

Diplomarbeit

**Einflussfaktoren auf die Wahl des Arbeitsplatzes österreichischer
Studierender der Medizin- & Pflegewissenschaften**

eingereicht von

Georg Schwarzl

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

unter der Anleitung von

Univ.-Prof.ⁱⁿ PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Reininghaus, MBA

und

BScN. MSc. Alfred Alois Häussl

Graz, 23.06.2025

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, am 23.06.2025

Georg Schwarzl eh.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen tief empfundenen Dank all jenen aussprechen, die mich während meiner Studienzeit begleitet und mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin, Univ.-Prof.ⁱⁿ PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Reininghaus, MBA, die mich mit ihrer Fachkenntnis stets unterstützt hat. Ebenso möchte ich mich herzlich bei BScN. MSc Alfred Alois Häußl für seine Begleitung und wertvollen Anregungen von der Themenfindung bis zur Fertigstellung dieser Arbeit als Zweitbetreuer bedanken.

Ein besonders großes Dankeschön geht an meine Familie, meine Partnerin und meinen Freund*innen. Ihr wart in jeder Phase meines Studiums an meiner Seite – ihr habt mich ermutigt, wenn es herausfordernd wurde, mich unterstützt, wenn ich es brauchte, und wart immer da, um mich aufzumuntern. Ohne euch wäre dieser Weg nicht derselbe gewesen.

Zum Abschluss möchte ich mich auch bei meinen Studienkolleginnen bedanken, insbesondere bei Eva und Katharina. Gemeinsam haben wir gelernt, uns gegenseitig motiviert und unterstützt – und trotz unterschiedlicher Studiengeschwindigkeiten nie den Kontakt zueinander verloren. Diese gemeinsame Reise war nicht nur lehrreich, sondern auch eine wertvolle Erfahrung, die ich nicht missen möchte.

Zusammenfassung

Hintergrund

In vielen Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen in Österreich gibt es bereits jetzt einen Mangel an Pflegekräften und Ärzt*innen, und dieser dürfte in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Eine besonders große Herausforderung der kommenden Jahre wird die Versorgung in ländlichen Gebieten darstellen. Zu diesem Thema wurden bislang nur wenige Studien mit kleiner Stichprobengröße durchgeführt, die sich mit den Wünschen und Berufszielen von Studierenden, Schüler*innen und jungen Absolvent*innen im medizinischen Bereich befassen. Die gewonnenen Daten sollen genutzt werden, um mit Verantwortlichen in Krankenhäusern, Politiker*innen und anderen Stakeholdern in den Dialog zu treten und aktiv Veränderungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Österreich zu implementieren, um dem weiter wachsenden Personalmangel entgegenzuwirken. Ziel dieser Studie ist es, ein besseres Verständnis darüber zu gewinnen, welche Rahmenbedingungen Studierende im Gesundheitswesen derzeit als essenziell ansehen, um später tatsächlich in den Beruf einzutreten und in Österreich zu arbeiten.

Methoden

Diese Studie wurde mit einem qualitativ-deskriptiven Design durchgeführt, und die Daten wurden anhand individueller Interviews mit einem Interviewleitfaden erhoben. Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte unter Anwendung sowohl deduktiver als auch induktiver Ansätze.

Ergebnisse

Zehn junge Ärzt*innen und Medizinstudierende (durchschnittliches Alter: 27,5 Jahre) sowie neun diplomierte Krankenpfleger*innen (durchschnittliches Alter: 27 Jahre) nahmen an der Studie teil. Die Zufriedenheit des Krankenhauspersonals wird maßgeblich durch Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die Verfügbarkeit personeller Ressourcen, geregelte und planbare Dienstzeiten sowie den zwischenmenschlichen Umgang über alle Führungsebenen hinweg beeinflusst. Die Entlohnung wird von den Befragten zwar als relevant erachtet, spielt jedoch eine untergeordnete Rolle im Vergleich zu anderen Einflussfaktoren. Die Rahmenbedingungen in anderen deutschsprachigen Ländern werden in bestimmten Aspekten als vorteilhafter, in anderen hingegen als nachteiliger wahrgenommen.

Konklusion

Die Studie zeigt, dass Studierende im Gesundheitswesen vielfältige Faktoren bei der Arbeitsplatzwahl berücksichtigen. Neben Gehalt und Arbeitszeit gewinnen Fort- und Weiterbildung, Kinderbetreuung sowie flexible Arbeitsmodelle an Bedeutung. Der Personalmangel wirkt sich negativ auf Versorgung, mentale Gesundheit und Mitarbeiterbindung aus. Finanzielle Anreize allein genügen nicht – entscheidend sind stabile Rahmenbedingungen, sichere Verträge und ein wertschätzendes Arbeitsumfeld. Trotz punktueller Auslandsperspektiven überwiegt die Bindung an das österreichische System. Politische Maßnahmen bleiben bislang unzureichend. Eine Ausweitung der Befragung erscheint für weiterführende Forschung sinnvoll.

Implikationen

Um die Arbeitsplatzattraktivität im Gesundheitswesen zu steigern, bedarf es strukturierter Fort- und Weiterbildungsangebote, planbarer und reduzierter Arbeitszeiten sowie verlässlicher Dienstpläne. Flächendeckende Kinderbetreuung mit erweiterten Öffnungszeiten wird als zentraler Standortfaktor empfohlen. Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit und Prävention von Überlastung sind ebenso notwendig wie der Aufbau einer wertschätzenden Unternehmenskultur mit flachen Hierarchien und kommunikationsstarker Führung. Bestehende politische Maßnahmen müssen nachgeschärft werden – unter anderem durch verbesserte Finanzierung, rechtliche Absicherung unbefristeter Dienstverhältnisse und eine national abgestimmte Gesundheitsplanung mit regionalem Fokus.

Abstract

Background

In many hospitals and medical facilities in Austria, there is already a shortage of nurses and doctors, and this is likely to increase in the coming years. One of the greatest challenges in the years ahead will be ensuring healthcare provision in rural areas. So far, only a few studies with small sample sizes have been conducted on this topic, focusing on the aspirations and career goals of students, trainees, and young graduates in the medical field. The data collected will be used to engage in dialogue with hospital administrators, policymakers, and other stakeholders and to actively implement changes in medical and nursing care in Austria in order to counteract the growing shortage of healthcare personnel. The aim of this study is to gain a better understanding of which conditions students in the healthcare sector currently consider essential in order to later enter the profession and work in Austria.

Methods

This study was carried out using a qualitative descriptive design and data was collected through individual interviews using an interview guide. A qualitative content analysis was conducted taking both deductive and inductive approaches.

Findings

Ten young physicians and medical students (average age: 27,5 years) as well as nine certified nurses (average age: 27 years) participated in the study. Job satisfaction among hospital staff is primarily influenced by opportunities for professional training and development, the availability of human resources, structured and predictable work schedules, and interpersonal interactions across all levels of hierarchy. While salary is considered relevant by the respondents, it plays a subordinate role compared to other influencing factors. Working conditions in other German-speaking countries are perceived as more favorable in some aspects, while less advantageous in others.

Conclusions

This study reveals that healthcare students consider a wide range of factors when choosing a future workplace. Beyond salary and working hours, continuing education, childcare, and flexible work models play a key role. Persistent staff shortages negatively affect care quality, mental health, and employee retention. Financial incentives alone are insufficient - secure employment, stable conditions, and a supportive work environment are crucial. Despite occasional interest in working abroad, strong social ties and the quality of the Austrian healthcare system prevail. Current political measures are seen as inadequate. Expanding the sample is recommended for future research.

Implications

To increase the attractiveness of workplaces in the healthcare sector, structured opportunities for professional development, predictable and reduced working hours, and reliable duty schedules are essential. Comprehensive childcare services with extended opening hours are recommended as a key location factor. Measures to promote mental health and prevent overload are just as necessary as fostering a respectful organizational culture with flat hierarchies and strong communication-oriented leadership. Existing political measures need to be refined - particularly through improved funding, legal safeguards for permanent employment contracts, and a nationally coordinated healthcare strategy with a regional focus.

Inhaltsverzeichnis

Glossar und Abkürzungen	1
Tabellenverzeichnis	2
1. Einleitung	3
1.1. Situation in Österreich	3
1.2. Gehälter	4
1.3. Prognosen	4
1.4. Unterschiedliche Ansätze gegen den Fachkräftemangel	5
1.5. Geplante Untersuchung	5
1.6. Forschungsfrage und Forschungsziel	6
2. Methoden	7
2.1. Design der Studie	7
2.2. Studienpopulation	7
2.3. Durchführung	8
2.4. Forschungsteam und Reflexivität	9
2.5. Daten- bzw. Statistische Analyse	9
2.6. Datenschutz	10
3. Ergebnisse	11
3.1. Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen	11
3.1.1. Aus-, Fort- & Weiterbildung	11
3.1.2. Äußere- und betriebliche Rahmenbedingungen	12
3.1.2.1. Infrastruktur	12
3.1.2.2. Kompetenzverteilung	13
3.1.2.3. Dauer der Dienstverträge	14
3.1.2.4. Gesundheitsförderung	15
3.1.2.5. Mentale Gesundheit	15
3.1.2.6. Ressourcenverfügbarkeit	16
3.1.2.7. Personalmangel & Personalschlüssel	17
3.1.2.8. Gehalt	19
3.1.2.9. Dienstplansicherheit	20

3.1.2.10. Wochenarbeitszeit & Arbeitszeitmodelle	21
3.1.2.11. Work-Life-Balance	23
3.1.3. Zwischenmenschliche Kompetenzen	23
3.1.3.1. Führungskompetenz	23
3.1.3.2. Flache Hierarchien	24
3.1.3.3. Kommunikation & Feedback	25
3.1.3.4. Informationsweitergabe	26
3.1.3.5. Teamgefüge.....	26
3.1.3.6. Didaktische Fähigkeiten der Ausbildungsoberrät*innen	27
3.1.3.7. Diskriminierung & Gleichstellung.....	28
3.2. Ident mit den Wünschen.....	29
3.3. Unterschiede Österreich vs. andere Länder	30
3.3.1. Kaum Unterschiede.....	30
3.3.2. Keine Bekannt.....	30
3.3.3. Großbritannien	30
3.3.4. Deutschland.....	31
3.3.5. Schweiz	31
3.3.6. USA.....	32
3.3.7. Ausbildungszeit & Arbeitszeit.....	32
3.3.8. Pflegesystem	33
3.4. Zukünftiger Arbeitsort	33
3.4.1. Gründe im Land zu bleiben.....	33
3.4.1.1. Sprachliche und finanzielle Barrieren.....	34
3.4.1.2. Familie & Freunde	35
3.4.2. Vorhandene Bereitschaft ins Ausland zu gehen.....	35
3.4.3. Noch offen, wo man zu arbeiten beginnt	36
3.4.4. Österreich	36
3.4.5. Ausland	37
3.4.6. Gründe ins Ausland zu gehen	38
3.5. Ergänzungen.....	39
4. Diskussion	40
4.1. Stärken und Schwächen der Studie	45
4.1.1. Stärken	45
4.1.2. Limitationen	46

4.2. Politischer Ausblick in der Steiermark und Österreich.....	46
4.3. Konklusion	48
4.4. Implikationen	49
Literaturverzeichnis.....	51
Anhang	59

Glossar und Abkürzungen

BSc	Bachelor of Science
BScN	Bachelor of Science in Nursing
COVID-19	Coronavirus Krankheit 2019
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
FH	Fachhochschule
KA-AZG	Krankenanstalten Arbeitszeitgesetz
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
MAXQDA	Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse
MSc	Master of Science
MScN	Master of Science in Nursing
n	Anzahl
OECD	Organisation für europäische wirtschaftliche Zusammenarbeit
r	Korrelationskoeffizient
SPSS®	Statistical Package für Social Sciences®
uniko	Österreichische Universitätskonferenz

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Einschlusskriterien der Studienpopulation	7
<i>Tabelle 2:</i> Demografische Daten der Studienpopulation	8

1. Einleitung

Der weltweite Fachkräftemangel im Gesundheitssektor hat sich in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich verschärft. Bereits 2016 wies die Weltgesundheitsorganisation in ihrer *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* darauf hin, dass sowohl in hoch- als auch in niedrigentwickelten Ländern ein signifikanter Mangel an qualifiziertem Personal zu erwarten sei (1). Laut OECD tragen verschiedene Faktoren, darunter der demografische Wandel, zunehmende Anforderungen an das Gesundheitswesen, veränderte Lebensstile sowie Migration und Abwanderung von Fachkräften, zu dieser Entwicklung bei. Insbesondere das wachsende Missverhältnis zwischen steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und der Verfügbarkeit gut ausgebildeter Fachkräfte stellt Regierungen und Gesundheitseinrichtungen weltweit vor große Herausforderungen (2). Ein systematischer Review zu den Einflussfaktoren auf die Motivation, eine Pflegeausbildung zu beginnen und in der Pflege Karriere zu machen, legt nahe, dass insbesondere die gesellschaftliche Wahrnehmung des Berufs, die geringe finanzielle Vergütung und der damit verbundene niedrige sozioökonomische Status potenzielle Gründe dafür sein können, diesen Berufsweg nicht einzuschlagen (3).

In Europa lassen sich sowohl regionale Unterschiede als auch gemeinsame Tendenzen beobachten. Laut Eurostat ist die Bevölkerung in vielen Mitgliedstaaten in den letzten Jahrzehnten deutlich gealtert, was zu einer höheren Prävalenz chronischer Erkrankungen und einem erhöhten Versorgungsbedarf führt. Gleichzeitig hat sich die Lebenserwartung im europäischen Durchschnitt stetig erhöht, wodurch der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen weiter steigt (4). Diese Entwicklungen wirken sich nicht nur auf Ballungszentren aus, sondern betreffen insbesondere auch ländliche Gebiete, in denen die medizinische Infrastruktur häufig weniger stark ausgebaut ist. Hier führt der Fachkräftemangel zu einer noch größeren Versorgungslücke, da in vielen Regionen die Ansiedlung von Ärzt*innen und Pflegepersonal durch Faktoren wie geringere Karriereaussichten, geringere Vergütung und fehlende soziale Infrastruktur erschwert wird. (2)

1.1. Situation in Österreich

Auch in Österreich sind die ersten Warnsignale seit Jahren zu vernehmen: Sowohl die Österreichische Ärztekammer als auch Berufsverbände im Pflegebereich machen seit geraumer Zeit auf die zunehmende Belastung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen aufmerksam (5, 6, 7).

Auf Druck der EU wurden 2014 Änderungen im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz beschlossen, die eine Anpassung der maximal zulässigen Arbeitszeit vorsehen (8). Während solche grundlegenden Reformen üblicherweise mit einer Übergangsfrist einhergehen, wurde die Möglichkeit geschaffen, angestellten Ärzt*innen eine „Opt-out“ - Option anzubieten, die längere Wochenarbeitszeiten bis zu 55 Stunden weiterhin erlaubt. Diese Regelung wurde nach einem ursprünglich vorgesehen Zeitraum bis Juni 2021 mittels Gesetzesnovelle bis Juni 2025 verlängert. (9)

Im Pflegebereich gab es beispielsweise die *Pflegereform 2022* durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (10).

Dennoch ist die Wirksamkeit dieser Initiativen begrenzt, da sie häufig lediglich Teilaspekte adressieren und den komplexen Ursachen des Personalmangels – etwa mangelnde Arbeitszufriedenheit, hohe Arbeitsbelastung oder unattraktive Arbeitsbedingungen – nur zum Teil begegnen.

1.2. Gehälter

Die Gehälter des Gesundheitspersonals variieren in Österreich je nach Bundesland. Parallel zu den überregionalen demografischen Herausforderungen konkurrieren die Länder aktiv mit finanziellen Anreizen und besseren Arbeitsbedingungen um Fachkräfte. So haben das Burgenland und die Steiermark in den Jahren 2023 und 2024 bereits Anpassungen vorgenommen, während Niederösterreich und Tirol entsprechende Beschlüsse gefasst haben oder sich in Verhandlungen befinden (11, 12, 13, 14). Dieser Wettbewerb unterstreicht, wie stark der finanzielle Aspekt als entscheidender Faktor zur Fachkräftegewinnung und -bindung in der Politik wahrgenommen wird. Trotz der hohen budgetären Auswirkungen für die Länder bietet diese Maßnahme den Vorteil einer vergleichsweise schnellen Umsetzung.

1.3. Prognosen

Nach aktuellen Prognosen und Studien wird sich der Personalmangel im österreichischen Gesundheitswesen in den kommenden Jahren weiter verschärfen. So prognostiziert beispielsweise die Wiener Ärztekammer, dass insbesondere im Pflegebereich ein signifikanter Mangel eintreten könnte. Auch im ärztlichen Bereich gehen Schätzungen davon aus, dass bis zum Jahr 2030 ein Fehlbestand von mehreren Tausend Ärzt*innen bestehen könnte (15, 16). Auch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

(BMSGPK) sieht aufgrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Belastung der Gesundheitseinrichtungen eine Zunahme des Fachkräftemangels, insbesondere in ländlichen Regionen. Konkrete Zahlen variieren je nach Prognose und der weiteren demografischen Entwicklung, doch wird von einem jährlichen Mehrbedarf von etwa 3.900 bis 6.700 zusätzlichen Pflegekräften pro Jahr gesprochen (17).

1.4. Unterschiedliche Ansätze gegen den Fachkräftemangel

Aufgrund des hohen Andrangs bei den Aufnahmetests der Humanmedizin, sowie des Wunsches mehr medizinische Fachkräfte auszubilden werden medial von politischen Parteien oft eine Erhöhung der Studienplätze in Österreich gefordert (18). Die Universitätskonferenz und Österreichische Ärztekammer sprechen sich gegen diese Forderung aus, setzen sich anstelle dieser Forderungen für mehr Turnus- & Kassenarztstellen ein (19, 20). Das soll dafür sorgen die Abwanderung aus dem System zu verhindern, welche laut aktuellen Berichten des Österreichischen Rechnungshofes mit über 30% der Studierenden in Österreich angegeben wird (21).

1.5. Geplante Untersuchung

Vor einer groß angelegten, bundesweiten Befragung von Studierenden sowie Absolvent*innen der Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegewissenschaft und Humanmedizin, welche sowohl epidemiologische Daten zu beruflichen Zielen als auch relevante Einflussfaktoren erheben wird, werden zunächst qualitative Interviews durchgeführt. Hierzu werden Studierende, Schüler*innen und junge Absolvent*innen aus der Pflege, der Pflegewissenschaft und dem Humanmedizinstudium befragt, um jene Faktoren zu identifizieren, die maßgeblich zur Berufswahl beitragen. Auf Basis dieser Erkenntnisse wird anschließend ein Fragebogen entwickelt und online an Studierende sowie Absolvent*innen in ganz Österreich versandt. Diese Arbeit widmet sich den Einflussfaktoren, die bei diesen ersten qualitativen Erhebungen zutage treten und damit ein tieferes Verständnis für die Motivation und Herausforderungen künftiger Gesundheitsfachkräfte ermöglichen sollen.

1.6. Forschungsfrage und Forschungsziel

Ziel dieser Studie ist es, ein tiefergehendes Verständnis dafür zu entwickeln, welche Rahmenbedingungen Studierende im Gesundheitswesen derzeit als essenziell erachten, um nach ihrem Abschluss tatsächlich in den Beruf einzutreten und langfristig in Österreich tätig zu bleiben. Im Fokus stehen dabei die verschiedenen Einflussfaktoren auf die spätere Berufswahl österreichischer Studierender der Medizin- und Pflegewissenschaften sowie deren subjektive Bedeutung.

2. Methoden

2.1. Design der Studie

Die Zielgröße wird durch eine Analyse semi-strukturierter Interviews ermittelt, die individuell durchgeführt wurden. Die qualitative Inhaltsanalyse wurde basierend auf den Ansätzen von Elo und Kyngäs (2008), Mayring (2010) sowie Schreier (2012) durchgeführt. Bei der Studienplanung und Ergebnispräsentation wurden die Kriterien der *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research* - Checkliste (Tong et al., 2007) berücksichtigt.

2.2. Studienpopulation

Die Auswahl der Interviewteilnehmer*innen erfolgte anhand eines vordefinierten Kriterienkatalogs (Tabelle 1), um innerhalb der kleinen Studienpopulation eine möglichst heterogene und repräsentative Zusammensetzung zu gewährleisten. Da die Kriterien verschiedene demografische Aspekte abdecken, trafen in den meisten Fällen mehrere Kriterien gleichzeitig zu. Die Gruppe inkludierte jüngere und älteres Gesundheitspersonal (<35 Jahren, >35 Jahren), Personen in unterschiedlichen Phasen ihrer medizinischen oder pflegerischen Ausbildung (Anfang oder Mitte des Studiums, Ende des Studiums, Studium beendet), sowie unterschiedliche deutschsprachige Länder (Österreich, Deutschland, Schweiz), in denen sie ihre Ausbildung absolvieren oder absolviert haben.

Tabelle 1 – Einschlusskriterien der Studienpopulation

Studierende der Humanmedizin	Studierende der Pflegewissenschaften
< 35 Jahre alt	< 35 Jahre alt
> 35 Jahre alt	> 35 Jahre alt
Mann	Mann
Frau	Frau
Beginn des Studiums (max. 2. Semester)	Beginn des Studiums (max. 2. Semester)
Ende des Studiums (z.B. KPJ)	Ende des Studiums (z.B. 5. oder 6. Semester)
Studium beendet	Studium beendet
Studium in Österreich (Anfang/Mitte des Studiums)	Studium an einer Universität
Studium in Deutschland (Anfang/Mitte des Studiums)	Studium an einer FH
Studium in der Schweiz (Anfang/Mitte des Studiums)	

2.3. Durchführung

Um die Daten zu erheben, wurden 19 individuelle, qualitative leitfadengestützte Interviews zwischen Februar und Mai 2022 mit jungen Ärzt*innen und Medizinstudierenden, sowie diplomierten Krankenpfleger*innen durchgeführt. Die demografischen Daten (Tabelle 2) wurden vor dem Start des Interviews anhand eines selbsterstellten, nicht standardisierten Fragebogens (Anhang 1) erfasst. Ein auf der Studie von Koehler und Meyer (2017) basierender Interviewleitfaden wurde entwickelt und für die Durchführung der Interviews verwendet. (Anhang 2). Die Interviewstruktur umfasste fünf Schlüsselfragen sowie eine Abschlussfrage. Die Schlüsselfragen thematisierten Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen an den zukünftigen Arbeitsplatz sowie ideale Arbeitsbedingungen. Zudem wurden Unterschiede in den Rahmenbedingungen zwischen Österreich und anderen Ländern erfragt, die die Wahl des Arbeitsplatzes beeinflussen könnten. Die Teilnehmenden wurden außerdem gefragt, ob sie zum Zeitpunkt des Interviews bereits eine Entscheidung über ihren künftigen Arbeitsort getroffen hatten. Abschließend wurde ihnen die Möglichkeit gegeben, weitere, bislang nicht angesprochene Aspekte zu benennen, die ihnen besonders wichtig sind.

Tabelle 2 - Demografische Daten der Studienpopulation (n = 19)

Geschlecht	n (%)
Weiblich	15 (78,95)
Männlich	4 (21,05)
Alter in Jahren	Durchschnitt (SD)
Durchschnittliches Alter (gesamt)	27,37 (5,35)
Durchschnittliches Alter (weiblich)	27,67 (5,83)
Nationalität	
Österreich	15 (78,95)
Deutschland	3 (15,79)
Schweiz	1 (5,26)
Ort der Ausbildung	
Österreich	17 (89,47)
Deutschland	1 (5,26)
Schweiz	1 (5,26)
Ausbildung	
Medizinstudium	10 (52,63)
Pflegeschule (DGKP)	2 (10,53)

Gesundheits- und Krankenpflege (FH) mit BSc	3 (10,53)
Pflegewissenschaft (Universität) - DGKP inkl. BScN / BSc	2 (10,53)
Pflegewissenschaft (Universität) - DGKP inkl. MScN / MSc & BScN / BSc	2 (10,53)
Beschäftigungsstatus	
Beschäftigt, 40 oder mehr Stunden arbeitend	8 (42,11)
Beschäftigt, 1 – 39 Stunden arbeitend	2 (10,53)
Ich bin Student*in und arbeite nebenbei mehr als 20h/Woche	1 (5,26)
Ich bin Student*in und arbeite nebenbei geringfügig (max. 20h/Woche)	4 (21,05)
Ich bin Student*in und arbeite nebenbei nicht	3 (15,79)
Kein Angestellter, keine Arbeitssuche	1 (5,26)

2.4. Forschungsteam und Reflexivität

Die Interviews wurden von den Autoren (A.H, G.S.) durchgeführt. A.H. ist BScN. MSc. der Pflegewissenschaften, sowie Doktorand und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. G.S. ist Medizinstudent an der Medizinischen Universität Graz. Die Interviewer waren mit dem Ablauf der Arbeit im Krankenhaus vertraut, jedoch bestanden keine beruflichen Beziehungen zwischen den Teilnehmer*innen und den Interviewern. Bevor die Interviews durchgeführt wurden, erhielt G.S. von A.H als erfahrener wissenschaftlicher Mitarbeiter eine Schulung, wie ein Interview zu führen ist. Den Teilnehmer*innen wurden Informationen über den Bildungs- und beruflichen Hintergrund der Interviewer sowie über den Zweck und die Gründe des Interviews bereitgestellt.

2.5. Daten- bzw. Statistische Analyse

Die Interviewdaten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und Schreier (2012) ausgewertet, wobei sowohl deduktive als auch induktive Kategoriensysteme zur Anwendung kamen. Das Kodierungssystem umfasste Hauptkategorien, die deduktiv auf Grundlage des Interviewleitfadens definiert wurden, sowie Subkategorien, die induktiv aus den Daten abgeleitet wurden und die jeweiligen Dimensionen der Hauptkategorien widerspiegeln. Um eine konsistente Kodierung durch mehrere Personen zu gewährleisten, erfolgte eine thematische Segmentierung der Interviewdaten (Schreier, 2012). Anschließend wurde das Kategoriensystem in Abstimmung mit den betreuenden Forschenden diskutiert, überarbeitet

und in einer finalen Version festgelegt. Die verbleibenden Interviewinhalte wurden von den Autor*innen anhand dieses endgültigen Kodierungsrahmens analysiert. Die Kodierungen innerhalb der jeweiligen Kategorien wurden von zwei Autor*innen zusammengeführt und generalisiert. Die Datenanalyse wurde durch die Software MAXQDA Analytics Pro (Version 2020) unterstützt.

2.6. Datenschutz

Zum Schutz der Privatsphäre der Patient*innen wurden alle erfassten Daten sorgfältig pseudonymisiert. Jede teilnehmende Person erhielt eine eindeutige, fortlaufende Identifikationsnummer. Die sensiblen, auf diese Weise codierten Informationen wurden in einer zugriffsbeschränkten Datei gespeichert, um die Sicherheit und Vertraulichkeit der Daten zu gewährleisten. Für die weiterführende Analyse wurden die pseudonymisierten Daten in einem SPSS-Datenfile an der Klinischen Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin Graz verarbeitet. Der Zugriff auf die Originaldaten war streng limitiert und ausschließlich einem ausgewählten Kreis autorisierten Personals gestattet.

Vor Beginn der Datenerhebung wurde das Studienprotokoll dem Ethikkomitee der Medizinischen Universität Graz vorgelegt. Die Studie *„Einflussfaktoren auf die Wahl des Arbeitsplatzes bei österreichischen Studierenden der Medizin- & Pflegewissenschaften“* wurde geprüft und unter der Voraussetzung genehmigt, dass alle ethischen Richtlinien und Standards im Umgang mit Patient*innen eingehalten werden. Das positive Ethikvotum wurde unter der Referenznummer „34-121 ex 21/22“ erteilt.

3. Ergebnisse

3.1. Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen

3.1.1. Aus-, Fort- & Weiterbildung

Das Krankenhauspersonal möchte medizinisch und pflegerisch auf dem neuesten Stand der Wissenschaft arbeiten können. Aus diesem Grund werden regelmäßige Übungseinheiten und Fortbildungen gewünscht.

„Interessant sind Simulationen, Skill Trainings und ja auch Fortbildungen, was Leitlinien angeht und neue wissenschaftliche Erkenntnisse.“

(Int_Pfl_05_Transkript: 9 – 16)

Um in stressigen Situationen gut vorbereitet zu sein, wünschen sich die Befragten verschiedene Arten des Trainings für medizinische Notfälle. Darunter fallen Simulationstrainings in den unterschiedlichen Teams, als auch die Wissensweitergabe von erfahreneren Kolleg*innen.

„Würde es interessant finden vielleicht beides zu machen. Gewisse Sachen können wir in der Pflege alleine durchführen und auf Normalstationen was ich mitbekommen hab das wird sicher nicht überall zutreffen, da werden so Notfälle selten bis gar nicht geübt. Dann heißt es, okay wenn ein Notfall ist, dann rufen wir die Nummer an und die sagen dann eh was zum Tun ist, und ich finde das gehört dann halt schon geübt, also mit Ärzten und Stationsärzten und dem Notfallteam was man da macht.“

(Int_Pfl_05_Transkript: 9 – 16)

„Auf jeden Fall, dass Studierende und Fertige gemeinsam Simulationen haben (in Schweden?), man kann da voneinander sehr viel lernen und dass sie generell viel, also dass die Ausbildung viel breiter gefächert ist und das man interdisziplinär mehr kommuniziert wird, die klassische Trennung zwischen Pflege und Medizin gibt es dort auch nicht und das finde ich auch voll wichtig, dass man weiß was sind die Kompetenzen von den anderen und dadurch vieles gemeinsam schaffen kann.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 27 – 40)

Das dahinterliegende Ziel der Befragten ist eine qualitativ hochwertige Betreuung der Patient*innen.

Zum einen fachlich gute Betreuung der Patienten, dass ich sehe, dass den Patienten leitliniengerecht und nach dem aktuellen Stand geholfen wird.

(Int_Med_03_Transkript: 19 – 19)

Um diesem Wunsch gerecht zu werden, sehen die Befragten es als essenziell an, eine Ausbildung zu genießen, die sich sehr an den praktischen Beispielen des Arbeitsalltages anlehnt. Dabei geht es einerseits um direkte Skills an den Patient*innen, als auch um die kommunikative Ebene im Team und mit den Patient*innen.

„Sehr offen und aktiv, vielleicht auch die jungen ran lassen, statt immer nur zuschauen.

*Ich bin erst im 3. Jahr und kenne es noch nicht so, aber ich weiß es eben von vielen Kolleg*innen, dass es sehr lange nur zuschauen ist und das man dann doch auch die*

Fertigkeiten nicht so gewinnt.“

(Int_Med_10_Transkript: 3 – 6)

„Ja zum Beispiel haben wir Kommunikation, Interaktion und Teamarbeit und da üben wir immer Anamnesegespräche, wie übermittle ich eine Nachricht, wie bekomme ich den dazu, dass er zum Beispiel aufhört zu rauchen. Das rechne ich der Uni schon hoch an, dass wir das machen, weil dann fühle ich mich sicherer. Wir haben auch Simulationsgespräche mit

*Schauspieler*innen wo wir das üben. [...]*

(Int_Med_09_Transkript: 37-40)

3.1.2. Äußere- und betriebliche Rahmenbedingungen

3.1.2.1. Infrastruktur

Die Befragten wünschen sich auch außerhalb des Krankenhauses passende Rahmenbedingungen, um so insgesamt ein gutes Leben führen zu können, und sich daraus folgend auch besser auf die Arbeit konzentrieren zu können.

[...] die Lage, dass ich eben einen lebenswerten Ort habe, in dem die Klinik liegt, wo ich wohnen kann und in guter Umgebung mit guter Luft und schönen Fahrradwegen. Ein schöner Ort an dem ich auch meine privaten Bedürfnisse durch sportliche Aktivitäten, oder auch kulturellen aber auch Partyinteressen nachgehen kann. Das gehört zu den Mindestinteressen.

(Int_Med_03_Transkript: 15 - 15)

[...] gute Angebundenheit an andere Länder, also Bahnanbindung, weil mein Freundeskreis sehr verstreut ist, sowohl in Österreich, als auch in Deutschland, als auch der Schweiz und Europa grundsätzlich, daher ist mir eine gute Bahnanbindung an die Stadt in der ich arbeite, als auch eine Fluganbindung, wichtig.“

(Int_Med_03_Transkript: 28 - 30)

Dazu gehören auch direkt an das Krankenhaus angebundene Angebote wie ein Betriebskindergarten.

„Dass es irgendwann mal einen Betriebskindergarten gibt.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 20 - 20)

„Das Krankenhaus ist sicher das wichtigste würde ich einmal sagen, dass ich mich wirklich wohl fühle, wo ich arbeite. Aber je nachdem wie das Leben halt verläuft, stelle ich mir Kinderbetreuung in der Nähe sicher nicht schlecht vor, wenn du dein Kind auf dem Weg zur Arbeit, dorthin bringen kannst oder zwischendurch auch einmal besuchen, wenn du eine größere Pause hast. [...]“

(Int_Med_10_Transkript: 17 - 18)

3.1.2.2. Kompetenzverteilung

Innerhalb des Krankenhauses gibt es viele betriebliche Aspekte, die den Arbeitsalltag des Personals beeinflussen. Angefangen bei der Kompetenzverteilung und der gewünschten Abwechslung bei den durchzuführenden Tätigkeiten.

„[...] Ich würde es gut finden, wenn wir mehr Kompetenzen dazubekommen, weil ich finde wir können dann auch mehr unterstützen in dem ganzen Prozess, weil es doch sehr viel schwieriger macht, weil wir immer nachfragen müssen, darf ich das, und wenn jemand mal was zu viel macht, dann bekommt gleich einen Klopf auf die Finger und ja.“

(Int_Pfl_01_Transkript: 24 - 24)

„Wenn, ich immer wieder das genau Gleiche machen würde. Ich meine jeder Mensch ist extrem unterschiedlich und die Krankheiten, die sie haben und die Beschwerden, die sie haben, also ich geh davon aus, dass ich Abwechslung haben werde.“

(Int_Med_08_Transkript: 5 - 6)

„[...] also meine größere Angst dahinter ist, dass ich dann einfach dem ganzen gegenüber gleichgültig werde, und das möchte ich nicht, ich möchte jeden Menschen qualitativ hochwertig unterstützen können und das wäre praktisch. Ich möchte jeden Tag was Neues sehen, oder zumindest immer wieder was Neues sehen und immer etwas Neues lernen [...]“

(Int_Med_08_Transkript: 3 - 4)

3.1.2.3. Dauer der Dienstverträge

Die Befragten wünschen sich ihre Ausbildung und ihr Leben langfristig planen zu können. Als ein zentraler Aspekt wird an dieser Stelle die Dauer der Dienstverträge genannt. Aktuell ist die Situation für die Beschäftigten nicht zufriedenstellend.

„Einen Kurzarbeitsvertrag würde ich nicht akzeptieren, also für ein halbes Jahr, Jahr. Selbstverständlich am Anfang ist Probezeit, aber danach sollte es mehr sein. Also in dem Fall kenne ich mich rechtlich nicht aus, ob es dann immer ein unbefristeter Vertrag ist oder auf die Facharztausbildung beschränkt ist, da bin ich nicht sonderlich rechtlich gebildet.“

(Int_Med_03_Transkript: 17 - 17)

„Ich finde ein Jahr ist doch ziemlich lange, ich bin doch in einem Alter, wo man vorausplant, man will sich ja Eigentum anschaffen und wenn ich nach einem Jahr nicht weiß, dass ich da fix bleibe kann, da ist es schwierig zu planen. Es wäre cool, wenn es nach drei Monaten wäre, so wie es überall ist, aber ein Jahr ist auch okay.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 5 - 6)

„Momentan bin ich eh auf einem Posten, was schon immer wieder blöd ist, sind diese befristeten Verträge. Die stressen schon immer wahnsinnig. Es braucht eine Planungssicherheit. Wenn du einmal ein Wissen Alter erreicht hast und du hast gewisse finanzielle Verpflichtungen, dann ist ein Halbjahresvertrag nicht so ganz das Optimale. Ich habe meine ganze Ausbildung durch, maximal Jahresverträge gehabt. Das ist dann nur begrenzt lustig. Wenn du teilweise hörst, dass du dich für gewisse Fortbildungen nicht anmelden kannst, weil wer weiß, ob man nächstes Jahr noch dort arbeitet, ist das halt fürs Klima nicht so.“

(Int_Med_02_Transkript: 31 - 32)

„Ich wünsche mir eine Fixanstellung, dass ich nicht Angst haben muss, dass ich nächstes Monat keinen Job mehr habe.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 2 - 2)

3.1.2.4. Gesundheitsförderung

Kleinere Erwähnungen bei den Befragten finden die Angebote von Verpflegung und betrieblicher Gesundheitsförderung.

„Dass das Mittagessen was man sich in der Arbeit kauft eine gute Qualität hat.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 20 - 20)

„[...] wir haben auch zum Beispiel Maßnahme, das heißt bei uns die fitte Agate, das ist einmal im Monat ein Block von drei Einheiten, wo unsere Physiotherapeuten mit uns Übungen machen, so Geschichten.“

(Int_Pfl_04_Transkription: 4 - 4)

3.1.2.5. Mentale Gesundheit

Wiederum einen großen Stellenwert hat das Thema der psychischen Gesundheit, dass gerade auch in Anbetracht der COVID-19 Pandemie immer mehr auch in den gesellschaftlichen Fokus gerückt ist und langsam eine Enttabuisierung stattfindet.

„Das Angebot mit der Möglichkeit mit jemanden zu sprechen, wenn ich psychisch belastet bin, und die Supervision erwarte ich mir auch.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 14 - 16)

„Ja Thema psychische Gesundheit, dass man einfach nicht mehr so ein Tabuthema ist, mir kommt vor, wenn es dir heute psychisch nicht gut geht, hat man automatisch einen Stempel drauf und man ist nicht ganz sauber, dass man das auch einfach entstigmatisiert und auch schaut, dass man die psychische Gesundheit von Pflegern fördert, weil das auch mit der Pflegeleistung auch eng gekoppelt ist. Dadurch können auch natürlich Krankenstände verhindert werden und die Last wird nicht geballt wieder sondern, je mehr Leute arbeiten können und einsatzfähig sind desto besser für alle in der Pflege. [...]“

(Int_Pfl_04_Transkription: 44 - 44)

3.1.2.6. Ressourcenverfügbarkeit

Für eine effiziente Bewältigung der täglichen Aufgaben im klinischen Alltag ist eine adäquate Ausstattung unerlässlich. Dies umfasst sowohl medizinisches Material und technische Geräte als auch benutzerfreundliche digitale Anwendungen.

„Dass einfach genügend Venflons da sind oder so wie bei uns, dass genug Katheter Sets da sind, dass man nicht immer ausborgen muss und nicht immer anrufen, auch Medikamente, dass da genügend da sind. Genügend Handschuhe, das ist auch immer so ein Ding, dass man einfach genügend Utensilien haben, dass wir die Leute auch gut versorgen können, dass es nicht am Material hapert. [...] genügend Computer oder Laptops damit man dokumentieren kann.“

(Int_Pfl_08_Transkription: 4 - 6)

„Aufhören zu sparen und rechtzeitig bestellen. Ich habe seit drei Monaten keine gescheite Mundspülung für die Mundpflege, sondern nimm irgendwas dafür, ich habe keine Pflaster mehr, keine Tegaterm mehr, um die Arterie festzukleben, sowas meine ich. Ich hupfe ständig auf andere Stationen, um schnorren zu gehen. [...]“

(Int_Pfl_07_Transkription: 22 - 24)

„Ressourcen finde ich wichtig, dass alle Geräte und Materialien und also auf dem neuesten Stand der Technik und Wissenschaft vorhanden sind, dass wir damit auch umgehen können und, ja nicht das man das irgendwo anfordern muss z.B. und ja zeitliche Ressourcen das deckt sich eh.“

(Int_Pfl_05_Transkript: 20 - 20)

3.1.2.7. Personalmangel & Personalschlüssel

Insbesondere zur Personalausstattung in Krankenhäusern und zum allgemeinen Personalschlüssel äußerten die Befragten zahlreiche Rückmeldungen und Vorschläge zur Sicherstellung der Versorgungsqualität. Besonders Pflegekräfte berichteten, dass die personellen Ressourcen für die täglichen Aufgaben nicht ausreichen.

„Das wären einmal eine angemessene Anzahl von Pflegepersonen die arbeiten. Dass man einfach auch qualitativ hochwertige Pflege bieten kann. Die Rahmenbedingungen eben, dass genügend Ressourcen zur Verfügung stehen.“

(Int_Pfl_08_Transkription: 24 - 24)

„Das Wichtigste genug Personal für die Patienten, das ist ja momentan nicht so.“

(Int_Pfl_06_Transkription: 16 - 18)

„Personal, mehr Personal auf jeden Fall. Auf beiden Seiten, ärztlich und pflegerisch. Das ist der primäre Kritikpunkt.“

(Int_Med_01_Transkript: 2 – 2)

„Ideal wäre, dass man die, den Idealismus den wir als Pflegekräfte haben, dass wir diesen leben können, weil wir wollen unsere Patienten bestmöglich versorgen, nur mittlerweile leider ist nur mehr eine „sichere“ Versorgung möglich aufgrund des Personalschlüssels, aufgrund der hohen Fluktuationszahlen, permanenter Personalmangel, Stellen können nicht besetzt werden, das sind wir häufig in der Situation nur mehr eine sichere Pflege durchzuführen aber nicht mehr eine optimale.“

(Int_Pfl_02_Transkript: 14 - 14)

Der bestehende Personalmangel wirkt sich insbesondere auf die verfügbare Zeit pro Patient*in aus und erschwert zudem eine qualitativ hochwertige Lehre unter diesen Bedingungen.

„Grundsätzlich hätte ich gerne mehr Zeit für meine Patienten. Momentan spielt sich das in einem Rahmen von Visitengesprächen ab. 5 Minuten pro Patient pro Tag ab, das eben im geschützten Bereich. Es gibt jeden Tag eine Visite aber für viel mehr reicht dann selten. Einmal weg vom Fließbandarbeiten. [...]

(Int_Med_02_Transkript: 2 – 2)

„Ich finde es derzeit oft ganz schwer, dass man Schüler gezielt Sachen zeigst oder dass man sie gezielt fördert, weil sie durch den hohen Workload und Personalmangel gehen die unter. Die laufen den ganzen Tag eigentlich nur mit, das bringt denen aber nicht viel. Was ich gut finden würde, was ich in meinen Praktika erlebt habe, dass eine Pflegeperson zusätzlich eingeteilt wird und dann nur für die Schüler da ist und mit denen Fallbeispiele durchgeht oder Diagnosen die häufig auf der Station sind.“

(Int_Pfl_08_Transkription: 18 – 18)

Aus diesen Erkenntnissen leiten die Befragten die klare Forderung nach einer Aufstockung des Personals sowie nach bedarfsgerechten Personalschlüsseln, abgestimmt auf die jeweilige Stationsart, ab. Dabei wird unter anderem auf ausländische Modelle als Referenz verwiesen.

„Genau. Man kann nicht immer nur Abläufe umstrukturieren, es fehlen einfach die Hände.“

(Int_Pfl_02_Transkript: 15 - 18)

„Gute Frage. Wichtig ist, dass für mich es wichtig, dass man auf den Patienten sehr eingehen kann. Dass wenn so, vielleicht eine Schlüsselanpassung des Personals ist vielleicht interessant und das ist mit auch sehr wichtig.“

(Int_Pfl_05_Transkript: 2 - 2)

„Das ist ein wichtiger Punkt, den ich recht schnell übersehen habe. Grundsätzlich von den rein objektiv zu erhebenden Daten wäre ein guter, oder ein Schlüssel der viele Pflegekräfte oder Ärzte pro Patient zulässt, wichtig, weil das für mich aus persönlicher Erfahrung einen Riesen Einfluss hat auf die Patientenzufriedenheit, die

Mitarbeiterzufriedenheit. Je mehr ausgebildete Arbeitskräfte pro Patient vorhanden sind, desto entspannter ist meiner Erfahrung nach das Klima auf der Station, im OP und auf der Klinik. [...]

(Int_Med_03_Transkript: 5 - 5)

„[...] Also am Tag finde ich optimal wäre, wenn 5 Dipl. und das ist halt schwer umzusetzen, 5 Dipl. bzw. auch durch die Pflegefachassistenten, durch ihren erweiterten Bereich man da einfach entgegenwirkt, man teilt dann halt die Fachassistenten ein, die haben ja auch erweiterte Kompetenzen. Das wäre optimal.“

(Int_Pfl_08_Transkription: 25 - 26)

I: „Ohne zu viel ins Detail zu gehen, es gibt auch Systeme in anderssprachigen Ländern, wo man sagt, maximal 4 Patienten auch auf einer Normalstation, egal Intensiv oder nicht, wäre das so ein System was dir gefallen würde?“

P: „Könnte interessant sein. Wäre interessant, wie das umgesetzt wird.“

(Int_Pfl_05_Transkript: 3 - 8)

3.1.2.8. Gehalt

Auffallend ist, dass das Thema der Bezahlung bei den Erwartungen und Wünschen der Befragten nur durch Randthemen wie zusätzliche Anreize oder bezahlten Praktika indirekt zur Sprache kommt. An dieser Stelle lässt sich keine primäre Relevanz erkennen.

„Man sollte sich da noch Gedanken machen, um die Mitarbeiter zu binden z.B., dass man einen Urlaubstag extra gibt, ich kenne das von Unternehmen, wo man den Geburtstag frei bekommt, oder ein Mitarbeiteressen gratis bekommt. Ich kenne Unternehmen, wenn die Krankenstandtage sehr gering sind bekommen die Mitarbeiter ein paar Urlaubstage dazu.[...]

(Int_Pfl_02_Transkript: 24 – 24)

[...] Es gibt viele Leute, die dann finanziell die Ausbildung nicht machen können. Manche bekommen keine Beihilfe. Die Finanzierung der Ausbildung ist sicher ein großes Thema, was ich cool finden würde ist, wenn man z.B. wirklich ich gehe während meiner

Ausbildung jeden Donnerstag Nachtdienst machen oder dass man dort arbeiten kann.

(Int_Pfl_06_Transkription: 32 - 32)

3.1.2.9. Dienstplansicherheit

Angesichts der häufigen Nennungen und der vielfältigen Aspekte zur Gestaltung, Dauer und Planbarkeit von Diensten ist davon auszugehen, dass dieses Thema für die Befragten eine besonders hohe Relevanz hat.

„Eine Erwartung ist sicher auch, dass man ein gewisses Mitgestaltungsmöglichkeit bei der Dienstplanung hat, dass man da seine Wünsche äußern kann, das natürlich im Rahmen des Möglichen dann umgesetzt wird, dass man eigenständiges Arbeiten, Partizipation, mitwirken können, immer wieder dieses gehört werden, dass Verbesserungsideen angenommen werden, das aktive Mitwirken vor allem auch, diese Partizipation ist auch ganz wichtig, das ist Motivation für die Mitarbeiter, Partizipation als Motivationsfaktor.“

(Int_Pfl_02_Transkript: 9 - 10)

„[...] also, dass auf die persönlichen Vorlieben eingegangen wird, der eine mag lieber die Tagdienste und der andere die Nachtdienste, das finde ich auch wichtig, weil es auch die Motivation und die Produktivität sichtbar steigert.“

(Int_Pfl_04_Transkription: 9 - 12)

„Dass man mit der Dienstplanung Anfang des Monats rechnen kann.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 4 - 4)

Für eine optimale Arbeitsausführung erachten insbesondere Pflegekräfte die Einhaltung und angemessene zeitliche Gestaltung von Ruhephasen als essenziell. Zudem wird die Notwendigkeit der konsequenten Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes betont.

„Also, dass man bei der Dienstplanschreibung darauf achtet, dass jeder genügend Ruhepausen hat, eventuell auch mehr als diese 11 Stunden die bis jetzt vorgeschrieben sind.“

(Int_Pfl_01_Transkript: 6 - 6)

„Die Ruhephasen, das ist auch wieder ein Punkt der Dienstplan so ausgewogen ist, dass jeder zwischen seinen Diensten auf seine Ruhephasen kommt, also nicht nur die gesetzlichen, sondern auch mal länger, weil man manchmal länger braucht um zu regeneriere. Dass da auch entgegengekommen wird.“

(Int_Pfl_04_Transkription: 18- 18)

„[...] Die Leute brauchen Pausen, es kommt ja auch das permanente Einspringen dazu, mit 35 Stunden geht eh keiner heim. Wenn man das aliquot ausrechnet, sind wir sicher alle bei die 40 oder 50 Stunden dabei, es gibt keine Woche ohne Ersatzdienste. Da kann man nur schauen, dass man die Arbeitsgesetze irgendwie einhältet.“

(Int_Pfl_02_Transkript: 20 - 22)

„Der wichtigste Hebel ist, dass dieses Arbeitszeitgesetz eingehalten werden muss. Und das muss man auch gut kontrollieren, weil es einfach zu viele Schlupflöcher gibt, wo hindurchgeschlüpft wird und geschaut wird, dass die Leute trotzdem 70 Stunden die Woche arbeiten, obwohl das total verboten ist. Man müsste das strenger kontrollieren, dass das nicht gemacht werden kann, weil das ist gefährlich für den Arzt und das ist gefährlich für den Patienten und das ist einfach (...), bringt niemanden was wenn die Leute so lange in der Klinik herumstehen und so viel arbeiten.“

(Int_Med_04_Transkript: 28 - 29)

3.1.2.10. Wochenarbeitszeit & Arbeitszeitmodelle

Hinsichtlich der Arbeitszeitmodelle und Wochenarbeitszeiten besteht ein klarer Wunsch nach mehr Flexibilität und einer Reduktion auf unter 40 Stunden pro Woche. Gleichzeitig sind sich die Befragten bewusst, dass eine Umsetzung dieses Wunsches nicht in allen Fällen realisierbar ist.

„Ich glaube, dass da Flexibilität ein ganz wichtiges Stichwort ist, was jetzt auch so Dinge wie, beim Krankenhaus unbedingt ist jetzt Home Office oder sowas nicht unbedingt, zumindest nicht, können sich nicht alle so gut vorstellen, wird aber in der Zukunft sicher auch noch eine Rolle spielen, gerade was so Telekonsultationen angeht, aber eben allgemein Flexibilität, wenn man andere Termine oder Verpflichtungen hat“.

(Int_Med_06_Transkript: 11 - 12)

"Also ich bin als Generation Z / Millennial, eines von Beiden, nicht unbedingt darauf aus 40 Stunden zu arbeiten. Ich hoffe es kommt ein politischer Wandel, dass zumindest 35, also die 35 Stunden Woche kommt, aber ich würde am Liebsten, also im Moment arbeite ich zum Beispiel 15 Stunden und ich kann mir vorstellen, 25 oder 20 Stunden zu arbeiten, aber ich weiß, mehr als das würde mir nicht gefallen, gleichzeitig ist mir aber auch bewusst, wahrscheinlich, in meinem Arbeitsfeld, dass ich nicht wirklich eine andere Wahl habe als 40, 50 oder sogar mehr zu arbeiten und ja."

(Int_Med_08_Transkript: 13 - 14)

„Ein großer Wunsch ist für mich, dass ich später nach der Assistenzzeit vielleicht weniger Prozent arbeiten kann. Weil ich eben falls dann mal Familienplanung angesagt wäre, gerne etwas mehr zu Hause wäre. Das ist ein sehr großer Wunsch von mir.“

(Int_Med_10_Transkript: 1 - 2)

„Ideal wären 30 Stunden arbeiten. Gerechte, adäquate Bezahlung.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 18 - 18)

Für die Ausgestaltung der Dienste gibt es unterschiedliche Vorstellungen. Insgesamt werden 12 Stunden Dienste als adäquat erachtet. Bei Diensten die länger als 12 Stunden dauern, leidet die Qualität der Versorgung und das Wohlbefinden des Personals.

„[...] Bezüglich 24 Stunden Schicht kann ich es nicht wirklich sagen, ich frage mich nur wie sehr dann die Qualität der Arbeit darunter leidet.“

(Int_Med_10_Transkript: 9 - 10)

„Ich meine 8 Stunden ist nicht realistisch, ich finde so 10 - 12 Stunden noch ok. Aber 24 Stunden finde ich dann schon sehr kritisch.“

(Int_Med_09_Transkript: 3 - 6)

„Was ich voll cool finde so Blockdienste, da arbeitet man vier Tage und dann hat man drei Tage frei, weil man dann so Entspannungszeit. Ich finde auch 12 Stunden Dienste cool, aber ich glaube, wenn man Kinder hat, ändert sich das sicher auch, weil man am Nachmittag dann daheim sein will.“

(Int_Pfl_06_Transkription: 5 - 8)

„[...] Wenn du 12er hast, kannst du dich auch auf den Patienten besser einstellen. Mehr intensive Patienten die wirklich viel Pflege brauchen und innerhalb 8 Stunden schaffst du nicht alles. Teilweise haben wir zwei Patienten auch und wenn du da wirklich zwei anspruchsvolle Patienten hast schaffst du nicht alles zu erledigen was zu erledigen ist.

Deshalb finde ich auf der Intensivstation 12er gut.“

(Int_Pfl_03_Transkript: 17 - 22)

3.1.2.11. Work – Life Balance

Zusammengefasst wünschen sich die Befragten eine nach ihrer Definition ausgewogene Work-Life Balance, um der Arbeit lange und gerne nachzugehen, und damit eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung leisten zu können.

„Also grundsätzlich ist für mich die Vereinbarkeit von Familie, die ich später vorhabe zu gründen, als auch Freizeit sehr wichtig. [...].“

(Int_Med_03_Transkript: 2 - 2)

„Eben das man sagt eine gute Work Life Balance.“

(Int_Pfl_08_Transkription: 24 - 24)

„Was vielleicht noch, eine bessere Work Life Balance, dass sich das besser vereinbaren lässt, dass man den Mitarbeitern freie Hand gibt, dass man das auch besser vereinbaren kann, ich denke jeder hat das Recht auf eine gute Life Work Balance.“

(Int_Pfl_08_Transkription: 18 - 22)

3.1.3. Zwischenmenschliche Kompetenzen

3.1.3.1. Führungskompetenz

Diesen Bereich kann man in verschiedene Aspekte untergliedern. Angefangen bei der Führungskompetenz der Führungsebene. Hier wird von den Befragten eine Mischung aus Entscheidungsfreudigkeit, Zugänglichkeit bei Bedarf, sowie ein wertschätzender Umgang gefordert.

„Ich glaube einfach, dass es wichtig ist, dass die irgendwo wissen, dass es natürlich um ein gutes Miteinander geht, aber man trotzdem irgendwo darübersteht. [...] dass das ganz wichtig ist, dass man entscheiden muss als Chef.“

(Int_Med_01_Transkript: 6 - 8)

[...] dass man Führungspositionen hat an die man sich für jedes Problem wenden kann, also zu denen man hinget und man nicht Angst haben muss, wenn dieses oder jedes jetzt passiert da kann ich nicht hingehen, das funktioniert eh wieder nicht und so, also das finde ich auch ganz wichtig, dass man auch auf seine Chefitäten zurückgreifen können muss [...]

(Int_Pfl_01_Transkript: 12 - 12)

„Sie sollen eine Idee haben, was auf der Station abläuft und nicht ganz fern sein. Aktiv auf die Mitarbeiter zukommen und nicht irgendwo in einem Büro sitzen, wo sie nicht erreichbar sind und auch da sind, also präsent sind. [...]“

(Int_Pfl_09_Transkript: 8 - 8)

„[...] und dass mein Verhältnis zu meinen Vorgesetzten gut ist, also dass ich merke, dass sie sich bemühen, genauso wie ich mich bemühe und dass das nicht als selbstverständlich gesehen wird, dass man da ist und zu arbeiten hat.“

(Int_Med_03_Transkript: 15 - 15)

3.1.3.2. Flache Hierarchien

Strukturell wünschen sich die Befragten flache Hierarchien, ohne dabei auf die vorher zitierte Führungskompetenz zu verzichten.

„Ansonsten eine flache Hierarchie ist mir wichtig. Ich denke, dass strenge oder strikte Hierarchien auch die Qualität der medizinischen Behandlung am Patienten signifikant beeinflussen. Diese starren Hierarchien sind zum einen gut, für das Funktionieren in einer Klinik, allerdings was ich als großen Kritikpunkt sehe, dass dadurch eine Expertenmeinung von einem weiter oben in der Hierarchie angesiedelten Arzt stärker gilt, als Leitlinien oder die gesammelte Expertenmeinung die aus den Leitlinien hervorgeht.[...]“

(Int_Med_03_Transkript: 3 - 3)

„Dass der nicht allzu autoritär ist, dass man nicht jeden Schritt fünfmal überleget damit man ja keinen Fehler macht und dann steigt der Druck, aber auch nicht unbedingt laissez faire, wo vielleicht ein schwaches Glied glaubt die Führung übernehmen zu müssen, ich glaube es muss ein Mittelweg sein, dass man sowohl jedem Freiheiten lässt, aber wenn es darauf ankommt, dass man auch sagt wohin es geht und wohin der Weg führen soll.[...]“

(Int_Pfl_04_Transkription: 14 - 16)

3.1.3.3. Kommunikation & Feedback

Unabhängig von den verschiedenen Ebenen der Hierarchie spielt der respektvolle Umgang im Team, über die unterschiedlichen Berufsgruppen hinweg, eine wichtige Rolle für das Personal. Dabei werden eine offene Kommunikations- & Feedbackkultur auf Augenhöhe, ein respektvoller Umgang im Arbeitsalltag, sowie gegenseitiges Verständnis für die jeweilige Arbeit als Indikatoren genannt.

„Dass man einfach, offen und ehrlich miteinander umgeht und dass man offen miteinander kommuniziert und eine wertschätzende Haltung gegenüber ist. [...]“

(Int_Pfl_08_Transkription: 2 - 2)

*„Genau, also so ein offenes und konstruktives Diskussions-, und respektvolles Klima würde ich sagen. Vielleicht auch so regelmäßige Feedbackmeetings, sowohl 1 zu 1, als auch in der Gruppe. Ich weiß nicht, im Ärzt*innenteam. Aber auch vielleicht anonymisierte, schriftliche Formen von Feedback, weil das auch gewisse Hürden rausnimmt, auch negative Dinge anzusprechen. [...]“*

(Int_Med_06_Transkript: 17 - 18)

”[...] Ich habe es aber auch schon mitbekommen, dass das gar nicht funktioniert und beide nur nebeneinander arbeiten und da ist sicher, dass man die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen stärken muss, weil wenn sie nur nebeneinander arbeiten und nie miteinander reden, hat keiner Verständnis für den anderen und dann läuft es aus dem Ruder eigentlich.“

(Int_Med_07_Transkript: 42 - 43)

„Ich würde mir wünschen, dass es sehr offen und auf Augenhöhe ist. Eine gewisse Hierarchie muss trotzdem Bestand haben. Ich habe es auch an gewissen Orten so kennengelernt, dass es wirklich sehr offen war, auch von der Pflege bis zum Oberarzt, dass die miteinander auf Augenhöhe diskutieren konnten und sich gegenseitig ergänzt haben mit ihren Erfahrungen. Aber es gibt halt doch gewisse Stellen, an denen es sehr hierarchisch ist und der Oberarzt dann nicht auf die Pflege eingeht, obwohl sie eben gute Ideen hätten.“

(Int_Med_10_Transkript: 7 - 8)

3.1.3.4. Informationsweitergabe

Eine potenzielle Gefahrenquelle für Unzufriedenheiten im Team ist eine intransparente oder fehlende Informationsweitergabe.

„Dass genau diese Informationsweitergabe oder wenn es Veränderungen gibt, dass das wirklich transparent kommuniziert wird und ehrlich, dass das an alle kommuniziert wird. Ich finde es sehr negativ, wenn manche Mitarbeiter etwas wissen und die anderen es nicht erfahren, dass macht wirklich Unmut, es ist dann auch die Fantasie der Mitarbeiter dabei und es ist wichtig, dass alle den gleichen Wissensstand haben, wenn es z.B. Veränderungen gibt.“

(Int_Pfl_02_Transkript: 4 - 4)

„Und dass das eventuell alles ein bisschen durchsichtiger wird, ja.“

(Int_Pfl_01_Transkript: 2 - 2)

3.1.3.5. Teamgefüge

Unter Berücksichtigung der vorher genannten Aspekte steht bei den Befragten am Ende der Wunsch nach einem guten Teamgefüge, nach Vertrauen untereinander und Kolleg*innen mit denen man auch außerhalb der Arbeit Zeit verbringen kann.

„Dass es ein gutes Klima innerhalb vom Team gibt, das wäre eine optimale Arbeitsbedingung, dass es Zusammenhalt im Team gibt, das man sich aufeinander verlassen kann, das ist eines der wichtigsten Sachen.“

(Int_Pfl_08_Transkription: 24 - 24)

„Genau, also das wäre auf jeden Fall das Ziel Freundschaften zu haben die länger bestehen als die 8 Stunden am Tag die man arbeitet.“

(Int_Med_08_Transkript: 23 - 26)

„Ich finde, dass man sich bei Tätigkeiten abwechseln kann, dass man sagen kann, okay wenn man Hilfe braucht, dass man sofort jemanden da hat, dass man auch einmal einen Kaffee trinken kann mit den Leuten. Aber ein gutes Klima ist ganz essenziell.“

(Int_Pfl_05_Transkript: 21 - 22)

3.1.3.6. Didaktische Fähigkeiten der Ausbildungsoberärzt*innen

Insbesondere für junge Ärzt*innen haben die Verfügbarkeit und die didaktischen Fähigkeiten von Ausbildungsoberärzt*innen einen großen Einfluss auf die Kontinuität des eigenen Aus- & Weiterbildungsfortschrittes. Aufgrund des Personalmangels gibt es auch in diesem Bereich einige Herausforderungen.

*„Ja voll, halt eben, dass wenn man als Turnusärzt*in, Assistenzärzt*in anfängt, dass man eine*n zugeordneten Ärzt*in, Oberärzt*in hat, der oder die wirklich zuständig ist, und sich wirklich verantwortlich fühlt und das nicht als Bürde sieht, oder als Last sieht, sondern das gerne macht und da wirklich Spaß daran hat zu lehren und Dinge beizubringen. [...] Aber auch generell, dass man auch ein Verständnis entgegengebracht kriegt, wenn es gerade darum geht, dass man Dinge machen muss, die man noch nie gemacht hat, oder vielleicht nicht so gut kann und nicht so sicher ist, dass man da einfach mit Wohlwollen behandelt wird.“*

(Int_Med_06_Transkript: 7 - 10)

„Die die da sind sollen sich mehr kümmern, ich glaube nicht, dass wir da mehr brauchen. Wenn die Personen, die da sind, sich mehr kümmern würden, würde es ja passen.“

(Int_Med_09_Transkript: 13 - 18)

3.1.3.7. Diskriminierung & Gleichstellung

Null Toleranz gibt es von Seiten der Befragten gegenüber jeglicher Art der Diskriminierung. Diese fordern sie auch verstärkt von den Zuständigen auf den Stationen ein. Außerdem besteht der Wunsch nach Gleichstellung und Gleichberechtigung.

„Also die zwischenmenschlichen Sachen sind schon sehr sehr wichtig, aber auch auf jeden Fall Gleichstellung und Gleichberechtigung. Das sind eigentlich die zwei wichtigsten Dinge für mich. Und wie familienfreundlich das Krankenhaus ist und die Abteilung, in der ich arbeiten möchte.“

(Int_Med_09_Transkript: 27 - 28)

„Eine faire Behandlung, also im Sinne von natürlich keine Diskriminierung, weil jetzt Herkunft oder Geschlecht, aber auch ein Gespräch auf Augenhöhe muss möglich sein, die Kommunikation muss passen, dass da jetzt nicht darübergefahren wird, wo wir jetzt wieder beim Führungsstil sind.“

(Int_Pfl_04_Transkription: 18 - 18)

„[...] Und genau, meine Mindesterwartung ist auf jeden Fall auch diese Nulltoleranz Politik gerade, was Diskriminierung angeht, obwohl ich weiß, dass wir davon leider noch sehr weit entfernt sind, was ich aus eigener Erfahrung auch sagen kann. Aber das ist wirklich, ich meine im Jahre 2021 geht das einfach nicht mehr, in jeder Hinsicht. Ob das Sexismus ist, Rassismus ist, Fettfeindlichkeit, Ableismus ist. Also jede Form und das finde ich, da gehört einfach ein Cut gemacht und da erwarte ich wirklich, dass sich da in den nächsten Jahren was ändert.“

(Int_Med_06_Transkript: 22 - 22)

3.2. Ident mit den Wünschen

Im weiteren Verlauf der Interviews wurden die Teilnehmenden nach ihren konkreten Erwartungen an ihren zukünftigen Arbeitsplatz befragt. Diese stimmten überwiegend mit den zuvor geäußerten Wünschen überein. Einzelne Befragte betonten jedoch, dass sie insbesondere zu Beginn ihrer Tätigkeit nicht davon ausgehen, dass sämtliche Erwartungen vollständig erfüllt werden, während andere das als Voraussetzung definieren.

„Ich glaube, dass sich das nicht unterscheidet.“

(Int_Pfl_07_Transkription: 10 - 10)

„Das muss ich aber sagen, dass ist mit der ersten Frage ziemlich verknüpft, das sind Wünsche und Erwartungen bei mir. Das deckt sich komplett. Wenn ich das nicht bekommen könnte, würde ich dort auch nicht mehr hingehen. Das sind so Sachen die kläre ich gleich. Ich habe das bei meiner derzeitigen Stelle geklärt, bis auf den Praxisanleiter, das habe ich nur so nebenbei mitbekommen. Aber sonst würde ich da nicht hingehen. Das sind Wünsche und Erwartungen, die ich habe.“

(Int_Pfl_03_Transkript: 8 - 8)

„Also die Erwartungen sind, dass es nicht nah an meinem Wunsch ist, ich glaube erstens werde ich die ersten paar Jahre nicht sonderlich gut behandelt werden, als junger Arzt, junger Mediziner. Und zweitens weiß ich, dass ich sehr lange und sehr hart arbeiten werde, und ich glaube, ich muss auch sagen, das war mir von Anfang an klar. Also mir war das bewusst als ich mich dazu entschieden habe in das Feld zu gehen, und deshalb, ich hätte zwar gerne eine 20 Stunden Woche, aber ich bin auch absolut bereit 40 Stunden oder mehr zu arbeiten.“

(Int_Med_08_Transkript: 16 - 22)

3.3. Unterschiede Österreich vs. andere Länder

Im nächsten Abschnitt der Interviews wurde untersucht, inwiefern sich die Rahmenbedingungen in anderen Ländern im Vergleich zu Österreich unterscheiden. Diese Einschätzungen basierten entweder auf eigenen Erfahrungen oder auf allgemeinen Wahrnehmungen und Berichten.

3.3.1. Kaum Unterschiede

Manche der Befragten sehen an dieser Stelle keine signifikanten Unterschiede in den deutschsprachigen Ländern.

„Ich persönlich glaube nicht groß.“

(Int_Med_10_Transkript: 21 - 24)

3.3.2. Keine Bekannt

Andere Befragte gaben an, keine Unterschiede zu kennen oder nicht über ausreichende Kenntnisse zu diesem Thema zu verfügen.

„Ich habe keinen Einblick in die Arbeitsplatzfaktoren von anderen Ländern?“

(Int_Pfl_09_Transkript: 23 - 26)

„Das ist schwer, weil ich mich eigentlich nur mit österreichischen Arbeitsbedingungen auskenne, ich habe nicht wirklich Kontakte im Ausland.“

(Int_Pfl_04_Transkription: 30 - 30)

3.3.3. Großbritannien

Ein als Vorteil des britischen Gesundheitssystems genanntes Merkmal ist die größere Kompetenz des Pflegepersonals, die ein eigenständigeres Arbeiten ermöglicht.

„Ich darf sehr wenig in Österreich, weil wenn du an die ?? denkst z.B. in England wo man als Schwester eigentlich der Arzt bist oder in Amerika. Das ist schon ungut, weil ich einfach nichts selber entscheiden darf, ich muss die Ärzte eigentlich anrufen und fragen, wie ich die 50 Tropfen Passedan gebe. Das ist für mich und den Arzt eine Belastung, wenn

ich den um 3 Uhr in der Früh anrufe, um etwas zu fragen, was ich eigentlich selber entscheiden kann. Das unterscheidet sich schon massiv und das hält unseren Berufsstand klein.“

(Int_Pfl_07_Transkription: 26 – 26)

3.3.4. Deutschland

Am deutschen Gesundheitssystem wird der niedrige Personalschlüssel kritisiert, der zu vermehrten Überstunden des Pflegepersonals führt.

„In Deutschland z.B. habe ich jetzt vor kurzem gesehen, sie haben so herabgesetzt, die sind so knapp besetzt, dass die nur mehr Überstunden machen. Deshalb kann ich nicht wirklich sagen ich vergleiche Österreich mit Schweiz, Schweiz mit Deutschland usw.“

(Int_Pfl_03_Transkript: 24 - 24)

3.3.5. Schweiz

Die Schweiz wird von einer befragten Person vor allem für den wertschätzenderen Umgang mit jungen Kolleg*innen sowie die höheren Gehälter positiv hervorgehoben.

"Mhh, nur ein paar Fragmente davon und da habe ich oft gehört, dass die Schweiz Vorreiterin ist und erstens humaner umgeht mit ihren jungen Ärztinnen und Ärzten und zweitens auch sehr viel, dass die Methodik sehr viel mehr darauf ausgelegt ist, dass man schnell viel lernt und nicht so allein gelassen ist wie in Österreich, ja das habe ich auch gehört, von Deutschland kann ich es aber nicht sagen.“

(Int_Med_08_Transkript: 33 - 36)

„Ich bin mir nicht sicher, aber soweit ich weiß, kriegt man in Österreich deutlich schlechter bezahlt als in anderen Ländern. Wenn ich in der Schweiz arbeiten würde, da bin ich mir ziemlich sicher, würde ich um einiges mehr verdienen, aber mein Lebensmittelpunkt ist in Österreich und in Graz und ich werde hier auch bleiben, egal wie viel schlechter ich hier bezahlt werde.“

(Int_Med_08_Transkript: 32 - 32)

3.3.6. USA

Ähnlich wie in Großbritannien wird auch den USA zugeschrieben, ein erweitertes Berufsfeld in der Pflege etabliert zu haben, das mit einem größeren Kompetenzbereich für diese Berufsgruppe einhergeht.

„Also die ganzen Kompetenzen, die in Amerika vorhanden sind, alleine die verschiedene Gruppe von Krankenpflegern die es da gibt, ist eine ganz andere Bandbreite als bei uns.“

(Int_Pfl_01_Transkript: 22 - 22)

3.3.7. Ausbildung & Arbeitszeit

Im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz wird Österreich mit einer geringeren Wochenarbeitszeit assoziiert, obwohl einzelne Dienste länger ausfallen.

„Deutschland ist deutlich mehr, von den Arbeitsbedingungen viel blöder. In Wien ist es eigentlich angenehmer, weil die viel früher rausgehen. Inwiefern sich das auf das Gehalt niederschlägt, oder ob es schlechter ist, kann ich nicht sagen.“

(Int_Med_01_Transkript: 26 - 28)

„Von der Pflege habe ich es mitbekommen. Dass zum Beispiel hier in Deutschland nur 8 Stunden Dienste gemacht werden und hier in Österreich sind es glaube ich 12 Stunden.

[...]“

(Int_Med_09_Transkript: 29 - 30)

„Ja, denke ich schon. Ich habe eine Bekannte, die in der Schweiz war für ein Praktikum und da war es ganz normal, dass sie 60 Stunden die Woche dort sind ohne das weiter zu hinterfragen. Ich glaube, dass es da in Österreich eh noch recht angenehm ist von den Rahmenbedingungen, aber das Unterschiede vorhanden sind, das denke ich schon.“

(Int_Med_05_Transkript: 31 - 32)

„Also Arbeitszeit weiß ich, dass in Deutschland ein ziemliches Thema ist, das nicht wirklich eingehalten wird oder nicht arbeiterfreundlich gestaltet ist. Dann der Pflegeschlüssel, wobei die überall schlecht sind, aber ich denke in der Schweiz noch am besten oder so was ich mitgekriegt hab, und in Deutschland am schlechtesten. Ansonsten weiß ich es nicht. Also Arbeitermangel wird überall herrschen wahrscheinlich.“

(Int_Med_07_Transkript: 30 - 31)

3.3.8. Pflegesystem

Die Befragten sehen die gesellschaftliche und berufliche Wahrnehmung der Pflege als problematisch an. Es mangelt an ausreichender Wertschätzung für die geleistete Arbeit. Das Pflegesystem in Österreich hat Verbesserungspotential, wird jedoch als vergleichsweise in Ordnung eingeschätzt.

„Ich habe das Gefühl, dass die Pflege in Österreich immer noch nicht wirklich wahrgenommen wird, aber glaube man nimmt uns nicht für ganz voll. [...] Einfach weg von dem Bild, dass die Pflege den Ärzten unterstellt ist, das habe ich auch schon oft gehört. Freunde, die angefangen haben Medizin zu studieren die dann gesagt haben, dass sie dann mein Chef sind.“

(Int_Pfl_06_Transkription: 24 - 24)

„Unterschiede denke ich gibt es sehr wohl, ich glaube, dass man in Österreich von dem her noch gute Arbeitsbedingungen haben, eben gerade im Hinblick auf gesetzliche Rahmenbedingungen auch, Ausbildung, ich denke da eher an südliche Länder, ich glaube das es von dem her bei uns besser ist. Ich möchte nicht in einem anderen Land arbeiten, wobei die nordischen Länder uns so denke ich, einen Schritt voraus sind, die haben ganz andere Modelle und ganz andere in der Pflegelandschaft da gibt es schon viel mehr z.B. mit Tagesstätten und so.“

(Int_Pfl_02_Transkript: 28 - 29)

3.4. Zukünftiger Arbeitsort

Abschließend thematisierten die Interviews die Wahl des zukünftigen Arbeitsplatzes sowie die entscheidenden Faktoren für einen Verbleib in Österreich oder einen Wechsel ins Ausland. Zudem wurden mögliche Einschränkungen beleuchtet, die einen Auslandswechsel erschweren könnten.

3.4.1. Gründe im Land zu bleiben

Ein Grund für den Verbleib in Österreich ist die allgemeine Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitssystem.

Und ich bin zufrieden in Österreich, bin zufrieden wie es bei uns läuft. Aber sonst, ich vergleiche das nicht.“

(Int_Pfl_03_Transkript: 24 - 24)

Und ich muss sagen ich finde Österreich mit unserem Gesundheitssystem so ist gut. Also es funktioniert, es bekommt jeder Hilfe, die Hilfe, die er braucht, die er verdient und man muss nicht wie in anderen Ländern alles aus der eigenen Tasche bezahlen. Also muss ich sagen wir leben schon in einem gelobten Land von der generellen Versorgung her.“

(Int_Pfl_01_Transkript: 34 - 34)

3.4.1.1. Sprachliche und finanzielle Barrieren

Für manche der Befragten stellt der finanzielle als auch sprachliche Aspekt eine große Hürde vor einem möglichen Wechsel ins Ausland dar. Auch der fehlende Mut wird genannt, diesen Schritt zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu machen.

„Auf jeden Fall, aber dazu fehlt mir im Moment der Mut. Eine Zeit lang kann ich mir gut vorstellen, aber ewig und dazu einfach zu gehen und sagen, ich mach das jetzt, dafür braucht es einen Haufen Mut. Ich glaub ich bin einfach sehr angebunden, dadurch dass ich älter bin und mich selber erhalten muss. Also einfach alles zusammenzupacken und in ein anderes Land zu gehen ist jetzt nicht mehr so einfach als mit 20.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 48 - 48)

„Und ja was mich ein bisschen daran hindern könnte wäre halt vielleicht finanzielle Sachen wie ich das machen könnte. Natürlich kostet es auch an Überwindung, wenn man für längere Zeit in ein anderes Land geht.“

(Int_Pfl_05_Transkript: 46 - 46)

„Sprachliche Barriere wäre ganz sicher da.“

(Int_Pfl_02_Transkript: 38 - 38)

[...] bei mir doch eine große Rolle spielt die Sprachbarriere das ich wirklich sage, dass ich in ein anderes Land gehen werde.

(Int_Pfl_01_Transkript: 34 - 34)

3.4.1.2. Familie & Freunde

Der meistgenannte Grund für einen Verbleib in Österreich ist das persönliche soziale Netz bestehend aus Freund*innen, Partner*innen und Familie.

„Mir wäre mein Privatleben wichtiger. Also kleine Einschnitte bei der Arbeit schon, aber die dürfen mich nicht ganz unglücklich machen. Ganz perfekt wird es nie alles sein, aber wenn es unglücklich macht, dann würde ich den Job wechseln. Wenn schlechte Stimmung herrscht und es mir schlechte Stimmung macht in die Arbeit zu gehen, oder ich komme nie raus, weil es so lang ist, dann würde ich den Job wechseln.“

(Int_Med_04_Transkript: 22 - 25)

„Ich bleibe da, weil ich meine Wurzeln dahabe und meine Leute dahabe.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 46 - 46)

„Ja ich habe es überlegt, ich habe überlegt, ob ich nach Amerika gehen will. Ich spreche Englisch aber es wird dementsprechend nicht stattfinden einerseits wegen der Familie und andererseits wegen der Partnerin, die würde nicht mitgehen wollen.“

(Int_Pfl_03_Transkript: 26 - 26)

„Auf jeden Fall meine Familie, ich brauch die Nähe zu meiner Familie, das ist mein Lebensmittelpunkt.“

(Int_Med_08_Transkript: 42 – 42)

3.4.2. Vorhandene Bereitschaft ins Ausland zu gehen

Trotz der zentralen Rolle des sozialen Umfelds gibt es vereinzelt die Bereitschaft einen beruflichen Ortswechsel vorzunehmen.

„Für mich würde ganz stark eine Rolle spielen, wie es rundherum aussieht, in meinem Privatleben und was sonst noch für Faktoren mitspielen. Aber rein beruflich gesehen auch, ich fühle mich nicht unbedingt an Österreich gebunden. Wenn sich was ergibt, das wirklich so gut passt, dann würde ich das zurücklassen und gehen.“

(Int_Med_05_Transkript: 33 - 36)

„Ich würde in Österreich bleiben aus privaten Gründen, und nicht nach Deutschland gehen.

Ich könnte mir aber aufgrund des Arbeitgebers schon vorstellen, in einem anderem Bundesland zu arbeiten.“

(Int_Med_01_Transkript: 32 – 34)

3.4.3. Noch offen, wo man zu arbeiten beginnt

Insbesondere die Befragten, die sich noch im Studium befinden, haben zum Zeitpunkt des Interviews nicht unbedingt entschieden, wo der zukünftige Arbeitsplatz sein soll. Das hängt in den einzelnen Fällen von der Verfügbarkeit von fachärztlichen Ausbildungsstellen, sowie den allgemeinen Arbeitsbedingungen ab.

„Was auf jeden Fall ein Faktor sein wird, vermute ich mal, ich habe zwar noch keine Richtung in die ich gehen will, aber ich vermute oder hoffe einmal, dass es bis zum Ende des Studiums eine kommen wird, hängt sicher davon ab, wo ich eine Stelle dafür bekomme. [...] dass ich mich dann halt auf Stellen in Deutschland und Österreich bewerbe und schau wo ich etwas kriege [...]“

(Int_Med_06_Transkript: 34 - 36)

„Ich würde es eher nach den Arbeitsplatzfaktoren entscheiden, also wie das Krankenhaus so aufgebaut ist und wie die Bedingungen sind. Ich würde mich nicht so nach den privaten, auch wenn es ein Faktor ist, sondern eher nach den Bedingungen orientieren.

[...] Genau, das ist noch offen.“

(Int_Med_09_Transkript: 31 - 36)

3.4.4. Österreich

Bei den zusammenfassenden Nachfragen für Gründe in Österreich zu bleiben, wiederholen sich primär die vorher genannten Faktoren des sozialen Umfelds.

„Ich habe schon vor in Österreich zu bleiben. Ich möchte jetzt nicht ausschließen, einmal um etwas neues zu lernen, oder für eine Forschung kurzzeitig in ein anderes Land zu gehen, aber grundsätzlich glaube ich schon, dass ich eher da bleiben werde den Großteil meiner Arbeitszeit.“

(Int_Med_04_Transkript: 18 - 19)

I: „So wie du es jetzt einschätzt würdest du aber eher da in der Steiermark bleiben?“

A: „Ja aktuell ist es kein Thema.“

(Int_Med_01_Transkript: 35 - 36)

I: „Und was für Gründe spielen da mit, dass du in Österreich bleiben willst?“

P: „Privat, familiär.“

(Int_Pfl_02_Transkript: 35 - 40)

3.4.5. Ausland

Unabhängig von der generellen Wahl des Arbeitsortes können sich viele der Befragten vorstellen, Teile ihrer Ausbildung im Ausland zu absolvieren. Probanden die ihre Ausbildung bereits in einem anderen Land, wie zum Beispiel der Schweiz angefangen haben, oder als deutsche Studierende in Österreich gewesen sind, sprechen davon in ihrer Heimat zu bleiben oder dorthin zurückzukehren.

„Aktuell wäre schon noch der Plan in der Schweiz zu bleiben und hier sicher einmal eine Assistenzstelle zu finden. Sonst wäre ich relativ offen und schauen was auf mich zukommt und wie sich alles mit der Beziehung entwickelt.“

(Int_Med_10_Transkript: 25 - 30)

„Meine Facharztausbildung plane ich in Deutschland abzuschließen, beziehungsweise zu machen und abzuschließen. Für den Facharzt könnte ich mir durchaus auch vorstellen in ein Skandinavisches Land zu gehen.“

(Int_Med_03_Transkript: 23 - 23)

„Was ganz krass anderes, Afrika hätte ich mir gerne angeschaut. Uganda soll wahnsinnig spannend sein und da haben sie auch gute Connections zu einem Krankenhaus dort. Es wäre sehr spannend, privat auf Reisen habe ich mir das probiert anzuschauen, aber wenn man arbeitet, ist es nochmal ganz anders.“

(Int_Pfl_09_Transkript: 41 - 44)

„Ich glaube Australien, USA eher nicht so. Ist schon auch cool, aber würde, wenn lieber nach Australien. Oder England, weil dort in der Psychiatrie anders gearbeitet wird. Die haben ja auch seit Jahren Pflege als Studium und bei denen funktioniert das.“

(Int_Pfl_06_Transkription: 28 - 28)

3.4.6. Gründe ins Ausland zu gehen

Die Hauptfaktoren für einen permanenten Wechsel des Arbeitsplatzes ins Ausland sind eine bessere Bezahlung, mehr Möglichkeiten für Aus- & Weiterbildungen, sowie ein breiteres Tätigkeitsfeld in der Pflege.

„Das sind sicher die Gründe. Gehalt ist sicher auch ein Hauptfaktor, dass viele deswegen ins Ausland gehen.“

(Int_Pfl_08_Transkription: 32 - 32)

„Für Erfahrung sammeln wäre natürlich die Weltbildung, was die für Kompetenz haben, kommt auch darauf an, ob sich das mit der Ausbildung deckt, was eigentlich schon sein sollte mit dem Bachelorstudium. Ja, also hauptsächlich sind die Gründe dazuzulernen, Erfahrungen zu sammeln.“

(Int_Pfl_05_Transkript: 46 - 46)

„Und warum ich rüber gehen wollen würde, Amerika ist, ich bin jemand der macht gerne viel deswegen bin ich auf die Intensiv gegangen, da ist immer viel zu tun. Der Tätigkeitsbereich bei uns ist auch noch an früher angepasst, wir dürfen nicht viel machen. Und drüben ist es halt, die Spanne, die du drüben machen kannst als Krankenschwester ist ein Wahnsinn. Entweder du gehst in die Notaufnahme und machst fast alles. Oder es gibt auch, ich habe mit einem ehemaligen Kollegen geredet, Schwestern die ausgebildet sind zum Nähen im OP. Und die machen nichts anderes als den ganzen Tag von einem OP zum anderen zu gehen, um eine Wunde zuzunähen. Oder in die Notaufnahme. Das Spektrum was du dort machen kannst als Krankenschwester ist riesig und das haben wir nicht.“

Deswegen habe ich überlegt nach Amerika zu gehen.“

(Int_Pfl_03_Transkript: 26 - 26)

3.5. Ergänzungen

Speziell im Rahmen der COVID-19 Pandemie ist das Gesundheitspersonal mit stärker wahrnehmbaren Phänomenen konfrontiert, die ebenfalls Einfluss auf die einzelne Befragte beschäftigen.

„[...] dieses Misstrauen der Schulmedizin gegenüber. [...] Und das ist schon schwierig, gerade jetzt in der Corona Pandemie, wo ja auch Ärztinnen und Ärzten gedroht wird und wo sie tatsächlich in Gefahr sind, und auch das Pflegepersonal. Ich glaube es gab eine Studie, dass 50 Prozent des Pflegepersonals schon körperlich angegriffen wurde von Patientinnen und Patienten. Das ist sicher ein Faktor warum Leute sich fürchten vor der Medizin oder halt davor in das Feld der Medizin zu gehen.“

(Int_Med_08_Transkript: 50 - 50)

4. Diskussion

Die zentrale Aufgabe dieser Studie ist ein besseres Verständnis darüber zu gewinnen, welche Rahmenbedingungen Studierende im Gesundheitswesen derzeit als besonders wichtig ansehen, um später tatsächlich in den Beruf einzutreten und in Österreich zu arbeiten. Ein besonderes Augenmerk soll dabei darauf gerichtet werden, welche dieser Faktoren direkt beeinflussbar sind und daher als Empfehlungen ausgesprochen werden können. Viele der medial kolportierten Gründe finden sich auch in den durchgeführten Interviews wieder, einige dieser Gründe werden innerhalb der Stichprobe jedoch nicht als primärer Grund für die Wahl eines späteren Arbeitsplatzes angesehen. Die folgende Diskussion analysiert diese Faktoren im Detail und setzt sich kritisch mit den gewonnenen Erkenntnissen auseinander.

Obwohl der Aspekt der Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten von den Teilnehmer*innen häufig angesprochen wurde, erhält er in der österreichischen medialen Berichterstattung kaum Aufmerksamkeit. Eine fundierte Vorbereitung auf Notfallsituationen sowie die Möglichkeit, sich während der Arbeitszeit weiterzubilden, gelten bei den Befragten dieser Studie als zentrale Elemente idealer Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen.

Eine kontinuierliche fachliche Fortbildung bietet eine Vielzahl von Vorteilen für das Gesundheitspersonal, die Einrichtungen, in denen sie arbeiten und die Gesellschaft im Allgemeinen. Dazu zählt unter anderem die Weiterentwicklung der medizinischen Fähigkeiten des Personals, um mit der fortschreitenden technologischen Entwicklung Schritt zu halten (22). Zusätzlich verändern sich durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung und dem Anstieg von chronischen Erkrankungen die Anforderungen an das Gesundheitspersonal (23). Des Weiteren trägt medizinische Fortbildung wesentlich zur stärkeren beruflichen Bindung und zur geringeren Absicht eines Arbeitsplatzwechsels bei (24).

Externe Rahmenbedingungen – etwa ein betriebseigener Kindergarten und eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr – beeinflussen den Arbeitsalltag der Befragten und tragen maßgeblich zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei. Die Bereitstellung von Betreuungsplätzen mit flexiblen Zeitfenstern ermöglicht es den Mitarbeitenden, ein erweitertes Arbeitsstundenkontingent abzuleisten. Somit stellt dies in der Wahrnehmung der Befragten einen effektiven Ansatz für Politik und Krankenhausmanagement dar, um dem Personalmangel entgegenzuwirken.

Der Mangel an Betreuungsmöglichkeiten behindert die beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Gesundheitspersonals und schränkt deren mögliche Arbeitszeiten ein. Außerdem berichten Braddock et al (2023) in der gleichen Studie davon, dass Personal aufgrund von (nicht) verfügbarer Kinderbetreuung Stellen verlassen, angenommen haben oder in aktuellen Stellen länger geblieben sind. (25)

Innerbetrieblich lassen sich die Einflussfaktoren in mehrere Bereiche gliedern. Einerseits wirken sich die Verfügbarkeit von Materialien sowie die pro Patient*in verfügbare Zeit – die wesentlich vom Personalschlüssel und der vorhandenen Personaldecke abhängen – direkt auf die Versorgungsqualität und damit auch auf die Zufriedenheit der Befragten aus. Dieser Zusammenhang wird auch durch Indriyati et al (2020) beschrieben. (26)

Andererseits gewinnt das Thema mentale Gesundheit zunehmend an Bedeutung. Das Personal fordert hier ausdrücklich, dass geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden, um bei Bedarf den Zugang zu psychologischer Unterstützung zu gewährleisten. Dies umfasst laut den Befragten dieser Studie sowohl ein betriebliches Klima, das Offenheit im Umgang mit psychischen Belastungen fördert, als auch die Bereitstellung konkreter Anlaufstellen. (26)

Die Literatur bietet eine sehr große Varianz in der Prävalenz von Depression oder depressiven Symptomen innerhalb des Gesundheitspersonals. Unabhängig davon lässt sich in den systematischen Übersichtsarbeiten unter Berücksichtigung der Bewertungsmethodik ein jährlicher Zuwachs von etwa 0,5% pro Kalenderjahr erkennen. (27, 28)

Im systematischen Review von Anger et al (2024) werden evidenzbasierte Maßnahmen und verfügbare Ressourcen zur Steigerung der Mentalen Gesundheit beleuchtet. Diese unterteilen sich in 7 Kategorien:

- Entwicklung von Bewältigungsstrategien (z. B. *Resilienzförderung, Hilfesuchverhalten, Umgang mit Belastungen*),
- Achtsamkeit (z. B. *Achtsamkeit und verwandte Praktiken wie angeleitete Meditation*),
- Gesundheitskompetenz und Entstigmatisierung (z. B. *Sensibilisierung für psychische oder allgemeine Gesundheitsthemen, Abbau von Stigmatisierung*),
- Peer-Unterstützung (z. B. *Teamentwicklung, Beziehungsaufbau oder kollegiale Unterstützung*),

- Organisations- und Systemebene (z. B. Fokus auf Richtlinien, kulturellen Wandel und groß angelegte Ressourcen),
- Reflexion und Entspannung (z. B. Schreib- oder kreative Übungen, künstlerischer Ausdruck und das Ausdrücken von Dankbarkeit), und
- Medizinisch (z. B. medizinische, einschließlich pharmazeutische, Behandlung. (29)

Zudem zeigen die Gespräche, dass eine transparente, verlässliche und frühzeitig kommunizierte Dienstplanung einen entscheidenden Beitrag zur Mitarbeiterzufriedenheit leistet. Zu einem ähnlichen Schluss kommt Brossoit et al (2020) in ihrer Beobachtungsstudie, in der durch die bessere Planbarkeit die Schlafdauer & -qualität der Proband*innen eine entscheidende Rolle bei der Mitarbeiterzufriedenheit spielt. (30)

Die Befragten äußerten vielfältige Rückmeldungen zur Personalausstattung in Krankenhäusern und betonten insbesondere die unzureichenden personellen Ressourcen, vor allem im Pflegebereich. Der bestehende Personalmangel beeinträchtigt sowohl die verfügbare Zeit für Patient*innen, auf die Qualität der Lehre, als auch die Dienstplanstabilität. Daraus ergibt sich die eindeutige Forderung nach einer personellen Aufstockung sowie nach bedarfsgerechten und stationsspezifischen Personalschlüsseln.

Der Begriff des Personalmangels in Krankenhäusern wird definiert als eine Situation, in der es den Einrichtungen nicht gelingt, Personal zu den jeweils landesüblichen Gehaltsstufen in einem Stundenumfang zu rekrutieren, der zur Erreichung eines bedarfsgerechten Personalschlüssels erforderlich wäre. (31) Auf Seiten der Patient*innen führt das nachweislich zu einer verminderten Versorgungsqualität und -sicherheit. Patient*innen berichten bei unzureichender Personalbesetzung häufiger von Unzufriedenheit mit der Pflege und ärztlichen Betreuung. Zudem steigt die Zahl medizinischer Fehler, Krankenhausinfektionen und vermeidbarer Zwischenfälle, da pflegerische oder medizinische Maßnahmen häufig ausgelassen oder unter Zeitdruck durchgeführt werden und komplexe Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt werden können. (31, 32, 33)

Für die Beschäftigten bedeutet Personalmangel wiederum eine hohe Arbeitsbelastung, die Stress, Burnout und emotionale Erschöpfung deutlich verstärkt. Überlastete Mitarbeitende sind zudem häufiger von Erkrankungen oder Verletzungen betroffen, insbesondere in der Langzeit- und Intensivpflege. Die daraus resultierende Unzufriedenheit und gesundheitliche Belastung

tragen maßgeblich zu einer erhöhten Personalfuktuation bei, wodurch sich der bestehende Personalmangel weiter verschärft. (34, 35, 36)

Der Wettbewerb um qualifiziertes Personal ist bereits jetzt allgegenwärtig – sowohl zwischen den österreichischen Bundesländern als auch im Rahmen internationaler Rekrutierungsmaßnahmen für Pflegekräfte. Diese Situation ist auch darauf zurückzuführen, dass in Österreich über viele Jahre hinweg kaum Reformen im Gesundheits- und Pflegebereich durchgeführt wurden. Modelle aus anderen europäischen Ländern, die oftmals einen deutlich höheren Personalschlüssel pro Patient*in aufweisen, lassen sich daher nicht ohne Weiteres auf den österreichischen Kontext übertragen. Als Ursachen hierfür gelten neben dem ausgeprägten Personalmangel auch ein stark zentral organisiertes Gesundheitssystem sowie das Fehlen effektiver Patient*innenleitsysteme. (37, 38)

Die zahlreichen Rückmeldungen zur Gestaltung, Dauer und Planbarkeit von Diensten zeigen die hohe Relevanz dieses Themas für die Befragten. Pflegekräfte betonen die Wichtigkeit ausreichender Ruhephasen und fordern die konsequente Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes. Zudem wünschen sie sich flexiblere Arbeitszeitmodelle und eine Reduktion der Wochenarbeitszeit auf unter 40 Stunden – auch wenn sie die begrenzte Umsetzbarkeit anerkennen. Bei der Dienstaugestaltung gelten 12-Stunden-Schichten als vertretbar; längere Dienste hingegen beeinträchtigen die Versorgungsqualität und belasten laut eigenen Aussagen das Personal.

Wie Studien aus Norwegen und den USA belegen, sind lange Arbeitszeiten im Gesundheitswesen mit erheblichen Risiken für die psychische Gesundheit verbunden: Fachkräfte, die über 55 Stunden pro Woche arbeiten, haben ein doppelt so hohes Risiko für psychische Erkrankungen und suizidale Gedanken wie jene mit 40–44 Wochenstunden. Obwohl die durchschnittliche Arbeitszeit von Ärzt*innen in den letzten zwei Jahrzehnten leicht zurückgegangen ist, überschreiten viele – insbesondere Allgemeinmediziner*innen und leitende Ärzt*innen im Krankenhaus – weiterhin die empfohlenen Grenzwerte. (39, 40)

Irreguläre Arbeitszeiten wie Schicht- und Wochenendarbeit sowie ein hohes Arbeitstempo führen häufig zu Schlafproblemen, Erschöpfung und einer stärkeren Belastung der Work-Life-Balance. Demgegenüber wirkt sich eine höhere Autonomie und Flexibilität bei der Arbeitszeitgestaltung positiv auf das Wohlbefinden und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben aus. (41, 42)

Mehrere Studien zeigen, dass höhere Gehälter und finanzielle Anreize starke Indikatoren für die Arbeitszufriedenheit von Gesundheitspersonal sind. Personen mit höherem Einkommen geben deutlich häufiger an, mit ihrer Arbeit zufrieden zu sein. (43, 44) Die Beziehung zwischen Bezahlung und allgemeiner Arbeitszufriedenheit ist jedoch nur mäßig ausgeprägt; eine Metaanalyse von Judge et al fand bereits im Jahr 2010 eine lediglich geringe Korrelation ($r = 0,15$) zwischen Gehaltshöhe und Arbeitszufriedenheit, was darauf hindeutet, dass auch andere Faktoren eine wichtige Rolle spielen. (45) Auch 10 Jahre später kommen Bimpong et al (2020) in ihrem Systematischen Review zusammenfassend zu dem Schluss, dass höhere Gehälter zwar durchwegs in Zusammenhang mit einer höheren Arbeitszufriedenheit und einer geringeren Fluktuation stehen, doch singuläre Verbesserungen beim Lohn in vielen Fällen nicht ausreichen, um Unzufriedenheit oder Probleme bei der Mitarbeiterbindung vollständig zu lösen. (46) Auch bei den Befragten dieser Studie spielte das Thema des Gehaltes nur eine untergeordnete Rolle.

Die Befragten identifizieren befristete Dienstverhältnisse als eine wesentliche Problematik. Diese Vertragsform geht ihren Aussagen zufolge mit erhöhter beruflicher und privater Unsicherheit einher und erschwert eine verlässliche Lebensplanung. Laut Katsouni et al (2024) gehen befristete Dienstverträge mit einer niedrigeren Arbeitsplatzsicherheit, einer geringeren Lebensqualität, sowie einem niedrigeren Wohlbefinden in Bezug auf das Arbeitsumfeld einher. (47)

Unter Berücksichtigung der bisher genannten Einflussfaktoren wünschen sich die Befragten eine daraus resultierende ausgewogene Work-Life Balance, die ihrer Ansicht nach sicherstellt, eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung leisten zu können und lange im Beruf bleiben zu wollen. Picton (2021) beschreibt Work-Life Balance in seiner Beobachtungsstudie ebenfalls als multifaktorielles Konzept und sieht bereits bei Medizinstudierenden den Zusammenhang zwischen einer guten Work-Life Balance und späteren Karriereentscheidungen. (48) Eine ausgewogene Work-Life-Balance steigert zudem das subjektive Wohlbefinden über die Arbeitszufriedenheit, wenn die intrinsische Motivation gering ist. (49)

Die Befragten betonen die zentrale Bedeutung von Führungskompetenz, wobei sie sich eine Kombination aus Entscheidungsfreude, Zugänglichkeit und wertschätzendem Umgang wünschen. Strukturell werden flache Hierarchien befürwortet, ohne auf klare

Führungsverantwortung zu verzichten. Ein respektvoller, interprofessioneller Umgang im Team, geprägt von offener Kommunikation, Feedback auf Augenhöhe und gegenseitigem Verständnis, wird von den Befragten als essenziell für ein gutes Arbeitsklima angesehen. während intransparente Informationsweitergabe, die Unzufriedenheit im Team begünstigt.

Ermächtigende und beziehungsorientierte Führungsstile wirken sich positiv auf die Leistungsfähigkeit von Pflegeteams aus. Schulungen in kooperativem Führungsverhalten sind daher als sinnvoll anzusehen. (50) Ein positives innerbetriebliches Teamklima kann selbst unter Bedingungen des Personalmangels präventiv gegenüber Burnout wirken und zur Aufrechterhaltung einer stabilen Patientenversorgung beitragen, wenngleich die empirische Evidenz hierzu bislang begrenzt ist. (51)

Für die jungen Ärzt*innen in dieser Studie sind die Verfügbarkeit und didaktischen Fähigkeiten ihrer Ausbilder*innen entscheidend für den Ausbildungserfolg, was unter Personalmangel jedoch erschwert ist. Deutlich fordern die Befragten zudem eine konsequente Haltung gegen jede Form von Diskriminierung sowie mehr Gleichstellung und Chancengleichheit im Berufsalltag. Generell geht wahrgenommene Diskriminierung mit einem negativen Einfluss auf die Mentale Gesundheit, sowie die allgemeine Mitarbeiter*innenzufriedenheit einher. (52)

Innerhalb der Befragten dieser Studie gibt es vereinzelte Rückmeldungen zu besseren Arbeitsbedingungen in anderen Ländern als Österreich, aufgrund von besserer Ausbildung, mehr Kompetenz für die Pflegeberufe und teils besserer Bezahlung. Dennoch überwiegen für sie soziale Bindungen sowie die hohe Qualität des österreichischen Gesundheitssystems als Gründe für einen Verbleib. In der *Pflegepersonalbedarfsprognose – Update bis 2050* von Juraszovich et al (2023) wird dagegen von einer hohen Zahl von Gesundheitspersonal berichtet, dass das Berufsfeld vor Antritt ihrer Pension verlässt. (53)

4.1. Stärken und Schwächen der Studie

4.1.1. Stärken

Die Interviews wurden von fachlich geschulten Mitarbeiter*innen geführt, transkribiert und nach der international und im deutschsprachigen Raum anerkannten Methode nach Mayring (2010) durchgeführt. Durch die Inklusion von einerseits verschiedenen Berufsgruppen und andererseits Studierenden aus Österreich, Deutschland und der Schweiz konnte bereits ein

differenzierter Blick auf die aktuelle Situation und zukünftige Herausforderungen im Gesundheitsbereich geworfen werden.

Eine Ausweitung des Befragtenfeldes wäre für zukünftige Studien sinnvoll, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen und verstärkt auf spezifische Faktoren unterschiedlicher Berufsgruppen und regionaler Unterschiede eingehen zu können.

4.1.2. Limitationen

Die vorliegende Studie zu den Einflussfaktoren auf die Wahl des Arbeitsplatzes österreichischer Studierender der Medizin & Pflegewissenschaft weist Limitationen auf, die die Aussagekraft der Ergebnisse beeinflussen könnten.

Eine dieser Einschränkungen ist die kleine Zahl der Proband*innen die nicht das volle Spektrum der möglichen Einflussfaktoren widerspiegeln kann. Insbesondere befanden sich viele der Befragten in ihrer Ausbildung und wagten daher selbst einen Blick in die Zukunft und sprachen noch nicht über ihre alltäglichen Erfahrungen.

Durch die offene Fragestellung ist davon auszugehen, dass die Antworten, durch die jeweils zu diesem Zeitpunkt medial stattfindende Diskussion beeinflusst sein könnten, während andere Aspekte nicht zur Sprache kamen.

Angesichts dieser Einschränkungen sollten die Ergebnisse mit Zurückhaltung interpretiert werden, und es muss betont werden, dass weiterführende Forschung erforderlich ist, um ein umfassenderes Verständnis der Einflussfaktoren auf die spätere Arbeitsplatzwahl und den Verbleib in Österreich zu erlangen.

4.2. Politischer Ausblick in der Steiermark und Österreich

In den aktuellen Regierungsprogrammen der Landesregierung Steiermark (*Starke Steiermark. Sichere Zukunft., 2024-2029*) und der Bundesregierung (*Jetzt das Richtige tun. Für Österreich., 2025-2029*) finden sich nur sehr vereinzelt konkrete Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für das Gesundheitspersonal hindeuten. (54, 55)

Dazu zählt in der Steiermark das Vorhaben des Ausbaus der Kinderbetreuung an KAGes-Einrichtungen. (56) Weitere festgehaltene Maßnahmen bedienen sich allgemeinen Formulierungen, wie zum Beispiel:

„Setzung effektiver Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärzte- und Pflegekräftemangels, insbesondere durch Verbesserung der Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen.“

(56, Seite 49)

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Regierungsprogramm auf Bundesebene. Während die Einführung von klar definierten Versorgungspfaden umgesetzt werden soll, bleibt das Bestreben nach einer höheren Arbeitszufriedenheit eher vage in der konkreten Umsetzung. (57)

„[...] rasche Versorgung garantieren mit klaren, verbindlichen, qualitätsgesicherten Versorgungspfaden nach bundeseinheitlichen Standards [...]“

(57, Seite 121)

„[...] Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen erhöhen mittels Entbürokratisierung z.B. durch Digitalisierung bei gleichzeitiger Qualitätssicherung ermöglichen und Dienstplanstabilität [...]“

(57, Seite 122)

4.3. Konklusion

Die vorliegende Studie zeigt, dass Studierende im Gesundheitswesen eine Vielzahl an Faktoren bei ihrer Arbeitsplatzwahl berücksichtigen – viele davon sind strukturell beeinflussbar und gehen über klassische Themen wie Gehalt und Arbeitszeit hinaus. Besonders zentrale Bedeutung kommt Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu, die sowohl fachlich als auch zur langfristigen Bindung beitragen. Ebenso relevant sind äußere Rahmenbedingungen wie Kinderbetreuung, die die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben wesentlich beeinflussen.

Der anhaltende Personalmangel zeigt sich als dominantes Thema. Die daraus resultierende Überlastung gefährdet nicht nur die Versorgungsqualität, sondern wirkt sich negativ auf die mentale Gesundheit und die Mitarbeiterbindung aus. Ergänzend wird der Wunsch nach flexibleren Arbeitszeitmodellen, planbaren Dienstzeiten sowie kürzeren Wochenarbeitszeiten laut, um Erschöpfung und Burnout vorzubeugen. Während finanzielle Anreize grundsätzlich positiv bewertet werden, zeigt sich, dass sie allein nicht ausreichen, um langfristige Zufriedenheit zu sichern. Vielmehr stehen sichere Dienstverhältnisse, verlässliche Strukturen und ein unterstützendes Arbeitsumfeld im Fokus. Insbesondere befristete Verträge wirken sich negativ auf die Lebensplanung und das subjektive Wohlbefinden aus.

Darüber hinaus betonen die Befragten die Relevanz eines wertschätzenden Teamgefüges, flacher Hierarchien und transparenter Führung. Mentale Gesundheit, offene Kommunikation und diskriminierungsfreier Umgang werden als zentrale Elemente eines gesunden Arbeitsumfeldes genannt. Trotz punktueller Hinweise auf attraktivere Bedingungen im Ausland überwiegen soziale Bindungen und die Qualität des österreichischen Gesundheitssystems als Gründe für den Verbleib. Bisherige und geplante politische Maßnahmen erscheinen unzureichend, um strukturelle Verbesserungen wirksam umzusetzen.

Die Erkenntnisse dieser Studie liefern wichtige Informationen, die für die weiterführende Forschung zu diesem Thema genutzt und als Empfehlung für Entscheidungsträger:innen verstanden werden können. Sie heben außerdem die Notwendigkeit eines größeren Befragtenfeldes hervor, um generalisierbarere Aussagen treffen zu können.

4.4. Implikationen

Aus der Studie lassen sich Empfehlungen für Politik, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen ableiten. Die folgenden Punkte unterliegen keiner Priorisierung, sondern sind in ihrer Gesamtheit erstrebenswert.

- Fort- und Weiterbildung gezielt fördern:
 - Strukturelle Fortbildungsangebote schaffen, die zur fachlichen als auch beruflichen Entwicklung beitragen
 - Mehr Ressourcen für Weiterbildungsmaßnahmen innerhalb des Krankenhauses, zum Beispiel durch mehr Ausbildungsoberrät*innen bzw. deren dafür zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen
 - Fortbildungen während der Arbeitszeit ermöglichen

- Arbeitsbedingungen verbessern:
 - Erhöhung des Personalschlüssels
 - Planbare Arbeitszeiten
 - Reduktion der Wochenarbeitszeit
 - Verlässliche Dienstpläne zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

- Kinderbetreuung als Standortfaktor:
 - Flächendeckende Kinderbetreuungsmöglichkeiten an allen Krankenhausstandorten mit ausgedehnten Öffnungszeiten

- Mentale Gesundheit ernst nehmen und fördern:
 - Überlastung und Burnout-Prävention müssen durch Angebote wie Supervisionen aktiv angegangen werden
 - Stärkung der mentalen Gesundheit durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen (siehe oben)

- Wertschätzende Unternehmenskultur stärken:
 - Flache Hierarchien, offene Kommunikation und ein diskriminierungsfreies Umfeld fördern die Arbeitszufriedenheit und stärken die Teamkultur
 - Führungspersonal sollte gezielt in kommunikativer und emotionaler Führungskompetenz geschult werden

- Politische Maßnahmen nachschärfen:
 - Die politischen Strategien müssen konkreter und praxisnäher gestaltet werden
 - Mögliche Hebel dafür sind:
 - Verbesserte Finanzierung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen
 - Gesetzliche Absicherung unbefristeter Dienstverhältnisse
 - Nationale Planung der Gesundheitsversorgung mit regionalen Schwerpunkten und Implementierung eines verständlichen Patient*innenleitsystem

Literaturverzeichnis

- (1) WHO, 2016: *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*, (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>)

- (2) OECD, 2021: *OECD Health at a Glance*, (https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en.html)

- (3) Wu et al., 2015: *Why not nursing? A systematic review of factors influencing career choice among healthcare students* (<https://doi.org/10.1111/inr.12220>)

- (4) Eurostat, 2024: *Population structure and ageing*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

- (5) Österreichische Ärztekammer: *ÖÄK-Spitalsärztebefragung: Arbeiten am Limit (15.10.19)*, https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/id/235490 (Stand 02.03.2025)

- (6) Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband: *Die Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich (26.11.2019)*, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20191126_OTS0144/die-zukunft-der-pflege-und-betreuung-in-oesterreich (Stand 02.03.2025)

- (7) Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband: *ÖGKV fordert dringend Reformen im Langzeitpflegebereich (07.07.2019)*, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170707_OTS0042/oegkv-fordert-dringend-reformen-im-langzeitpflegebereich (Stand 02.03.2025)

- (8) Dragosits, A., Kiss, N., Teichert, T., 2020: *Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen: Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz und seine organisationsbezogenen Auswirkungen, 2020, 6-10*, <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.735565&version=1589448309> (Stand 30.05.2025)

(9) Lexis 360: *Änderung des KA-AZG, 2021*,
https://360.lexisnexis.at/d/gesetzgebung/anderung_des_ka_azg/h_80002_8632898022377613_645_cc3fdb32f (Stand 30.05.2025)

(10) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz:
Pflegereformpakete I-III (2022):
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegereform.html> (Stand 02.03.2025)

(11) Landesholding Burgenland: *Das Burgenland zahlt die höchsten Gehälter für Ärztinnen und Ärzte (2023)*, <https://www.landesholding-burgenland.at/news/artikel/das-burgenland-zahlt-die-hoechsten-gehaelter-fuer-aerztinnen-und-aerzte/> (Stand 02.03.2025)

(12) Land Steiermark: *130 Millionen Euro Personalpaket für die KAGes beschlossen (17.10.2023)*, <https://www.news.steiermark.at/cms/beitrag/12930558/154271055/> (Stand 02.03.2025)

(13) Ärztinnen- und Ärztekammer für Niederösterreich: *Neues Gehaltsmodell für NÖ Spitalsärztinnen und -ärzte (08.11.2024)*, <https://www.arztnoe.at/fuer-aerzte/news-details/neues-gehaltsmodell-fuer-noe-spitalsaerzte> (Stand 02.03.2025)

(14) Land Tirol: *7 konkrete Maßnahmen, 1 gemeinsames Ziel (04.11.2024)*,
<https://www.tirol.gv.at/meldungen/meldung/7-konkrete-massnahmen-1-gemeinsames-ziel/>
(Stand 02.03.2025)

(15) Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien: *Ärztekammer warnt vor Pflegemangel und patientengefährdenden Zuständen (18.08.2022)*,
https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20220818_OT0024/aerztekammer-warnt-vor-pflegemangel-und-patientengefaehrdenden-zustaenden (Stand 02.03.2025)

(16) orf.at: *Studie warnt vor Ärztemangel bis 2030 (20.07.2012)*,
<https://oesterreich.orf.at/v2/stories/2542172/> (Stand 02.03.2025)

- (17) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich, <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=722> (Stand 02.03.2025)
- (18) Kurier: *Mikl-Leitner plant Länder-Allianz für mehr Medizinstudienplätze (05.11.2019)*, <https://kurier.at/politik/inland/mikl-leitner-plant-laender-allianz-fuer-mehr-medizin-studienplaetze/400666739> (Stand 02.03.2025)
- (19) Kurier: *Ärztmangel: Universitäten sehen keine Notwendigkeit für mehr Studienplätze (10.12.2024)*, <https://kurier.at/politik/inland/uniko-aerztmangel-universitaeten-medizinstudium-brigitte-huetter/402986123> (Stand 02.03.2025)
- (20) Österreichische Ärztekammer: *ÖÄK-Mayer begrüßt Nein der uniko zu mehr Medizinstudienplätzen (10.12.2024)*, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20241210_OTS0121/oeack-mayer-begruesst-nein-der-uniko-zu-mehr-medizinstudienplaetzen (Stand 02.03.2025)
- (21) Österreichischer Rechnungshof: *„Ärzteausbildung: Drop-out-Rate nach Studienabschluss von mehr als 30 Prozent“ (20.12.2021)*, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/news/news/news_2/Aerzteausbildung.html# (Stand 08.03.2022)
- (22) Nissen, S., 2015: *Reforming the continuing medical education system. JAMA, 313 18, 1813-4.* (<https://doi.org/10.1001/jama.2015.4138>)
- (23) Dall, T., Gallo, P., Chakrabarti, R., West, T., Semilla, A., & Storm, M., 2013: *An aging population and growing disease burdens will require a large and specialized health care workforce by 2025. Health affairs, 32 11, 2013-20* (<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0714>)
- (24) Liu, J., & Mao, Y., 2020: *Continuing medical education and work commitment among rural healthcare workers: a cross-sectional study in 11 western provinces in China. BMJ Open, 10.* (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037985>)

- (25) Braddock, A., Malm-Buatsi, E., Hicks, S., Harris, G., & Alafaireet, P., 2023: *Healthcare Workers' Perceptions of On-Site Childcare*. *Journal of Healthcare Management*, 68, 56 - 67. (<https://doi.org/10.1097/JHM-D-22-00007>)
- (26) Indriyati, M., & Syarif, S., 2020: *The Effect of Work Satisfaction on the Quality of Health Services (Literature Review)*. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 11, 2176-2180. (<https://doi.org/10.37506/IJPHRD.V11I13.2574>)
- (27) Harvey, S. B., Epstein, R. M., Glozier, N., Petrie, K., Strudwick, J., Gayed, A., Dean, K., & Henderson, M., 2021: *Mental illness and suicide among physicians*. *Lancet (London, England)*, 398(10303), 920–930. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8))
- (28) Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E., & Sen, S., 2015: *Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA*, 314(22), 2373–2383. (<https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>)
- (29) Anger, W. K., Dimoff, J. K., & Alley, L., 2024: *Addressing Health Care Workers' Mental Health: A Systematic Review of Evidence-Based Interventions and Current Resources*. *American journal of public health*, 114(S2), 213–226. (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307556>)
- (30) Brossoit, R., Crain, T., Hammer, L., Lee, S., Bodner, T., & Buxton, O., 2020: *Associations Among Patient Care Workers' Schedule Control, Sleep, Job Satisfaction, and Turnover Intentions*. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*. (<https://doi.org/10.1002/smi.2941>)
- (31) Winter, V., Schreyögg, J., & Thiel, A., 2020: *Hospital staff shortages: Environmental and organizational determinants and implications for patient satisfaction*. *Health policy*. (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.001>)

(32) Mahmood, I., Shahbaz, T., Farooq, Z., Parveen, I., Sharif, R., Munir, S., & Shamoun, A., 2023: *IMPACT OF SHORTAGE OF STAFF NURSES ON QUALITY CARE OF PATIENTS AT SPECIALISED HOSPITALS IN LAHORE*. *Biological and Clinical Sciences Research Journal*. (<https://doi.org/10.54112/bcsrj.v2023i1.409>)

(33) Oppel, E., Winter, V., & Schreyögg, J., 2017: *Evaluating the link between human resource management decisions and patient satisfaction with quality of care*. *Health Care Management Review*, 42, 53–64. (<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000087>)

(34) Halm, M., 2019: *The Influence of Appropriate Staffing and Healthy Work Environments on Patient and Nurse Outcomes*. *American Journal of Critical Care*, 28, 152–156. (<https://doi.org/10.4037/ajcc2019938>)

(35) Miller, M., Hopwood, P., Haghighi, P., Littler, E., Davis, A., Momani, A., & MacEachen, E., 2024: *Does staffing impact health and work conditions of staff in long-term care homes?: a scoping review*. *The European Journal of Public Health*, 34. (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.869>)

(36) Nakweenda, M., Anthonie, R., & Van Der Heever, M., 2022: *Staff shortages in critical care units: critical care nurses experiences*. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. (<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100412>)

(37) orf.at: *Patientenleitsystem: Aufnahmestopp bei Hausärzten (08.01.2025)*, <https://salzburg.orf.at/stories/3288181/> (Stand 20.05.2025)

(38) derstandard.at: *Wie gut funktioniert das österreichische Gesundheitssystem? (12.03.2025)*, <https://www.derstandard.at/story/3000000260813/wie-gut-funktioniert-das-oesterreichische-gesundheitssystem> (Stand 20.05.2025)

(39) Rosta, J., & Rø, K., 2023: *Changes in weekly working hours, proportion of doctors with hours above the limitations of European Working Time Directive (EWTD) and time spent on direct patient care for doctors in Norway from 2016 to 2019: a study based on repeated surveys*. *BMJ Open*, 13. (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069331>)

- (40) Shanafelt, T., West, C., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Wang, H., Carlasare, L., & Dyrbye, L., 2023: *At-Risk Work Hours Among U.S. Physicians and Other U.S. Workers.. American journal of preventive medicine.* (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.03.020>)
- (41) Karhula, K., Wöhrmann, A., Brauner, C., Härmä, M., Kivimäki, M., Michel, A., & Oksanen, T., 2020: *Working time dimensions and well-being: a cross-national study of Finnish and German health care employees. Chronobiology International, 37, 1312 - 1324.* (<https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1778716>)
- (42) Härmä, M., Shiri, R., Ervasti, J., Karhula, K., Turunen, J., Koskinen, A., Ropponen, A., & Sallinen, M., 2022: *National recommendations for shift scheduling in healthcare: A 5-year prospective cohort study on working hour characteristics. International journal of nursing studies, 134, 104321.* (<https://doi.org/10.2139/ssrn.4084020>)
- (43) Hapsari, F., 2023: *Meta Analysis of Factors Associated with Job Satisfaction in Health Workers. Journal of Health Policy and Management.* (<https://doi.org/10.26911/thejhpm.2023.08.03.05>)
- (44) Deriba, B., Sinke, S., Ereso, B., & Badacho, A., 2017: *Health professionals' job satisfaction and associated factors at public health centers in West Ethiopia. Human Resources for Health, 15.* (<https://doi.org/10.1186/s12960-017-0206-3>)
- (45) Judge, T., Piccolo, R., Podsakoff, N., Shaw, J., & Rich, B., 2010: *The relationship between pay and job satisfaction: A meta-analysis of the literature. Journal of Vocational Behavior, 77, 157-167.* (<https://doi.org/10.1016/J.JVB.2010.04.002>)
- (46) Bimpong, K., Khan, A., Slight, R., Tolley, C., & Slight, S., 2020: *Relationship between labour force satisfaction, wages and retention within the UK National Health Service: a systematic review of the literature. BMJ Open, 10.* (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034919>)

- (47) Katsaouni, M., Tripsianis, G., Constantinidis, T., Vadikolias, K., Kontogiorgis, C., Serdari, A., Arvaniti, A., Theodorou, E., & Nena, E.: 2024: *ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE, JOB INSECURITY AND WORK ABILITY AMONG NURSES, WORKING EITHER UNDER TEMPORARY OR PERMANENT TERMS*. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 37, 98 - 109.
(<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.02245>)
- (48) Picton, A., 2021: *Work-life balance in medical students: self-care in a culture of self-sacrifice*. *BMC Medical Education*, 21. (<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02434-5>)
- (49) Hasan, Z., Khan, M., Butt, T., Abid, G., & Rehman, S., 2020: *The Balance between Work and Life for Subjective Well-Being: A Moderated Mediation Model*. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*. (<https://doi.org/10.3390/joitmc6040127>)
- (50) O'Donovan, R., Rogers, L., Khurshid, Z., De Brún, A., Nicholson, E., O'Shea, M., Ward, M., & McAuliffe, E., 2021: *A Systematic Review Exploring the Impact of Focal Leader Behaviours on Healthcare Team Performance*. *Journal of nursing management*. (<https://doi.org/10.1111/jonm.13403>)
- (51) Abrams, R., Jones, B., & Gage, H., 2023: *The impact of general practice team composition and climate on staff and patient experiences: a systematic review*. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 73 suppl 1. (<https://doi.org/10.3399/bjgp23X733629>)
- (52) Triana, M., Jayasinghe, M., Pieper, J., Delgado, D., & Li, M., 2018: *Perceived Workplace Gender Discrimination and Employee Consequences: A Meta-Analysis and Complementary Studies Considering Country Context*. *Journal of Management*, 45, 2419 - 2447. (<https://doi.org/10.1177/0149206318776772>)
- (53) Juraszovich, B., Rappold, E., Gyimesi, M, Fabichler, C., 2023: *Pflegepersonalbedarfsprognose Update bis 2050*, *Gesundheit Österreich GmbH*, 14-15, (https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3378/1/Pflegepersonalbedarfsprognose%20Update%20bis%202050_bf.pdf)

(54) Das Land Steiermark: *Starke Steiermark. Sichere Zukunft. Arbeitsübereinkommen der FPÖ Steiermark und der Steirischen Volkspartei 2024-2029.*,

<https://media.steiermark.at/flexpaper/Regierungsprogramm/index.html> (Stand 21.05.2025)

(55) Bundeskanzleramt: *Jetzt das Richtige tun. Für Österreich. Regierungsprogramm 2025-2029*, [https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-](https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html)

[bundesregierung/regierungsdokumente.html](https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html) (Stand 21.05.2025)

(56) Das Land Steiermark: *Starke Steiermark. Sichere Zukunft. Arbeitsübereinkommen der FPÖ Steiermark und der Steirischen Volkspartei 2024-2029*, Seite 47-50,

<https://media.steiermark.at/flexpaper/Regierungsprogramm/index.html> (Stand 22.05.2025)

(57) Bundeskanzleramt: *Jetzt das Richtige tun. Für Österreich. Regierungsprogramm 2025-2029*, Seite 121-126 [https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-](https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html)

[bundesregierung/regierungsdokumente.html](https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html) (Stand 22.05.2025)

Anhang

Anhang 1 - Demografische Daten

Code:	_____
Alter:	_____Jahre
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Wie ist Ihre Nationalität?	<input type="checkbox"/> Österreichisch <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Schweizerisch <input type="checkbox"/> andere: _____
Wie ist Ihr Familienstand?	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, geben Sie bitte an, wie viele? _____Kinder
Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	<input type="checkbox"/> Mittelschule / Gymnasium (AHS, ...) <input type="checkbox"/> Weiterführende Schule (HAK, HTL, ...) <input type="checkbox"/> Akademie / Kolleg <input type="checkbox"/> Universität/ Fachhochschule: <input type="checkbox"/> Postgraduales Studium <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Habilitation
Was studieren Sie derzeit bzw. welches Studium haben Sie beendet?	<input type="checkbox"/> Medizinstudium <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Schule für Gesundheits- und Krankenpflege <input type="checkbox"/> Diplomierte Gesundheits- & Krankenpflegeperson (DGKP) <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflege (FH) <input type="checkbox"/> Bachelorabschluss (BSc) <input type="checkbox"/> Pflegewissenschaft (Universität) <input type="checkbox"/> DGKP inkl. BScN / BSc <input type="checkbox"/> DGKP inkl. MScN / MSc
Wann haben Sie mit ihrem Studium begonnen? (Bitte Jahreszahl einfügen) _____	
Haben Sie ihr Studium bereits beendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, in welchem Jahr haben Sie ihr Studium beendet? (Bitte Jahreszahl einfügen) _____	
In welchem Fachbereich sind Sie derzeit tätig bzw. möchten Sie in der Zukunft tätig sein?	_____
Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihren Beschäftigungsstatus am besten?	<input type="checkbox"/> Beschäftigt, 40 oder mehr Stunden arbeitend <input type="checkbox"/> Beschäftigt, 1 – 39 Stunden arbeitend <input type="checkbox"/> Nicht angestellt; auf Arbeitssuche <input type="checkbox"/> Kein Angestellter, keine Arbeitssuche <input type="checkbox"/> Ich bin Student*in und arbeite nebenbei nicht <input type="checkbox"/> Ich bin Student*in und arbeite nebenbei geringfügig (max. 20h/Woche) <input type="checkbox"/> Ich bin Student*in und arbeite nebenbei mehr als 20h/Woche

Anhang 2 - Interviewleitfaden

 **Audiogerät jetzt einschalten!** 

	Frage	Kategorie
Schlüssel- fragen	<p>1. Welche Wünsche haben Sie an Ihren zukünftigen Arbeitsplatz/Arbeitgeber und wie wichtig sind Ihnen diese?</p> <p>Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche äußeren Rahmenbedingungen (flexible Arbeitszeiten, mehr Geld, Betriebsklima, Teamkommunikation, Führungsstil, ...) sind für Sie bei der Arbeitssuche wichtig & wie wichtig sind Ihnen diese? • Was sind Ihre persönlichen Motivatoren (viel zu sehen, viel zu lernen, aktiv Tätigkeiten durchführen und nicht nur zusehen, Abwechslung, Anerkennung, Herausforderung, persönliche Entwicklung, Resultate, ...) und wie wichtig sind ihnen diese? <p>Beispiele für Füllsätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir das bitte genauer erklären? Wie genau meinen Sie das? • Ich verstehe! Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann ... 	<p>Wünsche zukünftiger Arbeitsplatz</p> <p>Äußere Rahmenbedingungen, Persönliche Motivatoren</p>
	<p>2. Welche Erwartungen haben Sie an Ihren zukünftigen Arbeitsplatz/Arbeitgeber und wie wichtig sind Ihnen diese?</p> <p>Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche äußeren Rahmenbedingungen (flexible Arbeitszeiten, mehr Geld, Betriebsklima, Teamkommunikation, Führungsstil, ...) sind für Sie bei der Arbeitssuche wichtig & wie wichtig sind Ihnen diese? • Was sind Ihre persönlichen Motivatoren (viel zu sehen, viel zu lernen, aktiv Tätigkeiten durchführen und nicht nur zusehen, Abwechslung, Anerkennung, Herausforderung, persönliche Entwicklung, Resultate, ...) und wie wichtig sind ihnen diese? <p>Beispiele für Füllsätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir das bitte genauer erklären? Wie genau meinen Sie das? • Ich verstehe! Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann ... 	<p>Erwartungen zukünftiger Arbeitsplatz</p> <p>Äußere Rahmenbedingungen, Persönliche Motivatoren</p>
	<p>3. Was wären für Sie ideale Arbeitsbedingungen?</p>	<p>Ideale Arbeitsbedingungen</p>
	<p>4. Unterscheiden sich Ihrer Meinung nach Arbeitsplatzfaktoren in Österreich von anderen Ländern? Wenn ja, welche Rolle spielt dies in Ihrer Wahl?</p>	<p>Unterschiede Österreich vs. Andere Länder</p>
	<p>5. Haben Sie vor, in Österreich oder in einem anderen Land zu arbeiten?</p>	<p>Zukünftiger Arbeitsort (AUT/Ausland)</p>
	<p>6. Welche Gründe spielen für Sie bei der Entscheidung in Österreich oder im Ausland zu arbeiten, eine Rolle?</p> <p>Hinweise: z.B. Familie, Freunde, Partner*in, ...</p>	<p>Gründe in AUT/Ausland zu arbeiten</p>
Abschluss- frage	<p>7. Möchte noch jemand etwas hinzufügen, was in unserem Gespräch noch nicht zur Sprache gekommen ist?</p>	