehr Fürsorge, mehr Seelsorge brauchen und das, bin ich der Meinung, sieht man nicht. Das ist ein bisschen falsch eingeteilt. Klar, die brauchen die Versorgung nicht viel, aber ... Und Bewohner kann man in 10 Minuten versorgen. Und die Seelsorge ist, denke ich mal, tausendmal mehr wert. (...) Und das ist halt so was den Leuten fehlt.“\* (Phk1, Absatz 37)*

Die Versorgung von Bewohner\*innen niedriger Pflegegrade werde demnach eher unterschätzt. Die reine Versorgung ließe sich in relativ kurzer Zeit durchführen. Zeitintensiv ist der Pflegekraft zufolge vor allem die emotionale Fürsorge, z.B. in Form von Gesprächen mit Bewohner\*innen, die einen niedrigen Pflegegrad haben. Dies verstehen die Pflegekräfte auch als Teil ihrer Arbeit, der jedoch bisher nicht als Bedarf in der Personalbemessung anerkannt wird. Durch das Zitat wird offensichtlich, wie viel Wert Pflegekräfte den psychosozialen Aspekten der Pflege zuschreiben.

Doch auch die stark eingeschränkten Bewohner\*innen, die einem höheren Pflegegrad zugeordnet sind, die sich selbst nicht mehr verbal äußern können, bräuchten eine besondere Zuwendung, die sie wahrnehmen würden, aber die sie kaum mehr aktiv einfordern können: „Sie kann vielleicht nichts sagen oder reden, aber sie merkt das schon.“ (Pfk1a, Absatz 117). Schwierigkeiten in der Interaktionsarbeit mit den Bewohner\*innen ergeben sich daher einerseits durch eine oft zu enge Zeitvorgabe, die am Pflegegrad für die Bewohner\*innen bemessen wird, aber nicht immer dem tatsächlichen Zeitbedarf der Bewohner\*innen

entspricht. Insofern verstärkt sich der Zeitdruck für die Pflegekräfte, wenn die Bewohner\*innen niedriger Pflegegrade Zeit zum Reden benötigen. Andererseits argumentieren andere Pflegekräfte, dass mit einer Person, die allein körperlich eingeschränkt ist, leichter zu interagieren sei, da sich die Person verbal oder nonverbal noch artikulieren kann. Aushandlungen und Absprachen lassen sich so leichter vornehmen. Auch bettlägerige Bewohner\*innen würden sich mal unterhalten wollen (GD 3, Absatz 15). Wenn kognitive Einschränkungen, z. B. durch dementielle Erkrankung, vorliegen, kann es sein, dass eine Person nach sehr kurzer Zeit den Gesprächsverlauf und eigene Handlungen vergessen hat (z.B. auch bei Übergriffigkeit). So wird es schwierig, auf die Person und ihre Bedürfnisse einzugehen, da keine Absprachen und Vereinbarungen vorausgesetzt werden können. Die Pflegekraft beginnt im Intervall von wenigen Minuten wieder beim Ausgangspunkt vor der Aushandlung. Hierfür braucht es entsprechend mehr Zeit für Interaktionsarbeit als bei kognitiv weniger eingeschränkten Personen. Tendenziell seien psychische Erkrankungen häufig bei Bewohner\*innen, wie Pflegekräfte in Gruppendiskussionen (GD 3) erklären. Schwierig sei es für die Pflegekraft auch, wenn die Pflegebedürftigen ihre Wünsche oder Bedürfnisse nicht mehr artikulieren können. Grundsätzlich, so wurde in einer Gruppendiskussion erklärt, stimme der nach Pflegegraden bestimmte zeitliche Aufwand. So würde prinzipiell mehr Zeit benötigt, wenn ein Bewohner / eine Bewohnerin bettlägerig sei, als für Pflegebedürftige, der/ die einzelne Einschränkungen habe. Doch gebe es viele Pflegebedürftige des Pflegegrads 2 bis 3, die z. B. sehr mobil seien und ‚aufgelesen‘ werden müssten. Personen mit niedrigeren Pflegegraden forderten auch mehr Aufmerksamkeit ein, da sie sich oft noch besser artikulieren könnten. Entsprechend kämen die Personen mit höheren Pflegegraden dann zu kurz, wenn sie sich nicht äußern würden und weniger die Aufmerksamkeit der Pflegekraft auf sich ziehen könnten (Pfk 3). Manche Pflegebedürftige, die „schreien den ganzen Tag deinen Namen“ und dann komme die Pflegekraft nicht dazu, eine andere pflegebedürftige Person im gleichen Raum zu versorgen: „Und kann ich jetzt ins Bett?“ oder ‚Bringst du mich jetzt ins Bett?‘ oder ‚Was ist denn jetzt?‘“ (GD 4, Absatz 225). In dieser Form vereinnahmten einige Pflegebedürftige die Pflegekräfte auch in zeitlicher Hinsicht und forderten sehr viel mehr Aufmerksamkeit ein als vielleicht eine pflegebedürftige Person des Pflegegrad 5 (GD 4, Absatz 225).

Insgesamt lässt sich daher sagen, dass diejenigen Bewohner\*innen, die am häufigsten oder lautesten Aufmerksamkeit einforderten, diese am ehesten zuteil werde. Die ruhigeren Bewohner\*innen, die am wenigsten Aufmerksamkeit einforderten und sich mit vielem zufriedengäben, werde weniger Aufmerksamkeit zuteil. Es ist daher bislang nicht möglich, einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Zeitintensität von Interaktionsarbeit und den Pflegegraden der Bewohner\*innen herzustellen.

#### *Rolle des Qualifikationsniveau der Pflegekraft*

Diese Kategorie der Inhaltsanalyse wurde ebenfalls in Bezug zur quantitativen Erhebung entwickelt, die die Merkmale der Pflegekraft anhand ihres Qualifikationsniveaus (QN) einbeziehen. In der quantitativen Erhebung wird das QN für die Personalbemessung als ein Kriterium herangezogen, um Aussagen über die Dauer der Pflegearbeit treffen zu können, wenn sie von einer Pflegefachkraft mit notwendigem QN ausgeführt wird. Dementsprechend wurde dieser Aspekt auch in der qualitativen Erhebung einbezogen, um herauszufinden, ob das QN der Pflegekraft für Interaktionsarbeit eine Rolle spielt. Daher bezieht diese deduktive Kategorie alle Aussagen ein, in denen Interaktionsarbeit in Verbindung mit der Qualifikation der Pflegefachkraft gesetzt wurde.

Die Ergebnisse zeigen, dass in erster Linie die Aufgabenteilung eine Rolle spielt. Die Aufgabenverteilung ist abhängig vom Qualifikationsniveau der Pflegekraft. Pflegefachkräfte haben weniger Aufgaben in direktem Kontakt mit Pflegebedürftigen als die Pflegehilfskräfte. Eine Pflegefachkraft ist insbesondere den Bewohner\*innen mit höheren Pflegegrad zugeordnet und ist zuständig für die medizinisch-therapeutischen Interventionen. Sie trägt in erster Linie die Verantwortung in der Schicht und übernimmt Überwachungsaufgaben hinsichtlich der Durchführung und Steuerung des Pflegeprozesses, der Delega-

tion von Aufgaben und steht den Kolleg\*innen beratend zur Seite. Gleichzeitig ist eine Pflegefachkraft auch eine Art Vorbild z. B. bezüglich ihrer Organisation.

Die Überwachungsfunktion beinhaltet auch, dass sie die Interaktion zwischen Pflegehilfskraft und Bewohner\*innen im Blick behält. Dadurch, dass sie die Verantwortung trägt, ist sie auch verpflichtet, vermeintlich harmlose Situationen zwischen anderen Pflegekräften und zu Pflegenden zu überblicken. So ergab sich beispielsweise während der teilnehmenden Beobachtung folgende Situation: Schreie einer Bewohnerin, die für lautes und aufgeregtes Auftreten bekannt ist, wurden von der Gemeinschaftstoilette vernommen. Eine Pflegehilfskraft sah nach ihr und fragte, was los sei. Zwar nahm die begleitete Pflegefachkraft an, dass die Schreie kein Ausdruck einer tatsächlichen Dramatik seien, dennoch musste sie beiden mit etwas Abstand folgen, um abzuschätzen, ob die Pflegehilfskraft mit der Situation zurechtkommt. Voraussetzung für diese Einschätzung ist allerdings, dass die Pflegekraft die pflegebedürftige Person bereits kennt und ihr Verhalten entsprechend einzuschätzen weiß. Es stellte sich heraus, dass die Dame aufgrund ihrer Inkontinenz laut aufgeschrien hatte. Eine Pflegehilfskraft half ihr daraufhin dabei, ihre Kleidung zu wechseln.

Die Berufserfahrung helfe Menschen schneller einzuschätzen, doch könne Unwägbarkeiten aus Sicht der Pflegekräfte nicht allein durch dieses Erfahrungswissen begegnet werden. Bisher befragte Pflegekräfte wie auch Pflegedienst- oder Einrichtungsleitungen sehen keine Relevanz des QN der Pflegekraft für Interaktionsarbeit. Stattdessen erklärten sie, dass die Erfahrung und die Persönlichkeit der Pflegekraft für die Interaktionsarbeit ausschlaggebend seien. So seien interaktive Umgangs- und Handlungsweisen der Pflegekräfte mit Pflegebedürftigen häufig geprägt durch die im Teamzusammenhang vermittelten Erfahrungen und Umgangsweisen bei der Interaktionsarbeit. Aus Sicht der interviewten Pflegekräfte könnten vor allem die Berufserfahrung, die Persönlichkeit oder die Gruppendynamik im jeweiligen Team dafür relevant sein, wie Anforderungen an Interaktionsarbeit bewältigt werden. Demnach präge die Erfahrung die professionelle Distanz, die es zu erlernen gilt, um den emotionalen Abstand zu wahren und nach der Arbeit abschalten zu können.

In den Gruppendiskussionen bestätigte sich dieses Bild:

Lebenserfahrung und Berufserfahrung sind für die Interaktionsarbeit tendenziell bedeutsamer als die Ausbildung, wie sich in einer Gruppendiskussion herausstellte. Das Team spiele in diese Erfahrung jedoch auch mit hinein, indem einzelne Umgangsweisen von Kolleg\*innen abgeschaut würden (GD 1, Absatz 87):

*„wenn man jetzt nur die Theorie kennt, aber nicht in Berührung damit kommt, hat man ganz andere Bewältigungsstrategien, die man selber hat. Hier lernt man im Team, einige nach kurzer Zeit, einige nach längerer Zeit, wie man damit umgeht. Und jeder sieht im Team, wie einer oder [der] andere damit umgeht und sucht für sich das Bestmögliche, was [...] man so akzeptieren kann. Ich nehme nie von einer Person, sondern ich gucke mir unterschiedliche Sichtweisen und erarbeite für mich eine. In welcher Zeit das passiert, kann [...] in halben Jahr als FSJler schon passieren, und einige Fachkräfte kann es nach 5 Jahre Berufserfahrung immer noch nicht gelingen. Es hängt von [der] Person und Lebenserfahrung [ab]“ (GD 1, Absatz 87)*

So betont eine Pflegehilfskraft ohne Ausbildung, dass insbesondere der persönliche Aspekt in der Pflege für sie sehr wichtig sei und, dass sie aus Erfahrungen im Team lerne (GD 1, Absatz 88). Es habe auch mit dem individuellen Charakter der pflegenden und der zu pflegenden Person zu tun (GD 1, Absatz 90).

Persönliche Unterschiede seien z. T. abhängig von der Berufserfahrung wie auch vom Verständnis für bestimmte Situationen (GD 1, Absatz 92). Berufserfahrung, beispielsweise bzgl. der Reaktion im Notfall, sei immer entscheidend, mit oder ohne Ausbildung (GD 2, Absatz 10). Zudem sei es wichtig, die Wahrnehmung der eigenen Gefühle zu erlernen (GD 1, Absatz 100). Die Voraussetzung dafür, mit den eigenen Gefühlen umgehen zu können, ist, dass man reflektiert genug ist, die eigenen Gefühle wahrzunehmen.

men und darauf eingehen zu können (GD 1, Absatz 103). Jedoch werden Aufgaben abhängig von der Ausbildung bzw. abhängig vom Qualifikationsniveau vergeben (GD 1, Absatz 114). Was zum Teil auch bei Auszubildenden noch nicht gelernt ist, werde bei Kolleg\*innen abgeschaut, so z.B. wie in Notfallsituationen ruhig geblieben werden könne (GD 1, Absatz 120) und dort wo die Ausbildung fehle, werde es selbst angeeignet. So ließe sich die Authentizität im Umgang mit Bewohner\*innen nicht erlernen, sondern es müsse ein individueller Umgang gefunden oder erarbeitet werden (GD 1, Absatz 123). Der Umgang mit dem Tod sei erlernt worden (GD 2, Absatz 57). Der Lernprozess dauere über Jahre und es sei wichtig, Grenzen setzen zu können (GD 2, Absatz 65).

Hinsichtlich der Zeit für Interaktionsarbeit sei es unerheblich, welches QN die Pflegekraft habe, mit der Ausnahme der Schüler\*innen. Sie bräuchten mehr Zeit (GD 3, Absatz 122). Es sei „nicht immer eine Frage der Qualifikation“ (GD 3, Absatz 123).

Abschließend ist zusammenfassend zu sagen, dass das QN für Interaktionsarbeit „mit eine Rolle [spielt], aber nicht vordergründig, es gibt auch ausgebildete Leute, deren Interaktion nicht so prickelnd findet, andere kommen ‚völlig unbeleckt‘ und interagieren vollkommen wertfrei, und die Leichtigkeit des Seins rauslassend“ (GD 3, Absatz 131). In einer Gruppendiskussion wurde sogar gesagt, dass die Erfahrung das Qualifikationsniveau hinsichtlich der Interaktionsarbeit ausgleichen könne (GD 4, Absatz 230). Die (Berufs-)Erfahrung sei wichtig für die Arbeit, doch Fachkräfte lernten auch von Hilfskräften dazu (GD 4, Absatz 232).

## 6 Unzureichende Zeit für Interaktionsarbeit

Ein Kernergebnis dieser qualitativen Studie besteht darin, dass aus Sicht der Pflegekräfte für Interaktionsarbeit zu wenig Zeit vorhanden ist, und zwar mit Blick auf die Interaktion mit Bewohnern und Bewohnerinnen, für die eigene emotionale Selbstregulation der Pflegekräfte sowie für die Reflexion emotionaler Arbeitsanforderungen im Pflegealltag der stationären Einrichtungen. Im Folgenden wird dieses Kernergebnis im Hinblick auf unterschiedliche Facetten der Zeitproblematik näher ausgeführt.

Dieses Kapitel widmet sich den Äußerungen der Pflegekräfte in Beobachtungsinterviews und Gruppendiskussionen zum Thema Zeit. Sofern auch die Pflegedienstleitung-Interviews Hinweise gaben wurden diese entsprechend einbezogen. Somit werden alle Ergebnisse der qualitativen Erhebung zur Zeitproblematik bei Interaktionsarbeit in diesem Kapitel verdichtet dargestellt.

Zunächst werden betriebliche Rahmenbedingungen in ihrer Bedeutung für die Entstehung von Zeitdruck bei Pflegekräften beleuchtet. Hierbei lässt sich anhand der qualitativen Auswertungen verdeutlichen, dass das Erleben von Zeitdruck im Widerspruch zu den Sinnansprüchen von Pflegekräften an ihre Arbeit steht, die durch ihr Ethos fürsorglicher Praxis geprägt werden. In Anbetracht des hohen Zeitdrucks, mit dem sich die Pflegekräfte in ihrer Arbeit konfrontiert sehen, stellt sich die Frage, welche Zeitpraktiken sie im Umgang damit entwickeln. Hierbei handelt es sich um: Inoffizielle Arbeitszeiten im Sinne der Informalisierung der Arbeitszeit; die Pausenkürzung bzw. der Verzicht auf Arbeitspausen oder die Fragmentierung von Pausen. Der Umgang mit Zeitdruck bei der Arbeit wird am Beispiel der Zeitpraktiken der Pausengestaltung vertiefend behandelt.

Danach werden die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie zu den aus Sicht der Pflegekräfte genannten Zeitbedarfen für Interaktionsarbeit präsentiert. Hier wird der Zeitbedarf stärker nach Dimensionen der Interaktionsarbeit differenziert. Im Anschluss daran werden die Kernergebnisse zu den Fragen der einrichtungsbezogenen Gruppendiskussionen vorgestellt, für welche Dimensionen der Interaktionsarbeit sich Pflegekräfte im Vergleich zu ihrer derzeitigen Arbeitssituation mehr Zeit wünschten bzw. inwiefern sich hieraus erfahrungsbasierte Zeitbedarfe ableiten ließen.

Abschließend werden die qualitativen Kernergebnisse zu den Befunden der quantitativen Teilstudie in Relation gesetzt. Dabei wird deutlich, dass zum einen eine tendenzielle Konvergenz zwischen Kernergebnissen beider Teilstudien besteht. Zum anderen wird deutlich, dass in der quantitativen Studie zwar teilweise Aspekte der Interaktionsarbeit erfasst und erhoben werden konnten, allerdings hierbei auch Limitationen zutage getreten sind. Dies bedeutet, dass in dieser Teilstudie Zeiten bzw. Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit nur begrenzt erfasst und ermittelt werden konnten. Diese Begrenzungen werden näher erörtert. Dieser zusätzliche Zeitbedarf für Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege lässt sich nach unserer Prüfung der Daten und Ergebnisse der qualitativen Teilstudie allerdings nicht quantifizieren, so dass hierfür normative Setzungen vorzunehmen sind. Hierzu werden wir im nachfolgenden Kapitel einen Vorschlag unterbreiten.

## 6.1 Zeitdruck im Rahmen der alltäglichen Pflege

Termin- und Leistungsdruck wird im Stressreport 2012 (BAuA & Lohmann-Haislah 2012) als ein zentraler Faktor für psychische Belastung aufgeführt. Zeit- oder Termindruck entsteht, wenn die Arbeitszeit begrenzt wird, weil etwas in nächster Zeit geschafft werden muss. Dabei stehen Zeit, Arbeitsmenge und Qualität in einer Triade zueinander, ein Missverhältnis kann bereits durch einen der drei Faktoren entstehen, sodass sich die Arbeitsintensität erhöht (Junghanns 2012: 107f.).

Grundlegend ist hervorzuheben, dass Stress die Gesundheit der Arbeitskräfte und die Arbeitsleistung schädigen kann (WHO 2019). Darüber hinaus listet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) neben weiteren auch Aspekte, wie großen Arbeitsumfang, hohe Arbeitsgeschwindigkeit und Zeitdruck als zentrale arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken auf.

Die qualitativen Forschungsergebnisse in den vier ausgewählten Einrichtungen der stationären Langzeitpflege verdeutlichen, dass Zeitdruck aus Sicht der Pflegekräfte allgegenwärtig ist. In drei von vier Einrichtungen verweisen die Pflegekräfte darauf, dass eine zentrale Ursache für das Erleben von Zeitdruck bei der Arbeit die zu knapp bemessene Personalausstattung ist. Die Zeitproblematik wird noch verstärkt durch krankheitsbedingte Personalausfälle sowie die Herausforderung, (qualifizierte) Pflegekräfte auf dem (regionalen) Arbeitsmarkt rekrutieren zu können.

Die Personalbesetzung der Einrichtungen ist wesentlich dafür, ob Pflegekräfte das Gefühl haben, dass die Zeit knapp ist oder nicht: „also in der Vergangenheit waren wir oft nur zu dritt, da kannst du [dir] halt nicht [...] die Zeit nehmen.“ (Phk 2/Schüler\*in, Absatz 33). Das Arbeiten unter Zeitdruck erleben die Pflegekräfte als nicht zufriedenstellend, da es in Widerspruch zu ihrem ganzheitlichen Pflegeverständnis gerate: Einige Pflegekräfte beanstanden, dass es in der Pflege für sie um mehr gehe als nur "satt und sauber", "schnell, schnell, husch, husch" (GD 4, Absatz 9). Die Beschreibung "husch husch" klingt nach einer oberflächlichen, wenig gewissenhaften bzw. sorgsamem Arbeitshandlung, die unter Zeitdruck ausgeführt wird. Es kann daraus geschlossen werden, dass die Arbeitsqualität aus Sicht der Pflegekräfte leidet. Diese Interpretation wird durch eine weitere Beschreibung bestätigt: Es bleibe nicht genug Zeit, um Bewohner\*innen Essen anzureichen. Hier zeigen sich Parallelen zu den quantitativen Ergebnissen der Studie: In den Soll-Zeit-Zuschlägen der Datenerhebenden wurde deutlich, dass für das Anreichen von Essen mehr Zeit benötigt wird (vgl. Kapitel 5.5 Zum Verhältnis von qualitativen und quantitativen Daten).

Eine Pflegefachkraft beschreibt, dass sie sich auf der Flucht oder Jagd fühle, sobald sie bei der Arbeit ankomme, was sie u. a. den Arbeitsbedingungen im Haus zuschreibe (Pfk 3). Auf konkrete Nachfrage erklärt sie, dass ein ruhiges Ankommen nicht möglich sei, sondern sie direkt loslaufen müsse. Für sie sei es jedoch wichtig, Ruhe für die Arbeit zu haben und alle Aufgaben schaffen zu können. Stress führe dazu, dass Fehler gemacht würden.

Die interviewten Pflegekräfte gestalten ihre Arbeit gerne entsprechend der Alltagsstrukturen der Bewohner\*innen, sofern darauf Rücksicht genommen werden kann. Feste Strukturen und Vorgaben werden

auch als hilfreich wahrgenommen (Phk 4, Abs. 80), um unter Zeitdruck nichts zu vergessen, wenn Unwägbarkeiten auftreten:

*„Es gibt bestimmte Abläufe (...) die musst du früh waschen und dann musst du die zum Aufräumen und dann musst du das, das..., das ist alles..., da kann ich nicht irgendwo sagen: ‚Ich tue mal eben die Zimmer um 10 aufräumen oder um 11 aufräumen.‘, das geht nicht. Das musst du schon gleich machen, weil, wenn du aus dem Zimmer raus bist, dann bist du raus. Dann kommt das nächste Zimmer und dann will jemand was von dir und dann hast du das vergessen.“ (Phk 4, Abs. 80)*

Pflegekräfte erleben das Arbeiten unter Zeitdruck als Hektik, die zu Lasten der Interaktionsarbeit geht: Pflegekräfte sprechen vom „vorbeiflitzen“, und problematisieren, dass sie sich nicht die Zeit nehmen (können) / keine Zeit zum Anhalten habe, um auf eine Person einzugehen (Phk5, Absatz 20). Der enge zeitliche Rahmen, z.B. durch zu geringe Besetzung von Schichten, lasse nicht genug Freiraum für zehnerminütige Gespräche mit Bewohner\*innen (GD 4, Absatz 49).

Die Beeinträchtigung der Interaktionsarbeit durch Zeitdruck wird auch in der folgenden Aussage einer Pflegehilfskraft deutlich:

*„Tut mir leid. Keine Zeit.“ also diese Sätze hört sie [die Bewohnerin] öfters, was uns aber auch selber leid tut ne, es müsste mehr irgendwo die Zeit gegeben sein, wo man sagen kann: ‚Gut...‘, aber wir nehmen uns die einfach. Klappt zwar nicht immer, aber wir nehmen die uns. [...] Die Zeit fehlt. Erstens man hat ja auch nicht so das Personal so viel (Phk 5, Absatz 26).*

Daraus lässt sich schließen, dass der Zeitdruck häufig dazu führt, dass nicht die Qualität geleistet wird, die sich die Pflegekräfte für ihre eigene Arbeit wünschen.

Eine Pflegehilfskraft erklärt, dass 7- bis 8- Stunden-Schichten sehr anstrengend seien, und sie sich daher kürzere Schichten (6 Stunden) wünsche. Sofern es fünf bis sechs Notfälle auf der Station gebe, „rennst du dich tot. Du rennst dich wirklich tot.“ (Phk1, Absatz 23). „Du weißt am Ende nicht mehr, wo du bist, was sollst [du] eintragen“ (Phk1, Absatz 23). Zeitdruck entsteht hiernach, wenn bei Personalknappheit eine größere Anzahl von Notfällen zu bearbeiten ist.

Das Arbeiten unter Zeitdruck prägt mitunter die Arbeitsweise und den Habitus der Pflegekräfte: Eine Pflegefachkraft erklärt, sie würde von den Bewohner\*innen bereits als Tornado bezeichnet, weil sie immer alles schnell mache: „Schlucken Sie das schnell!“ und so, wie [ein] Tornado.“ (Phk 1c, Absatz 64). Diese internalisierte Arbeitsweise äußert sich darin, dass die Pflegekraft sich stets beeilt und dies z.T. auch von den Bewohner\*innen in ihrer Kooperation einfordert, die sie als „Tornado“ wahrnehmen.

Die geringe Besetzung geht aus Sicht von Pflegekräften allerdings nicht immer mit einer schlechteren Arbeits- und Pflegequalität einher, da es die Zusammensetzung der Teams zu berücksichtigen gelte:

*„[...] es kommt dann drauf an, wer da ist. Wenn wir jetzt die Schüler haben und alles, die sind zwar einigermaßen bisschen eingearbeitet, haben aber noch nicht dieses Tempo, was wir schon am Tag bringen, was man ja gewöhnt ist und dadurch fehlt uns ja die Zeit.“ (Phk 5, Absatz 26).*

Es komme darauf an, wer eingesetzt werde, inwiefern sich Pflegekräfte auf die Qualität und Schnelligkeit der Arbeit ihrer Kolleg\*innen verlassen können. So wurde in einer Gruppendiskussion darauf hingewiesen, dass mitunter auch bei geringerer Besetzung die Arbeit besser klappen könne, weil sich die Beteiligten gut organisiert hätten. In eingespielten Teams funktionieren die Zusammenarbeit und die zusätzliche Selbstorganisation gut. Allerdings müssen neue Mitarbeiter\*innen zunächst auch in Zusammenarbeit eingearbeitet werden, was Zeit kostet, d.h. den Zeitdruck letztlich verstärke.

Die unzureichende Personalbesetzung in den Schichten ist aus Sicht der Pflegekräfte nicht nur eine Quelle des Zeitdrucks, sondern sie erschwert ihnen auch, die Erwerbstätigkeit mit ihrem Privatleben zu

vereinbaren: In einigen Einrichtungen werden die vorläufigen Dienstpläne einige Wochen bis einen Monat im Voraus bekannt gegeben und z.T. gebe es eine feste Anzahl von drei Wunschtagen pro Arbeitskraft, die in die Planung einbezogen werden (bspw. Einrichtung Nr. 07). So versucht die Pflegedienstleitung den Pflegekräften eine Planbarkeit der Arbeits- und Freizeit zu ermöglichen. Doch Pflege und die Einteilung der Pflegekräfte ist ein hochdynamischer Bereich, auf den auch spontan von Seiten der Einrichtung reagiert werden muss (Stichwort Krankheitstage). Zum Ärger der Pflegekräfte wurden innerhalb eines Beobachtungszeitraums von 4 Tagen z. T. zweimal die Schichten der kommenden Woche geändert (Einrichtung Nr. 42). Dies schränkt die Pflegekräfte entsprechend stark in ihrer privaten Planbarkeit ein. Eine besonders starke Einschränkung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie der Erholungszeiten von Pflegekräften liegt vor, wenn in Einrichtungen Beschäftigte häufiger aus ihrem „Frei“ geholt werden oder spontan am nächsten Tag für ausfallende Kolleg\*innen einspringen müssen (insb. Einrichtung 07; 32; 42). Sofern die Schicht für den nächsten Tag nicht am selben Tag geklärt ist, weil sich eine Pflegekraft krankmeldet, kann dies die Konzentration der Pflegekräfte bei ihrer Arbeit beeinträchtigen (Pfk1b). Es gibt hierzu allerdings auch positive Beispiele: In einer Einrichtung (Nr. 53) wurde Rücksicht auf Kinderbetreuungszeiten bei Alleinerziehenden genommen, sodass in der Frühschicht ein 30 Minuten späterer als regulärer Schichtbeginn verabredet wurde (Pfk 5, Absatz 8), um die Betreuung des Kindes gewährleisten zu können und die Pflegekraft im Beruf halten zu können.

Neben einer unzureichenden Personalbesetzung ist auch die unterschiedliche Anzahl von zu versorgenden Bewohner\*innen pro Schicht eine Quelle für den Aufbau von Zeitdruck bei der Arbeit: So komme es vor, dass eine Pflegefachkraft einer Einrichtung an einem Tag 5, an einem anderen Tag 14 Bewohner\*innen versorgen müsse. Dies ist meist nicht einen Tag vorher zu überblicken, sondern frühestens zu Antritt der Schicht. Detailliertere Daten zur Besetzung sind im quantitativen Studienteil erhoben worden (vgl. Kapitel 4.1.2 Rahmenbedingungen).

## 6.2 Zeitdruck – Belastungsprobe für das Ethos fürsorglicher Praxis

Die Sinnansprüche an die Erwerbsarbeit richten sich auf sozial legitimierte, d.h. normativ gerechtfertigte Anliegen und Vorstellungen von Beschäftigten in Bezug auf Erwerbsarbeit und deren gesellschaftliche Gestaltung (Voswinkel & Hürtgen 2014). Sie reichen über individuelle Ansprüche hinaus, da sie auf Anliegen bzw. normative Legitimationsmuster verweisen, die in der Gesellschaft verankert sind und somit stets auch für andere gelten (sollen). Im Bereich der professionellen Pflege äußern sich Sinnansprüche von Beschäftigten an die Arbeit vor allem im Ethos fürsorglicher Praxis, das Pflegekräfte sich oft bereits in der beruflichen Ausbildung aneignen. Das Ethos fürsorglicher Praxis folgt einer spezifischen Handlungsrationalität, die an der direkten Beziehungsaufnahme und -gestaltung zu pflegebedürftigen Menschen, ihren Zeitrhythmen und ihren situativ veränderlichen Befindlichkeiten ausgerichtet ist (vgl. Senghaas-Knobloch 2014, 25; Kumbruck 2007, 41 ff.). Diesen ethischen Vorstellungen im täglichen Arbeitsprozess entsprechen zu können, ist für Pflegekräfte unmittelbar sinnerfüllend und steigert ihre Motivation und Arbeitszufriedenheit. Sie wirken also als Ressource für eine gute Arbeitsqualität der Pflegenden.

Die Ergebnisse unserer qualitativen Studie verdeutlichen, dass das Arbeiten unter Zeitdruck den Pflegekräften erschwert, das Ethos fürsorglicher Praxis in ihrem Arbeitsalltag zu realisieren. Pflegekräfte gehen auf unterschiedliche Weise mit dieser Erschwernis um: Ein Gutteil der interviewten Pflegekräfte nimmt angesichts des Zeitdrucks bei der Arbeit eine Priorisierung von Arbeitstätigkeiten bzw. Interventionen zugunsten der Interaktionsarbeit mit den Bewohner\*innen vor. So kann beispielsweise die Vorbereitung auf die Grundpflege bei manchen Pflegebedürftigen zeitaufwändig sein. Eine Bewohnerin einer Einrichtung (Nr. 07) ließ sich nur in Ruhe pflegen, wenn sie zuvor spazieren ging. Für diese Maßnahme musste allerdings zuvor eine Betreuungskraft dafür die Zeit gehabt haben. Der Anspruch der Pflegekräfte war es, der Bewohnerin dies zu ermöglichen und sie nicht mit Medikamenten ruhigstellen zu müssen.



Eine Pflegefachkraft hatte kaum Zeit dafür, eine Person im Sterbeprozess zu begleiten, aber sie hat sich dennoch dafür entschieden, sich einfach hinreichend Zeit für die Sterbebegleitung zu nehmen:

*„Ich habe gesagt: ‚Wissen Sie was, ich brauche diese Zeit.‘ Ich habe diese Zeit, für diese 30 Minuten, war ich, ich war bei dieser Frau. Ich habe diese 30 Minuten für sie investiert. [...] Mir war scheinbar, was da [...] passiert.“ (Pfk 4, Absatz 112).*

Das Bestreben dieser Pflegekräfte, das Ethos fürsorglicher Praxis soweit wie möglich unter Zeitdruck aufrechtzuerhalten, hat allerdings auch seinen Preis, da es problematische Bewältigungsmuster des Arbeitshandelns begünstigt, wie sich am folgenden Beispiel illustrieren lässt:

Eine Pflegefachkraft rennt z. B., wenn Bewohner\*innen sie nicht sehen können:

*„Ich versuche wirklich, wenn es möglich ist, ohne Stress zu bleiben. Ich weiß, wenn ich später renne, da irgendwo, wo mich Bewohner nicht sehen... Aber ich mag, ich kann nicht! Ich kriege irgendwelche Blockaden und dann verliere ich mich.“ (Pfk1a, Absatz 460).*

Die stressbedingte Selbstblockade beeinträchtigt hier offenbar ein professionelles Handeln. Darüber hinaus berichtet diese Pflegekraft über ein weiteres problematisches Bewältigungsmuster, um im verdichteten Arbeitsprozess hinreichend Zeit für Interaktionsarbeit zu reklamieren: Sie komme früher zur Arbeit und bleibe zum Teil länger. Diese Praxis der Informalisierung von Arbeitszeit beeinträchtigt arbeitswissenschaftlichen Studien (Gerlmaier 2006) zufolge die Erholungsfähigkeit von Beschäftigten. Erholungsunfähigkeit ist ein relevanter Faktor, der die Entstehung von Burnout bei Beschäftigten begünstigt. Die Aufrechterhaltung des Ethos fürsorglicher Praxis unter Zeitdruck geht mit Tendenzen der Selbstschädigung der Pflegekräfte einher, bei der die eigenen Belastungsgrenzen z.T. überschritten werden. Der ethische Anspruch der Pflegekräfte an ihre Arbeit, sie auch unter Zeitdruck gut und vernünftig zu machen, erzeugt Stress bei der Arbeit (vgl. Dunkel & Kratzer 2016).

Das Setzen von Prioritäten bei Zeitdruck zugunsten der Interaktionsarbeit hat zur Konsequenz, dass manche Pflegeleistungen ausgelassen werden. Für die Pflegekräfte ist dies schwierig auszuhalten: „man verliert sich“ (Pfk 1a, Absatz 131). Dies impliziert, dass aufgrund des Zeitmangels der Überblick verloren geht und die Arbeitsqualität leidet. Das Auslassen von Pflegeleistungen kann auch die Pflegequalität beeinträchtigen (siehe Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2019).

Ein Teil der interviewten Pflegekräfte nimmt bei Arbeit unter Zeitdruck zumindest größere Abstriche am Ethos fürsorglicher Praxis in Kauf. Eine Pflegefachkraft würde sich mehr Zeit für Beschäftigung und Kommunikation mit den Pflegebedürftigen wünschen, sieht aber keine Gelegenheitsstruktur für eine längere Kommunikation mit Bewohner\*innen (Pfk 4, Absatz 50). Die Pflegekraft nimmt sich angesichts des Zeitdrucks keine Zeit für längere Kommunikation und für das Eingehen auf die Bedürfnisse und psychischen Befindlichkeiten der Bewohner\*innen.

Eine Pflegehilfskraft erklärt: „Ich wünsch mir einfach, ähm (...) natürlich viel mehr Zeit für die Pflege, also für die Grundpflege.“ (Phk 2 /Schülerin, Absatz 67). Viel Zeit benötige sie derzeit für die Küchenarbeit oder das Desinfizieren von Betten, welche Aufgaben sie als Schülerin übernimmt. Stattdessen hätte sie lieber mehr Zeit für den direkten Bezug zur Person. Gleichzeitig wird von einer anderen Pflegekraft erklärt, die Zeiteinteilung sei Erfahrung. Die Pflegekräfte wissen aus Erfahrung, wann was ablaufe. Wenn der Ablauf nicht wie geplant gelingt, werde es zeitlich eng (Phk 4, Absatz 20). Dabei werde die Zeitstruktur auch von den Kolleg\*innen vorgegeben, und die neueren, jüngeren Mitarbeiter\*innen werden entsprechend „eingenordet“ (Phk 2, Absatz 220 - 221). Dieses Beispiel verdeutlicht, dass offenbar auch durch das Team Druck auf einzelne Pflegekräfte ausgeübt wird, bestimmte Zeitstrukturen und Arbeitsabläufe einzuhalten. Dieser Teamdruck kann zu Lasten der Zeiten für Interaktionsarbeit gehen, wie einige Pflegekräfte beschreiben.

Eine andere Pflegekraft sieht sich aufgrund des Zeitdrucks bei der Arbeit dazu veranlasst, bestimmte Pflegeleistungen vollumfänglich zu übernehmen, ohne pflegebedürftige Personen zur Mitwirkung zu aktivieren. Beispielsweise werden Pflegebedürftige hier nicht gefördert, sich entsprechend ihrer Ressourcen selbst zu waschen, stattdessen übernimmt die Pflegekraft das Waschen vollständig und versucht dies zugleich möglichst schnell zu tun, um Zeit zu sparen (PfK 1c, Absatz 45). Diese Art zu arbeiten verstößt jedoch gegen das Ethos fürsorglicher Praxis, da die Befähigung der Pflegebedürftigen zur Teilhabe missachtet wird (Kumbruck 2007, 47 f.). Gleichzeitig widerspricht dies der pflegfachlichen Professionalität.

### 6.3 Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck

Dieses Teilkapitel knüpft an das vorherige an, da hier in übergreifender Perspektive herausgearbeitet wird, wie Pflegekräfte mit dem erlebten Zeitdruck bei der Arbeit umgehen. Im Fokus stehen also die Zeitpraktiken der Pflegekräfte. Praktiken werden hier verstanden als „gewohnheitsmäßige, regelgeleitete, sozial bedeutsame Komplexe ineinandergreifender Handlungen, die ermöglichenden Charakter haben und mit denen Zwecke verfolgt werden“ (Jaeggi 2014, 102 f.). Zeitpraktiken beziehen sich im Folgenden primär auf soziale Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck bei der Arbeit, einschließlich des Umgangs mit Arbeitspausen. Grundsätzlich lässt sich sagen, „dass jegliche Arbeit zur Ermüdung führt, die ihrerseits nur durch Erholung ausgeglichen werden kann“ (Ulich 2011 zit. n. Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 13). Die Systematisierung von Pausen kann unterschiedlich vorgenommen werden, wie nach der Bedeutung der Pause. Erholung während der Arbeitszeit dient dazu, negative Beanspruchungsfolgen, wie Leistungsabnahmen aufgrund von Ermüdung oder emotionaler Anspannung, auszugleichen und verbrauchte Ressourcen von Beschäftigten zu regenerieren (Ulich & Wülser 2004: 99). Sogenannte Erholzeiten gelten als „Teil der Arbeitszeit“ (Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 17) und werden „im direkten Anschluss an Beanspruchungen“ (Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 17) genommen. Mit Blick auf erholungsrelevante Pausen – arbeitsbedingte Wartezeiten weisen in der Regel keinen Erholungswert auf – können selbstgewählte spontane Kurzpausen von Beschäftigten und vorgeschriebene, d.h. primär gesetzlich geregelte Arbeitspausen, unterschieden werden (ebd.: 100). Häufig in der Beobachtung vorkommende Erholungspausen wurden zum Rauchen genutzt. Für Beschäftigte besteht allerdings kein gesetzlicher Anspruch auf zusätzliche Zigarettenpausen. Hier ließe sich von einer Kurzpause sprechen, die maximal 15 Minuten umfasst (Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 17).

Ruhe- oder Arbeitspausen hingegen, die primär der Erholung von Beschäftigten dienen sollen, sind gesetzlich im Paragraph 4 des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) geregelt. Demnach haben Beschäftigte das Recht auf regelmäßige Arbeitspausen. Grundsätzlich können Arbeitgebende von ihrem Dispositionsrecht Gebrauch machen, d.h. sie haben das Recht, Beschäftigte anzuweisen, wann diese die ihnen rechtlich zustehenden Pausen nehmen können. Hierbei sind jedoch Dienst- und Betriebsvereinbarungen bzw. weitere rechtliche Regelungen zu beachten. Je nach Länge der Arbeitszeit ist eine unterschiedliche Mindestdauer der Arbeitspausen obligatorisch. Für eine tägliche Arbeitszeit zwischen sechs und neun Stunden sind mindestens 30 Minuten Pause vorgesehen. Beschäftigte können sich diese Arbeitspause aufteilen, allerdings darf dann die Pausenzeit nicht kürzer als 15 Minuten sein. Da Pflegearbeit im Schichtbetrieb erfolgt, besteht allerdings die Option, tarifvertraglich oder im Rahmen von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen eine davon abweichende Regelung vorzunehmen (ArbZG, § 7, (1) 2).

Arbeitspausen dürfen nicht an den Anfang oder das Ende der täglichen Arbeitszeit gelegt werden, da dann nicht mehr sichergestellt werden kann, dass Beschäftigte sich während der Arbeitszeit in Pausen erholen und zur Ruhe kommen können. Ebenso ist rechtlich untersagt, auf Pausen zu verzichten, z.B. zur Verkürzung der Arbeitszeit.

Unsere qualitativen Ergebnisse verweisen auf unterschiedliche Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck, die im Folgenden beschrieben werden:

- Die Priorisierung bestimmter Arbeitstätigkeiten

- Die Informalisierung bzw. Ausdehnung von Arbeitszeit
- Die Suspendierung von Arbeitspausen
- Die Kürzung von Arbeitspausen
- Die flexible Einteilung von Arbeitspausen
- Ansätze zur Pausengestaltung auf Einrichtungs- oder Wohnbereichsebene.

#### *Die Priorisierung bestimmter Arbeitstätigkeiten*

Die Zeitstrukturierung und das Strukturieren wie auch das Delegieren von Aufgaben sind elementare Bestandteile der Arbeit einer Pflegefachkraft. Problematisch ist zu sehen, dass die Arbeitszeit, spätestens sobald etwas Unvorhersehbares eintritt, nicht mehr ausreicht, um allen Tätigkeiten nachzukommen, so dass priorisiert werden muss. Zudem helfen die Pflegefachkräfte bei Bedarf in allen vier Einrichtungen auch auf anderen Wohnbereichen aus, wenn die Besetzung dort noch schlechter ist als im eigenen Bereich.

Grundsätzlich hängt die Zeitstruktur von den Rahmenbedingungen wie der medizinisch-therapeutischen Pflege (z.B. Gabe von Medikamenten), der Einrichtung (z.B. räumliche Lage, Wegezeiten) und auch der Arbeitsorganisation (z.B. der Personalausstattung für die Bewohneranzahl, Tagesstruktur des Arbeitsablaufs) ab. Gleichzeitig passen die Pflegekräfte ihren Zeitplan soweit möglich den Bedürfnissen der Bewohner\*innen an. So wecken sie zum Beispiel bestimmte Personen früher als andere. Die Ablaufpläne verschieben sich somit, z. B. wenn auf die Sorgen eines Bewohners / einer Bewohnerin 30 Minuten eingegangen wird, um so den Bedarf an Schmerztabletten zu reduzieren (Phk1, Absatz 33). Diese Art von Seelsorge, wie die Pflegekraft es nennt, koste mindestens 15 bis 20 Minuten pro Bewohner\*in. Die Pflegekräfte nehmen sich z.T. diese Zeiten für Interaktionsarbeit mit bzw. für Bewohner\*innen, da sie diese für elementar bedeutsam halten. Dementsprechend fallen aber andere Tätigkeiten „hinten herunter“ (Pfk6, Absatz 32), d.h. sie werden ausgesetzt oder zeitlich verschoben.

Zeitressourcen für Interaktionsarbeit, z. B. um sich mal für ein Gespräch neben eine/ n Bewohner\*in zu setzen, können geschaffen werden, z. B. indem die Mundpflege, die abgelehnt wurde, einmal ausgesetzt werde. Dies funktioniere jedoch nur, wenn sichergestellt sei, dass die Zahnpflege zum nächsten Zeitpunkt auf jeden Fall übernommen werde, z.B. durch dieselbe Pflegekraft in der nächsten Schicht.

#### *Die Informalisierung bzw. Ausdehnung von Arbeitszeit*

Die offiziellen Arbeitszeiten dehnen Pflegekräfte öfters mit inoffiziellen Arbeitszeiten aus, indem sie ca. 30 bis 60 Minuten vor offiziellem Schichtbeginn zur Arbeit kommen und / oder länger bleiben. Vor Schichtbeginn, gerade in der Frühschicht, setzten sich in zwei Einrichtungen (Nr. 07 und 53) die Pflegekräfte gerne schon einmal zusammen, tranken Kaffee und ließen sich von der Nachtschicht die ersten Informationen über den Verlauf der letzten Schicht geben:

*„Vor dem Dienst fängt es an, ich komme um 5:30 Uhr, wenn ich um 6:00 Uhr anfangen und dann wird Kaffee getrunken und dann gibt's ne Übergabe, ich war jetzt zum Beispiel 3 Tage nicht da, dann habe ich früh meine Übergabe bekommen, ob sich etwas geändert hat, und dann weiß ich Bescheid“ (GD 3, Absatz 159).*

Eine Pflegefachkraft nahm sich die Zeit insbesondere für das Stellen von Medikamenten, um diese verantwortungsvolle Aufgabe möglichst in Ruhe erledigen zu können. Zudem sei dies eine Tätigkeit, die in der Nachtschicht nicht immer möglich sei (Pfk 6; und Phk 5, Absatz 82). Grundsätzlich geht es den Pflegekräften jedoch darum, den Zeitdruck in ihrer Arbeit etwas zu reduzieren. Sie wollen nicht direkt zu An-

fang der Schicht unter Zeitdruck arbeiten, sondern versuchen ihre Arbeit so zu gestalten, dass sie den Beruf, aus ihrer Sicht, so lange wie möglich ausführen können. Gleichzeitig wurde mehrfach betont, dass die langfristige Ausübung des Berufes unter gegebenen Bedingungen nicht denkbar sei. Darüber hinaus wurde auch die Begründung von einer Pflegefachkraft genannt, sie komme gerne auch eine Stunde eher, um mehr Zeit für die Bewohner\*innen zu haben (Pfk 6, Absatz 29-30):

*„[...] um die Arbeit zu schaffen. Um allen gerecht zu werden. Für mich ist, also ich komm eher, weil ich gerne die Zeit für den Bewohner haben möchte, die ich sonst nicht hab.“ (Pfk 6, Absatz 32).*

Sie wisse dann, dass ihre Schicht tatsächlich besser laufe (Pfk 6, Absatz 72), wenn sie eher komme. Für sie ist es wichtiger, gute Arbeit zu leisten als die Zeit einzuhalten, in der die Arbeit zu erledigen sein sollte. Eine halbe Stunde eher zur Arbeit zu kommen, hat den Grund, dass sie mit der Zeit besser hinkomme (Pfk 1b, Absatz 6). Pflegekräfte nehmen sich die Zeit z.T. jedoch auch für die Bewohner\*innen anstelle anderer Tätigkeiten (Pfk 6, Absatz 32).

In einer Einrichtung (Nr. 53) wurden Übergaben nur unter den Pflegefachkräften durchgeführt, entsprechend fing ihre Schicht 15 Minuten eher an als die der Hilfskräfte (Phk 5, Absatz 84). Allerdings kamen auch die Pflegehilfskräfte zu großen Teilen freiwillig 30 Minuten eher, und führten unter sich eine Übergabe durch.

In einzelnen Fällen der Beobachtung arbeiteten eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft eine bis eineinhalb Stunden länger. In dem einen Fall, war die Dokumentation noch nicht erledigt und ein Arzt hatte sich angekündigt (Pfk 1b). In dem anderen Fall ging es um das Klären eines Notfalls (Phk 1, Absatz 57). Nach Aussagen der Pflegekräfte scheint dies jedoch keine Besonderheit gewesen zu sein.

Diese empirischen Belege verdeutlichen, dass Pflegekräfte eine selbstgewählte Informalisierung, d.h. informelle Ausweitung ihrer Arbeitszeiten jenseits der regulären Arbeitszeit praktizieren, um während ihrer Schicht Zeitdruck herauszunehmen, ihre Arbeit effektiver gestalten zu können oder aber sich mehr Zeit für die Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen nehmen zu können. Die Bereitschaft zur Informalisierung von Arbeitszeiten beruht primär auf der Motivation der Pflegekräfte, eine gute Pflegequalität auch unter Zeitdruck und bei Personalknappheit zu sichern. Diese informellen Arbeitszeiten werden nicht als Arbeitszeit anerkannt und vergütet (Pfk 6, Absatz 32; GD 3, Absatz 159). Informelle überlange Arbeitszeiten werden vor offiziellem Dienstbeginn oder nach regulärem Dienstende aufgebaut.

Eine Pflegefachkraft erklärte, sie habe die Erfahrung gemacht, dass die Bereitschaft der Pflegekräfte zur Informalisierung von Arbeitszeiten von der Pflegedienstleitung mitunter auch ausgenutzt werde. In einem Fall hätte sie deutlich über ihre Arbeitszeit arbeiten müssen, um ihre Arbeit vernünftig durchführen zu können. Diese Erwartungshaltung der Pflegedienstleitung, überlange Arbeitszeiten als Normalfall zu betrachten, förderte z.T. eine resignative Haltung unter den Pflegekräften. Eine Pflegefachkraft hätte sich dann aber entschlossen, der Pflegedienstleitung klare Grenzen zu setzen und deutlich gemacht, dass sie nicht einfach mehr über ihren Arbeitsvertrag hinaus arbeiten könne und wolle (Pfk 6, Absatz 66).

Gegenüber der Aussage, dass häufig inoffizielle Arbeitszeiten länger sind als die offiziellen, steht die Aussage einer Pflegefachkraft: „Jeder Dienst hat [...] [ein] Ende.“ (Pfk1a, Absatz 464). Irgendwann ist die Arbeitszeit/ der Arbeitstag vorbei. Dabei hat sich die Pflegefachkraft diese Umgangsweise angeeignet, wenn es für sie nur noch um ein Aushalten der Umstände geht, wenngleich sie eine derjenigen Personen ist, die meist informell länger arbeitet.

### *Der Verzicht auf Arbeitspausen*

Die qualitativen Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass Pflegekräfte mitunter ganz auf erholsame Arbeitspausen verzichten, um ihre Arbeit innerhalb der verfügbaren Arbeitszeit bewältigen zu können:

Häufiger und in unterschiedlichen Einrichtungen wurde von Pflegefachkräften erklärt, dass sie auf regelmäßige Arbeitspausen verzichteten und stattdessen Zeit mit einem Kaffee oder einem Brot an der Dokumentation verbracht werde und dies von ihnen als Pause verbucht werde. Aus arbeitswissenschaftlichen Studien ist bekannt, dass solche mit Nebenarbeiten gefüllte Pausen keinen Erholungswert haben (Ulich & Wülser 2004, 100). Von einer Pflegefachkraft wurde erklärt, sie gehe häufig aus der Schicht, ohne etwas gegessen zu haben (Pfk1c, Absatz 128). Es ist demnach nicht immer möglich eine Pause zu machen. Offiziell wird in den Einrichtungen gesagt, dass an der Ruhepause festgehalten werden solle, doch in der Praxis wird an der Ruhepause am ehesten gekürzt, um die Arbeit zu schaffen (siehe auch Pfk4, Absatz 62). Eine andere Pflegefachkraft erklärt: „Manchmal hab ich keine Zeit Pause zu machen.“ (Pfk4, Absatz 60), weil sie zu viel zu erledigen habe. Sie stecke zurück, indem sie ihre eigene Pause auch mal auslasse, weil ihr die Zeit mit den Menschen dann wichtiger sei (Pfk4, Absatz 60). Hierin spiegelt sich die Bedeutung des Berufsethos als zentrale Handlungsorientierung der Pflegekräfte wider. Pflegekräfte stellen hierbei ihre eigenen Bedürfnisse zurück, um mehr Zeit für Interaktionsarbeit mit den Bewohner\*innen zu haben.

Zur Frage des Verzichts von Pflegekräften auf Pausen können ergänzend zu unseren qualitativen Ergebnissen auch die Erkenntnisse aus der quantitativen Erhebung des *socium* herangezogen werden, die auf der großflächigeren zeitlichen Datenerhebung von Pflegekräften beruhen. Diese Ergebnisse weisen eine immense Streuung auf: So wurden in vielen Fällen von den Pflegekräften keine Pausen genommen, in anderen Fällen wurden mehrere kurze, z. T. sogar sehr lange Pausen genommen.

Die folgenden quantitativen Daten beziehen sich auf jene Einrichtungen, in denen unsere qualitativen Erhebungen durchgeführt wurden. Hierbei handelt es sich um die drei Einrichtungen Nr. 07, Nr. 42 und Nr. 53. In der Einrichtung Nr. 32 musste die geplante quantitative Erhebung aufgrund von akutem Personal-mangel schließlich abgesagt werden. In den drei hier betrachteten Einrichtungen (Nr. 07, 42 und 53) wurden insgesamt 87 Pflegekräfte im quantitativen Studienteil durch die Datenerhebenden während einer Schicht ‚beschattet‘. Von diesen 87 Personen wurde bei 65 Beschäftigten überhaupt eine Pause angegeben. 22 der 87 Personen haben gar keine Pause gemacht. Das entspricht etwa 25, 3% der 87 Personen. 5 von 65 Personen (7, 7%) haben eine oder mehrere Pause/ n von insgesamt maximal 15,5 Minuten gemacht. 45 Personen von den 65 (69, 2%) haben eine oder mehrere Pause/ n von insgesamt mindestens 30 Minuten oder länger gemacht.

Besonders im Vergleich wird deutlich, wie unterschiedlich sich dies auf der Ebene der Einrichtungen zeigen kann. In Einrichtung Nr. 53 ist auffällig, dass insgesamt die Pausenzeiten länger waren als normalerweise gesetzlich geregelt, was dem Eindruck aus der qualitativen Erhebung entspricht. Auch den Pflegekräften schien diese für sie günstige Regel bewusst zu sein. Zudem haben in dieser Einrichtung nur 3 Personen von 25 (12%) während der quantitativen Erhebungszeit gar keine Pause gemacht. Die in dieser Einrichtung organisierten festen gemeinsamen Pausenzeiten der Pflegekräfte wurden jedoch auch für Besprechungen über bestimmte Einzelfälle, wie auch wichtige Informationen und den Austausch über private Aspekte und eigene Gefühle genutzt. Daher sollte der Begriff der Pause in diesem Zusammenhang vorsichtig verwendet und aufgrund ihrer Gestaltung differenziert betrachtet werden. Generell legen die Ergebnisse dieser Einrichtung (Nr. 53) den Eindruck nahe, dass diese relativ großzügigen Pausenzeiten für den Austausch hinsichtlich der Interaktionsarbeit positiv zu bewerten sind, aber der originäre Zweck der Arbeitspause, den Pflegekräften Erholung zu ermöglichen, nur begrenzt eingelöst wurde. Der Zusammenhang lässt sich jedoch nicht eindeutig im Sinne einer Kausalität erklären.

In Einrichtung 42, ähnlich der nicht quantitativ einbezogenen Einrichtung Nr. 32, zeigte sich in den Interviews auch vermehrt eine Unzufriedenheit mit den Pausenregelungen. Hier machten 15 von 29 Personen (ca. 52%) während ihrer Schichten in der quantitativen Erhebungszeit gar keine Pause. In der Einrichtung 07 haben 4 von 26 Personen (ca. 15%) auf eine Pause verzichtet. Die Einrichtung Nr. 53 wie auch die Nr. 07 waren Einrichtungen, in denen ein Mitarbeiterfrühstück angeboten wurden, das einen Einfluss auf die

Pausengestaltung hatte. In diesen beiden Einrichtungen wurden verhältnismäßig häufig Pausen genommen.

Die Zeitpraktik der Suspendierung von Arbeitspausen ist aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive hoch problematisch, da sich Pflegekräfte dadurch selbst gesundheitsförderliche Möglichkeiten zur Regeneration im Arbeitsprozess vorenthalten, und sich negativ auf die Arbeitsleistung auswirken kann (Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 20).

#### *Die Kürzung von Arbeitspausen*

Die Zeitpraktik der Kürzung von Arbeitspausen nutzen Pflegekräfte, um in der vorhandenen Schicht die anliegenden Arbeitsaufgaben bzw. die sich ergebenden ungeplanten Arbeitsanforderungen bewältigen zu können. Eine Pflegefachkraft erklärt, dass zwar an den Pausen offiziell festgehalten werden soll, doch tatsächlich die Pause in der Praxis am ehesten gekürzt werde, um die Arbeit zu schaffen (Pfk 4, Absatz 62). Personalknappheit wird von Pflegekräften als ein gewichtiger Grund für die Kürzung ihrer Pausenzeiten genannt, z.B. bei Erkrankungen mehrerer Kollegen und Kolleginnen. In solchen Fällen unterbrechen Pflegekräfte sogar ihre freien Tage, wenn sie in ihrer Freizeit angerufen und darum gebeten werden, für erkrankte Beschäftigte einzuspringen (u. a. Phk 5, Absatz 92).

In einer Gruppendiskussion wiesen Pflegekräfte darauf hin, dass die Pausenzeiten insgesamt ausreichend seien (Einrichtung 53), was die Daten zu den von den Pflegekräften dieser Einrichtung genommenen Pausen im Vergleich zu anderen Einrichtungen ebenfalls nahelegen. Im Vergleich müsse es aus Sicht der Pflegedienstleitung eher um effektivere Nutzung der vorhandenen Zeiten gehen (GD 3); so wurde genannt, dass Zigarettenpausen kürzer gehalten werden könnten und dafür mehr Zeit für Bewohner\*innen aufgewendet werden könnte. Diese Forderung nach der Kürzung von Zigarettenpausen ist häufig von Pflegedienstleitungen genannt worden.

#### *Die flexible Einteilung von Arbeitspausen*

Eine andere Praktik, mit Zeitdruck in der Arbeit umzugehen, besteht darin, Arbeitspausen nicht en bloc zu nehmen, z.B. als Arbeitspause von 30 Minuten, sondern stattdessen flexibel mehrere Kurzpausen während der Arbeitszeit einzulegen. So erklärte eine Pflegefachkraft, dass es für sie bei der Pausengestaltung darauf ankomme, diese flexibel nehmen und selbst einteilen zu können. So könne man sich auch mal Zeit für eine Pause nehmen, wenn man sie gerade brauche. Regelmäßige Arbeitspausen von 30 Minuten werden demnach als problematisch erachtet, da sie Pflegekräften den Überblick erschweren würden, denn in dieser Zeitspanne könne vieles passieren. Dementsprechend werden längere Arbeitspausen nicht als erholsam wahrgenommen (Phk1, Absatz 25). Bei längeren Arbeitspausen wurden vorhandene Vertretungsregelungen missachtet, weil sie als ineffektiv wahrgenommen wurden. Hierbei seien teilweise die unzureichenden sprachlichen Kenntnisse einiger Pflegekräfte ein Problem, deren Vertretung dann nicht als sinnvoll erachtet wird.

In der Einrichtung Nr. 32 ist es nach Auskunft der Pflegekräfte nicht möglich eine 30-Minuten-Pause einzulegen, in denen der Abstand zu den Bewohner\*innen gewahrt bleiben kann. Meist fehle für die 30 Minuten die Zeit; zudem sei selbst der Raucherbereich ebenfalls auch für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige zugänglich. Zum Teil würden Pflegekräfte hier auch Pflegebedürftige mit in die Pause nehmen, so dass die rauchenden Pflegekräfte auch während ihrer Pause in Kontakt mit den Bewohner\*innen stünden (Pfk5, Absatz 88). Pflegefachkräfte dieser Einrichtung (Nr. 32) berichten davon, dass es meist keine richtige Arbeitspause gebe, aber stattdessen 2 bis 3 Mal im Dienst ein paar Minuten unter Stress eine Zigarette geraucht werde (GD 4, Absatz 188). Pflegekräfte, die nicht rauchten, nehmen sich die vermeintliche Pause innerhalb des Dienstzimmers: Sie bissen, wie bereits beschrieben, häufig in ihr Brot

während sie dokumentierten. Dies erschwere es den Pflegekräften Abstand zu nehmen. Positiv wurde in dieser Einrichtung jedoch hervorgehoben, dass sie sich flexibel und individuell eine Pause nehmen könnten (Pfk 6, Absatz 61-62). Doch die Anforderung der Ansprechbarkeit und der Flexibilität pausierten nicht. Vertretungen in dieser Zeit waren z.T. aufgrund der marginalen Besetzung kaum möglich. Pausen würden jedoch lieber als kurze Raucherpausen genutzt, da immer die Sorge bestehe, dass auf der Station etwas unvorhergesehen passieren könne, wofür sie die Verantwortung tragen (Pfk 5, Absatz 76).

Teilweise werde die Pause auch als Gesprächszeit mit den Bewohner\*innen verstanden, z.B., wenn in der Nachtschicht einige Bewohner\*innen wach sind (Pfk 7, Absatz 44-47). Meist seien die Pausenzeiten knapp. Es gebe kaum Pausen von mehr als 5 Minuten in der Empfindung der Pflegekräfte. Die tatsächlichen Pausenzeiten in der teilnehmenden Beobachtung zeigten jedoch, dass Pflegekräfte durchaus auf insgesamt 30-minütige Pausen kommen.

Pflegekräfte sprechen sich also für eine flexible Pauseneinteilung in Verbindung mit mehrerer Kurzpausen aus, da ihnen dies offenbar eher ermöglicht, auf unvorhergesehene Ereignisse zu reagieren und für die Bewohner\*innen bei Bedarf ansprechbar zu sein als im Falle längerer Arbeitspausen, die en bloc zu nehmen sind. Graf (1927) zufolge sind „mehrere Pausen lohnender [...] als wenige“ (Graf 1927 zit. n. Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 20).

Überdies weisen die Pflegekräfte auf einen weiteren Grund für eine selbstgewählte, flexible Einteilung von Kurzpausen hin: die emotionale Bewältigung von sehr anforderungsreichen bzw. belastenden Situationen der Interaktionsarbeit. So berichtet eine Pflegekraft im Rahmen einer Gruppendiskussion, dass es in ihrer Einrichtung stets möglich sei, Kurzpausen für die Reflexion oder Gefühlsbewältigung in Akutsituationen einzulegen: "So jetzt brauche ich für mich mal wirklich 2 Minuten, um runterzufahren" (GD 3, Absatz 129), insbesondere, wenn zuvor Kontakt zu einem gewalttätigen Heimbewohner / einer gewalttätigen Heimbewohnerin bestanden habe oder man sich durch Bewohner\*innen in die Ecke gedrückt fühle. Diese Auszeit nehme man sich dann, indem z.B. eine Zigarette auf dem Balkon geraucht werde, um sich zu beruhigen (GD 3, Absatz 129).

Diese Zeitpraktik der flexiblen, selbstgewählten Kurzpausen ist in Einrichtungen jedoch mitunter umstritten. Von einem\*r Pflegeschüler\*in einer Einrichtung (Nr. 42) wurde erklärt, dass Kurzpausen zwischen durch mit Absprache der Pflegedienstleitung ermöglicht werden, prinzipiell jedoch nicht erlaubt seien (Phk 2/ Schülerin, Absatz 87). Kurzpausen waren hier Gegenstand der Aushandlung zwischen Pflegedienstleitung und Pflegekräften.

Insbesondere von Raucher\*innen wird benannt, dass sie lieber mehrere kürzere Pausen hätten, um Rauchen zu können. Von Seiten der Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung werden meist gerade die Raucherpausen als Problem gesehen, da ihrer Meinung nach Pausenzeiten damit unverhältnismäßig in die Länge gezogen würden. Zumeist wird von Pflegedienstleitungen moniert, dass die Raucherpausen überhandnähmen. So wird in einer Einrichtung von Seiten der Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung versucht, die Raucherpausen stärker zu kontrollieren, indem z. B. den Pflegekräften verboten wurde, vor 10 Uhr Pausen zu nehmen (Phk 3, Absatz 76). Eine Einrichtung (Nr. 07) hatte daher speziell eine Frühstückspause eingeführt. In einer weiteren Einrichtung (Nr. 32) wurde in der Gruppendiskussion deutlich, dass eine gemeinsame Frühstückspause gewünscht sei (GD 4). Gleichzeitig gab es den Wunsch der Pflegekräfte, Pausen flexibel nehmen zu können. In einer Einrichtung (Nr. 53) wird davon berichtet, dass es bereits feste Zeiten für Raucherpausen gebe. Es gebe feste Rituale, nach der ersten Pflegerunde um 11 Uhr eine gemeinsame Raucherpause einzulegen (GD 3).

Eine Pflegedienstleitung betrachtete die kürzeren Raucherpausen hingegen auch als Teil eines Gebens und Nehmens oder ggfls. in Abhängigkeit von der Arbeitsleistung, da Pflegekräfte ja auch informell zu längeren Arbeitszeiten bereit wären. Es gehe darum, dass die Arbeit unter der Pausenkultur nicht leide.

Sofern die normale Arbeit laufe, sei es aus Sicht dieser Pflegedienstleitung kein Problem, diese Pausen so zu nehmen (GD 3, Absatz 141).

### *Ansätze zur Pausengestaltung auf Einrichtungsebene*

Die bisher geschilderten Zeitpraktiken von Pflegekräften im Umgang mit Zeitdruck haben sich mehr oder weniger informell in ihrer Arbeitspraxis herausgebildet. Es handelt sich dabei überwiegend um individuelle, aber im Kontext der Einrichtungen sozial hervorgebrachte Zeitpraktiken. Teilweise werden hierbei auch kollektive einrichtungsbezogene Zeitpraktiken deutlich, die sich z.B. in Aushandlungsergebnissen um flexible Kurzpausen bzw. Raucherpausen widerspiegeln. Im Folgenden soll nun sondiert werden, welche kollektiven einrichtungsbezogenen Zeitpraktiken im Bereich der Pausengestaltung existieren und welche Herausforderungen hiermit im Arbeitsalltag der Pflegekräfte verbunden sind. Solche einrichtungsbezogenen Ansätze der Pausengestaltung weisen eine zeitliche und eine räumliche Dimension auf. In zeitlicher Hinsicht geht es um gemeinsame Pausenzeiten; in räumlicher Hinsicht um die Frage, inwiefern für Pausen Rückzugsräume geschaffen werden.

Insgesamt wurden in zwei der vier Einrichtungen gemeinsame Frühstückspausen gemacht. In einer der beiden war es ein offenes, kostenloses Frühstück für alle Mitarbeiter\*innen des Hauses (Nr. 07), das in einer bestimmten Zeitspanne zu sich genommen werden konnte. So konnte in der Pause meist ein Kollege / eine Kollegin angetroffen werden, wenngleich die Station mit mindestens einer Person noch besetzt war. Der Raum war nur für Mitarbeiter\*innen zugänglich. In der anderen Einrichtung (Nr. 53) handelte es sich um ein Frühstück unter den Kolleg\*innen auf dem jeweiligen Wohnbereich zu festen Zeiten, bei dem alle Kolleg\*innen gemeinsam eine Frühstückspause in einem eigenen Raum machten. Die gemeinsamen Frühstückspausen wurden in beiden Einrichtungen dafür genutzt, sich über aktuelle Situationen oder einzelne Bewohner\*innen auszutauschen. Dieser Vorteil des informellen Austausches über die Bewohner\*innen weist jedoch auch eine Kehrseite auf: Die gemeinsame Frühstückspause dient nicht ausschließlich der Erholung der Pflegekräfte.

In der Einrichtung Nr. 53 schätzen die Pflegekräfte die Rahmenbedingungen für die Pause und die Pausengestaltung als verhältnismäßig gut ein. Neben der gemeinsamen Frühstückspause gibt es in den einzelnen Schichten jeweils eine weitere fest implementierte Raucherpause. Dabei handelt es sich offiziell um eine 5-minütige Pause, es ist aber bekannt, dass nicht genau auf die Uhr geschaut wird. Die Pausen werden regulär gemeinsam genommen, zusammen mit Schüler\*innen und Freiwilligen (Pfk 9, Absatz 79). Meist werden die festgelegten Pausenzeiten hier auch positiv bewertet. Argumentiert wird u. a., dass die Zeiten von den meisten Bewohner\*innen anerkannt werden und sie sich darauf einstellen. Gebe es keine festen Pausenzeiten, komme man nicht dazu Pausen einzulegen (Phk 4). Offiziell gebe es 30 Minuten, in denen gegessen werde (Pfk 9, Absatz 78), inoffiziell werden die Pausen meist länger genommen (Pfk 9, Absatz 67). In dieser Zeit könne man sich in Ruhe hinsetzen und einen Moment erholen, ohne gleich wieder aufspringen zu müssen (Phk 5, Absatz 78). Doch nicht alle Pflegekräfte bewerteten die festen Essenszeiten positiv, gleichzeitig erklärte eine Pflegehilfskraft jedoch auch zwischendurch etwas essen zu können, wenn sie hungrig sei (Phk 5, Absatz 70).

Die gemeinsamen Pausen möglichst störungsfrei aufrechterhalten zu können, stellt jedoch auch eine Herausforderung dar: Sofern eine Abgrenzung von Bewohner\*innen nicht möglich ist, wurde dies negativ von den Pflegekräften bewertet (GD 4). Manche Bewohner\*innen (und Angehörigen) erkennen die Pausen nicht an, weil sie empfinden, dass die Pflegekräfte zu viele Pausen machen würden, erklärt eine Pflegehilfskraft (Phk 4, Absatz 68).

Hingegen äußern Pflegekräfte, dass sie die Bewohner\*innen und ihre Angewohnheiten gut kennen, so dass sie auf die zu pflegenden Personen gut eingehen könnten. Eine Pflegekraft erklärt, sie versuche z. B. alles entsprechend zeitlich so zu planen (Zeit), dass sie ihre reguläre Pause machen könne (Phk4, Ab-



satz 68). Zum Teil werden jedoch auch hier in den Pausen kurze Interaktionen mit den Angehörigen geduldet, wenn es um schnelle Klärungen geht (Phk 4, Absatz 70). Auch Bewohner\*innen würden bei Bedarf mit einbezogen, damit die Pflegekräfte beruhigt Pause machen können. Insbesondere zeigten sich Pflegekräfte verärgert darüber, wenn Angehörige die Pausen störten und kein Verständnis für die Pausen von Pflegekräften aufbrachten (GD 4, Absatz 125).

Das Problem des fehlenden Abstands zu Bewohner\*innen wird von einigen Pflegefachkräften gesehen, andere potenzielle Räumlichkeiten zur Nutzung einer Pause werden jedoch nicht wahrgenommen. Warum dies so ist, konnte nicht abschließend geklärt werden. Problematisch sei, dass man so nicht abschalten könne, auch während der Pause oder auch bei der ersten Zigarette nach der Arbeitszeit von Bewohner\*innen angesprochen werde, z. B. darum gebeten werde, die pflegebedürftige Person richtig im Rollstuhl zu positionieren, obwohl aus Sicht der Pflegekraft die Haltung gut sei (GD 4, Absatz 238).

Eine wichtige Voraussetzung für die Erholung während der Arbeit bilden geeignete, d.h. regenerationsfreundlich gestaltete Pausenräume als Rückzugsorte der Pflegekräfte gegenüber Bewohner\*innen und als Möglichkeit, psycho-emotionale Belastungen zu bewältigen und sich regenerieren zu können (vgl. Thorein, et al. 2018: 17; Böhle et al. 2015: 136; Ulich & Wülser 2004: 104 f.).

In Einrichtung Nr. 42 ist der Pausenraum von Bewohner\*innen (räumlich) getrennt. Grundsätzlich sind 30-Minuten-Pause möglich. Dabei werden z.T. auch private Gespräche zwischen Kolleg\*innen geführt. Das Telefon wird z.T. mitgenommen, insbesondere als Schichtleitung, wenn unerfahrene Kolleg\*innen auf der Station verbleiben, werde es als wichtig empfunden (Phk 1, Absatz 53). Andere Kolleg\*innen beschreiben, dass ihnen in ihrer Pause das Abschalten besonders wichtig sei (Pfk 4, Absatz 95). Es werde am Handy gespielt, Kaffee getrunken und manchmal etwas gegessen.

Die Gestaltung des Pausenraumes ist für die Erholungsfähigkeit der Pflegekräfte relevant. Es wird aber u. a. dessen lieblose, karge Gestaltung moniert. So wünschen sich Pflegekräfte einerseits eine Couch zum Hinlegen, wie auch ein Boxsack zum emotionalen Abreagieren (Phk 2/Schülerin, Absatz 169). Der Boxsack könnte somit ein Ventil darstellen, bei der Arbeit aufgestaute negative eigene Gefühle zu bewältigen (siehe auch Böhle et al. 2015: 136).

#### **6.4 Interaktionsarbeit in der Zeitperspektive: Zeitbedarfe aus Sicht der Pflegekräfte**

In jeder der vier ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen wurden Gruppendiskussionen mit Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikationsniveaus durchgeführt und qualitativ ausgewertet. Im Fokus der Gruppendiskussionen standen drei Fragen:

- Inwiefern schätzen die Pflegekräfte ihre verfügbare Zeit für Interaktionsarbeit mit Blick auf die vier Dimensionen der Interaktionsarbeit ein (Ist-Situation) und wie viel Zeit sie aus ihrer Sicht für Interaktionsarbeit in Bezug auf diese Dimensionen bräuchten (Soll-Situation)?
- Zugleich wurde eruiert, für welche Interventionen bzw. Anlässe sich Pflegekräfte besonders mehr Zeit für Interaktionsarbeit bräuchten. Um aufzuschlüsseln, wo aus Sicht der Pflegekräfte besonderer Zeitbedarf für Interaktionsarbeit besteht bzw. wo mehr Zeit benötigt wird (ggfls. informelle Zeit), werden die Aussagen der Pflegekräfte soweit wie möglich nach den vier Dimensionen der Interaktionsarbeit gebündelt dargestellt. Im Fokus stehen hierzu konkrete Anlässe oder Interventionen, für die Pflegekräfte besonders mehr Zeitbedarf für Interaktionsarbeit reklamieren.
- Inwiefern lassen sich aus der Perspektive der befragten Pflegekräfte erfahrungsbasierte Schätz- und Zeitwerte für Interaktionsarbeit angeben?

Im Folgenden werden primär die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie im Hinblick auf die beiden erstgenannten Fragen präsentiert. Die mögliche Beantwortung der dritten Frage zielte darauf ab, als Er-

gänzung zu den Ergebnissen der quantitativen Erhebung geschätzte und erfahrungsbasierte Zeitwerte für Interaktionsarbeit und möglichst auch für ihre vier Dimensionen aus Sicht der Pflegekräfte zu erheben. Bei der Durchführung der Gruppendiskussionen wurden jedoch die Grenzen unseres methodischen Vorgehens deutlich: Auf der einen Seite war es einigen teilnehmenden Pflegekräften kaum möglich, solche erfahrungsbasierten und geschätzten Zeitwerte zu benennen. Dieses Problem resultierte vor allem daraus, dass Interaktionsarbeit aus Sicht der Pflegekräfte die Grundlage quasi jeglicher pflegebezogener Intervention bildet, d.h. die Interventionen eng mit Interaktionsarbeit verflochten sind bzw. diese voraussetzen. Eine analytische Differenzierung der Interventionsarbeit in zeitlicher Hinsicht vorzunehmen, fiel den Pflegekräften daher besonders schwer. Auf der anderen Seite sah sich ein Teil der Pflegekräfte zwar dazu in der Lage, erfahrungsbasierte Zeitwerte für Interaktionsarbeit abzuschätzen. Allerdings zeigte sich hierbei eine große Spannweite (5 - 30 min pro Bewohner\*in pro Schicht) der erfahrungsbasierten Schätzwerte, so dass sich auf dieser Basis keine konkreten Ergebnisse ableiten ließen.

#### *Zeitbedarfe mit Blick auf die vier Dimensionen der Interaktionsarbeit*

Im Folgenden werden die Kernergebnisse der Gruppendiskussionen nun einrichtungsübergreifend für die einzelnen Dimensionen der Interaktionsarbeit mit Blick auf die beiden erstgenannten Fragen vorgestellt.

Zunächst geht es um den Ist-Soll-Vergleich zwischen der verfügbaren Zeit für Interaktionsarbeit und ihren vier Dimensionen im Arbeitsalltag der Pflegekräfte und dem von ihnen geäußerten (zusätzlichen) Zeitbedarf für Interaktionsarbeit, differenziert nach den vier Dimensionen. Grundlage hierfür bilden die Kernergebnisse der vier Gruppendiskussionen mit Pflegekräften aus den vier Einrichtungen, in denen unsere qualitative Teilstudie erfolgte. Es handelt sich bei diesen Kernergebnissen um Trendaussagen, da aufgrund der großen Spannweite der in den Gruppendiskussionen genannten erfahrungsbasiert geschätzten Zeitwerte für Interaktionsarbeit darauf verzichtet wurde, auf diese Schätzwerte näher einzugehen. Die Aussagekraft dieser quantitativen Schätzwerte erachten wir daher als zu gering, um sie in dieser Ergebnisdarstellung zu berücksichtigen.

Danach werden für jede der vier Dimensionen der Interaktionsarbeit diejenigen Interventionen bzw. Anlässe vorgestellt, bei denen die Pflegekräfte einen besonders großen Bedarf an zusätzlichen Zeiten für Interaktionsarbeit sehen.

#### *Kooperationsarbeit*

In einer Gruppendiskussion wurde betont, dass die Wohnbereichsleitung ebenso wie die Pflegekräfte des Wohnbereichs 80 - 90% ihrer Arbeitszeit als Zeit für Interaktionsarbeit sehen. Interaktionsarbeit ist aus Sicht der Pflegekräfte von zentraler zeitlicher wie inhaltlicher Relevanz für ihre Arbeit. Auf die Frage, wofür es mehr Zeit bräuchte, verwiesen die Pflegekräfte in den vier Gruppendiskussionen häufig auf den Beziehungsaspekt ihrer Arbeit.

In allen vier Gruppendiskussionen waren sich die Pflegekräfte einig, dass sie sich für Kooperationsarbeit deutlich mehr Zeit wünschten. Die bisher vorhandene Zeit für Kooperationsarbeit bewerteten sie unisono als zu gering, gleichzeitig betonten Pflegekräfte in drei der vier Gruppendiskussionen, dass sie für Kooperationsarbeit deutlich mehr Zeit benötigen würden. Die Ergebnisse aller vier Gruppendiskussionen weisen darauf hin, dass für Beziehungsarbeit und aufgabenbezogene Aushandlungsprozesse mit Bewohnerinnen und Bewohnern bislang zu wenig Zeit in der Arbeitszeit vorgesehen ist.

Die Bedeutung dieser Dimension von Interaktionsarbeit wird in einer Aussage besonders deutlich: Eine Pflegekraft erklärt beispielhaft, dass eine neue Kollegin, die seit 1 - 2 Wochen in der Einrichtung arbeitet, die Bewohner\*innen noch nicht (gut) kenne. Wenn es dann zu einem Notfall kommt, würde diese Kollegin ganz anders reagieren als sie selbst – eine Pflegekraft, die seit 3 - 4 Jahren in der Einrichtung arbeitet. Sie kenne gute und schlechte Tage der Bewohner\*innen und könne so im Zweifelsfall schneller ange-

messen reagieren. Kooperationsarbeit bildet hierbei eine Basis für den Umgang mit bewohnerbezogenen Unwägbarkeiten.

Weiterhin spielt die Kooperationsarbeit eine Rolle in Bezug auf den stationsübergreifenden Einsatz tagsüber wie auch in der Nachtschicht. Der Nachtdienst wird für Pflegekräfte zur psychischen Belastung, wenn ihnen Bewohner\*innen und ihre gewohnheitsmäßigen Verhaltensweisen unbekannt sind, was gerade im Notfall eine wesentliche zeitliche und diagnostische Rolle spielen kann. Auch das Vertreten eines/ r Kolleg\*in bei der Medikamentenvergabe auf einem anderen („fremden“) Wohnbereich kann sich dramatisch auswirken, wenn die pflegebedürftigen Personen und/ oder ihrer reguläre Medikation unbekannt sind. So können Fehler bei der Vergabe der Medikamente leichter auftreten oder unbemerkt bleiben, wenn die Pflegekraft meist ohne Referenzwerte Medikamente verteilt. Hier treten widersprüchliche Anforderungen auf: Zum einen fehle meist die Zeit, die zugeteilte Medikation zu überprüfen (Zeitdruck), zugleich ist die Verantwortungsdruck der vergebenden Pflegefachkraft entsprechend der Krankheiten und Nebenwirkungen der Medikamente sehr hoch. Für die jeweilige Pflegekraft entsteht dadurch Stress (vgl. Dunkel & Kratzer 2016).

Fehle die Kooperationsarbeit zwischen Pflegekraft und zu pflegender Person, beispielsweise weil die Rahmenbedingungen, wie zeitliche oder organisatorische Vorgaben, der Pflegekräfte ein Eingehen auf die Interessen und Bedürfnisse der zu pflegenden Person verhindern, komme es zu Unzufriedenheit bei Bewohner\*innen und Pflegekräften; mitunter würden Konflikte zwischen Pflegekraft und Bewohner\*in entstehen (GD 4, Absatz 144), die sich auch in gewalttätigen Handlungen der Bewohner\*innen gegenüber den Pflegekräften äußern können.

Konkret wurde mehrfach in den Gruppendiskussionen und einigen Interviews gesagt, es brauche mehr Zeit für Gespräche mit dem/ der einzelnen Bewohner\*in und für den Beziehungsaufbau. Die Pflegekräfte versuchen während ihrer Pflegetätigkeiten Vertrauen aufzubauen und wollen dieses in weiteren Gesprächen mit Bewohner\*innen vertiefen, um ihrem ganzheitlichen Verständnis der Pflege nachzukommen. Pflegekräfte erklärten: Die zu Pflegenden wollen reden. Eine minutenweise Vorgabe, wie zu arbeiten sei, mache keinen Sinn (GD 2). In der Pflege brauche es Flexibilität für Gespräche und unvorhersehbare Situationen, in dem Moment, in dem sie benötigt werden oder auftreten (Pfk 4, Absatz 116). Zudem reiche die Zeit bisher nicht für ausführliche Gespräche oder um auf die Bewohner\*innen und ihre Bedürfnisse angemessen einzugehen (Pfk 9, Absatz 40).

Eine Pflegefachkraft erklärt: *Ich „hab [...] nur begrenzte Zeit für die Leute. [...] er hat Pflegegrad 5. Ja klar, für ihn, brauche ich mehr Zeit als [für] die Frau (nicht in der Studie). (...) Aber sie will von mir, dass ich [mit ihr] genauso viel Zeit verbringe, wie [mit] Herrn 100990142020 und das ist [das] Problem. Ja klar kann ich gerne bei ihr stehen bleiben und warten, wann sie da, sie fert-...Ich habe diese Zeit nicht. (...) Ich weiß ganz genau, dass [...] ich noch 5 Leute habe, wer, die wollen auch um 8 Uhr Frühstück und die wollen pünktlich frühstücken kommen.“ (Pfk 4, Absatz 34).*

Es wird deutlich, dass zum Teil Aufmerksamkeitsbedürfnisse der Bewohner\*innen an die Pflegekraft herangetragen werden, die sie nicht erfüllen kann. Einige Bewohner\*innen formulieren eben dieses Bedürfnis nach zeitintensiver Zuwendung, das die Pflegekraft nicht befriedigen kann. Die Zeit für die Bewohner werde gebraucht: „Das [...] fehlt. Die brauchen [ein] bisschen mehr Zeit“ (Pfk 4, Absatz 114).

In einer Gruppendiskussion (GD 1, Absatz 14) wurde angemerkt, dass die besondere Beziehung zu den Bewohner\*innen, die während der Pflege von der Pflegekraft aufgebaut wird, nicht durch eine Betreuungskraft aufgefangen werden kann. Eine Pflegefachkraft erklärt, es sei früher einmal möglich gewesen mit den Bewohner\*innen in den Wald zu gehen, Äpfel zu pflücken und zu backen (Pfk 3). Diese Art der Beschäftigung mit den Bewohner\*innen sei heute zeitlich nicht mehr möglich. Es sei allerdings der Grund, warum sie damals den Beruf gewählt habe. Auch in diesem Beispiel wird deutlich, dass die Beziehungs-

arbeit zwischen Pflegekraft und Bewohner\*innen wesentlich für die Motivation im Beruf bzw. bei der Arbeit, ist.

Um die pflegebedürftigen Bewohner\*innen pflegen zu können, bedarf es der Einwilligung, d.h. der Kooperationsbereitschaft der Bewohner\*innen. Die Pflegekräfte bekommen durch die Erlaubnis der Bewohner\*innen, sie zu pflegen ein hohes Vertrauen entgegengebracht. Dabei wird verdeutlicht, dass die Pflegekräfte, z. T. mehr über die Bewohner\*innen wüssten, als letztere selbst ihrer eigenen Mutter anvertraut hätten. Dieses Beispiel zeigt, welche Rolle einerseits das Vertrauen zwischen Bewohner\*innen und Pflegekräften im Pflegealltag spielt und wie informationshaltig die Beziehung zwischen beiden sein kann. Um diese Beziehung aufzubauen, müssen Pflegekräfte beim Einzug von Bewohner\*innen (siehe Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit) und danach Informationen über Bewohner\*innen nach und nach sammeln und miteinander verknüpfen. Das benötigt Zeit, die den Pflegekräften bisher zu kurz ist, um umfassende Informationsgrundlagen zu schaffen.

Schwierigkeiten für die Kooperationsarbeit ergeben sich auch in zeitlicher Hinsicht z. B. durch eine dementielle Erkrankung. Sie sei tendenziell eine Herausforderung für die Kooperation, weil man immer wieder von vorne anfangen müsse. Bei Bewohner\*innen, die nicht demenziell erkrankt seien, sind irgendwann bestimmte Abläufe internalisiert und müssten nicht mehr erklärt werden (Pfk 6, Absatz 52). Demenziell erkrankte Bewohner\*innen hingegen vergessen häufig bereits nach kürzester Zeit, was die Pflegekraft als nächstes vorhat und was zuvor ausgehandelt wurde (siehe Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit). Das Eingehen auf die Persönlichkeit der Menschen, auf ihre Bedürfnisse und Wünsche nehme viel Zeit in Anspruch, die oft nicht vorhanden sei. Gerade Aushandlungen kosten dann Zeit (Pfk 4, Absatz 32).

Ein Positivbeispiel für ausreichend Zeit für Kooperationsarbeit beschreibt eine Pflegefachkraft (5): Hier würden neue Bewohner\*innen in Ruhe aufgenommen und die Zeit spiele dabei keine allzu große Rolle, wie sie erklärt. Die Pflegekraft führe zunächst die neu eingezogenen Person durch die Einrichtung, kommuniziere mit ihr und fülle den Biographiebogen mit ihr und / oder den Angehörigen bzw. dem / r gesetzlichen Betreuer / in aus. Das Zimmer werde darüber hinaus mit persönlichen Gegenständen versehen, um es wohnlich zu gestalten. Diese Aussage bezieht sich allerdings auf eine Einrichtung mit vielen demenziell erkrankten Bewohner\*innen, die über einen besonders engen Personalschlüssel verfügt. Es ist daher davon auszugehen, dass die Pflegekraft eher ein Idealbild, denn den tatsächlichen praktischen Umgang mit neuen Bewohnerinnen und Bewohnern schildert. Es ist angesichts des engen Personalschlüssels wenig wahrscheinlich, dass Pflegekräfte sich unbegrenzt Zeit für die neu ankommenden Bewohner\*innen nehmen könnten. Zu Anfang, wenn demenzielle Bewohner\*innen neu in der Pflegeeinrichtung seien, versuchten diese meist eine Fassade aufrechtzuerhalten, dass sie auf keine Hilfe angewiesen seien. Diese Fassade würde dann langsam zerbrechen, je länger eine Pflegekraft die Person kenne und einschätzen könne (Pfk 5, Absatz 56).

Darüber hinaus sind in Bezug auf die Kooperationsarbeit auch weitere Interaktionspartner\*innen, wie Angehörige oder Dritte (Ärzte, Apotheker etc.) zusätzlich zu beachten. Gerade Angehörige nehmen hier einen großen inhaltlichen Rahmen ein. Beim Tod einer Bewohnerin oder eines Bewohners sprechen Pflegekräfte sogar davon, dass das (interaktive) Eingehen auf Angehörige zeitlich dem interaktiven Eingehen auf einen weiteren Bewohners / eine weitere Bewohnerin entspräche (GD 1, Absatz 42).

#### Gefühlsarbeit

Tendenziell konnte in den Gruppendiskussionen ein sehr divergierendes Bild zur zeitlichen Relevanz von Gefühlsarbeit herausgearbeitet werden: Einige Pflegekräfte wünschten sich deutlich mehr Zeit als sie aktuell haben, andere bewerteten die vorhandene Zeit für Gefühlsarbeit bereits als ausreichend. Tendenziell konnte jedoch auch in drei von vier Gruppendiskussionen festgehalten werden, dass für die Arbeit mit und an den Gefühlen der Pflegebedürftigen mehr Zeit nötig wäre.

Pflegekräfte betrachten ihre Arbeit zu großen Teilen auch als seelsorgerische Tätigkeit. Die Arbeit mit und an Gefühlen, Sorgen oder Ängsten der Bewohner\*innen spielt für die Pflegekräfte eine große Rolle bei ihrer Arbeit. Pflegekräfte nehmen u. a. über nonverbale Kommunikation Gefühle wahr.

*„Es ist so, dass wir fremde Gefühle vielleicht schon in Voraus spüren können, und das ist [ein] Zeitfaktor.“ (GD 1, Absatz 98)*

In der Gruppendiskussion wurde deutlich, dass sie Gefühle der Pflegebedürftigen wahrnehmen, bevor sich diese konkret dazu äußern. Es ist meist ein Eindruck, dem Pflegekräfte dann versuchen nachzugehen, ehe es auf Seiten der Bewohner\*innen zu einem schweren Gefühlsausbruch kommt. Gleichzeitig bleibe z. T. nicht genug Zeit auf Gefühle einzugehen. So wird in einer Gruppendiskussion beschrieben, wie in einem stark unterbesetzten Wohnbereich eine weinende Bewohnerin auf ihrer Bettkante saß und die Pflegekraft während des Waschens versuchte, sie zu beruhigen und einmal kurz in den Arm zu nehmen. Die Pflegekraft erklärt, sie hätte sich gerne die Zeit genommen, sie zu trösten und hatte im Nachhinein ein schlechtes Gewissen, es nicht getan zu haben, um andere Tätigkeiten durchführen zu können. Diese Prioritätensetzung würde sie gerne ändern. Zudem sei eine Umarmung sehr viel Wert – sowohl für das Wohlbefinden der Bewohner\*innen als auch für die Motivation der Pflegekräfte spielt es eine große Rolle.

Zeitknappheit führt dazu, dass Bewohner\*innen mit manchen Anliegen getröstet werden, ohne dass die Pflegekräfte später darauf eingehen könnten. (Pfk1a, Absatz 137). Dennoch scheine dies den kurzfristigen Effekt zu haben, die Bewohner\*innen zumindest zeitweise beruhigen zu können.

Die Pflegekräfte legen ihren Fokus darauf, dass sich die Bewohner\*innen wohlfühlen. Dies stehe für sie an oberster Priorität (GD 1, Absatz 62). Es ist den Pflegekräften daher ein besonderes Anliegen, dass die Bewohner\*innen nicht mitbekommen sollen, wenn die Pflegekräfte Stress empfinden. Um Gefühlsarbeit professionell leisten zu können, bedarf es daher der Regulation der eigenen Gefühle der Pflegekräfte.

#### Subjektivierendes Arbeitshandeln

Auch bei dieser Dimension zeigte sich ein sehr unterschiedliches Bild der zeitlichen Einschätzungen der Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen. So ist nicht nur unterschiedlich, wie viel mehr Zeit sie sich im Vergleich zur aktuellen Situation hierfür wünschten, sondern auch die Spannbreite, wie viel mehr Zeit für den Umgang mit Unwägbarkeiten in der Pflege nötig sei, divergiert stark. In einer Gruppendiskussion (GD 3) hingegen zeigte sich das recht konsistente Bild, dass für Unwägbarkeiten nicht mehr Zeit einzuplanen sei, da diese Zeit im Falle eines Zwischenfalls genommen werden müsste. So werde beispielsweise ein Notfall oder ein anderer akuter Zwischenfall zugunsten anderer Tätigkeiten priorisiert und sich für andere Interventionen weniger Zeit genommen bzw. Interventionen ausgesetzt oder zurückgestellt.

Im Falle eines Notfalls gilt es aus Sicht der Pflegekräfte vor allem pflegfachlich richtig zu reagieren. Hier wird der Notfall in den Fokus gestellt und die wesentlichen anstehenden Aufgaben priorisiert. Hier schwankten in der Gruppendiskussion sehr stark die Aussagen der Pflegekräfte, wie viel Zeit sie benötigen: In Notfallsituationen werde sich die erforderliche Zeit genommen und dann spiele die Zeit dafür keine Rolle (GD 4, Absatz 87). Gleichzeitig weisen die Pflegekräfte darauf hin, dass die Zeit, die sie sich dann für Notfälle nähmen, woanders fehle.

Unwägbarkeiten entstünden vor allem daraus, dass in der Pflege der ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘ im Fokus sei. Das subjektivierende Arbeitshandeln, also das Eingehen auf und das Umgehen mit Unwägbarkeiten, setzt eine möglichst umfassende Wahrnehmung der Pflegekraft mit allen ihren Sinnen voraus, um die konkrete Situation einer Bewohner\*in einschätzen und auf dieser Basis mit Unwägbarkeiten professionell umgehen zu können (siehe auch Böhle et al. 2015: 23). Die Pflegekräfte berichten in den Gruppendiskussionen, sie hätten ein Gespür dafür entwickelt, wie es Bewohner\*innen geht. Pflegekräfte erspüren Gefühle der Pflegebedürftigen frühzeitig auch mithilfe der Berufserfahrung und der bestehenden Bezie-

hung zu den Bewohner\*innen, d.h. Kooperationsarbeit bildet auch eine wichtige Grundlage für subjektivierendes Arbeitshandeln in der Pflege. Weiterhin können Gefühle Unwägbarkeiten bei der Arbeit hervorrufen. Wie unter Gefühlsarbeit bereits beschrieben, nehmen die Pflegekräfte diese Gefühlslagen der Pflegebedürftigen frühzeitig wahr, sodass sie schnell darauf reagieren und eingehen können. Diese Wahrnehmung hätten sie beispielsweise, während sie über den Gang gehen (GD 2, Absatz 3).

Wann jedoch Unwägbarkeiten auftreten, sei nicht vorhersehbar. Es kann z.B. in einer Schicht zu mehreren Notfällen kommen, wie auch zu phasenweise ruhigen, vorhersehbaren Schichten. Bei Personalknappheit erweist sich der Umgang mit mehreren Notfällen innerhalb einer Schicht als erheblicher psychischer Stressor der Pflegekräfte, insbesondere wenn Notfälle zeitlich parallel auftreten.

### Emotionsarbeit

Im Unterschied zu den anderen Dimensionen der Interaktionsarbeit äußerten Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen tendenziell, dass die aktuell zur Verfügung stehende Zeit für Emotionsarbeit weitgehend der dafür aus ihrer Sicht benötigten Zeit entspreche. Aber auch hier gab es ein breiteres Spektrum an Einschätzungen, denn einige Pflegekräfte verwiesen darauf, dass aktuell deutlich zu wenig Zeit für Emotionsarbeit verfügbar sei und sie sich daher mehr Zeit wünschten, um emotionale Anforderungen an die Pflegearbeit gut bewältigen zu können. Für die von einem Teil der Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen geäußerte Einschätzung, dass die vorhandene Zeit für Emotionsarbeit weitgehend dem Bedarf an benötigter Zeit entspreche, gibt es zwei Erklärungen:

- Diese Pflegekräfte argumentieren erstens, dass sie sich nicht mehr Zeit während der Arbeit für den Umgang mit eigenen Emotionen wünschten, da sie innerhalb der Schichten primär ihre Arbeit erledigen wollten. Dies bedeutet, dass sich die Pflegekräfte aufgrund des verdichteten Arbeitsalltags auf die erforderlichen pflegebezogenen Interventionen konzentrieren möchten und die Selbstregulation ihrer Gefühle bei der Arbeit zurückstellen. Es werde daher versucht, psychische Belastungen mit Familienmitgliedern oder Freunden in der Freizeit zu bewältigen und aufzuarbeiten. Eine Pflegefachkraft beschreibt es in etwa so: Gefühle und Probleme bleiben zuhause, weil die Bewohner\*innen an erster Stelle stehen. Im Falle, dass einen etwas aufbringt, benötigt sie 5 Minuten, um sich wieder zu beruhigen (GD 1, Absatz 102). In den Gruppendiskussionen wird deutlich, dass es allerdings längst nicht allen Pflegekräften gelingt, emotionale Arbeitsbelastungen in der Freizeit zu bewältigen, denn diese Belastungen hätten u.a. Schlafstörungen zur Folge.
- Zweitens verweisen diese Pflegekräfte darauf, dass es in den Einrichtungen an Möglichkeiten, d.h. Strukturen und Angeboten, mangelt, Emotionsarbeit im Sinne der Psychohygiene leisten zu können. Die Einrichtungen erscheinen vor dem Hintergrund ihrer alltäglichen Arbeitserfahrungen nicht als Ort für eine gesundheitsförderliche Bewältigung emotionaler Arbeitsanforderungen. Gleichwohl betonen diese Pflegekräfte z.T., dass eine Bewältigung psychischer Belastungen im Sinne der Psychohygiene während der Arbeitszeit grundsätzlich erwünscht sei (GD 4, Absatz 149-150).

Es wäre daher verkürzt, darauf zu schließen, dass Pflegekräfte tendenziell keinen Mehrbedarf an Zeit für Emotionsarbeit in der Arbeit sehen. Zu beachten sind hier die Kontextbedingungen der Einrichtungen, die offenbar keinen Raum für Emotionsarbeit im Sinne der Psychohygiene eröffnen, und das Bestreben der Pflegekräfte, ihre Arbeit unter Zeitdruck zu schaffen und den Bewohner\*innen dennoch hinreichend Zuwendung entgegenzubringen – bei Unterdrückung und Zurückstellung der eigenen emotionalen Bedürfnisse und Befindlichkeiten. Gleichzeitig mangle es in der Freizeit auch an Möglichkeiten der Bewältigung emotionaler Arbeitsbelastungen, sodass häufig von einer Unterdrückung anstelle einer Be- oder Verarbeitung gesprochen werden kann.

So sprechen die Pflegekräfte auch davon, dass sie während der Schicht „funktionieren“ und ihre eigenen Bedürfnisse nach einem Toilettengang oder Trinken zurückstellen bzw. in den Feierabend schieben. Einerseits erklärte eine Pflegekraft, sie stecke z. T. insoweit selbst zurück, dass sie die eigene Pause auch mal zugunsten der Zeit mit den Bewohner\*innen (als Menschen) ausließe (Pfk 4, Absatz 60) (vgl. Kapitel 5.3 Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck). Es handele sich dabei um eine Gradwanderung zwischen einerseits dem Wunsch und der Motivation helfen zu wollen und andererseits der begrenzten (zeitlichen) Möglichkeit, alles leisten zu können.

Bei Pfl egetätigkeiten, wie dem Essenanreichen, sind die Pflegekräfte oft darauf angewiesen, dass die Pflegebedürftigen bei dieser Intervention kooperieren bzw. mitwirken. Sofern eine pflegebedürftige Person von der Nahrungsaufnahme überzeugt werden muss, benötigt es Zeit. Wenn Pflegekräfte unter Zeitdruck stehen, müssten sie ihre Ungeduld unterdrücken, damit die Bewohner\*innen ihnen diese nicht anmerken.

Eine Pflegefachkraft beschreibt ihren Arbeitstag als „normal stressig.“ (Pfk 5, Absatz 12). Insbesondere die Aushandlungen im Rahmen von Kooperationsarbeit, bei der die Bewohner\*innen immer wieder von notwendigen Pfl egetätigkeiten zu überzeugen sind, „das [ist] manchmal wirklich kräftezehrend.“ (Pfk 5, Absatz 16). Gerade Arbeitssituationen, in denen Bewohner\*innen überzeugt werden müssten, verlangten z. T. eine enorme Emotionsarbeit, indem sich die Pflegekraft zurückbesinnt auf die Notwendigkeit der Aushandlung und der kooperativen Einigung, wenngleich sie unter Zeitdruck steht. Dies erfordert in großem Umfang das Regulieren der eigenen Gefühle. Wenn Pflegekräfte ihre eigenen Gefühle dauerhaft bei der Arbeit unterdrücken müssen, können sich emotionale Dissonanzen zwischen den dargestellten Gefühlen und den inneren Gefühlszuständen und Befindlichkeiten als gesundheitsgefährdende Stressoren erweisen, die Burnout begünstigen (siehe Kumbruck 2010). Ein weiteres Beispiel für emotionale Dissonanz beschreibt eine andere, sich als sensibel beschreibende Pflegefachkraft. Sie setze häufig einen den eigenen Gefühlen entgegengesetzten Gefühlsausdruck, d.h. ein Lächeln, auf (GD 4, Absatz 41).

Gerade bei der Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen seien Pflegekräfte z. T. immer wieder überrascht, wie diese emotionale Befindlichkeiten der Pflegekräfte mitbekämen (GD 4, Absatz 104). Daher sei die Devise einer Pflegefachkraft, kein Geheimnis aus den eigenen Gefühlen zu machen und sich nicht zu verstellen. Aber es gebe einen Unterschied zwischen dem ‚Handeln unter Gefühlen‘ und dem ‚Leiten lassen von Gefühlen‘ während der Arbeit. Es gehe darum letzteres zu vermeiden, erklärt eine Pflegedienstleitung. Gleichwohl dürften Pflegekräfte private Interessen und Gefühle in einem unverfänglichen Rahmen ansprechen, z. B. zum Verlauf eines Sportvereinsspieles.

Aufgrund zu geringer zeitlicher Kapazitäten kommt es zu Überforderungen auf Seiten der Pflegekräfte (GD 4). Überdies seien die ständige Erreichbarkeit und fehlende Rückzugsmöglichkeiten ein Grund für psychische Erschöpfung der Pflegekräfte (GD 3). So berichten Pflegekräfte z.B. von Aufenthaltsräumen, in denen 15 Bewohner\*innen säßen, darunter fünf Personen, die gleichzeitig die Pflegefachkraft ansprächen (GD 3, Absatz 31). Gerade in der stationären Pflege mit ihren hohen emotionalen Anforderungen an Interaktionsarbeit und Selbstregulation der Gefühle ist es für den Erhalt der psychischen Gesundheit von Pflegekräften aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive bedeutsam, dass sie sich zeitweilig während der Arbeitszeit dem direkten Kontakt mit Bewohner\*innen entziehen können und erholförderliche Rückzugsräume zur Verfügung stehen (Thorein et al. 2018: 17; Böhle et al. 2015: 136; Ulich & Wülser 2004: 104).

Während der teilnehmenden Beobachtung ergab sich der Eindruck, dass Raucherpausen meist als kurze Erholzeiten genutzt wurden, um sich einmal aus Pflegesituationen zurückziehen zu können. Auf Nachfrage erklärten die Pflegekräfte, dass dies zwar sein könne, sie die Raucherpause jedoch nicht bewusst so nutzten. Während der Übergabe könnten Pflegekräfte z. T. auch emotional abschalten. Gleichwohl ist es auch Sicht der Pflegekräfte wünschenswert, (mehr) Zeit zum Reflektieren der Arbeit innerhalb der Schichten zu haben, die es eigentlich nicht gibt. Zeit zum Reflektieren wird als gut befunden, sei aber auch zeit-

aufwändig (Pfk 5, Absatz 114). Eine Pflegekraft würde stattdessen z. B. die Zeit im Auto auf der Rückfahrt nach Hause nutzen, um den Tag Revue passieren zu lassen (Pfk 5, Absatz 112). Der Umgang mit emotionalen Anforderungen an die Interaktionsarbeit wird offenbar in den Pflegeeinrichtungen individualisiert, d.h. den einzelnen Pflegekräften in ihrer Privatsphäre überantwortet, da organisationsintern oft keine Zeiträume und Gelegenheitsstrukturen für eine Reflexion dieser Anforderungen zur Förderung der Psychohygiene von Pflegekräften vorgesehen sind. Wenn entsprechende Reflexionszeiten und -angebote nicht vorgehalten werden, besteht die Gefahr, dass zumindest in mittel- bis längerfristiger Perspektive die psychische Gesundheit von Pflegekräften beeinträchtigt wird.

Es gibt in unserer Empirie jedoch auch Positivbeispiele: In einer Einrichtung werden Pflegekräften Reflexionszeiten z. T. vom Pflgeteam während der Arbeit ermöglicht, indem sie der betreffenden Pflegekraft einzelne Aufgaben abnehmen und ihr einen zeitlichen Raum für die Reflexion zu schaffen (GD 1, Absatz 80). Bei diesem Positivbeispiel handelt es sich allerdings um die kollektive Praxis eines Pflgeteams, die offenbar nicht durch entsprechende Zeiträume und Strukturen auf der Einrichtungsebene flankiert wird. An stressigen Tagen benötigt man etwas Zeit, sich nach der Arbeit zu sammeln, bevor man nach Hause gehen kann (GD 1, Absatz 122).

Nach Aussage der Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen besteht eine wesentliche Anforderung, sich selbst in der Arbeit Grenzen zu setzen: „Fertig wird man eigentlich nie.“ (GD 4, Absatz 15) Überstunden in Form von 30 bis 60 Minuten seien normal (vgl. Kapitel 5.3.2 Die Informalisierung bzw. Ausdehnung von Arbeitszeit). Veränderungen, die bei einem Bewohner / einer Bewohnerin wahrgenommen werden, z.B. eine Rötung der Haut, würden zwischendurch vergessen, wenn direkt der nächste Bewohner / die nächste Bewohnerin versorgt werde. Die hohen Arbeitsanforderungen erleben die Pflegekräfte z.T. als Überforderung (GD 4). Deutlich wird, wie wichtig ein strukturiertes Vorgehen in der Pflegearbeit ist, bei dem die eigenen Gedanken sortiert werden müssen. Eine Pflegekraft sprach davon, dass sie im „Abhaken-Denken“ arbeite: „Okay, abgehakt, nächster. Haste jetzt geschafft, nächster.“ (GD 4, Absatz 194).

Hohe emotionale Anforderungen an die Pflegearbeit sind damit verbunden, situativ auf die Gefühle der Bewohner\*innen angemessen einzugehen und sich entsprechend schnell aus einer Situation (Trauer) auf die nächste (freudig) innerlich einstellen zu können (GD 2, Absatz 59). Dieser situative emotionale Anforderungswechsel erfordert, die eigenen Gefühle sehr stark zu kontrollieren. Schwierig sei es insbesondere mit den eigenen Erwartungen an sich bzw. den eigenen individuellen Vorstellungen darüber, wie mit Pflegebedürftigen umgegangen bzw. auf sie zugegangen werden sollte. So schwanke eine Pflegekraft regelmäßig zwischen Lachen und Ernst (GD 4, Absatz 153).

Mit der Pflegearbeit sind besonders hohe emotionale Anforderungen verbunden, die aus dem Umgang mit existenziellen Gefühlen, wie Trauer und Leid, zusammenhängen; insbesondere im Sterbeprozess und im Todesfalle von Bewohner\*innen (siehe Strauss et al. 1980). Wenn Bewohner\*innen versterben, spielt Zeit auch in Bezug auf die Trauer eine große Rolle. Die Pflegekräfte müssten sich innerlich sammeln, um professionell mit eigenen Trauergefühlen umzugehen und ihre Professionalität aufrechtzuerhalten, die für ein Gespräch mit trauernden Angehörigen notwendig ist. Hierbei sei es erforderlich, die eigenen Gefühle zu bearbeiten bzw. zu unterdrücken, um Gefühlsarbeit gegenüber den Angehörigen leisten zu können. Darüber hinaus entsteht für die Pflegekräfte im Falle des Todes von Bewohner\*innen ein erhöhter Organisationsbedarf, dessen Zeitpunkt vorher nicht genau bestimmbar ist.

#### *Wofür bräuchte es mehr Zeit? – Zeitwünsche mit Blick auf Interaktionsarbeit*

In den Gruppendiskussionen mit Pflegekräften der vier Einrichtungen lag ein inhaltlicher Fokus auf der Frage, wofür sie mehr Zeit bei der Arbeit mit und an Bewohner\*innen verwenden würden. Hierbei wurde nach möglichst konkreten Interventionen und Anlässen gefragt, auf die sich die Zeitwünsche der Pflege-



kräfte beziehen. Die Frage nach den Zeitwünschen der Pflegekräfte spiegelt eine subjektive Gewichtung der Zeit für Interaktionsarbeit wider.

Den Sinnansprüchen an die Pflegearbeit nachkommen

Besonders auffällig ist, dass die Pflegekräfte in allen Gruppendiskussionen ihre Zeitwünsche auf einen übergeordneten Gesichtspunkt richteten: mehr Zeit zu haben, um den inhaltlichen Ansprüchen an ihre Arbeit gerecht zu werden, d.h. das Ethos fürsorglicher Praxis (besser) realisieren zu können. Hierbei überschneiden sich die vier Dimensionen der Interaktionsarbeit.

Das Ethos fürsorglicher Praxis bildet für die Pflegekräfte den zentralen Sinnhorizont ihrer Arbeitstätigkeit. Die Zeitwünsche beziehen sich darauf, mehr Zeit für individuelle Zuwendung, Kommunikation und Betreuung für die Bewohner\*innen zu haben. Die Pflegekräfte knüpfen damit an ihre originäre Motivation an, das Berufs- und Tätigkeitfeld der Pflege gewählt zu haben. Dies wird in unterschiedlichen Facetten deutlich, in denen die Pflegekräfte mehr Zeit für die fürsorgliche Praxis reklamieren:

Eine Pflegefachkraft erklärt, man wolle liebevolle Arbeit leisten und sich Zeit nehmen (Pfk 3). Die Pflegekräfte betonen, dass ihre Arbeit mit Herz gemacht werde, nicht nur für das Gehalt. Sie machten ihre Arbeit mit Liebe, und müssten dies manchmal mehr zeigen, aber der Zeitdruck treibe sie weiter (GD 4, Absatz 28). Der humane Aspekt des Pflegens werde häufig nicht berücksichtigt bei der Personalbemessung. Es werde zu wenig Zeit für Kommunikation und Interaktion eingeplant (GD 1, Absatz 84). Dies zeige sich u. a. darin, für die Bewohner\*innen präsent zu sein, z. B. indem eine Pflegekraft häufiger bei einer pflegebedürftigen Person, die im Sterben liege, vorbeischaue. Zwar setzten sich die Betreuungskräfte auch mal zu den Bewohner\*innen, doch z.B. für die basale Stimulation oder das Vorlesen fehle die Zeit. Auch bettlägerige Bewohner\*innen würden sich unterhalten wollen, doch im Kopf habe die Pflegekraft immer all die Aufgaben, die noch anstehen (GD 3, Absatz 15). Die Zeitwünsche der Pflegekräfte richteten sich zudem auf die Sterbebegleitung von Bewohner\*innen. Dies ist näher ausgeführt unter dem Aspekt der Gefühlsarbeit.

In der Praxis habe eine Pflegekraft nicht die Zeit, die sie für den Bewohner\*in gerne hätte. Es brauche mehr Zeit. Sie lernten theoretisch, wie pflegenbedürftige Menschen ganzheitlich zu betreuen seien, aber in Wirklichkeit seien sie nur zuständig für „satt und sauber“ (GD 4, Absatz 6). „Gute Pflege, (...) du kannst Leute gut pflegen, wenn du genug Zeit hast.“ (Phk 4, Absatz 44). Gerade die Zuwendung werde von den Pflegekräften der Dokumentation vorgezogen: „weil mir einfach die Zeit wichtiger ist bei den Patienten zu sitzen und ihnen das Essen anzureichen“ (Phk 2 / Schüler\*in, Absatz 217). Die Bedeutung des Bewohnerkontakts für die Pflegekraft wird damit betont.

Eine Pflegehilfskraft/-Schülerin (GD 4, Absatz 6) wünscht sich mehr Zeit für die Bewohner\*innen und konkretisiert ihren Wunsch mit Zeit für Betreuung und einem höheren Arbeitsanspruch als „satt und sauber“ (ebd.), dem sie nicht nachkommen könne. Diese Beziehung zu den Pflegebedürftigen ist damit ein wesentlicher Bestandteil ihres grundlegenden Arbeitsethos. In einer Gruppendiskussion wurde angesprochen, dass es auf die Ganzheitlichkeit der Pflege und der zu pflegenden Person ankomme. Es sei wichtig und Anspruch ihrer Pflegearbeit, dass sie als Bezugsperson verschiedene Facetten der Persönlichkeit der Bewohner\*innen im Blick haben. Sofern die Aktivierung durch Betreuungskräfte übernommen werde, werde dadurch die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften unterbrochen und leide.

Bewohner\*innen, gerade die weniger dementen Bewohner\*innen, seien dankbar, wenn Pflegefachkräfte Gespräche mit ihnen führten und „einfach mal kurz 10 Minuten oder 5 Minuten [...] was Privates erzählt“ (Phk 4, Absatz 24). Dazu gehöre es für eine Pflegekraft auch, z. B. nach der Rückkehr aus dem Urlaub, den Bewohner\*innen zu ermöglichen von ihren Erlebnissen in dieser Zeit zu erzählen (Pfk 4, Absatz 60). Doch jeder Dialog kostet Zeit, die für etwas Anderes vorgesehen war. Wenn ein paar Minuten mehr benö-

tigt werden, könne etwas anderes nicht erledigt werden (GD 1, Absatz 15). Dabei gilt es, die Pflege immer wieder an die veränderten Vorlieben, Persönlichkeit und Biographie der Bewohner\*innen anzupassen. Und doch brauche nicht jede/r Bewohner\*in jeden Tag 10 Minuten Interaktionsarbeit der Pflegekraft. Doch für diejenigen, die 10 Minuten bräuchten, gäbe es nicht immer diese Zeit (GD3, Absatz 20). Andere Pflegekräfte sprachen von insgesamt 30 bis 60 weiteren Minuten, die zusätzlich für jeden Bewohner / jede Bewohnerin täglich benötigt werde (GD 4).

Eine andere Pflegekraft hatte während der teilnehmenden Beobachtung den Eindruck, dass eine Bewohnerin verloren schaut, sie setzte sich dazu und nahm sich einige Minuten Zeit, um auf sie eingehen zu können (Phk 5). Daraufhin schien die Bewohnerin nach ein paar Minuten fröhlicher. Eine Pflegefachkraft formulierte im Interview den Anspruch, dass sie Zeit für die Pflege haben wolle und sich die Zeit nehmen können möchte (Pfk 1a, Absatz 127). Die Vorbereitung auf die Körperpflege, z. B. mittels Spazierengehens eine Bewohnerin zu beruhigen, koste Zeit, wenn sie nicht stattdessen die Bewohnerin sedieren möchte. Einige andere Pflegekräfte aus anderen Einrichtungen (u. a. aus 07) erklärten, dass sie gerne die Zeit hätten, sich zu einem Bewohner/ einer Bewohnerin dazusetzen, dies jedoch meist nicht möglich sei. Im Gegensatz dazu wird der zeitliche Druck deutlich in dem Beispiel: „Manchmal, wasche ich sie ganz schnell! Nur dass ich alles schaffe. Und das finde ich nicht [...] nicht gut.“ (Pfk 1c, Absatz 64). Diese Arbeitsanforderung schnell zu arbeiten widerspreche ihrem Arbeitsethos. Auch die Durchführung der Nahrungsaufnahme ist eine Tätigkeit, die Ruhe benötigt, um der Person angemessen zu handeln. Eine pflegebedürftige Person, die eine langsamere Essgeschwindigkeit hat oder wenig mobil ist, benötige Zeit (Phk 2, Absatz 26). Hierfür sei z. T. gar keine Zeit (GD 4, Absatz 7).

Zeit werde auch benötigt, um auf Anfragen oder angezeigte Bedürfnisse von Bewohner\*innen einzugehen (Gefühlsarbeit) und sie nicht vertrösten zu müssen: "Tut mir leid" (Phk6, Absatz 112) - im Vorbeiläufen. Sofern nicht genug Zeit für bestimmte Tätigkeiten vorhanden ist, werde die Arbeit z.T. auch nicht so gerne übernommen. So äßen einige Bewohner\*innen nicht, was die Kooperationsarbeit der Pflegekräfte bei der Nahrungsaufnahme und die Arbeit hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs erschwere. Sie, die Pflegekraft selbst, werde dann ungeduldig (GD 4, Absatz 36).

Der Arbeitsanspruch der Pflegekräfte setzt auch voraus, dass sie sich einen Überblick zu Anfang und zum Ende ihrer Schicht machen können. Diese Zeit gebe es jedoch meist nicht (GD 4, Absatz 74). Ist der eigene Arbeitsanspruch befriedigt, dass

*„du wirklich dich um die Bewohner gut kümmern konntest, dass die Dokumentation gut läuft, dass das alles so seine Ordnung hat, dann ja, dann fühlt man sich eigentlich ganz gut und dann geht man auch gut nach Hause“ (Pfk 6, Absatz 87).*

Der Wunsch nach mehr bzw. ausreichend Zeit für die Bewohner\*innen bezieht sich auch darauf, ihre Teilhabe zu ermöglichen und ihre Ressourcen zu fördern, wie in einer Gruppendiskussion (GD 1, Absatz 82) deutlich wird:

*„Ich kann den Bewohner von zeitlichem Aspekt, wo ich Vollübernahme mache, bin ich schneller fertig, aber der Bewohner, der alles selber kann, aber vielleicht nicht gerade weiß, oder sich erinnern kann, was ein Waschlappen ist. Das heißt, der Bewohner, der [...] aus medizinischer Sicht Pflegegrad 2 hat, kann mir genauso viel Zeit in Anspruch, sogar vielleicht viel mehr, als der, der Pflegegrad 5 hat. Weil die Vollübernahme, das ist das, was ich täglich mache, [...] was ich in ziemlich kurzer Zeit tue, oder sogar mit einem Helfer oder andere Fachkraft in kürzerer Zeit schaffe. Aber den Bewohner wertschätzend zu zeigen, das ist noch Waschlappen und seine Ressourcen selber nach [...] Gesicht zu waschen, kann es viel mehr Zeit in Anspruch zu nehmen.“ (ebd.).*

Diese Ergebnisse unterstreichen, dass deutlich mehr personelle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssten, damit Beschäftigte ihrem Pflegeanspruch nachgehen können. In diesen Ausführ-

rungen der Pflegekräfte zu ihren Zeitwünschen spiegelt sich ihr innerer Konflikt wider, angesichts des Arbeitens unter Zeitdruck nur begrenzt ihre Sinnansprüche an die Pflege realisieren zu können. Gleichwohl bleibt in der Äußerung ihrer Zeitwünsche das verinnerlichte Ethos beruflicher Praxis stets als normativer Bezugspunkt und Sinnanspruch präsent. Der Ökonomisierungsdruck in der Pflege kann durchaus dazu beitragen, dass Pflegekräfte ihre Arbeitsorientierung verändern bzw. zu problematischen Bewältigungsmustern neigen, wie Zynismus oder Übergriffen gegenüber Bewohner\*innen (vgl. Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2015; Osterbrink & Andratsch 2015). Die Befunde zeigen jedoch eindrucksvoll, dass die Beschäftigten auch unter erschwerten Voraussetzungen ihre Sinnansprüche an die Pflegearbeit reklamieren und aufrechterhalten. Von daher ist zu erwarten, dass sie mehr Zeit für die Pflege auch im Sinne ihres Ethos fürsorglicher Praxis einsetzen würden. Unter der Voraussetzung, dass die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege gegenüber dem gegenwärtigen Zustand verbessert würde, wäre empirisch näher zu untersuchen, inwiefern betriebliche Rahmenbedingungen eine solche am Ethos fürsorglicher Praxis orientierte Zeitverwendung fördern können.

#### Kooperationsarbeit: Mehr Zeit für Beziehungsaufbau

Für Pflegekräfte ist die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer guten Kooperationsbeziehung zu den Bewohner\*innen von zentraler Bedeutung, da diese ihnen die Pflege erleichtert. Ein gelingender Beziehungsaufbau ist zugleich die Basis dafür, Gefühlsarbeit und subjektivierendes Arbeitshandeln in der Pflege leisten zu können.

Die Pflegekräfte wünschen sich mehr Zeit für den Beziehungsaufbau, insbesondere beim Einzug der Bewohner\*innen. Der erste Beziehungsaufbau werde beim Einzug geleistet. Die Pflegekraft muss sich in diesem Fall Zeit nehmen, die neue pflegebedürftige Person kennenzulernen. Die Pflegekraft muss einerseits meist unter Zeitdruck, neben ihren anderen Tätigkeiten (Zeit- und Leistungsdruck), den Einzug vorbereiten. Sobald der/ die neue Bewohner/ in ankommt, wird erwartet, dass die Pflegekraft sich Zeit nimmt für den neuen Bewohner/ die neue Bewohnerin und entsprechend die Beziehung in Ruhe aufbaut und der neuen Person das Einleben ermöglicht (GD 4, Absatz 18). Ein guter Umgang sei anders „als wenn ich jetzt bloß ‚Guten Tag‘ sag und dann (...) vielleicht das Zeug ausräumen und Absatz drehen und wieder fort mach, ne, das geht nicht.“ (Phk 4, Absatz 42). Es brauche Zeit, um die Beziehung aufbauen zu können:

*„Frau 100990153009 zum Beispiel hab ich auch am Anfang mal Theater gehabt, ne, ich wollte ihr was Gutes tun, irgendwas, und das wollte sie alles nicht, weil die ja hier herkommen und [...] eigentlich gar nicht hier sein wollen. So, jetzt willst du denen was Gutes tun, da die sind dann gar nicht empfänglich dafür, ne.“ (Phk 4, Absatz 42).*

Die Beziehung entwickle sich dann über die Zeit und der Umgang verändere sich: „Jetzt komme ich so gut mit der klar“ (Phk 4, Absatz 24). Häufig zeigte sich zudem in den Interviews, dass eine mangelnde Kooperations- und Gefühlsarbeit auch für das Abschalten der Pflegekräfte nach der Arbeit eine Rolle spielt und von den Pflegekräften psychisch belastend empfunden wird (vgl. Kapitel 5.4.1 Zeitbedarfe mit Blick auf Emotionsarbeit).

#### Gefühlsarbeit: Mehr Zeit für Sterbebegleitung

Gefühlsarbeit umfasst unter anderem, Bewohner\*innen im Sterbeprozess Beistand zu leisten, sie zu trösten und quasi seelsorgerisch zu begleiten. Die Pflegekräfte bemängeln, dass es oft an Zeit für die Sterbebegleitung fehle: Die Pflegebedürftigen verstürben alleine, obwohl man sich kümmern möchte, betont exemplarisch eine Pflegekraft (Pfk 3). Um die Arbeit so durchführen, wie es die Pflegekräfte gerne würden, bräuchte es aus ihrer Sicht mehr Zeit mit den Bewohner\*innen im Sterbeprozess Diese würden sie

z. B. gerne einsetzen, um nach der Pflege im Zimmer zu bleiben und mit ihnen reden zu können (Bettwachen).

#### Subjektivierendes Arbeitshandeln: Mehr Zeit für den Umgang mit Unwägbarkeiten

Wünsche nach mehr Zeit für Interaktionsarbeit richten sich auf den Umgang der Pflegekräfte mit neuen, unvorhersehbaren Situationen in der Pflege (Unwägbarkeiten). Sich auf Unwägbarkeiten einzustellen, diese reflektieren zu können, daraus lernen zu können, das benötigt aus Sicht der Pflegekräfte mehr Zeit (GD 4, Absatz 144).

Die Pflegekräfte erklärten, dass z.B. Störungen Vorrang haben und alle anderen anstehenden Tätigkeiten werden zeitlich nach hinten geschoben. Es bräuchte demnach mehr Zeit, um die Arbeit qualitativ und vollständig umsetzen und abschließen zu können.

Zugleich verweisen die Pflegekräfte darauf, dass für eintretende, unvorhersehbare Situationen, wie Stürze von Bewohner\*innen (Phk 4, Absatz 36), Zeit genommen werden müsse, denn in diesen Fällen gebe keine Alternative (GD 4, Absatz 84). Aufgrund dessen, dass Pflegekräfte sich bisher auch die Zeit für diese Fälle genommen hätten, wurde z. T. in den Gruppendiskussionen mit Pflegekräften einer Einrichtung keine zusätzliche Zeit gewünscht (GD3). Zu beachten sind hierbei jedoch die besonders gute Personalbesetzung der Einrichtung und die relativ großzügigen zeitlichen Rahmenbedingungen.

#### Emotionsarbeit: Mehr Zeit für Psychohygiene

In der Auswertung der qualitativen Daten spiegelten sich divergente Haltungen und Umgangsweisen der Pflegekräfte mit der Regulation eigener Gefühle und Befindlichkeiten bei der Arbeit wider: teils wurde hierfür ein zusätzlicher Zeitbedarf gesehen, teils wurde die emotionale Selbstregulation in den Privatbereich verlagert. In einer Gruppendiskussion forderten die Pflegekräfte jedoch konkret (mehr) Zeit für die eigene Psychohygiene, die einrichtungsintern nicht vorgesehen sei und daher in den privaten Kreis verlagert werde (GD 4, Absatz 117). Eine Art Reflexionszeit würde Pflegekräften zugutekommen, die, wie sie sagen, emotional nicht hinterherkommen. Diese Zeiten werden allerdings nicht von allen Pflegekräften in gleicher Länge benötigt und auch nicht grundsätzlich von allen Pflegekräften an jedem Tag. Zeiten für Emotionsarbeit wären gerade im Rahmen von Sterbebegleitung hilfreich, da der Umgang mit eigenen Gefühlen des Verlusts und der Trauer um verstorbene Bewohner\*innen bisher primär im privaten Rahmen verarbeitet wird (Phk 2/ Schüler\*in).

#### Mehr Zeit für die Pflegedokumentation

Einige Pflegekräfte sind der Ansicht, die Dokumentation nehme einen viel zu großen Zeitanteil an ihrer Arbeit ein und die Zeit könne besser am / an der Bewohner\*in eingesetzt werden. Andere Pflegekräfte hingegen halten den Anteil der Dokumentation für gut und wichtig und würden lieber mehr Zeit für die Dokumentation aufwenden. Diese Pflegekräfte heben hervor, dass der erforderliche Umgang mit Unwägbarkeiten bzw. ungeplanten Zwischenfällen in der Pflege zur Folge habe, dass die Zeit für die bewohner-spezifische Pflegedokumentation nicht ausreiche: Auch das ausführliche und gewissenhafte Dokumentieren brauche Ruhe und Zeit, die im normalen Arbeitsalltag nicht möglich seien, weil es etwa alle 2 Minuten zu Störungen bzw. Unterbrechungen komme (Pfk 1; Pfk 9).

## 6.5 Zum Verhältnis von qualitativen und quantitativen Daten

Im folgenden Teilkapitel soll das Verhältnis zwischen qualitativen und quantitativen Daten und Ergebnissen in der Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege näher reflektiert werden.

Hierbei sollen erstens tendenzielle Konvergenzen zwischen quantitativen und qualitativen Ergebnissen der Forschung verdeutlicht werden. Zweitens soll aufgezeigt werden, wo Grenzen der quantitativen Methodik mit Blick auf eine hinreichende Erfassung von Interaktionsarbeit liegen und welche Schlussfolgerungen sich daraus ergeben.

Bei der Präsentation der Zwischenergebnisse der qualitativen Teilstudie vor dem Auftrag gebenden Expertengremium im Dezember 2018 wurde mehrfach die Frage aufgeworfen, inwiefern sich aus den qualitativen Ergebnissen auch in quantitativ messbare Zeitwerte generieren ließen. Eine unmittelbare Generierung quantitativer Daten auf Basis qualitativer Erhebungen ist nicht möglich, da sich die quantitative und qualitative Methodik und Forschungsparadigmen zu sehr voneinander unterscheiden, als dass eine solche Transformation qualitativer in quantitative Daten möglich erschien. Im Rahmen der qualitativen Teilstudie wurde eine Anbindung der qualitativen an die quantitativen Daten und Ergebnisse daher auf indirektem Wege verfolgt:

- Die erste Vorgehensweise bestand darin, Elemente der Interaktionsarbeit im Rahmen der quantitativen Erhebungen zu berücksichtigen. Hierzu wurde geprüft, inwiefern sich die Interaktionsarbeit inklusive ihrer vier Dimensionen in die Konzeption der Teilschritte und Anforderungen des Interventionskatalogs integrieren lässt. In enger Abstimmung mit dem Projektteam des *socium* hat das *iaw*-Projektteam Teilschritte und Anforderungen soweit wie möglich um Aspekte der Interaktionsarbeit ergänzt. Der Interventionskatalog bildete eine zentrale Grundlage für die Schulung der Datenerhebenden im Rahmen der quantitativen Erhebungen. Zudem erfolgte bei der Schulung der Datenerhebenden eine Sensibilisierung für Aspekte der Interaktionsarbeit, so dass sie diese bei der fachlichen Einschätzung von Soll-Zeiten angemessen berücksichtigen sollten.
- Die zweite Vorgehensweise bezog sich darauf, in den qualitativen Gruppendiskussionen mit Pflegekräften in den vier ausgewählten Einrichtungen erfahrungsbasierte Zeitwerte für Interaktionsarbeit zu eruieren. Wie bereits aufgezeigt wurde, geriet dieses Vorhaben an Grenzen, da die Pflegekräfte sich nur teilweise in der Lage sahen, solche erfahrungsbasierten Zeitwerte abzuschätzen und diese Schätzwerte eine sehr breite Streuung aufwiesen. Dies veranlasste uns dazu, daraus keine tendenziellen Aussagen zu annähernd quantifizierbaren, pauschalen Zeitwerten auf Basis des Erfahrungswissens der Pflegekräfte abzuleiten.

Vor diesem Hintergrund wurde zunächst am Beispiel ausgewählter Interventionen sondiert, inwiefern eine Konvergenz zwischen den qualitativen und quantitativen Studienergebnissen aufscheint. Ferner wurde ebenfalls am Beispiel ausgewählter Interventionen eruiert, wo Begrenzungen der quantitativen Teilstudie im Hinblick auf die Erfassung von Interaktionsarbeit sichtbar werden, die es erfordern, über zeitliche prozentuale Zuschläge für Interaktionsarbeit nachzudenken. Hierzu wird im nachfolgenden 6. Kapitel ein Vorschlag unterbreitet.

#### *Zur Konvergenz von qualitativen und quantitativen Ergebnissen*

In Zusammenarbeit mit dem *socium* wurde geprüft, inwiefern zwischen den qualitativen und den quantitativen Forschungsbefunden eine Konvergenz der Ergebnisse vorliegt. Hierzu wurden die Ergebnisse mit Blick auf ausgewählte Interventionen verglichen, die durch ein hohes Maß an Interaktionsarbeit geprägt sind. Wenn hier von Konvergenz die Rede ist, bezieht sich dies auf eine tendenzielle Gleichgerichtetheit der Ergebnisse. Vor dem Hintergrund der qualitativen Ergebnisse lassen sich die quantitativen Soll-Ergebnisse ausgewählter Interventionen durch Zeitaufschläge der Datenerhebenden für Interaktionsarbeit interpretieren. Hierbei handelt es sich um Plausibilitätsannahmen, denn *de facto* ließ sich nur ansatzweise feststellen, ob die zeitlichen Soll-Aufschläge nachweisbar für Interaktionsarbeit vergeben wurden. Hierzu hätten nach der Beobachtung durchgeführte Interviews mit den Datenerhebenden näheren Aufschluss geben können. Solche qualitativen Interviews waren im Studiendesign aber nicht vorgesehen. In Anbetracht der Sensibilisierung der Datenerhebenden für Interaktionsarbeit und der Tatsache, dass es

sich dabei überwiegend um erfahrene Pflegefachkräfte handelt, ist anzunehmen, dass sich in diesen Soll-Zeitaufschlägen gleichwohl zusätzliche Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit widerspiegeln, zumal sie sich nicht klar von den sogenannten Pflegeinterventionen trennen lassen.

Eine solche Konvergenz der Ergebnisse lässt sich beispielsweise mit Blick auf die Studienergebnisse zu den beiden Interventionen 3.3 verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen sowie 4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung aufzeigen:

*Intervention: 3.3 verhaltens- und umgebungsbezogenen Interventionen*

Die Verhaltensweise des Umherwanderns bezieht sich insbesondere auf demenziell erkrankte Bewohner\*innen. Die darauf bezogene Intervention wurde der Interventionskategorie „*Verhaltens- und umgebungsbezogene Intervention*“ zugeordnet.

Definiert wird diese Intervention im Interventionskatalog wie folgt: „*Unterstützung bei der Bewältigung von Verhaltensweisen und -auffälligkeiten und psychischen Problemlagen.*“

*Genauer beschrieben wird die Intervention mit: „Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen sind ausgerichtet auf einen Bedarf an personeller Hilfe, der unmittelbar oder indirekt in Folge bestimmter Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsteht. Dazu gehören z. B.*

- *Situationen, die mit einem Risiko der Selbstverletzung einhergehen oder anderer verhaltensbedingter Schädigungen der Gesundheit (z. B. Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Ablehnung von notwendiger Unterstützung, Essen ungenießbarer Substanzen),*
- *Situationen, die zwar keine unmittelbare Gefährdung, aber andere Probleme oder Belastungen für den Betroffenen darstellen können (z. B. sich verlaufen, Horten und Verstecken von Gegenständen, Beschädigung der materiellen Umgebung, veränderter Tag-Nacht-Rhythmus),*
- *Gefährdungen oder Beeinträchtigungen anderer Personen (z. B. durch aggressives Verhalten oder vokale Auffälligkeiten).*

*Zu den umgebungsbezogenen Interventionen zählen die Identifizierung und Veränderung von verhaltenswirksamen Umgebungsfaktoren und die Schaffung einer sicheren und vertrauten Umgebung (z. B. durch Entfernung von Verletzungsquellen oder die Bereitstellung/Beschaffung vertrauter Gegenstände). Die verhaltensbezogenen Interventionen umfassen verbale Reaktion auf die Verhaltensweisen und die gezielte Ansprache, das Einwirken auf die Verhaltensweisen, Maßnahmen zur Entlastung (z. B. Minderung von Ängsten, Motivation zur Verbalisierung negativer Empfindungen) und Kriseninterventionen.“*

Die Resultate der qualitativen Teilstudie belegen, dass das ‚Umherwandern‘ von insbesondere demenziell erkrankten Bewohner\*innen mit einer für die Pflegekräfte überwiegend sehr zeitaufwändigen Interaktionsarbeit verbunden ist. Insbesondere sind hierbei die Gefühls-, sowie die Kooperationsarbeit der Pflegekräfte und ihr subjektivierendes Arbeitshandeln gefordert, um die Grundlage dafür zu schaffen, dass umherwandernde Bewohner\*innen bereit sind, in die Einrichtung bzw. in ihren Wohnbereich zurückzukehren. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung weisen in die gleiche Richtung:

Auch hier wird deutlich, dass tendenziell durch die Datenerhebenden die Zeit für diese Intervention als nicht ausreichend bewertet wurde. Insbesondere die Situation des Suchens einer umherwandernden Person stellt den befragten Pflegekräften zufolge einen immensen zeitlichen Mehraufwand für die Pflegekräfte dar. In einer Einrichtung wurde davon berichtet, dass eine demenziell erkrankte, pflegebedürftige Person außerhalb der Einrichtung umherwanderte und sich von mehreren Beschäftigten nicht überzeugen ließ zurückzukehren, sodass schließlich die Einrichtungsleitung die Person 3,5 km in eine Richtung und wieder zurück begleitete, um sie vor Verletzungen und Orientierungslosigkeit zu bewahren. Dass

Bewohner\*innen aus den Einrichtungen (in den Straßenverkehr) liefern, passiere nach Aussage der Pflegekräfte immer wieder.

#### *Intervention: 4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung*

In den qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen erklärten die Pflegekräfte immer wieder, dass nicht genug Zeit für das Anreichen von Essen vorhanden sei. In den quantitativen Daten konnte die Tendenz bestätigt werden.

Im Interventionskatalog wurde die Intervention wie folgt definiert: „*Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der oralen Nahrungsaufnahme.*“

Beschrieben wird die Intervention darin wie folgt: „*Die Intervention ‚Nahrungsaufnahme: Durchführung‘ umfasst die Unterstützung bei der Aufnahme von Getränken oder Speisen unter Berücksichtigung der Wünsche und der Geschwindigkeit der betroffenen Person sowie der notwendigen hygienischen Schutzmaßnahmen. Ggf. umfasst die Intervention körperliche Unterstützungen, wie beispielsweise das ‚Hand führen‘.*“

Entsprechend der Definition wurde die „*Berücksichtigung der Wünsche und der Geschwindigkeit*“ als Teil der Intervention gesehen. Dies lässt sich auch unter Kooperationsarbeit fassen. Damit zeigt sich an diesem Beispiel, dass z. T. die Anforderungen, die durch Interaktionsarbeit bei der Intervention entstehen, auch im quantitativen Studienteil berücksichtigt wurden. Inwiefern dieser Anforderung des Erfragens von Essenswünschen und des Eingehens auf Vorlieben nachgekommen wird, liegt jedoch auch in der Intervention Vorbereitung der Nahrungsaufnahme. Zudem ist dies eine Frage der jeweiligen Organisation in der Einrichtung. Es gibt unterschiedliche Regelungen wie z. B. Essensausgaben über Tablets, sodass Vorbestellungen im Wochenrhythmus möglich sind. In manchen Einrichtungen konnte während der Essensausgabe gefragt werden, wer was und wie viel wovon essen möchte.

Dies ist aber eine Intervention, die in der quantitativen Erhebung häufig über den fiktiven Bewohner „Admin Orga“, unter dem alle organisatorischen, nicht auf eine/ n Studienteilnehmer\*in bezogenen Tätigkeiten, erfasst wurde. Daraus lässt sich schließen, dass auch hier keine Zuordnung zu einer konkreten Person erfolgt ist. Das Vorgehen wurde damit begründet, dass die Pflegekräfte in diesem Falle häufig sich nicht nur einer Person widmen, sondern auch anderen Bewohner\*innen am Tisch mal eben zwischen durch helfen. Demnach wären die nachfolgenden Ergebnisse auf alle Bewohner zu beziehen (z. B. Essen anreichen am Esstisch).

Prinzipiell zeigen auch die quantitativen Daten, dass es einen notwendigen zeitlichen Mehraufwand gibt, um diese Intervention fachgerecht durchführen zu können.

Das Anreichen der Nahrung dauert je nach Selbstständigkeit, Wünschen und persönlicher Geschwindigkeit nicht immer gleich lange. Die Intervention wurde nur bei Bewohner\*innen ab einem Pflegegrad von 3 festgehalten, sofern die Intervention direkt einer Person zugeordnet werden konnte und nicht über ‚Admin Orga‘ erfasst wurde. Diese Aspekte lassen eine breite Streuung erklären.

Grundsätzlich wäre hierbei jedoch zu bedenken, dass Unwägbarkeiten eine Rolle spielen könnten und auch ggfls. zu leistende Gefühlsarbeit eine Rolle bei der Nahrungsaufnahme der Pflegebedürftigen erforderlich werden kann. Ein konkreter zusätzlicher Zeitwert für Interaktionsarbeit ist daher auf Grundlage der Daten nicht benennbar.

#### *Begrenzungen der quantitativen Teilstudie mit Blick auf Interaktionsarbeit*

Die quantitative Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege weist mit Blick auf die Berücksichtigung von Interaktionsarbeit deutlich über vorhandene Ansätze der Personalbemessung in diesem Bereich hinaus, bei denen Interaktionsarbeit nicht beachtet wurde:

- Pflegeinterventionen enthalten immer auch interaktive Aspekte, da Interventionen und Interaktionsarbeit in der pflegebezogenen Dienstleistungsarbeit nicht voneinander zu trennen sind. In der Beschreibung der Teilschritte und Anforderungen des Interventionskatalogs wurden daher soweit wie möglich Aspekte der Interaktionsarbeit integriert. Diese bildeten eine wichtige Informations- und Orientierungsgrundlage für die quantitativen Erhebungen. Somit enthalten die erfassten Zeiten für die Pflegeinterventionen auch eingeschränkt Zeiten für Interaktionsarbeit. Wie auch in Kapitel 2.2 (Interaktionsarbeit und Zeit) bereits herausgestellt wurde, handelt es sich in häufigsten Fällen um sehr kurze Interaktionsmomente, sowie zu einem Großteil, um Interaktionsepisoden, die zeitgleich mit einer Verrichtung stattfinden (Glaser et al. 2008: 69). Aufgrund der Tatsache, dass während der quantitativen Datenerhebung immer nur eine Intervention gleichzeitig gestartet werden konnte, wurden diese kurzen Interaktionsepisoden zwar zeitlich, aber nicht inhaltlich erfasst. Inwiefern die Datenerhebenden diese Leistung der Kommunikation für relevant hielten, so dass sie ggfls. Zeitzuschläge als notwendig bewerteten, ist nicht überprüfbar. Darüber hinaus werden kognitive / nicht sichtbare Interaktionszeiten zwischen zwei Bewohner\*innen keinen direkten Einfluss auf zeitlich notwendige Bewertungen gehabt zu haben.
- Die quantitativ Datenerhebenden, bei denen es sich um qualifizierte Pflegekräfte mit in der Regel mehrjähriger Berufserfahrung handelte, wurden vor ihren Erhebungen in den stationären Pflegeeinrichtungen nicht nur eingehend über die Studie informiert und in der Handhabung der Datenerfassungsgeräte geschult, sondern auch mit Blick auf die Interaktionsarbeit sensibilisiert. Diese Sensibilisierung erfolgte vor dem Hintergrund, dass selbst qualifizierte Pflegekräfte sich der Interaktionsarbeit im Arbeitshandeln oft nicht explizit gewahr sind, da Interaktionsarbeit eng verwoben ist mit den unterschiedlichsten pflegebezogenen Interventionen. Die Sensibilisierung zielte daher darauf ab, die Aufmerksamkeit der quantitativen Datenerhebenden für Interaktionsarbeit und ihre vier Kerndimensionen zu erhöhen, so dass sie Interaktionsarbeit in ihrer Erhebung mit erfassten und bei der Einschätzung der Soll-Werte für pflegebezogene Interventionszeiten mitberücksichtigten.
- Die Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege war interdisziplinär ausgerichtet, da sie auf die Kooperation zwischen den Fachdisziplinen Public Health, Pflegewissenschaften, Gerontologie und Arbeitswissenschaft setzte. Durch die arbeitswissenschaftliche Perspektive wurde die Perspektive der Pflegebeschäftigten und ihre Sinnansprüche an ihre Arbeit berücksichtigt. Die qualitative Teilstudie lenkte die Aufmerksamkeit auf die Pflegekräfte als Arbeitspersonen, die in stationären Pflegeeinrichtungen als soziotechnische personenbezogene Dienstleistungssysteme tätig sind. Durch diese Perspektivenerweiterung geraten – vor allem in der qualitativen Teilstudie – auch die konkreten Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte und ihre mit der Interaktionsarbeit verbundenen Arbeitsanforderungen stärker in den Blick. Die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege ist nicht nur eine Frage der Personalausstattung in Bezug auf Standards der Pflegequalität und Pflegegrade der Bewohner\*innen, sondern gleichermaßen auch eine Frage der Arbeitsqualität: Gesundheitsförderliche und sinnstiftende Arbeitsbedingungen bilden nicht nur eine Grundlage für eine hohe Dienstleistungsqualität (vgl. Becke et al. 2010). Vielmehr ermöglichen sie Pflegekräften ihre Arbeitstätigkeiten längerfristig auszuüben und fördern ihre Bindung an das Berufsfeld bzw. an Einrichtungen.

Die Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege weist also auch mit Blick auf die Interaktionsarbeit einen innovativen Charakter auf, der über bestehende Ansätze der Personalbemessung hinausweist. Allerdings wurden bei der für die Personalbemessung relevanten Interaktionsarbeit auch Grenzen der quantitativen Teilstudie deutlich, die hier nun erörtert werden. Im nachfolgenden Kapitel werden Schlussfolgerungen aus diesen Begrenzungen gezogen.



Limitationen der quantitativen Teilstudie in Bezug auf Interaktionsarbeit werden vor allem in folgenden Aspekten sichtbar:

#### *Grenzen der Beobachtbarkeit von Interaktionsarbeit*

Interaktionsarbeit beinhaltet sichtbare, nur schwer beobachtbare und unsichtbare Tätigkeitselemente. Im Interventionskatalog wurden überwiegend von außen beobachtbare Tätigkeitselemente der Interaktionsarbeit aufgenommen. Diese Tätigkeitselemente beziehen sich primär auf zwei der vier Dimensionen der Interaktionsarbeit: die Kooperationsarbeit und die Gefühlsarbeit. Das subjektivierende Arbeitshandeln, das sich auf den Umgang mit Unwägbarkeiten im pflegebezogenen Arbeitsprozess bezieht, wurde innerhalb des Interventionskatalogs durch die Berücksichtigung von notwendige Bedarfs- und Notfallinterventionen selektiv einbezogen. Subjektivierendes Arbeitshandeln stellt allerdings bei personenbezogenen Dienstleistungen und insbesondere in der Pflege eine alltägliche Daueraufforderung an Pflegekräfte dar, wie auch in der qualitativen Teilstudie deutlich wurde. Grenzen der Planbarkeit des pflegebezogenen Arbeitshandelns resultieren vor allem aus dem ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘, d.h. aus der Subjektivität der Pflegebedürftigen, ihrer sich verändernden Befindlichkeit und psychophysischen Konstitution (Böhle et al. 2015) sowie aus den sozialen Interaktions- und Beziehungsdynamiken zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen (vgl. Becke & Wehl 2014; Becke et al. 2015). Darüber hinaus können sich Unwägbarkeiten des pflegebezogenen Arbeitshandelns aus sich verändernden betrieblichen bzw. personenbezogenen Rahmenbedingungen ergeben, wie eine Ausweitung grippaler Infekte innerhalb der Belegschaft, der bei verbleibenden Pflegekräften Mehrarbeit und überlange Arbeitszeiten nach sich ziehen kann und u.a. zur Folge hat, dass Pflegekräfte nun auch Pflegebedürftige betreuen, mit denen sie weniger vertraut sind. Hinzu kommt, dass subjektivierendes Arbeitshandeln unsichtbare Tätigkeiten beinhaltet (Kumbruck 2010), wie kognitive und intrapsychische Prozesse, die sich einer externen Beobachtbarkeit entziehen. Die Bewältigung vielfältiger Unwägbarkeiten in der Pflegearbeit sowie diese kognitiven wie intrapsychischen Arbeitsleistungen der Pflegekräfte werden in der quantitativen Teilstudie nicht oder kaum erfasst. Dies bedeutet, dass hierfür auch keine (notwendigen) Zeiten der Pflegearbeit erfasst werden. Diese Problematik besteht auch im Hinblick auf die von Pflegekräften zu leistende Emotionsarbeit. Da die Gefühlsregulation der Pflegekräfte intrapsychisch erfolgt, entzieht sie sich weitgehend einer direkten Beobachtbarkeit. Gleichwohl ist Emotionsarbeit mit Zeiten für die Gefühlsregulation verbunden. Wenn Pflegekräfte Zeit für die Gefühlsregulation bzw. für die Bewältigung emotionaler Anforderungen an die Pflegearbeit aufwenden, so wird diese Zeit bisher nicht anerkannt, da es sich dabei um unsichtbare Tätigkeitselemente handelt. Die Nicht-Berücksichtigung von Zeiten für Emotionsarbeit hat zur Folge, dass sich die Pflegearbeit weiter verdichtet, wenn auf der Ebene der Einrichtungen keine Reflexions- und Bewältigungszeiten zur Verfügung gestellt werden. Diese grundsätzliche Problematik der Nicht-Berücksichtigung von Zeiten für Emotionsarbeit wird auch in der quantitativen Teilstudie nicht gelöst.

Mit Blick auf das subjektivierende Arbeitshandeln und die Emotionsarbeit kann daher festgehalten werden, dass die quantitative Methode der Zeiterfassung von Pflegeinterventionen intrapsychische und kognitive Prozesse der beschatteten Pflegekräfte, wie die sinnliche Wahrnehmung, die individuelle Analyse von Pflegesituationen, das Sich-Einstellen auf unvorhergesehene Arbeitssituationen, die Reflexion der eigenen Arbeit sowie der Kontrolle oder Regulation eigener Gefühle bei der Arbeit, nicht von den quantitativen Datenerhebenden erfasst werden konnten. Hier ergänzt der qualitative Studienteil zur Interaktionsarbeit wesentliche Kernaspekte, die es bei der Personalbemessung zu berücksichtigen gilt.

Anhand einer ausgewählten Intervention lässt sich diese Problematik verdeutlichen:

#### *Intervention: 4.19 postmortale Versorgung*

An die Sterbebegleitung schließt sich die Intervention der postmortalen Versorgung an. Im Interventionskatalog ist sie wie folgt definiert: „*Definition: Notwendige pflegerische und organisatorische Maßnahmen nach Eintritt des Todes.*“

Beschrieben wird diese Intervention im Interventionskatalog folgendermaßen: „Die ‚Postmortale Versorgung‘ beinhaltet alle organisatorischen und pflegerisch notwendigen Schritte zur Nachsorge, einschließlich der Übergabe des Verstorbenen an das Bestattungsinstitut (z. B. Benachrichtigung des Arztes die Unterrichtung und Unterstützung der Angehörigen, Nachlassverwaltung).“

Die Beschreibung dieser Intervention ist zunächst ein gutes Beispiel dafür, dass die von Pflegekräften zu leistende Gefühlsarbeit gegenüber den Angehörigen des verstorbenen pflegebedürftigen Menschen integriert wird und damit auch für die quantitative Datenerhebung relevant wird. An diesem Beispiel wird aber auch deutlich, dass die mit der postmortalen Versorgung – wie auch mit der Intervention der Sterbebegleitung – verbundene Emotionsarbeit der Pflegekräfte, wie die eigene Trauerbewältigung mit Blick auf den verstorbenen pflegebedürftigen Menschen, hier keine Berücksichtigung erfährt. Emotionale innerpsychische Prozesse können kaum von einer datenerhebenden Person erfasst werden.

Zwar gehört der Umgang mit existenziellen Gefühlen, wie Trauer, zur Arbeit und der Professionalität einer Pflegekraft, dennoch gilt es dabei entsprechend zeitlichen Raum und ggfls. auch einen Rückzugsraum zu schaffen, um die Bewältigung während der Arbeit zu ermöglichen. Dies wurde auch im Studienteam normativ diskutiert. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen in den vier ausgewählten Pflegeeinrichtungen weisen darauf hin, dass die Zeit für das Bearbeiten und Kontrollieren der eigenen Gefühle sehr unterschiedlich sein kann und sowohl abhängig von der Person, die verstirbt und ihrer Beziehung zur Pflegekraft als auch von der Persönlichkeit der Pflegekraft. Hier geht es darum, wie Pflegekräfte mit solchen psychoemotionalen Belastungen zurechtkommen.

In dieser quantitativen Teilstudie ist somit die Emotionsarbeit aufgrund ihrer fehlenden Beobachtbarkeit noch nicht berücksichtigt, somit wird sie auch in zeitlicher Hinsicht nicht berücksichtigt. Hierfür müsste es daher tendenziell einen zeitlichen Zuschlag geben, dessen Höhe von den Pflegekräften individuell unterschiedlich bewertet wird. Diese Annahme wird u.a. unterstützt von Aussagen von Pflegekräften, dass die Trauer auch mit nach Hause genommen und dort z.T. bewältigt werde.

Nur begrenzte Erfassung der durchgängigen Kommunikation während der Interventionen

Eine weitere Limitation ist einem Übertragungsfehler in der Software der zur Datenerhebung verwendeten Tablets geschuldet: Im Interventionskatalog wurde für jede Pflegeintervention als ein Teilschritt die durchgehende Kommunikation während einer Intervention beschrieben. Dieser Teilschritt wurde als zu beobachtende Anforderung leider nicht in das Softwareprogramm der Datenerfassung übernommen (Übertragungsfehler). Die Kommunikation der Pflegekräfte mit Bewohner\*innen wurde daher nur im Rahmen der Intervention des Gesprächs mit Bewohner\*innen aufgenommen. Fraglich bleibt hier, inwieweit die durchgehende Kommunikationsarbeit der Pflegekräfte tatsächlich während der Beobachtung dem intendierten Gespräch mit Bewohner\*innen zugeordnet wurde. Zu beachten ist zudem, dass Kommunikation nicht nur in Gesprächen, sondern auch in kurzen Kommunikationsmomenten, non-verbal in Blickkontakten, einer kurzen Berührung oder während einer Intervention eine Rolle spielt. Die Zeiten für die durchgehende Kommunikation mit Bewohner\*innen während der Interventionen wurden daher offenbar nur begrenzt erfasst. Inwiefern sich dies zeitlich auswirkt, kann nur spekuliert werden: Sofern die Kommunikation nicht zeitgleich mit der Intervention begann oder endete, wurde diese zeitliche Differenz, wenn sie in geringem Ausmaß (z.B. <3 Sekunden) war, ggfls. nicht erfasst. Möglich ist auch, dass manche Datenerhebende diese (Blickkontakt, Streicheln über den Oberarm o. Ä.) nicht als Intervention gesehen haben, und somit ggfls. gar nicht erfasst haben könnten.

Geringe Beobachtungshäufigkeit relevanter interaktionsintensiver und zeitaufwändiger Interventionen

Im Rahmen der quantitativen Datenerhebung in den an der Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege teilnehmenden Einrichtungen wurden Interventionen unterschiedlich häufig beobachtet. Eine geringe Anzahl von Beobachtungen bezog sich z. T. auf Interventionen, die für Interaktionsarbeit und die Berücksichtigung des damit verbundenen Zeitbedarfs für die Personalbemessung besonders relevant sind, da sie interaktionsintensiv und tendenziell mit vergleichsweise höherem Zeitaufwand verbunden sind. Es handelte sich dabei vor allem um die Interventionen der Sterbebegleitung von Bewohner\*innen, die ein hohes Maß an Gefühls-, Biographiearbeit, und auch Emotionsarbeit der Pflegekräfte erfordert, und um den Einzug neuer Bewohner\*innen, der auch in zeitlicher Hinsicht mit hohen Anforderungen an zu leistende Kooperationsarbeit durch die Pflegekräfte verbunden ist. Die geringe Anzahl der quantitativen Beobachtungen im Falle der Sterbebegleitung sowie die fehlende separate Erhebung des Einzugs neuer Bewohner\*innen bedeutet keineswegs, dass die damit verbundenen Zeitbedarfe zu vernachlässigen sind. Die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie zeigen vielmehr, dass beide Interventionen mit einem vergleichsweise hohen Zeitbedarf verbunden sind, wenn sie auftreten. Dies bedeutet, dass hierfür in der Personalbemessung entsprechende Zeiten für die Sterbebegleitung von Bewohner\*innen und den Einzug neuer Bewohner\*innen einschließlich der dabei zu leistenden Interaktionsarbeit zu berücksichtigen und vorzuhalten sind.

Diese Problematik soll anhand der beiden Interventionen der ‚Biographiearbeit‘ und der Bettwache näher verdeutlicht werden:

#### *Intervention: 2.12 Biographiearbeit*

Insbesondere beim Einzug neuer Bewohner\*innen spielt die Biographiearbeit als Bestandteil der Gefühlsarbeit (Böhle et al. 2015) laut der Aussagen der Pflegekräfte eine zentrale Rolle. Hier bemängelten die Pflegekräfte zu wenig Zeit, um vernünftig eine Biographiearbeit durchführen zu können.

Im Rahmen der quantitativen Erhebung wurde der Einzug neuer Bewohner\*innen keiner konkreten Person zugeordnet, sondern fiel stattdessen in die Kategorie „Admin Orga“. Die jeweilige, einziehende Person konnte vor der Datenerhebung, während der Informationssammlung auf dem jeweiligen Wohnbereich/ der jeweiligen Station nicht rechtzeitig zur Einwilligung befragt werden. Daher konnten diese Personen nicht als konkrete Studienperson in die Studie einbezogen werden.

Bei der Biographiearbeit während der Einzugsphase neuer Bewohner\*innen spielt insbesondere die Kooperation der Pflegekräfte mit den neuen Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen eine große Rolle, um erste wesentliche Informationen zu erhalten. Hier sind auch Unterschiede je nach Pflegegrad und Persönlichkeit der einziehenden Person zu berücksichtigen. Gleichzeitig wird in den oben beschriebenen qualitativen Ergebnissen deutlich, wie wichtig der Beziehungsaufbau und das Eingehen auf die Gefühle der Bewohner\*innen während des Einzugs ist.

Definiert wird die Biographiearbeit im Interventionskatalog als: *„Gezielte Informationssammlung mit der pflegebedürftigen Person über ihren Lebenslauf, ihre Lebenseinstellung und historische Zusammenhänge der Generation.“*

Beschrieben wird die Intervention wie folgt: *„Die Biographiearbeit umfasst neben der Sammlung von Daten und Fakten aus dem Leben der pflegebedürftigen Person Kenntnisse zur Lebenseinstellung, zum Lebensumfeld aber auch zu ‚kleineren Geschichten‘ aus dem Leben, da diese häufig länger abrufbar sind und eine positive Wirkung auf die pflegebedürftige Person haben. Die Biographiearbeit ermöglicht ein Verständnis für die pflegebedürftige Person und erleichtert den Zugang.“*

Diese quantitativen Ergebnisse lassen sich so interpretieren, dass zwar auch hier die zeitaufwändigen Einzüge relativ selten vorkamen und in der Soll-Häufigkeit korrigiert wurden, jedoch die Ist-Zeit der Soll-Zeit relativ ähnlich ist. Während des Einzugs könne es Aussagen der interviewten Pflegekräfte zufolge sein, dass die zeitliche Zuwendung der Pflegekraft dem neuen Bewohner, der neuen Bewohnerin gegen-

über auch mal 30 Minuten dauern kann. Entsprechend zeigt sich auch hier die Spannweite der Werte: Einerseits müssten demnach auch 30 Minuten Zeit für Zuwendung ermöglicht werden, wobei es jedoch auch kürzer dauern könnte. Andererseits sind die Zuwendung und der Beziehungsaufbau zum Einzug nicht vollständig mit der Biographiearbeit gleichzusetzen. Inwiefern das Biographiegespräch, als Teil der Anforderung an eine Pflegekraft bei einem Neueinzug, länger oder kürzer dauert, hängt laut Pflegekräften von mehreren Faktoren ab. Sie sind darauf angewiesen, dass ihnen jemand etwas erzählt. Daher müsste die jeweilige neue Person und / oder Angehörige auskunftsfähig sein. Darüber hinaus gibt es verwahrloste Personen, die mit keiner weiteren Information über sich oder ihre Lebenssituation in eine stationäre Pflegeeinrichtung eingeliefert werden und die selten direkt eine Biographiearbeit kooperativ unterstützen können.

Die genaue Zeit, die somit für die Zuwendung beim Einzug von Seiten der Pflegekraft benötigt wird, kann nicht genau bestimmt werden.

#### *Intervention: 2.11 Bettwache*

Die Definition von Bettwache, die im Interventionskatalog der Studie zu finden ist, lautet: „*Ständige Anwesenheit einer Pflege- oder Betreuungskraft bei einer pflegebedürftigen Person in einer kritischen Situation.*“

Entsprechend wird beschrieben: „*Bei der Bettwache wird die pflegebedürftige Person nicht alleine gelassen. Bei Sterbenden steht die Hilfe bei sozialen und seelsorgerischen Problemen im Vordergrund.*“

Diese Intervention wurde recht selten während des gesamten Datenerhebungszeitraumes erhoben. Entsprechend ist auf der Basis der Ergebnisse (Stand Januar 2019) trotz Soll-Korrektur ein auf die Gesamtanzahl der betroffenen Personen niedriger zeitlicher Wert zu erwarten, wo einzelne Pflegefachkräfte in den Gesprächen von ca. 30-minütiger Sterbebegleitung sprachen. Gleichzeitig benötigen oder wünschen sich nicht alle Personen in kritischen Situationen, wie dem Sterbebett, eine solche Begleitung bzw. variiert der Zeitaufwand je nach Bedarf. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass eine gewisse Zeit, z.B. auch von einer Stunde ausgeschöpft wird, wenn die Intervention tatsächlich einmal benötigt wird. Fraglich ist darüber hinaus, wie sich für den Fall dann dieser Zeitraum eröffnen ließe, also inwiefern er vorher bei der Personalbemessung eingeplant werden kann. Hier wären entsprechende Zeitpuffer für die Sterbebegleitung vorzuhalten.

Die Intervention Bettwache sieht dabei allerdings auch noch keine Zeit für Emotionsarbeit von Pflegekräften vor, die es gerade in der Bewältigung dieser existentiellen Situation noch zu berücksichtigen gäbe. Interaktionsarbeitszeit müsste darüber hinaus berücksichtigt werden.

*Fazit:* Diese Limitationen der quantitativen Teilstudie in der zeitlichen Berücksichtigung von Interaktionsarbeit und die beschriebenen zeitbezogenen Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie erfordern es, zusätzliche Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege auszuweisen. Da sich aus den Ergebnissen der qualitativen Teilstudie keine quantifizierbaren Zeitbedarfe ableiten lassen, die hierfür genutzt werden könnten, bedarf es hierfür begründeter normativer Setzungen. Der Vorschlag des Projektteams aus dem Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) sieht daher disponible Interaktions- und Reflexionszeiten als prozentuale zeitliche Zuschläge vor, die Pflegekräfte in ihrer Pflegearbeit für die Arbeit mit und an Bewohner\*innen sowie für Reflexionszeiten, wie kollegiale Beratungen, Supervision oder Gesundheitszirkel, verwenden können. Dieser Vorschlag wird im folgenden Kapitel näher entfaltet.

## 7 Zeitlicher Mehrbedarf für Pflegearbeit: Disponible Interaktions- und Reflexionszeiten – ein konzeptioneller Vorschlag

Die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie haben verdeutlicht, dass ein hoher Bedarf besteht, im Rahmen der zukünftigen Personalbemessung zusätzliche Zeiten für die Interaktionsarbeit von Pflegekräften in der stationären Langzeitpflege vorzusehen. Zunächst sollen in diesem Kapitel die wesentlichen Argumente hierfür noch einmal konzise zusammengefasst werden. Danach wird unser Vorschlag der disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten vorgestellt. In Anbetracht der Begrenzungen der quantitativen Teilstudie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege und spezifischer, bisher zu wenig berücksichtigter Erkenntnisse der qualitativen Teilstudie integriert dieser Vorschlag zusätzlich erforderliche Zeitbedarfe für die Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen und für eine gesundheitsförderliche Reflexion der Pflegearbeit.

### 7.1 Zusammenfassung: Nicht oder unzureichend erfasste Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit

Der Ausgangspunkt für unsere konzeptionellen Überlegungen, komplementär zu den Ergebnissen der quantitativen Teilstudie disponible Interaktions- und Reflexionszeiten vorzusehen, liegt zum einen in Limitationen der quantitativen Studie mit Blick auf Interaktionsarbeit, zum anderen in spezifischen Erkenntnissen der qualitativen Teilstudie zur Interaktionsarbeit, insbesondere zur Bedeutung von Zeit für die arbeitsbezogenen Sinnansprüche und den Zeitbedarf für eine gesundheitsförderliche Psychohygiene der Pflegekräfte.

#### *Limitationen der quantitativen Teilstudie mit Blick auf Interaktionsarbeit*

- Im Interventionskatalog sowie im Rahmen der quantitativen Datenerhebung wurden primär zwei von vier Dimensionen der Interaktionsarbeit nach Böhle et al. (2015) berücksichtigt: die Kooperationsarbeit und die Gefühlsarbeit. Die Erhebung des subjektivierenden Arbeitshandelns, d.h. der Umgang mit Unwägbarkeiten in der Pflegearbeit, wurde insbesondere in Bezug auf Notfallinterventionen und einige weitere ungeplante bedarfsorientierte Interventionen einbezogen. Weniger konnte im Rahmen der quantitativen Beschattung berücksichtigt werden, dass der Umgang mit Unwägbarkeiten für Pflegekräfte eine alltägliche Daueranforderung in ihrem Arbeitsprozess darstellt. Die Quellen dieser Unwägbarkeiten sind im pflegebezogenen Arbeitsprozess sehr vielfältig. Unwägbarkeiten ergeben sich nicht nur aus der leiblich gebundenen Subjektivität, der sich verändernden psychophysischen Konstitution, den Bedürfnissen und dem Eigensinn der Pflegebedürftigen oder aber dem Umherwandern der Bewohner\*innen. Darüber hinaus resultieren Unwägbarkeiten auch aus der spezifischen Interaktions- und Beziehungsdynamik zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen sowie aus sich verändernden technischen, organisatorischen oder personellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen. Das subjektivierende Arbeitshandeln der Pflegekräfte auf der Grundlage dieser vielfältigen Unwägbarkeitsquellen konnte im Rahmen der quantitativen Teilstudie nur teilweise erhoben werden. Ferner lässt sich subjektivierendes Arbeitshandeln nur begrenzt von außen beobachten und erfassen, da es u.a. auf kognitiven und intrapsychischen Prozessen der Pflegekräfte basiert. Dieses Merkmal teilt das subjektivierende Arbeitshandeln mit der Emotionsarbeit als emotionaler Selbstregulation der Pflegekräfte. Emotionsarbeit ist weder im Interventionskatalog erfasst noch lässt sie sich von außen beobachten. Es bestehen also Grenzen der Beobachtung und Objektivierbarkeit der Emotionsarbeit und des subjektivieren-

den Arbeitshandelns. Sie lassen sich daher nicht quantitativ im Rahmen eines Startens und Stoppens der Zeiten für einzelne Interventionen erfassen. Gleichwohl erfordern diese in der quantitativen Teilstudie weitgehend unberücksichtigten Dimensionen der Interaktionsarbeit Zeiten für ihre Ausübung.

- In der quantitativen Teilstudie wurde deutlich, dass einige Interventionen, die im Rahmen der Beschattung selten beobachtet oder nicht berücksichtigt wurden, hohe Anforderungen an Interaktionsarbeit stellen und sich als recht zeitintensiv erweisen können. Beispiele hierfür bilden etwa die Sterbebegleitung und Palliativpflege sowie der Einzug neuer Bewohner\*innen. Für diese interaktions- und zeitintensiven Interventionen sind ausreichende Zeitpuffer vorzuhalten, auch wenn sie seltener vorkommen als andere Interventionen und nur begrenzt vorhersehbar sind.
- Die qualitativen wie die quantitativen Erhebungen erstreckten sich in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen auf einen begrenzten Zeitraum von wenigen Tagen. Gegenstand der quantitativen Erhebungen sind einzelne Interventionen und die damit verbundenen Zeitwerte (Ist- und Soll-Zeiten). Die dafür zu leistende Interaktionsarbeit erfolgt in einem sozialen wie zeitlichen Handlungskontext, der über die Phasen der Beobachtung und der quantitativen wie qualitativen Erhebung hinausweist. Dieser Handlungskontext ist in den kurzen Zeiträumen der Erhebungen jedoch nur begrenzt erfassbar. Deutlich wird dies am Beispiel der von den Pflegekräften gegenüber den Bewohner\*innen zu leistenden Kooperationsarbeit. Der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer pflegeförderlichen Beziehung zwischen Pflegekräften und Bewohner\*innen basiert auf sozialem Vertrauen, das eine fragile soziale Ressource bildet: Es setzt einerseits relativ lange Zeiträume des Vertrauensaufbaus voraus, andererseits kann Vertrauen vergleichsweise schnell erodieren, z.B. im Falle erlebter Störungen oder Enttäuschungen des Vertrauens (vgl. Becke 2013; Beckert et al. 1998). Die Entwicklung sozialen Vertrauens und auch dessen Aufrechterhaltung erfordert in der stationären Langzeitpflege Zeit für die Begegnung und den Austausch zwischen Pflegekräften und Bewohner\*innen. Vertrauen bildet die Voraussetzung dafür, dass zwischen Pflegekraft und Bewohner\*in ein sozialer Raum entsteht, in dem es möglich wird, in der Pflege Nähe bzw. Intimität und professionelle Distanz auszubalancieren (Kumbruck 2010). Die dafür notwendige Zeit der Kooperationsarbeit lässt sich nicht anhand der Zeiten für spezifische pflegebezogene Interventionen erheben, selbst wenn hierbei Kooperationsarbeit berücksichtigt wird. Sie ist in den Interventionen übergreifenden sozialen Handlungskontext der jeweiligen Pflegeeinrichtung und der Beziehung zwischen einzelnen Pflegekräften und Bewohner\*innen einzuordnen.

Die Fragilität sozialen Vertrauens enthält in der stationären Langzeitpflege eine zusätzliche Komponente: Im Falle demenziell erkrankter Pflegebedürftiger sind Pflegekräfte oft wiederholt gefordert, vertrauensförderliche Kooperationsarbeit zu leisten, d.h. die Vertrauensbasis für die Pflege wiederherzustellen bzw. aufrechtzuerhalten. Die damit verbundene Zeit für Kooperationsarbeit lässt sich schwer abschätzen, stellt aber – aus Sicht interviewter Pflegekräfte – einen relevanten Zeitfaktor für Kooperationsarbeit dar.

#### *Arbeitsbezogene Sinnansprüche von Pflegekräften realisieren*

Ein Kernergebnis der qualitativen Teilstudie besteht darin, dass der deutlich überwiegende Teil der interviewten Pflegekräfte sich wünscht, die Pflegearbeit so ausgestalten zu können, dass diese den sozial und beruflich legitimierten Sinnansprüchen an das Ethos fürsorglicher Praxis (vgl. Senghaas-Knobloch 2008) soweit wie möglich entspricht. Aus Sicht der Pflegekräfte sind Wünsche nach mehr Zeit für Zuwendung, Kommunikation und individuelle Betreuung der Bewohner\*innen von essenzieller Bedeutung, um ihre arbeitsbezogenen Sinnansprüche in der Pflegearbeit zu realisieren. Diese normativ-ethische Erwartungs-

haltung der Pflegekräfte ist im Rahmen der Personalbemessung verstärkt zu berücksichtigen, denn sie bildet ein Hauptmotiv für die Wahl des Pflegeberufs bzw. die Aufnahme der Pflegearbeit in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Personalmangel und hoher Zeitdruck bei der Arbeit haben allerdings häufig zur Folge, dass Pflegekräfte sich veranlasst sehen, Abstriche an Zeiten für Zuwendung und Kommunikation mit Bewohner\*innen vorzunehmen, um Arbeitsanforderungen in der verfügbaren Arbeitszeit bewältigen zu können. So müssen Pflegekräfte oft kurzfristig und spontan über die Verwendung stark begrenzter Ressourcen für die Pflege entscheiden. In einer Studie zur Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern gaben beispielsweise 77,9 % der befragten Pflegekräfte (n = 858) an, dass sie sich nicht im erforderlichen Maß Zeit für Zuwendung (z.B. Gespräche mit Patientinnen und Patienten) nehmen konnten (Braun et al. 2014: 54). Hier scheinen die Pflegekräfte demnach am häufigsten zu kürzen, wenn es zu Zeitmangel kommt, wengleich die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften und den Patient\*innen und Pflegekräften aufgrund der unterschiedlichen Fokussierung der Einrichtungen unterschiedlich zu bewerten ist

In der alltäglichen Pflegearbeit ausreichend Zeit zu haben, um arbeitsbezogene Sinnansprüche zu realisieren, erhält – neben anderen Faktoren, wie eine angemessenes Arbeitsentgelt und beruflichen Entwicklungschancen – eine Schlüsselbedeutung für die Gewinnung und organisationale wie berufliche Bindung von (qualifizierten) Pflegekräften (Zimber 1998: 422). Diese ausgeprägten Sinnansprüche der Pflegekräfte legen nahe, ausgehend von den Grenzen der quantitativen Teilstudie einen zeitlichen Mehrbedarf für Interaktionsarbeit zu berücksichtigen.

#### *Zeitbedarf für Psychohygiene und Gesundheitsförderung in der Pflegearbeit*

Die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie verdeutlichten, dass sich der Personalmangel in den untersuchten Einrichtungen der stationären Langzeitpflege als eine bedeutsame Ursache für die Entstehung von Zeitdruck bei der Arbeit bzw. Arbeitsintensivierung erweist. Beschäftigte neigen – wie auch unsere qualitative Teilstudie zeigte – z.T. zu problematischen Bewältigungsstrategien, wie ‚Arbeiten trotz Krankheit‘ oder der informellen Ausweitung von Arbeitszeiten, um in einem verdichteten Arbeitsalltag noch mehr Zeit für Interaktionsarbeit zu reklamieren (vgl. auch Fischer 2010; Dammayr 2012). Ferner zeigt sich in der qualitativen Teilstudie, dass Zeitdruck bei der Arbeit die Einhaltung erholungsförderlicher Arbeitspausen beeinträchtigte (siehe auch Kunze 2011: 600). Diese qualitativen Befunde, die Zeitdruck bei der Arbeit – mitverursacht durch die seit den 1990er Jahren zunehmende Ökonomisierung der Pflege – als einen zentralen gesundheitsgefährdenden Stressor ausweisen, werden durch einschlägige Studien zu den Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege bestätigt (vgl. Zimber 1998; Theobald et al. 2013; Dammayr 2012; Dathe & Paul 2011). Die erhöhte Arbeitsintensivierung erschwert den Pflegekräften, in der Pflegearbeit das Ethos fürsorglicher Praxis zur Geltung zu bringen (Senghaas-Knobloch 2014: 27). Bei Pflegekräften erhöht sich dadurch das Gesundheitsrisiko von Burnout als gravierende psychophysische Erschöpfung, die durch emotionale Erschöpfung, nachlassendes Arbeitsengagement und Aversion bzw. Zynismus gegenüber Bewohner\*innen geprägt ist (Jenull et al. 2008; Kunze 2011; Osterbrink & Andratsch 2015).

Darüber hinaus wird in den empirischen Befunden der qualitativen Teilstudie die Ambivalenz der Interaktionsarbeit deutlich: Sie erweist sich auf der einen Seite als eine gesundheitsförderliche Ressource, da die Arbeit mit und am Menschen Pflegekräften Sinnorientierung vermittelt und ein zentrales Motiv ihrer Berufswahl und -ausübung bildet. Auf der anderen Seite erleben Beschäftigte die Arbeit mit und an pflegebedürftigen Bewohner\*innen mitunter auch als emotional sehr fordernd und belastend. Beispiel hierfür bilden Anforderungen in der Arbeit, emotionale Dissonanzen auszuhalten (z.B. innere psychoemotionale Befindlichkeiten gegenüber Bewohner\*innen zu verbergen und nach außen positive Gefühle darzustellen), negative Gefühle, wie Ekel beim Umgang mit Exkrementen und Erbrochenem, konstruktiv zu bewältigen, und mit schwierigen, z.T. aggressiven Bewohner\*innen zurechtkommen zu müssen (vgl. Zimber

1998; Kumbruck 2010; Schöllgen & Schulz 2016). In den untersuchten Pflegeeinrichtungen besteht die Tendenz, die Bewältigung emotionaler Arbeitsbelastungen zu individualisieren, da organisationsintern hierfür kaum Reflexionsräume und -zeiten oder gesundheitsförderliche Angebote geschaffen werden. Die Bewältigung emotionaler Arbeitsbelastungen wird weitgehend den Pflegekräften in ihren außerbetrieblichen Lebenssphären überantwortet. Die Pflegekräfte erlegen sich in ihrem Bewältigungshandeln z.T. Selbstbeschränkungen auf, da sie die Pflegeeinrichtungen nicht (mehr) als sozialen Ort wahrnehmen, in dem der Umgang mit emotionalen Belastungen adressiert werden kann.

Die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie zu Interaktionsarbeit verweisen auf einen erhöhten Zeitbedarf für die Psychohygiene bzw. Selbstsorge von Pflegekräften in der Arbeitszeit sowie für gesundheitsförderliche Reflexionsräume, um die sozioemotionalen Belastungen bei pflegebezogener Interaktionsarbeit gut bewältigen und Pflegearbeit gesundheitsförderlicher gestalten zu können.

## 7.2 Disponible Interaktions- und Reflexionszeiten

Die qualitative Teilstudie hat auf der einen Seite verdeutlicht, dass ein zeitlicher Mehrbedarf für pflegebezogene Interaktionsarbeit und für eine gesundheitsförderliche Reflexion der Arbeitssituation bzw. der Arbeits- und Berufsrollen von Pflegekräften besteht, der in der quantitativen Teilstudie und somit auch im neu entwickelten Algorithmus zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege nicht hinreichend abgebildet wird. Auf der anderen Seite weist die qualitative Teilstudie Limitationen mit Blick auf die konkrete Bestimmung und Angabe spezifischer Zeitwerte für diesen zeitlichen Mehrbedarf auf: Der in dieser Teilstudie unternommene Versuch, auf Basis der Gruppendiskussionen mit Pflegekräften unterschiedlicher stationärer Pflegeeinrichtungen zu erfahrungsbasierten, quantifizierbaren Schätzwerten zu gelangen, hat sich leider nicht als zielführend erwiesen. Zum Teil waren die Pflegekräfte nicht in der Lage, solche erfahrungsbasierten Schätzwerte für Interaktionsarbeit und deren vier Dimensionen anzugeben; zum Teil wiesen die genannten Schätzwerte erhebliche Streubreiten auf, sodass keine klaren Tendenzen daraus geschlossen werden können

### *Vorschlag für die Berücksichtigung disponibler Interaktions- und Reflexionszeiten im Rahmen der Personalbemessung*

Der konstatierte zeitliche Mehrbedarf für Interaktionsarbeit und gesundheitsbezogene Reflexionszeiten der Pflegekräfte ist aufgrund der Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie und der genannten Begrenzungen der quantitativen Teilstudie zwar empirisch unabweisbar, lässt sich aber nicht in quantifizierbaren Zeitwerten ausweisen. Wir plädieren daher im Rahmen einer normativen Setzung dafür, prozentuale und pauschalierte, disponible Interaktions- und Reflexionszeiten vorzusehen. Diese prozentualen Zeitwerte orientieren sich konservativ am unteren Spektrum des von den Pflegekräften in den einrichtungsbezogenen Gruppendiskussionen abgeschätzten erfahrungsbasierten zeitlichen Mehrbedarfs. Dieser – in den Ergebnissen der quantitativen Teilstudie nicht erfasste – zeitliche Mehrbedarf beläuft sich auf schätzungsweise 5 % bis maximal 10 % der täglichen Arbeitszeit einer Pflegekraft, die bereits im quantitativen Teil erhoben wurde. Bei einer Vollzeit-Pflegekraft entspräche dies z.B. einem Mindestmehrbedarf von ca. 25 Minuten für Interaktions- und Reflexionszeiten je Arbeitstag, ergänzend zum in der quantitativen Datenerhebung ermittelten Zeitbedarf. Diese disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten wären als ein zeitlich pauschalierter prozentualer Zuschlag oder Sockel denkbar, der auf jene Zeitwerte für Pflegeinterventionen aufgerechnet würde, die im Rahmen der quantitativen Erhebung für die Personalbemessung ermittelt werden. Es handelt sich dabei um einen disponiblen prozentualen Zeitzuschlag für Interaktions- und Reflexionszeiten. Dieser Zeitzuschlag sollte möglichst zu gleichen Teilen für Interaktionsarbeit und für Reflexionszeiten außerhalb des Arbeitsprozesses, z.B. im Rahmen von kollegialen Fallberatungen, Teamsupervisionen bzw. Gesundheitszirkeln, verwendet werden.



Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive mag der Begriff der disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten zumindest auf den ersten Blick Irritationen auslösen, da pflegebezogene Interventionen per se eng verwoben sind mit Interaktionsarbeit und Reflexionszeiten auch unter Emotionsarbeit gefasst werden könnten. Aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive haben wir uns entschieden, dennoch an dieser Bezeichnung festzuhalten: Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist, dass Interaktionsarbeit bisher in der pflegebezogenen Personalbemessung nicht als Arbeitsleistung anerkannt wird, denn Interaktionsarbeit entzieht sich teilweise einer Beobachtung von außen und erschwert damit eine objektivierte Quantifizierung, die beobachtbare konkrete Pflegeinterventionen voraussetzt (vgl. Müller & Thorein 2018). Interaktionsarbeit als weitgehend unsichtbare und oft auch unzureichend beachtete Arbeitstätigkeit (Kumbruck 2010) bedarf daher der verstärkten öffentlichen Aufmerksamkeit und Anerkennung. Wir behalten den Begriff der disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten bei, da durch diese begriffliche Wahl die Aufmerksamkeit auf Interaktionsarbeit und den dafür erforderlichen höheren Zeitbedarf gelenkt werden. Zugleich wird damit betont, dass auch auf organisationaler Ebene für diese Leistung (mehr) Zeit vorgehalten werden müsste (Reflexionszeiten).

Der zeitliche Zuschlag erstreckt sich daher erstens auf die Interaktionsarbeit zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen sowie zweitens auf Reflexionszeiten, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Interaktionsarbeit in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ermöglichen. Reflexionszeiten können zum einen in konkrete Arbeitsprozesse eingelagert sein. Ein Paradebeispiel dafür bildet die während der Pflegearbeit zu leistende Emotionsarbeit der Pflegekräfte. Hierbei sollten Pflegekräfte die Zeit haben, sich von emotional besonders belastenden Arbeitssituationen zu distanzieren und diese zu reflektieren, sich innerlich zu sammeln und auf anstehende neue pflegebezogene Interventionen in Ruhe auszurichten. Hinreichend Zeit für die Reflexion emotional aufwühlender Arbeitssituationen und mitunter auch geeignete räumliche Rückzugsmöglichkeiten können Pflegekräfte bei der Emotionsarbeit unterstützen.

Zum anderen beziehen sich Reflexionszeiten auf Reflexionsräume außerhalb des konkreten Arbeitsprozesses, aber während der Arbeitszeit. In diesen bedarfsorientiert nutzbaren Reflexionsräumen, wie kollegiale Fallberatungen, Gesundheitszirkel oder Teamsupervisionen, können Pflegekräfte ihre Interaktionsarbeit bzw. deren (arbeitsorganisatorische) Rahmenbedingungen gemeinsam als Expertinnen und Experten ihrer Arbeit – z.T. mit externer Unterstützung – reflektieren, emotional belastende Arbeitssituationen ansprechen und z.B. Vorschläge für eine Veränderung von Arbeitsprozessen und -strukturen entwickeln.

#### *Zur Komplementarität der Zeitzuschläge für disponible Interaktions- und Reflexionszeiten*

Wir empfehlen, die prozentualen Zeitzuschläge für disponible Interaktions- und Reflexionszeiten möglichst gleichermaßen auf Zeiten für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner\*innen und auf Reflexionszeiten außerhalb des Arbeitsprozesses aufzuteilen. Diese beiden Arten von Zeitzuschlägen entfalten eine komplementäre Wirkung für die Pflegekräfte und ihre Gesundheit. Werden die prozentualen Zeitanteile lediglich oder überwiegend für die Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen vorgesehen, so können mindestens zwei unterschiedliche Problemkonstellationen entstehen: In diesem Fall bleiben den Pflegekräften kollektive Reflexionsräume und -zeiten zur konstruktiven Bewältigung sozioemotionaler Anforderungen der Interaktionsarbeit weitgehend vorenthalten, d.h. ihnen wird weitgehend selbst überlassen, wie sie mit derartigen Anforderungen und Belastungen umgehen.

Durch die Ökonomisierung der Pflege wird die Fürsorgerationalität (Waerness 2001: 12 f.) der Pflegekräfte häufig überlagert durch eine betriebsökonomische Effizienzrationalität (Schwarz & Höhmann 2018: 29). Wenn Pflegekräften ökonomische Anforderungen als nicht beeinflussbare Sachzwänge erscheinen, prägt dies auch ihre Alltagspraktiken: So entwickeln Pflegekräfte, die beständig oder häufig unter Zeitdruck arbeiten, eher problematische Gewohnheitsschleifen (Duhigg 2012: 41 ff.). Diese schlagen sich darin nieder, gerade bei notwendiger Interaktionsarbeit zeitliche Abstriche vorzunehmen, um die erforderli-

chen Pflegeinterventionen noch während der Arbeitszeit durchführen zu können. Überdies kommen diese Gewohnheitsschleifen darin zum Ausdruck, dass Pflegekräfte sich bei Arbeiten unter Zeitdruck kaum Zeit für die eigene emotionale Selbstregulation nehmen. Ein zusätzliches Zeitvolumen für Interaktionsarbeit kann für Pflegekräfte in diesem Fall eine Herausforderung darstellen, da sie dann die verfügbare Zeit womöglich nicht für zusätzliche Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen oder für die eigene Selbstfürsorge nutzen. Pflegekräfte werden zusätzliche Zeiten für Interaktionsarbeit nutzen, wenn sie solche problematischen Routinen des Arbeitshandelns reflektieren und verändern sowie ökonomische Anforderungen als beeinflussbar wahrnehmen. Hierzu bedarf es aber der Unterstützung durch Führungskräfte und entsprechender betrieblich verankerter Reflexionsroutinen, wie die kollegiale Fallberatung oder die Team- und Organisationssupervision (vgl. Kocks et al. 2012; Gotthardt-Lorenz 2009).

Wenn hingegen die prozentualen Zeitzuschläge überwiegend oder vollständig für Reflexionszeiten außerhalb des Arbeitsprozesses genutzt werden, z.B. für Teamsupervision oder kollegiale Fallberatung, besteht die Gefahr, dass die vielfach in Einrichtungen vorzufindende Arbeitsverdichtung nur begrenzt abgebaut wird. Zudem ist in diesem Fall zu bezweifeln, dass Pflegekräfte hinreichend Zeit zur Verfügung haben werden, um Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen zu leisten, die trotz auftretender Unwägbarkeiten längerfristig eine vertrauensbasierte Kooperationsarbeit ermöglicht und überdies auch jene Interventionen umfasst, die in der quantitativen Teilstudie nur unzureichend berücksichtigt wurden.

### **7.3 Der disponible zeitliche Mehrbedarf für Interaktionsarbeit**

Der zeitliche Mehrbedarf für Interaktionsarbeit, d.h. für Interaktionszeiten, erstreckt sich auf alle vier genannten Dimensionen der Interaktionsarbeit (Böhle et al. 2015), die in der quantitativen Teilstudie nicht oder nur begrenzt erfasst wurden, wie Zeiten für Sterbebegleitung (Gefühlsarbeit), den subjektivierenden Umgang mit umherlaufenden Bewohner\*innen (subjektivierendes Arbeitshandeln) oder den Einzug neuer Bewohner\*innen sowie den zeitintensiven Aufbau einer vertrauensbasierten Kooperationsbeziehung zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen (Kooperationsarbeit). Überdies richtet sich dieser zeitliche Mehrbedarf auf die Emotionsarbeit, d.h. die Gefühlsregulation von Pflegekräften im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit. Selbstsorge einschließlich der Psychohygiene bildet eine zentrale Grundlage für eine professionelle und qualitativ hochwertige Pflege (Osterbrink & Andratsch 2015: 192). Eine gesundheitsförderliche Gefühlsregulation der Pflegekräfte äußert sich in ihrer Kompetenz zur Selbstfürsorge oder Selbstpflege, wonach „Pfleger\*innen auf ihr Wohl achten, auf ihre Bedürfnisse und Empfindungen Rücksicht nehmen und die eigene Person immer wieder aufs Neue stärken“ (ebd.). Die arbeitsbezogene Gefühlsregulation im Sinne der Selbstsorge setzt die Einfühlung in die eigenen Bedürfnisse und Befindlichkeiten und deren Anerkennung seitens der Pflegekräfte voraus (vgl. Tausch & Tausch 2003: 152 ff.; Orellana & Schmidt 2015: 43). Darüber hinaus umfasst Selbstsorge den Selbstschutz der Pflegekräfte, d.h. des Erkennens und Akzeptierens der eigenen Belastungsgrenzen sowie der professionellen Abgrenzung gegenüber Tätlichkeiten und Aggressionen durch Pflegebedürftige (Osterbrink & Andratsch 2015: 192 f.).

Zeit für Emotionsarbeit zu haben, unterstützt eine solche selbstfürsorgliche Haltung von Pflegekräften, denn sie können diese Zeit nutzen, um sich ihrer Bedürfnisse in der Interaktionsarbeit gewahr zu werden und insbesondere nach emotional belastenden Interaktionssituationen mit Pflegebedürftigen die eigenen Gefühle konstruktiv zu bearbeiten, z. B. sich zu beruhigen und für nächste, anstehende Interaktion mit Bewohner\*innen innerlich zu sammeln und neu auszurichten. Die Gefühlsregulation während der Arbeitszeit umfasst hierbei die emotionale Distanzierung gegenüber arbeitsbezogenen Ereignissen mit Bewohner\*innen bzw. deren Angehörigen, die Pflegekräfte als emotional bzw. psychisch als belastend erleben, wie aggressives und übergriffiges Verhalten oder sexuelle Belästigung durch Bewohner\*innen. Dieses psychoemotionale Distanzierung von emotional belastenden Ereignissen in der Interaktionsarbeit kann durch Rückzugsräume in den Einrichtungen unterstützt werden, die Beschäftigten erlauben, zur Ruhe zu kommen und abzuschalten. Die Gefühlsregulation beinhaltet zudem den Umgang mit existenziellen Ge-

fühlen im Rahmen der Interaktionsarbeit, wie Trauer um verstorbene Bewohner\*innen. Die Fähigkeit zur Selbstsorge ist eine zentrale Voraussetzung für Pflegekräfte, das „Nähe-Distanz-Dilemma“ (Orellana & Schmidt 2015: 40) in der pflegebezogenen Interaktionsarbeit zu bewältigen, d.h. professionelle Distanz zu wahren und zugleich vertrauensbasiert Nähe zu Pflegebedürftigen herstellen und zulassen zu können.

Pflegekräfte sollten den zeitlichen Mehrbedarf für Interaktionsarbeit disponibel nutzen können, d.h. in ihrer Arbeitszeit bedarfsorientiert und flexibel einsetzen können. Sie könnten diesen zusätzlichen Zeitpuffer für die Arbeit mit und an Bewohner\*innen nutzen oder aber für ihre eigene Gefühlsregulation verwenden, z.B. im Anschluss an emotional belastende Arbeitssituationen, um sich emotional wie mental auf neue anschließende Arbeitssituationen einstellen und belastende Situationen (besser) bewältigen zu können. Eine zentrale Voraussetzung hierfür besteht darin, dass Pflegekräften in den Einrichtungen entsprechende Freiheitsgrade bzw. Autonomiespielräume gewährt werden, zusätzliche Zeiten für Interaktionsarbeit eigeninitiativ und bedarfsorientiert nutzen zu können.

#### **7.4 Der disponible zeitliche Mehrbedarf für Reflexionszeiten**

Bei der Personalbemessung für die stationäre Langzeitpflege sollte darauf geachtet werden, auch einen zeitlichen Mehrbedarf für organisatorisch verankerte Reflexionszeiten für Interaktionsarbeit vorzusehen. Wenn im Folgenden von Reflexionszeiten für Interaktionsarbeit die Rede ist, so handelt es sich dabei stets um Zeiten für die kollektive, gemeinsame Reflexion von Interaktionsarbeit durch Pflegekräfte als Expertinnen und Experten ihrer Arbeit. Etwa die Hälfte des prozentualen Zeitzuschlags an disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten sollte auf der Einrichtungsebene für organisatorisch verankerte Reflexionszeiten verwendet werden, wie oben beschrieben. Die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen haben dafür Sorge zu tragen, dass solche Reflexionszeiten zeitlich disponibel und bedarfsorientiert organisatorisch verankert werden, z.B. im Rahmen des betrieblichen Qualitäts- und Gesundheitsmanagements.

Solche Reflexionszeiten verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen:

- sie stärken die reflexive Handlungsfähigkeit von Pflegekräften, d.h. ihre Fähigkeit, „in Verbindung mit der Vorbereitung, Durchführung und Kontrolle von Arbeitsaufgaben sowohl über die Arbeitsstrukturen und -umgebungen, als auch über sich selbst zu reflektieren“ (Schwarz & Höhmann 2018: 42, Hervorhebung im Original)
- Sie sollen die Gesundheitskompetenz von Pflegekräften erhöhen, insbesondere ihre Fähigkeit zur Selbstsorge und zur emotionalen Selbstregulation stärken;
- sie zielen darauf ab, Arbeitsprozesse und -strukturen in der stationären Langzeitpflege – und damit auch die Interaktionsarbeit – gesundheitsförderlicher zu gestalten;
- sie eignen sich dazu, problematische Routinen des Arbeitshandelns von Pflegekräften (z.B. Verzicht auf Arbeitspausen und Selbstsorge in der Arbeit, Selbstbegrenzung der Zeit für Interaktionsarbeit) und fragwürdige Arbeitshaltungen, wie Zynismus im Umgang mit Pflegebedürftigen, gemeinsam zu reflektieren und schrittweise zu verändern;
- sie tragen zur Organisations- und Kulturentwicklung von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bei und erhöhen damit die organisationale Lernfähigkeit.

#### **7.5 Formate bzw. betriebliche Reflexionsräume für Interaktionsarbeit**

Reflexionszeiten für Interaktionsarbeit benötigen Reflexionsräume, d.h. spezifische Formate, die in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege bedarfsorientiert für solche Reflexionszeiten bereitgestellt werden. Mit Blick auf Reflexionszeiten für Interaktionsarbeit werden an dieser Stelle drei organisatorische Formate unterschieden:

- Die kollegiale Fallberatung,
- die Teamsupervision sowie
- betriebliche Gesundheitszirkel.

In allen drei Formaten sind Pflegekräfte als Expert\*innen ihrer Arbeit die zentralen Akteure der kollektiven Reflexion der Interaktionsarbeit und der Rahmenbedingungen, unter denen Interaktionsarbeit erfolgt. Die drei Formate unterscheiden sich nach ihren Anlässen, ihrer spezifischen Zielintention und den beteiligten Akteuren. Je nach Bedarf und Anlass können in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege einzelne Formate oder auch zeitlich parallel und aufeinander abgestimmt zwei oder drei Formate angeboten werden. Es empfiehlt sich, vor allem kollegiale Fallberatungen als niedrigschwellige Reflexionsräume regelmäßig vorzusehen und sie bei Bedarf durch Team- und eventuell auch Organisationssupervision sowie Gesundheitszirkel zu ergänzen. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass Interaktionsarbeit und ihre Rahmenbedingungen regelmäßig durch Pflegekräfte gemeinsam reflektiert werden und so ihre reflexive Handlungsfähigkeit erhöht wird. Eine zentrale Erfolgsvoraussetzung für diese drei Formate der Reflexionsräume besteht darin, dass sie organisationsintern verankert, als Reflexions- und Kommunikationsroutinen etabliert und verstetigt werden sollten. Auf dieser Grundlage kann dann bedarfsorientiert entschieden werden, wann, zu welchen Anlässen und in welchen begrenzten Zeiträumen Teamsupervisionen und Gesundheitszirkel realisiert werden.

Mit Blick auf die kollegialen Fallberatungen sollten Pflegekräfte generell die Möglichkeit erhalten, bei Bedarf anlassbezogen eine Beratungsgruppe für eine kollegiale Fallberatung zusammenzustellen, um (auf tretende) Probleme ihrer Arbeit gemeinsam zu reflektieren. Kollegiale Fallberatungen würden somit auf der Einrichtungsebene ein grundlegendes, auf Dauer angelegtes Format für arbeitsbezogene Reflexionsräume bilden, das durch die beiden anderen Formate bedarfsorientiert ergänzt werden kann.

Eine zentrale Gemeinsamkeit der drei genannten Formate besteht darin, dass sie auf die Förderung der arbeitsbezogenen wie beruflichen Reflexionskompetenz, insbesondere mit Blick auf die Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen und deren gesundheitsförderliche Gestaltung, abzielen. Die Reflexionskompetenz oder reflexive Handlungsfähigkeit umfasst nach Schwarz und Höhmann (2018: 42) drei unterschiedliche Komponenten:

- Das vor einer konkreten Arbeitshandlung vorausschauende Reflektieren (preaction reflection): Hierbei vergegenwärtigen sich Beschäftigte die anstehenden Arbeitsaufgaben und -ziele und planen ihr weiteres Vorgehen unter Berücksichtigung ihrer Erfahrungswissens. Im Kern der vorausschauenden Reflexion steht also die Antizipation von Arbeitsaufgaben. Sie kann durch eine einzelne Arbeitsperson oder aber mehrere Beschäftigte gemeinsam durchgeführt werden (z. B. im Rahmen kollegialer Fallberatung, Teamsupervision oder Gesundheitszirkel).
- Die zweite Komponente der Reflexionskompetenz, d.h. reflection-in-action, bezeichnet „das allgemeine Vermögen, über eine praktische Handlung zu reflektieren und sie zu verändern, während man diese ausübt“ (Mareis 2014: 192). Diese in das Arbeitshandeln eingebettete Reflexion ermöglicht eine „on-the-spot-inquiry“ (Schön 2001: 194) angesichts unerwarteter Ereignisse, mit denen sich eine Arbeitsperson im Arbeitsprozess konfrontiert sieht. Die Reflexion des Arbeitshandelns und dessen unerwartete Folgen oder Ereignisse erfolgt hierbei ohne Unterbrechung des Handlungsverlaufs (Schwarz & Höhmann 2018: 43). Ein Beispiel für die in das Arbeitshandeln eingebundene Reflexion bildet die Emotionsarbeit, bei der Pflegekräfte im Arbeitshandeln ihre Gefühle regulieren, um emotionale Belastungen, die sich aus der Interaktion mit Bewohner\*innen ergeben haben, bewältigen zu können.
- Schließlich beinhaltet die Reflexionskompetenz von Beschäftigten das prüfende und bewertende Nachdenken über das eigene Arbeitshandeln, eigene Verhaltensweisen oder Arbeitshaltungen, Arbeitsprozesse und -strukturen sowie über unerwartete Ereignisse. Diese „reflection-on-action“

erfolgt z.B., wenn Beschäftigte konkrete Arbeitsverläufe unterbrechen, um über ihr Arbeitshandeln nachzusinnen. Hierbei werden Arbeitshandeln und Reflexionsprozesse voneinander entkoppelt (ebd.). Dieses Reflektieren über das Arbeitshandeln und dessen Rahmenbedingungen kann auch außerhalb konkreter Arbeitsprozesse erfolgen, indem hierfür spezifische Reflexionsräume im Sinne organisatorischer Kommunikationsroutinen geschaffen werden (Jordan et al. 2009: 468; Kocks et al. 2012: 4) (z. B. im Rahmen kollegialer Fallberatung, Teamsupervision oder Gesundheitszirkel).

Bei den drei genannten organisatorischen Formaten (kollegiale Fallberatung, Teamsupervision und Gesundheitszirkel) für Reflexionsräume handelt es sich um die oben genannten Kommunikationsroutinen. Sie ermöglichen eine kollektive Reflexion des Arbeitshandeln, der Arbeitsprozesse und -strukturen sowie der Verhaltensweisen und Arbeitshaltungen der Beschäftigten außerhalb konkreter Arbeitsprozesse, aber innerhalb der Arbeitszeit. Zwar ist hierbei keine in Arbeitsprozessen eingelagerte Reflexion möglich. Gleichwohl können sich die gemeinsamen Reflexionsprozesse in diesen drei Reflexionsräumen auf das vorausschauende Antizipieren von Arbeitsaufgaben und Handlungssituationen in der Arbeit sowie auf die ‚reflection-on-action‘ beziehen (Jordan et al. 2009). Die Einführung und Etablierung dieser drei Formate für Reflexionsräume trägt dazu bei, die arbeits- und berufsbezogene Reflexionskompetenz von Pflegekräften insgesamt und im Speziellen in Bezug auf Interaktionsarbeit zu erhöhen. Sie können damit auch die reflection-in-action der Pflegekräfte bei der Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen fördern.

Eine Besonderheit der gemeinsamen Reflexion des Arbeitshandelns sowie der Arbeitsprozesse und -strukturen besteht darin, dass durch die Einbindung unterschiedlicher Beschäftigter bzw. Führungskräfte und ggf. externer Akteure (z.B. Supervisor\*innen) in diese Reflexionsräume Perspektivenvielfalt generiert wird: Sie öffnet den Blick für alternative, innovative Handlungsoptionen in der Arbeit, die anschließend im Arbeitshandeln erprobt werden können. Zugleich ermöglicht diese organisierte Vielfalt an Akteursperspektiven, nicht intendierte Wirkungen des Arbeitshandelns und der Arbeitshaltungen von Beschäftigten im Rahmen der Interaktionsarbeit (selbst)kritisch zu reflektieren und zu überprüfen (vgl. Becke 2014: 64 f.).

Die folgende Übersicht bietet eine vergleichende Darstellung der drei organisatorischen Formate für Reflexionszeiten:

Tabelle 1: Drei Formate für Reflexionszeiten (eigene Darstellung)

Dimension / Format	Kollegiale Fallberatung	Teamsupervision	Gesundheitszirkel
<i>Inhaltlicher Fokus</i>	Arbeitsbezogene Entwicklung pragmatischer Problemlösungen, auch zu Herausforderungen der Interaktionsarbeit	Reflexion des Arbeitshandelns / Verhaltens gegenüber Bewohner*innen, Bearbeitung von Teamkonflikten / Tabus bei der Arbeit und der sozio-emotionalen Bewältigung von Anforderungen an die eigene Arbeit / Interaktionsarbeit	Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung unter direkter Beteiligung von Beschäftigten
<i>Teilnehmende</i>	5-8 Beschäftigte	Ca. 5-8 Beschäftigte	Max. 10-12 Personen
<i>Verfahren</i>	Bearbeitung des Praxisanliegens eines / einer Beschäftigten als Fallgeber*in in einem nach 6-7 Phasen strukturierten Verfahren.	Strukturierte Reflexion der eigenen Arbeit / des beruflichen Handelns. Teamaus-tausch unter Anleitung eines/einer Supervisor*in; festgelegte Rollenstruktur	Moderierte Workshops, in denen arbeitsbezogene Belastungen und Ressourcen identifiziert werden sowie Ideen und Verbesserungsvorschläge zur Belastungsreduktion und

	Ausdifferenzierung von Rollen; zugleich rotierender Rollenwechsel	zwischen Team und Supervisor*in als beratende Person.	Ressourcenstärkung entwickelt werden.
<i>Beteiligte</i>	Gruppe / Team aus Arbeits- bzw. Berufskolleg*innen	Team (inklusive Einbindung der direkten Führung)	Hierarchie- und bereichsübergreifende Zusammensetzung, inklusive (außer)betrieblicher Expert*innen
<i>Beratende</i>	Team (intern)	Supervisor*in (extern)	Qualifizierte interne oder externe Moderator*in
<i>Zeitaufwand</i>	45 Min.- 90 Minuten für jede kollegiale Fallberatung. Die einzelne Fallberatung ist nach einem Durchgang abgeschlossen.	Ca. 90 Minuten je Teamsupervision; in der Regel werden mehrere Teamsupervisionen für einen begrenzten Zeitraum vereinbart.	Workshop-Reihe mit 10-12 Treffen mit einer Dauer von etwa 2 Stunden pro Workshop.
<i>Kontinuität</i>	Dauerhaft organisatorisch verankertes Angebot (z.B. im betrieblichen QM-System), bedarfsorientierte Nutzung	Bedarfsorientierte Nutzung, oft als Ergänzung zur kollegialen Fallberatung, aber auch unabhängig davon möglich.	Bedarfsorientierte Nutzung, möglich als Ergänzung kollegialer Fallberatung, aber auch unabhängig davon.

### *Die kollegiale Fallberatung*

#### Zusammenfassung:

Die kollegiale Fallberatung lässt sich als ein niedrighschwelliges personenbezogenes Beratungsverfahren charakterisieren, bei dem „eine systematische Reflexion und Lösung von beruflichen Problemen und Geschehnissen erfolgt ... Die Beratung findet stets in einer Gruppe statt, in der alle Mitglieder ... als Partner ihr Wissen und ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen“ (Kocks et al. 2012: 5). Die kollegiale Fallberatung orientiert sich an zwei Leitprinzipien: „Erstens: Personen beraten sich unter Einhaltung einer bestimmten Struktur und klar voneinander abgegrenzten Rollen gegenseitig. Zweitens: Personen mit einem gleichen oder ähnlichen Berufsfeld sind in der Lage, sich gegenseitig und ergebnisorientiert zu beraten...“ (ebd.).

Die wechselseitige Beratung zielt darauf ab, konkrete arbeitsbezogene Problemlösungen zu entwickeln. Im Mittelpunkt der kollegialen Fallberatung steht der strukturierte, von Fachlichkeit geprägte Austausch zwischen Kollegen und Kolleginnen eines Arbeitsbereiches oder Arbeitsfelds. Die kollegiale Fallberatung unterscheidet sich von pflegerischen Fallbesprechungen, in deren Fokus spezifische pflegebedürftige Personen und deren Probleme stehen (ebd.: 6). Hingegen konzentriert sich die kollegiale Fallberatung auf die gemeinsame Reflexion der Arbeitssituation bzw. arbeits und berufsbezogener Problemstellungen. Wenn z. B. konkrete Probleme der Interaktionsarbeit gemeinsam reflektiert werden, so geraten zwar einzelne Bewohner\*innen als ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘ in den Blick, der Fokus des gemeinsamen Austausches liegt jedoch auf der Arbeitssituation von Pflegekräften bzw. ihren beruflichen Herausforderungen und Problemen hier z. B. der Interaktionsarbeit.

Die kollegiale Fallberatung ist ein strukturiertes Reflexionsverfahren, bei dem die Rollen der Teilnehmenden und die Vorgehensweise klar geregelt sind (vgl. Franz & Kopp 2003: 288 f.; Kocks et al. 2012: 7): Die Rolle des Fallgebers sieht vor, ein zu erörterndes arbeits- bzw. berufsbezogenes Problem für die kollegia-

le Fallberatung aufzubereiten und zu schildern. Nach Abschluss der Beratungsphase soll der oder die Fallgeber\*in aus den Problemlösungsvorschlägen für sich konkrete Maßnahmen ableiten. Die Moderationsrolle umfasst die Strukturierung und Zusammenfassung von Diskussionsbeiträgen, die Einhaltung der Kommunikationsregeln, der Rollen und des Zeitrahmens. Die Kernaufgabe der Beratenden besteht darin, den geschilderten Fall vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen zu untersuchen und zu diskutieren. Die Bewertung des Falls obliegt allerdings allein der fallgebenden Person. Die Dokumentation und Visualisierung der zentralen Schritte und Diskussionsinhalte bilden Aufgaben der Rolle der Protokollführung. Schließlich besteht die Kernaufgabe des Prozessbeobachtenden darin, der Gruppe zum Abschluss der kollegialen Beratung ein Gesamtfeedback zu geben. Zu beachten ist, dass die Rollen, welche die Teilnehmenden einnehmen, je nach Anlass von kollegialer Fallberatung zu kollegialer Fallberatung wechseln können, d.h.es erfolgt in der Regel eine Rollenrotation. So kann eine Pflegekraft bei einer kollegialen Fallberatung die Rolle der fallgebenden Person innehaben, in einer anderen kollegialen Fallberatung hingegen die beratende Rolle ausüben.

Das Verfahren der kollegialen Fallberatung umfasst sechs bis sieben unterschiedliche Phasen, für deren Bearbeitung ein Zeitbedarf von 45 Minuten bis 90 Minuten als zielführend erachtet wird (vgl. Franz & Kopp 2003; Kocks et al. 2012): In der Phase des Castings wählt die fallgebende Person die sie beratenden Kolleginnen und Kollegen aus. In Selbstorganisation legen die Teilnehmenden dann ihre Rollen fest. Danach erfolgt der Spontanbericht der fallgebenden Person, in der die Ausgangssituation und Problemstellung skizziert wird. Auf dieser Basis werden dann die zu bearbeitende Schlüsselfrage geklärt und die Bearbeitungsmethoden gewählt (z.B. Brainstorming). Im Anschluss daran erfolgt die Beratung als Kernphase der kollegialen Fallberatung. In dieser Phase nimmt die fallgebende Person eine ausschließlich rezeptive Rolle ein, d.h. sie lässt die Diskussion der Beratungsgruppe auf sich wirken. In der Abschlussphase (Ideenbewertung) erfolgen ein Feedback und eine Bewertung der erörterten Problemlösungsvorschläge und Ideen durch die fallgebende Person.

Die kollegiale Fallberatung ermöglicht Pflegekräften bedarfsorientiert eine gemeinsame Bearbeitung arbeits- und berufsbezogener Problemstellungen, die sich in der Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen ergeben. Die Wirksamkeit der kollegialen Fallberatung steht und fällt in der stationären Langzeitpflege mit ihrer Einführung und Etablierung auf der Einrichtungsebene. Wichtige Faktoren zum Gelingen bilden hierfür die Unterstützung von Einrichtungs-, Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen, die Qualifizierung von Pflegekräften in der Anwendung dieses kollektiven Beratungsverfahrens, z.B. durch Multiplikator\*innen, sowie ein entsprechendes Zeitbudget von ein bis zwei Arbeitsstunden je teilnehmender Pflegekraft und kollegialer Fallberatung (Kocks et al. 2012). Die Einführung dieses kollektiven Beratungsverfahrens sollte zunächst in einer mehrmonatigen Testphase erfolgen, die ausgewertet wird, um auf dieser Basis kollegiale Fallberatungen schrittweise und breitflächig in den Einrichtungen zu etablieren. Aufgrund ihres partizipativen, niedrighwelligen Charakters, ihres bedarfsorientierten Einsatzes und des überschaubaren Zeitaufwands, der im Rahmen des zeitlichen Mehrbedarfs für Interaktions- und Reflexionszeiten abgedeckt werden kann, erweist sich die kollegiale Fallberatung unseres Erachtens als hochgradig anschlussfähig an die Strukturen und organisatorischen Rahmenbedingungen der stationären Langzeitpflege.

### *Die Teamsupervision*

#### Zusammenfassung:

Die Teamsupervision ist dadurch charakterisiert, „dass sich Menschen, die an einem gemeinsamen Ziel arbeiten (z.B. das Pflegeteam eines Wohnbereichs einer stationären Pflegeeinrichtung), mithilfe eines externen Beraters um die Effektivierung ihrer Kooperation bemühen und gemeinsam eine höhere Arbeitszufriedenheit und -qualität schaffen wollen“ (Möller & Kotte 2015: 18)

Die kollegiale Fallberatung kann in der Praxis an Grenzen stoßen, die den Einsatz anderer personenbezogener und ressourcenorientierter Beratungsformen bzw. Reflexionsräume erfordern. Grenzen der kollegialen Fallberatung ergeben sich beispielsweise, wenn in Pflgeteams oder zwischen Teams und Leitung Konflikte auftreten, die eine konstruktive arbeits- und berufsbezogene Problemlösung im Rahmen der kollegialen Fallberatung erschweren oder verhindern (vgl. Schwarz 2009: 216 ff.). Ferner werden Grenzen der kollegialen Fallberatung erreicht, wenn sich in Pflgeteams oder Belegschaften problematische Arbeitshaltungen, wie Zynismus gegenüber Bewohner\*innen, oder fragwürdige Arbeitspraktiken entwickelt haben, die auch im Rahmen kollegialer Fallberatungen nicht hinreichend erörtert oder sogar tabuisiert werden. Überdies kann der Umgang mit potenziell traumatisierenden Ereignissen bei der Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen, wie sexuelle Übergriffe oder Gewaltanwendung gegenüber Pflegekräften, die teilnehmenden Pflegekräften im Rahmen einer kollegialen Fallberatung überfordern. Schließlich bleiben kollegiale Fallberatungen relativ wirkungslos, wenn institutionelle Verschiebungsprozesse (Pühl 1997: 14 ff.) auftreten: Hierbei können in der kollegialen Fallberatung bearbeitete arbeitsbezogene Probleme kaum oder nur unzureichend bearbeitet und geklärt werden, da die Problemursachen auf der Ebene der Pflegeeinrichtung als Organisation zu verorten sind, wie grundlegende Arbeitszeit- und Vertretungsregelungen oder ein problematischer Umgang des Leitungspersonals mit Ökonomisierungsanforderungen an die Pflegeeinrichtung.

In solchen Fällen reicht die kollegiale Problembearbeitungs- und -lösungskapazität von Pflegekräften als Expert\*innen ihrer eigenen Arbeit nicht aus, um arbeitsbezogene Probleme selbstorganisiert zu bearbeiten. Weiterführende Problemlösungsperspektiven können hierbei in Reflexionsräumen der Team- und – bei Bedarf – auch der Organisationssupervision entwickelt werden. Die Team- und eventuell auch Organisationssupervision ist hier primär als bedarfsorientierte Ergänzung zur kollegialen Fallberatung angelegt (Kocks et al. 2012).

**Definition:**

Supervision bezeichnet „ein arbeitsweltliches Beratungsformat, welches vor allem reflexiv und prozessbezogen Handlungsprobleme in beruflichen Arbeitsbeziehungen und in der professionellen Beziehungsarbeit bearbeitet. Sie ist eine personenbezogene Beratung, gleichwohl ist das Team, die Organisation und Institution, der gesellschaftliche und kulturelle Kontext und die biografischen Prägungen der Professionellen als Aktions- und Referenzrahmen ihres Handelns Gegenstand supervisorischer Bearbeitung“ (Busse 2013: 990).

Die Supervision geht von einem integrativen ressourcenorientierten Ansatz aus, der das dynamische Dreieck von Mitarbeitenden, Arbeitsaufgaben (Klient\*innen) und Institution fokussiert (Pühl 1997; S. 10 f.). Die Gemeinsamkeiten der Supervision mit der kollegialen Fallberatung bestehen darin, dass auch die Supervision der personenbezogenen Beratung dient und von einem ressourcenorientierten Ansatz ausgeht. Allerdings setzt das Beratungs- und Reflexionsformat der Supervision die „Anwesenheit einer professionellen Beraterperson“ (Kocks et al. 2012: 5), d.h. des oder der Supervisor\*in, voraus. In der Supervision existiert eine klar definierte und fixierte Rollendifferenzierung zwischen Supervisor\*in und Supervisanden als Mitglieder eines arbeits- und organisationsbezogenen Settings, wie einer stationären Pflegeeinrichtung. Es lassen sich unterschiedliche supervisorische Settings unterscheiden, wie die Einzelsupervision, die Gruppensupervision oder die Teamsupervision. Mit Blick auf stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege weist die Teamsupervision als Supervision von Arbeitsgruppen, die eine gemeinsame Aufgabe verfolgen und bearbeiten, eine zentrale Bedeutung auf, denn pflegebezogene Arbeitsprozesse sind auf Wohnbereichsebene in der Regel als Teamarbeit zwischen Pflegekräften organisiert.



Reflexionsräume der Supervision können in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege spezifische Teams von Pflegekräften adressieren, um ihre reflexive berufliche Handlungskompetenz zu stärken, Teams bei der Bewältigung von Arbeitsbelastungen, z.B. in Verbindung mit der Interaktionsarbeit, zu unterstützen und ihre Kooperationsfähigkeit zu erhöhen. Die Teamsupervision kann sich auf Arbeitsgruppen von Pflegekräften (z.B. auf der Ebene eines Wohnbereichs) – auch einschließlich der Team- bzw. Wohnbereichsleitung –, aber auch auf Leitungsteams in stationären Pflegeeinrichtungen beziehen. Im Unterschied zu anderen Arbeits- und Berufsfeldern sozialer Dienstleistungen (z.B. in der Familienhilfe, der Sozialarbeit oder in Einrichtungen der Behindertenhilfe) ist die Supervision bislang als Reflexionsformat in Einrichtungen der ambulanten Pflege sowie in der stationären Langzeitpflege noch vergleichsweise wenig verbreitet.

Für Problemstellungen der pflegebezogenen Interaktionsarbeit eröffnet die Teamsupervision dort einen geeigneten Reflexionsraum, wo Grenzen der kollegialen Fallberatung deutlich werden (vgl. Schwarz 2009; S. 219 ff.), z.B. bei Teamkonflikten auf der Ebene von Wohnbereichen, der Reflexion problematischer Arbeitshaltungen in der pflegebezogenen Interaktionsarbeit sowie der Reflexion des beruflichen Selbstkonzepts. Die Teamsupervision kann sich auch auf die Ansprache und reflexive Bearbeitung möglicher Tabuthemen der pflegebezogenen Interaktionsarbeit beziehen, wie unethische Arbeitspraktiken oder die organisationale Missachtung existenzieller Gefühle der Pflegekräfte in der Interaktionsarbeit, wie Verzweiflung und Trauer um verstorbene Pflegebedürftige.

Da Teamsupervisionen im Vergleich zu kollegialer Fallberatung eher nachrangig und bedarfsorientiert eingesetzt werden und somit seltener zum Tragen kommen, lassen sie sich im Rahmen des von uns postulierten zeitlichen Mehrbedarfs für Interaktions- und Reflexionszeiten realisieren.

Die Teamsupervision gerät an Grenzen, wenn die dort reflektierten arbeits- und berufsbezogenen Probleme nicht allein durch Pflegeteams bzw. diese und ihre unmittelbaren Leitungskräfte gelöst werden können. In diesem Fall bietet sich eine Erweiterung der Team- um die Organisationssupervision an. Diese reicht über die Teamebene hinaus, da sie hierarchie- und teamübergreifende Reflexionsprozesse einschließt und ermöglicht. Wenn stationäre Pflegeeinrichtungen sich für eine Organisationssupervision (vgl. grundlegend hierzu Gotthardt-Lorenz 2020) entscheiden, so werden die von uns empfohlenen zeitlichen Zuschläge für Interaktions- und Reflexionszeiten hierfür voraussichtlich nicht mehr ausreichen. Hierfür müssten durch die Pflegeeinrichtungen zusätzliche (zeitliche) Ressourcen eingeplant und bereitgestellt werden.

Ausgangspunkt für eine mögliche Organisationssupervision in stationären Pflegeeinrichtungen bildet das Spannungsverhältnis zwischen der Professionslogik der Mitarbeitenden (z.B. der Pflegekräfte) und der Organisationslogik inklusive der ökonomischen Anforderungen an Organisationen, wie stationäre Pflegeeinrichtungen. Die Organisationssupervision zielt darauf ab, die Selbstreflexion der Organisation und ihrer Mitglieder mit Blick auf dieses Spannungsverhältnis zu erhöhen und eine Reflexionskultur zu fördern, die neue (strategische) Entwicklungspotenziale und Handlungsperspektiven erschließt (vgl. Gotthardt-Lorenz 2009 und 2020). Die Organisationssupervision ermöglicht hierbei eine Reflexion der Zusammenhänge zwischen den Außen- und Innenbeziehungen einer Organisation. Sie schafft in Organisationen sozioemotionale Räume, in denen u.a. Konflikte und Widersprüche sowie nicht intendierte Effekte der Organisationslogik auf das Ethos fürsorglicher Praxis von Pflegekräften reflektiert werden können. Mit Blick auf die pflegebezogene Interaktionsarbeit kann die Organisationssupervision beispielsweise Prozesse befördern, in denen neue Gestaltungsoptionen im Umgang mit ökonomischen Anforderungen sichtbar werden, die u.a. erweiterte zeitliche Spielräume für die Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen und die Umsetzung avancierter Pflegekonzepte eröffnen. Im Vergleich zur Teamsupervision ist die Organisationssupervision ungleich komplexer und zeitaufwändiger, da sie größere Schnittstellen zur Organisationsentwicklung als komplexer Ansatz intendierten Organisationswandels aufweist.

### *Betriebliche Gesundheitszirkel*

#### Zusammenfassung:

Gesundheitszirkel sind partizipative Verfahren des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Sie setzen auf eine Beteiligung der Mitarbeitenden mit dem Ziel, Maßnahmen einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung zu entwickeln und umzusetzen.

Gesundheitszirkel bieten sich in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege generell an, um unter direkter Beteiligung der Pflegekräfte die Arbeits- und Leistungsbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten, z.B. im Rahmen betrieblicher Gefährdungsbeurteilungen bzw. als Maßnahme im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Als gruppenbezogenes und partizipatives Reflexionsformat empfehlen sich Gesundheitszirkel in Anbetracht des skizzierten hohen Bedarfs einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner\*innen. Ein Gesundheitszirkel bezeichnet „ein Instrument, mit dem betroffene Mitarbeitende ihre Arbeitssituation hinsichtlich gesundheitsrelevanter Merkmale beurteilen, Belastungen und Ressourcen identifizieren sowie mögliche Handlungsfelder und konkrete Maßnahmen zur Belastungsoptimierung und Ressourcenstärkung (mit)entwickeln...“ (Ulich & Wülser 2004: 148). Gesundheitszirkel als moderierte Workshop-Reihe erstrecken sich auf einen begrenzten Zeitraum (ca. 10-12 Treffen), in dem die Teilnehmenden in regelmäßigen Abständen (z.B. alle zwei oder vier Wochen) zusammenkommen (Vogt-Akpetou 1999: 159). Pro Sitzung des Gesundheitszirkels ist ein Zeitbedarf von ca. zwei Stunden für die Teilnehmenden realistisch. Im Unterschied zur kollegialen Fallberatung und zur Teamsupervision weisen Gesundheitszirkel oftmals eine größere Heterogenität der Teilnehmenden auf. Zwar kann sich die Zusammensetzung von Gesundheitszirkeln ausschließlich auf Mitarbeitende eines Unternehmens oder einer Einrichtung beschränken, oftmals sind, jedoch abhängig von dem zu besprechenden Thema, in betrieblichen Gesundheitszirkeln aber neben Mitarbeitenden auch Führungskräfte und betriebliche Expert\*innen aus dem Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements vertreten (z.B. Betriebsärzt\*innen, Betriebsratsmitglieder oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit). Betriebliche Expert\*innen nehmen oft nicht an allen Treffen des Gesundheitszirkels, sondern bedarfsorientiert an einzelnen Treffen der Zirkelarbeit teil. Die Moderation von Gesundheitszirkeln sollte durch in Verfahren der arbeitsbezogenen Kleingruppenarbeit geschulte Moderator\*innen erfolgen; hierbei kann es sich um externe Moderator\*innen oder um geeignete interne Personen handeln, die weder Führungskräfte der Teilnehmenden an Gesundheitszirkeln sind noch Bereichen angehören, in denen die Zirkel-Teilnehmenden tätig sind.

Gesundheitszirkel setzen auf eine direkte Beteiligung von Beschäftigten an der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung als Expert\*innen ihrer Arbeit. In Gesundheitszirkeln erfolgt eine Verbindung des arbeitsbezogenen Erfahrungswissens von Mitarbeitenden über ihre Arbeitsbedingungen mit dem Fachwissen betrieblicher gesundheitsbezogener Expert\*innen und der Orientierungs- und Führungsfunktion von Führungskräften (Friczewski 2017: 245 f.). Die heterogene, d.h. hierarchie- und bereichsübergreifende Zusammensetzung der Gesundheitszirkel bietet Vorteile, da mit Führungskräften zugleich relevante betriebliche Entscheidungsträger\*innen eingebunden werden, so dass über entwickelte Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Interaktionsarbeit zeitnah entschieden werden kann. Führungskräfte können in den Gesundheitszirkeln die Beweggründe für ihre Entscheidung zu Gestaltungsideen unmittelbar darlegen und damit Transparenz über ihre Entscheidungen herstellen. Darüber hinaus ist eine direkte Einbindung von Führungskräften in Gesundheitszirkel zielführend, da Führungskräfte selbst gesundheitsbezogene Probleme von Beschäftigten hervorrufen (z.B. durch ihre Aufgabengestaltung für Mitarbeitende oder ihr unmittelbares Führungsverhalten) oder deren gesundheitliche Ressourcen stärken können (Friczewski 2017). Allerdings setzt ein Gelingen der Gesundheitszirkel voraus, dass Führungskräfte in Gesundheitszirkeln Bereitschaft und Haltung zeigen, ihr eigenes Führungsverhalten und ihre

Führungsentscheidungen mit Blick auf eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung zu reflektieren und an der Entwicklung und Umsetzung von Gestaltungslösungen mitzuwirken (ebd.: 246).

Gleichwohl empfiehlt es sich, im Rahmen von Gesundheitszirkeln auch Workshops im Sinne eines ‚geschützten Reflexionsraumes‘ vorzusehen, in denen sich Beschäftigte ohne Beisein von Führungskräften und betrieblichen Expert\*innen über ihre Arbeitsbedingungen austauschen, ggf. heikle oder strittige Aspekte ihrer Arbeit untereinander ansprechen und gemeinsam Ideen für eine gesundheitsförderliche Gestaltung entwickeln können. Solche ‚geschützten Reflexionsräume‘ bieten sich zum Beispiel in einer frühen Phase der Zirkelarbeit an. Die gemeinsam entwickelten Vorstellungen und Ideen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung können Beschäftigte danach in weiteren moderierten Workshops mit betrieblichen Führungskräften bzw. betrieblichen Expert\*innen erörtern.

Da in Gesundheitszirkeln nicht nur verhaltensbezogene Maßnahmen, sondern auch verhältnisorientierte Interventionen der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung entwickelt werden (z.B. Veränderung von Arbeitsorganisation und Arbeitszeitregelungen), bedeutet dies, dass Gesundheitszirkel potenziell als Verfahren der Organisationsentwicklung zu betrachten sind. Es kommt jedoch auf die einrichtungsbezogenen Entscheidungsstrukturen an, inwieweit Gesundheitszirkel mit Ansätzen der Organisationsentwicklung verknüpft werden. Gesundheitszirkel können in Relation zur kollegialen Fallberatung im Sinne einer thematischen Vertiefung zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen eingesetzt werden. Allerdings empfiehlt es sich, einrichtungsbezogene Gesundheitszirkel auch unabhängig von der Existenz kollegialer Fallberatungen vorzusehen, da ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen noch vergleichsweise wenig verbreitet ist, Gesundheitszirkel gleichwohl erhebliche Potenziale für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und eine erhöhte Arbeitszufriedenheit von Beschäftigten bieten (vgl. Ulich & Wülser 2004).

## 8 Limitationen

Im Folgenden geht es um die Grenzen der qualitativen Erhebungsmethoden bzw. dieses qualitativen Studienteils, denen sich an dieser Stelle kritisch gestellt werden soll.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Ergebnisse qualitativer Forschung nur begrenzt generalisierbar sind. Qualitative Sozialforschung folgt einer interpretativen Logik des verstehenden, rekonstruktiven Erklärens sozialer Wirklichkeit. Das dieser Logik zugrunde liegende interpretative Paradigma geht davon aus, dass soziale Wirklichkeit durch Interpretationen und Deutungen von Personen und Gruppen konstruiert wird (Lamnek & Krell 2016). Dementsprechend orientiert sich die qualitative Forschung – wie auch in unserer Teilstudie – eher an kleineren Fallzahlen. Gleichwohl wurde bei der Stichprobenauswahl der in die qualitative Teilstudie einbezogenen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege darauf geachtet, dass die teilnehmenden vier Einrichtungen hinsichtlich Größe, Trägerschaft und regionale Verortung die Gesamtheit der einbezogenen Einrichtungen der Studie weitgehend widerspiegelte (siehe weiter unten die Ausführungen zur Stichprobe).

Die qualitative Teilstudie und ihre Ergebnisse ermöglichen es nicht, aus dem qualitativen Datenmaterial quantitative Ergebnisse zu generieren, die unmittelbar für die Ermittlung des Personalbedarfs in der stationären Langzeitpflege auf Basis eines Algorithmus genutzt werden können. Die qualitativen Ergebnisse der Teilstudie sind in dieser Hinsicht vor allem im Sinne von begründeten Plausibilitäten anschlussfähig an die quantitative Studie und deren Befunde. Darüber hinaus vermag die qualitative Teilstudie, Befunde der quantitativen Studie im Lichte der Realitätsdeutungen von Pflegekräften in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege z.T. zu erhellen und zu vertiefen. Überdies generiert die qualitative Teilstudie Erkenntnisse zur Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner\*innen, die über Befunde der quantitativen Studie hinausgehen. So wird Interaktionsarbeit in allen ihren vier Dimensionen qualitativ untersucht.

Eine konzeptionelle Begrenzung der qualitativen Teilstudie ergibt sich aus ihrem Auftrag und der wissenschaftlichen Personalausstattung: Die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte wurde in der qualitativen Teilstudie mit Blick auf die Bewohner\*innen untersucht. De facto umfasst die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte eine größere Bandbreite, da sich die Interaktionsarbeit neben den pflegebedürftigen Menschen zumindest auch auf deren Angehörige sowie die eigenen Kollegen und Kolleginnen richten kann, z.B. im Rahmen der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz. Die mit diesen Facetten der Interaktionsarbeit der Pflegekräfte verbundenen Zeitbedarfe wären im Rahmen der Personalbemessung ebenfalls zu berücksichtigen. Hinzu kommt, dass vor allem qualifizierte Pflegekräfte auch häufiger koordinierende Arbeitstätigkeiten ausüben, z.B. an der Schnittstelle zu externen Gesundheitsdienstleistern, wie Mitarbeitenden aus Apotheken, Ärztinnen und Ärzten. Diese Koordinationstätigkeiten erfordern von Pflegekräften, immer auch Interaktionsarbeit gegenüber diesen externen Dienstleistern zu leisten (Becke & Bleses 2015). Eine umfassende Erhebung der Interaktionsarbeit von Pflegekräften müsste diese zusätzlichen Facetten der Interaktionsarbeit einbeziehen. Im Falle der qualitativen Teilstudie beschränkte sich der Auftrag darauf, die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit den Bewohner\*innen zu analysieren. Eine umfängliche qualitative Erhebung und Auswertung der Interaktionsarbeit von Pflegekräften setzt mehr wissenschaftliches Personal voraus, als für die qualitative Teilstudie finanzierbar war.

In dieser qualitativen Studie wurde aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive geforscht. Pflegewissenschaftliche / pflegerische Konzepte bilden daher keinen wissenschaftlichen *Kompetenzkern* des iaw-Forschungsteams. Durch ergänzende Besprechungen mit den Pflegewissenschaftler\*innen des übergeordneten Projektteams kam es zwar zu einem fachübergreifenden Austausch. Limitationen ergeben sich aber insoweit, als pflegewissenschaftliche Konzepte und Ansätze sicherlich zu einem vertieften Verständnis des arbeitsbezogenen Pflegeprozesses beitragen können, sie in dieser qualitativen Teilstudie aber nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten. Dies war zum einen dem Auftrag und der Zielsetzung dieser Teilstudie geschuldet. Zum anderen standen dem iaw-Forschungsteam nur begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung, die eine arbeitswissenschaftliche Fokussierung erforderten. Gleichwohl sind wir der Überzeugung, dass der multi- bzw. interdisziplinäre Dialog zwischen Arbeits-, Gesundheits- und Pflegewissenschaften vielfältige und produktive Forschungsperspektiven im Bereich der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege eröffnen kann.

## 8.1 Eigene Rolle im Feld

Grundsätzlich muss sich der Forscher / die Forscherin (nicht nur) bei Methoden der qualitativen Forschung fragen, inwiefern seine / ihre eigene Rolle die Ergebnisse beeinflusst. Gerade bei der teilnehmenden Beobachtung gilt es eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz herzustellen: Einerseits braucht es eine gewisse Nähe, um das Vertrauen der begleiteten Pflegekräfte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung zu gewinnen und die Sichtweise der Zielgruppe verstehen zu können, andererseits benötigt es auch Distanz, so gilt es möglichst objektiv zu beobachten, und die Ergebnisse im Kontext einordnen zu und entsprechend analysieren zu können (Przyborski & Wohlrab-Sahar 2014: 44-49).

Einerseits war die Studie so konzipiert, dass das Pflegedienstleitungs-/ Wohnbereichsleitungsinterview der Begleitung der Pflegekräfte am ersten Tag vorangestellt war und die Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung als Gatekeeper fungierte. So wurde Cora Zenz (geb. Schwerdt) meist als Mitglied der Universität und Studententeam von der Pflegedienstleitung eingeführt.

Für das Nähe-Verhältnis werden von uns 5 bzw. 4 Tage in jeder Einrichtung als ausreichend bewertet. Voraussetzung für die Interviews war eine vertraute Beziehung, da sich die Fragen auch sehr stark auf die Gefühlsebene der Pflegekräfte und die sozio-emotionalen Anforderungen der Pflegearbeit bezogen. In den 4 Tagen der teilnehmenden Beobachtung konnte jedoch gut Vertrauen aufgebaut und Einblicke in alltägliche Arbeitssituationen ermöglicht werden, ohne zu tief ins Feld einzutauchen. Dabei wurde zwar

einerseits jeden Tag eine andere Person begleitet und interviewt, doch konnte über die Kolleg\*innen, die bereits begleitet wurden, ein verstärkender Effekt der Vertrautheit erzielt werden. Bei einem längeren Erhebungszeitraum wäre die Gefahr eines going-native mit der Zielgruppe größer gewesen, da die Distanz mit zunehmendem Vertrauen abnahm. Der Gefahr eines going-native wurde auch dadurch vorgebeugt, dass nach den Erhebungsaufenthalten in den vier Einrichtungen die Eindrücke und vorläufige Ergebnisse stets im Projektteam gemeinsam erörtert und reflektiert wurden.

Dennoch scheint die Studie organisationsintern Aufsehen erregt zu haben: Gerade anfangs befürchteten Pflegekräfte, dass die teilnehmende Beobachtung einen gewissen Charakter der externen Überprüfung ihrer Arbeit aufweise. Das Gefühl der externen Kontrolle konnte während der Begleitung jedoch innerhalb kürzester Zeit abgebaut werden, wie die begleiteten Pflegekräfte Cora Zenz als teilnehmender Beobachterin erklärten.

Grundsätzlich war zu beobachten, dass in den Einrichtungen versucht wurde, sich möglichst positiv darzustellen, indem an den Tagen, an denen die Mitglieder des Studienteams vor Ort waren, meist mehr Personal zur Verfügung gestellt wurde. Es wurde z.T. erklärt, an „normalen“ Arbeitstagen sei es sonst zeitlich noch deutlich knapper. Allerdings wurde in den Interviews mit Pflegekräften erfragt, inwiefern der Tag einem normalen Arbeitstag entspricht und immer darauf Bezug genommen, inwiefern die Besetzung normal ist. So konnte eruiert werden, inwiefern bestimmte Situationen oder Rahmenbedingungen während des Beobachtungszeitraums normal oder weniger normal waren.

Darüber hinaus sahen auch die Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen es für sie selbst als vorteilhaft, sich in einem geschützten Rahmen, d.h. im Beisein der Arbeitsforscherin, über bestimmte Arbeitssituationen austauschen zu können. Von den Pflegekräften wurde diese Zeit positiv als Zeit für Austausch und Reflexion bewertet.

## 8.2 Methodenkritische Reflexion der Datenerhebung

Alle Ergebnisse beruhen der Methodik geschuldet auf Aussagen und Verhaltensweisen der Pflegekräfte und sind aufgrund des qualitativen Designs nur begrenzt übertragbar auf die Gesamtheit der Pflegekräfte und stationären Einrichtungen.

Das offene Forschungsformat, bei dem die alltäglichen Strukturen und Verhaltensweisen als Grundlage für das Verständnis von Interaktionsarbeit dienen, ist entsprechend von interner Validität auszugehen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Allerdings sind diese qualitativen Ergebnisse nicht auf andere Personen und andere Kontexte ohne Weiteres übertragbar (keine externe Validität). Während der Erhebungen in den unterschiedlichen Einrichtungen traten einige Abläufe und Verhaltensweisen der Pflegekräfte wiederholt auf, und bestätigten so, die Ergebnisse gegenseitig. Es ist daher grundsätzlich eine Reliabilität, also eine Verlässlichkeit, der Ergebnisse anzunehmen. Andere Umgangsweisen ergänzten die bisherigen Einblicke und wurden als solche ebenfalls in die Daten aufgenommen, sodass insgesamt von einem recht breiten Spektrum an Daten auszugehen ist.

Sowohl die Erstellung der Leitfäden für die qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen als auch die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte im iaw-Projektteam, d.h. in Absprache und Austausch zwischen Guido Becke und Cora Zenz. Überdies wurden die Erhebungsinstrumente sowie das methodische Vorgehen bei der Erhebung in den teilnehmenden Einrichtungen und zur Auswertung der qualitativen Daten in diesem Teilbericht beschrieben. Bei den Interviewpassagen ist stets der arbeits- bzw. berufsbezogene Kontext der interviewten Personen (z.B. Leitungskraft oder ausführende Pflegekraft) ersichtlich. Daher ist davon auszugehen, dass die Formulierung der Fragen, die in einem standardisierten Fragenkatalog mündeten und die Interpretation der Interviewpassagen ansatzweise intersubjektiv überprüfbar sind und somit dem Gütekriterium der Objektivität nahekommen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Eine

vollständige Doppelkategorisierung war leider aufgrund der Verzögerungen im Projekt nicht möglich (Interkoderreliabilität).

Für die Gruppendiskussionen ist anzumerken, dass längere Zeiträume für diese vorteilhaft gewesen wären, doch durch die zeitlich schwierige Organisation der Gruppendiskussionen für die Einrichtungen konnten hierfür nur 2 Stunden veranschlagt werden. Die Vorbereitungszeiten für die Technik und die Raumplanung waren z.T. in den Einrichtungen sehr eng geplant, sodass in einem Fall von den geplanten 2 Stunden auch noch die Zeit des Aufbaus und der Datenschutzerklärung abging. Die Rekrutierung der Teilnehmer\*innen für die Gruppendiskussion fand hausintern statt. Mehr als Wünsche zur Zusammensetzung der Teilnehmer\*innen waren im Vorhinein nicht möglich, sodass nicht immer auf die Mischung der Qualifikationsniveaus geachtet wurde. Bei einer Gruppendiskussion war es darüber hinaus nicht möglich, die Pflegedienstleitung und die Einrichtungsleitung dem Gespräch fernzuhalten. Angesichts der Anwesenheit von Pflegedienst- und Einrichtungsleitung als Vorgesetzte der Pflegekräfte ist davon auszugehen, dass in der Erhebung Verzerrungseffekte auftreten, d.h. die Aussagen der teilnehmenden Pflegekräfte und z.T. auch der Diskussionsverlauf vermutlich durch diese Führungskräfte (mit-)beeinflusst wurden. Dies sollte kritisch in Bezug auf die Ergebnisse gesehen werden. Gleichwohl traten in der Auswertung die Effekte der Vorgesetzten weniger deutlich zutage, als es noch während der Erhebung den Anschein erweckte, so ist eine Verzerrung der Ergebnisse an dieser Stelle denkbar. Dennoch stellte sich in der Auswertung hier eine Bestätigung der Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung dar, sodass die Einflussnahme tendenziell gering ausgefallen sein sollte. In einer weiteren Gruppendiskussion nahm eine relativ redefreudige Wohnbereichsleitung teil, die einen sehr dominierenden Part in der Gruppendiskussion einnahm, so dass hier der Diskussionsverlauf stärker durch die Hierarchie geprägt wurde.

Im Rahmen dieser Gruppenkonstellationen ist es durchaus naheliegend, dass es zu verzerrenden Effekten gekommen ist. Interessant ist jedoch, dass die meisten Aussagen die aus den vorigen Beobachtungsinterviews bestätigt bzw. ergänzt wurden. In einzelnen Fällen, wie z. B. zur Emotionsarbeit bzw. zu Reflexionszeiten gab es leichte Abweichungen in den Aussagen einer Person im Beobachtungsinterview im Vergleich zu denen derselben Person in der Gruppendiskussion. Grundsätzlich war jedoch das Spektrum der Einschätzungen der Pflegekräfte in dieser Gruppendiskussion zum zeitlichen Bedarf für Emotionsarbeit sehr groß. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass sich die Teilnehmenden eingeschüchtert gefühlt haben, ihre Meinung zu benennen. Somit ist eine große Verzerrung unwahrscheinlich.

#### Die Stichprobe

Die Stichprobe wurde so gewählt, dass möglichst aus verschiedenen Trägerstrukturen und Einrichtungsgrößen sowie bundesweit verteilt Einrichtungen teilnahmen. Die große Bandbreite der Ergebnisse lässt darauf schließen, dass die Repräsentativität der Stichprobe gelungen ist. So gab es insbesondere Unterschiede in der Personalausstattung wie der Organisationskultur, wie sich in der Beschreibung der Ergebnisse zeigt.

#### Der Stichprobenumfang

Der Umfang der Stichprobe entspricht dem zuvor geplanten Vorgehen. Die Stichprobe enthielt sowohl größere als auch kleinere Einrichtungen. Zwei Einrichtungen gehörten privaten Trägerschaften an, zwei waren gemeinnützig im Verband organisiert.

Hiermit wurden sowohl die Größe der Einrichtungen wie auch die Trägerschaft als auch die bundesweite Verteilung (Ost, West, Nord, Süd) in die Stichprobe einbezogen.

Die Größe der Stichprobe war zudem den strukturellen Rahmenbedingungen der Studie angemessen.

#### Grenzen der Erhebung

Mit der Wahl einer Forschungsmethode gehen zwangsläufig gewisse Limitationen der Studie einher. Die quantitative Erhebung der Zeit für Interaktionsarbeit ist unseren Ergebnissen zufolge nicht mit den gängi-

gen qualitativen Methoden möglich (vgl. Kapitel 6). Aufgrund dessen, dass wir qualitative Erhebungen durchgeführt haben, konnte aber auch keine quantitativen Ergebnisse erwartet werden.

Die teilnehmende Beobachtung ließ sich anhand der Beobachtungsinterviews gewissermaßen bestätigen (Validierung). So konnte im Interview gezielt auf bestimmte beobachtete Situationen eingegangen werden und diese aus der Sicht der Pflegekräfte noch einmal rekonstruiert und reflektiert werden.

Denkbar wäre, dass es Einschränkungen hinsichtlich der Datenerhebung der nicht sichtbaren Emotionsarbeit gibt. So kann es sein, dass die Pflegekräfte trotz Bemühung einer Sensibilisierung und Öffnung für die Thematik aus ihrer Erfahrung wenig Zeit für den Umgang mit eigenen Gefühlen haben und so weniger mit dieser Dimension von Interaktionsarbeit anfangen können. Daraus ergibt sich, dass sie auch die zeitliche Frage zur Emotionsarbeit nicht beantworten können. Hinzu kommt, dass in den untersuchten Einrichtungen die Bewältigung sozioemotionaler Anforderungen in der Pflegearbeit oft individualisiert wurde, so dass organisationsintern dafür kein Raum oder Angebot existierte. Diese Rahmenbedingungen könnten es den Pflegekräften erschwert haben, in den qualitativen Interviews bzw. Gruppendiskussionen intensiver ihre Emotionsarbeit zu reflektieren. Allerdings wurden die Gruppendiskussionen und Interviews von den Pflegekräften z.T. auch als ‚geschützter Raum‘ erlebt, in dem sie sich über Interaktionsarbeit austauschen konnten. Im Unterschied zur Emotionsarbeit schien Kooperationsarbeit für die Pflegekräfte besser nachvollziehbar zu sein – insbesondere, wenn in diesem Zusammenhang von Beziehungsarbeit gesprochen wurde.

Zwar wurde auf die Sensibilisierung für dieses Thema in der Gruppendiskussion zu Anfang hingearbeitet, jedoch lässt sich nur begrenzt auffangen, was im normalen Arbeitsalltag so stark verdrängt wird. Es bleibt daher unsicher, ob ein tragfähiges Verständnis von dem hier zugrunde gelegten integrativen Konzept der Interaktionsarbeit bei allen interviewten Pflegekräften hergestellt werden konnte. Dennoch ist gerade die Emotionsarbeit ein besonderer Aspekt der Interaktionsarbeit und Bestandteil der verschiedenen qualitativen Datenerhebungsmethoden gewesen.

Eine Trennung von Interaktionsarbeit und den pflegerischen Interventionen, wie sie hinsichtlich der Studienkonzeption vorgesehen war, sind in der Realität kaum möglich. Dies erschwerte den Pflegekräften zusätzlich die Einschätzung der Zeit, d.h. der Abschätzung erfahrungsbasierter Zeitwerte für die Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen. Dieses Dilemma wurde auch von einigen Pflegekräften während der Gruppendiskussion thematisiert, die fragten, wo sie eine Grenze ziehen sollten, wo Interaktionsarbeit in ihrer Arbeit nicht vorkomme.

Grenzen der Konzeption liegen unter anderem darin, dass die Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte hinsichtlich der Interaktionsarbeit aufgeschlüsselter hätten beforscht werden können. Sie wurden in dieser Studie nur unterteilt in Pflegehilfskräfte und Fachkräfte. Jedoch wurden die einzelnen Ausbildungsunterschiede in den Bundesländern und die unterschiedlichen Bezeichnungen nicht differenziert. Unter Pflegehilfskräfte fallen daher sowohl ungelernte Assistenzkräfte wie auch Pflegehilfskräfte mit zweijähriger Ausbildung.

## 9 Fazit und Ausblick

In diesem abschließenden Kapitel werden zunächst die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie zur Interaktionsarbeit von Pflegekräften mit Bewohner\*innen im Bereich der stationären Langzeitpflege resümiert, bevor in einem Ausblick weitere Forschungsdesiderate und Entwicklungsbedarfe aufgezeigt werden.

### 9.1 Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie

Die qualitative Teilstudie hat verdeutlicht, dass Interaktionsarbeit eine fortlaufende Anforderung in der Pflegearbeit bildet, die nicht in abgeschlossenen Tätigkeitskomplexen, sondern fortwährend bei den Interventionen durch Pflegekräfte geleistet wird und zeitlich zu berücksichtigen ist. Es handelt sich dabei um eine Arbeitsanforderung, die Pflegekräfte aller Qualifikationsniveaus betrifft. Trotz dieser Zentralität der Arbeit mit und am Menschen für Pflegearbeit in der stationären Langzeitpflege wurde Interaktionsarbeit bislang nicht bei der Personalbemessung angemessen einbezogen. In unserer qualitativen Teilstudie wurde der Zusammenhang zwischen pflegebezogener Interaktionsarbeit und Pflegequalität nicht dezidiert untersucht. Der Fokus der Teilstudie lag auf der arbeitswissenschaftlichen Perspektive von Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege. Ein zentrales Ergebnis der Teilstudie besteht darin, dass die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner\*innen eine zentrale Rolle für die Arbeitsqualität der Pflegekräfte spielt. Arbeitsqualität bezeichnet hier im arbeitswissenschaftlichen Sinne die Qualität der Arbeitsbedingungen, d.h. der Arbeitsaufgaben, Arbeitsstrukturen und Arbeitsprozesse sowie der betrieblichen Rahmenbedingungen, unter denen Pflegearbeit geleistet wird. So stellt die Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen auf der einen Seite eine gesundheitsförderliche Ressource als zentrale Motivations- und Sinnquelle der Beschäftigten dar, die auch ihre Berufstreue und die Bindung an Pflegeeinrichtungen erhalten bzw. erhöhen kann. Auf der anderen Seite bestätigt die qualitative Teilstudie andere empirische Befunde, wonach Pflegekräfte vor allem Personalknappheit und Zeitdruck bei der Arbeit als belastende und mit Blick auf die Realisierung des Ethos fürsorglicher Praxis restringierende Bedingungen der Interaktionsarbeit erleben. Zeitdruck, problematische Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck bei der Arbeit (z.B. Verzicht auf Pausen und Informalisierung von Arbeitszeiten) und Erschwernisse, Interaktionsarbeit gemäß eigenen Sinnansprüchen an die Pflegearbeit leisten zu können, erweisen sich nach den Befunden unserer Teilstudie als potenzielle gesundheitliche Gefährdungsrisiken. Überdies ist die Arbeit mit und an Bewohner\*innen durch hohe sozioemotionale Anforderungen und emotionale Dissonanz geprägt, welche die psychische Gesundheit von Pflegekräften beeinträchtigen können.

Mit Blick auf die Zeitpraktiken der Pflegekräfte ist besonders auffallend, dass sie ihre Zeitpraktiken vorwiegend an den Bedürfnissen und Bedarfen der ihnen anvertrauten pflegenbedürftigen Menschen ausrichten – häufig hat dies zur Folge, dass Pflegekräfte dabei ihre eigenen Belastungsgrenzen zu überschreiten drohen, z.B. durch die Informalisierung von Arbeitszeiten, oder durch einen eher restriktiven Umgang mit Pausen während der Arbeitszeit, z.B. wenn sie darauf verzichten, vorgesehene Pausenzeiten einzuhalten. In diesen häufig nicht gesundheitssensiblen Zeitpraktiken der Pflegekräfte spiegelt sich ihr Bestreben wider, auch unter restriktiven Arbeitsbedingungen – vor allem bei Zeitdruck – und bei Personalknappheit soweit wie möglich in ihrer Arbeit Sinnansprüchen an das Ethos fürsorglicher Praxis nachkommen zu können. Die Fallstudienresultate verdeutlichen auch, dass sich die Einrichtungen hinsichtlich Personalausstattung und betrieblicher Zeit- bzw. Pausenkulturen voneinander unterscheiden, sodass die Möglichkeiten, berufliche Sinnansprüche an eine gute Pflegearbeit zu realisieren, zwischen den Einrichtungen durchaus variieren.

Die Zentralität der Sinnansprüche von Pflegekräften, ihrem Arbeitsethos fürsorglicher Praxis gerecht zu werden, äußert sich auch in ihren Zeitpräferenzen: Die Pflegekräfte wünschen sich in erster Linie bei ihrer



Arbeit mehr Zeit für Fürsorge und Zuwendung für die Bewohner\*innen. Mit Blick auf die einzelnen Dimensionen der Interaktionsarbeit differenzieren sich die Zeitwünsche der Pflegekräfte näher aus. Deutlich wird in der qualitativen Teilstudie, dass gerade diese subjektiv wahrgenommenen zusätzlichen Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit – aus unterschiedlichen Gründen – nur begrenzt in den Ergebnissen der quantitativen Hauptstudie reflektiert werden.

Auf die Frage, inwiefern das Qualifikationsniveau (QN) der Pflegekraft für die Interaktionsarbeit eine Rolle spielt, zeigen die Auswertungsergebnisse der qualitativen Interviews und der teilnehmenden Beobachtungen wie auch der Gruppendiskussion, dass das QN im Sinne einer Ausbildung für die Anforderungen durch Interaktionsarbeit keine ausschlaggebende Bedeutung zu haben scheint. Hinsichtlich der Kooperations-, Gefühls- und Emotionsarbeit scheint es aus Sicht der befragten Pflegekräfte prägender zu sein, welche Persönlichkeit die Pflegekraft mitbringt, inwiefern sie mit welchen Situationen bereits in Kontakt gekommen ist und welche Reaktionen bzw. Umgangsweisen hierzu innerhalb des Pflorgeteams vermittelt wurden. Mit Blick auf das subjektivierende Arbeitshandeln scheint jedoch die Ausbildung für das professionelle, fachliche Vorgehen eine relevante Rolle zu spielen. Zudem hat das QN der Pflegekraft eine Auswirkung auf ihre Aufgaben und Tätigkeitsbereiche. Demnach tritt die Pflegehilfskraft häufiger in Kontakt mit den zu Pflegenden, wohingegen die Pflegefachkraft auch koordinative und organisatorische Aufgaben übernimmt, neben der Interaktion mit Dritten (Angehörigen, Ärzten/Ärztinnen, Apotheken etc.). Daraus ist zu schließen, dass die Pflegehilfskraft mehr Gelegenheit zur Interaktionsarbeit mit den zu Pflegenden hat als die Pflegefachkraft.

Die Ergebnisse deuten zudem daraufhin, dass die Pflegegrade keinen Aufschluss über die Dauer der Interaktionsarbeit mit einer Person geben können. Zwar sei der Pflegegrad ein zeitliches Maß für die richtungsbezogenen Tätigkeiten, hingegen ist die Interaktionsarbeit der Pflegekraft abhängig von der Persönlichkeit des Gegenübers wie auch vom situativen Kontext, in dem Interaktionsarbeit geleistet wird. Allerdings zeigt sich im Falle kognitiver Einschränkungen der Bewohner\*innen (z.B. im Falle demenzieller Erkrankungen), dass hierbei erhöhte Anforderungen bezüglich der Interaktionsarbeit an Pflegekräfte gestellt werden und Interaktionsarbeit mit erhöhten Zeitbedarfen verbunden ist.

Ein relevantes Ergebnis dieses Teilprojektes ist, dass aufgrund der Komplexität und Dynamik von Interaktionsarbeit aus Sicht der interviewten Pflegekräfte keine verlässlichen erfahrungsbasierten zeitlichen Schätzwerte für die Interaktionsarbeit mit den Bewohner\*innen benannt werden können: Die befragten Pflegekräfte sahen sich dazu entweder nicht in der Lage oder die angegebenen erfahrungsbasierten Zeitwerte weisen eine breite Varianz in zeitlicher Hinsicht auf, aus der keine tendenziellen Schätzwerte für Interaktionsarbeit abgeleitet werden können. Zugleich lassen sich anhand der qualitativen Ergebnisse keine quantifizierbaren Zeitwerte für Interaktionsarbeit ermitteln.

Gleichwohl zeigen die empirischen Befunde unserer Studie, dass sich Pflegekräfte insgesamt generell und mit Blick auf spezifische Interventionen, wie Sterbebegleitung oder beim Einzug neuer Bewohner\*innen, mehr Zeit für Interaktionsarbeit wünschen. Die qualitative Teilstudie konnte mit Blick auf die Arbeit der Pflegekräfte mit und an Bewohner\*innen auch verdeutlichen, dass die quantitative Teilstudie – bei allen ihren Vorzügen – mit Blick auf die Interaktionsarbeit spezifische Limitationen aufweist.

In Anbetracht dieses Ergebnisses haben wir auf Basis einer normativen Setzung einen Vorschlag zur zusätzlichen Berücksichtigung disponibler Interaktions- und Reflexionszeiten im Rahmen des neuen Instruments zur Personalbemessung (siehe hierzu die quantitative Hauptstudie) unterbreitet. Nach unseren Überlegungen stellen disponible Interaktionsarbeitszeiten eine Möglichkeit dar, Interaktionsarbeit bei der Personalbemessung angemessener als bisher zu berücksichtigen. Unser Vorschlag geht davon aus, schätzungsweise zwischen 5% bis 10% der täglichen Arbeitszeit einer Pflegekraft für zusätzliche, in der quantitativen Datenerhebung nicht berücksichtigte, disponible wie bedarfsorientierte Interaktions- und Reflexionszeiten vorzusehen. Diese Zeitbedarfe sollten sich möglichst zu gleichen Teilen auf Interaktionsar-

beitszeit und auf Reflexionszeiten außerhalb des Arbeitsprozesses, aber während der Arbeitszeit erstrecken.

Die disponiblen Interaktionsarbeitszeiten sind als eine Art Puffer oder Sockel konzipiert, der oben auf die errechneten quantitativen Zeitwerte für notwendige Pflegetätigkeiten aufgerechnet werden würde, um so den Pflegekräften innerhalb einer Schicht zu überlassen, diese entsprechend dem jeweiligen Bedarf bewohnerunabhängig einzusetzen bzw. zu verwenden. Disponible Interaktionsarbeitszeiten berücksichtigen auch, dass Interaktionsarbeit nur begrenzt beobachtbar ist (z.B. Emotionsarbeit zur intrapsychischen Gefühlsregulation), diese unsichtbaren interaktiven Tätigkeitselemente gleichwohl Zeit erfordern. Schließlich wurden in der quantitativen Studie bestimmte Pflegetätigkeiten nicht erfasst, wie die Sterbebegleitung und die Begleitung des Einzugs neuer Bewohner\*innen (Kooperationsarbeit zur Herstellung einer vertrauensbasierten Beziehung zwischen Pflegekraft und Bewohner\*in). Diese z. T. reflexive Zeit während einer Intervention oder auch die Reflexionszeit nach einer Intervention oder vor einer nächsten Intervention benötigt Zeit.

Darüber hinaus erklären Pflegekräfte, dass in der Einrichtung Zeit für die eigene Psychohygiene und die gesundheitsförderliche Reflexion der Interaktionsarbeit fehle. Daher sieht unser Vorschlag vor, Reflexionszeiten zu ermöglichen, für die organisationsintern bestimmte Formate zur Reflexion der Interaktionsarbeit mit Bewohner\*innen sowie der Arbeitssituation der Pflegekräfte angeboten werden sollten. Hierzu eignen sich insbesondere die Formate der Gesundheitszirkel und der kollegialen Fallberatung, die bedarfsorientiert durch Zeiten für Teamsupervisionen ergänzt werden könnten. Solche Reflexionszeiten und -formate bieten die Möglichkeit einer gesundheitsförderlichen Reflexion und zur beteiligungsorientierten Gestaltung der Interaktionsarbeit von Pflegekräften. Sie tragen damit zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften bei und können die Berufs- und Betriebsbindung von Pflegekräften stärken. Kollegiale Fallberatungen, Teamsupervisionen sowie betriebliche Gesundheitszirkel organisationsintern zu verankern, wäre ein wichtiger Beitrag für die Anerkennung der Leistung Interaktionsarbeit und für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Pflegearbeit.

## 9.2 Forschungsdesiderate und Entwicklungsbedarfe

Diese Studie erstreckte sich primär auf die Interaktionsarbeit von Pflegekräften mit und an pflegebedürftigen Personen in der stationären Langzeitpflege. In dieser Studie konnten aufgrund der Aufgabenstellung der Teilstudie und der begrenzten Personalkapazitäten des iaw weder die Interaktionsarbeit von Pflegekräften gegenüber Kolleg\*innen (z.B. Gefühlsarbeit bei um verstorbene Bewohner\*innen trauernde Kolleg\*innen) noch die Interaktionsarbeit mit externen Dritten, wie Ärzten, Apothekern oder auch Angehörigen einbezogen werden, die ebenfalls eine Rolle in Bezug auf die Zeitwerte für Interaktionsarbeit im gesamten Arbeitszusammenhang spielen wird. Hier gilt es weitere Forschungslücken zu schließen und ggfls. weitere Zeitbedarfe zu identifizieren und bei einer Weiterentwicklung von Verfahren der Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege zu berücksichtigen.

Das neue Instrument zur Personalbemessung im Rahmen der stationären Langzeitpflege sollte disponible und bedarfsorientierte Interaktions- und Reflexionszeiten integrieren. In Verfahren zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege – einschließlich des im Rahmen der Hauptstudie entwickelten neuen Verfahrens – konzentrieren sich die ermittelten Arbeitszeiten vorwiegend auf Arbeitszeiten, die für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit spezifischen Pflegebedarfen erforderlich sind. Diese pflegebedarfsorientierte Personalbemessung wäre zukünftig stärker zu ergänzen um eine personal- und gesundheitsbezogene Perspektive. Demnach würden Reflexionszeiten in die Personalbemessung integriert, die Pflegekräften im Rahmen betrieblicher Dialogräume, wie Gesundheitszirkel oder der kollegialen Fallberatung, während der Arbeitszeit ermöglichen, ihre Arbeitssituation gemeinsam zu reflektieren, Ideen zur Verbesserung ihrer Arbeitsqualität zu entwickeln und umzusetzen. Solche in der Personalbemessung

verankerten Reflexionszeiten würden an einem Grundproblem der (ambulanten wie stationären) Pflege ansetzen, wonach Zeiten für Prävention und Gesundheitsförderung tendenziell individualisiert werden, d.h. die Verantwortung hierfür letztlich den Pflegekräften – im Rahmen ihrer privaten Lebenssphäre – übertragen wird.

Die einrichtungsbezogene Anwendung dieses Instruments ist kein administratives Prozedere, sondern ein komplexer sozialer und betriebspolitischer Prozess, der Potenziale der Organisationsentwicklung für stationäre Pflegeeinrichtungen bietet. Grundsätzlich wäre in Bezug auf den Vorschlag zu Interaktions- und Reflexionszeiten eine Organisationsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen wünschenswert, die entsprechende Rahmenbedingungen für gute Interaktionsarbeit schafft (vgl. Bleses et al. 2020). Forschungsbedarf besteht darin, aus arbeits- bzw. gesundheitswissenschaftlicher Perspektive zu untersuchen, inwiefern die Anwendung des neuen Personalbemessungsinstruments auf der Einrichtungsebene tatsächlich dazu genutzt wird, zusätzliche Zeiten für Interaktionsarbeit sowie für die Reflexion der Interaktionsarbeit und deren gesundheitsförderliche Gestaltung vorzusehen. Hierbei wäre zudem zu analysieren, inwiefern die betriebliche Anwendung des neuen Personalbemessungsinstruments zu einer Verbesserung der Arbeitsqualität der Pflegekräfte beiträgt, insbesondere mit Blick auf die Reduzierung von Zeitdruck bei der Arbeit und der Möglichkeit von Pflegekräften, ihrem beruflichen Ethos fürsorglicher Praxis nachkommen zu können. Zu untersuchen wäre hierbei auch, ob und inwiefern organisatorische Reflexionsräume der Interaktionsarbeit, wie kollegiale Fallberatungen, Gesundheitszirkel oder Team- und Organisationssupervision, hierbei Gelegenheitsstrukturen für Prozesse der Organisationsentwicklung bilden und inwiefern sie dazu beitragen, die Organisationskulturen von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu öffnen für eine verstärkte Anerkennung und Aufwertung von Interaktionsarbeit. Schließlich wäre hierbei das Zusammenspiel zwischen Organisations- und Kompetenzentwicklung näher zu analysieren. So kann die Einführung und organisatorische Verankerung solcher Reflexionsräume in Verbindung mit der betrieblichen Anwendung des neuen Personalbemessungsinstruments z.B. flankiert werden durch Maßnahmen der Kompetenzentwicklung, die u.a. darauf abzielen, die emotionalen Kompetenzen und die Gesundheitskompetenz von Pflegekräften zu stärken (vgl. Buruck et al. 2015: 89 f.). Es ist anzuraten, ein mögliches Pilotprojekt zur betrieblichen Erprobung des neuen Personalbemessungsinstruments auch durch eine arbeitswissenschaftliche Begleitforschung zu flankieren, in der die skizzierten Forschungsfragen bearbeitet werden.

Die qualitativen Fallstudienresultate weisen darauf, dass in den einbezogenen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege kein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) existiert, das ein struktureller Garant dafür sein könnte, betriebliche Dialogräume für eine gesundheitssensible Gestaltung der Interaktionsarbeit auch tatsächlich umzusetzen. Das Fehlen eines BGM, das sich an den spezifischen Rahmenbedingungen von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege orientiert, ist leider kein Einzelfall. Von daher ist näher zu erforschen, welche spezifischen Barrieren für den Aufbau eines BGM in solchen Einrichtungen existieren und wie sie überwunden werden können. Innerhalb des BGM, kommt der im Arbeitsschutzgesetz verankerten Gefährdungsbeurteilung eine zentrale Bedeutung als präventives Verfahren zu, psycho-physische Gesundheitsgefährdungen zu ermitteln, gesundheitsförderliche Interventionen abzuleiten und umzusetzen (vgl. Becker et al. 2014; BAuA 2014). Bei der betrieblichen Anwendung des auch für stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege rechtlich verbindlichen Verfahrens der Gefährdungsbeurteilung sollte Interaktionsarbeit - auch in ihren personellen wie zeitlichen Implikationen - systematisch berücksichtigt werden. Für die zukünftige Weiterentwicklung der Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege ist nicht nur eine stärker arbeitswissenschaftlich informierte und fundierte Personalbemessung erforderlich. Vielmehr wäre diese auf der Einrichtungsebene auch zu verknüpfen mit kontextspezifischen Strukturen und Verfahren des BGM.



## Literatur

Becke, G. (2013). Organisationale Achtsamkeit als Gestaltungskonzept für Vertrauensentwicklung. In G. Becke, C. Funken, S. Klinke, W. Scholl & M.K.W. Schweer (Hrsg.), Innovationsfähigkeit durch Vertrauensgestaltung? Befunde und Instrumente zur nachhaltigen Organisations- und Netzwerkentwicklung (S. 147-162). Frankfurt/M. et al.: Peter Lang.

Becke, G. (2014). Mindful Change: A Concept for Social Sustainability at Organizational Level. In G. Becke (Ed.), Mindful Change in Times of Permanent Reorganization. Organizational, Institutional and Sustainability Perspectives (pp. 49-72). Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer.

Becke, G. & Bleses, P. (2015). Koordination und Interaktion – ein konzeptioneller Rahmen zur Analyse ihres Wechselverhältnisses bei sozialer Dienstleistungsarbeit. In G. Becke & P. Bleses (Hrsg.), Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen (S. 23-49). Wiesbaden: Springer VS.

Becke, G. & Bleses, P. (2016). Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege. Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften (JCSW). 57: 105-126.

Becke, G., Bleses, P. & Schmidt, S. (2010). Nachhaltige Arbeitsqualität – Ein Gestaltungskonzept für die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie. Wirtschaftspsychologie 12(3): 60-68.

Becke, G. & Wehl, R. (2014). Die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen von Ehrenamtlichen – Handlungsbedarf in sozialen Dienstleistungen. In G. Becke, J. Evers, J. Hafkesbrink & U. Henke (Hrsg.), Cockpit soziale Dienstleistungen. Gestaltung der Produktivität durch Balance von Effizienz, Unterstützungsqualität und Arbeitsqualität (S. 87-106). Berlin: LIT.

Becke, G., Wehl, R. & Wetjen, A. (2015). „Die Kollegen wissen, dass sie jederzeit einen Ansprechpartner haben.“ – Interaktionsarbeit im Rahmen relationaler Handlungskoordination. In G. Becke & P. Bleses (Hrsg.), Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen (S. 71-90). Wiesbaden: Springer VS.

Becker, F. (o. J.). 5. Arten und Formen von Gruppendiskussionen - WPGS, Wirtschaftspsychologische Gesellschaft. Zugriff am 10.12.2018. Verfügbar unter <https://wpgs.de/fachtexte/fokus-gruppen/5-arten-und-formen-von-gruppendiskussionen/> .

Becker, K., Brinkmann, U., Engel, T. & Satzer, R. (2011). Handbuch Gesundheit & Beteiligung. Neue Instrumente für den Gesundheitsschutz in Betrieben und Behörden (2. Auflage). Hamburg: VSA.

Beckert, J., Metzner, A. & Röhl, H. (1998). Vertrauenserosion als organisatorische Gefahr und wie ihr zu begegnen ist. Organisationsentwicklung, 17(4): 56-67.

Beermann, B. (2018). Interaktionsarbeit. Anforderungen an die Forschung. "Arbeit mit Menschen - Interaktionsarbeit humanisieren", Berlin.

Bleses, P. & Busse, B. (2020). Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege: Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität. In P. Bleses, B. Busse & A. Friemer (Hrsg.), Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekte (S. 49-64). Berlin: Springer Vieweg.

Bleses, P., Busse, B. & Friemer, A. (2020). Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse. In P. Bleses, B. Busse & A. Friemer (Hrsg.), Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekte (S. 11-31). Berlin: Springer Vieweg.

Bleses, P. & Jahns, K. (2015). Neugestaltung der Koordination und Interaktion in der ambulanten Pflege: Chancen und Anforderungen für Führungs- und Pflegekräfte. In G. Becke & P. Bleses (Hrsg.), Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen (S. 53-70). Wiesbaden: Springer VS.

Böhle, F. (1989). Körper und Wissen: Veränderungen in der sozio-kulturellen Bedeutung körperlicher Arbeit. *Soziale Welt*, 40(4): 497-512.

Böhle, F. (1999). Nicht nur mehr Qualität, sondern auch höhere Effizienz - Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaften*, 53(3): 174-181.

Böhle, F., Glaser, J. & Büssing, A. (2006). Interaktion als Arbeit - Ziele und Konzept des Forschungsverbundes. In F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung (S. 25-39). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Böhle, F. & Wehrich, M. (2020). Das Konzept der Interaktionsarbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 74(1): 9-22.

Böhle, F., Stöger, U. & Wehrich, M. (2015a). Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungen. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). Berlin: edition sigma.

Böhle, F., Stöger, U. & Wehrich, M. (2015b). Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. *Arbeits- und Industriesoziologische Studien*. 8: 37-54.

Braun, B., Darmann-Finck, I., Greiner, A., Siepmann, M. & Stegmüller, K. (2014). Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2014). Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Erfahrungen und Empfehlungen. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Buruck, G., Brom, S., Kotte, H. & Richter, P. (2015). Evaluierung von Gesundheitspräventionen in der stationären Altenpflege, In Badura, B. et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2015 (S. 85-95). Heidelberg: Springer.

- Busse, S. (2013). Supervision. In B. Maelicke, G. Horcher & K. Grunwald (Hrsg.), *Lexikon der Sozialwirtschaft* (S. 990-991). Frankfurt/M.: Nomos.
- Dammayr, M. (2012). Pflege zwischen Ökonomisierung und Professionalisierung – das Beispiel der Alten- und Langzeitpflege in Österreich. *Arbeit* 21(4): 263-277.
- Dathe, D. & Paul, F. (2011). Arbeitsintensität und gesundheitliche Belastungen aus der Sicht von Beschäftigten im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen: eine Analyse mit dem DGB-Index Gute Arbeit. Studie im Auftrag der ver.di-Bundesverwaltung. Ressort 13, Bereich Innovation und Gute Arbeit. Berlin: ver.di.
- Duhigg, C. (2012). *Die Macht der Gewohnheit. Warum wir tun, was wir tun.* München, Zürich: Piper.
- Dunkel, W. & Wehrich, M. (2012a). *Interaktive Arbeit.* Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Dunkel, W. & Wehrich, M. (2012b). *Interaktive Arbeit – das soziologische Konzept.* In W. Dunkel & M. Wehrich (Hrsg.), *Interaktive Arbeit* (S. 29- 59). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Dunkel, W. (1988): Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden - Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten. *Soziale Welt.* 39: 66-85.
- Dunkel, W.; Kratzer, N. (2016): Zusammenfassende Interpretation. Zeit- und Leistungsdruck bei Wissens- und Interaktionsarbeit. In: W. Dunkel und N. Kratzer (Hg.): *Zeit- und Leistungsdruck bei Wissens- und Interaktionsarbeit. Neue Steuerungsformen und subjektive Praxis* (S. 169–190). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Fischer, U.L. (2010). „Der Bäcker backt, der Maler malt, der Pfleger...“: soziologische Überlegungen zum Zusammenhang von Professionalität und Wertschätzung in der Kranken- und Altenpflege. *Arbeit* 19(4): 239-252.
- Foucault, M. (1989). *Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit*, Bd. 3. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Franz, H.W. & Kopp, R. (2003). Die Kollegiale Fallberatung: ein einfaches und effektives Verfahren zur ‚Selbstberatung‘. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 26(3): 285-294.
- Friczewski, F. (2017). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 243-252). Bern: Hogrefe (3. Auflage).
- Gerlmaier, A. (2006). Nachhaltige Arbeitsgestaltung in der Wissensökonomie? Zum Verhältnis von Belastungen und Autonomie in neuen Arbeitsformen. In S. Lehndorff (Hg.), *Das Politische in der Arbeitspolitik. Ansatzpunkte für eine nachhaltige Arbeits- und Arbeitszeitgestaltung* (S. 71-98). Berlin: Edition Sigma.
- Giesenbauer, B. & Glaser, J. (2006). Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – Beeinflussung fremder und eigener Gefühle. In F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung* (S. 59-84). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2008). Arbeit in der stationären Altenpflege. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität (INQA-Bericht, Bd. 34, 1. Aufl.). Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wiss.
- Goffman, I. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday & Company, Inc.
- Gotthardt-Lorenz, A. (2009). Organisationssupervision – Raum für wachsende Anforderungen. In H. Pühl (Hrsg.), *Supervision und Organisationsentwicklung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hacker, W. (2009). *Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit*. Ein Lehrbuch. Lengerich; Berlin; Bremen; Miami; Riga; Viernheim; Wien; Zagreb: Pabst Science Publ..
- Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559-574). Wiesbaden: Springer VS.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*. 85: 551-575.
- Hochschild, A. R. (1990). *Das gekaufte Herz : die Kommerzialisierung der Gefühle*. Aus dem Engl. von Ernst von Kardorff. Mit einem Vorwort von Elisabeth Beck-Gernsheim. Frankfurt/Main; New York: Campus-Verlag.
- Jaeggi, R. (2014). *Kritik von Lebensformen*. Berlin: Suhrkamp.
- Jenull, B., Brunner, E., Ofner, M. & Mayr, M. (2008). Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. *Pflege* 21(1): 16-24.
- Jordan, S., Messner, M. & Becker, A. (2009). Reflection and Mindfulness in Organizations: Rationales and Possibilities for Integration. *Management Learning* 40(4): 465-473.
- Junghanns, G. (2012). Themenfelder im Brennpunkt. Termin- und Leistungsdruck. In A. Lohmann-Haislah (Hrsg.), *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden* (Stressreport Deutschland, Bd. 2012, S.107–112). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Kludig, R. (2019). Die Gesundheit von Pflegekräften in der ambulanten Pflege: Einfluss von arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstrukturen. *Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft*, Nr. 26. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Kocks, A., Segmüller, T. & Zegelin, A. (unter Mitarbeit von Büker, C., Kapsch, K., Schieron, M., Tietze, K.-O., Vollmer, S.) (2012). *Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung*. Herausgegeben von der Sektion BIS Beraten, Informieren, Schulen der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e.V., Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft.
- Krey, H. (2011). Ist Ekel in der Pflegearbeit wirklich okay? *Psychologie und Gesellschaftskritik* 35: 87-108.



- Krömmelbein, S. (2005). Kommunikation und abnehmende Rollendistanz. Zur Ambivalenz der aktiven Aneignung subjektiver Arbeitswelten. In Arbeitsgruppe SubArO (Hrsg.), *Ökonomie der Subjektivität – Subjektivität der Ökonomie* (S. 183-201). Berlin: Edition Sigma.
- Kuhlmann, M. (2009). Beobachtungsinterview. In S. Kühl, P. Strodtholz & A. Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 78-99). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kumbruck, C. (2010). Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In G. Becke, P. Bleses, W. Ritter & S. Schmidt (Hrsg.), *„Decent Work“: Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexible Arbeitswelt* (S. 187-207). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kumbruck, C. & Senghaas-Knobloch, E. (2006). Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel. *artec paper*, Nr. 137. Bremen: Universität Bremen, artec|Forschungszentrum Nachhaltigkeit.
- Kumbruck, C. & Senghaas-Knobloch, E. (2015). Handlungskoordination oder Komplizenschaft – Was dokumentiert die Dokumentation, wenn Störungen den Pflegealltag beherrschen? In G. Becke & P. Bleses (Hrsg.), *Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen* (S. 113–134). Wiesbaden: Springer VS.
- Kumbruck, C. & Senghaas-Knobloch, E. (2019). Die Grenzen instrumenteller Verfügbarkeit von Subjektivität – Einsichten aus der Arbeitswelt der Pflege. In F. Böhle & E. Senghaas-Knobloch (Hrsg.), *Andere Sichtweisen auf Subjektivität. Impulse für kritische Arbeitsforschung* (S. 131-165). Wiesbaden: Springer VS.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2010a). Wissenschaftliche Inhaltsanalyse. In S. Lamnek & C. Krell (Hrsg.) *Qualitative Sozialforschung (Lehrbuch, 5., überarbeitete Auflage)* (S. 438-441). Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2010b). Teilnehmende Beobachtung. In S. Lamnek & C. Krell (Hrsg.) *Qualitative Sozialforschung (Lehrbuch, 5., überarbeitete Auflage)* (S. 498-566). Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung (Lehrbuch, 6., überarbeitete Auflage)*. Weinheim: Beltz.
- Lohmann-Haislah, A. & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA.
- Mareis, C. (2014). *Theorien des Designs – zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543–556). Wiesbaden: Springer VS.
- Mayring, P. (2010a). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (Pädagogik, 11., aktualisierte und überarb. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.

- Mayring, P. (2010b). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 8. Aufl. (S. 468-475). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Möller, H. & Kotte, S. (2015). Supervision. Past – Present – Future. *Psychotherapie im Dialog* 16(01): 16-24.
- Müller, N. & Thorein, A. (2018). Arbeit mit Menschen humanisieren. In ver.di-Bereich Innovation und gute Arbeit (Hrsg.), *Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren. Band 1: Gestaltungskonzepte und Forschungsbedarf* (S. 13-18). Frankfurt/M.: Bund-Verlag.
- Orellana, C. & Schmidt, S. (2015). Achtsamkeit und Selbstfürsorge als Ressourcen in der Pflege. Konzeption, Studienlage und Evaluation eines in den Arbeitsalltag integrierten Ansatzes. *Onkologische Pflege* 5(1): 40-46.
- Osterbrink, J. & Andratsch, F. (2015). *Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können*. München: C.H. Beck.
- Polanyi, M. (2016). *Implizites Wissen* (2. Auflage). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (Lehr- und Handbücher der Soziologie, 2., korr. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Rothgang, H., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempa, A., Matzner, L., Zenz, C., Sticht, S., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Brannath, W., Becke, G. (2020a): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM). Verfügbar unter: <https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/4497> [03.11.2020].
- Rothgang, H. (2020b). Gutachten Pflegepersonalbemessungsinstrument für die stationäre Langzeitpflege. *Vdek magazin*. 2. 2020. Verfügbar unter: [https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2020-02\\_corona/personalbemessung.html](https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2020-02_corona/personalbemessung.html) [veröffentlicht am 08.04.2020] [03.11.2020].
- Schöllgen, I. & Schulz, A. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Emotionsarbeit*. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Schön, D. (2001). The Crisis of Professional Knowledge and the Pursuit of an Epistemology of Practice. In J. Raven & J. Stephenson (Eds.), *Competence in the Learning Society* (pps. 185-207). New York: Peter Lang.
- Schwarz, L. & Höhmann, U. (2018). Arbeitsprozessintegrierte Entwicklung von beruflicher Gestaltungskompetenz in der Pflege: Der theoretische Rahmen, ein Werkzeug für die Praxis und die Voraussetzungen des Gelingens. In U. Höhmann, O. Lauxen & L. Schwarz (Hrsg.), *Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken. Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzentwicklung in der Pflege* (S. 19-72). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.

- Schwarz, R. (2009). *Supervision und professionelles Handeln Pflegender*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwerdt, C. & Becke, G. (2020). Das Teilvorhaben ‚Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege‘. Anlagenband: Endberichte. In Rothgang, H., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempa, A., Matzner, L., Zenz, C., Sticht, S., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Brannath, W., Becke, G. (2020a): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM). Verfügbar unter: <https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/4497> [03.11.2020].
- Senghaas-Knobloch, E. (2008). Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. *Berliner Journal für Soziologie* 18(2): 221-243.
- Senghaas-Knobloch, E. (2014). Das Ethos guter Pflege unter Marktbedingungen – zwischen neuen Leistungsanforderungen und der Suche nach Anerkennung. *WISO* 37(4): 21-38.
- Siegrist, Johannes (2014). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen*. München: Elsevier.
- Star, S.L. & Strauss, A. (1999). Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work. *Computer Supported Cooperative Work* 8: 9-30.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1980). Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. 32. 629-651.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1982). Sentimental work in the technologized hospital. *Sociology of Health and Illness* 4(3): 254-278.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (2003). *Wege zu uns und anderen* (9. Auflage). Reinbek bei Hamburg: rororo.
- Theobald, H., Szebehely, M. & Preuß, M. (2013). *Arbeitsbedingungen in der Altenpflege: die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich*. Berlin: Edition Sigma.
- Thorein, A., Müller, N. & Fischer, M. (2018). Die Bedeutung der Interaktionsarbeit - Notwendigkeit der Forschung aus gewerkschaftlicher Perspektive. In Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), *ARBEIT(s).WISSEN.SCHAF(f)T. Grundlage für Management & Kompetenzentwicklung* (S. 1-6).
- Ulich, E. & Wülser, M. (2004). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler.
- Vogl, S. (2014). Gruppendiskussion. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (581-586). Wiesbaden: Springer VS.

Vogt-Akpetou, U. (1999). Gesundheitszirkel. In B. Badura, W. Ritter & M. Scherf: Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis (S. 155-158). Berlin: Edition Sigma.

Voswinkel, S. & Hürtgen, S. (2014). Nichtnormale Normalität? Anspruchslogiken aus der Arbeitnehmermitte. Berlin: Edition Sigma.

Wærness, K. (2001). Social Research, political theory and the ethics of care. *Research Review* 17(1): 5-16.

Weishaupt, S. (2006). Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege- die Interaktion mit dem Körper. In F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung* (S. 85-106). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wendsche, J. & Lohmann-Haislah, A. (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Hrsg.). (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Pausen*. Zugriff am 02.02.2018.

World Health Organization (WHO) (2019). *Occupational health. Stress at the workplace*. Verfügbar unter: [https://www.who.int/occupational\\_health/topics/stressatwp/en/](https://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/) [19.02.2019].

Zimber, A. (1998). Beanspruchung und Stress in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 417-425

## Anhang

### Tableaus als Grundlage für den Einbezug in die Anforderungen und Teilschritte des Interventionskatalogs

Folgende Tableaus dienen als Grundlage dafür, mit dem SOCIUM-Projektteam über einzelne Dimensionen und beispielhafte Situationen sichtbarer Aspekte der Interaktionsarbeit sprechen zu können. Diese und die dazu geführte Diskussion waren grundlegend für die Berücksichtigung von Interaktionsarbeit bei der Konzeption des Interventionskatalogs in Form der Teilschritte und Anforderungen einzelner Interventionen (siehe Kapitel 4.1).

#### Dimension der Interaktionsarbeit: Kooperationsarbeit

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für ‚Kooperationsarbeit‘)	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
<b>(grundlegende) Beziehung aufrechterhalten und pflegen</b>	PK versucht für ZP eine Bezugsperson zu sein  Vertrauensvolle Beziehung/ Umgang  Anklopfen, Begrüßen mit Namen (Frau Müller), Nachfragen, wie es ihr geht	Intime oder persönliche Themen/Probleme der ZP werden mit PK besprochen  ZP freut sich über Anwesenheit von PK (z.B. Lächeln)  Verhalten der Pflegekraft ist auf das der ZP abgestimmt  Freundliche Begrüßung der ZP, Höflicher Umgang (Siezen, Anklopfen), Zustand/Befindlichkeit erfragen, Blickkontakt halten, loben/motivieren der ZP, Körperkontakt zu ZP herstellen
<b>Eingehen auf ZP</b>	ZP sind Gastgeber und PK müssen auf ZP eingehen (Interesse zeigen)	erfragen und berücksichtigen von Wünschen und Fragen der ZP, zuhören, Eingehen auf Gesagtes, Zeit geben sich zu äußern/nicht unterbrechen, Eingehen auf persönliche Gegenstände wie Fotos, Initiativen des Gegenüber zulassen, Eigenarten berücksichtigen, Veränderungen ansprechen
<b>Aushandeln von Erwartungen und Wünschen</b>	Situatives Aushandeln von Erwartungen, z.B. körperliche Nähe und Distanz	Eingehen auf die Wünsche, Austausch über Erwartungen in einer konkreten Situation (Essen, Waschen), Wahlmöglichkeiten lassen, gemeinsames Gestalten von Tätigkeiten,

	Balance von Nähe und Distanz	Hilfsangebote  Berührungen zulassen/ Wunsch nach körperlicher Nähe nachkommen, Grenzen setzen bei Körperkontakt/ Bedürfnis nach Nähe
<b>Erklären von und Informieren über folgende Arbeitshandlungen</b>	Informieren über die anstehende Pflegehandlung wie einen Verbandswechsel	Kommunikation über Arbeitstätigkeit, Erläutern von anstehenden Maßnahmen (Pflegehandlungen)

#### Dimension der Interaktionsarbeit: Gefühlsarbeit

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für ‚Gefühlsarbeit‘)	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
<b>Empathie zeigen</b>	Rücksichtnahme auf emotionale Befindlichkeiten der ZP; Aussetzen von Verrichtungen, die von ZP aktuell nicht erwünscht sind  Fragen nach Wünschen Eingehen auf die Lebensgeschichte  Gefühle erkennen und interpretieren  Verständnis für zunächst nicht sinnvoll erscheinenden Ängsten/Hysterien	Verbal durch Zuspruch und Betonung von Mitgefühl und Verständnis, Erklärungen, um Ängste zu nehmen und anschließend Zeit nehmen, um den Prozess des Verstehens zu zulassen  Nonverbal durch Körperkontakt herstellen und zulassen (Berührungen)  Gefühlsäußerungen ernst nehmen, sie berücksichtigen und darauf eingehen
<b>Positive Stimmung herstellen</b>	Positive Atmosphäre schaffen durch, z.B. durch freundliche Begrüßung	Witz/ Humor, Ansprache positiver Ereignisse (z.B. Besuch von Angehörigen), gutes Zureden als Ausgleich von Missstimmung, Besänftigen (kommunikativ oder durch Berührung)
<b>Hilfe bei der Bewältigung negativer Gefühle der ZP</b>	Ängste abbauen vor medizinischen Eingriffen Fragen nach Wünschen der ZP zum Sterben	Körperkontakt (Streicheln, Berührung), Gespräche über Ängste/Leid/Sterben, Besänftigen der ZP, Trösten, Aufmuntern, Beruhigen, geduldig sein,

	<p>Eingehen auf auftretende Gefühle (z.B. Scham) bei für die Bewohner_in neuen/ungewohnten Situationen (z. B. Intimpflege)</p> <p>Unterstützung bei der Eingewöhnung neuer Bewohner_innen</p>	<p>durch Präsenz bei Transfer Sicherheit vermitteln</p> <p>Erklärungen, Beruhigen, um Ängste abzubauen</p> <p>einbeziehen in die Alltagsstruktur (Aufgaben zuteilen/übertragen, Einladung zu Gruppenaktivitäten)</p>
<b>Gefühl der Selbstbestimmtheit vermitteln</b>	Abholen der ZP in ihrer Situation	<p>ZP Tätigkeiten machen lassen, was sie noch kann (Gehen, Essen, Sprechen); ZP zu eigenem Handeln / Aktivität ermutigen</p> <p>Verhandeln mit zu Pflegenden, berücksichtigen von Ängsten</p>
<b>Wahrnehmen der ZP</b>	<p>Aufmerksamkeit der PK gegenüber der ZP</p> <p>Teilen von freudvollen Momenten (Feiern nach Kitwood)</p>	<p>Aufrechterhalten des Blickkontaktes zur ZP, Wahrnehmen der ZP durch PK mit allen / verschiedenen Sinnen (Sehen, Hören, Riechen, Berühren)</p> <p>„strahlendes Lächeln“ der PK beim Erblicken der ZP</p> <p>PK und ZP erfasst eine ähnliche Stimmung</p>
<b>Der ZP Anerkennung vermitteln</b>	<p>kein kollektives Wir</p> <p>Erfahrung würdigen (?)</p>	<p>Sprache als Ausdruck von Anerkennung,</p> <p>Blickkontakt, Grüßen</p>
<b>Manipulation der ZP der Aufgabenerfüllung der PK</b>	ZP zum Essen motivieren, indem man sagt, selbst gekocht zu haben	Offensichtlichen Widerspruch zur alltäglichen Praxis in der stationären Einrichtung
<b>Sich Zeitnehmen für ZP</b>	<p>Ausreden lassen,</p> <p>persönliches Gespräch suchen,</p> <p>aktivierende Pflege</p>	<p>Gelassenheit der PK, Ruhe vermitteln, Eingehen auf kommunizierte Wünsche der ZP ,</p> <p>ZP Tätigkeiten machen lassen, was sie noch kann (Gehen, Essen, Sprechen),</p> <p>Möglichkeit Ärger, Verletzung</p>

		<p>gen oder Konflikte zu kommunizieren</p> <p>Gemeinsame Tätigkeiten (Zusammenarbeit -Kitwood)</p> <p>Eingehen auf zunächst nicht sinnvoll erscheinende Ängste/Hysterien</p>
<b>Sinnliche Zuwendung</b>	Mit Düften Erinnerungen, z.B. Freimarkt, wachrufen	Verwendung von Düften, Stoffen, Farben und Musik, (Timalation)

#### Dimension der Interaktionsarbeit: subjektivierendes Arbeitshandeln

<b>Kernmerkmal</b>	<b>Positivbeispiel (für , Interaktionsarbeit')</b>	<b>Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)</b>
<b>Situatives Handeln auf Unvorhergesehenes/ Unplanbares</b>	Erkennen einer plötzlichen Veränderung des Gesundheitszustandes der/s ZP	Flexibles, situations- und kontextbezogenes Handeln der PK
<b>Einsetzen von Sinnen als Arbeitsmittel zur Wahrnehmung der gesundheitlichen und psycho-physischen Verfassung/ Zustand des/r ZP</b>	<p>Fiebrigkeit erkennen anhand von Berührung und sichtbarer Veränderungen der ZP</p> <p>Beobachtung des ZP in seiner unmittelbaren Wohnumgebung auf Auffälligkeiten/Abweichungen hin</p>	<p>Wahrnehmung der Situation durch Sehen, Ertasten, Riechen, Hören</p> <p>Auf Körperzeichen (wie Hautrötung, Schweißbildung) achten</p>
<b>Dialogisch-interaktives Vorgehen</b>	Eingehen auf die unvorhergesehene Situation, die veränderte Verfassung der ZP (z.B. demenziell Erkrankte) und darauf bezogen abgestimmte Pflegehandlung/-handeln	<p>Fragen stellen, Handlungen entsprechend ausrichten</p> <p>Nonverbale Kommunikation als Reaktion</p>
<b>Empathie als Einfühlen in und Verständnis für die Person und ihre Möglichkeiten</b>	Erreichbarkeit der Klingel, Verfügbarkeit von Wasser (Situation an den ZP anpassen)	<p>Korrekturhandlungen (Wasser holen; Klingel heranholen),</p> <p>Warten auf, Beobachten von, Kontrollieren selbstständig ausgeführter Handlungen der ZP</p>
<b>Körperkontakt ermöglichen</b>	Zulassen von körperliche Nähe/Körperkontakt als menschliches Grundbedürfnis	Berührungen der PK durch ZP werden nicht abgewehrt, sondern toleriert bzw. erwidert



**Dimension der Interaktionsarbeit: Emotionsarbeit**

<b>Kernmerkmal</b>	<b>Positivbeispiel (für ‚Emotionsarbeit‘)</b>	<b>Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)</b>
<b>Freundlichkeit im Umgang mit den zu Pflegenden wahren</b>	Bei aggressivem oder übergriffigem Verhalten  Bei unangemessenem Verhalten aufgrund der Erkrankung (Demenz)	Bestimmtes und zugewandtes Verhalten gegenüber die zu Pflegenden, Grenzen setzen durch (non)verbale Kommunikation; zu Hilfe holen von Kolleg_innen  Bei demenziell erkrankten ZP: Unangemessenes Verhalten wird akzeptiert/toleriert; Gelassenheit bei unangemessenem Verhalten
<b>Eigene negative Gefühle unterdrücken</b>	Ekel, Zorn, Ärger, Abneigung, Ängste, Misstrauen gegenüber der ZP werden seitens der PK nicht gezeigt.	Achtsamkeitsrituale/-praktiken, wie tiefes Durchatmen in oder nach Einstellen auf die (neue) Situation; Sich zusammenehmen/sammeln; PK bleibt gelassen
<b>Umgang mit Leid und Tod der zu Pflegenden</b>	mitfühlen ohne mitzuleiden	PK nimmt sich Zeit für sterbende ZP; Austausch mit Kolleg_innen suchen; Trauerrituale der PK (z.B. individuelles Abschiednehmen von gerade verstorbenen ZP)

**Legende:**

ZP: zu Pflegende/r

PK: Pflegekräfte/Pflegekraft

Für weitere Anhänge, wie Interviewleitfäden, Einwilligungserklärung, Gruppendiskussionskonzeption, verweisen wir auf den Abschlussbericht (Schwerdt & Becke 2020) im Anlagenband von Rothgang et al. (2020a).



## Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft

Nr. 1

Holtrup, André/Warsewa, Günter (2008): Neue Governance-Formen in Wirtschaft, Arbeit und Stadt/Region.

Nr. 2

Holtrup, André/Warsewa, Günter (2008): Der Wandel maritimer Strukturen.

Nr. 3

Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen/Kühn, Manuel (2009): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 4

Baumheier, Ulrike/Schwarzer, Thomas (2009): Neue Ansätze der Vernetzung durch Quartierszentren in Bremen.

Nr. 5

Warsewa, Günter (2010): Evaluation und Optimierung institutioneller Praktiken der Beratung und Förderung von Existenzgründerinnen.

Nr. 6

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen (2010): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 7

Baumheier, Ulrike/Fortmann, Claudia/Warsewa, Günter (2010): Schulen in lokalen Bildungs- und Integrationsnetzwerken.

Nr. 8

Sommer, Jörg/Wehlau, Diana (2010): Governance der Politikberatung in der deutschen Rentenpolitik.

Nr. 9

Fortmann, Claudia/von Rittern, Roy/Warsewa, Günter (2011): Zum Umgang mit Diversität und Heterogenität in Bildungslandschaften.

Nr. 10

Klöpper, Arne/Holtrup, André (2011): Ambivalenzen betrieblicher Krisenbewältigung.

Nr. 11

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen (2011): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 12

Rosenthal, Peer/Sommer Jörg/Matysik, Alexander (2012): Wandel von Reziprozität in der deutschen Arbeitsmarktpolitik

Nr. 13

Schröter, Anne (2012): Zur Bedürftigkeit von Aufstocker-Familien

Nr. 14

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen/Wolnik Kevin (2012): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 15

Almstadt, Esther/Gebauer, Günter/Medjedovic, Irena (2012): Arbeitsplatz Kita – Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen

Nr. 16

Ludwig, Thorsten/Wolnik, Kevin (2013): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr.17

Barlen, Vivien (2014): Herausforderung Leiharbeit und Werkverträge. Strategien der Mitbestimmung auf gewerkschaftlicher und betrieblicher Ebene im Organisationsbereich der IG Metall.

Nr. 18

Böhme, René/Warsewa, Günter (2014): „Urban Improvement Districts“ als Instrumente lokaler Governance.

Nr. 19

Ludwig, Thorsten/Wolnik, Kevin (2014): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 20

Dombois, R. (2015): Wohlfahrtsmix, Wohlfahrtsregime und Arbeit in Lateinamerika.

Nr. 21

Dingeldey, Irene/Kathmann, Till (2017): Einführung und Wirkmächtigkeit des gesetzlichen Mindestlohns. Institutionelle Reformen und gewerkschaftliche Strategien in einem segmentierten Tarifsysteem.

Nr. 22

Peter, Tobias (2017): Die fiskalischen Kosten der Minijobs.

Nr. 23

Nischwitz, Guido/Böhme, Rene/Fortmann, Fabian (2017): Kommunale Wirtschaftsförderung in Bremen. – Handlungsrahmen, Programme und Wirkungen-

Nr. 24

Bleses, Peter/Busse, Britta/Friemer, Andreas/Breuer, Jens/Philippi, Luka/Schnäpp, Matthias/Bidmon-Berezinski, Julia (2018): Das Verbundprojekt KOLEGE: Interagieren, koordinieren und lernen. Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege.

Nr. 25

Mossig, Ivo/Warsewa, Günter/Wolnik, Kevin/Fortmann, Fabian/Bas, Jessica (2018): Studentisches Wohnen in Bremen und Bremerhaven.

Nr. 26

Kludig, Rebecca (2019): Die Gesundheit von Pflegekräften in der ambulanten Pflege: Einfluss von arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikationsstrukturen.

Nr. 27

Bollen, Antje/Cordsen, Manuel/Heinemann, André W./Nischwitz, Guido (2020): Plattformökonomie in Bremen: Hintergründe und ökonomische Perspektiven „moderner“ Erwerbstätigkeit.

Nr. 28

Friemer, Andreas/Warsewa, Günter (2020): Struktur und Entwicklungsperspektiven der IT-Branche im Land Bremen.

Nr. 29

Hirsch, Thalia/Busse, Britta (2020): The importance of subjective measurements in child and youth well-being studies.

Nr. 30

Zenz, Cora/ Becke, Guido (2020): „Fertig wird man eigentlich nie“ – Zeitpraktiken und -wünsche von Pflegekräften zur Interaktionsarbeit.