

Altenpflege - ein Beruf in der Krise?

Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich

vorgelegt von
Diplom-Sozialgerontologin Brigitte Zellhuber

Vom Fachbereich Gesellschaftswissenschaften,
Philosophie und Theologie (14)
der Universität Dortmund
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie
- Dr. phil. -

genehmigte Dissertation

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Gerhard Naegele
Universität Dortmund

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Anita Pfaff
Universität Augsburg

Königsbrunn, 03.10.2003

Danksagung

Diese Abhandlung entstand als Dissertation an der Universität Dortmund.

All denen, die mich bei der hier vorliegenden Arbeit mit Anregungen, Kritik und Diskussionsbereitschaft unterstützt haben, sei an dieser Stelle gedankt.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Gerhard Naegele, der engagiert die Betreuung dieser Arbeit übernahm und mich wohlwollend und richtungsweisend mit vielfältigen Hinweisen unterstützte.

Besonders danke ich auch Frau Prof. Dr. Anita Pfaff, die mich in das Doktorandenseminar an der Universität Augsburg eingebunden hat und mir eine intensive Beratung vor Ort zuteil werden lies.

Danken möchte ich auch Herrn Prof. Dr. Reinhard Schmitz-Scherzer der mich dazu ermuntert hat mich wissenschaftlich zu betätigen.

Ein weiterer Dank gilt dem Altenpflegepersonal der zehn Alten- und Pflegeheime in Augsburg Stadt und Landkreisen für seine Teilnahme an der standardisierten Befragung, sowie den Führungskräften für ihre Unterstützung. Ohne ihre Kooperationsbereitschaft wäre es nicht möglich gewesen empirische Ergebnisse vorzulegen.

Außerdem danke ich meinem Bruder Gerhard und meinen Technikerfreunden die mir immer wieder bei der Beseitigung der vielfältigen Tücken des Apple-Systems beigestanden sind. Frau Barbara Rau sei gedankt für die Durchsicht des Manuskripts hinsichtlich der korrekten Rechtschreibung, sowie Frau Susanne Schäfer-Walkmann für ihre hilfreichen Hinweise zur Erstellung der Syntaxdatei.

Meiner Familie sei für die geduldige Begleitung und Unterstützung gedankt. Die Arbeit ist meinem Bruder Erwin gewidmet, der die Facetten des Alters nicht erleben durfte.

Inhaltsverzeichnis

Teil A	Untersuchungsgegenstand und theoretische Grundlagen	
1.	Einführung	10
1.1	Problemstellung.....	10
1.2	Ziel und Aufbau der Arbeit.....	12
2.	Arbeitsmarktentwicklung und berufliche Situation der AltenpflegerInnen	14
2.1	Demographischer und sozialstruktureller Umbruch.....	14
2.1.1	Politisierung und Verrechtlichung der Lebensbereiche...	19
2.1.2	Einführung der Pflegeversicherung.....	26
2.1.3	Qualitätsanforderungen.....	37
2.1.4	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.....	42
2.1.5	Zunahme dementiell und psychisch erkrankter, älterer Menschen.....	51
2.1.6	Heimplatzentwicklung und Nachfrageverhalten.....	55
2.1.7	Pflegeleistungen und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung.....	63
2.1.8	Zusammenfassende Überlegungen.....	72
2.2	Situationsanalyse zum Thema Pflegeberufe.....	74
2.2.1	Historische Grundlagen und Entwicklungen.....	74
2.2.2	Berufswahlmotivation.....	80
2.2.3	Qualifizierung und Professionalisierung.....	85
2.2.4	Ausbildungssituation.....	90
2.2.5	Fort- und Weiterbildung.....	98
2.2.6	Verweildauer im Berufsleben.....	107
2.2.7	Fehlzeiten.....	111
2.2.8	Zusammenfassende Überlegungen.....	112

3.	Tätigkeitsbedingte Belastungen und Beanspruchungen	114
3.1	Charakteristika der Pflegearbeit.....	118
3.1.1	Pflegeleistungen.....	118
3.1.2	Selbstverständnis der Pflege.....	120
3.1.3	Pflegeorganisation.....	120
3.2	Arbeitsrelevante Beziehungen.....	121
3.2.1	Beziehungen zu Vorgesetzten.....	122
3.2.2	Beziehungen zu Kollegen.....	122
3.2.3	Beziehungen zu Bewohnerinnen.....	123
3.2.4	Beziehungen zu Angehörigen.....	125
3.3	Bewohnerstruktur.....	126
3.4	Rahmenbedingungen der Tätigkeit – potentielle Stressoren.....	128
3.4.1	Strukturelle Belastungen.....	129
3.4.1.1	Trägerphilosophien.....	129
3.4.1.2	Vergütungssystem.....	130
3.4.1.3	Bauliche Gegebenheiten.....	131
3.4.2	Psychomentale Belastungen.....	132
3.4.2.1	Arbeitszeitstrukturen.....	132
3.4.2.2	Zeitdruck.....	133
3.4.2.3	Personalbemessung.....	134
3.4.3	Physikalisch-chemische Belastungen.....	134
3.4.3.1	Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen.....	135
3.4.3.2	Ergonomisch, energetische Faktoren.....	135
3.5	Weiterführende Überlegungen.....	136
4.	Theoretische Grundlagen.....	137
4.1	Theorien zu Arbeit, Gesundheit und Krankheit.....	137
4.1.1	Arbeit.....	137
4.1.1.1	Bedeutung von Arbeit.....	137
4.1.1.2	Bedeutung der Arbeit für Frauen.....	139
4.1.1.3	Dialogische Arbeitstätigkeit.....	140
4.1.1.4	Komponenten der Arbeitszufriedenheit.....	141
4.1.1.4.1	Erklärungsansatz.....	142

4.1.1.4.2	Beurteilung.....	148
4.1.2	Gesundheit.....	148
4.1.3	Krankheit.....	150
4.2	Belastungen - Einführung und Definition.....	151
4.2.1	Belastungsdefinition.....	151
4.2.2	Psychische Belastungen.....	154
4.3	Streß.....	157
4.3.1	Erklärungsansätze.....	157
4.3.2	Belastungsforschung.....	158
4.3.3	Streßmodelle.....	159
4.3.3.1	Das allgemeine Adaptionsmodell nach Selye.....	159
4.3.3.2	Kognitives Streßkonzept von Lazarus und Launier.....	160
4.3.3.3	Konzept des Interaktionsstress nach Badura.....	160
4.3.3.4	Das integrative Stressmodell von Cohnen-Mansfield.....	161
4.4.	Copingstrategien (Theorien).....	163
4.4.1	Bewältigungsmöglichkeiten- und -fähigkeiten.....	163
4.4.2	Taylorismus.....	164
4.4.3	Handlungsregulationstheorie.....	165
4.4.3.1	Regulationserfordernisse.....	166
4.4.3.2	Regulationsbehinderungen.....	168
4.4.3.3	Regulationsbehinderungen im Pflegebereich.....	170
4.4.4	Handlungs- und Tätigkeitsspielraum.....	172
4.4.5	Konzept der widersprüchlichen Anforderungen.....	173
4.4.6	Konzept der vollständigen Tätigkeit.....	174
4.4.7	Soziale Unterstützung.....	176
4.4.8	Stressbewältigung.....	177
4.4.9	Kompetenztraining.....	178
4.5	Belastungs- und Beanspruchungsfolgen.....	179
4.5.1	Kurzfristige Beeinträchtigungen durch Stressoren.....	180
4.5.2	Mittelfristige Beeinträchtigungen durch Stressoren.....	180
4.5.3	Langfristige Beeinträchtigungen durch Stressoren.....	181
4.5.3.1	Psychosomatische Funktionsbeeinträchtigungen.....	181
4.5.3.2	Burnout-Syndrom.....	181
4.5.3.3	Körperliche Beschwerden.....	188
4.6	Zusammenfassende Würdigung.....	188

Teil B	Empirische Ergebnisse	
5.	Forschungsdesign und empirische Untersuchung.....	190
5.1.	Hypothesen.....	192
5.2	Forschungsdesign.....	193
5.2.1	Auswahl des Samples.....	193
5.2.2	Erhebungsinstrument.....	195
5.2.3	Durchführung der Befragung.....	199
5.3	Empirische Ergebnisse.....	201
5.3.1	Soziodemographische Struktur der Stichprobe.....	201
5.3.2	Schulbildung und berufliche Situation.....	208
5.3.3	Einschätzung der Arbeitssituation.....	217
5.3.4	Einschätzung des Betriebsklimas.....	223
5.3.5	Einschätzung der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung durch die Arbeitssituation.....	226
5.3.6	Einschätzung des Gesamtheimes.....	230
5.3.7	Darstellung der Ergebnisse der offenen Fragen.....	231
5.3.8	Darstellung Abschlussfrage.....	235
5.4	Bewertung der Ergebnisse.....	240
Teil C	Ausblick	
6.	Perspektiven und Empfehlungen für die Praxis.....	243
6.1	Empfehlungen für die Praxis.....	243
6.2	Überlegungen zu weiteren Forschungsfragen.....	248
	Literaturverzeichnis.....	249

Anhang A: Informationen zu Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege

Flyer zur Werbung für die Altenpflegeausbildung.....	281
Fortbildungsangebote für Praxisanleitungen.....	285
Themen externer Fortbildungen.....	287
Themen interner Fortbildungen.....	289
Weiterbildungsstand nach Arbeitsfeldern.....	291

Anhang B: Fragebogen

Vorlage für den Fragebogen.....	294
Fragebogen zur Mitarbeiterbefragung, eigene Exploration.....	297

Verzeichnis der Schaubilder, Tabellen und Graphiken

Schaubilder

Schaubild 1:	Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands	15
Schaubild 2:	Zuständigkeiten und Aufgaben der Sozialpolitik für älter Menschen.....	21
Schaubild 3:	Rechtsbeziehungen der Heimunterbringung.....	23
Schaubild 4:	Pflegebedürftigkeit: Definition, Abgrenzung und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI.....	30
Schaubild 5:	Determinanten der Qualität/Qualitätssicherung von Pflege.....	41
Schaubild 6:	Ausgewählte altersbedingte Veränderungen.....	44
Schaubild 7:	Pflegestufen III – Diagnosen der Versicherten in stationären Einrichtungen.....	54
Schaubild 8:	Art und Häufigkeit behandlungspflegerischer Leistungen.....	64
Schaubild 9:	Leistungen der Grundpflege und Häufigkeit des Hilfebedarfs.....	66
Schaubild 10:	Täglicher Zeitaufwand pro Pflegestufe.....	68
Schaubild 11:	Motivation für die Altenpflege-Ausbildung.....	81
Schaubild 12:	Weiterbildungsangebote nach Art der Qualifikation	106
Schaubild 13:	Beweggründe für den erwogenen Berufsausstieg differenzierte Auswertung.....	109
Schaubild 14	Hauptkonfliktbereiche von Altenpflegekräften.....	114
Schaubild 15:	Generelle Belastungsfaktoren in der Altenpflege...	115

Schaubild 16:	Positive Aspekte der Berufswahl in der Altenpflege.....	117
Schaubild 17:	Indirekte Pflegeleistungen.....	119
Schaubild 18:	Formen der Arbeitszufriedenheit als Ergebnis von Abwägungs- und Erlebnisverarbeitungsprozessen.	144
Schaubild 19:	Hierarchische Systeme zur psychologischen Bewertung von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen.....	145
Schaubild 20:	Belastungs-Beanspruchungs-Modell.....	152
Schaubild 21:	Psychische Belastungen als Folge von Anpassungsreaktionen.....	154
Schaubild 22:	Integratives Streßmodell für den Bereich der Altenpflege.....	162
Schaubild 23:	Kurzdefinition der VERA-Stufen.....	166
Schaubild 24:	Das Konzept der Regulationsbehinderungen.....	169
Schaubild 25:	Regulationsbehinderungen im Pflegebereich.....	170
Schaubild 26:	Die sequentielle und hierarchische Vollständigkeit von Tätigkeiten.....	175
Schaubild 27:	Mögliche Ursachen von Burnout.....	186
Schaubild 28:	Burnout-Symptomatik.....	187

Tabellen

Tabelle 1:	Prävalenzraten nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht 1999.....	28
Tabelle 2:	Die Fragebogen zum SIESTA-Verfahren.....	40
Tabelle 3:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Stufen, Unterbringung und Geschlecht.....	50
Tabelle 4:	Schätzung der Zahl von älteren Demenzkranken in Deutschland.....	51
Tabelle 5:	Entwicklung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland bis zum Jahre 2050 bei gleichbleibenden altersspezifischen Prävalenzraten.....	52
Tabelle 6:	Stationäre Altenhilfe in der BRD – Entwicklung der Heimplatzkapazität seit 1961.....	57
Tabelle 7:	Entwicklung der Versorgungsquote in der stationären Altenhilfe.....	59
Tabelle 8:	Übersicht über die Entwicklung der Belegungsdichte in Alten- und Pflegeheimen.....	60
Tabelle 9:	Heime für alte Menschen in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände, Entwicklung der Kapazität und der Beschäftigungszahlen.....	62

Tabelle 10:	Beispiel einer Stellenermittlung.....	71
Tabelle 11:	Pflegespezifische Qualifikationsebenen und -inhalte.....	87
Tabelle 12:	Schülerinnen/Schüler in Pflege- und Sozialberufen.....	88
Tabelle 13:	Schulbildung in Pflege und Sozialberufen.....	89
Tabelle 14:	Stundentafel der bisherigen Altenpflegeausbildung.....	94
Tabelle 15:	Übersicht der 14 Lernfelder zur neuen Ausbildungsordnung.....	96
Tabelle 16:	Stellenwert von Fort- und Weiterbildung nach Einrichtungsgröße.....	101
Tabelle 17:	Zielgruppen externer Fortbildung nach Arbeitsfeld.....	102
Tabelle 18:	Zielgruppen interner Fortbildungen nach Arbeitsfeldern.....	104
Tabelle 19:	Begründung für den erwogenen Ausbildungsabbruch.....	107
Tabelle 20:	Gründe für den Berufsausstieg - Fallgruppe 1.....	110
Tabelle 21:	Klassifikation möglicher negativer Beanspruchungen und Beanspruchungsfolgen.....	153
Tabelle 22:	Empirische Untersuchungen zur Beanspruchung von Altenpflegerinnen in der BRD.....	155
Tabelle 23:	Rücklaufquoten.....	200
Tabelle 24:	Häufigkeitsverteilung der Itemnennung zur offenen Frage 1: „Auf welche Dinge wird ihrer Meinung hier im Heim zu viel Zeit verwendet?“.....	232
Tabelle 25:	Häufigkeitsverteilung der Itemnennung zur offenen Frage 2: „Auf welche Dinge wird ihrer Meinung hier im Heim zu wenig Zeit verwendet?“.....	234

Graphiken

Graphik 1:	Altersverteilung der Befragten Heim 1- Heim 5.....	202
Graphik 2:	Altersverteilung der Befragten Heim 6 – 10.....	203
Graphik 3:	Übersicht aller Befragten nach Geschlecht.....	204
Graphik 4:	Altersdurchschnitt der Heimbewohnerinnen nach Geschlecht.....	205
Graphik 5:	Lebenssituation der Befragten der Heime 1-5.....	206
Graphik 6:	Lebenssituation der Befragten der Heime 6-10.....	207
Graphik 7:	Höchster allgemein bildender Schulabschluss.....	208

Graphik 8:	Zuordnung der Befragten nach Hauptberufsgruppen.....	210
Graphik 9:	Fachkraftzuordnung.....	211
Graphik 10:	Durchschnittliche Berufserfahrung.....	213
Graphik 11:	Überwiegende Schichtgestaltung (in %).	214
Graphik 12:	Beschäftigungsumfang der Befragten.....	215
Graphik 13:	Übersicht der geleisteten Überstunden pro Woche...	216
Graphik 14:	Wichtigste Aspekte der Arbeitssituation Rangliste aller Heime.....	218
Graphik 15:	Wichtigste Aspekte der Arbeitssituation Teil I.....	220
Graphik 16:	Wichtigste Aspekte der Arbeitssituation Teil II.....	221
Graphik 17:	Wichtigste Aspekte der Arbeitssituation Teil III.....	222
Graphik 18:	Einschätzung des Betriebsklimas der Heime 1-5.....	224
Graphik 19:	Einschätzung des Betriebsklimas der Heime 6-10.....	225
Graphik 20:	Einschätzung der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung Heim 1-5.....	228
Graphik 21:	Einschätzung der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung Heim 6-10.....	229
Graphik 22:	Empfehlung zum Heimeinzug.....	230

Teil A **Untersuchungsgegenstand und theoretische Grundlagen**

1. Einführung

1.1 Problemstellung

Viele Jahre lang konnte die Altenpflege keinerlei politische Aufmerksamkeit auf sich ziehen. In der Gesellschaft genoss das Thema nur eine geringe Wertschätzung. Wie in der Geschichte des Pflegeberufes bereits dokumentiert, waren jegliche Personen für die Versorgung alter, kranker Menschen geeignet (vgl. Sticker 1960). Diese Haltung spiegelt sich heute noch wieder in den schlechten Rahmenbedingungen für professionelle Pflege, in unklaren Ausbildungsbedingungen und einem niedrigen Professionalisierungsgrad. Diese Vorgaben wirkten sich auf das Arbeitsfeld der Altenpflegerin nachteilig aus. Es herrscht das Bild vor, dass für diese Tätigkeit keine besonderen Kenntnisse erforderlich wären. Die gängige Vermittlungspraxis der Arbeitsämter zeigt dies deutlich. Für den Beruf der Altenpflegerin¹ wurden in den letzten Jahren Personen vermittelt, die entweder keine klaren Vorstellungen davon hatten was sie tun möchten, oder solche, die in anderen Berufen gescheitert waren. Auch ausländische Mitbürgerinnen ohne deutsche Sprachkenntnisse füllten die Altenpflegesschulen. Daher ist es auch verständlich, warum wenige Absolventinnen der Fachschulen tatsächlich über einen längeren Zeitraum im Pflegeberuf tätig waren.

In den vergangenen Jahren hat die Bedeutung der Altenpolitik stetig zugenommen. Eine der wichtigsten Herausforderungen im Sinne einer zukunftsorientierten Politik für die ältere Generation stellt der demographische Wandel dar (vgl. Naegele 2002, Deutscher Bundestag 2002, Rothgang 2001). Der prognostizierte Umbruch ist weitreichend und wird zu neuen sozialstrukturellen Gegebenheiten führen. Insbesondere wirken sich Themen wie ein starker Rückgang der Gesamtbevölkerung einher gehend mit der Zunahme der Hochaltrigkeit und einen Anstiegs der ferneren Lebenserwartung, eine frühere Entberuflichung, sowie die Zunahme degenerativer multimorbider Krankheiten auf die

¹ Heimbewohner und Pflegekräfte gehören teils dem weiblichen, teils dem männlichen Geschlecht an. Da bei beiden Gruppen statistisch gesehen der weibliche Anteil höher ist, wird aus Gründen der Lesbarkeit im gesamten Text auf die parallele Verwendung beider Formen verzichtet und nur die weibliche Form verwendet. Selbstverständlich sind hierbei die männlichen Personen eingeschlossen.

Entwicklung aus. Die Ausprägungen des Alters werden mannigfaltiger und heterogener. Darauf muss sich auch die Sozialpolitik einstellen (vgl. Klose 1996, Naegele 1991, Heinze et al. 1996, Deutscher Bundestag 1998).

Von zentraler Bedeutung ist die Sicherung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Während viele Jahre die Belange pflegebedürftiger Personen vorrangig im Familienverbund bewältigt wurden, führten sozialstrukturelle Veränderungen dazu, dass immer mehr externe Hilfen ihren Anspruch genommen werden müssen. Hierbei kommt neben ambulanten und teilstationären Angeboten der stationären Altenhilfe eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Pfaff 1994a, Naegele 2002a).

Durch den erweiterten Anstieg der Zahl Älterer und Hochbetagter sowie die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger haben sich auch die Erwartungen und Bedingungen auf dem Pflegemarkt verändert. Die Altenpflege ist ein bedeutendes Arbeitsfeld im Bereich der Pflege geworden. Der hohe gesellschaftliche Bedarf an Leistungen der Altenhilfe geht jedoch einher mit einem Mangel an qualifiziertem und motiviertem Personal, denn Altenpflege gilt als ein besonders belastender Beruf.

Die Bevölkerung nimmt die strukturelle Umbruchsituation im Bereich der Altenhilfe auf mehreren Ebenen wahr.

Berichte über einen „Pflegetotstand“, „Ausbrennen der Pflegekräfte“ und krisenhafte Arbeitsbedingungen verunsichern nicht nur Betroffene. Die Bevölkerung ist heute darüber informiert, dass es hauptsächlich an qualifiziertem Fachpersonal fehlt. Hier und da wird zur Abhilfe die Green-Card für die Pflege ins Gespräch gebracht. In der stationären Altenhilfe gestaltet es sich immer schwieriger, die vorgegebene Quote von 50 % Fachpersonal einzuhalten und geeignete Mitarbeiterinnen zu finden. Daneben häufen sich Berichte in den Medien über Qualitätsdefizite und unhaltbare Zustände vorrangig in den Heimen. Befürchtungen, dass eine pflegerische Grundversorgung künftig nicht mehr gewährleistet ist, stehen im Raum.

Der Begriff Pflegetotstand weist zwei Komponenten auf. Zum einen gibt es immer weniger Personen, die sich als Altenpflegerinnen ausbilden lassen möchten, beziehungsweise den Beruf nicht nach geringen Arbeitsjahren verlassen. Andererseits beinhaltet der Begriff auch einen Notstand des Pflegepersonals, hervorgerufen durch berufsspezifische Belastungen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, sowie einer Dequalifizierung durch erhöhte Anforderungen des Pflegeauftrages (vgl. Büssing/Glaser, 1992).

Gesundheit am Arbeitsplatz gewinnt immer mehr Bedeutung. Der Erfolg eines Pflegeheimes ist stets eng mit der Leistungsfähigkeit und Motivation seiner Mitarbeiterinnen verknüpft. Eine gute Dienstleistungs- und Pflegequalität, flexible Reaktionen auf steigende Ansprüche, Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohnerinnen sowie Kommunikationsfähigkeit sind wichtige Voraussetzungen für die Marktposition einer Altenpflegeeinrichtung. Diese Standards können langfristig nur mit motivierten und belastbaren Mitarbeiterinnen erfüllt werden.

Die Pflegenden selbst erleben die Situation auch unter dem Aspekt einer Sinnkrise. Dem aus der Krankenpflege entwickelten Altenpflegeberuf fehlt noch eine eigene Identität. Nur zögerlich vollzieht sich die Ablösung vom ursprünglichen Leitbild des „Liebesdienstes“ (vgl. Bischoff 1992, Kruse 1987) hin zu einer qualifizierten Dienstleistung.

Auf die krisenhafte Situation wirken sich außerdem berufsinterne Aspekte aus, die meist unbeachtet von der Öffentlichkeit bleiben. Hierzu zählen der Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich, Qualifikationsstrukturen sowie die Organisationsabläufe im Heimbereich.

Die Altenpflege ist durch ein negatives Image in der Öffentlichkeit gekennzeichnet. Es besteht ein erheblicher Bedarf an qualifizierten Analysen der Pflegepersonalsituation in unserer Gesellschaft.

1.2 Ziel und Aufbau der Arbeit

Vor diesem Hintergrund stellen sich die Fragen,

1. „Befindet sich der Altenpflegeberuf tatsächlich in einer Krise?“ Und wenn ja,
2. „Welche grundlegenden Determinanten sind dafür verantwortlich?“
3. „Welche Ansatzpunkte zur Verbesserung folgen daraus?“

Die vorliegende Arbeit will dazu beitragen, dieser Fragestellung nachzugehen. Da der stationären Altenhilfe eine zentrale Rolle zukommt und der Personal-mangel in diesem Bereich besonders eklatant zutage tritt, konzentriert sich diese Arbeit auf die Situation von Altenpflegerinnen, die in Alten- und Pflegeheimen tätig sind. Ziel ist es, Aufschluss darüber zu geben, wie sich die derzeitigen Arbeitsbedingungen auf den Personalstand auswirken und welche Maßnahmen zu einer Sicherung der Pflege alter Menschen ergriffen werden müssen.

Die Arbeit gliedert sich in drei Teile mit sechs Kapiteln.

In einem ersten Teil (A) geht es zunächst darum, Arbeitsmarktentwicklungen und die konkrete Situation der Altenpflegerinnen zu beleuchten (Kapitel 2). Ausgehend von demographischen und sozialstrukturellen Veränderungen werden Determinanten aufgezeigt, die zu Mehrbelastungen für das Pflegepersonal führen können. Des Weiteren folgt eine Analyse des Berufsbildes und der Berufspraxis von Altenpflegerinnen anhand von ausgewählten Faktoren. Diese Informationen bilden die Grundlage für eine Einschätzung der Gesamtsituation.

Kapitel 3 beschäftigt sich ausführlich mit Belastungen und Beanspruchungen im Pflegeberuf. Ausschlaggebend für negative Beeinträchtigungen des Berufs können zahlreiche Komponenten sein. Die Darstellung der Rahmenbedingungen der Tätigkeit im stationären Bereich gibt Aufschluss über charakteristische Züge der Pflegearbeit, relevante Beziehungen im Arbeitsfeld bis hin zu Belastungen aus der Arbeitsorganisation. Daraus wird deutlich, dass der Arbeitsort „Heim“ durch die gegebenen Strukturen und Bedingungen wesentlich zum Auftreten von Berufskrankheiten beiträgt.

Die theoretische Verankerung des Themas wird in Kapitel 4 aufgegriffen. Wesentliche Theorien zu Arbeit, Gesundheit und Krankheit, Belastungsmodelle sowie Copingstrategien zeigen alternative Zugeweisen zur Problematik auf. Eine Schilderung möglicher Belastungs- und Beanspruchungsfolgen rundet das Bild ab.

Im zweiten Teil der Dissertation werden das Forschungsdesign und empirische Ergebnisse dargestellt. Die Studie umfasst Mitarbeiterinnen aus zehn Alten- und Pflegeheimen der Stadt Augsburg und angrenzender Landkreise. Durch die Befragung der Akteure wurden Daten zur Belastungseinschätzung und zum Heimalltag gewonnen. Die detaillierte Analysedarstellung mündet in einer Diskussion der Ergebnisse und einem Vergleich von Forschungen mit ähnlicher Fragestellung (Kapitel 5).

Im letzten Teil (C) wird versucht, Perspektiven und Empfehlungen für die Praxis aufzuzeigen, um dem eklatanten Personalmangel in Heimen entgegen wirken zu können.

Insgesamt gesehen möchte die vorliegende Dissertation einen Einblick in die komplexen Strukturen eines Heimbetriebes und die damit verbundene Problematik für Mitarbeiterinnen geben. Eine Zusammenschau expliziter Determinanten aus den Gebieten der Anforderungsprofile, der Ausbildungsqualität, sowie der Belastungsforschung führt zu fundierten Erkenntnissen über die

Faktoren und das Ausmaß der Belastungen von Altenpflegerinnen. Die gewonnenen Rückschlüsse dienen als Basis für Veränderungsvorschläge mit der Hoffnung, einen Beitrag zur Stabilisierung des Arbeitsmarktes Pflege leisten zu können.

2. Arbeitsmarktentwicklung und berufliche Situation der Altenpflegerinnen

Im Laufe der Jahre haben sich die Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt der Altenpflegerinnen verändert. Um Aussagen darüber treffen zu können inwieweit diese Tatsache zu dem herrschenden Pflegenotstand beigetragen hat, werden im Folgenden ausgewählte Determinanten einer näheren Betrachtung unterzogen. Die Analyse der einzelnen Themenbereiche dient als Grundlage für eine Gesamteinschätzung der Arbeitsbedingungen und der Berufssituation von Altenpflegerinnen.

2.1 Demographischer und sozialstruktureller Umbruch

Eine seit Jahren beobachtbare zunehmende Alterung der Bevölkerung veranlasste den deutschen Bundestag dazu, eine Bundestags-Enquête-Kommission einzusetzen. Die an diesem Gremium beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler waren beauftragt, frühzeitig Auswirkungen des demographischen Wandels zu erkennen und der Politik Planungsempfehlungen an die Hand zu geben. Untersucht wurden hierbei neben weiteren Fragestellungen demographische Entwicklungen, sowie der Bereich „Gesundheit, Pflege und Soziale Dienste“ (vgl. Naegele 2002a, Deutscher Bundestag 2002).

Der demographische und sozialstrukturelle Umbruch prognostiziert einen gesteigerten Bedarf an qualitativ hochwertigen Angeboten im Altenhilfegefüge. Zur Ausweitung der Dienste gehören grundlegend die Gewinnung und professionelle Ausbildung von Pflegekräften.

Der konstatierte Bedarf an qualitativen Angeboten lässt sich aus verschiedenen Wandlungsprozessen begründen.

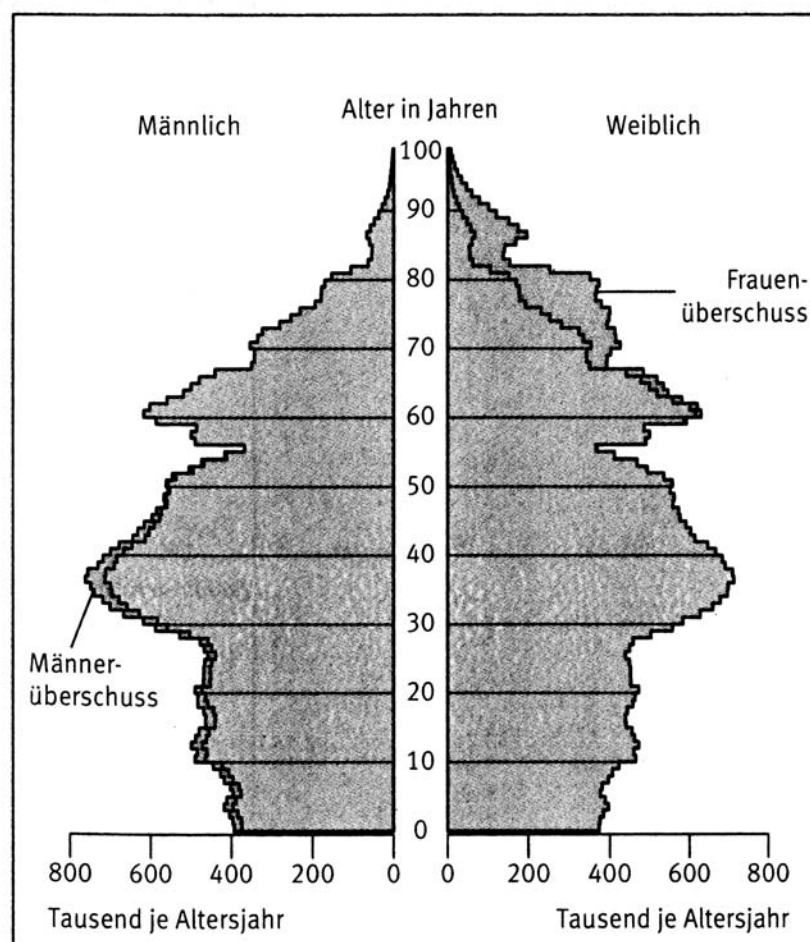
Die prognostizierte demographische Entwicklung ist gekennzeichnet durch eine Zunahme alter Menschen in Verbindung mit einem anhaltenden Geburtenrückgang. Zunehmend werden geburtenstarke Kohorten ins Senioren- und

Hochbetagtenalter wechseln. Eine gesteigerte „fernere Lebenserwartung“ überlagert die Tendenz noch zusätzlich (vgl. Naegele 1995a, 1996).

Die Zahl der Älteren (60 Jahre und älter) ist in den letzten drei Jahrzehnten in der Europäischen Union von rd. 47 Millionen auf ca. 69 Millionen gestiegen. Dies bedeutet eine Zunahme um fast 50%. Im Jahre 2030 werden in der Europäischen Union demnach 100 Millionen Ältere leben, wovon ein Fünftel, also 20 Millionen 80 Jahre und älter sein werden (vgl. Klose 1996).

Schaubild 1: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands

31.12.2000



Quelle: Statistisches Bundesamt 2002, S. 55

Das Seniorenalter lässt sich grob in zwei Bereiche gliedern. Zum einen in das aktive Alter zwischen Ende 50 und Ende 70. Diesen Altersabschnitt erleben die Betroffenen weitgehend ohne extreme Beeinträchtigungen. Die Phase nach Vollendung des 80. Lebensjahres jedoch geht sehr oft mit gesundheitlichen Belastungen und allgemeinen Einschränkungen einher. Prospektiv betrachtet verschiebt sich die Grenze zwischen den beiden Altersbereichen nach oben (vgl. Klose 1996). In diesem Zusammenhang wird auch zwischen „gesunden“ Lebenserwartungen und Lebenserwartungen generell unterschieden. Wie aus Schaubild 1 zu erkennen ist leben derzeit vergleichsweise wenige Hochbetagte. Mit den zwischen etwa 1936 und 1940 Geborenen wachsen jedoch große Geburtenkohorten ins junge Seniorenalter.

Auf Basis der 9. Koordinierten Bevölkerungsprognoseberechnung stellte das Kuratorium Deutsche Altershilfe folgende Aufstellung zusammen.

„Wer im Jahr X 60 Jahre alt war, lebt durchschnittlich noch...“

1998	Männer 18,9 Jahre	Frauen 23,2 Jahre
2025	Männer 20,2 Jahre	Frauen 25,1 Jahre
2950	Männer 21,6 Jahre	Frauen 26,7 Jahre“

(vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003, S. 124).

Die deutsche Bevölkerung wird nicht nur älter, sondern nimmt insgesamt betrachtet in den nächsten Jahrzehnten rapide ab, die Zahl der Senioren und Hochbetagten jedoch nimmt absolut und relativ zu (vgl. DZA 1982 Bd. I u. III, Deutscher Bundestag 2002).

Für die Pflege relevant ist auch die Tatsache, dass künftig der Anteil alter Männer steigen wird. Diese Gruppe lebt entweder alleine oder mit ihrer Partnerin (vgl. Pfaff 1994a).

Ein weiterer Wandel zeigt sich bedingt durch die Rentenreformregelungen der 1990'er Jahre durch einen früheren Berufsaustrittszeitpunkt. Hierdurch verlängerte sich die Altersphase in gewisser Weise. Soziale Dienste hatten sich auf diese neue Zielgruppe einzustellen und entsprechende Angebote nach der Erwerbstätigkeit bereit zu stellen (vgl. Naegele 1991b, Heinze et al. 1996). Rentenreformen der letzten Jahre versuchten jedoch die Frühverrentungspraxis einzuschränken und das tatsächliche Rentenzugangsalter anzuheben.

Aus dieser Diskussion ergeben sich Konflikte zwischen den Generationen. Die Befürchtung, dass zur Sicherung der Renten erhöhte Ausgaben auf die Jüngeren zukommen, führen zu einem Unmut. Es kann von einem Verteilungskonflikt der Gruppen und der Generationen gesprochen werden (vgl. Pfaff, 1993, S. 139).

Des Weiteren begründet der Rückgang privater Versorgungspotentiale eine Bedarfszunahme von Sozial- und Gesundheitsdiensten für Senioren. Abgesehen von einem demographisch verminderten Potential für die Pflege relevanter Familienmitglieder (vgl. Pfaff 1994a) hat sich auch ein Wandel der Familie vollzogen. Schlagworte wie „die Kündigung des Generationenvertrages“, oder „Krise der Familie“ kennzeichnen diese Tendenz. Forschungsberichte konnten bislang jedoch keine Belege über einen Verlust der Solidarität zwischen den Generationen liefern (vgl. u.a. Deutscher Bundestag 1998)

Die Familie als Kernzelle des gesellschaftlichen Lebens hat nach wie vor eine hohe Bedeutung im emotionalen Bereich. Die Folgen des Strukturwandels der Familie behindern jedoch die Versorgungsmöglichkeiten Älterer. Soziodemographische Indikatoren wie die Zunahme von Einpersonenhaushalten, Singularisierung, gestiegene Scheidungsraten, Anstieg nichtehelicher Lebensgemeinschaften, Zunahme der Zahl allein erziehender Mütter und Väter, Vermehrte Berufstätigkeit der Frauen etc. kennzeichnen den Strukturwandel (vgl. MfAGuS 1992).

Die höhere Mobilität der jüngeren Generation trägt hierzu ebenfalls bei. Neben weiteren Migrationen zwischen Ländern und Regionen hat ein Suburbanisierungseffekt stattgefunden. Jüngere Familien ziehen in Vorstadtgebiete und aufs Land, was zu einer Überalterung der Städte sowie zu einem Rückgang an privaten Versorgungspotentialen für Ältere führt (vgl. Pfaff 1994a).

Trotz dieser Entwicklungen werden Angehörige weiterhin einen eklatanten Anteil pflegerischer Leistungen übernehmen. Nur etwa ein Drittel aller Privathaushalte erhält derzeit professionelle Unterstützung (vgl. Heinze et al. 1996, S. 47). Es handelt sich hierbei um reale Transferleistungen im Familienverband, die einen wichtigen Teil der Haushaltsproduktion darstellen. Der Einbezug professioneller Hilfen hängt ab von den jeweiligen Ressourcen und Fähigkeiten und basiert auf dem Prinzip der „Make-or-Buy“-Entscheidung (vgl. Pfaff/Pfaff, 1995, S. 196).

Durch den demographischen Wandel sind die Anforderungen an die Solidarität innerhalb der Familie gestiegen. Hilfe und Pflege werden weiterhin von Angehörigen praktiziert, obwohl normativ und kulturell diese Aufgaben nicht mehr zwingend an Verwandte gebunden sind. An die Stelle der vormals „naturwüchsigen Selbstverständlichkeit“ ist die freie Wahl getreten. Weitere soziale Versorgungsnetzwerke sind hinzugekommen (vgl. Backes 1996, S. 32 f, Bracker et al. 1988).

Die intergenerationale Solidarität mit den Säulen der praktischen, der finanziellen und der emotionalen Unterstützung bezieht sich auch auf Familienmitglieder, die nicht mit im eigenen Haushalt leben. Gesellschaftspolitisch betrachtet votiert zwar die Mehrheit für Familienpflege, jedoch vorrangig dann, wenn die Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Erfordernis praktischer Hilfe gering ist. Kinder deren Eltern in hohem Maß pflegerischer Verrichtungen

bedürfen, nehmen eher professionelle Hilfe in Anspruch und verstärken im Gegenzug die koordinierende und emotionale Unterstützung (vgl. Schütze/Wagner 1995).

Bei der Betrachtung des demographischen und sozialstrukturellen Umbruchs darf der Anteil ausländischer Mitbürger nicht vergessen werden. In den Jahren 1955 bis etwa 1973 kamen die ersten so genannten „Gastarbeiter“ aus den Anwerbeländern nach Deutschland. Mittlerweile gehören ca. 360.000 zu den „Jungen Alten“, da sie das 60. Lebensjahr vollendet haben. Schätzungen zufolge werden im Jahre 2010 rd. 1,31 Millionen Migranten über 60 Jahren in Deutschland leben. 2020 werden es bereits über 2 Millionen sein (vgl. Eggen/ Suffner 1996).

Neben Eggen/Suffner (1996) beschäftigten sich auch Schulte et al. (1990), sowie Olbermann/Dietzel-Papakyriakou (1996) u.a. eingehender mit der Lebenssituation älterer Ausländer. Sie eruierten einige ausschlaggebende Aspekte, die ältere Migranten zum Verbleib in Deutschland bewegen. Hierzu gehören u.a. Vermeidung der Trennung von den in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Kindern, die Vorteile des professionellen Gesundheitssystems, die eingetretene Entfremdung zum eigenen Land, monetäre Beweggründe, Eingewöhnungsprozesse in Deutschland, politische Ereignisse im Herkunftsland sowie Vermeidung von finanziellen Leistungsverlusten.

Eine Betrachtung der Lebenslage älterer Ausländer auf der Basis der These des Strukturwandels des Alters (vgl. u.a. Naegele 1991a, Naegele/Tews 1993b) führt zum Ergebnis, dass eklatante Unterschiede im Hilfe- und Dienstleistungsbedarf im Vergleich zu deutschen Älteren bestehen.

Strukturveränderungen wie z.B. früheres Ausscheiden aus dem Berufsleben, Verweiblichung des Alters, Zunahme von Ein-Personen-Haushalten, Anstieg des Anteils Hochaltriger, die als messbare Indikatoren einen Wandel im Versorgungssystem der Altenhilfe bewirken, erfahren bei ausländische Mitbürgern eine andere Bewertung. Das Risiko des frühen Verlustes der Arbeitsstelle liegt bei ausländischen Arbeitnehmern sehr viel höher als bei deutschen Berufstätigen. Ebenso verhält es sich bei der Singularisierungstendenz. Ein typisches Merkmal der deutschen Bevölkerung, die Verweiblichung des Alters, trifft hingegen auf die ältere Migrantenpopulation nicht zu. Die derzeit in Deutschland lebenden Ausländer sind im Durchschnitt sehr viel jünger als die Deutschen. Das Phänomen des Anstiegs der Hochaltrigkeit trifft demnach derzeit nur auf deutsche Ältere zu (vgl. Naegele et al. 1997). Nach 15 bis 20 Jahren werden jedoch auch die heutigen jungen Senioren unter den Zugewanderten ins Alter der Hochbetagten wachsen.

Es stellt sich nun die Frage, welche Auswirkungen sich daraus für die Altenhilfestruktur ergeben? Naegele (1993) konstatiert eine zunehmende „kulturelle Differenzierung des Alters“, die soziale Dienste vor neue Aufgaben stellen wird. Künftig werden immer mehr ausländische Familien auf professionelle Dienste angewiesen sein. Die derzeitige Versorgungslandschaft scheint jedoch wenig geeignet, um den speziellen Bedürfnissen ausländischer Älterer gerecht werden zu können. Stadtteilerorientierte, den kulturellen, religiösen, sprachlichen und ethnischen Bedürfnissen der Nutzer angepasste Angebote gilt es zu initiieren. (vgl. Naegele et al. 1997).

2.1.1 Politisierung und Verrechtlichung der Lebensbereiche

Angesichts der skizzierten Zunahme der älteren Bevölkerung ist es angebracht die rechtliche Stellung dieser Personengruppe zu überdenken.

Sowohl die Gerontologie als interdisziplinär orientierte Wissenschaft als auch die Rechtswissenschaft haben sich erst spät mit dem Thema Alter befasst. „Somit kann gesagt werden, dass ein wissenschaftlich-theoretischer Diskurs zum Bereich Recht und Alter erst langsam im Entstehen begriffen ist“ (vgl. Igl 1999, S. 212). Während es z.B. ein Familien- und Jugendrecht gibt ist bis heute kein Begriff für den Rechtsbereich alter Menschen gebräuchlich.

Sozialpolitik für ältere Menschen setzt an defizitären Lebenslagen Älterer an und befasst sich heutzutage vorwiegend mit Bereichen der monetären Absicherung/Rente/Sozialhilfe, Fragen der Pflege und Gesundheit, Wohnen im Alter, Kultur und Bildung. Erst seit Mitte der 80er Jahre hat die Altenpolitik ein eigenes Profil entwickelt. Die politische Auseinandersetzung mit dem Thema ist präziser und differenzierter geworden (vgl. Naegele/Tews 1993, Gerling/Naegele 1999).

Geiser (1996, S. 28) beschreibt Alterssozialpolitik wie folgt: „Alterssozialpolitik ist jenes politische Handeln, welches im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen defizitäre Lebenslagen sozialer Schwäche, die strukturell bedingt bei alten Menschen entstehen können, kompensiert oder präventiv verhindert und soziale Ungleichheit im Alter ausgleicht. Dies kann sowohl durch subjektbezogene materielle Unterstützung, als auch durch die Bereitstellung altersspezifischer Infrastruktur sowie gruppenbezogener, immaterieller Dienstleistungen erfolgen“.

Sozialpolitik reagiert mit ihren Maßnahmen prophylaktisch oder reaktiv auf Risiken und Problemlagen der Bevölkerung. Unter der Prämisse, Disparitäten zu vermeiden, zielt diese Politik darauf ab, soziale Unterschiede in den Lebenslagen aktiv zu beseitigen, einzuschränken oder im Vorfeld auszuschalten (vgl. Dieck/Naegele 1978, Gerling/Naegele 1999).

Zur Beurteilung defizitärer Lebenslagen im Alter eignet sich das Lebenslagekonzept (vgl. Naegele 1995, Andretta 1991, Engelhardt 1991). Eine Betrachtung materieller und immaterieller Merkmale von Lebensbedingungen erlauben eine Darstellung von Lebensverhältnissen und eine Vorhersage über die Entwicklung von Lebensumständen.

Sozialpolitik für Ältere setzt bei der Beseitigung von bestehenden Defiziten an. Sinnvoll wäre eine Konzepterweiterung, um vor Eintritt des Rentenalters bereits im Vorfeld auf der Entstehungsebene strukturelle Benachteiligungen zu sondieren und anzugehen. Der Altenpolitik kommen wichtige Aufgaben zu. Hierzu gehören beispielsweise die finanzielle Sicherung des Alters, die Vermeidung von Armut im Alter, Schaffung präventiver Maßnahmen im Gesundheitsbereich, Ausbau sozialer Dienste und Angebote sowie eine Stärkung von Interessenvertretungen für alte Menschen² (vgl. Gerlin/Naegele 1999).

Die Alterssozialpolitik ist mehrdimensional und tangiert verschiedene Politikfelder.³ Der grundlegende Unterschied der Alterssozialpolitik zur Altenhilfe liegt in der Querschnittsorientierung und dem lebenslageübergreifenden Einbezug verschiedener betroffener Teilpolitiken. In der Bundesrepublik Deutschland gelingt diese Form der integrierten Alterssozialpolitik nur teilweise (vgl. Geiser 1996).

Die Zuständigkeiten liegen teils beim Bund, hauptsächlich jedoch bei den Ländern und Kommunen. Strukturell gesehen setzt diese Zuordnung eine enge Kooperation zwischen Ländern, Kommunen, Spitzenverbänden auf Träger-ebene und Einrichtungen voraus.

Die Bereiche der Altenpolitik folgen gesetzlicher Grundlagen und können wie in Schaubild 2 zusammengestellt werden.

² Beachte hierzu „Vorschlagsliste altenpolitischen Handelns“, Gering/Naegele, 1999, S. 210.

³ Vgl. detaillierte Auflistung von Geiser 1996, S. 30

Schaubild 2: Zuständigkeiten und Aufgaben der Sozialpolitik für ältere Menschen

Zuständigkeiten und Aufgaben einer Sozialpolitik für ältere Menschen		
Schwerpunkte der Altenpolitik		Zuständigkeit, Steuerungs- und Entscheidungsbefugnisse
Finanz- absicherung	a) Rente b) Sozialhilfe	<i>Gesetzgebungskompetenz: Bund*</i> zuständig: BM für Arbeit und Sozialordnung zuständig: BM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Gesundheit	a) Kranken- versicherung b) Gesundheits- versorgung – ambulant – stationär c) Pflege- versicherung	<i>Gesetzgebungskompetenz: Bund</i> zuständig: BM für Gesundheit; BM für Arbeit und Sozialordnung <i>Gesetzgebungskompetenz: Bund</i> zuständig: BM für Gesundheit <i>Gesetzgebungskompetenz: Land; begrenzt: Bund</i> zuständig: jeweilige LM für Gesundheit <i>Gesetzgebungskompetenz: Bund</i> zuständig: BM für Arbeit und Sozialordnung Richtlinienkompetenz (in ausgewählten Bereichen): Land zuständig: jeweiliges LM für Soziales und Gesundheit
Kultur und Bildung		<i>Rahmenkompetenz: Kommune</i> zuständig: Dezernent für Kultur Richtlinienkompetenz: Land zuständig: Kultusminister
Sport/Freizeit und Geselligkeit		<i>Rahmenkompetenz: Kommune</i> zuständig: Dezernent für Sport, Dezernent für Soziales
Altenhilfe	a) offene Altenhilfe b) ambulante Altenhilfe c) teilstationäre Altenhilfe d) vollstationäre Altenhilfe	<i>Rahmenkompetenz: Kommune</i> zuständig: Dezernent für Soziales <i>Rahmenkompetenz: Kommune</i> zuständig: Dezernent für Soziales <i>Rahmenkompetenz: Kommune</i> zuständig: Dezernent für Soziales <i>Rahmenkompetenz: Kommune,</i> Richtlinienkompetenz: Land, Gesetzgebungskompetenz: Bund zuständig: jeweils Dezernent bzw. Minister für Soziales, BM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
* Die kursiv gedruckten Staatsebenen zeigen bei Doppelzuständigkeit die Primärverantwortlichkeit (Holz 1996, S. 45).		

Quelle: Holz 1996, S. 45)

Im Vergleich mit weiteren öffentlichen und sozialstaatlichen Bereichen fällt auf, dass die Sozialpolitik für ältere Menschen nur in einzelnen Teilbereichen verrechtlicht ist (vgl. Geiser 1996). Evers et al. (1993, S. 13) verweisen auf die sich daraus ergebenden Folgen, wie z.B. „eine geringe organisatorische und

institutionelle Ausdifferenzierung, der Mangel an verbindlichen Standards, ein vergleichsweise niedriger Grad an Professionalisierung sowie eine traditionell beschränkte Verantwortlichkeit der öffentlichen und politisch-administrativen Instanzen“.

Seit etwa 1972 beteiligen sich weitere Gremien wie Seniorenbeiräte an der politischen Diskussion und vertreten die Interessen der älteren Bevölkerung. Ihre politische Effizienz ist jedoch strittig. Bislang engagierten sich fast ausschließlich Personen, die den Vertretern der Kommunen bekannt und politisch versiert sind. Kohli et al. (1997, S.18 f) konstatiert, dass von den Seniorenbeiräten eine „Kooperation mit denjenigen, die politisch oder administrativ mit den Belangen der älteren Generation befasst sind“ angestrebt wird. Die „Beiräte erstreben Kompetenz als Experten in eigener Sache“ und gehen nicht auf Konfrontation, um politisch relevante Anliegen umzusetzen. Die etablierte Politik ist nicht in der Lage, die Interessen der älteren Bevölkerung zu integrieren. Wie die Erfahrung zeigt, ist für den Sozialen Fortschritt für Ältere auch keine aktive Mitwirkung der Betroffenen erforderlich (vgl. Tews 1997).

Die aktive Beteiligung der Betroffenen an politischen Gremien muss hinsichtlich der minimalen Repräsentanz als unzureichend beurteilt werden. Das Interesse der Älteren selbst als auch der Wunsch der Parteien, Senioren politisch zu beteiligen, ist sehr gering. Fraglich ist auch, ob einheitliche Interessen von Älteren existieren. Die Gerontologie weist unermüdlich darauf hin, dass es kein einheitliches Altern gibt. Folgerichtig gäbe es daher auch kaum typische Altersthemen, die politisch organisierbar wären. Fakt ist, „dass die weitaus meisten älteren Menschen gar nicht als besondere Gruppe („die Alten“) behandelt werden wollen und sich auch gar nicht in dieser Weise selbst identifizieren, sondern sich selbst als integraler (wohl aber älteren) Teil der Gesamtgesellschaft begreifen“ (vgl. Naegele 1999, S. 240).

Zur Sicherung der Pflegebedürftigkeit wurde 1994 mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes ein neuer Sozialversicherungszweig geschaffen. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung sind weitgehend identisch. Die Pflegeversicherung deckt ausschließlich nicht-medizinische Pflege ab. Die Behandlungspflege wird über die Krankenversicherungen gewährleistet. Dadurch besteht eine Verknüpfung beider Regelwerke. Dieser Aspekt wurde zunächst kontrovers diskutiert. Der Pflegeversicherung wird in dieser Arbeit ein eigenes Kapitel gewidmet⁴.

⁴ Vgl. Kapitel 2.1.2

Altenpflegerinnen, die im stationären Bereich tätig sind, werden berufsmäßig mit rechtlichen Regelungen konfrontiert. Die Pflege alter Menschen ist eng mit gesetzlichen Bestimmungen verknüpft, die den Arbeitsalltag der Pflegerinnen tangieren und deren Umsetzung zu Belastungen führen können. Im Gegenzug wird die Lebenslage älterer Menschen geprägt und ihre Rechtsposition gestärkt.

Beim Heimeinzug tritt eine Verknüpfung unterschiedlicher Rechtsbeziehungen in Kraft. Der ältere Mensch ist sich meist nicht in vollem Umfang über die einzelnen Details im Klaren. Die Stellung der Pflegesatzkommission oder der Sozialhilfeträger ist für die Bewohnerin nicht von vorrangiger Bedeutung. Rolf Gennrich (1995) verdeutlicht die rechtlichen Beziehungen auf nachfolgendem Schaubild.

Schaubild 3: Rechtsbeziehungen der Heimunterbringung

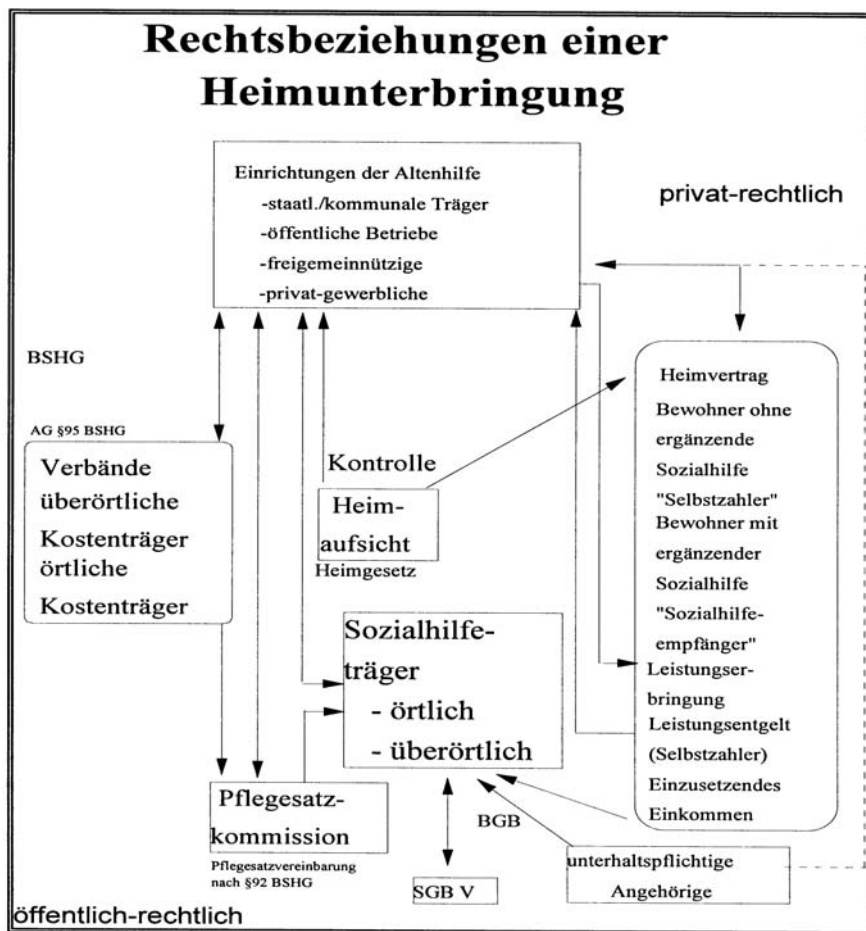


Abbildung 1, Rechtsbeziehungen einer Heimunterbringung

Quelle: Gennrich 1995, S. 17

Die Bundesregierung erfüllte ihre Koalitionsvereinbarung vom 20.10.98, der zufolge die Bedingungen der Pflege für Ältere zu verbessern waren. Im Sinne einer Zukunftssicherung der Altenpflege gelang es, diesbezüglich nachfolgend skizzierte Gesetze zu novellieren und umzusetzen (vgl. Deutscher Bundestag 2001).

Altenpflegegesetz⁵

Das Gesetz zielt darauf ab, künftig den noch steigenden Bedarf an qualifizierten Altenpflegekräften zu sichern. Durch eine einheitlich geregelte Ausbildung und einem klaren Profil soll die Attraktivität dieses Berufs gesteigert werden.

Heimgesetz⁶

Zur Qualitätssicherung und -erweiterung, sowie zur Gewährleistung der Rechte von Bewohnerinnen wurde am 01. November 2000 das dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes verabschiedet. Negative Berichte über Missstände in Heimen haben dazu geführt, dass mit diesem Gesetz insbesondere die Eingriffsmöglichkeiten der Heimaufsicht gestärkt wurden. Auch die Kompetenz der Heimbeiräte hat eine Aufwertung erfahren (vgl. BMfFSFJ 2002, S. 32). Es wurde ausdrücklich vorgesehen, dass die Beiräte vom jeweiligen Träger der Einrichtung zu Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie zu Pflegesatzverhandlungen hinzu gezogen werden müssen. Die Bundesregierung war daran interessiert, eine zukunftsorientierte, rechtliche Grundlage für ein menschenwürdiges Leben im Heim zu schaffen. Das Alten- und Pflegeheim wird als Ort des Wohnens gesehen, an dem auch behinderte und/oder auf Hilfe angewiesene Ältere ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Ein weiterer zentraler Punkt der Novellierung ist die Verbesserung der Rechtsstellung der Bewohnerinnen. Neben einer verbesserten Transparenz müssen nun die Kosten nach Leistungen aufgegliedert und separat ausgewiesen werden (vgl. Deutscher Bundestag 2001).

Pflege-Qualitätssicherungsgesetz⁷

Im Zuge der Änderung des Heimgesetzes wurde ebenfalls am 01.11.2000 vom Bundeskabinett ein Pflege-Qualitätssicherungsgesetz beschlossen. Hauptziel ist neben der Qualitätssicherung der Verbraucherschutz. Durch die Festlegung konkreter Aufgaben soll pflegebedürftigen Personen geholfen und ihre Rechte auf Selbstbestimmung gestärkt werden.

⁵ vgl. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers, Bundesgesetzblatt Jg. 2002 Teil I Nr. 81, Bonn 29.11.2002

⁶ vgl. Neufassung des Heimgesetzes, Bundesgesetzblatt Jg. 2001 Teil I Nr. 57, Bonn 09.11.2001

⁷ vgl. Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege, Bundesgesetzblatt Jg. 2001 Teil I Nr. 47, Bonn 12.09.2001

Durch die Einführung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen verbessert sich die qualitative Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur. Die Transparenz für Nutzer und Kostenträger erhöht sich und die Einrichtungen verfügen dadurch über ein Instrument, das ihnen erlaubt, leistungsgerechte Vergütungen zu vereinbaren (vgl. Deutscher Bundestag 2001). Weitere Eckpunkte stellen Personalrichtwertvereinbarungen sowie eine geplante Verordnung über Beratungs- und Prüfvorschriften dar.

Die vorgestellten Gesetze zielen auf eine Verbesserung der Mitarbeiterkapazität, sowie auf den Schutz der Heimbewohner ab. Das Heimgesetz sowie das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz beinhalten aber auch Mehrbelastungen für das Pflegepersonal, die mit gleich bleibendem Zeitbudget bewältigt werden müssen.

Insgesamt betrachtet hat sich die rechtliche Situation verschärft. Bei der Behandlung und Pflege alter Menschen werden juristische Belange immer bedeutender. Aspekte aus dem Straf- und Zivilrecht tangieren den Pflegealltag. „Die Verletzung verfassungsrechtlich verankerter (d.h. absoluter) Rechtsgüter wie Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit und Eigentum stehen unter Strafe“ (vgl. Böhme/Haß 1997, S. 35). Neben pflegerischer Kompetenz wird von den Pflegekräften im Alltag ein hohes Maß an Rechtskenntnissen erwartet. Beispiele aus der Praxis lassen sich ausreichend anführen.

In Pflegeheimen sehen sich die Altenpflegerinnen täglich mit Leiden, Sterben und Tod konfrontiert. Themen der aktiven und passiven Sterbehilfe liegen daher nicht fern. So genannte „Mitleidstötungen“ kommen in der Praxis nur selten vor bzw. werden nicht aufgedeckt, erfüllen aber mindestens den Tatbestand eines Totschlags. Auf ärztliche Anordnung werden jedoch Altenpflegerinnen vielfach mit diesem Thema konfrontiert. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen „aktiver, indirekter Sterbehilfe“, unter der Maßnahmen ohne Lebensverkürzung wie Pflege, Therapie und Zuspruch in Betracht kommen und der „aktiven, direkten Sterbehilfe“, bei der es sich um eine medikamentöse Schmerztherapie handelt, bei der als mögliche Nebenwirkung der Tod in Kauf genommen wird (vgl. Kaatsch/Schewe 1996). Im Bereich der passiven Sterbehilfe - Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen - gewinnen christliche Patientenverfügungen an Bedeutung. Ältere Menschen haben dadurch Gelegenheit, selbst zu bestimmen, ob lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Leider zeigt die Praxis, dass der eigene Wille von der Ärzteschaft nur mäßig Beachtung findet. Mit Hinweis auf den Hypokratischen Eid ignorieren Ärzte vielfach die schriftlichen Verfügungen.

Das Hochziehen von Bettgittern, das Fixieren der Bewohnerinnen und ähnliche Maßnahmen, die in der Pflege üblich sind, stellen ohne schriftlicher Geneh-

mung der betroffenen Person oder des Vormundschaftsgerichtes eine Freiheitsberaubung nach § 239 StGB dar (vgl. Kaatsch/Schewe 1996).

Wichtig erscheint ebenso im zivilrechtlichen Bereich der Aspekt der ärztlichen Behandlung. Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine angeordnete medizinisch-pflegerische Therapie im Dokumentationssystem zu bestätigen. Fehlen diese Eintragungen mit Handzeichen und ereignet sich ein Problem bei der Abgabe von Medikamenten, haftet das Pflegepersonal. Besondere Sorgfalt kommt der Dokumentation von Dekubitusprophylaxen zu. Die Rechtsprechung hat für die Versorgung dieser Indikation bei alten, bettlägerigen Personen strenge Standards festgelegt. Wird die Gefahrenlage nicht ausreichend dokumentiert, können sich haftungsrechtliche Ansprüche gegen die Pflegekraft ergeben (vgl. Kaatsch/Schewe 1996).

2.1.2 Einführung der Pflegeversicherung

Der Einführung der Pflegeversicherung wurde ein eigenes Kapitel gewidmet, da sich aus der Umsetzung dieses Gesetzes eklatante Belastungen für das Institution Heim als auch für ihre Mitarbeiterinnen ergeben.

Die Diskussion über eine Absicherung des Risikos pflegebedürftig zu werden, reicht in der Bundesrepublik weit zurück bis etwa 1985. Erst in den Jahren 1991 bis 1994 erfolgten Gesetzesvorlagen, Entwürfe und inhaltliche Diskussionen, die letztendlich dazu führten, dass am 01.04.1995 die erste Stufe der Pflegeversicherung in Kraft treten konnte (vgl. Naegele 1993, Grieger 1996). Ab diesem Zeitpunkt erhielten Personen, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen als pflegebedürftig eingestuft waren, Geld- oder Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dies bezog sich zunächst nur auf Menschen, die in privaten Haushalt lebten.

Am 01.06.96 wurde die zweite Stufe der Pflegeversicherung umgesetzt. Nun erhielten auch Pflegebedürftige in Heimen einen Zuschuss aus der Pflegeversicherung (vgl. Nakielski 1995).

Die anfänglich geführte Grundsatzdiskussion zur Finanzierungsproblematik lenkte den Blick ab von weiteren wichtigen Aspekten wie der Qualitätsverbesserung und der Stützung pflegender Angehöriger, welche die „zweite Zielgruppe“ darstellen sollten (vgl. Naegele/Igl 1993). Als Schwierigkeit für die Altenpflegerinnen stellt sich in der Praxis die Trennung zwischen Medizin und Pflege. „Angesichts der engen Verflechtung von körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten von Pflegebedürftigkeit wäre jedoch eine systematische,

möglichst auch institutionell und finanziell abgesicherte Abstimmung und Verzahnung der Versorgungsbereiche Gesundheitssystem und Pflege angebracht“ (Naegele/Igl 1993, S. 238).

Besonders problematisch zeigte sich in der Planungsphase die Diskussion hinsichtlich der Leistungen, der Finanzierung sowie der Zuordnung der Begünstigten dieser Zwangsversicherung. Überlegungen, die Finanzierung über ein Leistungsgesetz zu regeln, wurden verworfen, da bei dieser Variante die steuerliche Belastung zu hoch gewesen wäre. Die eingehenden Erwägungen zur Frage der freiwilligen oder zwangsmäßigen Mitgliedschaft führten zum Ergebnis, dass sich die private Versicherung als unpraktikabel erwiesen hat (vgl. Pfaff 1994a, Schmähl 1992).

Die vorgelegten Gesetzesentwürfe von CDU/CSU - FDP und SPD stimmten in zahlreichen Bereichen überein. Ein wesentlicher Unterschied ergab sich jedoch in der Frage des erfassten Versichertenkreises. Letztlich setzte sich der Vorschlag der SPD durch, der vorsah, dass fast die gesamte Bevölkerung, nämlich alle in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung Versicherten pflichtversichert werden (vgl. Pfaff 1994a).

Die Finanzierungslast verteilt sich bei ArbeitnehmerInnen je zur Hälfte auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber.

Der § 1 (2) des Pflegeversicherungsgesetzes sagt aus:“ In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen“ (vgl. KKF-Verlag 1995, S. 10).

In der sozialen Pflegeversicherung waren Ende 2000 rund 70.890.000 Personen und in der Privaten Pflegeversicherung 8.360.000 Menschen versichert. Ende 2001 erhielten insgesamt 1.839.602 Mitglieder Leistungen. Davon waren 1.252.451 (68,1 %) Frauen und 587.151 (31,9 %) Männer. Im Jahre 2001 ergaben sich demzufolge Ausgaben in Höhe von 16,87 Mrd. Euro (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003, S. 74 f).

Tabelle 1: Prävalenzraten nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht 1999

Prävalenzraten nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht 1999 ¹⁾
in %

Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren	Pflegestufe I			Pflegestufe II			Pflegestufe III			Ingesamt		
	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt
Ambulant und teilstationär												
0–60 Jahre	0,20	0,18	0,19	0,18	0,16	0,17	0,08	0,07	0,08	0,46	0,41	0,44
60–70 Jahre	0,86	0,81	0,83	0,69	0,54	0,61	0,20	0,14	0,17	1,75	1,49	1,61
70–75 Jahre	1,85	2,07	1,98	1,56	1,19	1,34	0,44	0,28	0,35	3,85	3,55	3,67
75–80 Jahre	3,43	4,26	3,99	2,76	2,17	2,37	0,76	0,52	0,60	6,95	6,96	6,95
80–85 Jahre	6,21	8,50	7,83	4,80	4,31	4,45	1,23	1,00	1,07	12,24	13,81	13,35
85–90 Jahre	10,16	13,30	12,52	7,69	8,12	8,01	1,83	1,98	1,94	19,68	23,40	22,47
90 Jahre u. ä.	12,98	15,24	14,74	11,64	14,39	13,78	2,88	4,31	3,99	27,50	33,94	32,51
Insgesamt	0,58	1,12	0,85	0,48	0,73	0,61	0,15	0,21	0,18	1,21	2,06	1,65
Vollstationär												
0–60 Jahre	0,09	0,07	0,08	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,12	0,10	0,11
60–70 Jahre	0,23	0,17	0,20	0,15	0,14	0,15	0,08	0,09	0,09	0,47	0,40	0,43
70–75 Jahre	0,31	0,39	0,35	0,34	0,48	0,42	0,17	0,27	0,23	0,82	1,14	1,01
75–80 Jahre	0,52	0,99	0,84	0,71	1,36	1,15	0,37	0,70	0,60	1,60	3,06	2,58
80–85 Jahre	1,07	2,40	2,02	1,56	3,35	2,83	0,73	1,64	1,37	3,36	7,39	6,22
85–90 Jahre	2,44	4,84	4,24	3,35	7,10	6,17	1,38	3,31	2,83	7,17	15,26	13,25
90 Jahre u. ä.	4,14	7,29	6,59	6,06	13,99	12,23	2,29	7,41	6,28	12,48	28,70	25,10
Insgesamt	0,16	0,35	0,26	0,12	0,46	0,29	0,06	0,24	0,15	0,34	1,05	0,70
Insgesamt												
0–60 Jahre	0,29	0,25	0,27	0,20	0,18	0,19	0,10	0,09	0,09	0,59	0,51	0,55
60–70 Jahre	1,09	0,98	1,03	0,84	0,68	0,76	0,28	0,23	0,26	2,21	1,89	2,05
70–75 Jahre	2,16	2,46	2,33	1,89	1,68	1,77	0,62	0,55	0,58	4,67	4,69	4,68
75–80 Jahre	3,95	5,26	4,83	3,47	3,53	3,51	1,13	1,22	1,19	8,56	10,02	9,54
80–85 Jahre	7,28	10,90	9,85	6,35	7,66	7,28	1,97	2,64	2,44	15,60	21,20	19,57
85–90 Jahre	12,60	18,14	16,76	11,04	15,22	14,18	3,21	5,29	4,77	26,85	38,66	35,72
90 Jahre u. ä.	17,12	22,54	21,34	17,70	28,38	26,01	5,16	11,72	10,26	39,98	62,64	57,61
Insgesamt	0,73	1,47	1,11	0,60	1,19	0,90	0,22	0,45	0,34	1,55	3,11	2,35

¹⁾ Anteil der Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung an der Bevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen.
Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Berechnungen des DIW.

Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2001, S. 68

„Derzeit erhalten rd. 1,92 Mio. Pflegebedürftige (ambulant rd. 1,35 Mio. und stationär rd. 0,57 Mio.) jeden Monat Geld- und Sachleistungen aus der Pflegeversicherung“ (vgl. Deutscher Bundestag, S. 24).

In Anbetracht der demographischen Zahlen müssen die Pflegekassen erst ab 2005 mit einem stärkeren Anstieg leistungsberechtigter Pflegebedürftiger sowie Schwerstpflegebedürftiger rechnen (vgl. Pfaff 1994b). Zeitungsberichten zufolge weist die Pflegeversicherung jedoch mit Stand März 2003 bereits ein Defizit in Höhe von 384 Millionen Euro aus. Prognostiziert wird für die nächsten fünf Jahre eine weitere Zunahme der Verluste. Der Anstieg der Anzahl älter Menschen in der Gesamtbevölkerung ist dabei noch nicht berücksichtigt. Im Zuge

des Zuwachses der Altenpopulation in den Jahren 2005 bis 2025 würden nach Pfaff (1994b, Rothgang 2001) Finanzierungsprobleme auftreten. Tatsächlich ist diese Situation schon 2003 eingetreten.

Ein wichtiger Punkt der Diskussion war die Frage nach der Zahl der pflegebedürftigen Personen sowie der Zuordnung zu Kategorien des Pflegebedarfs. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gab zur Gewinnung von aktuellen Daten zu Beginn der 90er Jahre eine Studie in Auftrag. Schneekloth et al. (1996) führte die Untersuchung unter dem Titel „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ durch. Die Studie bezog sich zunächst nur auf private Haushalte und wurde später auf den Bereich der Einrichtungen ausgeweitet. Mit den erhobenen Daten standen erstmals umfassende gesicherte Erkenntnisse über den Umfang des Pflegebedarfs in privaten Haushalten der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung.

Diese Infrateststudie basiert auf einer Bedarfsschätzung von ca. 1,2 Millionen erheblich Pflegebedürftigen in Privathaushalten und etwa 450.000 Pflegebedürftigen, die in Heimen versorgt werden. Das Ausmaß des Pflegebedarfs gliederten die Verfasser zunächst in drei Bereiche: „Personen mit ständigem Pflegebedarf, Personen mit täglichem Pflegebedarf und Personen mit mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf“. Diese Einteilung wurde jedoch gemäß der zwischenzeitlich im Pflegeversicherungsgesetz 1994 getroffenen Definition des Pflegebedarfs nochmals verändert und mündete bei der Überarbeitung des Gutachtens in die Segmente der drei Pflegestufen, die heute Gültigkeit haben (vgl. Schneekloth et al. 1996, S. 5 f).

Verschiedenen Aspekten zufolge (vgl. Pfaff 1994a und 1994b) muss davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Pflegebedürftigen weitaus höher liegen wird, als das geschätzte Volumen der Infrateststudie.

Schaubild 4 bietet eine detaillierte Übersicht über die Definition, Abgrenzung und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI (Angaben noch in DM).

Schaubild 4: Pflegebedürftigkeit: Definition, Abgrenzung und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI (Angaben noch in DM).

Definition der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 1–3)	Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Zu den Krankheiten oder Behinderungen zählen: Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.		
	Pflegestufe 1 Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe 2 Schwerpflegebedürftige	Pflegestufe 3 Schwerstpflegebedürftige
Stufen der Pflegebedürftigkeit (§ 15 Abs. 1)	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen
Täglicher durchschnittlicher Mindestzeitaufwand im ambulanten Bereich (§ 15 Abs. 3)	90 Minuten davon mehr als 45 Minuten für die Grundpflege	drei Stunden davon mindestens zwei Stunden für die Grundpflege	fünf Stunden davon mindestens vier Stunden für die Grundpflege
Monatliches Pflegegeld bei häuslicher Pflege (§ 37 Abs. 1, 3 ¹⁾)	DM 400,–	DM 800,–	DM 1 300,–
Pflegesachleistungen (§ 36 Abs. 3, 4 ²⁾)	Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von:		
	DM 750,–	DM 1 800,–	DM 2 800,–
Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung) (§ 38)	Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vorhundertatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- oder Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.		
Teilstationäre Pflege (§ 41 Abs. 1–3)	Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, im Wert bis zu monatlich:		
	DM 750,–	DM 1 800,–	DM 2 800,–
Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 1 und 2)	Kann die häusliche Pflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen zeitweise nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, besteht Anspruch auf Kurzzeitpflege für vier Wochen und einen Gesamtbetrag von DM 2 800,– pro Kalenderjahr.		
Vollstationäre Pflege (§ 43 Abs. 1–4)	Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Zurzeit werden Aufwendungen pauschal ersetzt, und zwar in Höhe von monatlich:		
	DM 2 000,–	DM 2 500,–	DM 2 800,– DM 3 300,– für Härtefälle ³⁾
	Insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 % des Gesamtbetrages aus Pflegeersatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.		
¹⁾ Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Abs. 1 beziehen, sind verpflichtet, in den Pflegestufen I und II mindestens einmal halbjährlich und in der Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen. Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen Versicherungsunternehmen, zu tragen und beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu DM 30,– und in der Pflegestufe III bis zu DM 50,–. — ²⁾ Bei Härtefällen bis zu DM 3 750,–, jedoch nicht mehr als für 3 % der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bei der jeweiligen Pflegekasse. — ³⁾ Bei außergewöhnlich hohem und intensivem Pflegeaufwand, jedoch nicht mehr als für 5 % aller versicherten Pflegebedürftigen der jeweiligen Pflegekasse.			

Quelle: DWI 2001, S. 69

Die Zuordnung zu den Stufen erfolgt aufgrund einer Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Bleibt zu bedenken, ob durch das delegierte Begutachtungsverfahren die Möglichkeit einer Manipulation durch Schaffung eines Ausgleichs zwischen Einnahmen und Ausgaben besteht (vgl. Pfaff 1994b). Der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist durch seinen Entscheidungsspielraum befähigt, das Nachfrageverhalten in Richtung ambulante Versorgung zu lenken (vgl. Fachinger/Rothgang 1995). Der Pflegebedarf für Stufe I wurde, mit der Maßgabe mindestens 45 Minuten Grundpflege, sehr hoch angesetzt. Dadurch fallen etwa 450.000 bis 500.000 auf Pflege angewiesene Personen aus dem Versicherungsschutz der Pflegeversicherung heraus (vgl. Klie 1994b). Pflegebedürftige, die weniger Hilfe benötigen, sowie die Gruppe der dementiell Erkrankten fällt ebenso durch das Raster.

Eine Untersuchung von Laaser et al. (1997) bestätigt diese Aussage. Diese Studie kam zu dem Ergebnis, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen mit Beginn der Pflegeversicherung den Bewohnerinnen einen durchschnittlich niedrigeren Grad der Pflegebedürftigkeit zuerkannt hat. Nach der Begutachtung ist der Anteil der nicht pflegebedürftigen Personen (Stufe 0) stark angestiegen, wogegen sich der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen extrem verringert hat.

Daneben stellt sich die Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“ dar. Die bisher bekannte Form des Gesundheitswesens, die allen Menschen ein Recht auf kostenfreie Leistungen garantiert, wird hier durchbrochen und weckte bei der Einführung falsche Hoffnungen bei der betroffenen Personengruppe (vgl. Pfaff 1994a, KKF-Verlag 1996).

Außerdem baut die Pflegeversicherung auf das familiäre Umfeld auf und setzt auf die pflegenden Angehörigen. Ohne deren Einsatz wäre die Pflege nicht zu gewährleisten (vgl. Klie 1994a). Erstmals erhielten private Pflegenden einen Anspruch auf sozialen Schutz und die Möglichkeit, Qualifizierungsmaßnahmen wahrzunehmen. Diese Teile wurden in den §§ 44 und 45 des Pflegeversicherungsgesetzes geregelt (vgl. Igl 1995, KKF-Verlag 1995).

Hinsichtlich der häuslichen Pflege ist aber zu berücksichtigen, dass die Erhöhung der Erwerbsquote von Frauen die Pflegebereitschaft senken. Durch die Unvereinbarkeit der Pflege mit der Berufstätigkeit steigen die Kosten für die Gesamtbevölkerung in dem Maße, in dem Familienpflege durch den Verzicht auf eine Berufstätigkeit durchgeführt wird (vgl. Rothgang 1997).

Die Allgemeinen Grundsätze des Pflegeversicherungsgesetzes legen die Zielsetzung fest. Im Kern geht es um eine größtmögliche Selbstbestimmung der betroffenen Personen, dem Vorrang der häuslichen Pflege sowie der Prävention und Rehabilitation, der Eigenverantwortung im Hinblick auf die Vermeidung eines Pflegebedarfs, Information und Beratung, die Zuweisung einer gemein-

samen Verantwortung für die Sicherstellung der Pflege für die gesamte Bevölkerung sowie um den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (vgl. auch Braun 1995).

Das Gesetz räumt der häuslichen Versorgung einen Vorrang ein. Ziel ist es, einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten.

In § 3 des Pflegeversicherungsgesetzes heißt es: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor“ (vgl. KKF-Verlag 1995, S. 10).

Damit sind deutliche Prioritäten gesetzt, die Altenpflegerinnen in Heimen ihre Wertigkeit im Versorgungssystem aufzeigen. Diese Rangfolge wird nochmals im monetären Bereich deutlich. Pflegekräfte einer Sozialstation werden besser vergütet als Kolleginnen im stationären Bereich.

Fraglich blieb zu Beginn der Wirksamkeit des Gesetzes auch, ob die bestehenden Einrichtungen eine finanzielle Absicherung erfahren oder ob sie bezüglich des § 3 PVG eine Schwächung hinnehmen müssen (vgl. u.a. Pfaff 1994a).

Ein gesteigerter Wettbewerb zwischen den Anbietern war von der Pflegeversicherung gewollt und hat sich auch in der Realität so entwickelt. Eine große Zahl privater Anbieter ergänzte das bestehende Feld der Dienste, deren Träger bislang weitgehend die öffentliche Wohlfahrtspflege ausmachte. Diese Konkurrenzsituation löste aber auch bestehende Kooperationen und Vernetzungsstrukturen zwischen Diensten der unterschiedlichsten Colour auf und veranlaßte Anbieter, zusätzliche Leistungen hinzu zu nehmen (vgl. Knörr et al. 1996).

Auswirkungen für den Heimbereich

Die Hoffnung, dass nach Einführung der Pflegeversicherung die Kosten in Heimen durch Leistungen der Pflegeversicherung und Eigenleistungen gedeckt werden können und dadurch ein Rückgang der Sozialhilfeempfänger erzielt werden kann, hat sich nur teilweise erfüllt. Der monatliche Zuschuss für Pflegeleistungen reicht je nach Pflegesatzhöhe nicht einmal für die Pflegekosten. Die Heimbewohnerin muss die Anteile für Hotelleistungen und Investitionen selbst tragen und fällt diesbezüglich wieder in die Abhängigkeit der Sozialhilfe zurück (vgl. Schlüter 1996, Roth/Rothgang 2001). Laut einer amtlichen Statistik erhalten immer noch 35 % der Heimbewohnerinnen Sozialhilfeleistungen. Die Quote liegt in Westdeutschland bei 44 % in Ostdeutschland bei 29 %. Damit sind letzt-

lich fast noch immer die Hälfte der Heimbewohnerinnen auf Sozialhilfe angewiesen (vgl. Schneekloth/Müller 2000). Die in Rechnung gestellten Pflegeaufwendungen übersteigen bei etwa drei Viertel der Sozialhilfebezieherinnen den Anteil, der von der Pflegekasse übernommen wird. Die Gesamtausgaben für Hilfe zur Pflege haben sich jedoch enorm vermindert. (vgl. Roth/Rothgang, 2001).

Die freie Wohlfahrtspflege als Träger des Hauptanteils der stationären Einrichtungen hat ihre Eigenständigkeit faktisch verloren. Abhängigkeiten, die sich aus den Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes ergeben haben, degradieren die Heime zu Befehlsempfängern. Das Überleben eines Hauses ist abhängig von einer adäquaten Belegung. Die nach Pflegestufen berechneten Tagessätze können nur zu den kalkulierten Einnahmen führen, wenn Anfrager der „passenden“ Pflegestufen vorhanden sind bzw. Höherstufungen derzeitiger Bewohnerinnen erfolgen. Die Einstufung wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgenommen und ist, wie die Praxis zeigt, von einem „positiven Wohlwollen“ abhängig. Vorgeschriebene Qualitätsmaßstäbe und Qualitätssicherungsmaßnahmen behindern die eigenständige Ausgestaltung des Pflegealltags, setzen Mitarbeiterinnen unter Vollzugszwang und beschneiden Kompetenzen. Das Druckmittel der möglichen Kündigung des Versorgungsvertrages hängt als Damoklesschwert über den Einrichtungen. Im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen greifen die dazu erforderlichen Instrumente wie Verträge mit Leistungsanbietern und dem damit verbundenen Kündigungsrecht sowie Qualitätskontrollen etc. in die Hoheitsrechte der Anbieter ein (vgl. Gitschmann 1994, Geiser 1995).

Im § 79 SGB XI werden im Rahmen der Qualitätssicherung Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgesehen. Hier wird das Bestreben des Gesetzgebers deutlich, der Einrichtungen und Träger zu einer größtmöglichen Effizienz anhalten möchte (vgl. Igl 1995, Neubauer et al. 1997).

Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in § 80 SGB XI geregelt. „Die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für das Qualitätsprüfungsverfahren werden auf Bundesebene vereinbart“ (vgl. Igl 1995, S. 32). Somit erhielten sie Gültigkeit für alle Beteiligten. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen stellen auch den Verbraucherschutz sicher.

Das Pflegeversicherungsgesetz räumt vom Anspruch her der Rehabilitation einen Vorrang vor der Pflege ein. Durch diese Prioritätensetzung soll ein Pflegebedarf vermieden oder reduziert werden. Die §§ 5 und 31 PflegeVG (vgl. KKF-Verlag 1996) beziehen sich in ihren Ausführungen lediglich auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Die Bandbreite gerontopsychiatrischer Pflegemaßnahmen wird dabei nicht erfasst. Rehabilitative Pflegeverfahren werden,

wenn überhaupt, den „ergänzenden Leistungen“ zugeordnet, deren Finanzierung ungesichert bleibt. Monetär gesehen wäre es für die Pflegeheime lukrativer keine Rehabilitation durchzuführen, da die Versorgung pflegebedürftigerer Bewohnerinnen gewinnbringender erscheint. Verwirrte Personen, deren Anteil demographisch gesehen noch weiter im Steigen begriffen ist, werden faktisch gesehen benachteiligt.

Im Rahmen der Pflegeversicherung (§§ 14, 43 SGB XI) gilt die ganzheitliche aktivierende Pflege als Grundlage des pflegerischen Handelns. Seit ihrer Einführung wird Pflegebedürftigkeit generell als veränderbarer und beeinflussbarer Prozess gesehen (vgl. Dangel/Korporal 2003). In der Praxis besteht jedoch keine Vorstellung darüber, mit welchen Inhalten die aktivierende Pflege umgesetzt werden soll. Auch das Pflegeversicherungsgesetz gibt darüber keine Auskunft. Ferner bleibt zu bedenken, dass die im PflegeVG festgelegte Zeitbegrenzung durch Budgetierung kaum Raum zur Umsetzung des Anspruches bietet. In der Praxis hat sich hinsichtlich der Begutachtungsrichtlinien und Kostensätze ein Wechsel von aktivierender Pflege hin zu akut-medizinisch ausgerichteten Pflegeleistungen vollzogen. „Diese Entwicklung steht im krassen Gegensatz zu dem in § 2 SGB XI verankerten Grundsatz der Selbstbestimmung sowie der Verpflichtung aus § 43 Abs. 2 SGB XI, während vollstationärer Pflege alle erforderlichen Pflegeleistungen zu bezuschussen“ (vgl. Fuchs 1997, S. 331).

Auswirkungen für das Pflegepersonal

Eine Vielzahl von Publikationen weist darauf hin, dass die Tätigkeit der Pflegekraft mit hohen Belastungen verbunden ist. Zum einen werden die Mitarbeiterinnen extremen körperlichen Anstrengungen durch Heben und Drehen schwerpflegebedürftiger Älterer, Zurücklegen langer Strecken, u.v.m. ausgesetzt (vgl. z.B. Schreiber 1991). Zusätzlich erleiden sie psychische Belastungen durch den Umgang mit Sterben, Leiden und Tod, sowie der Versorgung dementiell und/oder psychisch kranker Bewohnerinnen (vgl. z.B. Schmitz-Scherzer et al. 1994).

Es war davon aus zu gehen, dass mit der Zunahme des Pflege- und Betreuungsaufwandes verbunden mit gleichzeitigem Rückgang des Personalstandes insbesondere nach Einführung der Pflegeversicherung die Belastungen für Heimmitarbeiterinnen nochmals ansteigen werden.

So haben Weyerer/Zimber (1998a, S. 63) diese Entwicklung bereits im Vorfeld erkannt und führten unter dem Titel „Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen des Altenpflegepersonals (ABBA)“ eine Verlaufsstudie durch. Ziel der

Untersuchung war es Daten zur Veränderung der Arbeitssituation bedingt durch die Pflegeversicherung zu gewinnen.

Die erste Erhebung fand Mai/Juni 1996 kurz vor Einführung der Pflegeversicherung im stationären Bereich statt und erfasste Altenpflegerinnen aus 15 Alten- und Pflegeheimen im Mannheimer Raum. Die Ergebnisse bestätigten die Annahme, dass Pflegemitarbeiterinnen als Risikogruppe für physische und psychische Beeinträchtigungen zu bezeichnen sind. Neben körperlichen Beschwerden, Depressionen und Befindlichkeitsstörungen traten bei ca. 30 % der Befragten Beeinträchtigungen auf, die dem Burnout-Syndrom entsprachen⁸ (vgl. Zimmer 1997b, Zimmer/Weyerer 1998).

Nach Einführung der Pflegeversicherung war davon auszugehen, dass sich die Situation nochmals verschärfen würde. Zimmer (1997a) konstatiert dies unter Berücksichtigung einiger Eckdaten. Die Pflegeversicherung stellt ausschließlich Pauschalen zur Verfügung, mit denen der komplette Versorgungsbedarf abgedeckt werden soll. Dementiell Erkrankte werden in zu niedrige Stufen eingeteilt, da bei der Begutachtung beschützende und anleitende Elemente kaum Berücksichtigung finden. Der finanzielle Spielraum für Einrichtungen reduzierte sich durch das neue Finanzierungsmodell und führte wohl zu negativen Veränderungen in der personellen und materiellen Ausstattung.

Zur Überprüfung dieser Annahmen fand im Mai/Juni 1997, also ein Jahr nach Einführung der Pflegeversicherung die zweite Erhebung in den bereits befragten Heimen statt (vgl. Zimmer 1997b). Einige wichtige Ergebnisse nach der Auswertung besagen:

- Die Zahl der Pflegekräfte in den 15 Heimen ist innerhalb eines Jahres von 585 auf 540 zurückgegangen.
- Der Frauenanteil betrug 87 bzw. 86 Prozent. Feststellbar war eine Verschiebung in Richtung höherer Qualifikation. Während 1996 ein Viertel der Befragten Altenpflegerinnen mit dreijähriger Ausbildung waren, konnte 1997 ein Anteil von 33 Prozent festgestellt werden. Neun bzw. elf Prozent konnten eine Krankenpflegeausbildung vorweisen. (vgl. Zimmer 1997b).

Letzteres scheint außerdem eine Auswirkung der gesetzlichen Anforderung einer 50 Prozent Fachkraftquote zu sein. Die Gesamtzahl der Mitarbeiterinnen ist zurückgegangen und löst somit höhere Belastungen für die Kolleginnen aus.

Nach einem Jahr Pflegeversicherung stellten sich auch Veränderungen in den Arbeitsbedingungen heraus. Bemerkenswert war ein Rückgang des Belastungserlebens im organisatorischen Bereich. Im Gegenzug verschlechterten sich jedoch die Beziehungen zu Kollegen und vor allem zu Vorgesetzten. Bedeutend ist auch die Tatsache, dass der Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum der

⁸ Vgl. Kapitel 4.5.1.3.2

Mitarbeiterinnen sowie die Rückmeldung der Arbeitsergebnisse enorm zurückgegangen sind (vgl. Zimmer, 1997b).

Die Ergebnisse der Untersuchung weisen auch auf eine Zunahme von gesundheitlichen Beeinträchtigungen hin. Etwa 80 Prozent der Befragten litten unter Rückenschmerzen. Beeinträchtigungen durch Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit nahmen im Untersuchungszeitraum ebenfalls zu. Die Aussage trifft auch auf die Bereiche Müdigkeit und Schlafstörungen zu. Fragen, die sich auf die erlebte Beanspruchung durch die Arbeit bezogen, wiesen jedoch keine statistisch bedeutsamen Veränderungen auf (vgl. Zimmer 1997b).

Das Institut für Arbeitspsychologie an der Universität Dortmund (Hollmann et al. 1999, S. 17 f) wandte sich ebenfalls dieser Thematik zu. Im Rahmen einer Längsschnittstudie in 16 stationären Altenhilfeeinrichtungen wurde der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen die Pflegeversicherung für die Beschäftigten im Heimbereich bringt. Die Arbeitsgruppe ermittelte die Zunahme von zwei wesentlichen Stressoren, einem hohen Grad an Arbeitsunterbrechungen sowie einer dauerhaften Erhöhung der Wirbelsäulenbelastungen. Am Ende der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass sich eine Überlastung durch Zeitdruck und/oder ein zu großes Arbeitsvolumen für die Altenpflegerinnen eingestellt hatte. Vieles deutet darauf hin, dass diese Auswirkungen auf die Folgen der Einführung der Pflegeversicherung zurückgeführt werden können.

Die Untersuchung deckt sich im Bereich soziale Beziehungen am Arbeitsplatz mit den Erkenntnissen von Zimmer (1997b). Auch Hollmann und Team (1999, S. 17 f) konstatierten einen Rückgang der sozialen Unterstützung im Pflegeteam, eine Reduzierung des Informationsflusses sowie gespannte Verhältnisse zur Leitung durch einen spürbaren Rückgang der Mitarbeiterorientierung. „Im Lauf der Untersuchung verlieren für die Mitarbeiter in der Pflege die beruflichen Werthaltungen Altruismus, Abwechslung, gute Mitarbeiterbeziehungen und gute Vorgesetztenbeziehung bis zum dritten Messzeitpunkt an Bedeutung“ (S. 22).

Ingesamt wurde eine Reduzierung der Arbeitszufriedenheit gemessen, die sich auf die Segmente Vorgesetzte, Organisation, Bezahlung und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten bezieht (vgl. Hollmann et al. 1999, S. 26).

Auch beim Fragenkomplex Burnout decken sich die Ergebnisse von Zimmer (1997b) und Hollmann et al. (1999, S. 30 f). Bei den Pflegekräften zeigte sich ein Anstieg in allen Burnout-Dimensionen. Insbesondere nahmen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation zu. Dadurch fühlten sich die Altenpflegerinnen psychisch und physisch belastet und reagierten in der Folge unadäquat und abgestumpft auf die zu betreuenden Personen.

Es bleibt zu überdenken, ob die Zunahme der Belastungen primär Folgen der Einführung der Pflegeversicherung sind oder ob nicht die demographischen Entwicklungen sich hier maßgeblich auswirken.

Die Heimträger sind nach Abschluss eines Versorgungsvertrages verpflichtet eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten (§ 11 SGB XI), unabhängig davon wie hoch die Pflegevergütung bemessen ist (vgl. Klie 2000). Das Pflegeversicherungsgesetz beschreibt zwar die zu erbringenden Pflegeleistungen sowie deren Güte, legt jedoch nicht fest, von welchen Berufsgruppen diese zu erbringen sind. Lediglich die Steuerung des Pflegeprozesses ist an Vorgaben geknüpft (§ 71 SGB XI), nicht jedoch, wer die tatsächlichen Verrichtungen übernimmt. Um Kosten zu sparen, reduzierten daher mehrere Träger den Fachkraftanteil und stellten dafür Helferinnen ein (vgl. Böhme/ Haß 1997). Nach § 4 der Heimpersonalverordnung ist dies bis zu einer Quote von 50 Prozent Fachkräfte zu 50 Prozent Hilfskräfte möglich (vgl. Klie 2000). Bei dieser Vorgehensweise sollten Haftungsfragen nicht unbedacht bleiben (vgl. Böhme/Haß 1997).

Für das Pflegepersonal bedeutet diese Handlungsweise eine eklatante Veränderung des gesamten Arbeitsablaufes. Neger-Ziehr (1998) berichtet beispielsweise von diesbezüglichen Umstrukturierungen in einem Münchener Heim, die sich für Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen negativ auswirkten.

- Nachdem wirtschaftliche Aspekte in den Mittelpunkt gestellt wurden, kamen Altenpflegerinnen in Zeitnot.

- Ihre Krankheitstage stiegen rapide an.

- Auf Rehabilitation und Aktivierung wurde verzichtet, da eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Bewohnerinnen zu Rückstufungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und damit zu finanziellen Einbußen führen konnte.

- Auch auf Bewohnerseite vermehrten sich Aggressivität, Depressionen, Stürze und Erkrankungen, da sie auf langjährige Gewohnheiten und den bisherigen Standard der Lebensqualität verzichten mussten und darüber hinaus die Belastungen der Pflegekräfte subjektiv wahrnahmen.

Im Laufe der Jahre haben sich die Nachteile und Beeinträchtigungen durch die Einführung der Pflegeversicherung in der Praxis bestätigt und manifestiert.

2.1.3 Qualitätsanforderungen

Neben den Qualitätsanforderungen die sich aus dem Pflegeversicherungsgesetz ergeben, haben sich durch das Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes diesbezüglich weitere Regelungen ergeben. Im Sinne des Verbraucherschutzes wurden den Heimen Bestimmungen auferlegt, die darauf abzielen alle

Leistungen für die Heimbewohnerinnen zu verbessern. Dies trifft insbesondere auch auf Pflegeleistungen zu. Da diese Anforderungen ohne Erhöhung des Personalstandes umgesetzt werden müssen ergeben sich Belastungspotentiale für die Pflegerinnen. Die relevanten Bestimmungen werden nachfolgend einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes wurden allgemeingültige gemeinsame Grund- und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Einrichtungen festgelegt. Kostenträger, Heimaufsicht, Seniorenvertretungen, Kontrollorgane unterschiedlicher Ämter sowie der Verband der Pflegekassen legen Wert auf kontrollierte und qualifizierte Leistungen. Um die Pflegequalität in Alten- und Pflegeheimen nochmals zu verbessern, legte Gesundheitsministerin Andrea Fischer diesbezüglich einen Referenten-Entwurf vor. Am 09.09.2001 trat daraufhin das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) in Kraft. Die Ministerin verfolgte mit der Änderung des XI. Sozialgesetzbuches insbesondere das Ziel, die Versorgung dementiell Erkrankter zu verbessern. Außerdem müssen nun mit den Einrichtungen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) geschlossen werden. Mit diesem Gesetz soll die Eigenverantwortung der Betreiber gestärkt werden (vgl. CARE-konkret 3/2000). In der Praxis bedeutet dies, dass die Träger der Einrichtungen jederzeit die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung bereitzustellen haben, die für eine adäquate, den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen entsprechenden Versorgung und Pflege der Bewohnerinnen erforderlich ist. Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz nimmt die Einrichtungsträger verstärkt in die Pflicht. Bei Verstößen können auch rückwirkend Leistungsentgelte gekürzt werden (vgl. PQsG § 115 (3)).

Nicht nur die Gesetzeslage, sondern auch die veränderten Rahmenbedingungen in der Versorgungslandschaft zwingen Anbieter dazu, die Qualität ihrer Angebote zu überprüfen und einem Anpassungsprozess zu unterziehen. Bei steigender Konkurrenz im Pflegemarkt entwickeln Nutzer und deren Angehörige ein bewußteres Nachfrageverhalten und wägen zwischen Leistungsinhalten und Kosten der einzelnen Einrichtungen sorgfältig ab. Unternehmen treffen auf einen gesteigerten Wettbewerb und knapper werdende finanzielle Mittel. Im Hinblick auf Mitarbeitergewinnung und Kundenorientierung erweist sich die Qualität als entscheidender Erfolgsfaktor (vgl. Stoffer 1998a).

„Qualität ist nichts Feststehendes ... sie ist ein bewegliches Ziel, im Wettbewerb letztlich der Unterschied zur (nicht schlafenden) Konkurrenz, den es intern zu erhalten und auszubauen gilt“ (vgl. Gräwe et al. 1997, S. 535). Demnach ist ein

Qualitätsmanagement als Prozess zu begreifen, der ständig aufrechterhalten werden muss.

Die Qualitätsanforderungen sind abhängig von der Bewohnerzufriedenheit, von marktwirtschaftlichen Prinzipien, rechtlichen Bestimmungen und nicht zu letzt von den Pflegenden selbst.

Qualität in der Pflege/Qualitätssicherung

Von der Altenhilfe wird ein höheres Qualitätsniveau bei engeren Budgets erwartet. Um diese Anforderung neben der bestehenden Lage auf dem Personal-sektor und der Zunahme der Pflegebedürftigkeit der Nutzerinnen erfüllen zu können, bedarf es eines optimalen Qualitätsmanagements. Gerhard Berger (1999b) konstatiert, dass hierzu mindestens drei Schritte zu erfüllen sind. Zunächst geht es um eine differenzierte Qualitätsdiagnose. Neben einer differenzierten Beschreibung der Ist-Situation werden sowohl Stärken als auch bislang nicht bearbeitete Schwachstellen eruiert und in Relation zu anderen Anbietern gestellt. Der zweite Schritt gilt der Qualitätsoptimierung. In Anbetracht begrenzter Ressourcen in der Altenhilfe ist hier an eine phasenweise Verbesserung des Qualitätsprofils gedacht. Als dritte Arbeitsphase gilt es, ausgewählte Qualitätsmerkmale im Zeitablauf zu stabilisieren und somit die Qualität auf Dauer zu sichern.

Baartmans (1998, S. 10) definiert Pflegequalität in Anlehnung an ISO 8402 wie folgt: Pflegequalität ist „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen einer Pflegeleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen.“

Zur Ermittlung von Qualitätskriterien und der konkreten Messung der erreichten Qualität stehen in der Praxis verschiedene Verfahren zur Verfügung.

Ein wissenschaftlich anerkanntes, spezifisch auf deutsche Verhältnisse zugeschnittenes Instrument zur Qualitätsdiagnose und -dokumentation stellt das SIESTA-Verfahren von Berger (1997, S. 127) dar. „Ein Qualitäts-Controlling mit SIESTA unterstützt die Leitung und die Mitarbeiterinnen sozialer Unternehmen in ihrer Auseinandersetzung mit den zukunftswichtigen strategischen Fragen“. Die Erhebung relevanter Daten erfolgt anhand eines Systems von Erhebungsbögen (vgl. Tabelle 2), die von den Mitarbeiterinnen der jeweiligen Einrichtung unter Beteiligung externer Berater bearbeitet werden. Anhand der Auswertungen soll es möglich werden individuelle, möglichst effiziente Planungen zur Qualitätssicherung und -entwicklung vorzunehmen (vgl. Berger 1997).

Die Instrumente wurden von einem Team aus Gerontologen, Sozialplanern, Altenpflegekräften und Betroffenen in einem Zeitraum von fünf Jahren entwickelt und getestet und stehen nun Einrichtungen und Trägern zur Verfügung. Das SIESTA-Verfahren steht stellvertretend für weitere Möglichkeiten der Erfassung von Qualität.

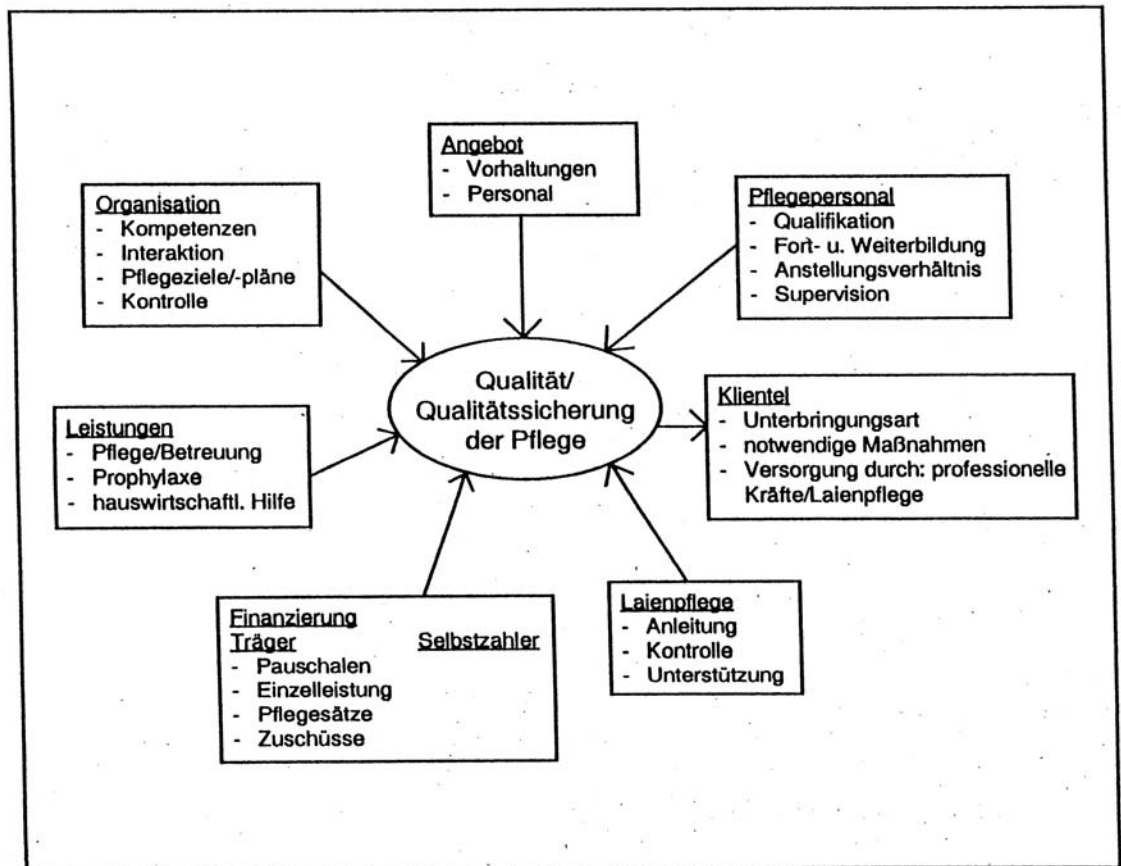
Tabelle 2: Die Fragebogen zum SIESTA - Verfahren

Die Fragebogen			
werden in der Einrichtung in Kooperation mit den Untersuchern ausgefüllt. Es gibt 4 Arten von Fragebogen (unten). So werden allein in den Modulen A und B ca. 1300 Einzelinformationen oder Qualitätskriterien erhoben. Diese Einzelinformationen werden sodann (unter Berücksichtigung u.a. des Einrichtungstyps) über ein EDV-Modell zu Qualitätsindikatoren zusammengefasst, die ihrerseits - sachlich gegliedert in Indikatorengruppen - drei bzw. vier Indikatorenbereiche bilden.			
	Fragen aus welchen Bereichen?	Umfang	Wer antwortet?
– SIESTA-A Bau und Technik	Lage und Umgebung, Außenbereich, Eingangsbereiche, Allg. Einrichtung, Speiseräume, Aufenthaltsräume Mitarb., Wohnbereiche, Sanitärbereiche, Flure und Treppen, Dezentrale Aufenthaltsbereiche...	45 S.	Hausleitung/ PDL
– SIESTA-B Konzeption und Organisation	Allg. Angaben zur Einrichtung, finanzielle Bestimmungen und Aufnahmebedingungen, Art der Zimmer/Appartements, Organisation, Konzeption, Regeln für die Bewohner, Information und Mitwirkung, Hauswirtschaft, Angebote und Aktivitäten, Gemeinwesenorientierung, Personal...	54 S.	Hausleitung/ PDL
– SIESTA-C Mitarbeiterinnen in der Pflege	Betriebsklima, erlebte Bedeutsamkeit/Verantwortlichkeit in der Arbeit, Rückmeldung, Beanspruchungserleben, Arbeitszufriedenheit, Einstellung zur Pflege alter Menschen...	17 S.	Mitarbeiter in der Pflege
– SIESTA-D Bewohner	Zufriedenheit, subjektiv empfundene Lebensqualität...	je nach Rüstigkeit etc.	Bewohner
Quelle: Berger, G./Gerngroß,-Haas, G. (1997, S. 29)			

Ein Qualitätsmanagement im Pflegeheimbereich muss sich auf verschiedene Ebenen beziehen. Ein wichtiger Bereich ist die Kundenorientierung. Ältere Menschen als Bewohner der Heime stehen im Mittelpunkt der Tätigkeit. Qualitätsverbesserungen greifen nur, wenn diese auch von den Kunden deutlich wahrgenommen werden. Die Planungen und Umgestaltungen haben sich an den Bedürfnissen und Erwartungen der Älteren zu orientieren. Ebenso bedeutsam ist die Mitarbeiterorientierung. Altenpflegerinnen mit ihren Kompetenzen und Motivationen für Fragen der Qualität tragen maßgeblich bei deren Umsetzung bei. Des Weiteren berücksichtigt ein Management zur Qualitätssicherung das Unternehmensleitbild, festgelegte strategische Ziele, monetäre Überlegungen, sowie professionelle Standards (vgl. Berger 1997 und 1999).

BASYS (1993, S. 14) zeigt die wichtigsten Determinanten der Qualitätssicherung im nachfolgenden Schaubild auf.

Schaubild 5: Determinanten der Qualität/Qualitätssicherung von Pflege



Quelle: BASYS, S. 14, 1993

Die Grundlage der Qualitätssicherung ist eine Ausrichtung der Pflege nach gültigen Pflegestandards. Daneben bedarf es einer Qualitätsbeauftragten, die für die Umsetzung im Haus zuständig ist. Ganzheitliche Pflegekonzepte auf der Basis des Gedankens der Aktivierung tragen zum Erfolg bei. Standard ist die Erstellung und Aktualisierung von Pflegeplanungen je Bewohnerin in einem multiprofessionellen Team unter Einbezug der psychischen, physischen und sozialen Ressourcen. Die Planung dient als Grundlage für realistische Pflegeziele. Eine Einschätzung über den Zielerreichungsgrad der durchgeführten Pflege erfolgt durch die Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. (vgl. Sitte 1996, S. 266).

Diese Vorgehensweise gestaltet sich konträr zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die pauschal betrachtet eine Routineversorgung finanzieren, sowie der Vorgehensweise des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen, der bei der Begutachtung ausschließlich von defizitären Zuständen alter Menschen ausgeht.

Für Mitarbeiterinnen im Heimbereich ergeben sich daraus Konsequenzen. Einerseits wird durch das Pflegeversicherungsgesetz u. a. großen Wert auf Qualität gelegt, andererseits haben Altenpflegerinnen aufgrund der bestehenden Pflegeschlüssel keine ausreichenden Ressourcen, diesen Grundsatz in der Praxis zu realisieren. Der Anspruch der Altenpflegerinnen geht ebenfalls in Richtung adäquate, qualitativ hochwertige Betreuung ihrer Schutzbefohlenen, die Realität sieht jedoch anders aus. Diese Tatsache löst Belastungen aus und führt zu Resignation.

Die Qualitätsziele orientieren sich an der Bewohnerzufriedenheit und der Verbesserung der Lebensqualität des Einzelnen. Hierzu gehört auch eine Normalisierung des Heimalltags unter Berücksichtigung der Bedürfnisse alter Menschen.

2.1.4 Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit

Die Anforderungen an den Altenpflegeberuf haben sich auch durch die veränderte Klientel der Pflegeheime erhöht. Eine Zunahme schwerpflegebedürftiger Personen, multimorbid Erkrankter, teils Hochaltriger, psychisch oder dementiell Erkrankter stellen die Pflegerinnen vor neue Aufgaben und verstärken den Belastungsfaktor. Daher scheint eine ausführliche Betrachtung der komplexen Altersprozesse und spezifischen Krankheiten im Alter sinnvoll.

In der Bevölkerung wird oftmals Alter mit Krankheit gleichgesetzt. Diese pauschalierte Betrachtung trifft jedoch nicht zu. Eine Differenzierung zwischen altersphysiologischen Veränderungen und Krankheit ist erforderlich. Altersbe-

dingte Veränderungen können zwar Auslöser für Krankheiten sein. Unterschiedliche Erkrankungen treten aber im Laufe des Lebens immer wieder auf oder sind erst im Alter erkennbar (vgl. Walter et al. 1999).

Gerontologische Untersuchungen zeigen, dass Alterungsprozesse sehr individuell verlaufen, daraus ergibt sich auch dass häufig das chronologische Alter nicht deckungsgleich mit dem biologischen Alter ist (Baltes 1996). „Auch der intraindividuelle Alterungsvorgang verläuft unterschiedlich: Physiologische, morphologische und funktionelle Veränderungen von Organsystemen erfolgen nicht synchron“ (vgl. Walter et al. 1999). Durch die vorliegende Komplexität der Alterungsprozesse fällt eine Unterscheidung zwischen pathologischen Veränderungen und physiologischen Prozessen schwer. Walter et al. (1999) haben unter Berücksichtigung von Langzeitstudien und unter Zugrundelegung verschiedener Definitionen und Ausarbeitungen von Kollegen eine Aufstellung überarbeitet, aus der die wichtigsten altersbedingten Veränderungen ablesbar sind (siehe Schaubild 6).

Schaubild 6: Ausgewählte altersbedingte Veränderungen

Organ/System	Altersbedingte Veränderungen	Mögliche Folgen altersbedingter Veränderungen
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> - Zunahme des Körperfetts - Abnahme der Körperflüssigkeit - Abnahme der Muskelmasse - Abnahme des Grundstoffwechsels - Abnahme der Temperaturregulation 	<p>Volumen zur Verteilung fettlöslicher Medikamente nimmt zu und für wasserlösliche ab</p> <p>Unbemerkte Unterkühlung möglich</p>
Sinnesorgane	<ul style="list-style-type: none"> - Augen: Alterssichtigkeit (Presbyopie), Linsentrübungen - Ohren: Hochtverluste (umweltabhängig) 	<p>Verminderte Akkomodation</p> <p>Eingeschränkte Wortdiskrimination bei Hintergrundgeräuschen</p>
Endokrines System	<ul style="list-style-type: none"> - beeinträchtigte Glucosetoleranz - Abnahme der Vitamin-D-Absorption und -Aktivierung - Abnahme der Thyroxin-Clearance und -Produktion - Konzentration von Cortison im Blut steigt 	<p>Erhöhter Blutzuckerspiegel bei akuten Krankheiten</p> <p>Osteopenie</p> <p>Verminderte T4-Dosis bei Hypothyreose erforderlich</p> <p>Verminderter Glucoseverbrauch im Gehirn</p>
Respirations-trakt	<ul style="list-style-type: none"> - Abnahme der Lungenelastizität - Zunehmende Steifheit des Brustkorbes (Altersthorax) 	<p>Missverhältnis zwischen Ventilation und Perfusion, abnehmender Sauerstoffpartialdruck</p>
Herz-Kreislauf-System	<ul style="list-style-type: none"> - abnehmende Anpassung der Arterien, zunehmender systolischer und diastolischer Blutdruck (abhängig von Umwelt und Lebensweise) - verzögerte Blutdruckregulation - Einschränkung des Herzschlagvolumens 	<p>Orthostatische Probleme, Belastung kann oft nur über Herzfrequenzsteigerung aufgefangen werden</p>
Gastro-intestinal-trakt	<ul style="list-style-type: none"> - Mundhöhle: Verlust der Zähne - Anzahl der Geschmacksknospen reduziert - Magen-Darm-Trakt: Sekretion der Speicheldrüsen, Magen, Pankreas nimmt ab bzw. verändert sich 	<p>Kaufunktion eingeschränkt</p> <p>Gefahr der Fehl- und Mangelernährung</p>
Urogenital-trakt	<ul style="list-style-type: none"> - Durstperzeption nimmt ab, Sättigungsperzeption zu - Harnblase: Tonus nimmt zu, Fassungsvermögen ab - Niere: glomeruläre Filtrationsrate nimmt ab, renaler Natriumverlust - Prostatavergrößerung 	<p>Erhöhte Exsikkationsgefährdung</p> <p>Häufigeres Urinieren, oft Drangzeit verkürzt</p> <p>Erhöhter Wasserverlust (Schwitzen, Diuretika)</p> <p>Mangelnde Ausscheidung einzelner Drogen/Medikamente</p>

Quelle: Walter/Schwarz/Seidler 1999, S. 233/334

Schaubild 6: Fortsetzung

Organ/System	Altersbedingte Veränderungen	Mögliche Folgen altersbedingter Veränderungen
Blut- und Immunsystem	<ul style="list-style-type: none"> - vermutliche Abnahme der Knochenmarksreserve - abnehmende T-Zellenfunktion - Zunahmen der Autoantikörper 	Verminderte Immunantwort
Bewegungsapparat	<ul style="list-style-type: none"> - Skelettmuskel nimmt ab - Bänder, Sehnen, Muskeln weniger dehnbar - Abnahme des Mineralstoffgehaltes der Knochen - Gelenkbeweglichkeit nimmt ab 	<p>Geringere Beweglichkeit und Kraft</p> <p>Erhöhte Anfälligkeit für Knochenbrüche</p>
Nervensystem	<ul style="list-style-type: none"> - Abnahme der Ganglienzellen und Neurotransmitter - Phospholipide in Zellmembranen reduziert - Funktion der Rezeptoren beeinträchtigt 	<p>Erhöhte Aufnahme schädlicher Substanzen</p> <p>Verminderte Aufnahme von Glucose</p>
Haut	<ul style="list-style-type: none"> - Atrophie, Schwund des subkutanen Fettgewebes - Abnahme und veränderte Struktur des kollagenen Bindegewebes, verminderte Durchblutung der Lederhaut - verminderte Talgdrüsenaktivität - verringerte Haarstärke - Haarverlust 	<p>Verlangsamte Wundheilung</p> <p>Faltenbildung</p> <p>Verminderte Hautfettung, trockene Haut</p>
Verändert und ergänzt nach Resnick 1994 und Füsgen 1995; Masoro 1995.		

Quelle: Walter/Schwarz/Seidler 1999, S. 233/234

Die aufgezeigten, aus dem Alter resultierenden physiologischen Veränderungen bedingen eingeschränkte Kapazitäts- und Leistungsreserven und führen zu einer Anpassung der Aktivitäten, rufen jedoch keine Symptome hervor und können daher nicht als Krankheit verstanden werden (vgl. Resnick 1994). Alter ist daher nicht zwangsläufig mit Krankheit verbunden, jedoch können Krankheiten vermehrt im Alter auftreten.

Heimbewohnerinnen weisen als typisches Merkmal erhebliche Beeinträchtigungen bei alltäglichen Verrichtungen auf. Diese Defizite führen zu einem Kompetenzverlust im Bereich der selbstständigen Lebensführung. Insbesondere Einschränkungen der Mobilität führen dazu, dass sich 62 Prozent der Heimbewohnerinnen nicht mehr eigenständig baden oder waschen können (vgl. Schneekloth/Müller 1998). Die Infrateststudie von Schneekloth/Müller (1998)

zeigt auf, dass 26 Prozent der Bewohnerinnen einen ständigen Pflegebedarf aufweisen. Unterstützung wird insbesondere erforderlich bei der Nahrungsaufnahme, sowie der Toilettennutzung und Hilfestellungen bei Inkontinenz. Ein mehrfach täglicher Bedarf an Pflegeleistungen besteht bei 21 Prozent der alten Menschen im Heim hinsichtlich der beschriebenen Einschränkungen der Mobilität. Ein täglicher Bedarf an Pflege (mindestens zwei Verrichtungen) zeigt sich bei 16 Prozent der Heimbewohnerinnen.

Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge ist es für alte Menschen charakteristisch, dass mehrere Krankheiten gleichzeitig auftreten (Multimorbidität). Durchschnittlich handelt es sich bei den über 65-jährigen um drei Diagnosen (vgl. Linden et al. 1992, Hessel et al. 2000).

Das Auftreten der Multimorbidität korreliert mit dem Alter. Es kann davon ausgegangen werden, dass Heimbewohnerinnen im Durchschnitt folgende Krankheitshäufigkeiten aufweisen:

- „2,8 Krankheiten/Behinderungen bei den unter 60-jährigen;
- 2,7 Krankheiten/Behinderungen bei den 60- bis 79-jährigen;
- 3,4 Krankheiten/Behinderungen bei den 80- bis 89-jährigen;
- 3,4 Krankheiten/Behinderungen bei den ab 90-jährigen.“

(vgl. Schneekloth/Müller 1998, S. 57)

Im Folgenden werden ausgewählte, für im Alter häufig auftretende Krankheiten und Gesundheitsstörungen kurz aufgezeigt.

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems

Die Berliner Altersstudie (Mayer/Baltes 1996) errechnete einen Anteil von 75 Prozent der Älteren, die an einer arteriosklerotischen Erkrankung leiden. Unter den ersten 10 Hauptdiagnosen akuter und chronischer Krankheiten rangieren die Herzerkrankungen (vgl. Schach et al. 1989). Auch Hypertonie nimmt eine Spitzenposition ein und wird bei einem Viertel der Männer und einem Drittel der Frauen diagnostiziert (vgl. Robra 1989).

Erkrankungen der Atemwege

Zu den wichtigsten Atemwegserkrankungen zählen obstruktive Lungenerkrankungen. Bei älteren Menschen tritt hier am häufigsten die chronische Bronchitis zutage. Auch Asthma und Lungenkrebs gehören zu den relevanten Diagnosen (vgl. Walter et al. 1999).

Erkrankungen des Bewegungsapparates

Wie Schaubild 6 zeigt nimmt die Skelettmuskulatur ab. Mit dem 40. Lebensjahr beginnt ein Knochenabbauprozess der zum Krankheitsbild der Osteoporose führt. Etwa ein Fünftel aller Frauen über 40, sowie ein Drittel aller Frauen über 60 Jahren entwickeln dieses Krankheitsbild. Die damit einhergehenden Frakturen treten insbesondere im Wirbelsäulenbereich und an den Hüften auf. Etwa 56 Prozent der Personen in der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren klagen über rheumatische Beschwerden. Fast alle Menschen über 70 Jahren leiden an Degenerationen der Gelenke, vorwiegend im Kniebereich (vgl. Walter et al. 1999). Schneekloth/Müller (1998, S. 56) konstatieren, „alle Altersgruppen weisen ein hohes Maß an allgemeinen „Bewegungseinschränkungen“ auf.“ Der Anteil der betroffenen Personen liegt bei der Gruppe der unter 60-jährigen bei 59 Prozent. In der Kohorte der 90-jährigen und Älteren leiden 63 Prozent an diesem Krankheitskomplex.

Unfälle und Stürze

Mit zunehmendem Alter treten vermehrt Stürze auf. Wie die Praxis zeigt gehören Folgen der Stürze zu den häufigsten Gründen, um in ein Heim um zu siedeln. Von den älteren Heimbewohnerinnen stürzen ca. 30 Prozent jährlich, wobei ein Viertel dieser Ereignisse Knochenbrüche oder schwerwiegende Verletzungen nach sich ziehen (vgl. Resnick 1994). Verminderte Mobilität, Beeinträchtigungen der Sinnesorgane oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten als auslösende Momente (vgl. Walter et al. 1999).

Gravierender Weise kommt es im Alter aufgrund der nachlassenden Kräfte vermehrt zu Unfällen, häufig mit tödlichem Ausgang. Brüche der Beine, Arme, oder der Wirbelsäule sowie Vergiftungen sind ebenfalls keine Seltenheit (vgl. Walter et al. 1999).

Infektionskrankheiten

In Deutschland liegen Daten über Infektionserkrankungen Älterer kaum vor. Eine Studie aus Amerika, die in Privathaushalten durchgeführt wurde, belegt für über 65-jährige eine Häufigkeit der Erkrankung von 69 Prozent pro Jahr. Davon sind etwa 50 Prozent Atemwegsinfektionen und 25 Prozent Infektionen des Urogenitaltraktes (vgl. Walter et al. 1999).

Harninkontinenz

Eines der gravierensten Probleme im Alter stellt die Inkontinenz dar. Sie tritt überwiegend bei Frauen auf.

43 Prozent der 60 bis 69-jährigen Männer leiden an einer Prostatahypertrophie. „Die Prävalenz eines latenten, klinisch unauffälligen Prostatakarzinoms liegt bei ab 70-jährigen Männern bei über 40 Prozent“ (vgl. Walter 1999, S. 244).

Bei den Pflegebegutachtungen geht das Vorliegen einer Inkontinenz als wesentlicher Faktor in die Bewertung ein. Für die Betroffenen selbst löst diese Veränderung einen subjektiven Leidensdruck aus. Inkontinenz führt vermehrt zu Heimaufnahmen (vgl. Walter 1999).

Beeinträchtigungen des Seh- und Hörsinnes

Ein Rückgang der Sehleistung ist altersbedingt. Erkrankungen wie der Graue oder Grüne Star treten im Alter gehäuft auf und können bei nicht adäquater Behandlung zur Erblindung führen. Sehstörungen zählen zu den zehn häufigsten Anlässen einen Arzt zu konsultieren. Hörhilfen hingegen werden nur selten angewendet (vgl. Schach et al. 1989). Sehbehinderungen bis hin zur Blindheit, sowie Schwerhörigkeit bis zur Taubheit sind Beeinträchtigungen, die bei fast jeder vierten Heimbewohnerin vorliegen (vgl. Schneekloth/Müller 1998).

Psychische Erkrankungen

Die aus ärztlicher Sicht als behandlungsbedürftig eingestuften psychischen Erkrankungen steigen ab dem 45. Lebensjahr auf fast ein Viertel der Bevölkerung (Weyerer/Dilling 1984). Dieser Krankheitstyp führt in der Regel zu einem lang andauernden Betreuungs- und Pflegebedarf. In Anbetracht der hohen Relevanz bei der Versorgung älterer Betroffener wurde diesem Krankheitsbild ein eigenes Kapitel gewidmet⁹

Nach der Studie von Hessel et al. (2000), haben ältere Personen, verglichen mit allen Altersgruppen den höchsten Bedarf an Gesundheitsleistungen und Gesundheitseinrichtungen. Aufgrund seiner durchgeführten Analyse konstatiert Günther (1998), dass Patienten über 60 Jahren in einem Jahr durchschnittlich 13,4-mal einen Arzt konsultiert haben. Umgerechnet auf die Gesamtkonsultationen stellt dies einen Anteil von 40,6 Prozent dar.

Eine Prognose der zu erwartenden Zahl der Pflegebedürftigen hängt von drei wesentlichen Basisdimensionen ab:

- „- demographische Struktur (Geburtenentwicklung, Sterblichkeit und Migration, differenziert nach Geschlecht und Familienstand)
- Krankheitspanorama
- Versorgungssituation (Struktur des Supportsystems)¹⁰

(vgl. Schneekloth 1996, S. 14).

⁹ Vgl. Kapitel 2.1.5

¹⁰ Vgl. Kapitel 2.1

Während für die demographischen Entwicklungen statistisches Zahlenmaterial vorliegt, können über die beiden weiteren Dimensionen derzeit keine gesicherten Aussagen getroffen werden. Über die Entwicklung des medizinischen Fortschritts lassen sich momentan nur Vermutungen anstellen. Dennoch wurde aufgrund des vorliegenden Datenmaterials ohne Einbezug möglicher, derzeit noch nicht benennbarer Erfolge und Rehabilitationsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich Zahlen für den prognostisch erwartbaren Anteil pflegebedürftiger Menschen errechnet. Im Jahre 2040 ist von 2,63 Millionen Pflegebedürftigen auszugehen. Damit sind 3,6 Prozent der Gesamtbevölkerung betroffen (vgl. Schneekloth 1996).

Berechnungen des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung (DIW 2001) zufolge erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2020 auf 2,94 Millionen bis 2050 auf 4,7 Millionen. Die Zahl liegt erheblich höher als die Berechnungen nach Schneekloth (1996). Dies erklärt sich durch unterschiedliche Annahmen hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung, insbesondere in Bezug auf die Lebenserwartung, sowie differenzierterer Prävalenzraten in der Untersuchung des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung (vgl. DIW 2001, S. 71).

Die Altersstruktur verschiebt sich hin zu den Älteren. Diese Entwicklung zeigt sich auch in der Zuordnung nach Pflegestufen. Bis 2020 wächst der Anteil der Schwerpflegebedürftigen mit Stufe II um 55 Prozent, während die Personenzahl in der Stufe I und III um jeweils 50 Prozent zunehmen wird. In den Folgejahren bis 2050 verschiebt sich die Gesamtstruktur nochmals. Für diesen Zeitraum errechnet sich eine Zunahme pflegebedürftiger Personen von 56 Prozent in Stufe I, 66 Prozent in Stufe II und 63 Prozent in Stufe III. Die Entwicklungsprognose zeigt eine Abnahme der erheblich Pflegebedürftigen (Stufe I) während die Anzahl der Personen mit Stufe II steigt. Der Anteil Schwerstpflegebedürftiger (Stufe III) bleibt annähernd konstant (vgl. DIW 2001 siehe Tabelle 3).

Wie Tabelle 3 zeigt ist von einer dynamisch steigenden Nachfrage nach Heimplätzen auszugehen. Bis 2020 wird die Bewohnerschaft in Heimen um 57 Prozent steigen. Im Zeitraum 2020 bis 2050 ist mit einem Zuwachs von 73 Prozent zu rechnen. Damit steigt sowohl der Grad der Pflegebedürftigkeit als auch die Nachfrage nach stationären Betten (DIW 2001).

Für den Arbeitsmarkt im Altenhilfebereich bedeutet dies einen rapiden Anstieg des Bedarfs an qualifizierten Pflegekräften. Bis zum Jahre 2050 könnten über eine halbe Million Arbeitsplätze geschaffen werden (DIW 2001).

Tabelle 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Stufen, Unterbringung und Geschlecht

Tabelle 3

Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger¹⁾ nach Pflegestufen, Unterbringung und Geschlecht

Jahre	Pflegestufe I			Pflegestufe II			Pflegestufe III			Ingesamt		
	Männer	Frauen	Ins-gesamt	Männer	Frauen	Ins-gesamt	Männer	Frauen	Ins-gesamt	Männer	Frauen	Ins-gesamt
Bestand in 1000												
Ambulant und teilstationär												
1999	230,6	471,4	702,1	191,8	307,6	499,4	62,1	88,1	150,1	484,5	867,1	1 351,6
2010	303,1	567,0	870,1	248,7	364,9	613,6	76,3	101,8	178,1	628,1	1 033,7	1 661,8
2020	391,1	671,4	1 062,5	317,7	434,0	751,7	92,9	119,6	212,5	801,7	1 225,0	2 026,7
2050	625,4	1 018,7	1 644,1	507,0	681,6	1 188,6	137,4	184,5	321,9	1 269,9	1 884,8	3 154,7
Vollstationär												
1999	63,6	147,6	211,2	47,0	193,9	240,9	24,5	101,1	125,6	135,1	442,6	577,7
2010	76,8	178,4	255,2	65,4	241,6	307,1	33,2	124,9	158,2	175,5	544,9	720,5
2020	96,7	215,0	311,7	93,6	302,6	396,2	45,1	155,9	201,0	235,5	673,5	908,9
2050	151,0	351,4	502,4	178,8	538,7	717,5	79,4	274,0	353,4	409,2	1 164,0	1 573,2
Insgesamt												
1999	294,2	619,1	913,3	238,8	501,5	740,3	86,6	189,2	275,7	619,6	1 309,7	1 929,3
2010	379,9	745,4	1 125,4	314,1	606,5	920,6	109,5	226,7	336,3	803,6	1 578,6	2 382,3
2020	487,8	886,5	1 374,2	411,4	736,5	1 147,9	138,0	275,5	413,5	1 037,2	1 898,5	2 935,7
2050	776,4	1 370,1	2 146,5	685,8	1 220,3	1 906,1	216,8	458,5	675,3	1 679,1	3 048,9	4 728,0
Veränderung in %												
Ambulant und teilstationär												
2020/1999	69,6	42,4	51,3	65,7	41,1	50,5	49,7	35,7	41,5	65,5	41,3	49,9
2050/2020	59,9	51,7	54,7	59,6	57,1	58,1	47,9	54,3	51,5	58,4	53,9	55,7
2050/1999	171,2	116,1	134,2	164,3	121,6	138,0	121,4	109,5	114,4	162,1	117,4	133,4
Vollstationär												
2020/1999	52,1	45,7	47,6	99,3	56,0	64,5	84,1	54,2	60,1	74,3	52,2	57,3
2050/2020	56,1	63,4	61,2	90,9	78,0	81,1	75,9	75,7	75,8	73,8	72,8	73,1
2050/1999	137,4	138,1	137,9	280,5	177,8	197,8	224,0	171,0	181,3	202,9	163,0	172,3
Insgesamt												
2020/1999	65,8	43,2	50,5	72,3	46,9	55,1	59,5	45,6	50,0	67,4	45,0	52,2
2050/2020	59,2	54,6	56,2	66,7	65,7	66,0	57,1	66,4	63,3	61,9	60,6	61,1
2050/1999	163,9	121,3	135,0	187,2	143,3	157,5	150,5	142,4	144,9	171,0	132,8	145,1

1) Leistungsempfänger der privaten und sozialen Pflegeversicherung.
 Quellen: Statistisches Bundesamt; Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Bevölkerungsvorausschätzung des DIW (Variante II B).

Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, 2001, S.72

2.1.5 Zunahme demenziell und psychisch erkrankter, älterer Menschen

Neben der Zunahme der Pflegbedürftigkeit zeigt sich auch ein enormer Anstieg verwirrter und/oder psychisch erkrankter Älterer. Diese Personengruppe lebt vorwiegend im Heim und bedarf in hohem Maße der Begleitung und Anleitung. Welche Mehrbelastungen dadurch auftreten werden zeigen die folgenden Ausführungen.

Dinkel (1996) führte eine Modellrechnung zur Entwicklung der Demenz für die Bundesrepublik Deutschland durch. Der Zeitraum bezog sich auf Entwicklungen bis 2050 und berücksichtigte insbesondere zukünftige Mortalitätsraten. Demente Personen weisen in allen Alterskohorten eine höhere Sterblichkeitsrate aus als nicht demenziell Erkrankte. Seine These, dass die prognostizierte demographische Alterung zu einem Anstieg der Prävalenz von Demenz führen wird, konnte durch die Ergebnisse seiner Berechnungen belegt werden. „Je nach Stärke des zukünftigen Fortschritts in der Mortalität der Altersstufen oberhalb von Alter 60 muss (bei konstanten Prävalenzraten, realistischer Weise mit einem absoluten Anstieg der Zahl der Demenzen auf 250 bis 350 Prozent der Werte des Jahres 1992 gerechnet werden“ (vgl. Dinkel 1996, S. 54).

Tabelle 4: Schätzung der Zahl von älteren Demenzkranken in Deutschland

Altersgruppe	Bevölkerung Deutschlands Ende 1996 (in 1000)	Mittlere Prävalenzrate von Demenzerkrankungen (%)	Geschätzte Zahl der Demenzkranken in Deutschland Ende 1996 (in 1000)
65-69	4034,9	1,2	49,6
70-74	3380,3	2,8	94,6
75-79	2276,3	6,0	136,1
80-84	1689,2	13,3	224,7
85-89	1057,8	23,9	252,8
90 plus	409,5	34,6	141,7
Insgesamt	12856,8	7,22	928,4 ^o

^o Gesamtzahl höher als Summe der Kranken pro Altersstufe, da einige der berücksichtigten Studien Angaben nur für Altersgruppen von 10 Jahren machen.

Quelle: Bickel 2000, S. 213

Bickel errechnete auf der Basis von Ergebnissen aus großen Feldstudien (u.a. Reschies et al. 1997, Cooper/Bickel 1989, Bickel 2000) zum Ende des Jahres 1996 einen Anteil von 930.000 Demenzkranken. Diese Zahl wird sich durchschnittlich pro Jahr um 20.000 erhöhen und infolge der demographischen Entwicklungen bis zum Jahr 2050 auf mehr als 2 Millionen ansteigen (vgl. Bickel 2001).

Wenn keine nachhaltigen Fortschritte in der Prävention und Behandlung erzielt werden können, wird die Zahl der Dementen, wie von Bickel (2001) dargestellt, ansteigen.

Tabelle 5: Entwicklung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland bis zum Jahr 2050 bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten

Altersgruppe	Jahr 2000	Jahr 2002	Jahr 2010	Jahr 2020	Jahr 2040	Jahr 2050
65-69	49,8	52,1	58,8	75,054,1	54,4	
70-74	100,7	133,4	110,1	140,0	151,9	112,2
75-79	170,1	186,4	197,2	228,6	296,3	216,9
80-84	196,0	295,4	402,5	343,8	447,8	495,7
85-89	260,3	304,8	347,6	379,2	469,4	633,9
90 plus	176,6	183,1	272,0	394,8	382,3	533,1
Insgesamt	953,5	1155,2	1388,2	1561,4	1810,8	2046,2

(Angaben in 1000)

Quelle: Bickel 2001, S. 111

Das Thema „Demenz“ erhält durch diese Prognosen eine erhöhte Brisanz. Daraus ergeben sich Konsequenzen für den Heimbereich. Das Krankheitsbild führt zu teils lang dauernder Pflegebedürftigkeit und dadurch bedingt zu erhöhten Versorgungsraten in stationären Einrichtungen. Pflegende Angehörige werden durch die Betreuung von Familienmitgliedern mit schwereren Demenzzuständen überfordert. Etwa ein Viertel der zunächst im Haushalt versorgten Personen müssen Jahr für Jahr in Heimen untergebracht werden (vgl. Bickel 2001).

Bickel (1996) konstatiert, dass dieser Personenkreis durchschnittlich drei Jahre im Heim betreut wird. Höchstens 35 % aller demenziell erkrankten Älteren können in der Familie bis zum Tod versorgt werden.

Für den Bereich der Alten- und Pflegeheime liegen nur wenige aktuelle Untersuchungen vor, die sich mit Demenzkranken beschäftigen. MitarbeiterInnen der Universität Leipzig (vgl. Jakob et al. 2002) widmeten sich diesem Themenkreis und untersuchten mit dem Ziel, Prävalenz und Inzidenz demenziell Erkrankter in Pflegeheimen und Privathaushalten zu beschreiben. Im Untersuchungszeitraum von Januar 1997 bis Juni 1998 wurden Daten, basierend auf einer repräsentativen Strichprobe der über 75-jährigen Einwohner der Stadt Leipzig erhoben. Die Ergebnisse bestätigen die bekannten Prognosen. Von den über 75-jährigen Heimbewohnerinnen litten 47,6 Prozent an einer demenziellen Erkrankung. Das ist fast die Hälfte der Bewohnerschaft. Differenziert liegt der Anteil der Altenheimbewohner bei ca. 10 Prozent, während im Pflegeheim knapp 65 Prozent von Demenz betroffen sind. Eine Kategorisierung der Demenz in eine leichte, mittelschwere und schwere Ausprägung führte zu dem Ergebnis, dass 44,6 Prozent der Pflegeheimbewohner an einer schweren Form der Demenz litten (vgl. Jakob et al. 2002).

Die Ergebnisse verdeutlichen die Situation der Altenpflegerinnen im stationären Bereich. Auf sie kommen verstärkt Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen schwerer Ausprägung zu. Die jährliche Inzidenzrate ist für Heimbewohner viermal höher als bei Älteren in Privathaushalten und liegt bei 172,4 pro 1000 Personen. Das bedeutet, dass fast jeder sechste der momentan kognitiv gesunden Heimbewohnerinnen, die das 75. Lebensjahr überschritten haben innerhalb eines Jahres an Demenz erkranken wird (vgl. Jakob et al. 2002). Diese Prognose steht u.a. in Einklang mit der Studie von Cooper und Bickel (1989) und verdeutlicht den Handlungsbedarf im stationären Pflegebereich. Neben einer konzeptionellen Weiterentwicklung, bedarf es einer Ausweitung des Personalschlüssels, sowie der verstärkten Fortbildung der Altenpflegerinnen.

Zwei Drittel aller Demenzerkrankten leiden an der Alzheimer Krankheit. Für Deutschland entspricht dies (Stand 1996) 650.000 Personen. Die vaskulären Demenzen und Mischformen vom degenerativ-vaskulären Typ stellen den zweitgrößten Anteil, 15-30% dar. Von einer Demenz sind vorrangig die Höherbetagten betroffen. Für die über 80-Jährigen liegt der Erkrankungsanteil bei etwa 70 %, auf die 65-79-jährigen entfallen ca. 30 % (vgl. Bickel 2001).

Demenz ist die zweithäufigste psychische Erkrankung im Alter. Sie führt zum Verlust der Selbständigkeit und verursacht einen enormen Pflegebedarf im Alter (vgl. Cooper et al. 1992). Die Zunahme von demenziell erkrankten Heimbewohnerinnen kumuliert mit einem Anstieg von Älteren mit weiteren psychiatrischen Störungen. Klibsch und Mitarbeiter (1997) eruierten in einem

Münchener Altenheim 22,5 Prozent Bewohnerinnen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose. Eine Studie über Verhaltensauffälligkeiten von Bewohnerinnen in Mannheimer Altenheimen (Zimber et al. 1998) zeigte auf, dass bei etwa 10 Prozent der Älteren eine Hauptdiagnose affektive Störungen und bei 8 Prozent Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis vorlagen. Diese Diagnosen können zusätzlich zu anderen altersbedingten Störungen auftreten. Mit dem für Pflegeheime üblichen Finanzierungsmodellen ist eine adäquate Versorgung dieses Personenkreises nicht zu erzielen (vgl. Richter et al. 2000).

Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erwiesen sich demenzielle Erkrankungen unterschiedlicher Genese als häufigste pflegebegründende Diagnose. Folgende Übersicht zeigt beispielsweise den Anteil demenzerkrankter Heimbewohner der Stufe III in Hessen.

Schaubild 7: Pflegestufen III - Diagnosen der Versicherten in stationären Einrichtungen

Grundlage: 200 anonymisierte Gutachten aus Hessen

Demenz/Hops/Alzheimer	103	52%
Apoplex mit Hemiparese	33	17%
Morbus Parkinson	16	8%
Karzinom + Metastasen	8	4%
Senile Psychose	7	4%
Chorea Huntington	5	3%
Multiple Sklerose	5	3%
Tumore	4	2%
Polyathrose	3	2%
Alterskachexie	3	2%
Korsakow-Syndrom	2	2%
Rheumatische Arthritis	2	1%
Verschiedene*	8	4%

- * Z.n.Op. v. Astrozytom, z.n.Op. v. Akustikusneurinom, Z.n. Reanimation, Apallisches Syndrom, Multiinfarktsyndrom
Z.n. Hirnstamdblutung, Paraparese bd. Beine, Schizoaffektive Psychose

Quelle: Semsch-Poppe/Tuschen 1998, S. 106

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind in emotionalen Belangen sehr empfindsam. Soziale Beziehungen sind auch im Alter von großer Bedeutung und beziehen sich nicht nur auf instrumentelle Hilfen, sondern insbesondere auf eine emotionale Unterstützung (vgl. Wagner et al. 1996). Gerade für demenziell Erkrankte ist eine möglichst gute Lebensqualität ausschlaggebend für das Wohlbefinden und den Krankheitsprozess. Unterstützung und Zuwendung wird generell von dementen Bewohnerinnen wahrgenommen und als Wohltat erlebt (vgl. Oppikofer et al. 2002).

In Anbetracht der derzeitigen Arbeitssituation in Heimen und der Überlastung der Mitarbeiterinnen bleibt zu bedenken, ob das Personal hinsichtlich ihrer eigenen Burnout-Problematik zu einer emotionalen Unterstützung Bewohnerinnen gegenüber in der Lage ist¹¹.

2.1.6 Heimplatzentwicklung und Nachfrageverhalten

Der Arbeitsort Heim hat sich im Laufe der Jahre von der Betreuung Älterer in Altenheimen hin zur Pflege in reinen Pflegeheimen gewandelt. Die Betrachtung der Entwicklung der Einrichtungen gibt Aufschluss über veränderte Rahmenbedingungen die dazu führen, dass in diesem Sektor ein Mangel an Personal aufgetreten ist.

Entwicklung der Altenpflegeheime

Im geschichtlichen Rückblick findet sich bereits im 4. Jahrhundert der Begriff „gerokomeion“, der Altenheim bedeutet (vgl. Bauer 1965, S. 63). Vorrangig nahmen jedoch die Krankenhäuser die Funktion der Armenhäuser war. Zusammen mit Kranken jeglichen Alters lebten dort auch „Sieche“. Unter dem Begriff subsumierten sich bis Anfang 1960 Personen, die alt, chronisch krank und meist unheilbar waren (vgl. Irmak, 1998, S. 439).

Im 18. Jahrhundert begann ein Prozess der Differenzierung zwischen Kranken und Alten, sowie die Entstehung der ersten Institutionen für alte Menschen. Diese Entwicklung sollte jedoch nicht zum Wohle der Älteren umgesetzt werden. Ziel war zunächst eine Trennung zwischen Invaliden, die besser behandelt werden sollten, und den „Siechen“ zu erreichen (vgl. Breithaupt 1915, S. 81 f). Zugleich setzte der Wandel der Krankenhäuser zu medizinischen Einrichtungen

¹¹ Vgl. Kapitel 4

ein, die daran interessiert waren, den Kostenfaktor reiner Pfl egetätigkeit bei „Siechen“ zu vermeiden.

Nach dem 1. Weltkrieg wurden Heime im Rahmen der Altenhilfe gebaut, bzw. bestehende Bauten umgewandelt, um den zahlreichen, armen Alten eine Bleibe zu verschaffen. Daneben gab es weiterhin die Siechenhäuser (vgl. Meilander 1924, S. 13). Erst nach dem 2. Weltkrieg und der Währungsreform setzte ein planmäßiger Ausbau des Altenhilfebereiches ein (vgl. Fürer 1967, S. 126; Frie 1993, S. 20, 82). Erstmals stellt sich die Frage nach einer sinnvollen Betätigung und Beschäftigung alter Menschen im Heim. Eine steigende Zunahme der Einrichtungen kumuliert mit dem Wunsch nach qualitativer Versorgung.

Der weitere Ausbau der Einrichtungen lässt sich grob in drei Phasen unterteilen (vgl. KDA 1987, 1988). 1940 bis Anfang 1960 bestanden, entsprechend der wirtschaftlichen Gesamtlage, Altenheime mit einfacher Ausstattung: kleine Mehrbettzimmer, ohne Gemeinschaftsräume, begrenzte Anzahl an Toiletten und Waschräumen, etc.. Es handelte sich vorwiegend um Altenheime, nur größere Heime verfügten über eine zusätzliche Pflegestation.

Die zweite Phase zwischen 1960 und 1970 brachte mehrgliedrige Einrichtungen hervor. Eine Differenzierung zwischen Altenwohnheimen, Altenheimen und Altenpflegeheimen kristallisierte sich heraus. In diesem Zeitraum übernimmt das Pflegeheim eine dominierende Stellung. Doppelzimmer mit Nassbereich, Aufenthaltsmöglichkeiten und Gruppenangebote verbessern die Angebotspalette (vgl. KDA 1987, 1988).

Ab Mitte 1980 greift die dritte Phase. Das Pflegeheim tritt wieder in den Hintergrund. Bevorzugt werden Altenwohnhäuser, die das Altenheim und das Pflegeheim in einer Einrichtung integrieren und den Wohncharakter hervorheben (vgl. Burchard et al. 1983, KDA 1988).

Die Schaffung des Altenheimes vor ca. 100 Jahren kann als Ursprung der spezialisierten Altenhilfe betrachtet werden. Es stellte den ersten, speziell für versorgungsbedürftige alte Menschen ausgerichteten Dienst dar (vgl. Gnewekow 1997, S. 45). Belange alter Menschen hatten wie berichtet im geschichtlichen Verlauf nur eine randständige Bedeutung. Erst demographische Veränderungen zwangen die politischen Gremien dazu, explizite Planungen für diesen Personenkreis vorzunehmen. Heute hat sich die Lage durch den aktuellen demographischen Wandel¹² noch verschärft. Altenhilfe ist ein expandierender sozialpolitischer Sektor geworden. Auch der Versorgungsbereich Heim ist davon betroffen. Die stationäre Altenhilfe befindet sich erneut in einem Umbruch. Die Heime verändern sich hin zu reinen Pflegeeinrichtungen. Altenheimplätze im klassischen Sinn sind vom Aussterben bedroht. Die Datenlage für den Heim-

¹² Vgl. Kapitel 2.1. f

bereich lässt zu wünschen übrig. Es ist äußerst schwierig, Entwicklungen im Versorgungsniveau mit exakten Daten zu belegen. Schölkopf (1998) erkannte dieses Defizit und führte eine Längsschnittstudie zum Thema Entwicklung der Platzzahlkapazitäten in den letzten 35 Jahren und Personalentwicklung durch. Er sah sich bei seinem Vorhaben mit einer lückenhaften Datenlage konfrontiert. Tabelle 6 zeigt trotz mangelnder Dokumentation einen steten Zuwachs an Heimplätzen auf.

Tabelle 6: Stationäre Altenhilfe in der BRD. Entwicklung der Heimplatzkapazität seit 1961

Stationäre Altenhilfe in der Bundesrepublik: Entwicklung der Heimplatzkapazitäten (altes Bundesgebiet) seit 1961

	AWH-Plätze ^{a)}	AH-Plätze	APH-Plätze	Plätze in GE	Plätze in ME	Plätze insgesamt
1961	35.000	161.500	37.500	-	-	234.000
1964	38.000	168.000	44.000	-	-	250.000
1966	44.000	177.000	49.000			270.000
1969	41.045	190.850	68.856	-	-	300.751
1971	57.376	201.708	65.757	-	-	324.841
1975						387.914
1978	73.733	211.283	109.660	7.309	-	401.985
1979	74.047	212.186	109.953	8.866	-	405.052
1981 ^{b)}	64.873	154.962	39.281	6.858	156.388	422.362
1982						429.577
1983						436.224
1984	50.890	181.173	47.767	7.342	177.301	464.473
1985	50.948	173.574	50.804	6.023	194.920	476.269
1986	53.959	174.173	55.880	6.923	194.938	485.873
1987						489.365
1988	52.796	126.468	84.426	-	243.808	507.498
1989	51.414	125.555	83.681	-	250.797	511.447
1990	50.409	125.642	91.070	-	249.698	516.819
1991 ^{c)}						525.700
1994 ^{d)}						682.220
1995 ^{d)}						657.588

^{a)} Abkürzungen: AWH = Altenwohnheim, AH = Altenheim, APH = Altenpflegeheim, ME = Mehrgliedrige Einrichtung, GE = Gleichartige Einrichtung.

^{b)} Ab 1981 lassen sich die Plätze in mehrgliedrigen Einrichtungen in der Heimplatzstatistik nicht mehr entsprechend ihrer Zuteilung zu den jeweiligen Einrichtungsarten ausweisen, weil Bayern und Nordrhein-Westfalen die Plätze in mehrgliedrigen Einrichtungen nicht mehr differenziert an den Bund weitergeben.

^{c)} Die gesamtdeutsche Heimplatzstatistik erfasst nur Gesamtberlin. Den Angaben für die alten Bundesländer wurde daher die Zahl der West-Berliner Heimplätze des Jahres 1990 hinzugerechnet.

^{d)} 1994/1995 nachrichtlich: Zahl der Heimplätze für ältere Menschen in Gesamtdeutschland.

Quellen: BAG (1963: 469); Scholl (1964: 384); Scholl (1966: 306); Speerscheider (1970: 159 f.); StBA (1977: 62); Deutscher Städtetag u. a. (1973: 157 - 185); Rückert u. a. (1975: 302); BTD 8/2303: 14, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1979: 275); Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1982: 313); BTD 12/5897; Hinschützer (1988: 30) sowie Heimplatzstatistiken des Bundesfamilienministeriums.

Quelle: Schölkopf 1998, S. 2

Eine statistische Untersuchung im Auftrag des wissenschaftlichen Institutes der AOK (Gerste/Rehbein 1998, S. 48) kommt zu ähnlichen Zahlen. Die Datenbasis ergibt eine Anzahl von hochgerechnet 8000 vollstationären Einrichtungen, mit durchschnittlich 77 ganzjährigen Plätzen in Deutschland (ohne neue Bundesländer), die insgesamt über etwa 600.000 Pflegeplätze verfügen. Es handelt sich überwiegend um Doppelzimmer.

Der zweite Altenbericht (Deutscher Bundestag 1998, S. 94) bestätigt diese Daten nochmals. Laut der statistischen Werte leben 661.000 Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Dies stellt einen Anteil von 5,3 % der Altenbevölkerung dar.

Um Aussagen über eine adäquate Versorgung von Pflegebedürftigen treffen zu können ist eine differenziertere Betrachtungsweise Voraussetzung.

Nach Schölkopf (1998, Tabelle 6) lässt sich eine kontinuierliche Zunahme der Plätze konstatieren. Allerdings wuchsen die Pflegeplätze am stärksten an. Im Jahre 1971 waren zwei Drittel der Gesamtplätze auf Altenheimbewohner ausgerichtet, während ein Drittel für Pflegebedürftige zur Verfügung standen. Dieses Verhältnis verändert sich im Laufe der Jahre und verkehrt sich ins Gegenteil. 1990 machten die Altenheimplätze nur noch ein Drittel der Gesamtkapazität aus. Dieser Trend basiert auf dem Nachfrageverhalten der älteren Generation.

Tabelle 7: Entwicklung der Versorgungsquote in der stationären Altenhilfe

**Entwicklung der Versorgungsquoten
in der stationären Altenhilfe**

	Versorgungsquote mit Heimplätzen (für 100 Menschen im Alter von 75+ Jahren)	Versorgungsquote mit Pflegeplätzen (für 100 Menschen im Alter von ... Jahren)		
		75+	80+	85+
1961	12,3	2,0	4,6	15,9
1964	11,2	2,0	4,6	14,3
1966	11,5	2,1	4,8	14,9
1969	12,0	2,7	6,2	19,4
1971	12,3	2,5	5,6	17,1
1978	12,1	3,3	7,5	22,3
1979	11,7	3,2	7,2	21,4
1981	11,4	—	—	—
1984	11,4	—	—	—
1986	11,4	4,6	9,5	26,6
1988	11,1	5,2	10,3	27,8
1990	11,2	5,5	10,3	27,2
1994*	13,3	—	—	—

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Tabellen 2 und 3 sowie Daten aus den Statistischen Jahrbüchern.

* Die Angaben für 1994 sind auf Gesamtdeutschland bezogen; sie sind daher mit den vorherigen Jahren nicht vergleichbar. Aufgrund fehlender differenzierter Daten für Nordrhein-Westfalen und Bayern läßt sich zudem die Versorgungsquote mit Pflegeplätzen nicht mehr genau berechnen.

Quelle: Schölkopf 1998, S. 4

Die Entwicklung der Heimplatzkapazitäten bringt Konsequenzen für das Versorgungsniveau in der stationären Altenhilfe mit sich. Schölkopf (1998) berechnete die Versorgungsquote mit Heim- und Pflegeplätzen für Ältere ab 75 Jahren. Das Pflegefallrisiko steigt erst im höheren Alter rapide an¹³. Außerdem liegt das durchschnittliche Alter von Heimbewohnerinnen bei derzeit ca. 81 Jahren (vgl. Schneekloth 1998). Es war daher sinnvoll die Berechnungen ab dem 75. Lebensjahr vorzunehmen.

Trotz einer Verdoppelung der Zahl älterer Menschen ab 75 plus zeigt die Tabelle 7, dass das Verhältnis von Heimplätzen zur älteren Bevölkerung durch den kontinuierlichen Ausbau der Kapazität konstant gehalten werden konnte. Die Entwicklung von Pflegeplätzen lässt noch günstigere Aussagen zu. Hier hat sich

¹³ Vgl. Kapitel 2.1.4

das Angebot zwischen 1961 und 1994 mehr als verdoppelt. Die vorliegenden Daten lassen den Rückschluss zu, dass das bestehende Versorgungsniveau dem Bedarf gerecht wird.

Bei der Erweiterung des Platzangebotes kann nicht davon ausgegangen werden, dass es sich hier ausschließlich um Neubauten handelt. Die bauliche Qualität sowie Ausstattungsstandards gehören zu den ausschlaggebenden Kriterien zur Beurteilung der Lebens- und Wohnqualität. Schölkopf (1998, S. 4) ging der Frage nach, ob „angesichts der erheblichen Investitionskosten im Wohnungsbau die beschriebene Expansion der Heimplatzkapazitäten nur zu Lasten der Qualität der Einrichtungen möglich war“. Denkbar wären hier Verstöße gegen die Mindestbauverordnung, Vernachlässigung des gestiegenen Standards, Verzicht auf Modernisierungs- oder Sanierungsmaßnahmen oder Erhöhung der Bettenzahlen ohne bauliche Veränderung. Eine Auswertung der Datenlage brachte hierauf jedoch keine Hinweise. Im Gegenteil zeigt sich über die Jahre hinweg eine wesentliche Verbesserung der Ausstattung der Einrichtungen für alte Menschen (vgl. Schölkopf 1998). Diese Aussage bestätigten auch Schneekloth/Müller (1998). Sie stellten fest, dass der überwiegende Teil der Einrichtungen einen hohen Modernisierungsgrad aufweist. Im Zeitraum von 1980 bis 1990 modernisierten oder bauten 80 Prozent der Einrichtungen. Deutlich wurde jedoch auch, dass jedes 10. Heim seit 1970 keine Sanierungsmaßnahmen durchgeführt hat.

Tabelle 8: Übersicht über die Entwicklung der Belegungsdichte in Alten- und Pflegeheimen; Angaben in Prozent (gerundet)

	Verteilung der Plätze im Altenheimbereich				Verteilung der Plätze im Pflegeheimbereich			
	1960	1969	1975	1994	1960	1969	1975	1994
Plätze in								
1-Bett-Zimmern	36	54	77	74	6	12	26	39
2-Bett-Zimmern	35	34	20		21	30	45	
3-Bett-Zimmern	13	8	2		19	22	19	
4- und Mehrbett Zimmern	16	4	1		55	35	11	

Quelle: Schölkopf 1998, S. 5

Die Tabelle 8 gibt Auskunft über die Zimmerbelegungen. Hier zeichnet sich eine günstige Entwicklung ab. 1960 lebten noch etwa 30 Prozent der Bewohner in Zimmern mit drei und mehr Betten. Bis 1975 waren es nur noch 2,5 Prozent. Über drei Viertel der Altenheimbewohnerinnen lebten bereits in Einzelzimmern. Die Entwicklung im Pflegeplatzbereich vollzog sich in ähnlicher Weise. Hier überwiegt jedoch immer noch der Anteil von Zweibettzimmern.

Die beschriebene Kapazitätserweiterung im Heimbereich lässt auf einen Anstieg des Fachpersonals schließen. Auch dieser Bereich wurde mit der Längsschnittstudie von Schölkopf (1998) erfasst. Für diese Fragestellung fand sich noch weniger Zahlenmaterial als für die Heimplatzentwicklung. Die Aussagen zum Personalzuwachs im stationären Bereich stützen sich vorwiegend auf die Beschäftigungsstatistik der Bundesanstalt für Arbeit sowie den vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Mikrozensus. Während 1970 nur etwa 8000 Altenpflegerinnen registriert wurden, stieg die Zahl 1987 bereits auf 81.000 an. Nach dem Mikrozensus arbeiteten 1993 in den alten Bundesländern 177.000 Altenpflegerinnen. Diese Angaben verfälschen jedoch das Bild, da in diesen Zahlen auch Helferinnen enthalten sind. Es ist davon auszugehen, dass 1987 nur etwa ein Drittel durch eine mindestens zweijährige Altenpflegeausbildung qualifiziert ist. Die Tendenz ist steigend. Die Daten lassen auch keinen Schluss darüber zu in welchem Bereich die Pflegekräfte tätig sind (vgl. Schölkopf 1998).

In Ermangelung differenzierter Zahlen bezog Schölkopf (1998) Beschäftigungszahlen der Wohlfahrtsverbände zur Analyse hinzu. Die folgende Tabelle zeigt auf, wie viele Beschäftigte in den Heimen tätig sind, kann jedoch keinen Aufschluss über die Anzahl von examinierten Kräften geben. Wichtig ist hier jedoch der effektive Anstieg der Arbeitnehmerinnen im Heimbereich. In einem Zeitraum von zwanzig Jahren hat sich die Zahl der Beschäftigten in den Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege fast verdreifacht.

Tabelle 9: Heime für alte Menschen* in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände: Entwicklung der Kapazitäten und der Beschäftigungszahlen

Jahr	Zahl der Plätze bzw. Betten	Hauptberufliches Personal		
		insgesamt	vollzeitbeschäftigt	teilzeitbeschäftigt
1970	185.021	44.900	35.348	9.952
1973	208.546	55.370	40.087	15.283
1975	231.257	62.970	44.223	18.747
1977	241.270	71.457	50.464	20.984
1981	266.133	82.822	58.314	24.508
1984	290.614	94.834	–	–
1987	303.751	118.942	–	–
1990	335.201	130.274	90.205	40.069
1993 ^{b)}	401.290	157.498	98.411	59.087
1993 ^{c)}	441.094	174.051	112.577	61.474
1996 ^{c)}	418.853	205.756	125.287	80.469

^{a)} Heime für alte Menschen umfassen Einrichtungen mit Altenwohnungen, Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime und Altenkrankenheime.

^{b)} Zahlen für Westdeutschland.

^{c)} Zahlen für Gesamtdeutschland.

Quellen: Gesamtstatistiken der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

Quelle: Schölkopf 1998, S. 6

Die Entwicklung der Personalkapazität beruht nicht nur auf der quantitativen Zunahme von Heimplätzen. Im Laufe der Jahre wurde auch der Personalschlüssel verbessert. Lag dieser 1970 noch bei 1:4,1, so beträgt er heute 1:2,0 (vgl. Schölkopf 1998). Dies hängt auch mit der veränderten Bewohnerstruktur zusammen. Je mehr Pflegebedarf besteht, desto höher muss folgerichtig der Personalschlüssel angesetzt werden.

Schölkopf (1998, S. 8) konstatiert als Fazit seiner Studie, „tatsächlich wurden die Angebote der Altenhilfe in den letzten Jahrzehnten sowohl quantitativ wie qualitativ deutlich ausgebaut - und dies so stark, dass sie mit dem im gleichen Zeitraum zu beobachtenden Anstieg älterer Menschen mehr als nur mithalten konnten“. Er interpretiert, dass die Bewohner an Privatsphäre gewonnen haben und das Personal den Gegebenheiten angepasst worden ist.

Nachfrageverhalten

Die Situation älterer Menschen hat sich in den letzten Jahren hinsichtlich der finanziellen und bildungsmäßigen Grundlagen extrem verändert. Die Nutzer verschiedener Dienstleistungen im Pflegebereich legen Wert auf qualitativ hochwertige Serviceleistungen. Das Konsumentenbewusstsein ist gestiegen. Aufgrund des Nachfrageverhaltens hat sich ein Wettbewerb der Anbieter entwickelt. Nützliche Nebeneffekte hierbei sind eine Qualitätserhöhung, verstärkte Kundenorientierung, sowie die Umsetzung innovativer Konzepte (vgl. Naegele 1995).

Zur Bereitschaft, in ein Heim zu ziehen, wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt. Die Auswertungen stimmen im Ergebnis überein und konstatieren eine Abneigungshaltung. Etwa 80 Prozent der Befragten lehnen einen Heimeinzug kategorisch ab oder würden diesen nur im äußersten Notfall akzeptieren (vgl. u.a. Krings-Heckemeier et al. 1993; Wilderer 1989).

Die Zahl der erforderlichen Pflegeplätze hängt ab von der Anzahl der Nachfrager sowie deren Gesundheitszustand. Als weitere Faktoren bedingen Aspekte wie Wohnformen und Lebensstile, Verfügbarkeit familiärer Pflege, Finanzierungsmöglichkeit von Hilfen oder Heim und Familienstruktur das Nachfrageverhalten.

2.1.7 Pflegeleistungen und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung

Alten- und Pflegeheime leisten zur umfassenden Versorgung ihrer Bewohnerinnen eine Kombination von Sach- und Dienstleistungen rund um die Uhr. Der folgende Teil gibt einen differenzierten Überblick über die vielfältige Aufgabepalette von Altenpflegerinnen im stationären Bereich.

Leistungen der Behandlungspflege

Unter dem Begriff Behandlungspflege subsumieren sich alle Leistungen der medizinischen Versorgung, die auf einer ärztlichen Verordnung beruhen. Im Heimbereich gehören vor allem die Medikamentengabe, medizinische Einreibungen sowie das Anlegen von Kompressionsverbänden dazu. Wie Schaubild 8¹⁴ zeigt sind diese Aufgaben mindestens einmal pro Tag erforderlich.

¹⁴ Die Daten beruhen auf einer 1999 durchgeführten Untersuchung von 223 Heimbewohnerinnen in Mönchengladbach. Die Erhebung wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von den Altenheimen der Stadt Mönchengladbach erstellt und von Bernhild Birkenbeil und Elisabeth Kerkhoff schriftlich aufbereitet.

Schaubild 8: Art und Häufigkeit behandlungspflegerischer Leistungen

Einzelleistung	täglich	seltener	insgesamt	Leistungen
				pro Tag
erbracht bei % der Bewohner(innen)				
Medikamentengabe	90 %	–	90 %	3,0
Verband/Wundversorgung	21 %	6 %	26 %	1,3
Kompressionsverband	13 %	–	13 %	1,4
Einreibung	23 %	1 %	25 %	1,9
Injektion	6 %	–	6 %	1,8
Dekubitusbehandlung	5 %	–	–	2,3
Vitalwertkontrolle	5 %	15 %	19 %	1,7
Blutzuckerkontrolle	–	20 %	20 %	0,2
Infusion	3 %	–	–	1,1
Katheterversorgung	3 %	4 %	7 %	0,7
sonstige Leistungen	13 %	6 %	19 %	1,6

Quelle: Birkenbeil/Kerkhoff 1999, S. 20

Leistungen der grundpflegerischen Versorgung

Zur Pflege gehört neben der Behandlungspflege die grundpflegerische Versorgung. Unter diesen Begriff fallen Leistungen wie Körperpflege, Teilwäsche oder Baden, Prophylaxen, Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme sowie der Komplex der Mobilität. Der Bedarf entsteht aufgrund körperlicher Einschränkungen oder psychischer Veränderungen. Wie Schaubild 9 zeigt, erstreckt sich die grundpflegerische Versorgung über den gesamten Tagesablauf.

Leistungen im Bereich der psychosozialen Betreuung

Bewohnerinnen, die im Pflegeheim leben, sind in besonderem Maße auf Kommunikation und Zuwendung seitens der Mitarbeiterinnen angewiesen. Aussenkontakte und Besuche gestalten sich aufgrund physischer und /oder psychischer Einschränkungen schwierig. Dies trifft auch auf gleichaltrige Bekannte und Freunde zu, wodurch Besuche nur noch selten durchgeführt werden können. Die hohe Bedeutung dieses Bereiches ist unbestritten, dennoch lassen sich derartige Leistungen schwer operationalisieren. Der sozialbetreuerische Umfang ist nicht exakt zu benennen. Sympathien und Antipathien spielen eine große Rolle. Die Trennung zwischen persönlicher Zuwendung und Professionalität bleibt eine Grauzone (vgl. Birkenbeil/ Kerkhoff 1999, S. 34 f).

Logistik und Dokumentation

Neben den pflegerischen Tätigkeiten gehören zum Aufgabenprofil der Altenpflegerin begleitende Arbeiten, die sich im Zweitbudget niederschlagen. Hierzu sind u.a. zu nennen: Übergabegespräche, Dokumentation und administrative Aufgaben, Dienstbesprechungen, Bestellungen, Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben, Fortbildungen, Speisenversorgung, pflegerelevante Reinigungsarbeiten.

Schaubild 9: Leistungen der Grundpflege und Häufigkeit des Hilfebedarfs

Art der Leistung	täglich	seltener	insgesamt	pro Tag
erbracht bei % der Bewohner(innen)				
Körperpflege:				
Morgentoilette	86 %		86 %	1,0
Abendtoilette	82 %		82 %	1,0
Baden/Duschen	2 %	89 %	91 %	0,2
Einzelleistungen außerhalb von Morgen-/Abendtoilette	39 %	7 %	46 %	2,3
Hilfe bei Ausscheidungen	74 %	2 %	75 %	3,4
Prophylaxen:				
Dekubitus	33 %		33 %	2,7
Soor/Parotitis	13 %		13 %	1,7
Kontraktur	21 %		21 %	3,1
Pneumonie	27 %		27 %	2,2
Ernährung – Hilfen bei der Nahrungsaufnahme:				
4 Hauptmahlzeiten	69 %		69 %	
zwischendurch	44 %		44 %	1,9
Ernährung – Nahrung reichen:				
4 Hauptmahlzeiten	27 %		27 %	
zwischendurch	25 %		25 %	2,9
Mobilität:				
körpergerechtes Lagern	50 %		50 %	2,8
Hilfe beim Bewegen	57 %	2 %	60 %	3,1
gezielte Mobilisation	52 %	1 %	53 %	2,1
Hauswirtschaftliche Versorgung:				
Bettwäschewechsel/ Bett richten	92 %	7 %	100 %	1,8
bedarfswise Reinigungsarbeiten	58 %	19 %	78 %	1,2
Wäschepflege	23 %	74 %	98 %	0,8

Quelle: Birkenbeil/Kerkhoff, 1999, S.25

Personalstand

Bis zur Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung 1996 gab es in den 16 Bundesländern zwischen den Heimträgern und den überörtlichen Sozialhilfeträgern Vereinbarungen über den erforderlichen Personalstand in den Häusern. Diese Einzelabsprachen, die sog. Personalanhaltszahlen je Bundesland, resultierten aus der unterschiedlichen Definition der Pflegestufen (vgl. Gero Care 1997).

Die Personalanhaltszahlen wurden trotz der entscheidenden Veränderungen des Arbeitsfeldes nicht angehoben. Die daraus resultierenden Personalschlüssel trugen wesentlich zum Pflegenotstand bei. Als Einflussgrößen für die veränderten Rahmenbedingungen benennt Gennrich (1955, S. 5)

- „- Die Jahresarbeitszeit der MitarbeiterInnen hat seit 1968 kontinuierlich abgenommen.
 - Der Anteil der schwer Pflegebedürftigen unter den HeimbewohnerInnen hat drastisch zugenommen.
 - Aktivierende Pflege und die Betreuung dementiell erkrankter alternder Menschen erfordert zunehmend eine personalintensive, aber auch fachlich qualifizierte Betreuung.“

Über einen langen Zeitraum gelang es nur durch den Einsatz von Zivildienstleistenden, zusätzlichen Helferinnen und Schülerinnen, eine angemessene Pflege zu sichern.

Dieses System der Personalanhaltszahlen wurde mit der Vereinheitlichung der Pflegestufen im Zuge der Pflegeversicherung außer Kraft gesetzt (vgl. Gero Care 1997).

Der Personalbedarf errechnet sich seit Beginn der 2. Stufe der Pflegeversicherung nach den Maßgaben des sog. Standard-Pflegesatz-Modells. Nach dieser Berechnung, die Gültigkeit für alle Heime hat, ergeben sich Zeitwerte, in denen die gesamte Pflege und Betreuungstätigkeit pro Tag und Person geleistet werden muß. Konkret bedeutet dies: 45 Minuten/Tag für Pflegestufe I, 71 Minuten/Tag für Pflegestufe II und 128 Minuten/Tag für Pflegestufe III.

Betreuungszeiten für Personen mit der Stufe 0, die sich beträchtlich summieren, bleiben unberücksichtigt. Bei einer Mischkalkulation kann davon ausgegangen werden, dass etwa 70 Minuten pro Tag und Bewohnerin für die Pflege zur Verfügung stehen (vgl. Fischer 1997, S.16).

Der tägliche Gesamtzeitwert für Pfl egetätigkeiten (Birkenbeil/Kerkoff, 1999) übersteigt die errechneten Vorgaben enorm. Die Zeit von 128 Minuten pro Tag für Bewohner der Pflegestufe III wird in der Mönchengladbacher Studie in etwa für Personen der Pflegegruppe 0 aufgewendet. Für Ältere mit Stufe III sind in der Praxis 422 Minuten für eine annähernd adäquate Versorgung erforderlich.

Susanne Schäfer-Walkmann (2002, S. 121) kommt bei ihrer Untersuchung von tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Badener-Pflegeheimen auf einen Zeitwert von 155 Minuten für Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen der Stufe III.

Schaubild 10: Täglicher Zeitaufwand pro Pflegestufe (Schätzwerte)

Leistung	Pflegestufe 0		Pflegestufe 1		Pflegestufe 2		Pflegestufe 3	
	Minuten	%	Minuten	%	Minuten	%	Minuten	%
Behandlungspflege	33,4	93	36,1	100	29,7	82	48,5	134
Körperpflege	28,2	41	69,2	100	90,9	131	147,6	213
Prophylaxen	9,6	73	13,2	100	15,4	117	69,6	527
Nahrungsaufnahme	34,8	79	44,0	100	56,8	129	74,6	170
Mobilität	25,4	83	30,5	100	46,6	153	62,2	2
Hauswirt. Vers.	17,0	57	30,1	100	30,6	102	39,1	130
Insgesamt	103,3	51	203,8	100	254,4	125	422,0	207

Quelle: Birkenbeil/Kerkhoff 1999, S. 38

Die beiden Bezugsgrößen Zeitbudget und Qualität korrelieren. Wenn die erforderliche Zeit nicht zur Verfügung steht, ist zu vermuten, dass die Einsparung zum Nachteil der Qualität erfolgt.

Die unangemessenen Zeitwerte für pflegerische Maßnahmen tragen zur Frustration der Bewohnerinnen und Pflegekräfte bei. Am Beispiel der Morgentoilette lässt sich die Diskrepanz gut darstellen. Zur morgendlichen Grundpflege gehören Einzeltätigkeiten wie Hilfe beim Aufstehen, Toilettengang, Hilfe beim Waschen des gesamten Körpers, Hilfe bei der Mundpflege, Kämmen, Hautpflege, sowie Anziehen. Für diese komplexen Verrichtungen werden für Heimbewohnerinnen der Stufe I 15 Minuten, der Stufe II 35 Minuten und der Stufe III 45 Minuten veranschlagt. Eine Unterstützung bei Ausscheidungen muss je nach

Stufe zwischen zwei und vier Minuten erledigt sein (vgl. Birkenbeil/Kerkhoff 1999, S. 59 f). Aktivierende Pflege ist hinsichtlich dieser Vorgaben kaum möglich. Diese defizitäre Versorgungssituation prägt das Tätigkeitsfeld und führt zu Belastungen.

Birkenbeil/Kerkhoff (1999, S. 65) haben durch Vergleichsrechnungen den tatsächlich erforderlichen Personalbedarf ermittelt und kommen zu dem Ergebnis, dass rund 45 Prozent mehr Personal erforderlich wäre, um eine qualitativ angemessene Pflege leisten zu können.

Bei der vorliegenden Situation verwundert folgendes Ergebnis nicht. Eine in Baden-Württemberg durchgeführte Untersuchung (Noelle-Neumann/ Haumann 2000) führte zum Ergebnis, dass nur etwa ein Drittel von 180 befragten Altenpflegeschülerinnen in einem Altenheim tätig werden möchte. Zum gleichen Ergebnis kommt die Längsschnittstudie von Becker/Meifort (1997, S. 189).

Die derzeit übliche pauschale Betrachtung durchschnittlicher Personalstände kann dem Anspruch einer bedarfsgerechten Pflege nicht gerecht werden. Als Grundlage für Personalberechnungen müsste der jeweilige Hilfebedarf der Bewohnerinnen eingeschätzt und bewertet werden. Unter Berücksichtigung der gesetzlich geforderten Qualitätsstandards wäre so eine adäquate Personalbedarfsberechnung möglich. Die sich daraus ergebenden verbesserten Personalschlüssel blieben jedoch infolge der vorliegenden Praxis in Form von Deckelungen der Pflegesätze seitens der Kostenträger marginal.

Eine zeitgemäße bedarfsorientierte Mitarbeiterplanung erfordert andere Berechnungsmuster.

Die Personalbedarfsplanung basiert auf der Berechnung der erforderlichen Pflegezeiten pro Bewohner. Eine Möglichkeit der Erfassung bildet das PLAISI-ER-Verfahren. Hierbei werden anhand einer Nomenklatur die pflegerischen Gesamtaufgaben untergliedert und bewertet. Um zu sinnvollen Ergebnissen zu kommen, ist eine stark differenzierte Aufgabengliederung von Bedeutung. Eine analytische Pflegezeitmessung nach diesem Prinzip erfordert die Bearbeitung mit einem Computer, da die anfallenden Datenmengen von Hand nicht kostengünstig auswertbar sind. Eine Betrachtung der Aufgabendifferenzierung zeigt nochmals deutlich, auf wie komplex und schwierig die Pflege Tätigkeit ist. Mit dem PLAISI-ER-Verfahren erfolgt eine personenbezogene Auswertung des nach Expertenurteil erforderlichen täglichen Pflegezeitbedarfs. Daraus errechnet sich der Personalbedarf (vgl. GeroCare 1997).

Dieses Verfahren wird in der Praxis bereits angewendet. Ein Modellversuch des Bundesfamilienministeriums zur Personaleinschätzung in Pflegeheimen kam zum Ergebnis, dass etwa 40 % mehr Pflegekräfte erforderlich wären, um den erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen bewältigen zu können. Untersucht wurden elf Pflegeheime der Arbeiterwohlfahrt anhand des in Kanada entwickelten PLAISIR-Verfahrens. Unter wissenschaftlicher Begleitung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe kamen bio-psycho-soziale Profile der Heimbewohner zur Auswertung. Der hohe Bedarf an professionellen Pflegekräften ergibt sich insbesondere aus der stetig steigenden Zahl desorientierter Bewohnerinnen (vgl. Pflege 2000).

Trotz erheblicher Mehrkosten konnte im Krankenpflegebereich Stück für Stück eine leistungsbezogene Personalbedarfsermittlung implementiert werden. Im Altenhilfebereich fehlen vergleichbare Ansätze gänzlich.

Der künftige Personalbedarf sollte anhand von qualitativen und quantitativen Aspekten unter der Prämisse berechnet werden, dass die Pflegeaufgaben in angemessener Form und wirtschaftlich ohne Überforderung der Mitarbeiterinnen durchgeführt werden können (vgl. Gennrich 1995, S. 33). Bei den heute noch üblichen Berechnungen bleiben wichtige Determinanten, wie z.B. der Einbezug von Fehlzeiten, unberücksichtigt.

Die durch gesetzliche Bestimmungen formulierten Anforderungen an die Pflege in Heimen können nur umgesetzt werden, wenn sich die personellen Rahmenbedingungen in entsprechender Form angleichen. Anderenfalls geraten die Mitarbeiterinnen in die Situation der Selbstüberlastung und des Burnout (vgl. Stengl, 1991, S. 356 f).

Gennrich (1995, S. 161 f) konstatiert, dass eine zeitgemäße Personalermittlung durch das eindeutige definieren und quantifizieren der zwei Hauptaspekte „Arbeitszeit“ und „Pflegezeitbedarf“ durchgeführt werden muss. Die Berechnung der Arbeitszeit erfolgt auf der Basis der Kalendertage pro Jahr unter Einbezug der errechneten Fehlzeiten. Ein angemessener Pflegezeitbedarf berücksichtigt direkte und indirekte Pflegezeiten sowie den Nachtdienst. Beide Determinanten werden in eine nachvollziehbare mathematische Relation gesetzt.

Nachfolgende Tabelle veranschaulicht eine Beispielrechnung zur Stellenermittlung für eine Station mit 20 Bewohnerinnen.

Tabelle 10: Beispiel einer Stellenermittlung

Beispiel einer Stellenermittlung			
	Rechen- vorgang	Minutenwerte pro BewohnerIn	
		Die Werte wurden jeweils auf- bzw. abgerundet	
		116	direkte Pflege (G3 angenommen)
	plus	32	indirekte Pflege (40% von 82 Minuten)
pro BewohnerIn	ergibt	148	direkte und indirekte Pflege
für 20 BewohnerInnen	x 20	2.960	Pflegezeitminuten pro Tag
	x 365	1.080.400	pro Jahr
	/ 60	18.007	Stunden pro Jahr im Tagdienst
Nachtdienst	plus	3.285	Nachtdienst (1 Arbeitsplatz)
			Schichtlänge 10 Stunden, 22 % Fehlzeit
gesamter Pflegezeitbedarf		21.292	Stunden pro Jahr/20 BewohnerInnen
Nettoarbeitszeit	Divisor	1.500	(5-Tage-Woche/22% Fehlzeit)
benötigte Stellen		12	nur Tagdienst
benötigte Stellen		14,19	Planstellen Tag und Nachtdienst
dies entspricht einem Personalschlüssel von 1 MitarbeiterIn zu	1,41		Gesamtpersonal (Tag und Nacht)
1 MitarbeiterIn zu	1,67		Tagdienst
1 MitarbeiterIn zu	9,13		Nachtdienst

Tabelle 85, Modellrechnung zum Personalbedarf

Quelle: Gennrich 1995, S. 173

In der Praxis wären realistischen Berechnungen zufolge weit mehr Stellen erforderlich als sich durch die Berechnung aus den Vorgaben der Pflegeversicherung ergeben. Durch die knappe Personalbesetzung in Relation zu dem skizzierten hohen Pflegeaufwand der Bewohnerinnen sind Be- und Überlastungen vorprogrammiert.

2.1.8 Zusammenfassende Überlegungen

In den vorausgegangenen Kapiteln sollte deutlich werden, wie entscheidend sich die Arbeitsmarktsituation im Altenhilfebereich in den letzten Jahren verändert hat. Ausschlaggebend für diese Entwicklung ist ein fortschreitender demographischer und sozialstruktureller Wandel, der sich eklatant auf die Versorgungslandschaft der älteren Bürger auswirkt.

Der prognostizierte demographische Umbruch ergibt sich durch die Zunahme der absoluten Zahlen älterer Menschen einhergehend mit einem Anstieg hochbetagter Personen sowie dem allmählichen Sinken der Gesamtbevölkerung. Das Alter unterliegt daneben strukturellen Veränderungen, die sich mit bekannten Schlagworten wie Differenzierung, Verjüngung, Feminisierung und Singularisierung des Alters beschreiben lassen. Außerdem ist mit einer Zunahme der Zahl Schwerpflegebedürftiger, teils multimorbid Erkrankter, psychisch und/oder dementiell Betroffener im Altenhilfebereich zu rechnen.

Diese aufgezeigten Veränderungen erzeugen neuartige Bedarfslagen und konstatieren eine Tendenz zu einem gesteigerten Bedarf der Nutzung von professionellen Hilfeangeboten. Dies trifft, wie bekannt, vorwiegend auf hochaltrige Personen und vor allem Frauen zu (vgl. Dieck/Naegele 1992).

Politik und Anbieter im Seniorenssektor haben die eklatante Entwicklung zu spät zur Kenntnis genommen und daher keine Anstrengungen zur frühzeitigen Sicherung des erforderlichen professionellen Personals unternommen. Insgesamt betrachtet besteht im Altenhilfebereich eine zu geringe institutionelle Ausdifferenzierung verbunden mit einem niedrigen Professionalisierungsgrad.

In Anbetracht der demographischen Lage – Rückgang des Anteils Jüngerer an der Gesamtbevölkerung, geringe Zahl potentieller Arbeitskräfte – verbunden mit dem negativen Image des Altenpflegeberufes wird der Bedarf an examinierten Pflegekraften immer schwieriger zu decken sein. Aus den Gegebenheiten verstärken sich die Belastungen für die derzeit Altenpflegerinnen. Mit weiteren Berufsausstiegen ist zu rechnen.

Die Sozialpolitik regierte auf die Risiken und Problemlagen - wenn auch etwas zu spät - mit gesetzlichen Regelungen. Durch diese neu geschaffenen oder novellierten Gesetze soll zum einen der Verbraucherschutz und die Rechte älterer Menschen verbessert und gestärkt werden, zum anderen unterstützen sie die Bestrebungen zur Gewinnung von professionellen Mitarbeiterinnen.

Aus der Umsetzung der Paragraphen u.a. des Heimgesetzes und des Pflegequalitätssicherungsgesetzes ergeben sich für die Pflegerinnen weitere Belastungen im Arbeitsalltag. Diese zusätzlichen Leistungsbereiche müssen ohne eine Erhöhung des Personalstandes umgesetzt werden und führen zu Zeitdruck und Überforderungen.

Besonders gravierende Einschnitte brachte die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes mit sich. In der Auswirkung ergab sich für die Einrichtungen eine Verringerung des finanziellen Spielraums, was letztendlich zu veränderten Arbeitssituationen im Heimbereich geführt hat. Aus dem Gesetz resultierende Neuerungen wie z.B. die Einführung von Qualitätsmaßstäben und Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Zunahme des Wettbewerbs, eine Berechnung des Betreuungsaufwandes nach Pflegestufen, Versorgung von Bewohnerinnen ohne Stufe mit hohem Versorgungsaufwand, etc. gingen mit einem planmäßigen Rückgang des Personalstandes auf der Station einher. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge hat die Pflegversicherung maßgeblich zur Verstärkung von Belastungen und dem vermehrten Auftreten von Burnout im Altenpflegebereich beigetragen.

Die durch den demographischen und sozialstrukturellen Wandel hervorgerufenen erschwerten Arbeitssituationen wirken sich nachteilig für die Altenpflegerinnen aus. Verursacht durch Zeitdruck und vermehrte Arbeitsbelastungen verschlechtern sich die Beziehungen zu Kolleginnen und Vorgesetzten. Der Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum geht zurück. Diese Arbeitsbedingungen führen zu einer kontinuierlichen Reduzierung der Arbeitszufriedenheit und leisten dem Anstieg in allen Burnout-Dimensionen Vorschub.

2.2 Situationsanalyse zum Thema Pflegeberufe

Nach der Bewertung verschiedener Faktoren der Arbeitsmarktentwicklung, sowie der vorliegenden Situation im Heimbereich stehen im folgenden Teil die Akteure im Mittelpunkt der Betrachtung. Eine Analyse der geschichtlichen Bezüge, des Berufsbildes, der Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie ausgewählter Determinanten zur Berufssituation soll aufzeigen inwieweit Altenpflegerinnen auf die anspruchsvolle Tätigkeit im Alten- und Pflegeheim vorbereitet sind. Die grundlegende Einstellung zum Beruf, die erworbenen Schlüsselqualifikationen sowie die persönliche Motivation sind bedeutsam für den Umgang mit Belastungen und Beanspruchungen im Pflegealltag.

2.2.1 Historische Grundlagen und Entwicklungen

Ein Blick auf die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflegeausbildung gibt Aufschluss über tradierte Strukturen und Wertvorstellungen. Die Entwicklung der Berufsethik, des Charismas der Pflege, lässt sich weit zurückverfolgen. Die ethisch-moralischen Wertvorstellungen im Umgang mit kranken und alten Menschen haben sich von der traditionellen Krankenpflege auf die Altenpflege übertragen (vgl. Böhm 1988). Zum Verständnis der Entstehung des Pflegecharismas sowie des Berufsbildes ist es sinnvoll, zunächst die Geschichte der Krankenpflege zu betrachten, aus der sich später die Altenpflege herauskristallisiert hat.

Die Geschichte der Krankenpflege war von je her eng mit der Entwicklung der Medizin verknüpft. Der beiden Berufsgruppen zugrundeliegende gemeinsame Heilauftrag stellt die Verbindung her.

Meilensteine in der Geschichte der Krankenpflege

Die Entstehung der Krankenpflege geht zurück bis zum frühen Christentum. Zu dieser Zeit änderte sich die Einstellung gegenüber kranken Menschen. Das im späteren Verlauf immer wieder kehrende Gebot der Barmherzigkeit hat zentrale Bedeutung für die Pflegegeschichte. Es beruht auf der Gleichsetzung des Dienstes am hilflosen Nächsten mit dem Dienst an Gott: „Die christliche Caritas ist seit den Worten der Heiligen Schrift eine nicht auflösbare Einheit der Gottes- und der Nächstenliebe Die Gleichnisse vom Weltgericht (Mt 25, 31) und vom barmherzigen Samariter (LK 10, 30), welche zur Grundlage der

eigentlich christlichen Krankenpflege geworden sind, erheben die barmherzige Haltung zur Tugend: „Wieviel ihr getan habt an einem meiner geringsten Brüder, soviel habt ihr an mir getan.“ Denn im Dienste am Kranken ist es Gott selbst, dem der Barmherzige dient...“ (vgl. Seidler, 1993, S. 71 f).

Die Umsetzung erfolgte durch Schaffung von Einrichtungen sowie dem Einbezug von Diakonen und Diakonissen sowie Jungfrauen und männliche Krankendiener zu karitativen Dienstleistungen (vgl. Bischoff 1992, S. 18).

Mit der christlichen Haltung zur Krankheit ging eine Stagnation der medizinischen Weiterentwicklung einher. Krankheit wurde als Prüfung der unsterblichen Seele gesehen. Die Behandlung der körperlichen Leiden trat dadurch in den Hintergrund. Die Epoche der Klostermedizin (vgl. Schipperges 1996, S. 129) wurde 1130 abgelöst durch die scholastische Medizin, die in Medizinschulen und ersten Universitäten ausgeübt wurde (vgl. Ackerknecht 1992, S. 57 f). Diese Entwicklung, gekennzeichnet durch das Verbot von ärztlichen Tätigkeiten für Mönche und die Entstehung der weltlichen Medizinschulen führte zu einer Trennung der Bereiche Medizin und Pflege. Der Epochenwechsel kann als Ausgangspunkt für die heute noch bestehende Unterordnung der Pflege unter die Medizin bezeichnet werden.

Noch im 19. Jahrhundert konnte die Pflege kranker Menschen von jedermann ohne fachliche Kenntnisse ausgeübt werden. Gesetzliche Grundlagen oder Ausbildungsrichtlinien fehlten gänzlich. Gezielte Fortbildungen und Schulungen erfolgten nicht. Die niedere Stellung der Pfleger wird nochmals deutlich bei Anne Sticker (1960), welche die Situation wie folgt darstellt:

„Es ist ein wahrer Jammer anzusehen, welche Menschen man als Krankenwärter und Wärterinnen anstellt. Jeder Alte, Versoffene, Tiefäugige, Blinde, Taube, Lahme, Krumme, Abgelebte, jeder, der zu nichts in der Welt mehr taugt, ist dennoch nach der Meinung der Leute zum Wärter gut genug. Menschen, die ein unehrliches Gewerbe getrieben haben, Faulenzer, Taugenichtse, alle die scheinen vielen noch außerordentlich brauchbar als Krankenwärter.“ (Zitat aus Anne Sticker, 1960, S. 90¹⁵)

Die Missstände im Bereich der Pflege standen in eklatantem Gegensatz zu dem Fortschritt auf dem medizinischen Sektor. Aus dieser Situation resultierten die ersten Reformvorschläge. Die Krankenpflege entwickelte sich daraufhin rapide weiter. Hierzu trugen insbesondere die Ordensgemeinschaften bei. Auch Faktoren wie Bevölkerungsentwicklung, Verstädterung, medizinischer Fortschritt und Sozialgesetzgebung, verhalfen der Pfl egetätigkeit zu einem neuen Ruf (vgl. Kruse, 1987, S. 14 f). Der Bedarf an fachlich geschultem Personal wuchs an. Die

¹⁵ Ausspruch von Johann-Friedrich Dieffenbach, Arzt der Berliner Charité, 1832, zitiert von Anne Sticker 1960, S. 90

Bedeutung der Krankenhäuser nahm weiter zu. Auch die Anzahl der versorgten Patienten wuchs kontinuierlich (vgl. Spree 1996, S. 59, Klotter 1997).

Die Krankenpflegerinnen im 19. Jahrhundert gehörten größtenteils katholischen und evangelischen Ordensgemeinschaften an und pflegten aus religiösen Beweggründen heraus. Sie betrachteten ihre Tätigkeit als Berufung und nicht vorrangig als Gelderwerb. Freiberuflich Tätigen hingegen ging es um das Mitwirken bei ärztlichen Tätigkeiten und um sicheres Einkommen.

Der Pfarrer Theodor Fliedner engagierte sich für die Verbesserung sozialer Missstände. Neben den Belangen Straftentlassener und Kindern interessierte er sich auch für die Krankenpflege. Im Jahre 1836 gründete er die erste große evangelische Pflegegemeinschaft, den „Evangelischen Verein für christliche Krankenpflege in der Rheinprovinz und Westfalen“. In Anlehnung an das Mutterhauskonzept der Barmherzigen Schwestern organisierte er einen Pflegedienst, der sowohl im Krankenhaus als auch in der eigenen Häuslichkeit Pflegedienste übernahm. Fliedner war es wichtig, dass die Schwestern eine fundierte Ausbildung durch einen Arzt erhielten, und legte durch die Eröffnung seiner Krankenpflegeschule den Grundstein für eine fortschrittliche Schwesternausbildung (vgl. Seidler 1993, S. 197 f, Ackerknecht 1992, S. 152).

Die evangelische Kirche engagierte sich infolge der zur katholischen Kirche unterschiedlichen Glaubenshaltung bis ins 19. Jahrhundert kaum im Bereich der Pflege. In den protestantischen Ländern verrichteten von den Städten und Gemeinden bezahlte Frauen und Männer die pflegerischen Tätigkeiten (vgl. Bischoff 1992, S. 26). Dieses Verfahren war ein wichtiger Schritt in der Entwicklung der Krankenpflege zur anerkannten bezahlten Tätigkeit.

Die katholische Kirche blieb in katholischen Ländern dominierend in der Versorgung Kranker. Verschiedene christliche Vereinigungen wurden ins Leben gerufen. Vinzenz von Paul (1581-1660) gründete die „Confrérie de la Charité“. Hierbei handelte es sich um einen Zusammenschluss von verwitweten und verheirateten Frauen, die zur häuslichen Pflege von Armen und Kranken verpflichtet wurden. Dieser Zusammenschluss diente als Vorreiter für den Orden der Barmherzigen Schwestern, der weit verbreitet tätig wurde (vgl. Seidler 1993, S. 133).

Die Gemeinschaft „Filles de la Charité“, gegründet durch Madame Le Gras sorgte für die Ausbildung und versandte die Frauen an die jeweiligen Einsatzorte. Ein wesentlicher Unterschied zu den christlichen Orden bestand darin, dass die Mitglieder keine religiöse Weihe zur Ordensfrau ablegten. Die Schwestern erhielten bewusst eine fachliche Ausbildung. Sie „mussten lesen, schreiben und rechnen lernen, sie wurden mit den Grundregeln praktischer pflegerischer Tätigkeit vertraut gemacht und grundsätzlich auf Vertrauen in die

Anordnungen der Ärzte verpflichtet. Sie lernten die wichtigsten Heilmittel kennen und durften zur Ader lassen und schröpfen“ (vgl. Seidler 1993, S. 134). Die Krankenpflege des 19. Jahrhunderts geriet in ein Spannungsdreieck von caritativer Liebestätigkeit, Erwerbsmöglichkeit für Frauen sowie Assistenz der Ärzte (Kruse, 1987, S. 20). Dieses Spannungsverhältnis beeinflusste maßgeblich den Entwicklungsprozess der Verberuflichung der Pflgetätigkeit. Bis in die 60er Jahre herrschte ein Zwist um „dienen - verdienen“. Erwerbsmöglichkeiten durch pflegerische Tätigkeiten wurden nicht zugestanden. Pflege galt als „religiös-sittliche“ Verpflichtung, für die keine Vergütung erforderlich wurde (vgl. Kruse 1987, S. 21).

Ein weiterer Engpass ergab sich im 19. Jahrhundert durch die vielfältigen Kriege. Zur Versorgung der Kriegsverwundeten mussten neue Strategien eingesetzt werden. Als zwei der wichtigsten, wenn auch zunächst außerdeutschen Initiativen nennt Seidler (1993, S. 200 f.) die Nightingale-Bewegung und die des Roten Kreuzes.

Florence Nightingale befasste sich, inspiriert durch die Aktivitäten von Theodor Fliedner, mit dem Krankenhauswesen. Nach Ausbruch des Krimkrieges übernahm sie die Organisation der Pflege verwundeter Soldaten. Infolge ihrer erfolgreichen Bemühungen erhielt sie im Jahre 1856 den Titel einer „Generaloberin der weiblichen Krankenpflege der Militärkrankenhäuser der Armee“ (vgl. Seidler 193, S. 204). Sie gilt heute noch als Pionierin auf dem Sektor der Pflege. Bereits 1860 gründete sie eine unabhängige Krankenpflegeschule und ermöglichte es Frauen, erstmals ohne christliche Anbindung diesen Beruf zu erlernen. Die Bemühungen von Florence Nightingale trugen maßgeblich zur Anerkennung der Krankenpflege als Lernberuf bei und ermöglichten es somit Frauen, eine öffentlich anerkannte Ausbildung in der Pflege absolvieren zu können (vgl. Ackerknecht 1992, S. 152; Seidler 1993, S. 204 f). Mit ihren theoriegeleiteten Überlegungen, sowie ersten Aufzeichnungen über Pflegeziele und – handlungen legte sie den Grundstein für die Entwicklung späterer Pflege-theorien (vgl. Meleis 1999, S. 61).

Henri Dunant initiierte die Gründung des Roten Kreuzes. Als Augenzeuge der Schlacht bei Solferino 1859 bemerkte er die unzureichende Versorgung der Verwundeten. Von diesem Zeitpunkt an setzte er sich für die Gründung einer internationalen Organisation ein. Seiner Idee zufolge sollte jeder Staat auf gesetzlicher Grundlage basierend eine Vereinigung gründen, die im Kriegsfall die Versorgung der Verwundeten sicherstellen und in Friedenszeiten für die Ausbildung geeigneter Helfer sowie die Beschaffung von Materialien sorgen sollte. Als gemeinsames Kennzeichen für Schutz und Neutralität wählten diese Vereine in Abwandlung der Schweizer Flagge das Symbol des roten Kreuzes

auf weißem Grund aus. Die Organisation breitete sich enorm aus und entwickelte sich rasch weiter. Die Gründung des Roten Kreuzes war bedeutsam für die allgemeine Reform der Krankenpflege (vgl. Seidler 1996, S. 295).

Agnes Kroll, eine ehemalige Rotkreuz-Angehörige, formierte sich mit gleichgesinnten Frauen, um für eine verstaatlichte Ausbildung, bessere Löhne und Arbeitszeiten sowie für die Freiheit der Schwestern zu kämpfen. 1903 gründete sie eine Berufsgenossenschaft für Krankenpflegerinnen. Sie forderte damals bereits eine dreijährige Ausbildung, die jedoch erst 1957 umgesetzt worden ist (vgl. Seidler 1996, S. 295).

Entwicklung der Altenpflege

Ende der fünfziger Jahre wurde der Beruf Altenpflegerin von den beiden Wohlfahrtsverbänden Caritas und Diakonie entwickelt. Ziel dabei war, den Mangel an qualifizierten Pflegerinnen im stationären Bereich zu beheben. Die Ausbildung erfolgte in verbandseigenen Schulen und Einrichtungen.

Drei wichtige Bedingungen führten zur Entwicklung des Altenpflegeberufs:

1. Es entstanden Einrichtungen, die ausschließlich für die Betreuung und Pflege alter Menschen konzipiert waren.¹⁶
2. Die freie und öffentliche Wohlfahrtspflege entwickelte Strukturen zur Bewältigung sozialer Probleme.
3. Für den stationären Bereich wurden stabile Finanzierungsgrundlagen geschaffen (vgl. Cappell 1996, S. 19 f).

Verstärkt wurde der Entwicklungsprozess durch den Mangel an Krankenschwestern und der Zunahme pflegebedürftiger Älterer.

Cappell (1996, S. 51) konstatiert:

„Im Zeitraum von 1947 bis heute stellt sich der Beruf der Altenpflegerin damit als einer dar,

- der geschaffen worden ist, um überhaupt Personal für die Pflege alter Menschen zu gewinnen;
- der auf die denkbar stärkste Weise von den Nachfragern nach Arbeitskraft beeinflusst wird, mittelbar über den DV¹⁷, unmittelbar über die Berufsausbildung, die in den Schulen und Heimen der Träger stattfindet;

¹⁶ Ausführliche Darstellung siehe unter 2.1.6 Heimplatzentwicklung und Nachfrageverhalten

¹⁷ DV ist die Abkürzung für den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. Es handelt sich um einen Zusammenschluß von Personen, die Sozialpolitik- vorwiegend auf lokaler Ebene und in der freien Wohlfahrtspflege- betreiben. Wissenschaftler sind direkte oder indirekte Mitglieder und bringen ihr Know-how ein.

- dessen Berufsausbildung nicht durch die Nachfrager nach Arbeitskraft finanziert wurde, sondern durch die Auszubildenden selbst oder die Arbeitsverwaltungen oder die Ausbildungsförderung;
- der, außer in Hamburg, kein typischer Erstberuf ist¹⁸;
- der auf ein Segment des Arbeitsmarktes zugeschnitten ist, das als benachteiligt bezeichnet werden kann;
- der von den Krankenpflegeberufen abgeschottet wurde;
- der ein Frauenberuf ist.“

Die Nähe der Altenpflege zur Krankenpflege zeigt sich in den ähnlichen Ausbildungsinhalten, den Arbeitsinhalten sowie der formalen Organisation.

Die erste staatlich geregelte Ausbildung zur Altenpflegerin erfolgte 1969 in Nordrhein-Westfalen. Die Schulung dauerte insgesamt nur sechs Monate, davon waren 600 Stunden Theorie und 480 Stunden Praxis zu absolvieren (vgl. Garms-Homolová 1977).

Im Laufe der Zeit wurde die Ausbildung zur Altenpflegekraft schrittweise erweitert. Die Verberuflichung fand im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen erst sehr spät statt. Die Volks- und Berufszählung von 1970 registrierte etwa 8000 Altenpflegekräfte. 1987 waren es bereits 81.000 Personen und 1993 gab es 193.000 Mitarbeiterinnen der Altenpflege (vgl. Dietrich 1996, S. 78). Von diesem Berufszweig profitierten Neueinsteigerinnen ebenso wie Berufswechsellernerinnen und Wiedereinsteigerinnen. Angesichts dessen, dass diese Zahlen lediglich die Tätigkeit im Altenpflegebereich belegen, muss eine Relativierung hinzugefügt werden. Aufgrund einer Reanalyse der Daten konnte belegt werden, dass nur etwa ein Drittel der gezählten Personen über eine Ausbildung zur Altenpflegerin verfügte. Helferinnen, Diakonissen etc. subsumierten sich unter den vorliegenden Daten (vgl. Dietrich 1994).

Nachdem die Krankenpflege zur Kategorie der Gesundheitsberufe gehört und somit über ein Berufsgesetz geregelt ist, zählt die Altenpflege zu den sozialpflegerischen Berufen und unterliegt landesrechtlicher Regelungen. In der Folge wurde die Ausbildung bis zur gesetzlichen Neuregelung (August 2003) nicht einheitlich durchgeführt. In den 16 Bundesländern existierten unterschiedliche Vorgaben zum Aufbau der Ausbildung, zur inhaltlichen Schwerpunktsetzung, sowie hinsichtlich der Ausbildungsdauer (vgl. Becker/Meifort 1997, S. 50 f).

¹⁸ Dieser Aspekt wird sich nun durch das Altenpflegegesetz (vgl. Kapitel 2.1.1) verändern.

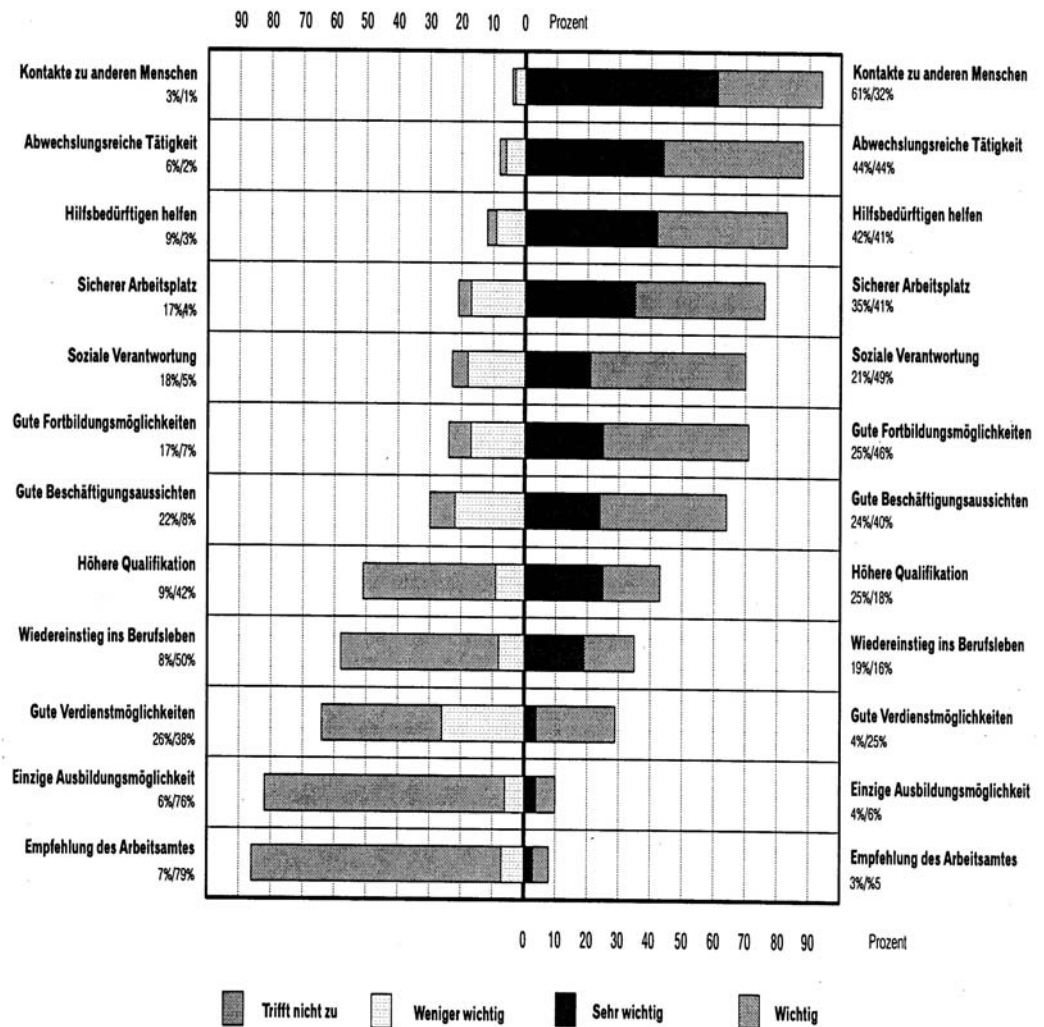
2.2.2 Berufswahlmotivation

Die Berufswahlmotivation spielt für die Beurteilung von Belastungsmomenten des Altenpflegeberufes eine wichtige Rolle. In der Öffentlichkeit gilt dieser Beruf als wenig erstrebenswert. Zeitungsberichte über Pflegenotstand, „Ausbrennen“ der Mitarbeiterinnen und Überforderungstendenzen schrecken zunächst ab. Dennoch interessieren sich Personen jeglicher Altersgruppe für den Beruf der Altenpflegerin. Mehrere Wissenschaftlerinnen regte dieses Phänomen zu Untersuchungen zum Thema Motivation an.

Kempe/Closs (1984, S. 330) ermittelten in einer bundesweiten Studie mit Pflegekräften des stationären Altenhilfebereiches vorrangig altruistische Motive für die Berufswahl. Als Gründe wurde benannt der Wunsch, anderen zu helfen, gebraucht zu werden und in der Not beizustehen, ein gesteigertes Bedürfnis nach Kontakt zu alten Menschen, sowie Selbstverwirklichungstendenzen und persönliche Sinnfindung.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Becker/Meifort (1997, S. 105 f) in ihrer Untersuchung. 1992 befragten sie 6757 Altenpflegeschülerinnen aus 314 Altenpflegeschulen. Wie folgende Abbildung zeigt, waren überwiegend intrinsische Primärmotivationen ausschlaggebend für die Berufswahl. Hingegen spielen extrinsische Motive kaum eine Rolle.

Schaubild 11: Motivationen für die Altenpflege-Ausbildung (schriftliche Befragung 1992)



Quelle: Becker/Meifort 1997, S. 106

Eine weitere Forschung zu diesem Thema (vgl. Mahnkopf 1991) erbrachte die Erkenntnis, dass die Motive keineswegs homogen sind. Die befragten Altenpflegeschülerinnen hegten zwar, wie die Untersuchungsgruppe von Kempe/Closs (1984) weitgehend den Wunsch, Kontakte zu alten Menschen zu haben und diese weiter zu entwickeln, gaben aber auch differenzierte, interindividuelle Gründe ihrer Berufswahl an. Hierzu gehörten u.a. die Suche nach einer

Tätigkeit, in der Etwas bewirkt werden kann, oder eine innere Neigung zu diesem Beruf. Deutlich wurde durch die Befragung, dass Schüler wenig Vorstellung über die genauen Inhalte des Berufsgeschehens in der Altenpflege haben. Diese Aussage unterstützt Reschl-Rühling (1999, S. 25). Sie konstatiert einen Kenntnismangel über Motivation und Erwartungen von Altenpflegeschülerinnen zu Beginn der Ausbildung. Falsche Berufserwartungen können zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Altenpflegeberuf führen. Mittels einer Fragebogenerhebung evaluierte Reschl-Rühling (1999, S. 25 f) Daten zur Erwartungshaltung von 110 Altenpflegeschülerinnen an den Beruf und an die theoretische und praktische Ausbildung. Die Befragung fand zu Beginn und nach dem ersten Abschnitt der Ausbildung statt.

Zu den Ausbildungsinhalten gehören die Felder: Pflegerische, medizinische und betreuerische Tätigkeiten (Kerninhalte), therapeutische Aufgaben, Arbeitsorganisation, Hauswirtschaft und Recht. Die Kursteilnehmerinnen zeigten wie erwartet ein hohes Interesse an den Kernausbildungsthemen, wogegen die weiteren Bereiche gering bewertet wurden. Die Wertigkeiten der einzelnen Teilbereiche veränderten sich im Laufe der Ausbildung. „Verkürzt beschrieben: Über die Institutionen ist man sich schnell einig, über die Inhalte „lebt“ man sich auseinander“ (vgl. Reschl-Rühling 1999, S. 26). Die divergierenden soziodemographischen Merkmale, wie z.B. Altersunterschied, Schulbildung und berufliche Vorbildung der Schülerinnen, wirken sich auf die Erwartungshaltung und Bewertung der Ausbildung aus. Nach Abschluss der zweiten Befragungsrunde stand fest, dass die intrinsischen Motive einen leichten Bedeutungszuwachs verzeichnen konnten. Daneben gewannen vor allem zwei extrinsische Gründe, attraktive Arbeitszeiten und Teilnahmemöglichkeit an Fort- und Weiterbildungen, an Bedeutung. „Die Untersuchung hat wider Erwarten einen deutlichen Zusammenhang zwischen der hohen Wertigkeit sowohl extrinsischer als auch intrinsischer Motive belegt“ (vgl. Reschl-Rühling 1999, S. 27). Altenpflegeschülerinnen bevorzugen die Kombination eines sicheren Arbeitsplatzes mit einem guten Verdienst und der Möglichkeit, helfend tätig zu werden. Dadurch können zwei Grundmotive, die Existenzsicherung und aufgabenbezogene Interessen, erfüllt werden (vgl. FOCUS Forschungsgruppe 1992, S. 59).

Noelle-Neumann/Haumann (2000, S. 119 f) befragten 180 Schülerinnen der Altenpflege in Baden-Württemberg zum Thema „Altenpflege, Beruf oder Berufung“. Ihre Ergebnisse bestätigen und ergänzen die vorhandene Datenlage in diesem Bereich. Ältere Interessenten zwischen 30 und 40 Jahren fällt die Entscheidung am leichtesten. Nach einer Familien oder Kinderpause entschließen sich meist Frauen für diesen Beruf mit dem Ziel, einen neuen Lebenssinn zu finden. Nur etwa 20 Prozent entschieden sich während der Schulzeit für den Altenpflegeberuf. Zwei Drittel der befragten Schülerinnen hatten vor der Alten-

pflege schon eine Ausbildung in einem anderen Beruf absolviert. Bei 66 Prozent des Samples stand der Altenpflegeberuf an erster Stelle und war somit der Wunschberuf. Hingegen hätte ein Drittel lieber einen anderen Beruf ergriffen.

Bei einer Untersuchung in Hamburg, bei der Pflegekräfte, die in Heimen tätig sind, befragt wurden, gaben 44,9 Prozent an, Pflege als Erstberuf und 46,1 Prozent Pflege als Zweitberuf gewählt zu haben (vgl. Closs/Kempe 1981, S. 119).

Die Ergebnisse hinsichtlich der Motive der Auswahl decken sich mit den bereits beschriebenen Forschungen. Auch Noelle-Neumann/Haumann (2000, S. 24 f) ermittelten vorwiegend altruistische Motive für die Berufswahl. 83 Prozent der Erstschüler und 90 Prozent der Umschüler schätzen die Altenpflege als eine sinnvolle Tätigkeit ein.

Auf die Frage „Weshalb entscheidet man sich für die Altenpflege?“ erhielten Noelle-Neumann/Haumann (2000, S. 24/25/26) nach Listenvorlage folgende Wertungen(n=180):

„83 %	Es ist ein Beruf, den ich als sinnvoll empfinde
71 %	Ich wollte viel mit Menschen zu tun haben
61 %	Das ist ein Beruf mit Zukunft
60 %	Ich möchte in diesen Beruf meine Ideen einbringen, weil ich etwas verändern, etwas verbessern möchte
58 %	Ich wollte anderen helfen
57 %	Das ist ein Beruf, der mir liegt, etwas, was ich richtig kann
50 %	Es ist ein Beruf, in dem ich Gutes tun kann
48 %	Man kann das Wissen, das man in der Altenpflege bekommt, sehr gut auch im Alltag und in der Familie verwenden
39 %	Ich habe nach der Ausbildung gute Weiterbildungsmöglichkeiten
32 %	Ein persönliches Erlebnis hat mich dazu gebracht, diesen Beruf zu ergreifen
32 %	Ich wollte einen sicheren Arbeitsplatz haben
24 %	Ich kenne Leute, die in diesem Beruf arbeiten und damit zufrieden sind
23 %	Es ist ein Beruf, in dem ich meinen christlichen Glauben leben kann
21 %	Man ist mit dem Beruf ungebunden, man kann überall damit hingehen
18 %	ich hatte vorher einen Beruf, der mir nicht gefiel und möchte deshalb etwas machen, was besser zu mir passt
17 %	Man kann den Beruf gut mit der Familie vereinbaren
14 %	Die Ausbildungsstätte liegt günstig in der Nähe

12 %	Nach längerer Zeit wollte ich wieder in einen Beruf einsteigen
11 %	Ich hatte vorher einen anderen Beruf und musste umschulen
8 %	Es hat sich einfach so ergeben, ich habe mir über den Beruf keine Gedanken gemacht
7 %	Es war der einzige Beruf, in dem ich eine Ausbildungsstelle gefunden habe
6 %	Da gibt es gute Verdienstmöglichkeiten
6 %	Das ist ein angesehener Beruf
2 %	Meine Eltern, meine Familie haben mir dazu geraten“

Die bewusste Berufswahl wird nicht durch störende Faktoren des Berufes beeinträchtigt. Die Schülerinnen des zweiten Ausbildungsabschnittes ordneten die Störfaktoren nach Listenvorlage rangmäßig ein (vgl. Tabelle 14). Vor allem wurden benannt: Zeitdruck, schlechtes Image, Routine, Wochenenddienst, Probleme mit Kolleginnen, schlechter Umgang mit den alten Menschen, starrer Zeitplan, ungünstige Arbeitszeiten, wenig Gehalt, schlechtes Betriebsklima.

Über die Hälfte der befragten Pflegeschüler hat sich den Beruf zu Beginn der Ausbildung anders vorgestellt (vgl. Noelle-Neumann/Hausmann 2000, S. 38). Unzureichendes Wissen über die Praxisrealität zu Beginn der Berufswahl, eine mangelhafte Ausbildung sowie ungünstige Arbeitsbedingungen können Auslöser für Belastungen im Pflegeberuf sein (vgl. Will 1995, S. 25).

Die FOCUS-Arbeitsgruppe (1992, S. 58) ermittelte im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen folgende Motive für die Wahl des Altenpflegeberufes:

- „+ Fürsorgliches Interesse an alten Menschen/Spaß an der Arbeit
- + Sinnvolle Arbeit/sinnvoller als in bisheriger Tätigkeit
- + Familienangehörige als Vorbild
- + Religiöse Motive
- + Professionalisierung eigener Erfahrungen
- + Altenpflege als „Zufallsentscheidung“
- + Altenpflege als „Herausforderung zur persönlichen Bewährung“.“

Frauen nutzen nach der Familienphase die Chance einer persönlichen Umorientierung. Das Erlernen des Altenpflegeberufes wird als weniger anspruchsvoll als andere Berufe eingestuft. Auch für Frauen nach einer Scheidung oder einem Wohnortwechsel zeigt sich der Pflegeberuf als attraktiv. Fast die Hälfte der befragten ehemaligen Altenpflegerinnen erklärte ihre Berufswahl als zu-

fällig (vgl. FOCUS-Forschungsgruppe 1992, S. 63). Hier spiegelt sich die Beratungs- und Förderungspraxis der Arbeitsämter wieder.

2.2.3 Qualifizierung und Professionalisierung

Der Altenpflegeberuf galt bislang als Heilhilfsberuf. Der weitaus höhere Anteil pflegebedürftiger älterer Menschen lebt in Privathaushalten und wird von Partnern und der Familie ohne spezielle Kenntnisse gepflegt. Die Diskrepanz zwischen Laienpflege und professionellen Kräften ist groß. Daher ist es auch verständlich, dass das Image des Altenpflegeberufes negativ behaftet ist und ein Professionalisierungsschub einsetzen muss.

Mit der Pflege alter Menschen leisten die Beschäftigten einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Pflegenden stehen vor der Aufgabe, eine eigene Berufsidentität zu entwickeln, die sich deutlich von der privaten Pflege abhebt. Die historische Entstehung des Pflegeberufes wirkt sich auch heute noch aus und ist dafür verantwortlich, dass die spezifischen Berufsmerkmale in der Öffentlichkeit kaum Beachtung finden. Als Konsequenz daraus ergibt sich, „dass die Notwendigkeit der Entwicklung einer pflegebezogenen Handlungsrationale in den letzten Jahrzehnten in der Bundesrepublik von gesellschafts- und berufspolitischer Seite vernachlässigt worden ist“ (vgl. Entzian/Klie 1996, S. 405).

Die Krankenpflege hat mit der Schaffung eigener Studiengänge, der Aktivierung im Bereich Pflegeforschung und der Umsetzung einer Pflegeethik die Professionalisierung frühzeitig in Gang gesetzt (vgl. Entzian/Klie 1996, S. 405). 1997 existierten bereits über 40 pflegewissenschaftliche Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Görres/Friesacher 1998, S. 157). Es kann konstatiert werden, dass diese Disziplin sich auf dem besten Wege zu einer eigenen wissenschaftlichen Identität befindet. Die stete Zunahme von Gesundheits- und Pflegeproblemen stellt Anforderungen an die Pflegeforschung, aus deren Ergebnisse erforderliche Innovationen in das Praxisgeschehen transportiert werden können (vgl. Görres 1996a, 1996b). Die Professionalisierung stärkt das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden und trägt zu einer Verbesserung der öffentlichen Wertschätzung gegenüber der Pflege bei (vgl. Görres/Friesacher 1998, S. 160).

Diese Schritte konnte die Altenpflege bisher nicht vollziehen. An Themen einer eigenständigen Forschung im Altenbereich würde es nicht fehlen. Hinsichtlich der demographischen, epidemiologischen und versorgungsstrukturellen Ent-

wicklungen haben sich die fachlichen Anforderungen an die Pflege allgemein und insbesondere an die Altenpflege extrem verändert (vgl. Görres 1995, Kühnert/Naegele 1995, S. 81 f). Neben den geschichtlichen Bezügen der Pflegeentwicklung erschweren auch eine diversifizierte Berufsstruktur und heterogene Qualifikationsniveaus den Professionalisierungsprozess im Altenhilfebereich (vgl. Kühnert/Schnabel 1996, S. 411).

Zwischen 1996 und 1999 war die Zahl der qualifizierten Mitarbeiterinnen in der Altenpflege rückläufig. Diesen Deprofessionalisierungsprozess kennzeichnete eine Zunahme von Hilfskräften um das 6fache. Ebenso bemerkenswert ist in diesem Zeitraum die Stagnation der Beschäftigten- und Ausbildungszahlen trotz Bedarfsanstieg (vgl. Kuhlmeier/Winter 2000, S. 480). Kühnert/Schnabel (1996, S. 413) stellten einen äußerst geringen Anteil (17 %) von qualifiziertem Fachpersonal in Heimen der Altenhilfe fest. Der überwiegende Teil der Betreuungsleistungen wird von Hilfskräften erbracht. Solche Tendenzen, u.a. ausgelöst durch schlechte Arbeitsbedingungen, zeigen sich konträr zu Professionalisierungsbestrebungen. Prognosen darüber, wie sich demographische und sozial-politische Veränderungen sowie gestiegene Anforderungen auf die Qualifizierungsstrukturen des Altenpflegeberufs auswirken, können derzeit nicht getroffen werden (vgl. Garms-Homolová 1998).

„Angesichts der skizzierten Personalsituation lassen sich medizinisch-pflegerische, betreuende und aktivierende Aufgaben sowie der gesamte Bereich der indirekten Pflegeleistungen wie Organisation-, Planungs- und Dokumentationsaufgaben nur in eingeschränkter Qualität bzw. überhaupt nicht durchführen“ (vgl. Kühnert/Schnabel 1996, S. 415).

Das Qualifikationsniveau der Beschäftigten muss deutlich verbessert werden. Neben der Qualifizierung der Fachkräfte kommt auch der Schulung von Leitungspersonen große Bedeutung zu (vgl. Kühnert, S. 1995, S. 16 f).

An einem Sozialberuf Interessierten stehen derzeit mehrere Qualifizierungsmöglichkeiten offen.

Tabelle 11: Pflegespezifische Qualifikationsebenen und -inhalte

Qualifikationsebenen	Qualifikationsinhalte (Auswahl)
Hochschulausbildung	Pflegewissenschaftliche Promotion Postgraduiertenstudium: Public health mit Schwerpunkt Pflegewissenschaft Universitäts-Fachhochschulstudium: Pflege, Pflegemanagement, -pädagogik, -wissenschaft, Lehramt mit beruflicher Fachrichtung
Weiterbildung	i.S. von Aufstiegsfortbildungen: Lehre und Leitung in der Pflege (staatl. anerck.) i.S. von fachlicher Spezialisierung: z. B. Anästhesie-/Intensivpflege, psychiatrische Pflege (staatl. anerck.)
Berufsausbildung zur (Pflege-)fachkraft	Kranken-, Kinderkrankenpflege, Hebamme/Entbindungspfleger, Altenpflege, Heilerziehungspflege usw.
Berufsausbildung zur Pflegehilfskraft	z. B. Kranken-, Alten- und Heilerziehungspflegehilfe (staatl. anerck., 1–2-jährig)
Trägerspezifische Qualifizierung	z. B. Hauspflege

Darüber hinaus: Angelernte Mitarbeiter, Mitarbeiter ohne Qualifizierung (Zivildienstleistende, Mitarbeiter im Freiwilligen Sozialen Jahr), Berufspraktikanten usw.

Quelle: Kuhlmeier/Winter 2000, S. 483

Problematisch zeigt sich die unzureichende Durchlässigkeit der Strukturen, sowie die Sonderstellung der Krankenpflegeausbildung (vgl. Landenberger/ Ortman 1999).

Der Rückgang personeller Ressourcen in der stationären Altenhilfe, einhergehend mit einem Qualifikationsverlust (vgl. Kuhlmeier/Winter 2000, S. 483) inspiriert zu Überlegungen, welche Aspekte hierfür ausschlaggebend sein könnten.

Die Attraktivität der Altenpflege liegt weit hinter der der Krankenpflege. Wie Tabelle 13 zeigt wählten 1998/99 65.707 Schülerinnen den Krankenpflegezweig, während nur etwas mehr als die Hälfte, 37.317 Personen, die Altenpflegeausbildung absolvierten. In dieser Zahl kumulieren sich Fach- und Hilfskräfte und senken das Potential der examinierten Personen weiter ab.

Tabelle 12: Schülerinnen/Schüler in Pflege- und Sozialberufen

Beruf/ Fachrichtung	Schüler Insgesamt 1997/98 ^{a)}	Schüler Insgesamt 1998/99 ^{b)}	Bilanz (eigene Berechnung)
Krankenpflege	66 736	65 707	-1 029
Kinderkrankenpflege	8 507	7 944	-563
Hebammen	1 836	1 848	+12
Krankenpflegehilfe	2 171	2 160	-11
Altenpflege ^{c)}	38 116	37 317	-799
Heilerziehungspflege	9 731	10 189	+458
Familienpflege	2 288	2 542	+254
Insgesamt	129 385	127 707	-1 678

Quelle: StaBu 1999

^{a)} ohne Hessen und Thüringen

^{b)} ohne Hessen

^{c)} inklusive Altenpflegehelferinnen/-helfer

Quelle: Kuhlmei/Winter 2000, S. 484

Ein Vergleich der Schulbildung zeigt deutlich ein niedrigeres Bildungsniveau der Altenpflegeschülerinnen. Während von den Beschäftigten in der Krankenpflege 58,2 Prozent über einen Realschulabschluss und 20,2 Prozent über die allgemeine Hochschulreife verfügen, haben nur 37,2 Prozent der Altenpflegerinnen eine Realschule und 12,1 Prozent eine Fachoberschule oder ein Gymnasium besucht. 45,7 Prozent der Altenpflegerinnen verfügen nur über einen Hauptschulabschluss. Für die Professionalisierungstendenzen in diesem Beruf sind diese Zahlen richtungweisend. Pflegewissenschaftliche Studiengänge bleiben dieser Personengruppe verwehrt.

Tabelle 13: Schulbildung in Pflege und Sozialberufen

Schulabschluss	Beschäftigte nach Berufskategorien		
	(Kinder)- Krankenpflege, Hebammen (n = 785 000)	Kranken- pflegehilfe (n = 124 000)	Altenpflege/ -hilfe (n = 268 000)
Hauptschule	18,3	49,2	45,7
Realschule/POS	58,2	27,3	37,2
Hochschulreife (allgemein und fachgebunden)	20,2	16,5	12,1
Mit Angabe des Schulabschlusses	96,7	93,0	95,0

Quelle: StaBu 1998

Quelle: Kuhlmeiy/Winter 2000, S. 482

Qualifizierung kann psychologisch als „die zielgerichtete und geplante Veränderung arbeitsbezogener und allgemeiner Fertigkeiten und Handlungskompetenzen erwachsener Menschen“ definiert werden (vgl. Greif/Kurtz 1989, S. 150). Der Qualifizierungsbegriff verdeutlicht die Prozesshaftigkeit der beruflichen Sozialisation.

Büssing/Glaser (1993, S. 155) beschäftigten sich mit dem Zusammenhang zwischen Qualifikationserfordernissen und -möglichkeiten und gesundheits- und persönlichkeitsfördernden Merkmalen in der Arbeitstätigkeit. Sie unterschieden in Anlehnung an Kern/Schumann (1977) drei Qualifikationsarten, die prozessgebunden, die prozessunabhängigen, sowie die prozessbegleitenden Qualifikationen. Bedeutsam für den Pflegeberuf, der durch dialogische komplexe Tätigkeiten gekennzeichnet ist, sind vor allem prozessunabhängige und prozessbegleitende Qualifikationen. Durch eine gute Qualifikation werden auch differenzierte Strategien zur Bewältigung von Stress und Belastungen erworben. Qualifizierungsmaßnahmen der Fort- und Weiterbildung kommen demnach eine bemerkenswerte Funktion für die Gesundheitsförderung zu (vgl. Büssing/ Glaser 1993, S. 160).

Die Mitarbeiterqualifizierung erfolgt auf drei Ebenen: Im Rahmen der Altenpflegeausbildung in Schule und Praxis, durch Fortbildungen und durch Weiterbildungsmaßnahmen (vgl. Kühnert 1995, S. 25 f). Die einzelnen Bereiche werden in den folgenden Kapiteln detailliert beschrieben.

2.2.4 Ausbildungssituation

Im Jahre 1965 wurde der Beruf Altenpflegerin/Altenpfleger als moderner sozialpflegerischer Beruf eingeführt.

Nach der Tätigkeitsbeschreibung des Arbeitsamtes ist es Aufgabe der Altenpflegerin, „dem alten Menschen die körperliche, geistige und seelische Gesundheit so gut und so lange als möglich zu erhalten oder zu ihrer Wiedererlangung zu verhelfen und ihm so eine verantwortliche Lebensgestaltung zu ermöglichen, ihn in seiner Persönlichkeit zu stärken, ihm Lebenshilfe im persönlichen und sozialen Bereich zu geben“ (Bundesanstalt für Arbeit 1995).

Im Laufe der letzten Jahre hat die Altenpflege einen wichtigen Stellenwert in der Versorgungslandschaft eingenommen. Die Mitarbeiterinnen sehen sich vor immer weiter steigende Anforderungen gestellt. Eine Weiterentwicklung des Berufes mit breiter wissenschaftlicher Fundierung und einer eigenständigen systematischen Wissensbasis ist anzustreben. Für den Bereich der Ausbildung werden innovative Konzepte und weiter greifende Strategien erforderlich.

Eine Änderung der Altenpflegeausbildung (dreijährige Ausbildungszeit, Schulgeldfreiheit, mit Ausbildungsvergütung), sowie eine Verbesserung der spezifischen geriatrischen Lehrinhalte wurde bereits 1991 gefordert und in Angriff genommen (vgl. Lehr 1991).

Unzählige Diskussionen um die Reform der Altenpflegeausbildung haben erst am 24.10.2002 zu einem akzeptablen Ergebnis geführt. Nach dem 16 Bundesländer nach 18 unterschiedlichen Regelungen ausbildeten, tritt nun zum 01.08.2003 ein bundeseinheitliches Altenpflegegesetz in Kraft. Die Entstehung der gesetzlichen Grundlage war extrem umstritten und konnte erst nach Entscheidung über den Normenkontrollantrag der bayerischen Staatsregierung durch das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe beschlossen werden. In Bayern dauerte die Ausbildung bislang nur zwei Jahre in anderen Bundesländern drei Jahre. Weitreichende Diskussionen erstreckten sich auf die Möglichkeit, Krankenschwestern und Altenpflegerinnen gemeinsam zu unterrichten. Hierzu wurden auch Modellprojekte initiiert (vgl. Meyer-Kriechbaum 2000, S. 12 f).

Details zu den beschlossenen Veränderungen

Das Altenpflegegesetz¹⁹ hat sich strukturell an das Krankenpflegegesetz angelehnt. Ziel war es, dem Altenpflegeberuf ein klares Profil zu geben und somit die Attraktivität der Ausbildung zu erhöhen.

Mit dem Gesetz werden die Ausbildungsziele für die Altenpflegeausbildung festgelegt. Die Ausrichtung erfolgt hin zu einer ganzheitlichen Pflege. Eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung regelt die konkreten Ausbildungsinhalte.

Die Ausbildungsdauer liegt nun einheitlich bei drei Jahren. Diese Regelung gilt auch für Umschulungen. Das duale Ausbildungsschema gliedert sich in theoretische und praktische Lehrabschnitte, wobei die Praxis überwiegt.

Die praktischen Ausbildungsteile erfolgen in stationären Pflegebereichen sowie in ambulanten Diensten. Diese beiden Einsatzmöglichkeiten sind von allen Schülerinnen verpflichtend zu absolvieren. Weitere Einrichtungen (z.B. psychiatrische Krankenhäuser) können ergänzend hinzukommen.

Die Gesamtverantwortung trägt die jeweilige Altenpflegeschule, die mit den Praxisstellen einen Vertrag schließt. Die Schule führt den theoretischen Unterricht durch und stellt die Praxisbegleitung sicher.

Die Zugangsvoraussetzungen wurden angehoben. Für die Ausbildung ist nun ein Realschulabschluss oder ein als gleichwertig anerkannter Bildungsabschluss erforderlich. Ausnahmsweise können Personen mit einem Hauptschulabschluss zugelassen werden, wenn sie bereits eine zweijährige Ausbildung nachweisen oder den Altenpflegehelfer- bzw. Krankenpflegehelferberuf erlernt haben.

Altenpflegeschülerinnen haben nun für die gesamte Ausbildungszeit einen Anspruch auf Vergütung. Diese beträgt im 1. Jahr 697 Euro, im 2. Jahr 754 Euro und im 3. Jahr 846 Euro.

Die Berufsbezeichnungen „Altenpflegerin“, „Altenpfleger“, sowie „Altenpflegehelferin“ und „Altenpflegehelfer“ werden geschützt. Die Berufsbezeichnungen sind den „Heilhilfsberufen“ zugeordnet

Wie ausgeführt, hat sich das Altenpflegegesetz strukturell am Krankenpflegegesetz orientiert. In diesem Bereich sind jedoch bereits weitere Verbesserungen in Arbeit. Das Krankenpflegegesetz soll zum 01.01.2004 novelliert werden. Es wird angestrebt, die Qualität der Ausbildung auf die gewachsenen, umfassenden Aufgaben auszurichten. Daneben ist beabsichtigt neue Berufsbezeichnungen einzuführen. Die Krankenpflege entwickelt sich stetig in Richtung Professionalisierung und Akademisierung weiter. Im Gesetzesentwurf wird u.a.

¹⁹ Vgl. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 81, Bonn 26.11.2002

auch gefordert, dass Schulleiter künftig über einen Hochschulabschluss verfügen müssen (vgl. Information der Bundesregierung, Internet-Ausdruck vom 10.04.2003).

Die Altenpflege kann diesen Entwicklungen nicht in gleichem Maße folgen und bleibt immer einen Schritt hinter der Krankenpflege zurück.

Kritische Anmerkungen

Das vorliegende Altenpflegegesetz wurde vorrangig als Reaktion auf den herrschenden Pflegenotstand geschaffen. Die Umsetzung obliegt nun den Ländern, den Altenpflegesschulen und den Verbänden. Verschiedene Werbeaktionen²⁰ seitens der Bundesregierung, der Lehrinstitute oder Träger verfolgen eine offensive Strategie zur Personalgewinnung. Die Implementierung der neu geregelten Ausbildung stößt derzeit noch auf enormen Regelbedarf. Die Schulen stehen vor der Problematik, ihre eigene Finanzierung zu sichern, Praxisstellen zu gewinnen und neue Lehrpläne auszuarbeiten. In Fachkreisen wird davon ausgegangen, dass kleinere Schulen infolge fehlender Zuschüsse gezwungen sein werden zu schließen. Daneben dürfte es schwierig werden, ausreichend Praktikumsstellen, insbesondere im ambulanten Bereich zu gewinnen. Durch die Möglichkeit, sofort nach der Mittleren Reife die Ausbildung zu beginnen, sind die Praktiker gezwungen sich auf sehr junge (16-jährige) Auszubildende einzustellen. Fraglich ist, ob die Bewerberinnen mit den speziellen Anforderungen des Berufes - Umgang mit schweren Erkrankungen, eingeschränkten Lebensbedingungen, Leid, Sterben, Tod - zurecht kommen. Hier besteht nach Meinung der Verfasserin ein Unterschied zur Krankenpflege, da diese vorwiegend auf Heilung ausgerichtet ist und weniger mit dem Lebensende konfrontiert wird. Außerdem entstehen durch die Kürze eines Krankenhausaufenthaltes keine enge persönliche Bindung zwischen Pflegerin und Gepflegter wie dies im Altenheim der Fall ist.

Die Wohlfahrtsverbände als Träger der Praxiseinrichtungen haben noch keine konkreten Vorstellungen, wie die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen erfolgen kann. Verhandlungen der Spitzenverbände zum Thema „Umlageverfahren“ freiwillig oder gesetzlich, konnten noch keine Ergebnisse liefern. Daneben ist es künftig erforderlich, für die Schülerinnen Praxisanleiterinnen mit Zusatzqualifikation vorzuhalten. Diesbezügliche Qualifizierungsmaßnahmen richten sich an Fachpersonal mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung und vermitteln in etwa 200 Stunden u.a. Kenntnisse in Methodik, Didaktik, Gesprächsführung und Recht.²¹ Die Kosten sind vom jeweiligen Träger zu entrichten.

²⁰ Vgl. Flyer als Anlage A

²¹ Fortbildungsangebote für Praxisanleitungen siehe Anlage A

Für die Ausbildung Interessierte treffen auf Ansprechpartner, die keine klaren Aussagen treffen können. Die Verfahrensweisen sind noch ungeklärt. Ob die vorliegenden Unwegsamkeiten in der Kürze der Zeit beseitigt werden können, bleibt bis zum Schulbeginn im September 2003 wohl spannend. Die Beseitigung des herrschenden Pflegenotstands darf durch diese Maßnahme alleine jedoch nicht erwartet werden.

Nähere Betrachtung der Ausbildungsinhalte

Im Laufe der Jahre haben sich die Anforderungen an eine zukunftsorientierte, professionelle Altenpflege gewandelt. Das Berufsbild wurde ursprünglich geschaffen, um eine Betreuung zu sichern, die auf die spezifischen Bedürfnisse alter Menschen ausgerichtet ist. Durch die weitreichenden Entwicklungen ist es heute nicht mehr so, dass Ältere versorgt werden, weil sie alt sind, vielmehr stellt sich die Erfordernis einer Pflege durch krankheitsbedingte oder schicksalhafte Ereignisse ein (vgl. Entzian 2000, S. 43).

Die Ausbildung hat zwei wesentliche Aufgaben. Zum einen werden Wissen und Kenntnisse gelehrt, die dazu befähigen, eine eigenverantwortliche Pflege durchzuführen. Zum anderen geht es darum, den Schülerinnen eine verantwortungsbewusste, wertschätzende Haltung gegenüber den älteren Personen zu vermitteln. Jegliche Tätigkeit im Altenhilfebereich ist in kommunikative Bezüge eingebettet (vgl. Falk/Kerres 1998, S. 6).

Um die zum Berufsbild gehörenden konfliktreichen und belastenden Situationen bewältigen zu können, benötigen die Altenpflegerinnen sozialpflegerische Grundqualifikationen. Knobling (1983) spricht von einer „interaktiven Kompetenz“. Dieser Oberbegriff umfasst vier Grundfähigkeiten: Empathie, Ambiguität- und Frustrationstoleranz, Konfliktfähigkeit- und -bereitschaft sowie moralisches Bewusstsein und Handlungsvermögen.

Zur Erfüllung dieser komplexen Anforderungen müssen die Schülerinnen bereit sein, ihr Handeln zu reflektieren und sich aktiv mit den eigenen Normen, Werten und Einstellungen in Bezug auf Altern auseinander zu setzen. „Nur auf der Grundlage einer persönlichkeitsentwickelten Ausbildung haben die Altenpflegerinnen die Chance, die physischen und psychischen Anforderungen der Altenpflege entsprechend bewältigen zu können“ (vgl. Falk/Kerres 1998, S. 6).

Die Altenpflegeausbildung muss heute von Beginn an ein praxisrelevantes Wissen über die Betreuung und Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Personen vermitteln (vgl. Will 1995, S. 24).

Die bislang praktizierte Ausbildung wies Mängel in den Bereichen „Gerontopsychiatrie“, „Arzneimittellehre“, „Prävention/Rehabilitation“, „Geriatric“, „Gesprächsführung“ und „Pflegeplanung“ auf. Diese Themenfelder gehören zu den Schlüsselqualifikationen berufsförmiger Arbeit (vgl. Becker/Meifort 1997, S. 144).

Im Zuge des neuen Ausbildungsgesetzes wurden auch die Ausbildungsinhalte neu festgelegt. Zur Beurteilung, inwiefern sich die inhaltlichen Vorgaben verändert haben, erfolgt eine vergleichende Betrachtung anhand der bisher gültigen sowie der neuen Stundentafel.

Die bis August 2003 gültige Stundentafel für die Fachschulen für Altenpflege wurde in der „Schulordnung für die Fachschulen für Altenpflege, für Altenpflegehilfe und für Familienpflege am 07. November 1985 festgelegt und kam bis heute unverändert zur Anwendung.

Die Fächer und die zugeordneten Unterrichtsstunden sahen wie folgt aus:

Tabelle 14: Stundentafel der bisherigen Altenpflegeausbildung

„Pflichtfächer

Psychologie des Alterns	80 Std.	2 Wochenstd.
Soziologie/Altenhilfe	80 Std.	2 Wochenstd.
Krankheitslehre und Arzneykunde	200 Std.	5 Wochenstd.
Neurologie und Psychiatrie	60 Std.	1,5 Wochenstd.
Berufskunde, Rechtskunde und Wohlfahrtspflege	120 Std.	3 Wochenstd.
Deutsch	80 Std.	1 Wochenstd.
Sozialkunde	40 Std.	1 Wochenstd.
Glaubens- und Lebensfragen	40 Std.	1 Wochenstd.
Gesprächsführung	40 Std.	1 Wochenstd.
Pflege des alten Menschen	220 Std.	5,5 Wochenstd.
Methodenlehre für die Altenpflege	200 Std.	5 Wochenstd.
Gestaltung und Beschäftigung	160 Std.	4 Wochenstd.
Gymnastik	60 Std.	1,5 Wochenstd.
Haushaltsführung/Diät- und Nahrungszubereitung	80 Std.	2 Wochenstd.
Fachpraktischer Übungsbereich	1400 Std.	35 Wochenstd.

Wahlpflichtfächer

Fachliche Vertiefung*	140 Std.	3,5 Wochenstd.
-----------------------	----------	----------------

Wahlfächer

Mathematik	120 Std.	3 Wochenstd.
------------	----------	--------------

Englisch	120 Std.	3 Wochenstd.
----------	----------	--------------

*(Aus dem Pflichtangebot (ausgenommen die Fächer, Deutsch, Sozialkunde, Berufskunde, Rechtskunde und Wohlfahrtspflege, Fachpraktischer Übungsbereich) sind mindestens zwei Wahlpflichtfächer zu wählen: dabei darf bei Inanspruchnahme des Mindestangebotes (Auswahl von nur zwei Wahlpflichtfächern) nur eines der Fächer Gesprächsführung bzw. Glaubens- und Lebensfragen gewählt werden.

Die fachpraktische Ausbildung gliedert sich wie folgt:

- erster Ausbildungsabschnitt: 500-600 Stunden in Form von Block- und/oder Begleitpraktikum im Rahmen des Unterrichts
- zweiter Ausbildungsabschnitt: 800-900 Stunden in Form eines Berufspraktikums, zuzüglich mindestens zehn Unterrichtstage“

Quelle: Schulordnung für die Altenpflege... 1985, S. 34

Ergänzend hierzu stellte das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus in München eine Handreichung zu Lehrplänen für die Fachschule für Altenpflege zur Verfügung.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf Grundlage der neuen Ausbildungs- und Prüfungsordnung eine angepasste Studententafel erarbeitet. Das vorgestellte Konzept bietet Anhaltspunkte für den Aufbau des theoretischen und praktischen Unterrichts (vgl. Sowinski/Behr 2002).

Als neuer Gedanke erfolgt eine Zuordnung zu Lernfeldern. Die bislang praktizierte Fächerzuordnung wird damit aufgehoben. Die Schülerinnen sollen zu einer „theoriegeleiteten Pflegeprozesssteuerung“ mit den Elementen „Erheben, Planen und Durchführen“ angeleitet werden (vgl. Sowinski/Behr 2002, S. 5).

Altenpflegerinnen treffen in ihrem Arbeitsalltag ständig auf komplexe und teils diffuse Situationen, die eine schnelle, fachlich exakte Entscheidung erforderlich machen. Zur Bewältigung dieser Anforderungen bedarf die Pflegekraft einer „hermeneutischen Fallkompetenz“. Dieser Begriff kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Auslegekunst, Deutung“ (vgl. Sowinski/Behr 2002, S. 10 f).

Verschiedene PflegewissenschaftlerInnen, darunter Entzian (1999), Bartholomeyczik (1999), Weidner (1999) u.a. widmeten sich in ihren Publikationen diesem Fachbegriff. Ein professionelles Handeln kommt erst zustande, wenn das wissenschaftliche Wissen und die Hermeneutik im Pflegealltag miteinander vereint werden können. Wichtig hierbei ist nicht nur das Abrufen von Kenntnissen und Wissen sondern eine dauerhafte Herausbildung einer persönlichen und fachlich qualifizierten Haltung (vgl. Weidner 1999).

Die Ausbildung soll so ausgerichtet sein, dass diese Fähigkeit vermittelt werden kann. Die Handlungsorientierung steht im Vordergrund.

Die bisherige Praxis zeigt, dass Altenpflegerinnen Spezialisten für bei den alten Menschen gehäuft auftretende Pflegephänomene sein müssen. Zu diesen Ereignissen gehören u.a. Dekubitusgefährdung, Sturzgefahr, dementielle Erkrankungen u.v.m.. Die bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung ist dazu geeignet, auf diese Bedürfnisse zu reagieren (vgl. Sowinski/Behr 2002, S. 18).

In der neuen Ausbildungs- und Prüfungsordnung erfolgte eine Einteilung in vier Lernbereiche. In diesen Bereichen sind mit dem Ziel der Kompetenzvermittlung zu verantwortungsvollem Handeln im Beruf, 14 Lernfelder formuliert.

Tabelle 15: Übersicht der 14 Lernfelder zur neuen Ausbildungsordnung

Lernfelder	Stundenzahl
<i>Aufgaben und Kompetenzen in der Altenpflege</i>	
1.1 Theoretische Grundlagen in das altenpflegerische Handeln einbeziehen	80
1.2 Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren	120
1.3 Alten Menschen personen- und situationsbezogen pflegen	720
1.4 Anleiten, beraten und Gespräche führen	80
1.5 Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken	200
<i>Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung</i>	
2.1 Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen	120
2.2 Alte Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung unterstützen	60
2.3 Alte Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbst organisierten Aktivitäten unterstützen	120

*Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen Altenpfle-
gerischer Arbeit*

3.1 Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen	120
3.2 An qualitätssichernden Maßnahmen in der Altenpflege mit- wirken	40

Altenpflege als Beruf

4.1 Berufliches Selbstverständnis entwickeln	60
4.2 Lernen lernen	40
4.3 Mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen umgehen	80
4.4 Die eigene Gesundheit erhalten und fördern	60

Quelle: Sowinski/Behr, 2002, S. 20

Im Vergleich der „alten“ und „neuen“ Ausbildungsverordnung können Folgerungen dargestellt werden.

Die bisher kritisierte adaptive Stoffvermittlung wird abgelöst durch Lernfelder. Dadurch soll eine ganzheitliche, aufeinander in Bezug gesetzte Pflege gelehrt werden. Als Lernfeld wird eine thematische Einheit bezeichnet, die neben den Inhalten auch Zielformulierungen und Zeitrichtwerte beschreibt (vgl. Sowinski/Behr 2002, S. 20).

Die Umgestaltung auf eine umfassende Sichtweise fordert die Lehrkräfte heraus, neben der fachlichen Vermittlung auch Verknüpfungspunkte zu den weiteren Disziplinen herzustellen. Die Rolle der Dozenten verändert sich. Neben der Wissensvermittlung sind Funktionen wie begleiten, leiten, beraten und koordinieren gefragt (vgl. Schaub 1996, S. 17).

Ein direkter Vergleich der Lerninhalte ist nicht möglich, da im Zuge der Einteilung in Lernfelder Überbegriffe wie „Psychologie des Alterns“, „Soziologie“, etc. nicht mehr verwendet werden. Gleichwohl lassen sich einzelne Lerninhalte der neuen Stundentafel zu den bekannten Begriffen zuordnen. Insgesamt fand eine Erweiterung und neue Zuordnung der Stundenzahlen statt. Zum einen bedingt durch die Verlängerung der Ausbildung auf drei statt zwei Jahre und zum Zweiten bezüglich einer neuen Prioritätensetzung hinsichtlich der Bedeutung und Wertigkeit der einzelnen Unterrichtsinhalte.

Eine direkte Beurteilung des neuen Curriculums kann erst nach einer angemessenen Erprobungsphase durchgeführt werden. Dennoch scheint es ein erster Schritt in die richtige Richtung zu sein.

2.2.5 Fort- und Weiterbildung

Das Thema Fort- und Weiterbildung ist erstmals in den 80er Jahren verstärkt diskutiert worden. Ausschlaggebend dafür war zum einen der demographische Wandel, der die Altenhilfe vor neue Herausforderungen stellte. Zum zweiten veranlasste der Personalmangel in stationären Bereichen zu Überlegungen der sinnvollen Personalerhaltung und -gewinnung (vgl. Koch/ Kühnert 1992, S. 319).

Schneekloth/Müller (1995, S. 43) errechneten im Rahmen ihrer Infrateststudie einen Anteil von nur etwa 50 Prozent examinierten Kräften auf den Stationen. Ein Großteil der pflegerischen und psychosozialen Tätigkeiten wird von unqualifizierten Kräften durchgeführt.

Wie die Praxis zeigt, konnte bislang die in der Heimmindestpersonalverordnung festgelegte Fachkraftquote von 50 Prozent nicht durchgängig in allen stationären Einrichtungen umgesetzt werden. Der hohe Anteil ungelerner Kräfte sowie die gültigen Personalschlüssel für den stationären Bereich führen angesichts steigender Anforderungen durch Veränderungen in der Bewohnerinnenstruktur zu unbefriedigenden Arbeitsbedingungen (vgl. Kühnert/ Naegele 1993, S. 134). Für die examinierten Kräfte bedeutet der extrem hohe Anteil von Hilfskräften eine enorme Zusatzbelastung durch Anleitungs- und Überprüfungsarbeiten.

Die Altenpflege entwickelt sich rapide weiter. Im Hinblick auf eine zunehmende Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen, durch den Anstieg chronisch, multimorbider und gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohnerinnen steigt die Anforderung an die Qualität und Professionalität pflegerischer Maßnahmen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege rapide an. Andererseits gilt es auch dem berechtigten Anspruch der wenigen gesunden oder nur leicht erkrankten Bewohnern gerecht zu werden. Die Fortbildung spielt eine große Rolle, weil verstärkt Anforderungen an das Personal zu einer aktivierenden und ganzheitlichen Pflege herangetragen werden, deren Vermittlung in der Ausbildung nur teilweise erfolgt ist. Hinsichtlich der immer kürzer werdenden Verfallzeiten beruflichen Wissens und der Tatsache, dass ein hoher Anteil der in der Altenhilfe Tätigen über keine spezifische Ausbildung verfügen (vgl. Becker, 1995, S. 45 f; Schneekloth/Müller 1995 S. 43), kommt an dieser Stelle die Qualifikationsfunktion von Fort- und Weiterbildung zum Tragen.

Zum gegenwärtigen Stand dient die Weiterbildung häufig zur Kompensation von Defiziten der Grundausbildung. Speziell in den Bereichen Gerontopsychiatrie, Rehabilitation und Prävention weist die Ausbildung Mängel auf und muss durch geeignete Fortbildungsangebote ergänzt werden (vgl. Kuhlmeier/ Winter 2000, S. 485).

Die Beobachtung solcher ausbildungsbedingter Qualifikationsdefizite veranlasste das Kuratorium Deutsche Altershilfe dazu, bei der Forschungsgesellschaft für Gerontologie eine Studie zur Analyse bestehender Weiterbildungsangebote in Auftrag zu geben. Die Recherchen liefen bis Februar 1996 (vgl. u.a. Gaßmann 1996, S. 4).

Trägern und Einrichtungen sollte daran gelegen sein, ihre Qualität kontinuierlich zu verbessern. Dies kann erreicht werden durch Maßnahmen, die zu einer Fortbildungsmotivation beitragen, sowie dem Angebot von hausinternen Schulungen und Supervision. Auch hinsichtlich gesetzlicher Regelungen sind die Träger dazu angehalten, Fortbildungen für ihre Mitarbeiterinnen zu forcieren. Beispielsweise prüft der Medizinische Dienst der Pflegekassen insbesondere Fortbildungsplanungen der Einrichtungen, sowie die Teilnahme der einzelnen Altenpflegerinnen und prospektive Überlegungen auf diesem Sektor.

Rechtliche Rahmenbedingungen erlauben es den in der Altenhilfe Tätigen jährlich, mit Freistellung bei laufenden Bezügen an Qualifizierungsmaßnahmen teilzunehmen.

Zank/Baltes (1994) konstatierten durch Fort- und Weiterbildung eine qualitative Verbesserung der Arbeitsweise.

Zur Unterscheidung der Bereiche Fortbildung und Weiterbildung bietet sich folgende Definition an. Unter Fortbildung werden organisierte Lehr- und Lernprozesse gefasst, die dem Ziel dienen, berufsspezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen zu erneuern, zu vertiefen oder zu erweitern. Im Gegensatz dazu qualifiziert Weiterbildung in einem länger dauernden - häufig berufsbegleitenden - Bildungsprozess für spezielle Funktionen und endet mit einem - nicht immer staatlich anerkannten - Abschlusszertifikat (vgl. Deutscher Verein, 1980, S. 288).

Die empirische Forschungslage zum Bereich Fortbildung muss als defizitär eingeordnet werden. Vorliegende Untersuchungen beziehen sich im Wesentlichen auf Erkenntnisgewinnung zu den Themen Fortbildungsbereitschaft, Fortbildungspraxis und Bedarf. Diese Forschungen belegen für jüngere Altenpflegerinnen ein hohes Interesse an Bildung und Weiterqualifizierung sowie eine große Teilnahmebereitschaft an Fortbildungsangeboten (vgl. u.a. Schnetz 1995; Becker/Meifort 1997, S. 286 f).

Dieser Entwicklung wirken Fortbildungsbarrieren in den Einrichtungen entgegen. Hierzu gehören u.a. Zeitmangel, fehlende Finanzierungsmöglichkeiten, hohe Arbeitsbelastung, Probleme bei der Freistellung sowie defizitäre Informationsstrukturen (vgl. Strümpel/ Zank 1994).

Die Auswahl von Fortbildungsthemen orientiert sich nicht an strategischen, zukunftsorientierten Planungen, sondern richtet sich am individuellen Qualifikationsbedarf aus (vgl. Frömming-Ohmke, 1996, S. 834). Durch diese Vorgehensweise nutzen Einrichtungsleitungen die Chance zu einer planungsorientierten Personal- und Organisationsentwicklung unzureichend.

Auch auf der Führungsebene sind Defizite erkennbar. Eine Umstrukturierung der gegebenen Angebots- und Leistungsstruktur im Hinblick auf strukturelle und sozialpolitische Veränderungen stellt hohe Anforderungen an das Leitungspersonal. Die Qualifikation der Heimleitung wirkt sich in hohem Maße auf die Pflegequalität des Heimes aus. Aus diesem Grund wird mittelfristig ein Bedarf an Weiterbildung sowie langfristig die Erfordernis einer akademischen Ausbildung für Einrichtungsleitungen konstatiert (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1992).

Rohleder (1999, S. 36 f.) fand in ihrer Untersuchung, bei der 99 Einrichtungen aus den Bereichen Sozialstation, Heim, Kurzzeit- und Tagespflege befragt wurden, nur wenige Organisationen, die Fort- und Weiterbildung als Möglichkeit der Organisations- und Personalentwicklung einsetzen. In knapp einem Viertel der befragten Einrichtungen wird keine oder nur selten eine Fortbildung durchgeführt. 34 Stellen führen Bildungsmaßnahmen durch, jedoch sporadisch und ohne Gesamtplanung. Weitere 14 Einrichtungen sehen Fortbildung zwar als erforderlich an, planen dazu einen festen Rhythmus ein, nehmen jedoch Themen, die sich gerade so bieten. Nur 23 Einrichtungen praktizieren Fort- und Weiterbildungen nach einem Konzept, organisatorisch und inhaltlich geplant.

Tabelle 16: Stellenwert von Fort- und Weiterbildung nach Einrichtungsgröße

a) stationäre Einrichtungen

Fort- und Weiterbildung werden...		Größe der stationären Einrichtung			Gesamt
		bis 50 Plätze	51-100 Plätze	über 100 Plätze	
<i>kaum praktiziert</i>	<i>Anzahl</i>	1	3	1	5
	<i>in %</i>	20,0 %	25,0 %	5,3 %	13,9 %
<i>unregelmäßig und ungeplant praktiziert</i>	<i>Anzahl</i>	4	4	2	10
	<i>in %</i>	80,0 %	33,3 %	10,5 %	27,8 %
<i>organisatorisch oder inhaltlich geplant praktiziert</i>	<i>Anzahl</i>	0	2	3	5
	<i>in %</i>	0,0 %	16,7 %	15,8 %	13,9 %
<i>nach einem festen Konzept praktiziert (organisatorisch und inhaltlich geplant)</i>	<i>Anzahl</i>	0	3	10	13
	<i>in %</i>	0,0 %	25,0 %	52,6 %	36,1 %
<i>es gab ein Fort- und Weiterbildungskonzept</i>	<i>Anzahl</i>	0	0	3	3
	<i>in %</i>	0,0 %	0,0 %	15,8 %	8,3 %
Gesamt	<i>Anzahl</i>	5	12	19	36
	<i>in %</i>	13,9 %	33,3 %	52,8 %	100,0 %

Quelle: FFG

Quelle: FFG nach Rohleder 1999, S. 52

Interessant ist die Auswertung der Zielgruppen externer Fortbildungen. Nachfolgende Tabelle zeigt, dass 33,8 Prozent der Bildungsmaßnahmen von Führungskräften besucht worden sind. Ungelernte Kräfte kamen nur mit 2,9 Prozent in den Genuss von Qualifizierung.

**Tabelle 17: Zielgruppen externer Fortbildungen nach Arbeitsfeld;
Bezugsjahr 1994/1995 (schriftlicher Fragebogen)**

Zielgruppe		<i>stationäre Einrichtungen</i>	<i>ambulante Dienste</i>	<i>Tages- pflege</i>	<i>Kurzzeit- pflege</i>	<i>Gesamt</i>
<i>Leitungskräfte</i>	<i>Anzahl</i>	142	74	14	5	235
	<i>in %</i>	40,6 %	28,1 %	24,1 %	20,8 %	33,8 %
<i>examiniertes Pflegepersonal</i>	<i>Anzahl</i>	76	140	25	9	250
	<i>in %</i>	21,7 %	53,2 %	43,1 %	37,5 %	36,0 %
<i>ungeleserte Kräfte</i>	<i>Anzahl</i>	10	22	1	6	39
	<i>in %</i>	2,9 %	8,4 %	1,7 %	25,0 %	5,6 %
<i>begleitender sozialer Dienst</i>	<i>Anzahl</i>	22	6	18	3	49
	<i>in %</i>	6,3 %	2,3 %	31,0 %	12,5 %	7,1 %
<i>Hauswirtschaftskräfte</i>	<i>Anzahl</i>	22	0	0	0	22
	<i>in %</i>	6,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,2 %
<i>mehrere Pflegekräfte / Mitarbeiter(innen)</i>	<i>Anzahl</i>	58	16	0	1	75
	<i>in %</i>	16,6 %	6,1 %	0,0 %	4,2 %	10,8 %
<i>Sonstige</i>	<i>Anzahl</i>	20	5	0	0	25
	<i>in %</i>	5,7 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	3,6 %
<i>Gesamt</i>	<i>Anzahl</i>	350	263	58	24	695
	<i>in %</i>	50,4 %	37,8 %	8,3 %	3,5 %	100,0 %

Quelle: FFG

Quelle: FFG nach Rohleder 1999, S. 56

Die Angebotssituation im Bereich Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiterinnen in der Altenhilfe zeigt sich extrem unübersichtlich und für bestimmte Themen unzureichend. Schmidt befasste sich 1989 (S. 4 f) mit diesem Gebiet. Er stellte fest, dass sich im Zeitraum von 1980 bis 1988 im Fortbildungsbereich eine Wachstumsrate von fast 400 Prozent eingestellt hat. Bei den Weiterbildungsmaßnahmen haben sich die Angebote im gleichen Zeitfenster nur verdreifacht.

Rohleder (1999, S. 9) untersuchte die Fort- und Weiterbildungssituation in der Altenarbeit aus verschiedenen Perspektiven. Sie erklärt zur Analyse des Informationsverhaltens und der Anbietersauswahl, „dass auch in der Altenhilfe die Rede vom Fort- und Weiterbildungsmarkt“ tendenziell irreführend ist, da sich eine gezielte Informationssuche selten findet und bei der Anbietersauswahl die vorrangige Ausrichtung auf einen oder wenige Weiterbildungsträger dominiert“.

Ein Überblick über die Inhalte von externen Fortbildungen zeigt, dass ein Schwerpunkt bei den sozialpflegerischen Angeboten liegt. Die im Anhang A²² befindliche Tabelle differenziert die einzelnen Teilbereiche. Hieraus wird die Präsenz des Themas Sterben und Tod ersichtlich. Fortbildungen zu dieser Fragestellung wurden mit einem Anteil von 28 Prozent durchgeführt.

Leitungskräfte sehen Nachteile in externen Fortbildungen. Es ist schwer, Mitarbeiterinnen zur Teilnahme zu motivieren. Begründungen für die Weigerung sind vorwiegend Probleme bei der Versorgung der Familie, der Zwang auswärts übernachten zu müssen u.v.m.. Speziell ungelernete Kräfte sind hier zu nennen. Teilweise resultiert die geringe Fortbildungsbereitschaft aus der Tatsache, dass eine Kostenbeteiligung erwartet wird (vgl. Rohleder 1999, S. 61). Heimleitungen sehen nur einen geringen Nutzen durch externe Fortbildungen. Mitarbeiterinnen werden zur Belohnung zu Qualifizierungsmaßnahmen geschickt. Rohleder (1999, S. 62) konstatiert: „Aus Sicht der Leitungskräfte haben externe Maßnahmen mehr Nach- als Vorteile. Man qualifiziere zumeist nur eine(n) Mitarbeiter(in), und diese(r) sei häufig nicht in der Lage, das erworbene Wissen an Kolleg(inn)en weiterzuvermitteln. Dies habe zur Folge, dass Fortbildungswissen vielfach Individualwissen bleibe, aber nicht zu Arbeitsstiländerungen auf breiter Basis führe“.

Interne Fortbildungen zielen vorrangig auf die Verbesserung der Pflegequalität ab und nehmen im stationären Bereich immer mehr an Bedeutung zu. Häufig werden interne Qualifizierungsmaßnahmen als Serie geplant und inhaltlich abgestimmt. Dadurch kann ein einheitlicher Qualifikationsstand des gesamten Pflgeteams erreicht werden. Vorteilhaft zeigt sich bei internen Schulungen die Beteiligung der ungelerten Kräfte (vgl. Rohleder, 1999, S. 64 f). Tabelle 18 weist die Prozentualen Anteile nochmals aus.

²² Vgl. Anhang A

**Tabelle 18: Zielgruppen interner Fortbildungen nach Arbeitsfelder
Bezugsjahre 1994/1995 (schriftlicher Fragebogen)**

Zielgruppe		stationäre Einrichtungen	ambulante Dienste	Tages- pflege	Kurzzeit- pflege	Gesamt
Leitungskräfte	Anzahl	10	1	0	0	11
	in %	3,2 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %
examiniertes Pflegepersonal	Anzahl	22	55	0	1	78
	in %	7,1 %	33,5 %	0,0 %	3,6 %	14,8 %
ungelernte Kräfte	Anzahl	5	8	0	3	16
	in %	1,6 %	4,9 %	0,0 %	10,7 %	3,0 %
begleitender sozialer Dienst	Anzahl	1	0	0	0	1
	in %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
Hauswirtschaftskräfte	Anzahl	4	0	0	0	4
	in %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %
gesamtes Pflegepersonal	Anzahl	202	49	1	12	264
	in %	65,6 %	29,9 %	3,7 %	42,9 %	50,1 %
gesamtes Team	Anzahl	57	51	25	12	145
	in %	18,5 %	31,1 %	92,6 %	42,9 %	27,5 %
Sonstige	Anzahl	7	0	1	0	8
	in %	2,3 %	0,0 %	3,7 %	0,0 %	1,5 %
Gesamt	Anzahl	308	164	27	28	527
	in %	58,4 %	31,1 %	5,1 %	5,3 %	100,0 %

Quelle: FFG

Quelle: FFG nach Rohleder 1999, S. 66

Im inhaltlichen Vergleich zu externen Maßnahmen ergibt sich bei internen Schulungen ein Schwerpunkt im medizinisch-pflegerischen Bereich. Im Heimbereich wurden 32,4 Prozent der Angebote zu diesem Thema angeboten, während externe Fortbildungen dieses Themenkreises nur 5,9 Prozent der Gesamtzahl ausmachten. Sozialpflegerische Angebote und Bewältigungsstrategien zur Arbeitsbelastung stehen an dritter Stelle. Eine Tabelle²³ schlüsselt die Inhalte interner Maßnahmen differenzierter auf.

Nach Einschätzung von Heimleitungen sind interne Fortbildungen kostengünstiger. Durch die Schulung des gesamten Teams lässt sich der Arbeitsstil vereinheitlichen und eine gemeinsame Qualitätsbasis kann geschaffen werden. Außerdem lassen sich hausinterne Rahmenbedingungen mit einbeziehen. Da die Fortbildungen meist mit einer Teilnahmeverpflichtung verbunden sind, empfinden

²³ Vgl. Anhang Nr. A

Mitarbeiter die Angebote teilweise als oktroyiert und nehmen nur zwangsweise und unmotiviert teil (vgl. Rohleder 1999, S. 75 f).

Externe und interne Fortbildungsmaßnahmen weisen Vor- und Nachteile auf. Sinnvoll kann auch eine ausgewogene Mischung beider Systeme sein. Wichtig ist, dass die Planung und Durchführung jeglicher Lernprozesse immer auch die Vermittlung und Herausarbeitung von Schlüsselqualifikationen - wie z.B. Entscheidungsfähigkeit, Selbstverantwortung, Kreativität und Innovationskraft - mit berücksichtigen müssen (vgl. Stahl, 1995, S. 92). Daneben darf nicht übersehen werden, dass Qualifizierungsmaßnahmen neben der Vermittlung von Fachwissen auch eine Entlastungsfunktion für die Mitarbeiterinnen beinhalten sollen. Fort- und Weiterbildung hat in diesem Sinne auch die Aufgabe, Themen wie berufliches Selbstverständnis und Psychohygiene einzubeziehen, um einen besseren Umgang mit Belastungssituationen zu unterstützen (vgl. Kühnert 1992, S. 121).

Im Weiterbildungsbereich lassen sich zwei Hauptgruppen differenzieren, die Leitungs- sowie die Fachweiterbildungen.

Gesetzliche Regelungen wie z.B. die Heimpersonalverordnung sowie die Qualitätsrichtlinien nach § 80 SGB XI treffen Aussagen über den geforderten Anteil von qualifiziertem Leitungspersonal. Die Förderung von Weiterbildungsmaßnahmen für Führungskräfte erfolgt im Rahmen des tatsächlichen Bedarfs. Darüber hinausgehende Qualifizierungswünsche von Mitarbeiterinnen, die nicht für Leitungsaufgaben vorgesehen sind, werden in der Regel nicht finanziert.

Die Qualifizierung der Heim- und Pflegedienstleitungskräfte wird unterschiedlich bewertet. Ein Teil der Träger ist der Auffassung, dass keine besondere Zusatzqualifikation erforderlich ist, und deckt Weiterbildungsanforderungen durch Ausbildungsabschlüsse in Verbindung mit Berufserfahrung ab. Ein weiterer Teil der Einrichtungen sieht gerade durch die gestiegenen Anforderungen, insbesondere im betriebswirtschaftlichen Bereich und im Rahmen der Personalführung einen hohen Qualifizierungsbedarf und legt Wert auf eine Managementweiterbildung. Für die mittlere Leitungsebene, den Wohn-, Pflegegruppen und Stationsleitungen, wird ebenfalls die Notwendigkeit einer Weiterqualifizierung formuliert und umgesetzt (vgl. Gaßmann/ Meinel 1996, S.20 f; Kühnert/Gaßmann 1997; Rohleder1999, S. 89 f). Nachfolgendes Schaubild gibt einen Überblick.

Schaubild 12: Weiterbildungsangebote nach Art der Qualifikation

Tabelle 3.4: Weiterbildungsangebote nach Art der Qualifikation
(Gesamtangebot = 221 in 1990)

	in %	absol. Zahlen
Funktions-Weiterbildung:	46	102
Praxisanleitung.....	13.....	29
Gruppenleitung.....	13.....	28
Stationsleitung	10.....	22
Pflegedienstleitung	5.....	11
Management.....	2.....	5
Leitung von Sozialstationen.....	2.....	5
Sozialpflegerischer Dienst.....	< 1.....	2
Fach-Weiterbildung:	32	71
Hauswirtschaft	12.....	26
Gerontopsychiatrie	11.....	24
Altentherapeut.....	6.....	13
Gemeindepflege.....	3.....	6
Geriatric.....	< 1.....	2
Heimleiter-Qualifizierung:	6	16
Unterrichtskräfte:	5	12
Sonstige:	10	20

Quelle: Koch/Kühnert 1992, S. 333

Im Bereich der Fachweiterbildungen gibt es nur wenig nennenswerte Maßnahmen²⁴. Der Besuch dieser Angebote erfolgt vorwiegend aus eigenem Interesse und wird auch selten vom Arbeitgeber finanziell unterstützt.

Im Jahre 1990 war etwa ein Drittel aller Weiterbildungen eine Fachweiterbildung. Als relevant für diesen Bereich nennen Andrea Koch und Sabine Kühnert (1992, S. 333) Ausbildungen zur:

- „-Fachkraft für Gerontopsychiatrie
- Fachkraft für Gemeindekranken- bzw. Gemeindealtenpflege
- Fachkraft für Geriatric
- Fachhauswirtschafterin für ältere Menschen
- Altentherapeutin“.

²⁴ Vgl. Überblick Anlage A

Der Qualifizierungsmarkt ist vielfältigen Veränderungen unterworfen. Diese Aussage trafen etwa 50 Prozent der Anbieter. Neben einer Ausweitung der Angebote infolge einer verstärkten Nachfrage erfolgt auch eine Zielgruppenausrichtung und Ergänzung der Lehrinhalte in Bezug auf aktuelle Erfordernisse. Außerdem verkürzen sich die Unterrichtszeiten einhergehend mit einer Gebührenerhöhung die durch fehlende Zuschüsse ausgelöst wird (vgl. Kühnert/Gaßmann 1997, S. 114 f).

2.2.6 Verweildauer im Berufsleben

Becker/Meifort (1997, S. 175 f) befragten anlässlich ihrer Längsschnittuntersuchung Altenpflegeschülerinnen auch zum Thema „Abbruch der Ausbildung“. Erstaunlicherweise antwortete etwa ein Drittel der Befragten darauf mit ja. Dies bedeutet, dass sich 1.180 Schülerinnen mit dem Gedanken an einen Ausstieg vor Beendigung der Ausbildung befasst hatten. Vorwiegende Gründe für diese Reaktion waren u.a. schwierige Praxiserfahrungen, eine erlebte Überforderung durch die Ausbildung selbst, allgemeine psychophysische Belastungen etc. Tabelle 19 gibt über die einzelnen Antworten Auskunft.

Tabelle 19: Begründungen für den erwogenen Ausbildungsabbruch (Mehrfachnennungen)

1992	ANGABEN		GESCHLECHT		ALTER	
	absolut	in %	weiblich	männlich	- 30	+ 30
			in %	in %	in %	in %
Gründe für den erwogenen Abbruch:						
Praxiserfahrungen	361	36	13	11	10	13
Überforderung durch Lerninhalte	344	35	16	14	15	19
Persönliche Gründe	277	28	14	15	16	13
Überforderung allgemein	229	23	13	10	16	14
Überforderung durch Mehrfachbelastungen	146	15	23	16	16	17
Probleme im Berufsumfeld	136	14	8	14	11	9
Finanzielle Gründe	100	10	8	16	12	10
Widerspruch Theorie-Praxis	52	5	5	4	4	5

Quelle: Becker/Meifort 1997, S. 177

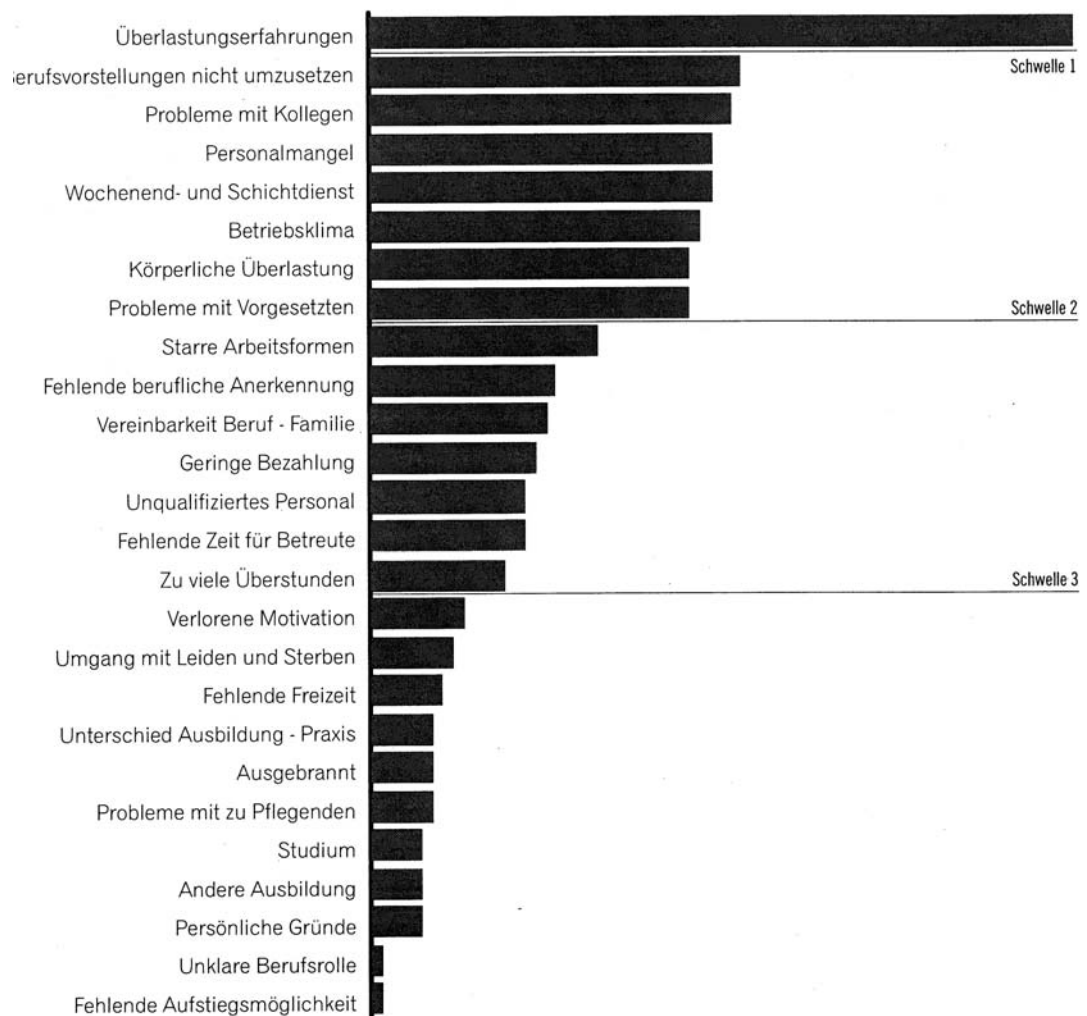
Ansatzpunkte für eine mögliche fehlgeschlagene berufliche Sozialisation bieten vorrangig zwei Faktoren. Zum einen erleben Schülerinnen in den Praktika die berufliche Realität und haben Probleme mit der Verarbeitung der Kerninhalte im späteren Berufsleben. Zum anderen hängt es von der Qualität der Ausbildung ab, ob das erlernte theoretische Wissen in die Praxis adaptiert werden kann (vgl. Becker/Meifort 1997, S. 180 f).

Nach Eintritt in das Berufsleben führen Kriterien wie unzureichende Ausbildung, problematische Arbeitsbedingungen und auftretende psychische und physische Erschöpfungszustände zu Zweifeln an der Berufswahl. Vorrangig jüngere Altenpflegerinnen (unter 30 Jahren) tragen sich mit dem Gedanken den Beruf zu wechseln. Als besonders belastend wird der Umgang mit Abbauprozessen und Tod empfunden. Die Ergebnisse der Längsschnittstudie von Becker/Meifort (1997, S. 270 f) zeigen im Verlauf des Berufslebens eine deutliche Zunahme des Wunsches nach einem Berufswechsel. Männer und MitarbeiterInnen ambulanter Dienste und Krankenhäusern geben eher den Beruf auf, als Altenpflegerinnen aus dem Heimbereich. Männliche Altenpfleger beurteilen sowohl Aspekte der Ausbildung als auch die Arbeitssituation wesentlich kritischer als Frauen. Altenpflegerinnen sind eher kompromissbereit und arrangieren sich mit den vorliegenden Gegebenheiten.

Des Weiteren zeigt die Auswertung der Studie auf, dass als Begründung für den Ausstieg aus dem Altenpflegeberuf an erster Stelle Aspekte wie schlechtes Betriebsklima, Probleme mit Kolleginnen, hohe Anforderungen, zu viel Arbeit und psychische und physische Belastungen angeführt wurden. Becker/Meifort (1997) zeigen in einem Ranking die einzelnen Positionen auf (vgl. Schaubild 13).

Vor der Aufgabe des Berufes steht oft zunächst ein Wechsel des Arbeitsbereiches. Interessanter Weise zeigt sich bei der Untersuchung von Becker/Meifort (1997, S. 283), dass der Heimbereich schlechter abschneidet. Während zu Beginn der Studie noch 50 % der Befragten in einem Altenpflegeheim, 26 % in einem Altenheim und nur 11 % in ambulanten Diensten tätig waren, änderte sich das Bild zum Ende der Längsschnittstudie. Dann wollten nur noch 27 % der Studienteilnehmer in einem Altenpflegeheim, 22 % in einem Altenheim hingegen aber 40 % bei einer Sozialstation tätig sein (vgl. Becker/Meifort 1997, S. 202; S. 283). Im Jahre 1996 am Anfang des vierten Berufsjahres zeigt die Abfrage, dass in der Realität 52,3 % in Altenpflegeheimen und 17,4 % in ambulanten Diensten beschäftigt waren (vgl. Becker/Meifort 1998, S. 55). Dies hängt sicher auch mit den Arbeitsmarktkapazitäten zusammen.

Schaubild 13: Beweggründe für den erwogenen Berufsausstieg; differenzierte Auswertung (1993)



Quelle: Becker/Meifort 1997, S. 274

Im Rahmen der Längsschnittstudie führten Becker/Meifort (1997, S. 293 f) eine gesonderte „Aussteigerinnen-Befragung“ (N=79) durch. Es handelt sich hierbei um keine repräsentative Umfrage, zeigt aber mögliche Motivationsgründe der Aussteigerinnen auf. Unterschieden wird zwischen „harten Gründen“ (z.B. ohne Anstellung, Kinderwunsch, etc.) und „weichen Gründen“ (z.B. Probleme die sich aus dem Berufsalltag ergeben). 63 % der schwangeren Altenpfleger-

innen gaben an, dass sie nicht planen, jemals wieder in den Beruf zurückzukehren. 37 % der Aussteigerinnen nennen als Hauptgrund eine psychische Überlastung. Knapp ein Viertel gibt an, dass die Diskrepanz zwischen erlerntem Wissen und dessen Umsetzungsmöglichkeit in der Praxis zur Berufsaufgabe geführt habe. Statistisch gesehen verlässt jede(r) vierte Befragungsteilnehmer(in) bereits am Ende des ersten Berufsjahres den Altenpflegeberuf.

Tabelle 20: Gründe für den Berufsausstieg - Fallgruppe 1

1993	BEFRAGTE	
	absolut	in %
<i>„Harte Gründe“:</i>		
Schwangerschaft, Erziehungsurlaub	27	34
Arbeitslos	10	13
Erkrankung	7	9
Andere Ausbildung, Studium	4	5
<i>„Weiche Gründe“, darunter</i>	31	39
<i>psychophysische Überlastung</i>	24	30

Quelle: Becker/Meifort 1997, S. 294

Der Untersuchungsabschnitt 1996 (Becker/Meifort 1998, S. 101) enthielt die Frage, ob Altenpflege ein Lebensberuf ist. 66,7 % der mitwirkenden Altenpflegerinnen beantwortete diese Frage mit ja. Ein Drittel verneinte sie. Etwa 35 % der Befragten die mit ja geantwortet hatten ließen einen Nachsatz mit „aber“ folgen. Damit waren Befürchtungen verbunden, dass ein weiterer Verbleib im Berufsleben nur möglich ist, wenn die strukturellen Gegebenheiten verbessert werden.

2.2.7 Fehlzeiten

Eine Betrachtung möglicher Fehlzeiten zeigt sich für die Einschätzung von Belastungsmomenten in der Altenpflege als relevant. Daneben stellt dieser Aspekt eine entscheidende Größe für Personalplanungen dar. Ausfallzeiten ziehen eine hohe Kostenbelastung nach sich und zwingen die Kolleginnen zu Mehrarbeit und Überstunden sowie zu Qualitätseinbußen.

Als mögliche Fehlzeiten kommen in Betracht:

„Vergütungsrelevante Fehlzeiten

- Gesetzlich bedingt, beispielsweise:

Krankheit bis zu 6 Wochen, Feiertage, Zusatzurlaub für Schwerbehinderte

- Tariflich bedingte, beispielsweise:

Erholungsurlaub, Sonderurlaub, Arbeitsbefreiung nach Tarifrecht

- Betrieblich bedingte, beispielsweise:

Einarbeitung in einen neuen Arbeitsbereich bzw., bedingt durch eine neue Aufgabenzuweisung, interne Fortbildungsmaßnahmen, übertarifliche Sonderregelungen (Rosenmontag)

Nicht vergütungsrelevante Fehlzeiten

- Krankheit über 6 Wochen, unbezahlter Urlaub, unentschuldigtes Fehlen, Mutterschaftsurlaub usw.“ (vgl. Gennrich 1995, S. 47 f)

In diesen Zeiten erbringen die Mitarbeiterinnen faktisch keine Arbeitsleistung, werden jedoch im Personalschlüssel berücksichtigt. Eine Dokumentation der Fehlzeiten und die daraus resultierenden Maßnahmen können zur Qualitätssicherung und Personalentwicklung beitragen und einer Überlastung der Mitarbeiterinnen entgegenwirken.

Bislang gibt es nur wenige Untersuchungen, die sich mit Fehlzeiten von Altenpflegekräften beschäftigen.

Für die Altenhilfe in der Diözese Trier errechnete die Arbeitsgemeinschaft Katholischer Heime und Einrichtungen (1990) eine Fehlzeit von 24 Prozent, bezogen auf die Jahresarbeitszeit einer Mitarbeiterin.

Im gleichen Zeitraum ermittelte die Caritas-Betriebsführung und Trägerschaft mbH. in ihren Kölner Einrichtungen eine Fehlzeitenquote von 21,2 Prozent (vgl. Gennrich 1995, S. 94).

2.2.8 Zusammenfassende Überlegungen

Der Altenpflegeberuf hat sich aufgrund eines Mangels an Pflegekräften sowie der gleichzeitigen Zunahme alter Menschen zwangsläufig aus dem Krankenpflegeberuf entwickelt. Bis heute konnte dieser neue Berufsstand keine eigene Identität gewinnen. Das Charisma des „Liebesdienstes“ wurde ebenso übertragen wie z.B. die Unterordnung der Pflege unter die Medizin. Diese Gegebenheiten behindern jegliche Qualifizierungsbestrebungen.

Die Identität und Berufsethik von Pflegekräften ist pflegewissenschaftlich relevant. Wenn Pflegenden sich an dem christlichen Berufsbild ausrichten, so kann dies zum Entstehen von individuellen Belastungen führen.

Der charismatische Gedanke spiegelt sich aktuell bei der Betrachtung der Berufswahlmotivation wieder. Vorrangig stehen intrinsische Primärmotivationen wie z.B. der Wunsch Hilfebedürftigen helfen zu können, der Umgang mit Menschen, gebraucht zu werden, im Vordergrund. Gepaart mit dem Wunsch nach einem sicheren Arbeitsplatz, guten Verdienstmöglichkeiten und einer verantwortungsvoller Tätigkeit führen diese Vorstellungen zur Aufnahme der Ausbildung. Daraus kann geschlossen werden, dass bereits von Beginn an das Thema „Helfersyndrom“ im Raum steht.

Hinzu kommt, dass Schülerinnen zu Beginn der Ausbildung nur eine ungenaue Vorstellung vom Berufsalltag haben und die realen Gegebenheiten schwer einschätzen können. Sie treten mit persönlichen Ansprüchen an den Beruf, ihre Tätigkeit an. Die Diskrepanz zwischen den individuellen Vorstellungen und der Praxisrealität kann zu einer desillusionierenden Situation und in der Folge entweder zum Berufsausstieg oder zu extremen Belastungen führen.

Wie die Praxis zeigt, wird die Krankenpflegeausbildung bevorzugt gewählt. Ein Vergleich der Zugangsvoraussetzungen lässt darauf schließen, dass Personen die keine Mittlere Reife nachweisen können und daher keine Krankenschwesterausbildung absolvieren können, ersatzweise Altenpflegerin lernen. Das niedrigere Bildungsniveau der Pflegerinnen im Altenhilfebereich erschwert die erforderliche Professionalisierung dieses Arbeitsgebietes.

Bei diesen Überlegungen darf nicht vergessen werden, dass es sich grundlegend um einen anspruchsvollen Beruf handelt der komplexe Anforderungen an die Mitarbeiterin stellt. Von den Altenpflegerinnen wird als persönliche und charakterliche Voraussetzung eine interaktive Kompetenz, geprägt von Empathie, Ambiguität, Frustrationstoleranz, Konfliktfähigkeit und moralischem Handlungsvermögen erwartet (vgl. Knobling, 1983). Daneben werden eine hermeneutische Fallkompetenz (vgl. Sowinski/Behr 2002) und eine persönlich und

fachlich qualifizierte Haltung (vgl. Weichner 1999) vorausgesetzt. Diese hohen Ansprüche können nicht leicht erfüllt werden. Daraus resultierende Überforderungstendenzen und Versagensempfindungen führen zusätzlich zu Belastungen und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz.

Die bis August 2003 gültige Ausbildungsverordnung war nicht in der Lage die für den Beruf erforderlichen Schlüsselqualifikationen zu vermitteln. Defizite in den Bereichen Gerontopsychiatrie, Geriatrie, Prävention, Rehabilitation, Pflegeplanung, Arzneimittellehre, um nur einige Gebiete zu benennen, wurden im Alltag spürbar. Grundaufgabe der Ausbildung ist es ein Profil von Altenpflege zu vermitteln, das es ermöglicht, geplant und professionell den Arbeitsalltag zu meistern. Durch eine gute Qualifikation werden auch differenzierte Strategien zur Bewältigung von Stress und Belastungen erworben. In diesem Sinne nehmen Qualifizierung und Fortbildung eine bemerkenswerte Funktion für die Gesundheitsförderung ein.

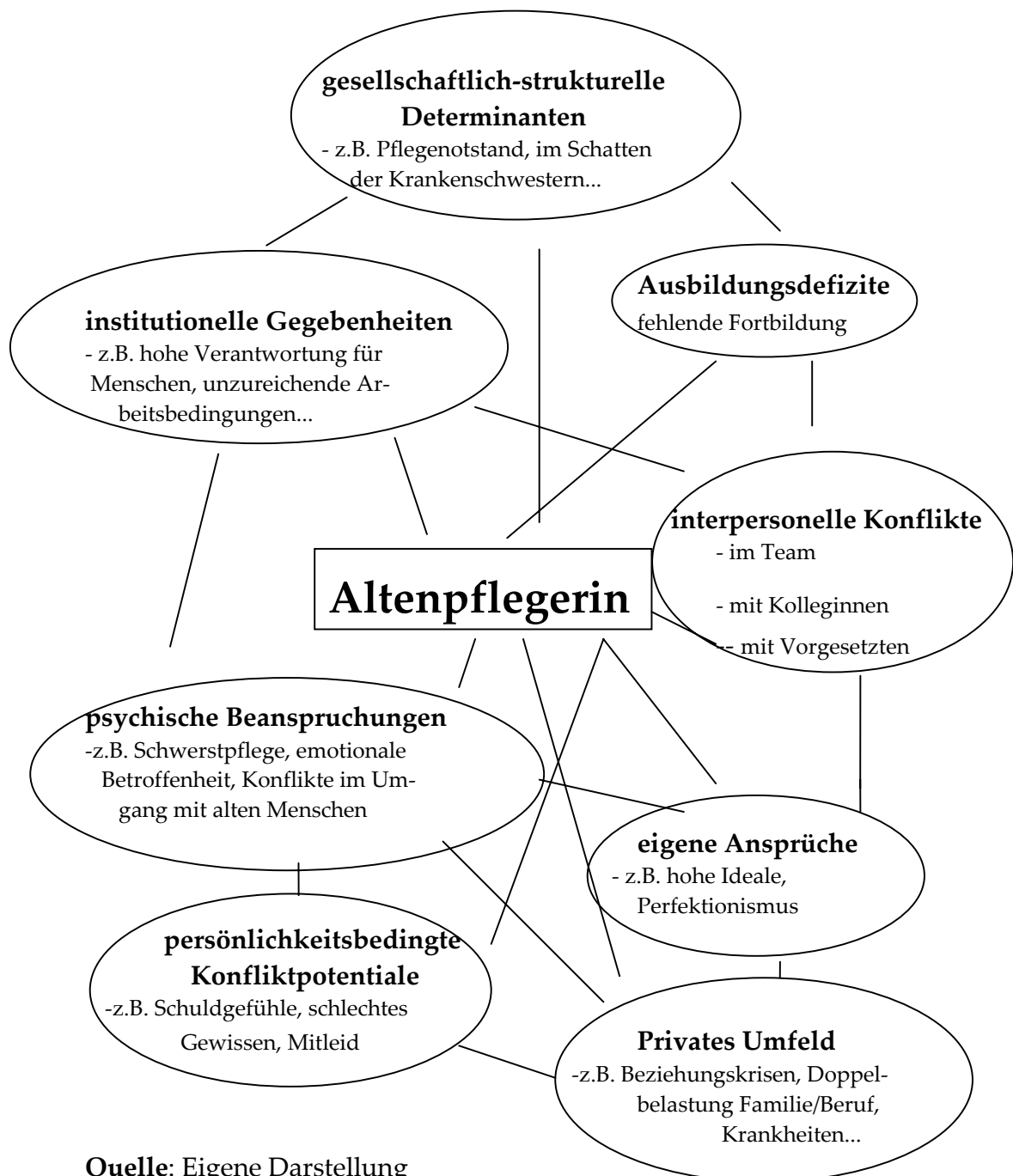
Die bisher gültige Ausbildungsform konnte diesen Anforderungen nicht gerecht werden. Ob die seit kurzem gültige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin zielgerichteter gestaltet ist kann erst nach Abschluss des ersten Ausbildungsganges beurteilt werden. Positiv erscheinen jedoch eine Orientierung an Lernfeldern und die geforderte höhere Schulbildung als Zugangsvoraussetzung. Durch die Anhebung des Bildungsniveaus kann es gelingen die Mitarbeiterinnen für die anspruchsvolle Tätigkeit adäquat vorzubereiten und einen Professionalisierungsschub in Gang zu setzen.

Die skizzierte Situation trug maßgeblich zur Entstehung eines Pflegenotstandes bei. Ein Teil der Pflegerinnen entschied sich schon nach einer kurzen Verweildauer im Beruf zum Ausstieg wenn falsche Vorstellungen auf problematische Arbeitsbedingen trafen. Diese Tendenz trat vorwiegend bei Betroffenen unter 30 Jahren zutage. Auch Männer, die weitaus kritischer urteilen, wechselten die Tätigkeit. Ein weiterer Teil der Aussteigerinnen erlebte eine Diskrepanz zwischen dem erlernten Wissen und dessen Umsetzbarkeit in der Praxis. Die daraus resultierenden Belastungen und Beanspruchungen waren ausschlaggebend für die Aufgabe des erlernten Berufes.

3. Tätigkeitsbedingte Belastungen und Beanspruchungen

Altenpflegerinnen sind einem komplexen Belastungspotential ausgesetzt, das nicht auf einzelne Ursachen reduzierbar ist. Die unterschiedlichen Belastungsbereiche mischen und verstärken sich gegenseitig im täglichen Arbeitsablauf und im Empfinden der einzelnen Pflegekraft.

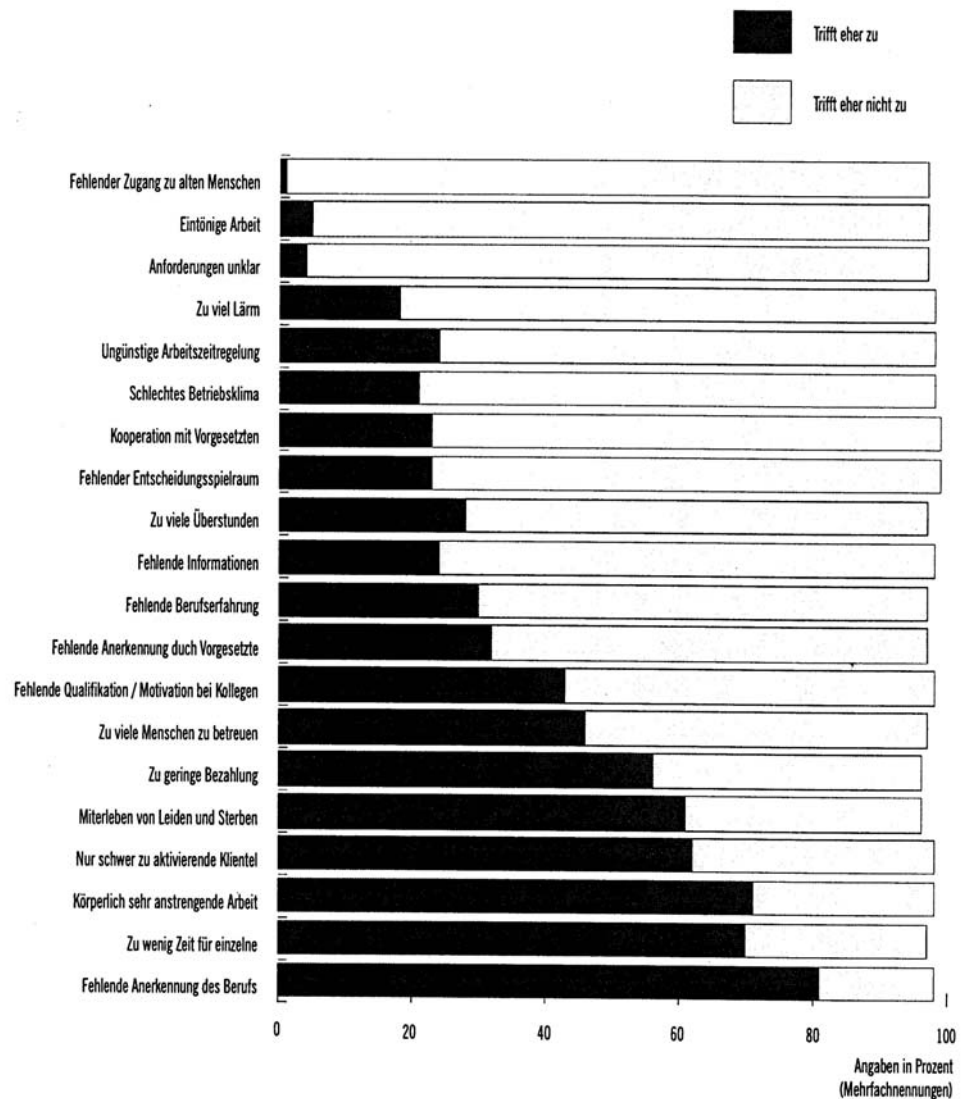
Schaubild 14: Hauptkonfliktbereiche von Altenpflegekräften



Quelle: Eigene Darstellung

Jeder der skizzierten Belastungsfaktoren kann für sich oder kumuliert zu Konflikten, emotionalen Belastungen oder Überforderungen führen. Ob eine Belastung wahrgenommen wird, hängt von der Intensität und Dauer der Beeinträchtigung sowie den erworbenen Copingstrategien der betroffenen Person ab. Kempe/Lindner/Sauter (1992) sprechen von einem Vielfältigkeitsdruck in der Altenpflegetätigkeit, der von den Mitarbeiterinnen täglich neu bewältigt werden muss. „Die materiellen Lebens- und Arbeitsbedingungen bestimmen zusammen mit den Umwelteinflüssen die vorgegebenen äußeren Risikofaktoren und Gefährdungsbereiche der Gesundheit des Einzelnen“ (vgl. Bäcker et al. 2000b, S. 33).

Schaubild 15: Generelle Belastungsfaktoren in der Altenpflege (1993)



Quelle: Becker/Meifort 1997, S. 230

Gleichbedeutend für den Begriff Belastungsfaktoren wird in einschlägigen Publikationen von Stressoren gesprochen. In der wissenschaftlichen Literatur lassen sich unterschiedliche Definitionen für den Begriff „Stressoren“ finden. Greif (1991, S. 13) erklärt: „Stressoren sind hypothetische Faktoren, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit „Streß“ (oder „Streßempfinden“) auslösen“.

Stressoren lassen sich in Stressoren aus der Arbeitstätigkeit, der Arbeitsumgebung, aus der Organisation der Einrichtung als auch in soziale Stressoren einteilen. In der Streßforschung kommen vorwiegend die situationsbedingten Einflüsse zum tragen (vgl. u.a. Frese 1981, Semmer/Dunckel 1991). Soziale Stressoren korrespondieren jedoch mit Arbeitsstressoren und können sich gegenseitig bedingen (vgl. Zapf/Frese 1991).

Soziale Stressoren beziehen sich auf die soziale Arbeitssituation. Hierzu gehören auch kleinere Ärgernisse mit weiteren Personen im Umfeld der Tätigkeit. Sie entstehen in der Interaktion am Arbeitsplatz und können durch das Verhalten einzelner Mitarbeiterinnen oder durch die Arbeitsinhalte bzw. die Ablauforganisation entstehen. Das Betriebsklima sowie das daraus resultierende Verhalten des Vorgesetzten können ebenfalls soziale Stressoren hervorrufen (vgl. Zapf/Frese 1991).

Zapf/Frese (1991) konnten mit Ihrer Untersuchung belegen, dass ein enger Zusammenhang zwischen sozialen Stressoren und psychischen Befindlichkeitsstörungen besteht. Des Weiteren wurde eine Kausalität zwischen Arbeitsstressoren und psychosomatischen Beschwerden bewiesen.

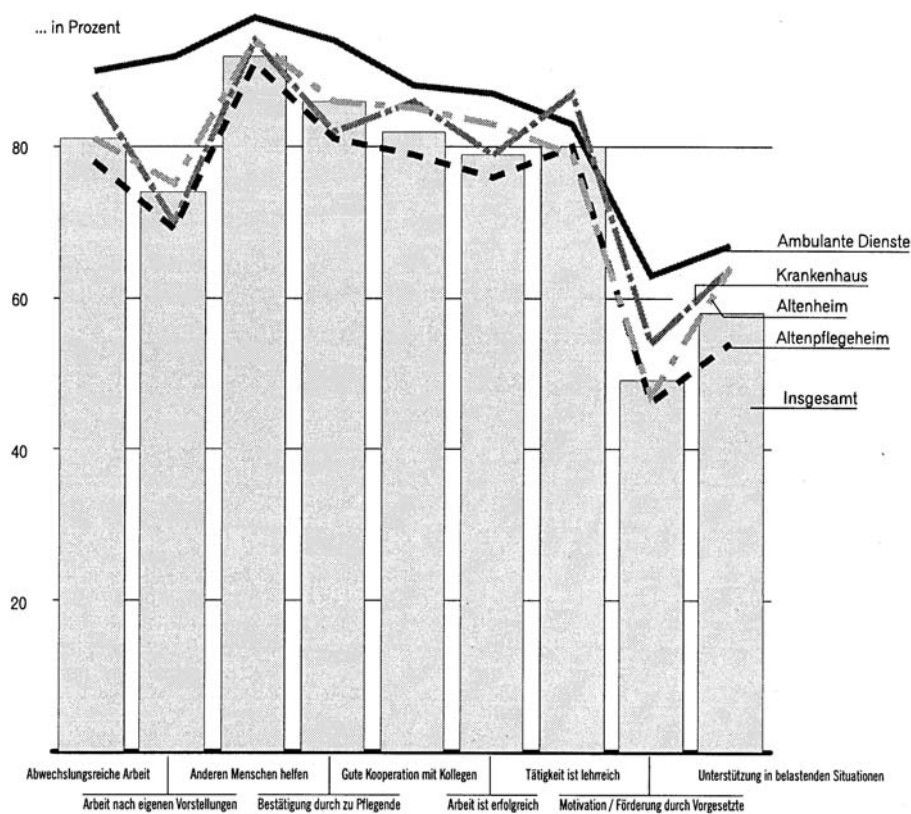
Udris/Frese (1988, S. 432 f) haben sich implizit mit Stressoren am Arbeitsplatz beschäftigt und eine Unterteilung vorgenommen. Sie gehen davon aus, dass es Stressoren in der Arbeitsaufgabe, physikalische Stressoren, Stressoren im Zeitablauf sowie Stressoren in der sozialen und organisationalen Gegebenheit gibt. Zu den belastenden Faktoren zählen u.a. Unter- und/oder Überforderung am Arbeitsplatz, Bewältigung komplexer Aufgaben, Zeitdruck, Umgebungsbelastungen wie Lärm, Schmutz, Schichtpläne, Rollenkonflikte, Teamprobleme, Umstellungsprozesse, u.v.m. (vgl. Udris/Frese 1988, Greif 1991, Perrar 1995).

Semmer (1984) kommt zu gleichen Resultaten und ergänzt die Liste um weitere Aspekte wie, Intensität der Arbeitsabläufe, Störfaktoren der Ablauforganisation, Belastungen aus der Umgebung, Kooperationsabhängigkeit und -abläufe, einseitige körperliche Beanspruchungen, Variabilität, Komplexität, Bewertung und Beurteilung, Zukunftschancen, Möglichkeiten zur Kommunikation, Einkommen, Unsicherheit des Arbeitsplatzes, Handlungs- und Entscheidungs-

spielräume, Rollenkonflikte, Planbarkeit der Arbeitsabläufe, Gefährdungen am Arbeitsplatz, Verantwortung und Kompetenzen sowie soziale Aspekte.

Die Tätigkeit im Heimbereich ist starken Belastungen unterworfen, daneben gibt es aber auch positive Aspekte, die ausgleichend wirken können.

Schaubild 16: Positive Aspekte der Berufsarbeit in der Altenpflege (1993)



Quelle: Becker/Meifort 1997, S. 243

Interessant für die Beurteilung der Arbeitsbedingungen sind jedoch die negativen Beeinträchtigungskomponenten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Stress und Burnout auslösen können. Daher werden im folgenden Teil der Arbeit beispielhaft einige Belastungsfaktoren (Stressoren) aus der Arbeitstätigkeit, des Tätigkeitsumfeldes, aus der Organisation des Heimes sowie den sozialen Bezügen einer genaueren Betrachtung unterzogen.

3.1 Charakteristika der Pflegearbeit

3.1.1 Pflegeleistungen

Der § 43 SGB XI befasst sich mit den Leistungen der stationären Pflege. Zu den Aufgaben des Pflegepersonals in Heimen gehören demnach die allgemeinen Pflegeleistungen, welche die Grundpflege, die Behandlungspflege sowie die soziale Betreuung zum Inhalt haben. In der Praxis fließen die Teilbereiche ineinander.

Das breite Tätigkeitsspektrum von Altenpflegerinnen lässt sich grob in direkte und indirekte Pflegeleistungen untergliedern (vgl. Zapp/Funke, 1999).

Zu den direkten Pflegeleistungen gehören
die *Behandlungspflege* (u. a. Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgungen, Sonderernährung, Verbände und Lagerungen),
die *Grundpflege* (u. a. Körperpflege, Ernährung, Maßnahmen zur Mobilisierung) sowie
die soziale *Betreuung* (u. a. Sterbebegleitung, Unterstützung bei der Bewältigung von Lebenskrisen, Alltagsgestaltung).

Schaubild 17: Indirekte Pflegeleistungen

Indirekte Pflegeleistungen	
bewohner- und pflegebezogen	mitarbeiter- und organisationsbezogen
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Einzug eines Bewohners ◦ Pflegeplanung und Pflegedokumentation ◦ Pflegeübergabegespräche ◦ Gespräche mit Arzt oder Therapeuten ◦ Verwaltungstätigkeiten des Wohnbereiches beim Sterbefall ◦ Begutachtung durch MDK ◦ Bestellung von Pflegehilfsmitteln und Medikamenten für die Bewohner 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Dienstpläne erstellen und auswerten ◦ Dienstbesprechungen ◦ Anleitung, Unterweisung und Beurteilung von Mitarbeitern ◦ Fortbildung ◦ Bestellen v. Pflegeartikeln ◦ Pflege und Instandhaltung v. Pflegehilfsmitteln ◦ Umsetzung und Überwachung v. Vorschriften ◦ Stationsbezogene Qualitätssicherung

Quelle: Zapp/Funke, 1999, S. 8

In unmittelbarem Bezug zur Grund- und Behandlungspflege stehen die indirekten Pflegeleistungen. Sie sind zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen unumgänglich. Hierzu gehören bewohner- und pflegebezogene Leistungen sowie mitarbeiter- und organisationsbezogene Aufgaben (vgl. Schaubild 17)

Zapp/Funke (1999) führten zum Zweck einer leistungsorientierten hausinternen Budgetierung eine messende Zeitstudie durch. Die Auswertung erbrachte in Bezug auf die Verteilung der Pflegeleistungen ein markantes Ergebnis. Die Verfasser stellten fest, dass für die direkte Pflege am Menschen vorwiegend Hilfskräfte zum Einsatz kommen. Hingegen übernehmen hauptsächlich qualifizierte Pflegekräfte die indirekten Aufgaben. Vorsichtig bewertet könnte daraus geschlossen werden, dass sich das Selbstverständnis der Pflegenden verändert hat und die Wertschätzung der Pflege gesunken ist.

3.1.2 Selbstverständnis der Pflege

Der Altenpflegeberuf, der aus dem Berufsbild der Krankenpflege entstanden ist, hat bis heute noch nicht seine Identität gefunden. Das Image in der Öffentlichkeit ist negativ behaftet, und oftmals haben es Fachkräfte immer noch schwer, ihre Tätigkeit überhaupt als berufliche Arbeit akzeptiert zu bekommen. Die Nähe zur „Hausarbeit“ und das Erbe aus der Geschichte der Pflege²⁵ erschweren den Entwicklungsprozess zusätzlich.

Eine steigende Zahl von Anforderungen und Aufgaben müssen von der Altenpflegerin erfüllt werden. Auf Grund eines mangelnden Selbstverständnisses versucht die Pflegekraft, alle Erfordernisse zu kompensieren, und erledigt auch pflegefremde Tätigkeiten und Schnittstellenaufgaben, die anderen Professionen zuzuordnen wären. In zwanzig Prozent der Arbeitszeit werden Aufgaben erledigt, die kein pflegerisches Wissen erfordern (vgl. Frauenknecht 1992). Altenpflege ist eine Querschnittsaufgabe.

Im Zuge der einsetzenden Professionalisierungstendenz wird den Pflegekräften diese Problematik bewusst, und sie beginnen, das eigene Handeln zu reflektieren. Dies trifft jedoch nur auf Fachkräfte zu, insbesondere, wenn sie noch nicht lange im Berufsleben stehen (vgl. Hennecke-Court 1994, S. 5).

Die Altenpflegerin verfolgt mit ihrer Tätigkeit zwei Hauptziele: zum einen die Unterstützung und Versorgung der Bewohner und zum anderen die Gewährleistung eines reibungslosen Ablaufes in der Institution. Dieser Anspruch führt zu Rollenkonflikten.

Auf theoretischer Ebene existiert eine Vielzahl von Pflege-theorien, die bedürfnisorientiert ausgerichtet sind und als Grundlage für die Erstellung von Konzepten dienen.

3.1.3 Pflegeorganisation

Die Organisation von Pflege basiert auf Pflege-theorien und geschieht in der Praxis nach drei Mustern, der Funktions-, der Individual- und der Gruppenpflege.

Im Organisationsmodell der Funktionspflege übernimmt jede Pflegekraft auf der gesamten Station eine Teilfunktion. Die jeweilige Leitung verteilt die Aufgaben und übernimmt die Gesamtverantwortung. Der Handlungsspielraum und die Entscheidungskompetenz der einzelnen Person sind bei diesem System

²⁵ Vgl. Kapitel 2.2.1: Historische Grundlagen

sehr gering. Durch die Fragmentierung der Pflege hält sich die Motivation für Gesamtabläufe in Grenzen (vgl. Giercke 1994).

Als nachteilig können sich bei diesem hierarchisch-zentrierten Modell fehlende Verantwortung für die Gesamtabläufe, mangelnde Informationen, Monotonie und qualitative Unterforderung auswirken.

Im Gegensatz dazu übernimmt die Altenpflegerin beim Prinzip der Individualpflege die volle Verantwortung für die Pflege und Versorgung einzelner Bewohnerinnen. Dadurch wird es möglich, einen ganzheitlichen Pflegeansatz zu verwirklichen. Alle Pflegerinnen genießen den gleichen Status, hierarchische Abstufungen existieren nicht (vgl. Elkeles 1994, S. 82 f). Dieses System bietet Vorteile für die Bewohnerinnen und die Pflegenden. Die betreute Person hat die Möglichkeit, vertraute Verbindungen aufzubauen. Die Kontinuität der Pflege ist gewährleistet, und Ressourcen des alten Menschen können optimal erkannt und in das Pflegegeschehen einbezogen werden. Die Altenpflegerin betreut nur wenige Personen und erwirbt dadurch einen gesundheitsschonenden Vorteil. Lange Wege werden vermieden, Einzeltätigkeiten sind nicht für die Gesamtstation, sondern nur für eine begrenzte Zahl von Bewohnerinnen zu leisten, Kompetenzen kommen zur Geltung. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Zufriedenheit beider Gruppen steigt.

Bei der Organisationsform der Gruppenpflege übernimmt ein Team die Verantwortung für einen begrenzten Bewohnerstamm. Hier handelt es sich um kleinere Wohneinheiten oder Gruppen. Die jeweilige Tagesplanung und die Pflegeziele legt das Team gemeinsam fest. Grundvoraussetzung ist ein stabiles, partnerschaftliches Arbeitsteam. Vorteilhaft wirkt sich die Stärkung der Kompetenz des Einzelnen durch ein selbstverantwortliches Arbeiten aus (vgl. Giercke 1994).

In der Praxis findet immer noch die Funktionspflege vorrangig Verwendung. Trotz der Nachteile durch fragmentierte Arbeitstätigkeiten konnte ein Umdenkungsprozess noch nicht in Gang gesetzt werden.

3.2 Arbeitsrelevante Beziehungen

Mitarbeiterinnen in der Altenpflege benötigen die Fähigkeit, sich abgrenzen zu können. Im täglichen Geschehen wird die Bewältigung des Grundkonfliktes von Nähe und Distanz insbesondere durch die permanente Begegnung mit Verfall, Sterben und Tod erschwert. Teils extreme, teils widersprüchliche Gefühle wie Ärger, Wut, Mitleid, Traurigkeit, Ohnmacht etc. treten auf und bedürfen Be-

wältigung. Hinzu kommen Erfahrungen mit Grenzsituationen, die Auseinandersetzung mit existenziellen Themen (Alter, Sterben, Lebenssinn), Erinnerungen an verdrängte bzw. ungelöste Problematiken in der Beziehung zu den eigenen Eltern sowie die Wahrnehmung persönlicher Schwächen. Wie der Alltag im Heim gelingt, hängt von der Existenz und der Tragfähigkeit von Beziehungen zu verschiedenen Personengruppen ab.

3.2.1 Beziehung zu Vorgesetzten

Die Beziehung zu Vorgesetzten tritt in Untersuchungen übereinstimmend als markanter Bewertungsaspekt der Arbeitssituation und –zufriedenheit zutage²⁶ (vgl. u. a. Berger, 1999b, Zimber 1997a). Hierarchische Führungsstrukturen führen zu Belastungen und verhindern die Partizipation der Mitarbeiterinnen. Befragte Pflegekräfte beklagten einen Rückgang des Gestaltungs- und Entscheidungsspielraums durch rigide Führungsstile sowie eine fehlende Rückmeldung seitens der Leitungsebene hinsichtlich der Arbeitsergebnisse. Daraus resultiert ein gespanntes Verhältnis zwischen Mitarbeiterinnen und Vorgesetzten, das sich auf das Belastungsempfinden auswirkt.

Mitarbeiterinnen haben ein Bedürfnis nach Anerkennung der eigenen Leistungen und einer angemessenen Rückmeldung seitens der Leitung. Als Schwachstellen in der Zusammenarbeit kristallisierten sich fehlende, regelmäßige Dienstbesprechungen, mangelnde Anerkennung und unzureichende Förderung durch Vorgesetzte heraus. Ein angemessener Führungsstil kann wesentlich sowohl zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen als auch zu einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit beitragen (vgl. Berger, 1999b, S. 149).

Künftige Pflegemitarbeiterinnen streben nach Möglichkeiten der Mitwirkung, Mitgestaltung und Eigenverantwortung am Arbeitsplatz. Wenn die bestehenden Heime konkurrenzfähig bleiben möchten, gilt es die Attraktivität der Arbeitsplätze zu steigern und den Mitarbeiterwünschen entgegenzukommen.

3.2.2 Beziehung zu Kolleginnen

Das Arbeitsklima wird in allen einschlägigen Untersuchungen (z.B. Güntert et al. 1989) als wichtigster Aspekt der Arbeitssituation bewertet. Personalwechsel, Teamprobleme, Mobbing oder Konflikte in der Zusammenarbeit verstärken das Belastungsempfinden.

²⁶ Vgl. u. a. Kapitel 6.3

Eine „verschworene Gemeinschaft“ leistet gute Pflege, konstatiert Schäfer (1997) und zeigt in seinem Artikel auf, dass die Teammitglieder das Betriebsklima selbst bestimmen. Im Pflegealltag herrscht nicht immer eine friedliche Atmosphäre vor, sehr schnell können mannigfaltige Aspekte zu Spannungen und Streß führen.

Das in Pflegeheimen übliche heterogene Pflgeteam setzt sich zusammen aus Personen verschiedener Altersgruppen und Ausbildungen, differierender Fähigkeiten, Kenntnissen und Wertvorstellungen sowie unterschiedlicher Berufswahlmotivationen.

Die geringe Qualifikation einzelner Mitarbeiterinnen muss von Kolleginnen aufgefangen werden und trägt zu deren individuellen Überforderung bei. Unterschiedliche Arbeitskonzepte, Generationskonflikte im Team oder Konkurrenzsituationen zwischen unausgebildeten und examinierten Kräften zählen zu den häufigsten Konfliktherden im Pflegebereich (vgl. FOCUS-Forschungsgruppe, 1992, S. 134 f).

3.2.3 Beziehung zu Bewohnerinnen

Mit dem Einzug in ein Alten- oder Pflegeheim vollzieht sich für die betroffenen Älteren ein bedeutender Wandel. Neben der Aufgabe des eigenständigen Lebens in einer Wohnung reduzieren sich auch die Kontakte zur Außenwelt. Das Heim bildet eine abgeschlossene Einheit, in der man teils unfreiwillig mit Menschen verschiedenster Couleur eine „Zwangsgemeinschaft“ bilden muss. Diese Tatsache kann zu Resignation und Rückzugstendenzen führen. Goffman (1961) bezeichnet u. a. das Altenheim als eine totale Institution, deren zentrales Faktum die bürokratische Organisation von Menschen und deren Bedürfnissen darstellt. Die eintretende Isolation, bedingt durch defizitäre Kontakte, Mobilitätsproblemen, Verlust von Freunden und Bekannten, kann nur selten durch neue Kontakte im Heim kompensiert werden. Kommunikationsdefizite können als charakteristisch für den Heimbereich bezeichnet werden. Diese gestörten Kommunikationsmuster basieren vorwiegend auf vier Ursachen: persönliche Antipathien, eingeschränkte Möglichkeiten durch körperliche und/oder geistige Beeinträchtigungen, fehlende Gesprächspartner sowie die Heterogenität der jeweiligen Bewohnergruppe (vgl. Düx 1997, S.27 f). Die offensichtlichen oder latenten Unzufriedenheitszustände der Bewohnerinnen sowie die spezielle Lebenssituation im Alten- und Pflegeheim begünstigen spezifische Konflikte zwischen den Älteren und den Altenpflegerinnen.

Altenheimbewohnerinnen fühlen sich nicht selten persönlich enttäuscht von den Pflegerinnen, wenn ihnen weniger Aufmerksamkeit und Zeit geschenkt wird als pflegebedürftigen Mitbewohnerinnen. Sie beharren daher oft auf dem

Gleichgewicht von Bezahlung und Leistung und setzen die Mitarbeiterinnen unter Vollzugszwang und Druck (vgl. Düx, 1997).

Konfliktsituationen können sich auch aus einer Antipathie zwischen Bewohnerinnen und Pflegekräften ergeben. Das Personal nimmt im Heim eine Autoritätsposition ein, wogegen den Pflegebedürftigen ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis zugewiesen wird. Dieses Machtgefälle wird im Pflegealltag ständig bewusst oder unbewusst demonstriert (vgl. Kruse et al. 1992).

Die berufliche übergeordnete Position der Pflegekräfte gegenüber der privaten untergeordneten Position der Bewohnerinnen kennzeichnet die Beziehung der beiden Gruppen (vgl. Funk, 1984a). Dieses Machtgefälle führt dazu, dass Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen keine gleichberechtigten Konfliktpartner sein können. Die Rollenverteilung im Heim wirkt sich auf die Bewältigung von Problemen aus. Die Pflegenden nehmen eine dominierende und kontrollierende Rolle ein, während den Bewohnerinnen angepasste oder verteidigende Reaktionen zugeschrieben werden (Funk 1984b). Konflikte spielen sich weitgehend in den Zimmern der Bewohner ab, bleiben unbearbeitet und stören ihre Privatsphäre. Diese Situation trägt dazu bei, dass manifeste Konflikte von Seiten der Bewohnerinnen kompensiert werden. Psychosomatische Erkrankungen, aggressive Ausbrüche, Beschwerden über Essen oder Wetter zeigen, dass das Konfliktpotential stiller Konflikte erhalten bleibt und sich in weniger problematischen Ersatzhandlungen Ausdruck verschafft (vgl. Funk 1984a).

Nicht selten ignorieren die Pflegekräfte Bitten, Wünsche, Fragen oder Forderungen der Bewohnerinnen. Funk (1984b) beschreibt dieses Verhalten als Selbstschutz gegenüber Überforderungen und Konfrontationen. Die Altenpflegerinnen stehen in einem Spannungsverhältnis, ausgelöst durch die unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Anforderungen der Institution und der Bewohnerinnen. Um ausgeglichen und entspannt arbeiten zu können benötigen die Pflegenden sowohl die Identifikation mit der Einrichtung als auch die Zuneigung und Anerkennung der alten Menschen.

Konflikte zwischen Bewohnerinnen und Pflegekräften können zu Gewalt führen. Hierzu gibt es verschiedene Ausprägungen, die von Altenpflegerinnen sowohl bewusst als auch unbewusst eingesetzt werden. Eine unzureichende Pflege, gekennzeichnet durch Nichtbeachtung der Bedürfnisse und Möglichkeiten der alten Menschen (hastige Bewegungen beim Umbetten, zu schnelles Esseneingeben, Vernachlässigung des Schmerzempfindens, ruppiger Umgang, etc.) stehen hier an erster Stelle. Nicht selten werden diese Verhaltensweisen durch Personalmangel, mangelnde Kenntnisse in der Pflege oder Zeitnot hervorgerufen. Eine weitere Form von Gewalt stellen unterlassene Handlungen (kein Windelwechsel, vernachlässigte Körperpflege, keine Lagerungen, fehlende Mobilisierung, etc.) dar. Vielfach geben Altenpflegerinnen ihre eigene „Überforderung“ verbal an die Bewohnerinnen weiter. Beschimpfungen, respektlose

Antworten, Tadel und Zurechtweisungen wurden immer wieder in Heimen beobachtet (vgl. z.B. Düx 1997).

Kommunikationsentzug, Meidungsverhalten, Benachteiligungen und Entzug von persönlicher Zuwendung können zu Hospitalismus führen. Nicht zuletzt birgt auch die Struktur des Heimalltages Gewaltmomente in sich. Starre Zeitvorgaben wie z.B. Essens- oder Schlafenszeiten, Schichtzeiten der Mitarbeiterinnen beeinträchtigen die Bewohnerinnen in ihrer Autonomie und verhindern die Möglichkeit der individuellen Tagesgestaltung zur Befriedigung von Wünschen und Bedürfnissen (vgl. Düx 1997, S. 98).

Beschwerden der Betroffenen beziehen sich vorwiegend auf die Nachtdienstmitarbeiterinnen bzw. auf Situationen, die durch Personalmangel geprägt sind, und stellen wiederum eine Beziehung zu Belastungen des Personals her.

3.2.4 Beziehung zu Angehörigen

Angehörige stellen eine wichtige Bezugsgruppe dar. Die Interaktion zwischen ihnen und dem Pflegepersonal kann durch verschiedene Faktoren beeinträchtigt werden. Samson (1990) befragte Altenpflegerinnen zum Verhältnis mit den Angehörigen. Die Ergebnisse zeigten auf, dass 31 Prozent der Pflegekräfte den Umgang als befriedigend bewerteten, hingegen 26 Prozent klagten über eine gestörte Kommunikation und 38 Prozent schätzten das Verhältnis als gut bis sehr gut ein.

Mit dem Heimeinzug ergeben sich nicht nur Belastungen für die Betroffenen selbst, auch nahe Angehörige erleben diese Umbruchphase als psychische Belastung. Eine in der Schweiz durchgeführte Studie belegt diese Aussage. Es konnte nachgewiesen werden, dass Angehörige tiefen Erschütterungen ausgesetzt sind, die sich auf die psychische und physische Gesundheit auswirken können (vgl. Käppeli 1989).

Insbesondere pflegende Angehörige erleben den Heimeinzug als einen Funktionsverlust. Sie müssen zumindest indirekt Verantwortung abgeben und die Pflege in fremde Hände legen. Gefühle, versagt zu haben und die Pflege selbst nicht mehr leisten zu können, wirken sich negativ aus und führen zu übersteigerten Anforderungen an das Betreuungspersonal. Eine Rivalität zu den Heimmitarbeiterinnen tritt zutage und stört die problemfreie Kommunikation. Angehörige fühlen sich insbesondere in der Anfangszeit als Störfaktor für das Pflegepersonal (vgl. Meier 1989, Knobling 1985, Kühnert 1991).

Käppeli (1989) weist darauf hin, dass sich Angehörige kontinuierliche Gespräche mit den Altenpflegerinnen wünschen. In der Realität kommt dieses Bedürfnis jedoch nicht zur Umsetzung, da sie noch immer nicht ausreichend als Kooperationspartner integriert werden. Besondere Reibungsverluste ergeben sich durch unterschiedliche Ansprüche an die Versorgung und Pflege der Bewohnerinnen. Verwandte reagieren entweder mit Beschwerden und einem hohen Anspruchsverhalten oder treten den Rückzug an. Beide Möglichkeiten wirken sich zu Ungunsten des alten Menschen aus.

Im Tagesablauf verbleibt nur wenig Zeit, um Gespräche mit Verwandten der Bewohnerinnen zu führen. Diese Tatsache verstärkt den Konflikt zusätzlich.

Eine Untersuchung zur Angehörigenmitarbeit (Lind 1991) kam zu dem Ergebnis, dass 50-60 Prozent aller Heimbewohner regelmäßig mindestens einmal pro Woche Besuch von der Familie erhalten. Zu ähnlichen Daten kam Rückert (1985). Ein wichtiger Aspekt hierbei ist die Aufrechterhaltung der Bindung zu Verwandten sowie die Kontaktherstellung zur Außenwelt. Daneben engagieren sich Familienmitglieder auch in der Grundpflege sowie im hauswirtschaftlichen Bereich (Lind 1991). Wenn keine Angehörigen vorhanden sind oder ihre Kontakte auf ein Minimum reduziert haben, verlagert sich der Anspruch an die Pflegekräfte. Sie werden von den Bewohnerinnen eingebunden und sollen diese Mängel kompensieren, was Belastungseffekte noch verstärkt.

Ein informativer und aktiver Einbezug von Angehörigen in den Pflegealltag wirkt sich förderlich für die Kommunikation und das Miteinander von Pflegenden und Angehörigen aus. Gelingt eine konstruktive Integration, kann sowohl die Lebensqualität der Bewohnerinnen verbessert als auch Belastungseffekte für die Mitarbeiterinnen reduziert werden.

3.3 Bewohnerstruktur

In den letzten Jahren hat sich die Bewohnerstruktur der Altenpflegeheime infolge demographischer und struktureller Gegebenheiten extrem verändert. Im Zuge dessen veränderte sich auch die Aufgabenstellung der Einrichtungen. Die Umwandlung bestehender Rüstigenzimmer in Pflegebereiche kennzeichnet die Nachfrageentwicklung. Die Klientel der Alten- und Pflegeeinrichtungen hat sich dahingehend verändert, dass vorrangig schwerstpflegebedürftige, psychisch Kranke oder dementiell beeinträchtigte Anfrager aufgenommen werden müssen. Viele von ihnen kommen aus dem Krankenhaus und bleiben dauerhaft pflegebedürftig. Die vorliegende Situation fordert das Pflegepersonal in besonderem Maße.

Während früher alte Menschen ursächlich ihres Alters in Heimen betreut wurden, leben dort heute Ältere mit chronisch degenerativen, meist multimorbiden Erkrankungen. Kompetenzen im Bereich der Sondenversorgung, speziellen Lagerungstechniken und medizinischen Grundkenntnissen gehören zum Tätigkeitsbild, wurden jedoch meist nur bruchstückhaft in der Ausbildung vermittelt.

Psychiatrische Krankenhäuser reduzierten die Bettenkapazität für chronisch psychisch Kranke. Da es sich bei dieser Gruppe hauptsächlich um altgewordene Menschen handelte, fand eine Verlegung in Altenheime statt. Der Einzug dieser nicht unerheblichen Anzahl Betroffener erfolgte auf Kosten der Qualität. „Die im Heimbereich gegenwärtig herrschende Verwehrpraxis benachteiligt psychisch kranke alte Menschen, da sie in ihrer Neigung zur Regression, Inaktivierung und zunehmender Abhängigkeit von anderen in besonderem Maße auf äußere Stimulation und Motivationshilfe angewiesen sind“ (vgl. BMJFFG 1988, S. 7).

Die Unterbringung und Betreuung dementiell erkrankter Älterer in Heimen bringt eine Reihe von Problemen mit sich. Ein zahlenmäßiger Anstieg dieser Gruppe ist bereits erfolgt. Derzeit dürfte etwa ein Drittel der Bewohnerschaft psychiatrisch verändert sein. Demographisch gesehen schreitet diese Entwicklung weiter fort.²⁷ In der Praxis verlagert sich die Versorgung dieser Personengruppe kontinuierlich von den Bezirkskrankenhäusern hin zu den Pflegeheimen.

Die Pflege verwirrter alter Menschen gestaltet sich schwierig, insbesondere da die Altenheime weder konzeptionell noch personell oder von der Raumgestaltung (Milieuthherapie) auf diese Klientel eingerichtet sind.

Problematisch zeigt sich u.a., dass eine Vielzahl von diagnostischen Terminologien nebeneinander existieren, eine direkte Zuordnung von Ärzten jedoch selten getroffen wird oder werden kann. Dies führt dazu, dass Pflegekräfte mangels Informationen und/oder gerontopsychiatrischen Kompetenzen keine geeignete Betreuungsform wählen kann und allgemeine Standards an den Tag legen.

Altenpflegerinnen verfügen über zu wenige Grundkenntnisse in diesem Bereich, daher kommt der Fort- und Weiterbildung hier eine große Bedeutung zu. Adäquate Kenntnisse tragen dazu bei, abweichendes Verhalten zu verstehen und einzuordnen (vgl. Will 1995, S. 4 f). Die Kenntnis über therapeutische Ansätze (vgl. Bruder 1991) und deren Wirkung vermeiden Überlastungen beim Personal.

Einige Heime haben sich auf die Betreuung psychisch und/oder dementiell erkrankter Bewohnerinnen eingestellt und förderliche Konzepte entwickelt. Diese Häuser bilden jedoch die Ausnahme. Altenpflegerinnen der überwie-

²⁷ Vgl. Kapitel 2.1.5

genden Zahl von Heimen sehen sich bei der Betreuung dieses Personenkreises erheblichen Belastungen ausgesetzt und vermissen qualifizierte Unterstützung für die Tätigkeit (vgl. Will 1995, S. 12 f).

Angesichts der hohen Bedeutung der zu versorgenden Klientel in Bezug auf das Belastungsempfinden des Pflegepersonals wurde den Bereichen „Entwicklung der Pflegebedürftigkeit“ (2.1.4) und „Zunahme dementiell und psychisch erkrankter, älterer Menschen“ (2.1.5) je ein eigenes Kapitel gewidmet. Dort vorgenommene ergänzende Ausführungen runden das Bild ab.

3.4 Rahmenbedingungen der Tätigkeit – potentielle Stressoren

Das Altenheim befindet sich inmitten eines turbulenten Wandels. Dieser bezieht sich auf die Veränderung der äußeren und inneren Strukturen. Die äußeren Faktoren sind von medizinischen, demographischen und gesetzlichen Veränderungen geprägt, die zu fortschreitenden Diversifizierungen führen. Infolge der verbesserten medizinischen Verfahren konnte eine Erhöhung des Lebensalters erreicht werden. Der Anteil der multimorbid und chronisch kranken Älteren im hohen Lebensalter nimmt zu. Die Aufnahme in einem Pflegeheim erfolgt immer später und lag 1998 bei ca. 81 Jahren mit steigender Tendenz (vgl. Deutscher Bundestag 2001).

Die durchschnittliche Verweildauer der Heimbewohner beträgt derzeit etwa 52 Monate (vgl. Kuratorium Deutsche Altenhilfe 2003, S. 11).

Daraus ergeben sich für die Pflegenden hohe Anforderungen und Belastungen. Die Bewohner kommen zunehmend aus dem Krankenhaus- oder Kurzzeitpflegebereich und benötigen einen intensiven Pflegeaufwand. Bei den gängigen, kurzen Verweildauern versterben die Betroffenen oftmals, bevor ein Beziehungsaufbau mit dem Pflegepersonal abgeschlossen werden konnte.

Die Entlassungspraktik der Krankenhäuser trägt dazu bei, dass Anforderungen im medizinisch-pflegerischen Sinne auf die Altenpflegerinnen zukommen, die sie mit dem derzeitigen Stand der Ausbildung nicht bewältigen können. Sonderversorgungen neuester Art wie Portsysteme und die Pflege schwerstkranker Patienten sind an der Tagesordnung.

Gesetzliche Veränderungen und Anforderungen tragen ein weiteres Belastungspotential in sich. Das Qualitätssicherungsgesetz in Verbindung mit dem zeitgleich am 01.01.02 in Kraft getretenen Heimgesetz stellen Altenpfleger vor weitere Aufgaben.

Die Träger der Einrichtungen, vorrangig Wohlfahrtsverbände, Städte und Landkreise, sind Tarif- und Dienstrechten unterworfen, die einer Flexibilisierung entgegenstehen. Der Fachkräftemangel ist in aller Munde und führt dazu, dass Stellen unbesetzt bleiben, wodurch die Qualität sinkt und zusätzliche Belastungen auf die Kolleginnen zukommen.

Die Tätigkeit im stationären Bereich ist gekennzeichnet durch eine Mehrfachbelastung, verursacht u.a. durch einen schweren körperlichen Einsatz, Schicht- und Nacharbeit, psychische Belastungen sowie Schadstoffwirkungen. Ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und einer Gesundheitsgefährdung wurde nachgewiesen.

Es gilt daher in der Aufbau- und Ablauforganisation des stationären Altenhilfebereiches Ursachen für Belastungen zu eruieren, die zum Ausscheiden oder „Ausbrennen“ der Altenpflegerinnen führen können und diese in geeigneter Form zu verändern.

Im Sinne einer Ursachenforschung werden im folgenden Teil der Arbeit ausgewählte Belastungsfaktoren (Stressoren) aus der Organisationsstruktur der Alten- und Pflegeheime, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Streß und Burnout auslösen können, einer genaueren Betrachtung unterzogen

3.4.1 Strukturelle Belastungen

Die Struktur des Arbeitsumfeldes sowie der Arbeitsaufgabe birgt viele psychische Belastungen in sich. Im Folgenden werden drei ausgewählte Belastungsfaktoren vorgestellt, die sich aus der Situation in den Institutionen ableiten lassen.

3.4.1.1 Trägerphilosophien

Die bestehenden Altenheime werden von Wohlfahrtsverbänden, Privatanbietern oder Kommunen getragen. 1999 bestanden 8.859 Pflegeheime, wovon 3092 (34,9 %) privat, 5017 (56,6 %) freigemeinnützig und 750 (8,5 %) kommunal betrieben wurden (vgl. Kleiber 2003, S. 109). Den Trägern kommt eine besondere Aufgabe zu, sie sind sowohl Arbeitgeber als auch Wettbewerbsteilnehmer. In ihrer Funktion als Dienstherr steht die Forderung nach adäquaten Arbeitsbedingungen im Vordergrund. Im freien Wettbewerb geht es um ein wirtschaftliches Handeln und die Sicherstellung der gesetzlich geforderten Qualitätsvorgaben. Beide Ziele, insbesondere unter Berücksichtigung des bestehenden Kostendruckes sinnvoll zu kombinieren, gestaltet sich schwierig.

Die Wohlfahrtsverbände haben sich zu Dienstleistungsbetrieben entwickelt, die sich gängiger Marktstrategien bedienen. Notwendige Sanierungsmaßnahmen, zusätzliche Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln, Schaffung von Einbettzimmern u.v.m. können nur größere Träger verwirklichen. Die gestiegenen Anforderungen insbesondere durch gesetzliche Vorgaben gehen zu Lasten kleinerer Einrichtungen und verschlechtern die Arbeitsbedingungen.

Die Träger sind abhängig von der Genehmigung ihrer Pflegesatzanträge und der Vollbelegung ihrer Einrichtungen. „Die Ausdifferenzierung der normativen Handlungsgrundlagen und die Notwendigkeit für Dienstleistungsunternehmen, im Zuge der Entwicklung von Unternehmensprofilen auch einen „forschenden Blick“ intern oder in Kooperation auszubilden, um Markt- und Zielgruppenveränderungen auch prospektiv registrieren zu können, erhöht für die Träger den Druck, selbstverantwortlich zu sein“ (vgl. Schmidt 2000, S. 45). Dieser Druck wird bewusst oder unterbewusst an die Mitarbeiterinnen weitergegeben.

Die Trägerphilosophie der Wohlfahrtsverbände beruht vielfach noch immer auf altruistischen Denkmodellen. Diese Vorstellungen werden auf hauptamtliche Mitarbeiterinnen übertragen. Daraus resultiert eine Erwartungshaltung der Dienstherrn gegenüber den Altenpflegerinnen, die z.B. unbezahlten Mehreinsatz (Ehrenamtlichkeit) für gängig einstuft (vgl. Fröhlich 1991, S. 446).

Originäre Aufgabe der Träger ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Kriterien wie Stellenbeschreibungen, Organigrammvorgaben, Sicherstellung des Gehaltes, flexible Dienstzeiten oder Vergünstigungen tragen zur Arbeitsgestaltung wesentlich bei. Wie sich der Träger in seiner Doppelfunktion bewährt, zeigt sich auch in der Identifikation der Mitarbeiterinnen mit dem Dienstherrn. Die engagierte Mitwirkung der Altenpflegerinnen ist entscheidend für die fachliche Weiterentwicklung der humanen Arbeit und damit für die Wettbewerbsfähigkeit des jeweiligen Trägers.

3.4.1.2 Vergütungssysteme

Altenpflegerinnen beurteilen ihr Gehalt in Anbetracht der belastenden Arbeitstätigkeit, der Wochenend- und Schichtdienste sowie der geforderten Gesamtleistung als zu gering. Ein Wunsch der Pflegerinnen bezieht sich auf eine Erhöhung des Grundgehaltes, einher gehend mit einer deutlichen Differenzierung der Löhne nach Qualifikation und Funktion. Daneben fordern sie eine Anhebung der Zulagen für Schichtdienste und die besonders belastende Tätigkeit (vgl. FOCUS-Arbeitsgruppe 1992, S. 145).

Aus Sicht von Experten wirkt sich die Bezahlung bedeutend auf die Gewinnung und Bindung von Personal aus. Altenpflegerinnen wählen den Beruf auch unter materiellen Gesichtspunkten aus.

3.4.1.3 Bauliche Gegebenheiten

Ein Großteil der bestehenden Alten- und Pflegeheime kann aus architektonischer Sicht als veraltet eingestuft werden. Kleine Zimmer, fehlende Arbeits- und Lagerräume, lange Gänge gehören zum Alltag und erleichtern keineswegs die pflegerische Versorgung. Selbst wenn ältere Heime ein besonderes Flair aufweisen und bei älteren Menschen begehrt sind, bleiben die Belastungen für die Mitarbeiterinnen im Vordergrund.

Einige Heimträger und Leitungen solcher Häuser entwickelten im Laufe der Zeit fortschrittliche Konzepte (vgl. Heeg 1991, S. 105) zur Erhöhung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und setzten diese teils ohne Beachtung der baulichen Voraussetzungen um. Genannt seien hier Modelle der integrativen Pflege oder der Wohngruppenpflege, die es u.a. den pflegebedürftigen Personen erlauben, auch bei höherem Versorgungsbedarf in ihrem Zimmer zu bleiben. Nach Einführung der Pflegeversicherung vollzog sich auch eine Umwandlungswelle von Altenheimzimmern in Pflegebereiche. Hierbei wurde jedoch nicht bedacht, dass diese Trakte ursprünglich nicht für Pflege ausgerichtet waren. Belastungen wie z.B. enorme Wege zum Stützpunkt, das Fehlen von geeigneten Bädern und Schränken für Materialien auf den Gängen, zu enge Türen u.v.m. müssen vom Pflegepersonal gemeistert werden.

Selbst bei Planungen neuer Pflegeheime fließen derzeit die Belange der Pflegenden nicht ausreichend ein. Durch eine entsprechende baulich-architektonische Gestaltung besteht die Möglichkeit, Mitarbeiterinnen zu entlasten und attraktivere Arbeitsplätze zu schaffen (vgl. Heeg 1991, S. 105)

Einen weiteren Gesichtspunkt, der zur Entlastung der Pflegenden führen kann, stellt das Konzept der „aktivierenden Pflege“ dar. Mobile, ältere Menschen lassen sich jedoch nur zur Selbständigkeit motivieren, wenn das Umfeld wohnlich, barrierefrei und behindertengerecht gestaltet wird. Orientierungshilfen z.B. durch farbliche Elemente, Beschilderungen, optische Fußbodenunterbrechungen und die Schaffung von Aufenthaltsbereichen zur Förderung der Kommunikation sind hierbei Voraussetzung (vgl. Heeg 1991, S. 109).

3.4.2 Psychomentele Belastungen

Im Verlauf der letzten fünfzehn Jahren waren psychomentele Belastungen vermehrt Gegenstand arbeitswissenschaftlicher oder arbeitspsychologischer Untersuchungen, vorwiegend im Krankenhausbereich (vgl. u.a. Ostner/ Beck-Gernstein 1979; Schiesser 1987; Widmer 1988; Wedekind 1991). Als Ursache für psychomentele Belastungen kristallisierten sich vor allem Organisationsstrukturen und Arbeitszeitgestaltung heraus. Drei der wichtigsten Faktoren werden nachfolgend näher beschrieben.

3.4.2.1 Arbeitszeitstrukturen

Die Bewohnerinnen von Alten- und Pflegeheimen bedürfen einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Die daraus resultierenden Arbeitszeiten wirken sich belastend für die Mitarbeiterinnen, insbesondere auch auf den Familien- und Freizeitbereich aus. Mit den geforderten Dienstzeiten lassen sich Kindererziehung und Familie nur schwer vereinbaren. Wechselschichtarbeit bedeutet für die Betroffenen eine Umstellung der in der Bevölkerung üblichen Abfolge der Arbeits-, Freizeit- und Schlafphase.

Im Nachtdienst tätige Altenpflegerinnen müssen mit Beeinträchtigungen rechnen. Der „Biorhythmus“, d.h. die körperliche und geistige Leistungsbereitschaft, die tageszeitliche Anpassung von Wach- und Schlafzeiten, physiologische Funktionen wie der Ausgleich der Körpertemperatur und die Anpassung der Herz-Kreislauffähigkeit an die Gegebenheiten sowie die Funktionen der inneren Organe unterliegen einer natürlichen Gesetzmäßigkeit und sind auf den bekannten Nacht-Wachrhythmus ausgerichtet (vgl. Grauwinkel et al. 1996). Zur Beurteilung der Belastungen durch Schicht- und Nachtarbeit ist von Interesse, ob das Biorhythmussystem „umerzogen“ werden kann. Die „Circadianperiodik“ bezieht neben den biorhythmischen Gegebenheiten verschiedene sozial wirksame Zeiten und Phasen eines Tages in die Betrachtung ein. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Umkehr der Circadianperiodik nur möglich wäre, wenn die gesamte Umwelt umgestellt werden würde. „Der Nacht- und Schichtarbeiter befindet sich daher ständig in einem Stadium der beginnenden Inversion mit allen negativen Begleiterscheinungen“ (Grauwinkel et al. 1996, S. 264). Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Magenschleimhautentzündungen, Störungen des Magendarmtraktes oder Magengeschwüre treten infolge der veränderten Eßgewohnheiten (Hauptmahlzeiten nachts) auf.

Weisbrod-Frey (1991) beschreibt arbeitszeitliche Belastungen bei Altenpflegerinnen im Schicht- und Nachtdienst. Die Hauptproblematik liegt bei der Unregelmäßigkeit des Dienstes, den nicht ungestört einhaltbaren Pausen, sowie den zu kurzen Ruhephasen zwischen den einzelnen Arbeitsperioden. Die Untersuchungsauswertung von Güntert et al. (1989, S. 44) ergab, dass sich 348 Befragte (43 %) durch unregelmäßige Arbeitszeit und Schichtdienste stark belastet fühlten.

Diese Arbeitsform ist nicht nur im Pflegesektor bekannt. In der Bundesrepublik gilt die Nacht- und Schichtarbeit als weit verbreitet. Etwa 13 % aller Erwerbstätigen leisten ihre Arbeit regelmäßig in einer der benannten Arbeitszeitformen. „40 % der Beschäftigten arbeiten im Zweischichtsystem, ein knappes Drittel im Dreischichtsystem“. Insbesondere der Dreischichtsystem und die Nachtarbeit gelten als schwerwiegende Belastungsfaktoren mit pathogener Wirkung (vgl. Bäcker et al. 2000a, S. 426).

3.4.2.2 Zeitdruck

69 Prozent der Mitarbeiterinnen aus Alten- und Pflegeheimen kommen mit der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit nicht aus. Dies zeigt sich schon im Vollzug der Routinearbeiten, an die Umsetzung persönlicher Ansprüche an die Pflege ist dabei gar nicht zu denken (vgl. Becker/Meifort 1998, S. 197 f). Das errechnete Zeitkontingent pro Bewohner liegt bei ca. 20 Minuten. Im Vergleich mit den Einschätzungen der Pflegekräfte wäre zur Umsetzung einer humanen, verantwortungsbewußten Altenpflege etwa der doppelte Zeitwert (48,4 Minuten) erforderlich (Becker/Meifort 1998, S. 199).

Aus Kostengründen werden immer mehr ungelernte Kräfte eingesetzt, wodurch sich für das examinierte Personal eine Kompensierung der Arbeitsleistungen ergibt. Immer weniger Mitarbeiterinnen stehen einer wachsenden Zahl von Bewohnerinnen gegenüber.

Dieser ständig steigende Druck hinsichtlich des Zeitbudgets begünstigt die Entstehung individueller Belastungen und Überforderungen. Einerseits werden dadurch Qualitätsmängel in der Pflege hervorgerufen, andererseits zieht diese Art der Überbeanspruchung gehäufte Krankheitsausfälle und Stellenwechsel nach sich. Die Betriebsabläufe in Heimen unterliegen immer noch vorrangig monetären Überlegungen, dass es sich bei der Altenpflege jedoch um einen komplexen Auftrag handelt, der sich mit Lebewesen befasst, bleibt unberücksichtigt. Daher wäre es erforderlich, den Pflegekräften die notwendige Zeit

zu geben um eine qualitativ hochwertige, flexibel auf die Bedürfnisse der jeweiligen älteren Person abgestimmte Pflege leisten zu können.

3.4.2.3 Personalbemessung

In engem Zusammenhang mit Zeitdruck in der Pflege steht die Personalbemessung. Diese basiert auf errechneten Stellenschlüssel, die als Grundlage für Pflegegesetzverhandlungen dienen.

Durch die Umsetzung dieser Berechnungsgrundlage zu einem Stellenplan für die Stationen sind bereits Probleme vorprogrammiert. Stellenpläne gehen grundsätzlich von der Optimalbesetzung aus und berücksichtigen weder Fehlzeiten, bedingt durch Urlaub, Krankheit, Schwangerschaft, Teilnahme an Fortbildungen u.v.m. noch tarifliche Vereinbarungen, die zu Arbeitszeitkürzungen führen. Durch diese Konstellation werden bereits im Vorfeld Überlastungen der Mitarbeiterinnen in Kauf genommen. Eine Musterrechnung der FOCUS-Gruppe ergab, dass durch diese Kriterien in einem Heim mit 100 Plätzen rechnerisch pro Tag 1,73 Mitarbeiterinnen fehlen (vgl. FOCUS-Arbeitsgruppe 1992, S. 90).

Zu wenige Pflegekräfte in den jeweiligen Schichten führen zu einer Arbeitsverdichtung für das anwesende Personal und lösen Überforderungen aus. Diese Rahmenbedingungen wirken sich nachteilig auf die Arbeitszufriedenheit und Motivation der einzelnen Altenpflegerinnen aus. Dadurch erhöht sich die Zahl der Erkrankungen und Abwanderungen aus dem Beruf, wodurch sich der Kreislauf schließt.

Erschwerend wirkt sich noch die Einrechnung des Nachtdienstes in den Pfeigeschlüssel aus. Da nachts mindestens eine, meist zwei examinierte Kräfte Dienst tun müssen, kürzt sich dadurch der Anteil der Pflegekräfte im Tagdienst zusätzlich.

Durch verbesserte Personalschlüssel könnte die Tätigkeit interessanter und abwechslungsreicher gestaltet werden. Ein Gesundheitsschutz für die Mitarbeiterinnen wäre inbegriffen (vgl. FOKUS-Arbeitsgruppe 1992, S. 90 f).

3.4.3 Physikalisch-chemische Belastungen

Physikalisch-chemische Beanspruchungen gehören zu den situativen Anforderungen der Arbeitstätigkeit. Sie beinhalten einen Gefährdungscharakter, der das Risiko der Verletzungsgefahr und der Möglichkeit, eine Berufskrankheit zu erwerben, beinhaltet. Diese Art der Belastung ist bei Altenpflegerinnen jedoch weniger von Bedeutung als bei Krankenschwestern (vgl. Leitner et al. 1991, S. 89).

Dennoch zählen zu dieser Belastungsgruppe Umgebungseinflüsse durch Zugluft, Geruch, Raumtemperatur, Beleuchtung, Klima u.v.m., die in Kombination mit weiteren Beanspruchungsfaktoren belastend wirken können. Beispielsweise konstatiert Heeg (1991), dass künstliche Beleuchtung und die hohen Zimmertemperaturen in den Pflegezimmern das Wohlbefinden der Altenpflegerinnen beeinträchtigen.

3.4.3.1 Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen

Altenpflegerinnen versorgen täglich Menschen, die neben dem altersentsprechenden Pflegebedarf auch an ansteckenden Krankheiten z.B. AIDS, Hepatitis, Lungenentzündung etc. leiden können. Der Umgang mit Fäkalien, Urin, Blut und Eiter gehören zum Alltag. Das pflegerische Handeln ist eng verbunden mit dem Umgang gesundheitsgefährdender Stoffe. Zu diesen Stoffen gehören u.a. Desinfektionsmittel (vgl. Binding 1995). Zur Vorbeugung kommen Körperschutzmittel (z.B. Latexhandschuhe, Händedesinfektion) zum Einsatz, die ihrerseits zu Allergien und Hautreizungen führen können und sich als unpraktisch erweisen.

3.4.3.2 Ergonomisch, energetische Faktoren

Aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen alter Menschen ist es erforderlich, diese zu stützen, zu heben und zu waschen. Hinzu kommen mehrmals täglich aufwendige Transfers zwischen Bett und Rollstuhl, Nachtstuhl und Sitzgelegenheit oder in die Badewanne. Weitere Belastungen für das Pflegepersonal entstehen durch das viele Laufen und das lange Stehen. Die Entstehung von Wirbelsäulen- und Bandscheibenschäden sind vorprogrammiert.

Mobile Personenlifter gehören heute zur Ausstattung der Heime, sind jedoch nur in geringem Umfang vorhanden. Die komplizierte Handhabung verführt die Pflegekräfte dazu, mit eigener Körperkraft zu arbeiten und Hilfsmittel außen vor zu lassen (vgl. Rosenthal 1993).

Der hohe Grad an Rückenbeschwerden (vgl. Stössel et al. 1990) resultiert aus andauernden physischen Überforderungen der Pflegenden.

Eine Untersuchung an der Universität Hohenheim hat gezeigt, dass selbst moderne Pflegebetten und Nachttische aus ergonomischer Sicht nicht auf die Pflegeprozesse ausgerichtet sind (vgl. Müller/Spaude 1992).

3.5 Weiterführende Überlegungen

Wie die Ausführungen der vorangegangenen Kapitel gezeigt haben herrscht aus arbeitswissenschaftlicher Sicht in einem Alten- und Pflegeheim ein Arbeitssystem vor, das verschiedenartige Belastungsfaktoren in sich birgt.

Das Betriebsklima, der Kontakt mit Bewohnerinnen, die Bewohnerstruktur sowie die Organisation der Tätigkeit bestimmen die Qualität der Arbeitsbedingungen und bieten Ansatzpunkte für Veränderungen.

Die charakteristischen Züge der Pfl egetätigkeit im Heim wirken sich beim heutigen Stand der Forschung nachteilig auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden aus. Dauerhafte, hohe Arbeitsbeanspruchungen korrelieren mit physischen und psychischen Belastungen, die schlimmstenfalls zu Burnout führen können. Ausschlaggebende Faktoren für Burnout sind vor allem das Arbeitsumfeld mit seinen restriktiven Strukturen, festgelegten Rollenzuweisungen und dem herrschenden Machtgefüge.

„ Das Belastungsgeschehen in seiner Gesamtheit führt nicht unmittelbar und zwangsläufig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Schäden der betroffenen Beschäftigten. Seine gesundheitlichen Auswirkungen hängen wesentlich von den individuellen und auch kollektiven Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten ab“ (vgl. Bäcker et al 2000a, S. 429).

Zur Einschätzung der Thematik ist es wichtig diese Copingstrategien zu kennen um sie gesundheits- und persönlichkeitsfördernd nutzen zu können.

4. Theoretische Grundlagen

Umgangssprachlich sind Bezeichnungen wie Belastung, Burnout, Streß weit verbreitet, in der Fachliteratur kontrovers diskutiert. Zur Herstellung einer gemeinsamen Ausgangsbasis scheint es sinnvoll die theoretische Verankerung der Problematik zu beleuchten. Die gewonnen Erkenntnisse daraus bieten die Möglichkeit Beziehungen zwischen den wissenschaftlichen Grundlagen der Arbeits- und Belastungsforschung, den tätigkeitsbedingten Beanspruchungen der Altenpflegerinnen sowie den Folgen daraus herzustellen und zu bewerten.

4.1. Theorien zu Arbeit, Gesundheit und Krankheit

4.1.1 Arbeit

Pflegetätigkeit als personale Dienstleistung stellt Arbeit in einem weiten Sinne dar. Untersucht man die Arbeitssituation von Pflegekräften ist deshalb eine Theorie der Arbeit Grundlage einer Strukturierung.

Luckmann/Sprondel (1972, S. 11) konstatieren: „Wir sprechen daher von Arbeit, wenn immer ein Mensch so handelt, dass sein Handeln unmittelbar in die natürliche oder gesellschaftliche Umwelt eingreift, dass sein Handeln als (von ihm selbst oder von anderen) beobachtbare Folgen hat.“ Diese Definition stützt sich auf den Arbeitsbegriff von Karl Marx (1920, S. 192), der „in der Arbeit die zweckgerichtete und erfolgskontrollierte Auseinandersetzung des Menschen mit der Natur sieht. Im Produkt der menschlichen Zwecken dienstbar gemachten Natur objektiviert sich Arbeit zum geschaffenen Gebrauchswert zur Befriedigung seiner Bedürfnisse“ (vgl. Luckmann/ Sprondel 1972, S. 12).

Dieser Arbeitsbegriff geht zurück bis in die Urvölker. Seit Menschen existieren, wurde gearbeitet. Erst in der Hochkultur differenzierte sich der Begriff, und es wurde von ersten Formen des Berufs gesprochen. Später konstituierte sich Arbeit in ausdifferenzierten Rollenstrukturen (vgl. Luckmann/Sprondel 1972, S. 13 f).

Insbesondere ist heute - auch für die Pflege - die Unterscheidung in Erwerbsarbeit verschiedener Formen und Arbeit im informellen Arrangement von Bedeutung, wobei die „ehrenamtliche“ Arbeit eine Zwischenstellung einnimmt.

4.1.1.1 Bedeutungen von Arbeit

Der Erwerbstätigkeit kommt in zweifacher Hinsicht eine zentrale Bedeutung zu. Zum einen bietet eine Anstellung die Grundlage, um Einkommen zu erzielen, daneben ist sie für „die persönliche Identität, die soziale Position, die soziale Interaktion und Partizipation sowie die Gestaltung und Strukturierung des Alltags zentral“ (vgl. Schmitt 2001, S. 218). Ein Verlust der Arbeitsstelle hat demzufolge weitreichende Konsequenzen für die eigene Identität.

Gesellschaftspolitisch betrachtet stellt die Berufstätigkeit ein zentrales Merkmal im Lebenslauf dar. Die klassische Teilung in Ausbildung, Erwerbsarbeit und Ruhestand ist gleichzeitig verbunden mit Status und Prestige (vgl. Kohli, 1994, S. 241).

Die Ausübung eines Berufes beinhaltet gesundheitsfördernde Effekte wie z.B. Statuserhalt, Zufriedenheit mit sich und der Situation, Sicherheit und gesicherte Zukunftsperspektiven und Kompetenzerweiterung. Diese können sich jedoch ins Gegenteil verkehren, wenn das Berufsfeld als belastend empfunden wird. In diesem Fall treten gesundheitsbelastende Aspekte in den Vordergrund. Hierzu gehören u.a. Kontrollverluste in der Lebensgestaltung, psychische und physische Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie eine Statusdiskontinuität (vgl. v. Ferber 1996, S. 295). Wichtig scheint in diesem Zusammenhang auch eine Einschränkung des Handlungsspielraums zu sein.

Die Ausübung einer adäquaten Tätigkeit dient der Verwirklichung menschlicher Bedürfnisse (vgl. Schmitt 2001, S. 218).

Bereits Freud (1930, 1992, S. 78) beschrieb die spezielle Funktion der Arbeit: „Keine andere Technik der Lebensführung bindet den einzelnen so fest an die Realität als die Betonung der Arbeit, die ihm wenigstens ein Stück der Realität, in die menschliche Gemeinschaft sicher einfügt. Die Möglichkeit, ein starkes Ausmaß libidinöser Komponenten, narzisstische, aggressive und selbst erotische, auf die Berufsarbeit und auf die mit ihr verknüpften menschlichen Beziehungen zu verschieben, leiht ihr einen Wert, der hinter ihrer Unerlässlichkeit zur Behauptung und Rechtfertigung der Existenz in der Gesellschaft nicht zurücksteht.“

Rubinstein (1977, S. 108) zeigt aus psychologischer Sicht auf, dass Arbeit dem Wesen nach auf die Erzeugung eines für die Gesellschaft nützliches Produkt ausgerichtet ist. Arbeiten heißt nach der Definition von Rubinstein „sich in seinen Arbeitsprodukten objektivieren, sein eigenes Dasein bereichern und erweitern, Schöpfer und Gestalter sein“ (vgl. Rubinstein 1977, S. 709).

Es ist zu fragen, ob ein solches Verständnis von Arbeit auch auf die Tätigkeit in der Altenpflege zutrifft.

Soziale Dienste, zu denen auch der Altenpflegeberuf gehört, nehmen ein soziales Problem zum Anlass der Tätigkeit und unterscheiden sich in diesem Punkt zu anderen personenbezogenen Diensten (vgl. Bäcker et al. 2000b, S. 333). Diese Tätigkeit ist vom Grundsatz her nicht auf eine Güterproduktion im herkömmlichen Sinne ausgerichtet. Es handelt sich um personale Leistungen, die nach der Erbringung nicht mehr gegenständlich sind. Eine Objektivierung an den eigenen Arbeitsprodukten, wie von Rubinstein (1977) ausgeführt, ist hier nur schwer möglich. Eine Bereicherung für das eigene Dasein kann vorrangig nur aus der Situation der Dienstleistung erfahren werden. Der Zwischenmenschliche Bezug, sowie die Umsetzung eigener Pflegeziele könnten hier Anhaltspunkte sein.

4.1.1.2 Bedeutungen der Arbeit für Frauen

Die Bedeutung der Arbeit für Frauen unterscheidet sich zunächst nicht von der für Männer. Die Erwerbstätigkeit sichert die materielle und soziale Lage. Ein Arbeitsplatz wird besonders auch für ältere Frauen immer wichtiger. Dies zeigt sich an der hohen Zahl berufstätiger Frauen im Alter zwischen 45 und 54 Jahren (vgl. Greiner 1996, Grünheit/Schulz 1996, Breiholz 2002). Im Lebenslauf der Frauen gibt es immer wieder Phasen, in der sie keine Berufstätigkeit aufnehmen können. Hierzu gehören z.B. Zeiten der Schwangerschaft oder Familienzeiten (vgl. Backes 1999, S. 102).

Frauen haben meist eine differenziertere Orientierung. Sie möchten sowohl ihre Familie versorgen und die Kinder erziehen, als auch beruflich tätig werden. Dadurch ist eine Doppelbelastung gegeben. Die Haus- und Familienarbeit gewährleistet auf Dauer keine befriedigende psychosoziale Situation für die Betroffenen (vgl. Fookan/Lind 1994, Clemens 1997). Die Kombination der jeweiligen Dienstzeiten mit den Bedürfnissen der Familie fordert den Frauen eine enorme Managementleistung ab, die zu Belastungen und Überforderung führen kann.

Ein großer und stetig wachsender Anteil von Frauen verbindet Kindererziehung und Erwerbstätigkeit, jedoch lässt sich erkennen, dass dennoch etwa 40% der verheirateten Mütter im Alter zwischen 20 und 60 Jahren phasenweise auf einen Beruf verzichten (vgl. Bäcker et al. 2000a, S. 132).

In der Realität sind Frauen im Berufsleben immer noch schlechter gestellt als ihre männlichen Kollegen. Die strukturellen Bedingungen führen dazu, dass Frauen schwieriger eine adäquate Stellung erhalten. Führungspositionen werden immer noch vermehrt an männliche Bewerber vergeben. Auch die Bezahlung fällt für Frauen geringer aus. Angehörige des weiblichen Geschlechts sind

stets gefordert, überdurchschnittliche Leistungen zu erbringen um sich durchsetzen zu können.

Typische Frauenberufe zeichnen sich durch niedrige Qualifikationsanforderungen, minimale Aufstiegschancen und geringe Entlohnung aus. Diese Stellen bieten eine unzureichende berufliche Sicherheit und sind gekennzeichnet durch fehlende Perspektiven (vgl. Gerhard 1990).

Zeiten, die zugunsten der Familie und damit ohne zusätzliche Berufstätigkeit genutzt werden, führen im Alter zu schlechteren materiellen und sozialen Bedingungen (vgl. Backes 1999, S. 103).

Die Altenpflege wird als typischer Frauenberuf angesehen. Einerseits konzentrieren sich die Wünsche von Frauen auf Tätigkeiten, die mit Helfen, Versorgen, Betreuen oder Pflegen zu tun haben, andererseits entspricht diese Orientierung den geschlechtsspezifischen Gegebenheiten und sind nahe verwandt mit der Haushalts- und Familienarbeit. Frauen profitieren von der derzeitigen Entwicklung auf dem Pflegemarkt (vgl. Clemens 1997, S. 15).

4.1.1.3 Dialogische Arbeitstätigkeit

Arbeitsfelder, die vorwiegend durch soziale, zwischenmenschliche Kontakte geprägt sind, können zu emotionalen Belastungen führen.

Bestimmte Berufsgruppen wie Polizei, Feuerwehr, Sanitäter, Ärzte und Pflegekräfte sind davon besonders bedroht. Der kontinuierliche Umgang mit menschlichen Notsituationen wie Krankheit, Leiden, Schmerzen und Tod beeinträchtigen die eigene psychische Konstitution (vgl. Wenchel 2001, S. 69).

Bei Altenpflegerinnen wird im Alltag davon ausgegangen, dass ein zuvorkommendes, einfühlsames und anteilnehmendes Verhalten den Bewohnerinnen gegenüber an den Tag gelegt wird. Diesbezüglich kann von einer „emotionalen Arbeit“ gesprochen werden. Das Zusammenspiel von sowohl „emotionalen Belastungen“ als auch der „emotionalen Arbeit“ führt ohne den Einsatz geeigneter Unterstützungsstrukturen zu Burnoutscheinungen (vgl. Wenchel 2001, S. 68 f).

Der Altenpflegeberuf wird zu den Humandienstleistungen gezählt und gilt daher als dialogische Arbeitstätigkeit. Die Besonderheit der Beschäftigung besteht in der sozialen Interaktion. Die Aktivitäten beziehen sich nicht auf Objekte, sondern auf die Intensionen und die Aktivität eines anderen Individuums. Das bedeutet, die Altenpflegerin vollzieht eine leistungsbestimmende Tätigkeit mit dem Ziel, die Bewohnerin dahingehend zu beeinflussen, dass ihre Absicht und

ihre Aktivitäten verändert werden. Die Prozessqualität der Pflegerin sowie der älteren Person sind miteinander verknüpft und kann nur beschrieben werden im Zusammenwirken von Pflegerin und Gepflegter (vgl. Böger et al. 1995, S. 2). Das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Altenpflegerinnen begünstigt auch die Befindlichkeitslage der Bewohnerinnen. Dies kann zu einer Einschränkung des Tätigkeitsspielraumes seitens der Pflegekräfte beitragen, da eine Abhängigkeit zu den zu Pflegenden gegeben ist. In vielen Fällen sind die aktive Mitwirkung und der Kooperationswille der Pflegebedürftigen Voraussetzung für den Erfolg der Tätigkeit. Für diese soziale, personenorientierte Dienstleistung gilt das „uno-actu-Prinzip“, da die Tätigkeit an und mit den jeweiligen Personen durchgeführt wird. „Die Adressaten der Dienste sind immer auch Ko-Produzenten, d.h. zugleich Objekt und Subjekt des Dienstleistungsprozesses“ (vgl. Bäcker et al. 2000b, S. 334).

Bei sozialen Dienstleistungen handelt es sich um Erfahrungsgüter. Dies bedeutet, dass sich die Qualität der Leistung erst nach der Erbringung einschätzen lässt. „ Als Ergebnis gilt dabei nicht die Dienstleistung als solche, sondern deren Wirkung; diese wiederum lässt sich nicht eindeutig dem Leistungsinput zuordnen, sondern ist Leistungsprozess und somit auch stark von der Person und dem sozialen Umfeld des Adressaten und dessen Engagement abhängig“ (vgl. Bäcker et al. 2000b, S. 334).

Für die Altenpflegerin ergibt sich daraus eine schwierige Position. Zum einen kann die Pflegekraft das Ergebnis der Leistung nicht selbst steuern und gerät dadurch in ein Abhängigkeitsverhältnis zu den Bewohnerinnen. Zum Zweiten gehören die Pflegepersonen dem direkten Umfeld der alten Menschen an und gestalten es aktiv mit. Es ergibt sich ein verwobener Interaktionsrahmen der Konflikte in sich birgt. Insbesondere bei verwirrten oder schwerpflegebedürftigen Heimbewohnerinnen, die in ihrer Entscheidungskompetenz eingeschränkt sind, wird die Altenpflegerin als „Agent“ zur Spezifizierung der erforderlichen Einzelleistungen eingesetzt. Der Dienstleister bestimmt damit Angebot und Nachfrage zugleich“ (vgl. Bäcker et al. 2000b, S. 335).

4.1.1.4 Komponenten der Arbeitszufriedenheit

Die Interaktion in Humandienstleistungen beeinflusst in ganz individueller Form die Zufriedenheit der Dienstleistenden.

Hoppock, einer der ersten Autoren, der sich mit der Erfassung von Arbeitszufriedenheit befasst hat, führte aus:

Arbeitszufriedenheit ist „... eine Kombination psychologischer, physiologischer und situativer Bedingungen, die die Person zu der ehrlichen Äußerung veranlassen: 'Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden'“ (1935, S. 47)

Es geht darum herauszufinden, ob Arbeitszufriedenheit in einem systemischen Zusammenhang zu Konsequenzen aus der Arbeitssituation wie Leistung, Beschwerden, Arbeitsunfällen, krankheitsbedingten Fehlzeiten, Fluktuation, u.v.m. steht.

4.1.1.4.1 Erklärungsansatz

Zur genaueren Betrachtung von Arbeitszufriedenheit gilt es eine Vielzahl von Ansätzen heranzuziehen.

Herzberg/Mausner/Snyderman (1959) beschäftigte sich mit der Erforschung der Zufriedenheit und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz. Die empirischen Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, dass jeweils unterschiedliche Aspekte der Arbeit maßgebend sind für den Bereich der Arbeitszufriedenheit oder der Arbeitsunzufriedenheit. Herzberg et al. (1959) formulierten daraus die „Zwei-Faktoren-Theorie“.

Herzberg et al. (1959) zählt zu den Unzufriedenheit erzeugenden Aspekten vor allem

- die äußeren Arbeitsbedingungen
- die Beziehung zu den Arbeitskollegen
- die Beziehung zu den Vorgesetzten
- die Firmenpolitik und die Administration
- die Entlohnung einschließlich der Sozialleistungen
- die Krisensicherheit des Arbeitsplatzes.²⁸

Eine positive Ausprägung der Aspekte führt jedoch nicht zu einer Arbeitszufriedenheit. Sie kann lediglich einer Unzufriedenheit entgegenwirken.

Zu den von Herzberg et al. (1959, S. 59-70) beschriebenen Faktoren, die Arbeitszufriedenheit bewirken können, gehören vor allem

- die Tätigkeit selbst
- die Möglichkeit, etwas zu leisten
- die Möglichkeit, sich weiter zu entwickeln
- die Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen
- die Aufstiegsmöglichkeiten
- die Anerkennung.¹

²⁸ Freie Übersetzung ins Deutsche

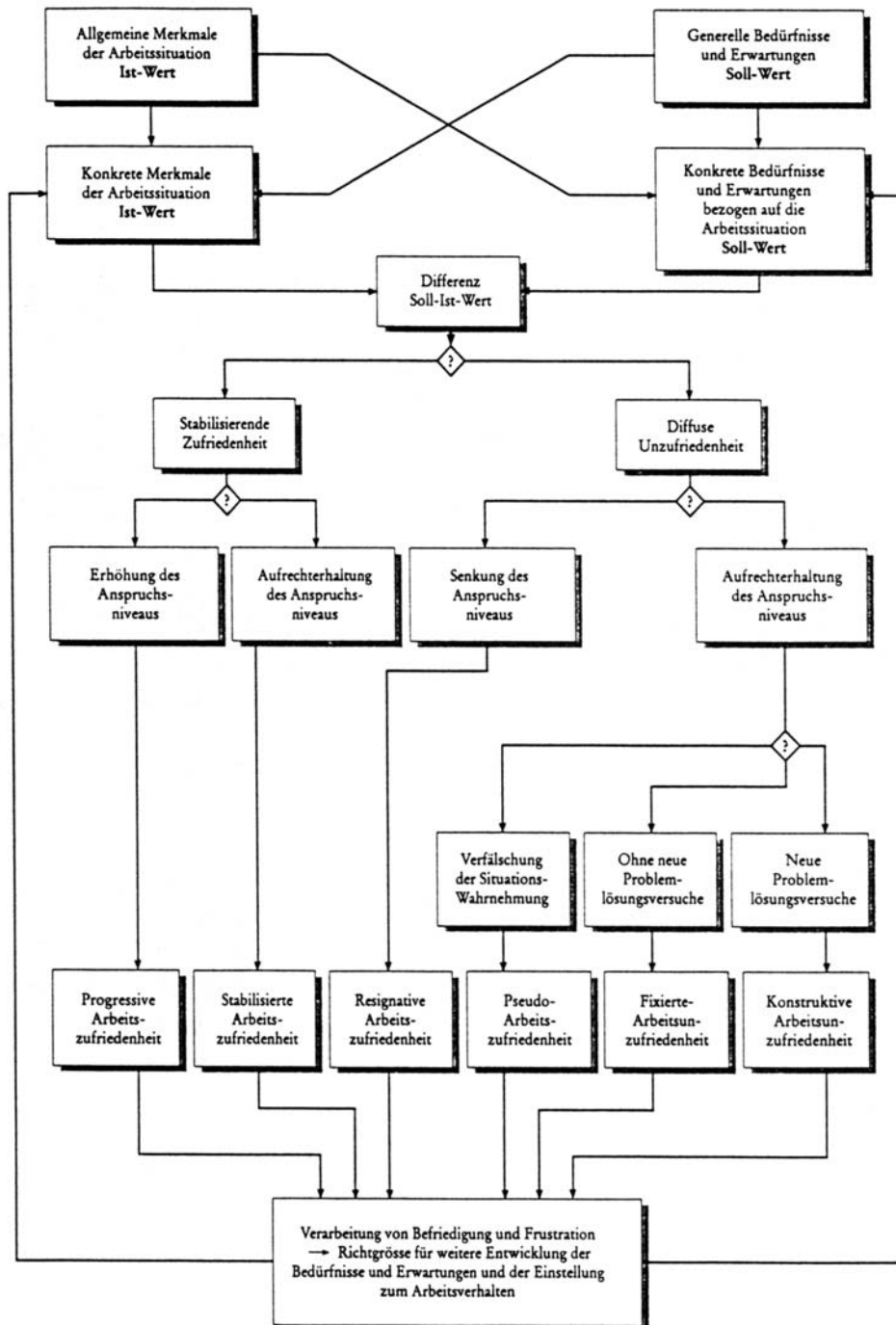
Die angeführten Determinanten wurden von der Fachwelt anerkannt und gelten als entscheidend für den Bereich der Arbeitszufriedenheit.

Bruggemann (1974) interpretiert die Arbeitszufriedenheit als Prozess und grenzt sich damit zu früheren Konzepten deutlich ab. Er unterscheidet sechs Formen von Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit.

Das Auftreten der einzelnen Formen hängt ab von einem persönlichen Vergleich zwischen den eigenen Bedürfnissen und Erwartungen (=SOLL), sowie den Möglichkeiten der konkreten Umsetzung im Arbeitsalltag (=IST). Je nachdem, wie dieser Vergleich für die einzelne Person ausfällt, treten die unterschiedlichen Formen der Arbeitszufriedenheit zutage. Die Form der „stabilisierten“ Arbeitszufriedenheit wird erreicht, wenn der Soll-Ist-Vergleich positiv ausfällt und das Anspruchsniveau unverändert bleibt (vgl. Bruggemann 1974, 1977). Bei einem negativen Ergebnis des Soll-Ist-Vergleichs kann durch eine Senkung des Anspruchsniveaus im Sinne einer Sollwert-Reduktion eine „resignative“ Arbeitszufriedenheit entstehen. Wird bei dieser Form das Anforderungsniveau unverändert beibehalten, kann dies zu drei unterschiedlichen Auswirkungsmöglichkeiten führen. Erstens besteht die Möglichkeit, die vorliegende Situation falsch zu interpretieren, was bedeutet, dass in der subjektiven Wahrnehmung mehr Freiheitsgrade empfunden werden, als objektiv gesehen tatsächlich gegeben sind. Die daraus resultierende Form der Zufriedenheit wurde als „Pseudozufriedenheit“ klassifiziert. Verharrt die Person jedoch in der adäquat wahrgenommenen Situation, führt dies zur Form der „fixierten Arbeitszufriedenheit“. Als dritte Möglichkeit kann die Beibehaltung des Anspruchsniveaus nach einem negativen Soll-Ist-Vergleich auch zu aktiven Bemühungen in Richtung neuer Problemlösungsversuche führen und eine „konstruktive Arbeitszufriedenheit“ auslösen (vgl. Bruggemann 1974).

Trotz methodischer Schwierigkeiten lassen Ergebnisse aus verschiedenen Untersuchungsergebnissen den Schluss zu, dass ein Teil der Zufriedenheitsäußerungen von Beschäftigten auf die Form der „resignativen Arbeitszufriedenheit“ entfällt. Insbesondere dann, wenn am Arbeitsplatz eine hochgradige Arbeitsteilung vorliegt (vgl. Ulich 1998).

Schaubild 18: Formen der Arbeitszufriedenheit als Ergebnisse von Abwägungs- und Erlebnisverarbeitungsprozessen



Quelle: Bruggemann/Groskurth/Ulich 1975

Zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten stellten Hacker und Richter (1980) ein differenziertes System vor (siehe Schaubild 19), das sich insbesondere durch die Abstufung der Bewertungsebenen in Unterebenen unterscheidet. Das vorliegende Modell basiert auf einem hierarchischen Aufbau. Vor dem Fortschreiten zur nächsten Bewertungsebene müssen zunächst die Anforderungen der vorherigen Stufe erfüllt sein. „Der hierarchische Aufbau bedeutet weiter, dass übergeordnete Bewertungsebenen Möglichkeiten zum weiteren Verwirklichen untergeordneter beisteuern können“ (Hacker/ Richter 1980, S. 29)

Schaubild 19: Hierarchisches System zur psychologischen Bewertung von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen

Bewertungsebenen	Unterebenen	Mögliche Kriterien (Beispiele)
Realisierung 4.	Persönlichkeitsförderlichkeit <ul style="list-style-type: none"> Weiterentwicklung Erhaltung Rückbildung } ausgewählter Fähigkeiten und Einstellungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitanteil für: <ul style="list-style-type: none"> - selbständige Verrichtungen - schöpferische Verrichtungen • erforderliche Lernaktivitäten
3.	Beeinträchtigungsfreiheit <ul style="list-style-type: none"> ohne bzw. mit zumutbaren Beeinträchtigungen bedingt zumutbare Beeinträchtigungen nicht zumutbare Beeinträchtigungen (funktionelle Störungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • negative Veränderungen psychophysiologischer Kennwerte (EKG, EEG) • Befindensbeeinträchtigungen
2.	Schädigungslosigkeit <ul style="list-style-type: none"> Gesundheitsschäden ausgeschlossen Gesundheitsschäden möglich Gesundheitsschäden hochwahrscheinlich 	<ul style="list-style-type: none"> • MAK-Werte • BK-Morbidität • Unfälle/ASAO
1.	Ausführbarkeit <ul style="list-style-type: none"> uneingeschränkte Ausführbarkeit bedingte, eingeschränkte Ausführbarkeit zuverlässige Ausführbarkeit nicht gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> • anthropometrische Normen (TGL) • sinnespsychophysiologische Normwerte

Quelle: Hacker/Richter 1980

Das von Ulich (1980) vorgestellte System zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten umfasst die Kriterien „Schädigungsfreiheit“, „Beeinträchtigungslosigkeit“, „Persönlichkeitsförderlichkeit“ und „Zumutbarkeit“. Ulich konstatiert, dass physische und psychophysische Schädigungen vorrangig gekennzeichnet sind durch eine objektive Feststellbarkeit. Daneben sind diese Schädigungen fast immer behandlungsbedürftig und in normalen Erholzeiten nicht regenerierbar (vgl. Ulich 1998, S. 120). Als Beispiel hierzu kommt eine Beeinträchtigung des Hörvermögens in Folge eines ständig erhöhten Lärmpegels in Frage.

Schwerer klassifizierbar sind hingegen Beeinträchtigungen des psychosozialen Wohlbefindens. Hierzu zählt u.a. das Gefühl unter Zeitdruck zu stehen oder gehetzt zu werden z.B. als Folge eines Vergütungssystems, das auf Akkordarbeit ausgerichtet ist. Psychosomatische Schädigungen entstehen, wenn psychosoziale Belastungen über einen kontinuierlich anhaltenden Zeitraum unverändert auf die Mitarbeiterin einwirken (vgl. Ulich 1998, S. 121).

Ulich (1998) geht weiter davon aus, dass die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen durch die Konfrontation mit der Tätigkeit am Arbeitsplatz einhergeht. Arbeiten, deren Inhalte komplexer Natur sind, umfassende Arbeitsaufträge sowie mannigfaltige Anforderungen begünstigen eine Förderung der Persönlichkeitsentwicklung.

Gesellschaftliche Normen und Werte sowie individuelle Einstellungen bestimmen den Bereich der Zumutbarkeit einer Tätigkeit. Faktoren wie Überforderung, Unterforderung, Abneigung bezüglich verschiedener Teilaspekte der Arbeit (z.B. Schichtdienste, etc.) sind hier zu nennen (vgl. Ulich 1998, S. 122).

Die Beschäftigung mit den genannten Kriterien führte Ulich (1984) zu folgender Definition:

„Als human werden Arbeitstätigkeiten bezeichnet, die die psychophysische Gesundheit der Arbeitstätigen nicht schädigen, ihr psychosoziales Wohlbefinden nicht - oder allenfalls vorübergehend - beeinträchtigen, ihren Bedürfnissen und Qualifikationen entsprechen, individuelle und/oder kollektive Einflussnahmen auf Arbeitsbedingungen und Arbeitssysteme ermöglichen und zur Entwicklung der Persönlichkeit im Sinne der Entfaltung ihrer Potentiale und Förderung ihrer Kompetenzen beizutragen vermögen.“

Dieses Konzept versteht sich nicht als hierarchisches System, was bedeutet, dass die Mitarbeiterinnen selbst ihren Handlungsspielraum dahingehend nutzen können, um schädigende Arbeitsbedingungen zu ändern (vgl. Ulich 1998).

Neuberger (1982) entwickelte den „Arbeitsbeschreibungsbogen“ (ABB). Hier handelt es sich um ein „anreiztheoretisch orientiertes Verfahren“. Die mit die-

sem Verfahren ermittelte Arbeitszufriedenheit wird als „koknitiv-valuative Einstellung zur Arbeitssituation“ verstanden.

Neuberger (1982, S. 7) definiert wie folgt:

„Arbeitszufriedenheit ist eine „Einstellung zur Arbeitssituation“; es handelt sich also nicht um einen stabilen situationsunabhängigen Persönlichkeitszug nach Art der Eigenschaft, sondern um eine bestimmte Art und Weise, in einer gegebenen (Arbeits-)Situation zu denken, zu fühlen und zu handeln.“

Arbeitszufriedenheit ist eine selbstverständliche Forderung jeder Mitarbeiterin. Für die Messung von Zufriedenheit am Arbeitsplatz ist von Bedeutung, dass es sich nicht um einen objektiven, personenunabhängigen Zustand handelt, sondern durch die Bewertung der betroffenen Person individuelle Züge annimmt. „Zufriedenheit ist ein relationales Konzept, das die Wahrnehmung einer Situation auf dem Hintergrund eines Bezugssystems zum Ausdruck bringt“ (vgl. Neuberger/Allerbeck 1978, S. 17).

Wie die Bewertung der Arbeitszufriedenheit zustande kommt ist personenabhängig. Tritt z.B. eine Zufriedenheitserhöhung ein, können Elemente wie Verbesserung der Arbeitssituation, ein Bezugssystemwandel oder eine Anspruchsniveausenkung ausschlaggebend dafür sein (vgl. Neuberger/ Allerbeck 1978).

Eine Person, die einer Tätigkeit nachgeht, tut dies auch, um eigene Bedürfnisse zu befriedigen. Zu den Handlungsmotiven zählen z.B. Leistungs-, Konsum-, Kontakt- oder Geltungsbedürfnisse, die durch die Arbeit kompensiert werden können. Daneben entwickelt der Mensch in der Praxis individuelle, von der Erziehung und Vorerfahrungen abhängige, auf den Arbeitsprozess ausgerichtete Bedürfnisse. Gerade dieses Phänomen kann als Chance für Veränderungen genutzt werden (vgl. Bruggemann/Groskurth 1977). Die Autoren vergleichen die Arbeitssituation mit einer „Tauschsituation“. Während der Arbeitgeber eine Arbeitsleistung erhält und dafür Geld, Anerkennung u.s.w. zur Verfügung stellt, bringt der Arbeitnehmer Leistung, Loyalität etc. ein und kann seine Handlungsmotive befriedigen. In dieser Situation werden Vergleiche zwischen Kollegen gezogen und das „Tauschverhältnis“ verglichen und eingeschätzt. Nur wenn der Arbeitnehmer das Verhältnis als fair empfindet, kann von Arbeitszufriedenheit gesprochen werden (vgl. Bruggemann/Groskurth 1977).

Dadurch bestätigt sich auch die Annahme, dass das Arbeitsklima eng gekoppelt ist mit der Arbeitszufriedenheit.

4.1.1.4.2 Beurteilung

Da eine Unzufriedenheit in einzelnen Teilbereichen eintreten kann, darf die Gesamtzufriedenheit nicht aus den Augen verloren werden. Es scheint daher sinnvoll auf eine Ganzheitlichkeit der Arbeitsabläufe zu achten, da durch die Vergrößerung des Handlungsspielraumes die Arbeitszufriedenheit verbessert werden kann (vgl. Bruggemann/Groskurt 1977).

Laga (1998) untersuchte die Zufriedenheit in Pflegeberufen und befragte zu diesem Zwecke 109 Pflegekräfte aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen. Die standardisierte mündliche Befragung basierte vorrangig auf der Ermittlung von Ergebnissen zu den Bereichen berufliche Anerkennung, Berufswiederwahl, Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf, Aufstiegsmöglichkeiten und Entscheidungsbefugnis.

Die Auswertung der Befragung brachte die Erkenntnis, dass die Zufriedenheit mit dem Beruf relativ hoch ist und die Tätigkeit als besonders bedeutsam für die Bevölkerung eingeschätzt wurde (vgl. Laga 1998).

Auch die empirische Studie von Linhart (1994, S. 38) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Befragten schätzten Ihre Arbeitszufriedenheit als „ziemlich gut“ ein.

Schlüter (1994, S. 315) hält das Pflegepersonal ebenfalls insgesamt für relativ zufrieden. Sie weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Personalmangel zu Zeitdruck und Überforderung führen kann und somit eine Ursache für geringere Arbeitszufriedenheit darstellt.

Interessanterweise signalisierten vor allem jüngere Mitarbeiterinnen eine Unzufriedenheit mit ihrem Beruf. Diese Aussage bezog sich auf die Strukturen der Tätigkeit in den derzeitigen Organisationen und weist auf einen Wertewandel hin (vgl. Laga 1998, Dätwyler/Baillet 1995).

4.1.2 Gesundheit

Für den Großteil der Menschheit gilt Gesundheit als das wichtigste Gut im Leben. Sie ist die Voraussetzung für die Sicherung der eigenen Existenz, sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. „Gesundheit kann nicht nur funktional auf die Arbeitsfähigkeit bezogen werden, sondern schließt Wohlbefinden, Zufriedenheit und soziales Wohlergehen mit ein“ (vgl. Bäcker et al. 2000b, S. 21).

Mit dem Projekt „Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese“ (SALUTE) (Rimann et al. 1993, Udris et al. 1994) werden Zusammenhänge zwischen Tätigkeit, Privatleben und Gesundheit im Dienstleistungsbereich

untersucht. Damit soll die Frage beantwortet werden, warum unter denselben belastenden Bedingungen Menschen krank werden und andere gesund bleiben. Rimann et al. (1993, S. 9) gehen davon aus, dass Gesundheit ein „dynamisches Gleichgewicht“ zwischen schädlichen Umwelteinflüssen und den Abwehrmöglichkeiten des eigenen Organismus darstellt. Gesundheit wird ständig neu hergestellt unter Einsatz verschiedener Möglichkeiten wie z.B. Abwehr, Anpassung oder Veränderung der Gegebenheiten.

Dem SALUTE-Projekt liegt folgende Definition von Gesundheit zugrunde:

„Gesundheit ist ein transaktional bewirkter Zustand eines dynamischen Gleichgewichts (Balance) zwischen dem Individuum, seinem autonomen Potential zur Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung und seiner sozialökonomischen Umwelt. Dieses Gleichgewicht ist abhängig von der Verfügbarkeit und der Nutzung von gesundheitsschützenden (protektiven) bzw. wiederherstellenden (restaurativen) Faktoren in der Person und in der Umwelt, die als innere und äußere Ressourcen bezeichnet werden.“ (Rimann et al. 1993, S. 10).

Zur Beantwortung der Frage, wie Personen unter belastenden Bedingungen gesund bleiben können, bedarf es einer Bewertung der Aspekte private Lebenssituation, betriebliche Organisation, persönliche Entwicklung, sowie soziale Unterstützung durch Dritte.

Befragt wurden Mitarbeiterinnen verschiedener Dienstleistungsunternehmen, darunter auch 158 Pflegerinnen eines Spitals. Die Auswertung der Gesamtpopulation ergab, dass sich Mitarbeiterinnen eher durch private Probleme belastet fühlen als durch den Stress am Arbeitsplatz. 57,4 % gaben an, selten überfordert zu sein. Soziale Belastungen bei der Tätigkeit bewertet die Mehrheit der Befragten als gelegentliches Problem. 57,1 % der Mitarbeiterinnen fühlten sich selten oder fasst nie gestresst durch Vorgesetzte oder Kolleginnen (vgl. Rimann, et al. 1993, S. 97 f).

Bei den Copingformen lag der Situationskontrollversuch an erster Stelle (86,8 Prozent), gefolgt von positiver Selbstinstruktion (74,2 Prozent). Soziale Unterstützung erhoffen sich jedoch nur 40,4 Prozent der Befragten. Rieman et al. (1993) konnten keine Unterschiede im Belastungsempfinden der befragten Männer und Frauen nachweisen. Ebenso sind personale Ressourcen bei beiden Geschlechtern im selben Umfang vorhanden.

Eine Person kann auch unter hohen Belastungen gesund bleiben, wenn sie ausreichend personale und/oder situative Ressourcen zur Bewältigung des Stresses zur Verfügung hat. Rimann et al. (1993, S. 140) konstatierten eine Abhängigkeit der Gesundheit von Freizeit- und Arbeitsbelastungen. Dieses Ergebnis zeigt wie bedeutsam der Einbezug des Privatlebens bei der Bewertung von Belastungsfolgen ist.

Die Untersuchungsergebnisse führten zu einer Reihe von Schlussfolgerungen. Eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit wird den personalen Ressourcen zugeschrieben. Sie werden zur Beschaffung situativer Ressourcen benötigt und

dienen der Steuerung oder Regulierung von Tätigkeiten. Der Einfluss der situativen Ressourcen auf die Gesundheit ist jedoch kaum von Bedeutung. Die Gesundheit erfährt je nach Kombination der Belastungsarten und der einsetzbaren Ressourcenarten eine unterschiedliche Beeinträchtigung (vgl. Rimann, 1993, S. 140).

Physisch-psychisch gefestigte Personen sind eher in der Lage körperliche oder seelische Belastungen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen zu meistern als schwache, labile Menschen (vgl. Bäcker et al. 2000b, S. 33).

4.1.3 Krankheit

Für den Begriff „Krankheit“ liegt keine einheitliche Definition vor. Im Laufe der Geschichte entwickelten die jeweiligen Kulturen unterschiedliche Vorstellungen zu diesem Thema. Auch in der Bevölkerung selbst unterliegt Krankheit differenzierter Betrachtungsweisen. Beispielsweise entwickeln Ärzte andere Sichtweisen als der Patient selbst. Im Wissenschaftlichen Bereich wird noch darüber diskutiert, ob Krankheit das Gegenteil von Gesundheit sei. Nach der heutigen Auffassung der Medizin handelt es sich bei einer Krankheit um eine Beeinträchtigung der normalen Funktionen des Körpers bzw. des Organsystems (vgl. Hirsch 1983, S. 10).

Die bekannten Disziplinen „Naturwissenschaft“, „Soziologie“, „Sozialphysiologie“ entwickelten differenzierte Erklärungsansätze zum Thema Krankheit. Diese Krankheitsmodelle versuchen, die Ursache einer Erkrankung zu erklären. Aus diesen Ansätzen ergeben sich drei wesentliche Ursachen für Erkrankungen, physische, psychische und soziale Faktoren.

Physische Ursachen von Erkrankungen wirken von außen auf die Person ein, beispielsweise Mangelernährung, niedrige Flüssigkeitszufuhr oder Sauerstoffmangel (vgl. Müller 1969).

Als weitere äußere Einflussfaktoren gelten Verletzungen, Stürze und Schadstoffe. Der Körper des Menschen reagiert auf Schwankungen des Luftdrucks, des Schalls, der Temperatur und des Klimas sowie auf chemische Stoffe. Einige Krankheiten sind genetisch bedingt (vgl. Hamperl 1966).

Psychische Ursachen von Erkrankungen können in individuelle und psychosoziale eingeteilt werden. Eine gestörte Entwicklung im affektiven Bereich - Kompetenzaufbau zur Konfliktbewältigung, Beziehungsaufbau zur Umwelt, Triebbeherrschung - führen im Erwachsenenalter zu großen Schäden (vgl. Spitz 1980). Belastende Erziehungsstile und Familienkonstellationen wirken sich bei heranwachsenden Personen negativ bei der Bewältigung von Konflikten und Daseinsproblemen aus. Knaus (1980) bezeichnet Gesundheit, Freiheit, Liebe,

individuelles Sein und reines Gewissen als „essentielle psychische Bedürfnisse“. Sieht die Person diese bedroht oder werden sie versagt, erkrankt der Mensch.

Die krankheitsauslösende Funktion von sozialen Faktoren ist heute erkannt und hinreichend untersucht. Sie können direkte Ursache oder Auslöser für Erkrankungen sein und wirken sich entscheidend auf den Verlauf der Krankheit aus (vgl. Blohmke et al. 1975). Schäfer (1982) benennt als soziale Faktoren u.a. Unzufriedenheit, Unsicherheit, Reizüberflutung oder –verarmung sowie Rollenkonflikte.

Caplan et al. (1982) zeigen auf, dass auch die Situation am Arbeitsplatz Erkrankungen Vorschub leisten kann. Belastende Faktoren wie Beziehungen zu Vorgesetzten und Kolleginnen, Monotonie, Überforderung, Arbeitszeitgestaltung, Beschäftigungsintensität und Größe der Einrichtung können als Verursacher von Krankheit benannt werden.

4.2 Belastungen - Einführung und Definition

4.2.1 Belastungsdefinition

Die pflegerische Tätigkeit wird sehr stark mit physischen und psychischen Belastungen verbunden angesehen.

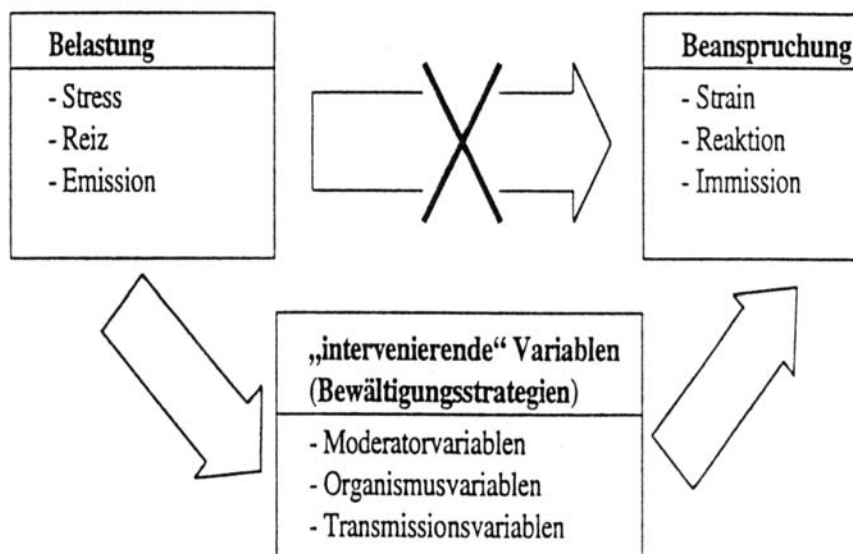
Der Begriff der Belastung, der ursprünglich aus der Technik stammt, wird in der Arbeitspsychologie u.a. von Rühmann/Bubb (1981) definiert als „alle äußeren Anforderungen einer Arbeit..., die sich ergeben aus dem spezifischen Arbeitsinhalt, der Art der Arbeitsausführung und der Arbeitsumgebung“. Folgt man dieser Aussage, so subsumieren sich unter dem Begriff der Belastung ausschließlich objektive Faktoren, die von außen auf den Menschen einwirken.

Rohmert/Rutenfranz (1975, S. 8) definierten Belastung als „objektive, von außen her auf den Menschen einwirkende Größen und Faktoren“ und Beanspruchungen als „deren Auswirkungen im Menschen und auf den Menschen“. Bei dieser Interaktion handelt es sich jedoch nicht um einfache Reiz-Reaktionsmuster. Die Beziehung zwischen Belastung und Beanspruchung ist abhängig von Vermittlungs- und Rückkoppelungsprozessen (vgl. Ulich 1998, S. 273).

Eine direkte Beziehung zwischen Belastung und Beanspruchung konnte in der Arbeitspsychologie nicht nachgewiesen werden. Zwischen den beiden Parametern steht das Individuum mit seinen spezifischen Fähigkeiten. Das heißt, dass in die Komponente „Beanspruchung“ neben den objektiven Belastungen auch

immer subjektive Einschätzungen der betroffenen Person einfließen. Daraus wird deutlich, dass Bewältigungsstrategien (Moderator- und Organismusvariablen) eine große Rolle spielen (vgl. Gros, 1993).

Schaubild 20: Belastungs-Beanspruchungs-Modell



Quelle: Gros, 1993, S. 96

Die nachfolgende Tabelle von Kaufmann/ Pornschlegel/Udris (1982) gibt einen Überblick über mögliche Beanspruchungen und deren Folgen.

Tabelle 21: Klassifikation möglicher negativer Beanspruchungen und Beanspruchungsfolgen

		kurzfristige, aktuelle Reaktionen	mittel- bis langfristige chronische Reaktionen
physiologisch, somatisch		<ul style="list-style-type: none"> - erhöhte Herzfrequenz - Blutdrucksteigerung - Adrenalinausschüttung («Stresshormon») 	<ul style="list-style-type: none"> - allgemeine psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen - Unzufriedenheit, Resignation, Depression
psychisch (Erleben)		<ul style="list-style-type: none"> - Anspannung - Frustration - Ärger - Ermüdungs-, Monotonie-, Sättigungsgefühle 	
verhaltensmässig	individuell	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsschwankung - Nachlassen der Konzentration - Fehler - schlechte sensumotorische Koordination 	<ul style="list-style-type: none"> - vermehrter Nikotin-, Alkohol-, Tablettenkonsum - Fehlzeiten (Krankheitstage)
	sozial	<ul style="list-style-type: none"> - Konflikte - Streit - Aggression gegen andere - Rückzug (Isolierung) innerhalb und ausserhalb der Arbeit 	

Quelle: Kaufmann/Pornschlegel/Udris 1982

Die Entstehung der benannten Folgen, sowie deren Ausprägungsgrad sind abhängig von mehreren Determinanten. Schönflug (1987, S. 144 f) unterscheidet sechs Dimensionen, nach denen sich Belastung klassifizieren lässt:

1. nach der Herkunft,
2. nach der Qualität,
3. nach den Möglichkeiten, sie zu beeinflussen,
4. nach der Möglichkeit, ihr Auftreten vorherzusehen,
5. nach der zeitlichen Struktur und
6. nach der Art ihrer Auswirkungen auf die Betroffenen.

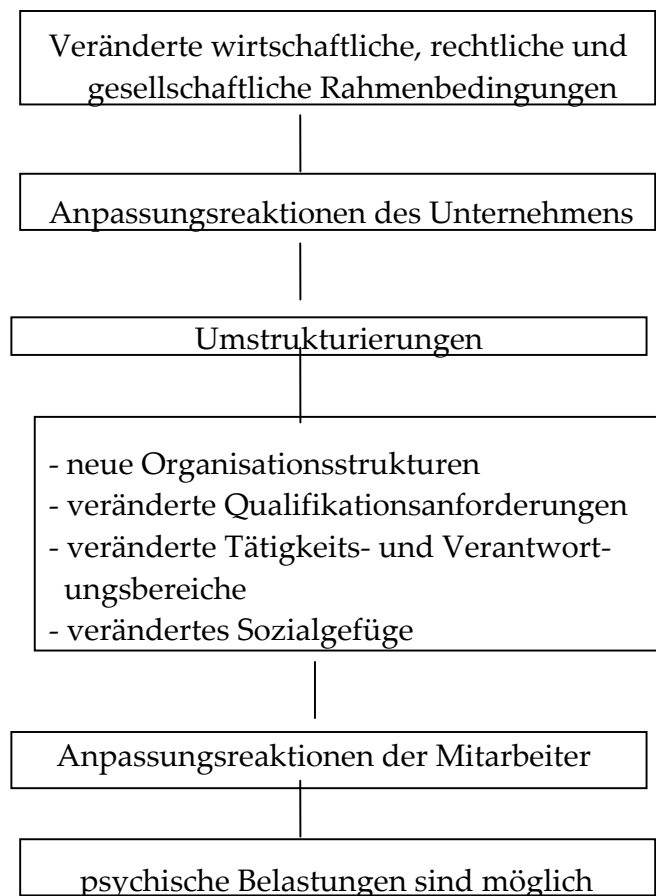
Die Auswirkungen von Arbeitsbelastungen können zu Beanspruchungen führen.

Güntert/Orendi/Weyermann (1989) untersuchten in Bern Pflegekräfte in Krankenhäusern und Heimen und stellten dabei fest, dass zwei Drittel der Befragten psychische und physische Aspekte der Arbeitssituation als besonders belastend erlebt haben. Danach folgten Beeinträchtigungen durch soziale und strukturelle Aspekte.

4.2.2 Psychische Belastungen

Als Ursache anhaltender Wandlungsprozesse nehmen psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu.

Schaubild 21: Psychische Belastungen als Folge von Anpassungsreaktionen



Quelle: Wenchel 2001, S. 13

Die Einrichtungen müssen sich den neuen Gegebenheiten anpassen, um überlebensfähig zu bleiben und die gesetzlichen Bestimmungen zu erfüllen. Im Gegenzug haben sich auch die Mitarbeiterinnen auf die Veränderungen einzustellen. Hierbei können Überforderungen u.a. durch unzureichende Ausbildung, fehlende Information oder knappe Zeitbudgets auftreten.

Psychische Belastungen entstehen durch mannigfaltige Einflüsse, die von außen auf den Menschen einwirken können. Die Arbeitsfähigkeit kann durch psychische Belastungen soweit herabgesetzt werden, dass verhaltensbedingte Gefährdungspotentiale frei werden.

Unter Tabelle 22 werden neuere Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland vorgestellt. Zum Thema Belastung- und Beanspruchung in der Pflege existiert eine Vielzahl von empirischen Arbeiten, die jedoch größtenteils aus anderen Ländern stammen. Hinsichtlich historischer und berufspolitischer Unterschiede im Bereich der Pflege können diese Ergebnisse nur bedingt auf Deutschland übertragen werden (vgl. Zimmer 1998, S. 420)

Feststellbar ist in der deutschsprachigen Literatur eine Übereinstimmung darüber, dass es sich bei der Pflege um eine Tätigkeit handelt, die hohe körperliche und psychische Beanspruchungen in sich birgt. Dennoch wurde diese Tatsache nur durch wenige Untersuchungen empirisch überprüft (vgl. Zimmer 1998, S. 420).

Tabelle 22: Empirische Untersuchungen zur Beanspruchung von Altenpflegerinnen in der Bundesrepublik

Autor	Gegenstand	Zielgruppe	Stichprobe	Design	Methoden
Knobling (1985) Interviews	Konfliktsituationen im Altenheim	STATALT	N= 18	Q	
Landau et al. (1991)	Arbeitswissenschaftl. Analyse, psychophy- sische Beanspruchung Burnout	STATALT	N= 44	Q	Arbeitsanalyse Selbstaufschrei- bung zu Arbeits- inhalten u.a.
Windisch (1991)	Burnout in der Alten- pflege	STATALT	N= 42	Q	Fragebogen

Kempe et al. (1991, 1991/1992)	Burnout-Risiko	STATALT N=1025	Q/L	Fragebogen Betriebsklima
Kruse, et al. (1991)	Konflikt- und Belastungssituationen im Altenheim	STATALT N= 100	Q	halbstandartisierte Exploration
Muthny et al. (1993) Bermejo/Muthny (1994)	Erlebte Belastung, motivierende Faktoren, Fobi u. Supervision	STATALT N= 255	Q	Selbstkonstruierter Fragebogen
Sowinski (1994)	Belastungsfaktoren, Bewältigungsstrategien	STATALT N= 30	Q	Tiefeninterviews (qualita.)
Hofmann et al. (1995) Michaelis et al. (1995)	Epidemiologie von Wirbelsäulenerkrankungen	KP u. STATALT N= 3332	Q	Objektive Gesundheitsdaten
Gusy (1995)	Stressoren in der Arbeit, soz. Unterstützung u. Burnout	KP u. STATALT N= 266	L	Fragebogen
Meifort/Becker (1996)	Berufseinmündung u. -verbleib bei Altenpflegeschülerinnen	APS. N= 6700	L	Fragebogen
Berger (1997)	Qualitätsdiagnose v. Altenpflegeheimen	STATALT N=600	Q	Fragebogen (SIESTA)
Weyerer/Zimber (1997), Zimber (1997)	Materielle, organisatorische u. soziale Arbeitsbedingungen psy. Beanspruchung	STATALT APN=304	L	Fragebogen, Interviews mit Führungskräften, Begehungen
Heinemann/Knoch (1997)	Arbeitsplatzwahl, Arbeitsbelastungen, Erfolgserlebnisse u. selbständigkeitsförderndes Arbeiten	STATALT N= 348	Q	Teiln. Beobachtung, Interviews, schriftliche Befragung
Polak. Garms-Homolova (1997)	Arbeitsbelastungen durch neue Anforderungen an Dokumentation	AMBALT N=23	Q	Interviews

Erklärung: AMBALT=ambulante Altenpflege. AP=Altenpflegerinnen. APS=Altenpflegeschülerinnen. KP=Krankenpflege. L=Längsschnittstudie. N=Fallzahl. Q=Querschnittstudie. STATALT=stationäre Altenpflege.

Quelle: Zimber 1998

Zimber (1998) konstatiert bei den in Tabelle 22 beschriebenen empirischen Arbeiten Defizite in konzeptioneller und methodischer Hinsicht. Ein direkter Vergleich der vorwiegend deskriptiven Befunde ist angesichts der unterschiedlichen Methoden nicht möglich. In Anbetracht der geringen Fallzahlen, fehlende Langzeitstudien zum Verlauf der Beanspruchungsfolgen und mangelnde Überprüfung der Repräsentativität der Auswertungen sind die empirischen Ergebnisse nur bedingt generalisierbar (Zimber 1998, S. 423).

4.3 Streß

Zwischen Streß am Arbeitsplatz und dem psychischen und physischen Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen besteht ein enger Zusammenhang. Im Rahmen dieser Arbeit erscheint es sinnvoll einige Erklärungsansätze und Streßmodelle genauer zu beleuchten. Die Konzepte unterscheiden sich nach den zu Grunde gelegten wissenschaftlichen Disziplinen.

Greif (1991, S. 13) definiert Streß als einen „subjektiven, unangenehmen Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, dass eine

- stark aversive
- subjektiv zeitlich nahe (oder bereits eingetretene) und
- subjektiv lang andauernde Situation

sehr wahrscheinlich nicht vollständig kontrollierbar ist, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint.“

4.3.1 Erklärungsansätze

Psychischer Streß entsteht in der Interaktion von Personen und Umwelt und ist gekennzeichnet durch ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen an die Person und Fähigkeiten der Person bzw. ihrer Ressourcen.

Der Begriff „Streß“ ist im heutigen Alltag weit verbreitet. Ein gestresster Mensch genießt einerseits Ansehen, da er als besonders arbeitsam gilt, andererseits wird Streß als Belastung erlebt und birgt die Gefahr von gesundheitlichen Schäden in sich. Dieser im Sprachgebrauch verankerte und undifferenziert gebrauchte Begriff „Streß“ bedarf zur systematischen Betrachtung.

Die Wortgeschichte lässt sich nach Schönplflug (1987, S. 134) bis ins Mittelalter hinein verfolgen:

„Das Wort „stress“ gehört bereits zu dem Bestand des mittelalterlichen Englisch und bezeichnet zunächst die äußere Not und die auferlegte Mühsal. Später werden auch die durch äußere Beschwerden ausgelösten inneren Zustände „stress“ genannt: die innere Anspannung, die Angestrengtheit, die Gefühle des Unglücklichseins.“

Der Stress-Begriff wurde bereits 1914 von Cannon in die psychophysiologische Fachliteratur eingeführt. Eine Präzisierung erfuhr der Begriff durch die Ausführungen von Selyes (1950/1981, S. 170), wonach er Streß als „unspezifische Reaktion auf jede Anforderung“ bezeichnete.

4.3.2 Belastungsforschungen

Wissenschaftler, die sich der Erforschung von Streß am Arbeitsplatz widmeten, bevorzugten zunächst die eindeutig definierten Begriffe „Psychische Belastung“ und „ Psychische Beanspruchung“ (vgl. u.a. Greif 1991, Rohmert/Rutenfranz 1975). Unter „Psychischer Belastung“ werden alle Einflüsse (Stressoren) subsumiert, die von außen auf die Psyche der betroffenen Person in störender Weise einwirken. Unter „Psychischer Beanspruchung“ (Stress) bezeichnet man die Auswirkungen, die durch die aufgetretenen Beanspruchungen ausgelöst worden sind (vgl. Perrar 1995, S. 17).

Vertreter der psychologischen Streßforschung definieren Streß als Ungleichgewicht zwischen Anforderungen an das Individuum und dessen Ressourcen und Fähigkeiten zur Bewältigung der Belastungen (vgl. u.a. Greif 1991). Eine Möglichkeit der Erforschung von Arbeitsbedingungen und -anforderungen stellt das Selbstbeobachtungsverfahren des Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahrens für das Krankenhaus (TAA-KH-S) von Büssing/Glaser (1996) dar (vgl. auch Büssing/Glaser 1993, Büssing/Eisenhofer/Glaser 1996). Die Methode basiert auf der Grundlage eines soziotechnischen Systemansatzes und analysiert die pflegerische Tätigkeit aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Ergebnisse stellten sich als reliabel und valide heraus, demzufolge kam das Verfahren bei mehreren Untersuchungen in Krankenhäusern zur Anwendung und brachte gesicherte Erkenntnisse (vgl. Büssing/Glaser 1993, Büssing/Eisenhofer/Glaser 1996).

Widmer et al. (1989) stellten durch eine Befragung von 1200 Pflegenden fest, dass die höchste Belastung für Mitarbeiterinnen durch ethnische Konflikte bei der Pflege entsteht. Die Diskrepanz zwischen eigenem Anspruch an die Tätig-

keit, das Gewissen und die Lehrinhalte zum täglichen Arbeitsablauf wird als extrem belastend empfunden. An zweiter Stelle der Belastungsskala rangieren Differenzen im Team und Probleme mit Vorgesetzten, gefolgt von Arbeitslast in Form von Hektik.

Das Thema Stress in der Arbeit beschäftigte seit den 60er Jahren zahlreiche Forscher. Die Thematik hat im Laufe der Zeit an Präsenz zugenommen.

4.3.3 Stressmodelle

Im Folgenden sollen nun Stress-Modelle vorgestellt werden, die auch in der Burnout-Literatur relevant dargestellt worden sind und vielenorts auch Überlegungen zum Stress im Arbeitsleben bestimmt haben.

4.3.3.1 Das allgemeine Adaptionsyndrom nach Selye

Selye (1936) führte Experimente mit Tieren durch. Seine Erkenntnisse führten zu der Beschreibung des allgemeinen Adaptionsyndromes. Dieses Syndrom gliedert sich in drei Stadien. Wenn auf die Tiere Belastungen von außen einwirken, kommt es zunächst zu einer „Alarmreaktion“. Darauf folgt das Stadium „des Widerstandes und der Mobilisierung von Energiereserven“, welches dann in ein „Erschöpfungsstadium“ mündet. Der Körper reagiert darauf z.B. mit erhöhtem Herzschlag, hohem Blutdruck, beschleunigter Atmung oder der Mobilisierung von Energiereserven.

Selye (1981) bezeichnete die negativ empfundenen Umweltreize, aber auch Gefühle wie Glück und Freude als Stressoren. Wirken die Stressoren intensiv und lange auf das Individuum ein, kommt es zur Erschöpfungsphase mit einhergehendem Verbrauch der Energiereserven, die sogar mit dem Tod enden kann.

Nach der Definition von Selye (1981, S. 170) ist Stress „eine unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung“. Nach dieser Sichtweise würde jede Anforderung ein Stresserleben hervorrufen. Er unterscheidet jedoch zwischen zwei Stresswirkungsarten, nämlich dem „guten“, der sogenannte Eu-Stress und dem „schlechten“ dem sogenannten Di-Stress (vgl. Selye 1981). Stress ist von situativen Bedingungen abhängig und seine Auswirkungen können erwünscht oder unerwünscht sein. Selye differenziert zwischen den Stressoren, den objektiven Umweltbedingungen und dem subjektiv empfundenen Stress aus Sicht des Individuums.

4.3.3.2 Kognitives Streßkonzept von Lazarus/Launier

Im kognitiven, transaktionalen Streß-Konzept von Lazarus/Launier (1981) ist Streß eine Funktion der Bewertung durch das, sich aktiv mit der Umwelt auseinandersetzen- de Individuum. Die Person setzt sich mit der Situation auseinander, bewertet Ereignisse und Situationen vor dem Hintergrund der gegebenen Voraussetzungen und erlebt Stress nicht passiv. Erst durch die aktiv gesteuerten Bewertungsvorgänge erhält die belastende Situation ggf. die spezifische „stressende“ Qualität. Dieses Modell beinhaltet die Vorstellung eines Gleichgewichtes zwischen den Anforderungen des Alltags und der Anpassungsfähigkeit der Person mit diesen Anforderungen fertig zu werden. Lazarus/Launier (1981, S. 226) definierten Streß als: „jedes Ereignis (...), in dem äußere und innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit des Individuums, eines sozialen Systems oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen.“

Zwei zentrale Bewertungsarten sind hierbei von Bedeutung: die „primäre“ und die „sekundäre“ Bewertung. Im Vollzug eines „primären Bewertungsvorganges“ empfindet ein Individuum das Ereignis entweder als günstig, irrelevant, positiv oder „stressend“. Wenn die Situation als „stressend“ wahrgenommen wird kommen drei Möglichkeiten in Betracht: das Ereignis wird als Herausforderung, als Bedrohung oder als Vision einer Schädigung eingestuft. Die „sekundäre Bewertung“ bezieht sich auf die Copingstrategien. Das Individuum wägt ab über welche individuellen Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten es verfügt um die Wahrnehmung der „primären Bewertung“ kompensieren zu können. Wenn die Anforderungen durch Situationen die Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen, bewertet die betroffene Person das Ereignis als Streß.

4.3.3.3. Konzept des Interaktionsstresses nach Badura

Der Soziologe Badura (1990) beschreibt für die personenbezogenen Dienstleistungsberufe, zu denen auch die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen gehört, spezifische zwischenmenschliche Belastungen. Der tägliche Umgang mit hilfebedürftigen alten Menschen erfordert eine persönliche, positive Zuwendung. Badura (1990, S. 318) konstatiert, dass in solchen Berufen eigene Gefühle unterdrückt werden und eine Hinwendung zu den sozialen und emotionalen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen erfolgt. Tritt ein Widerspruch zwischen den eigenen und den beruflich erwarteten Gefühlen ein und beeinträchtigt dieser Widerspruch das eigene Gefühls- und Interaktionsvermögen, dann spricht man von einem Interaktionsstreß (vgl. Badura, 1990, S. 326).

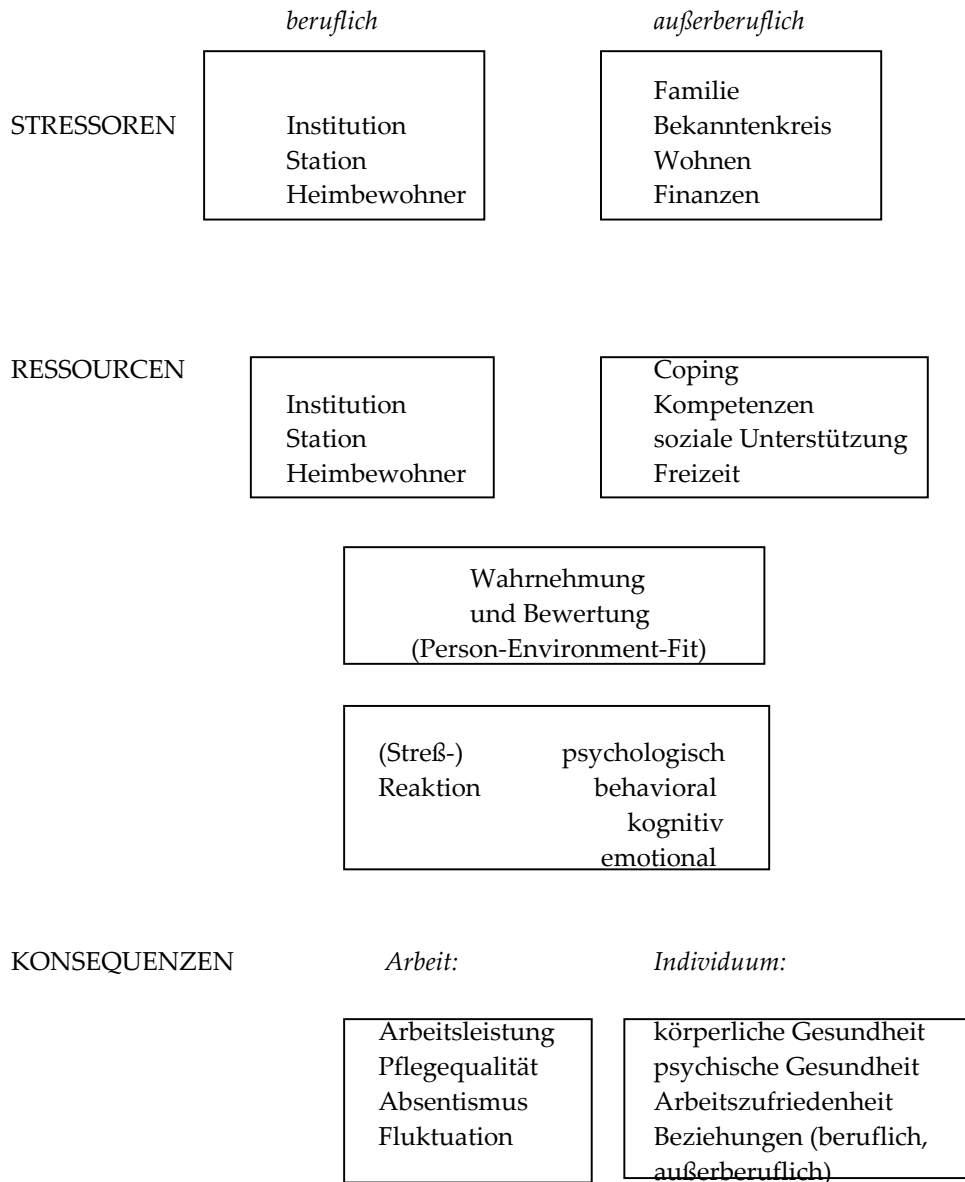
Badura (1990, S. 326) fasst den Kerngedanken seiner Ausführungen prägnant in wenigen Worten zusammen: „Dafür, dass Interaktionsstress entsteht, müssen zwei Dinge zusammenkommen: erzwungene Selbstbeherrschung, d.h. Vernachlässigung oder Unterdrückung eigener negativer Gefühle gegenüber unserer Umwelt, und erzwungene Rücksichtnahme auf die Gefühle anderer bzw. Zwang zum Ausdruck positiver Gefühle gegenüber Menschen, mit denen uns keine positiven Gefühle verbinden.“

Tritt diese Belastung dauerhaft auf, kann sich die Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und diese zu beeinflussen, zurückbilden und eine emotionalen Überforderung manifestieren (vgl. Badura, 1990, S. 326).

4.3.3.4 Das integrative Stressmodell von Cohen-Mansfield

Für den Bereich der Altenpflege hat Cohen-Mansfield (1995) ein integratives Stressmodell aufgezeigt. Seinen Ausführungen zufolge wird die Beanspruchung neben beruflichen auch durch außerberufliche Stressoren und Ressourcen bedingt. Das Gleichgewicht von beruflichen bzw. außerberuflichen Anforderungen und Ressourcen wird als zentraler Punkt für das Beanspruchungsgeschehen gesehen. Es besteht die Möglichkeit eines Ausgleichs zwischen Stressoren und Ressourcen der jeweiligen Bereiche. Wenn zum Beispiel ein hoher Zeitdruck in der Pflegearbeit belastend auf die Mitarbeiterin wirkt, könnte eine soziale Unterstützung im außerberuflichen Bereich eine ausgleichende Wirkung haben. Das Modell gibt auch Aufschluss über Mehrfachbelastungen. Doppelbeanspruchungen im beruflichen als auch im privaten Bereich und dadurch entstehende Rollenkonflikte kumulieren zu einer hohen Gesamtbelastung. Cohen-Mansfield (1995) zeigt Konsequenzen für die Tätigkeit und das Individuum aus verschiedenen Blickwinkeln auf. Dieses logisch aufgebaute Modell vereinigt eine Vielzahl von Einzelkomponenten und scheint aus dieser Perspektive schwer testbar. Empirische Untersuchungen hierzu stehen noch weitgehend aus.

Schaubild 22: Integratives Streßmodell für den Bereich der Altenpflege



Quelle: Cohen-Mansfield 1995, S. 449, übersetzt von Weyerer/Zimber 1996, S.62

4.4 Copingstrategien (Theorien)

Nach einer ausführlichen Darstellung der Belastungsfolgen, stellt sich die Frage nach den Ressourcen, die Betroffenen zur Verfügung stehen, um schädigende Einflüsse kompensieren zu können. Die Möglichkeiten zur Stressbewältigung sind entscheidend von subjektiven und kollektiven Lernprozessen in Bezug auf den Umgang mit Beanspruchungen und Belastungen abhängig. Als wesentliche Unterstützung bei Krankheit und Gesundheitsgefährdung kann ein stabiles soziales Netz dienen. Tragfähige Beziehungen in der Familie und im Kollegenkreis kompensieren negative Belastungseinflüsse und begünstigen einen positiven Umgang mit Stress und Belastungen (vgl. u.a. Bäcker 2000b, S. 33).

4.4.1 Bewältigungsmöglichkeiten und -fähigkeiten

Welche Ressourcen stehen der Altenpflegerin zur Verfügung, um Belastungen zu kompensieren.

Nach Udrys/Frese (1988) scheint eine Unterscheidung zwischen inneren und äußeren Ressourcen sinnvoll.

Zu den inneren Ressourcen zählen u.a. Kompetenzen in der Arbeit durch Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, Zusatzqualifikationen und Erfahrungen im ausgeübten Beruf sowie soziale Kompetenzen in der Interaktion und Kommunikation im Team und letztlich auch betriebspolitische Fähigkeiten.

Unter äußeren Ressourcen subsumieren sich Aspekte wie die Situationskontrolle, der Handlungs- Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum sowie soziale Netzwerke und Unterstützungssysteme (vgl. Ulich 1984).

Im Pflegebereich bedeutet Situationskontrolle die Möglichkeit, belastende Bedingungen zu beeinflussen. Kann die Arbeitssituation nicht verändert werden, fühlt sich die Mitarbeiterin ohnmächtig und gehemmt. Hier kann es unter Umständen zu einer erlernten Hilflosigkeit und ggf. zu Depressivität führen (vgl. u.a. Seligman 1975).

Ulich (1984) differenziert den Tätigkeitsspielraum in drei Aspekte, den Handlungsspielraum, den Gestaltungsspielraum und den Entscheidungsspielraum. Handlungsspielraum bedeutet in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, tätigkeitsspezifische Vollzüge in differenzierter Weise zu vollziehen. Die Freiheit, Vorgehensweisen eigenständig zu gestalten, wird als Gestaltungsspielraum definiert. Der Entscheidungsspielraum umfasst den Umfang der Entscheidungskompetenzen der Mitarbeiterinnen im Pflegealltag.

Forschungen haben gezeigt, dass ausreichende Kontrollmöglichkeiten am Arbeitsplatz Stress reduzieren können (vgl. Büssing 1991).

Einer weiteren Ressource dem sozialen Netzwerk bzw. der sozialen Unterstützung kommt eine hohe Bedeutung zu. Ergebnisse verschiedener Forschungen konnten belegen, dass Personen, die eine soziale Unterstützung erfahren weit weniger Streßerleben empfinden. Der Umgang mit Belastungen und Stresssituationen wird erleichtert und letztlich stellen sich weniger Belastungsfolgen ein (vgl. u.a. Udris 1987, Büssing/Cremer 1989).

4.4.2 Taylorismus

Der Ingenieur Taylor beschäftigte sich bereits 1913 in seinem Buch „Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung“ mit dem Thema Arbeitsorganisation und Belastungen. Sein Buch wurde 1977 neu aufgelegt und mit einem Vorwort von Volpert/Vahrenkamp versehen. Heute haben seine Ausführungen im Zusammenhang mit zeitgerechten technologischen Entwicklungen erneut an Aktualität gewonnen.

Taylor (1913 und 1977) ging davon aus, dass die Interessen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber übereinstimmen und dass Mitarbeiterinnen grundsätzlich über monetäre Anreize steuerbar sind.

Taylor favorisierte eine Trennung zwischen Kopfarbeit und Handarbeit. Selbst wenn ein Arbeiter zu beiden Tätigkeiten fähig wäre, würde es ihn physisch überfordern (1913, Seite 40). Um Überlastungen auszuschließen, wurde je eine Person für die Planung und die Ausführung eingesetzt. Die aus diesem Ansatz resultierende Partialisierung von Arbeitstätigkeiten trug nicht unwesentlich zur Entstehung von zusätzlichen Problemen bei.

Münsterberg (1912, S. 115) schrieb dazu, dass die Arbeitsteilung „mancherlei charakteristische Schäden hervorruft, vor allem manche Einschnürung und Verkümmern der seelischen Ganzheit.“

Volpert (1983) kommentiert das von Taylor formulierte Prinzip als systematische Einschränkung von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen der Mitarbeiterinnen, die schließlich

„... zu Störungen im Wohlbefinden und zu andauernden psychischen und körperlichen Beschwerden ...,

... zu einem Abbau der intellektuellen Leistungsfähigkeit, insbesondere der geistigen Beweglichkeit ...,

... zu einem passiven Freizeitverhalten sowie zu geringerem Engagement im politischen und gewerkschaftlichen Bereich ...“ führen und sich auch darauf auswirken,

... wie jemand seine Kinder erzieht ...“ (vgl. Volpert 1983, Seite 83 f).

Hackman/Oldham (1975, 1976) entwickelten ein international angewandtes Verfahren zur Erfassung subjektiven Empfindens der Arbeitssituation das „Job Diagnostic Survey (JDS)“. Dieses Modell zeigt Thesen über motivationsfördernde Bedingungen der Arbeitswelt, sowie die Wirkung auf die Mitarbeiterinnen auf. Das Entstehen einer intrinsischen - das heißt einer aus dem Inneren durch die Ausübung der Tätigkeit entstehende - Motivation nur entstehen kann wenn drei Grundbedingungen gegeben sind: 1. Das Wissen über die Resultate, die Qualität der erbrachten Arbeit - 2. eine erlebte Verantwortung für das Ergebnis der eigenen Tätigkeit - 3. eine erlebte Bedeutsamkeit der eigenen Arbeitstätigkeit²⁹ (vgl. Hackman/Oldham 1975, 1976).

Auf der Basis dieses Diagnoseverfahrens werden für die Ausprägung der psychologischen Erlebniszustände fünf Tätigkeitscharakteristika für Arbeitsinhalte bestimmt (vgl. Hackman/Oldham 1975, 1976). Dieses Forschungsergebnis wurde u.a. von Matern (1983), der von Tätigkeitsdimensionen spricht, und von Kleinbeck (1987), der Merkmalsdimensionen beschreibt, bestätigt. Es handelt sich bei den Tätigkeitscharakteristika der Arbeitsinhalte um: 1. Eine Anforderungsvielfalt, 2. die Ganzheitlichkeit der Aufgabe, 3. die Bedeutsamkeit der Aufgabe für das Leben und die Arbeit anderer, 4. die Autonomie sowie 5. die Rückmeldung der Tätigkeit³⁰ (vgl. Hackman/Oldham 1975, 1976).

4.4.3 Handlungsregulationstheorie (Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten)

Die Handlungsregulationstheorie hat ihren Bezugsrahmen in der Tätigkeitstheorie von Leontjew (1982). Er konstatiert die Tätigkeit als ein vermittelndes Glied zwischen Person und Umwelt.

Die Arbeitsaufgabe als Schnittpunkt zwischen Organisation und Person gilt psychologisch gesehen als relevantester Teil der Arbeitsbedingungen. Die Aufgabe ist somit ein wichtiger Ansatzpunkt der Arbeitsgestaltung (vgl. Hacker 1980, S. 54).

Arbeitsaufgaben stellen an die Person die Forderung zu handeln, worauf das Individuum mit seiner individuellen Handlungsstruktur entsprechend reagiert. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, wie die betroffene Person ihre Regulationschancen nutzen kann und ob in ausreichendem Maße eine eigenständige Zielbildung möglich wird. Komplexe Regulationserfordernisse wirken sich positiv auf Motivation und Kompetenz aus und befähigen die Person zur

²⁹ Die englischsprachigen Begriffe wurden sinngemäß ins Deutsche übersetzt. Eine einheitliche Übersetzung verschiedener Autoren liegt nicht vor (vgl. z.B. Matern 1983, Kleinbeck 1987)

³⁰ Auch bei diesen Begriffen erfolgte eine sinngemäße Übersetzung ins Deutsche.

Bewältigung anspruchsvoller Handlungsforderungen im Arbeits- wie im Freizeitbereich. Ungünstig wirken sich hingegen niedrige Regulationserfordernisse auf die Persönlichkeitsentwicklung aus und befähigen die Person nur zu unvollständigen und/oder partialisierten Handlungen (vgl. Oesterreich/Volpert, 1987, S. 44 f)

4.4.3.1 Regulationserfordernisse

Die Durchführung jeglicher Tätigkeit beinhaltet Planungs- und Denkerfordernisse. Diese Anforderungen werden nach Hacker (1973,1986) mit dem Begriff Regulationserfordernisse umschrieben. Der Begriff entstammt der Handlungsregulationstheorie (vgl. Hacker 1973, 1986; Volpert 1987; Bergmann/Richter 1994), die der Frage nachgeht, wie Menschen durch Handlungen Ziele anstreben und erreichen und beschreibt somit die psychische Seite von Arbeitstätigkeiten und Arbeitsaufgaben. In diesem Zusammenhang wird „Regulation“ als „psychische Prozesse der Formung und Lenkung von Handlungen“ verstanden (Volpert 1987, S. 5).

Die Partialisierung von Arbeitstätigkeiten spielt bei der Analyse von Regulationserfordernissen keine zentrale Rolle. Im VERA/RHIA-Modell (vgl. Leitner et al. 1993) wird aufgezeigt, dass die Aspekte der Partialisierung von einander unabhängig sein können.

In diesem Modell werden Kriterien zur Unterscheidung verschiedener hierarchischer Ebenen von Regulationsprozessen (vgl. Hacker, 1987; Oesterreich, 1981) aufgegriffen und in fünf Ebenen mit jeweils zwei Stufen dargestellt.

Schaubild 23: Kurzdefinitionen der VERA-Stufen

Ebene 5	Einrichtung neuer Arbeitsprozesse
Stufe 5	Organisatorische Bedingungen für die Einrichtung neuer Arbeitsprozesse werden konzipiert, wobei bestehende Arbeitsprozesse in neuartiger Weise integriert werden sollen.
Stufe 5R	Organisatorische Bedingungen für die Einrichtung neuer Arbeitsprozesse werden konzipiert, wobei bestehende Arbeitsprozesse möglichst wenig verändert werden sollen.

Ebene 4 Koordinierung von Teilprozessen

Stufe 4 Es müssen Strategieentscheidungen in (mindestens) zwei Teilprozessen der Arbeitsaufgabe getroffen und miteinander koordiniert werden.

Stufe 4R Es muß eine Strategieentscheidung getroffen und berücksichtigt werden, dass die Realisierung von Strategie-Entscheidungen in Teilprozessen, die von anderen bearbeitet werden, nicht gefährdet wird.

Ebene 3 Strategieentscheidung

Stufe 3 Es muß eine Strategieentscheidung getroffen werden; aus dieser leitet sich ab, welche weitere Entscheidungen zu treffen sind.

Stufe 3R Es müssen mehrere Entscheidungen getroffen werden; das Abwägen verschiedener Möglichkeiten ist mindestens zweimal im Verlauf eines Arbeitsauftrages erforderlich.

Ebene 2 Entscheidung

Stufe 2 Vor oder während der Bearbeitung eines Arbeitsauftrags müssen verschiedene Möglichkeiten abgewogen werden. Für eine von ihnen ist eine Entscheidung zu treffen.

Stufe 2R Es ist erforderlich, sich vor oder während der Bearbeitung eines Arbeitsauftrags die Vorgehensweise zu vergegenwärtigen.

Ebene 1 Regelanwendung

Stufe 1 Bei der Bearbeitung eines Arbeitsauftrags ist die Bestimmung der Vorgehensweise erforderlich

Stufe 1R Die Arbeitsaufträge werden in immer der gleichen Weise mit den gleichen Arbeitsmitteln bearbeitet.

Quelle: Leitner et al. 1993, S.65)

Die dargestellten Stufen erlauben eine Beurteilung der hierarchischen Vollständigkeit der Pflegetätigkeiten.

Die Handlungsorganisation lässt sich einfach in sequentieller Hinsicht in drei Teilaspekten darstellen: Vorbereitung - Durchführung - Rückmeldung (vgl. Büssing et al. 1995, S. 58/59).

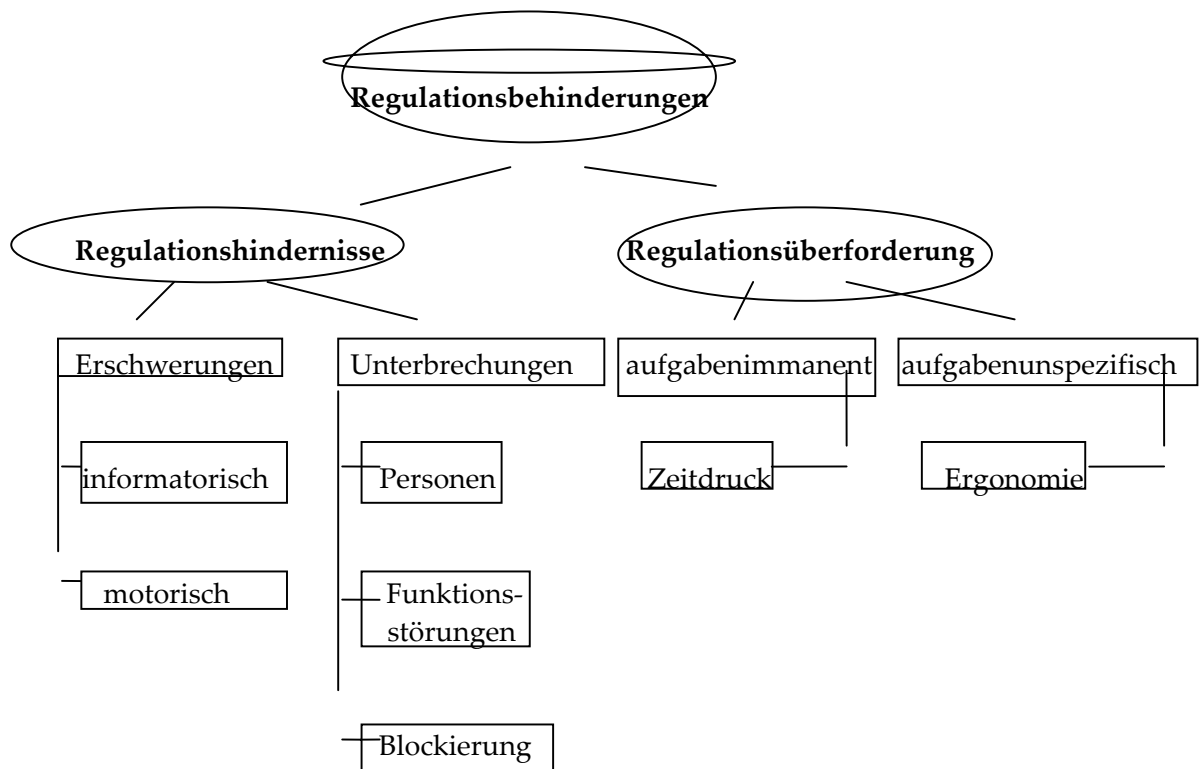
Eine Grundlage für die Analyse von Regulationserfordernissen in der Pflege-tätigkeit stellen Kenntnisse über die hierarchische und sequentielle Vollständigkeit der Handlungsorganisation dar.

Die VERA-Studie zielt auf die hierarchische Vollständigkeit von Pfl egetätigkeiten ab und ermittelt mit Hilfe der Einstufungen von Regulationserfordernissen, inwieweit die Pflegekräfte von Tätigkeiten auf höheren Ebenen der psychischen Handlungsregulation abgeschnitten sind. Im Bereich der sequentiellen Vollständigkeit werden Arbeitstätigkeiten herausgefiltert, die partialisiert sind. Bei diesen Tätigkeiten ist eine Vorbereitung möglich, die eigentliche Durchführung sowie die Überprüfung erfolgt jedoch durch andere Mitarbeiterinnen (vgl. Büssing et al. 1995).

4.4.3.2 Regulationsbehinderungen

Unter Regulationsbehinderungen subsumieren sich alle Aspekte der Pflege, die objektive Belastungen für die Altenpflegerinnen darstellen. Leitner et al. (1993) konkretisierten diese Behinderungen der Handlungsregulation im Konzept der Regulationsbehinderungen. Zu den Behinderungen können u.a. zählen: Informativische Blockaden, Motorische Erschwernisse, Funktionsstörungen, Regulationsüberforderungen in Bezug auf Ergonomie und Zeitdruck, Unterbrechungen durch Personen.

Schaubild 24: Das Konzept der Regulationsbehinderungen



Quelle: Büssing et al. (1995), S. 64, modifiziert nach Leitner et al. (1993), S. 94)

Als Regulationshindernisse werden in diesem Zusammenhang Ereignisse verstanden, die den Ablauf der Tätigkeit aktuell behindern und durch deren Auftreten die geplante Durchführung gestört und zusätzlicher Aufwand oder riskantes Handeln produziert werden. Regulationsüberforderungen beschreiben Dauerzustände, die durch Störungen hervorgerufen werden, die nicht akut auf die Tätigkeit einwirken, sondern erst im Verlauf des Arbeitstages ihre Wirkung entfalten. Durch sie werden insbesondere die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit beeinflusst (vgl. Büssing et al. 1995, S. 65).

4.4.3.3. Regulationsbehinderungen im Pflegebereich

Für den Bereich der Altenpflege lassen sich individuelle Regulationsbehinderungen benennen. Sie erschweren den Tagsablauf und beeinträchtigen die Regulation von Belastungen.

Schaubild 25 : Mögliche Regulationsbehinderungen im Pflegebereich

Informatorische Erschwerungen

Unleserliche schriftliche Informationen
 Schwierige sprachliche Verständigung mit Bewohnerinnen
 Unklare oder fehlende Informationen
 Fehlende Verfahrensanweisungen zum Informationsfluss
 Gespräche durch Lärm erschwert
 Unzulässige Anzeigenwerte technischer Geräte

Motorische Erschwerungen

Hindernisse auf den Fluren oder auf den Zimmern
 Bauliche Mängel (z.B. enge Flure, zu schmale Türen)
 Unzureichende Hilfsmittelausstattung
 Verwendung veralteter Geräte
 Zu kleine Aufzüge

Unterbrechungen durch Personen

Telefonate
 Anfragen von Angehörigen
 Arztbesuche
 Kolleginnen aushelfen
 Bewohner betätigen die Rufanlage

Unterbrechungen durch Funktionsstörungen

Veraltete technische Ausstattung
 Geräte/Hilfsmittel funktionieren nicht einwandfrei
 Mängel an der Ausstattung (z.B. Küche, Sanitärbereich)

Unterbrechung durch Blockierungen

Aufzüge stehen nicht zur Verfügung
 Hilfsmittel werden nicht rechtzeitig beschafft
 Arbeitsmittel stehen nicht zur Verfügung

Ergonomie

Lange Wege aufgrund architektonischer Gegebenheiten
 Nasszelle nicht behindertengerecht ausgestattet
 Schmutz
 Unbehaglich ausgestattete Wohnbereiche
 Lärm
 Gefährliche Arbeitsstoffe
 Geräte und Hilfsmittel ungünstig platziert
 Wegen der Ausstattung schwer einhaltbare hygienische Vorschriften

Quelle: Eigene Darstellung an die Heimsituation angepasst nach Büssing et al. 1995, S. 67 f)

Büssing et al. (1995) konnten durch eine in drei großen Krankenhäusern durchgeführte Erhebung belegen, dass die benannten Regulationsbehinderungen in der Praxis relevant sind. Die Auswertung der Ergebnisse lässt Belastungsschwerpunkte erkennen. Belastungsquellen wie Unterbrechungen durch Personen, mangelhaft ausgestattete Funktionsräume und Nassbereiche, Lange Wege, Anfragen von Angehörigen sowie bauliche Mängel wurden von zwei Dritteln aller befragten Stationen als besonders belastend erkannt.

Zu den klassischen Indikatoren gestörter Handlungsregulation zählen vor allem Erfolgsunsicherheit in der Arbeit, Zeitdruck, minimierter Handlungsspielraum und Mangel an Rückmeldungen (vgl. Kleiber et al. 1992).

Folgen von Regulationsbehinderungen können in unterschiedlicher Weise auftreten. Die häufigsten in der Pflege beobachteten Reaktionen sind ein zusätzlicher Aufwand oder riskantes Handeln. Pflegekräfte versuchen, Störfaktoren zu beseitigen oder diese auszugleichen. Beispielsweise führen Informationsdefizite wie z.B. falsche, fehlende oder unvollständige Dokumentation zu Regulationsbehinderungen. Rückfragen werden erforderlich, die entweder zu einem Zusatzaufwand führen oder ganz unterbleiben. Unzureichende Arbeitsmittel, Barrieren der Fort- und Körperbewegung gehören zu den motorischen Erschwerungen und ziehen einen erhöhten Handlungsaufwand nach sich.

Wenn ein Zeitaufwand vermieden werden soll, kann dies zu riskanten Handlungen führen. Hierbei kommt es zu Missachtung von Regeln und Vorschriften und stellt faktisch eine unerlaubte Qualitätsminderung dar (vgl. Oesterreich/Leitner 1989).

„Zusatzaufwand ist eine Folge von Belastungen und kennzeichnet das Ausmaß psychischer Belastungen durch Regulationsbehinderungen“ (vgl. Glaser/ Büsing 1996, S. 87).

4.4.4 Handlungs- und Tätigkeitsspielraum

Auf der Grundlage der Handlungsregulationstheorie basierende Analyseverfahren untersuchen vorrangig Regulationserfordernisse und -chancen sowie den Handlungsspielraum des Individuums. Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Person liefert Hinweise für eine persönlichkeitsfördernde Arbeitsgestaltung (vgl. Oesterreich/Volpert, 1987).

Ein Handlungsspielraum um die eigene Arbeit zu gestalten, ist Grundlage für eine persönlichkeitsfördernde Tätigkeit. Dies ist gegeben, wenn vier Phasen: Orientierung, Planung, Ausführung und Kontrolle im eigenen Aufgabenfeld eigenständig geleistet werden können (vgl. Wächter et al. 1989). Diese aus der Betriebswirtschaft abgeleitete Erkenntnis kann auf die Altenpflege transkribiert werden. Es ist darauf zu achten, dass keine Unter- oder Überforderung eintritt. Eine Mitarbeiterin kann ihre Qualifikation nur erhalten, wenn für ihre Tätigkeit das Wissen und die Erfahrung, über die sie verfügt, auch erforderlich sind. Durch die Aufteilung verschiedener Pflegeaufgaben nach der Prämisse qualifizierte Tätigkeit oder Hilfstätigkeit an die Mitarbeiterinnen führt zu einer Aufspaltung der ganzheitlichen Aufgabenzusammenhänge (vgl. Wächter et al. 1989, S. E9).

In der Streßforschung wird dem Handlungsspielraum als Ressource eine bedeutende Rolle zugeschrieben (vgl. u.a. Greif 1991, Frese/Semmer 1991, Semmer/Dunckel 1991, Ulich 1972). Unter dem Begriff Handlungsspielraum summiert sich der Entscheidungs- und Kontrollspielraum.

Dem Handlungsspielraum werden vier Wirkungsmöglichkeiten zugeschrieben (vgl. Frese/Semmer 1991).

1. Die betroffene Person hat die Möglichkeit, Stressoren zu reduzieren, indem sie negative Arbeits- oder Umweltbedingungen eliminiert oder so verändert dass der negative Einfluss ausbleibt.
2. Daneben kann durch die Nutzung des eigenen Handlungsspielraums der „Charakter des Streßes“ verändert werden. Als Beispiel hierzu könnten an-

spruchsvolle Tätigkeiten auf Zeiten verlegt werden, in denen üblicherweise weniger Störungen auftreten und/oder ein Rückzug z.B. ins Schwesternzimmer möglich ist.

3. Daneben konnte eine Veränderung der „Streß-Wahrnehmung“ nachgewiesen werden. Die tätige Person wird durch das Wissen um den Handlungsspielraum in den Stand versetzt, ausgeglichener mit der Situation umzugehen. Es besteht die Möglichkeit, Stressoren zu beeinflussen, wenn dies gewollt ist. Die belastende Situation kann eigenständig reguliert, das Ausmaß der Störung kontrolliert werden.

4. Das Fehlen von Kontrolle (= Handlungsspielraum) im Arbeitsprozess kann selbst zum Stressor werden, wenn das Kontroll-Bedürfnis nicht in ausreichendem Maße befriedigt werden kann. Das Kontrollbedürfnis steigt mit Zunahme der Streßbedingungen. Fehlende Kontrollmöglichkeiten können zu psychosomatischen Beschwerden führen.

Frese/Semmer (1991, S. 137) stellen aufgrund der benannten Mechanismen die Hypothese auf, „daß Handlungsspielraum als Moderator der Beziehung zwischen Stressoren und Beschwerden wirkt“. Diese Annahme wurde in der experimentellen Streßforschung ausreichend belegt, wo hingegen diesbezügliche Studien im Bereich der Arbeitswelt noch fehlen.

Semmer (1984) fand bei der Analyse eigener Untersuchungen Hinweise auf moderierende Effekte des Handlungsspielraums.

4.4.5 Konzept der widersprüchlichen Anforderungen

Moldaschls (1991) Konzept der widersprüchlichen Anforderungen baut auf dem Konzept der Regulationsbehinderungen von Leitner et al. (1987) auf. Er unterscheidet als Basisfunktionen der Handlungsregulation Zielbildung, Ausführungsregulation sowie Handlungslernen. Daraus leitet er drei Grundformen widersprüchlicher Arbeitsanforderungen ab:

- „1. Widersprüche zwischen Aufgabenzielen,
- 2. Widersprüche zwischen Aufgaben und Aneignungsbedingungen /sog. Lernbehinderungen),
- 3. Widersprüche zwischen Aufgaben und Ausführungsbedingungen (sog. Regulationsbehinderungen)“

(vgl. Moldaschl 1991, S. 85)

Zur Bewältigung der widersprüchlichen Anforderungen kommen nach Moldaschl (1991, S. 86 f) folgende Möglichkeiten zum Einsatz: Zusatzaufwand oder riskantes Handeln sowie Überforderung und Bedrohung. Jede der benannten drei Grundformen kann diese Auswirkungen haben.

Die bei weitem häufigste Wirkung von Störungen der Handlungsregulation stellt jedoch der Zusatzaufwand dar (vgl. Leitner/Lüders et al. 1993). Störungen der Handlungsregulation müssen nicht unmittelbar zu psychischen Streßreaktionen führen (vgl. Leitner/Lüders et al. 1993, Moldaschl 1991). „Je höher der mit Regulationshindernissen verbundene Zeitaufwand, desto höher die Wahrscheinlichkeit subjektiven Streßerlebens und gesundheitlicher Beeinträchtigungen“ (vgl. Semmer/Dunkel 1991, S. 71).

4.4.6 Konzept der vollständigen Tätigkeit

Das Konzept der vollständigen Tätigkeit - abgeleitet von der Handlungsregulationstheorie - ist ein Konzept, das zur Gesundheits- und Persönlichkeitsförderung vorrangig in der Arbeitspsychologie entwickelt wurde (vgl. Hacker, 1986; Ulich 1994). Die beiden Theorien „Handlungsregulation“ und „vollständige Tätigkeiten“ bilden die Grundlage zur Ermittlung bezeichnender Merkmale von gesundheits- und persönlichkeitsfördernden Arbeitstätigkeiten. Büssing/Glaser (vgl. u.a. 1991, 1992, 1993), die diese Ansätze für den Bereich der Pflege transferiert haben, zeigten durch zahlreiche Arbeiten auf, dass sich die beiden Theorien auch zur Indikatorentwicklung für vollständige Tätigkeiten eignen. Hacker (1987) beschreibt vollständige Tätigkeiten wie folgt:

Schaubild 26: Die sequentielle und hierarchische Vollständigkeit von Tätigkeiten

„Eine vollständige Tätigkeit ist zum ersten in sequentieller Hinsicht vollständig. Neben bloßen Ausführungsfunktionen umfaßt sie

- Vorbereitungsfunktionen, (das Aufstellen von Zielen, das Entwickeln von Vorgehensweisen, das Auswählen zweckmäßiger Vorgehensvarianten)
- Organisationsfunktionen (das Abstimmen der Aufgaben mit anderen Menschen) und
- Kontrollfunktionen, durch die der Arbeitende Rückmeldungen über das Erreichen seiner Ziele sich zu verschaffen in der Lage ist.

Zum zweiten sind vollständige Tätigkeiten in hierarchischer Hinsicht vollständig, indem sie Anforderungen auf verschiedenen, einander abwechselnden Ebenen der Tätigkeitsregulation stellen. Zu denken ist beispielsweise an das Abwechseln von routinisierten Operationen der Zuordnung von Bedingungen zu Maßnahmen mit algorithmisch vorgegebenen Denkvorgängen und mit Problemfindungs- und -lösungsprozessen. Eine Mindestanforderung scheinen Mischformen zu sein, die etwa zur Hälfte der Arbeitszeit intellektuelle Verarbeitungsanforderungen einschließen.“

Quelle: Hacker 1987, S. 43

Vollständige Tätigkeiten begünstigen das Wohlbefinden, die psychische Gesundheit, die Arbeitszufriedenheit sowie die Motivation der arbeitenden Person in positiver Weise. Daneben können sie dem Abbau bzw. einer Stagnation der Entwicklung von geistigen Fähigkeiten und Handlungskompetenzen entgegenwirken (vgl. Büssing/Glaser 1993, S. 3).

„Das Konzept (...) geht davon aus, daß eine Tätigkeit dann gesundheits- und persönlichkeitsförderndes Potential entfaltet, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind. Diese sind mit - Anforderungsvielfalt, - Möglichkeiten zur sozialen Interaktion, - Autonomie bzw. Tätigkeitsspielräume, - Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, - Ganzheitlichkeit und Sinnhaftigkeit umschrieben worden“ (Büssing 1996, S. 223).

Übertragen auf den stationären Altenhilfebereich trifft das Konzept der vollständigen Tätigkeit speziell im Bereich der Qualitätssicherung auf den Ansatz der Kundenorientierung. Im Mittelpunkt der Theorie steht die Gesundheit und

dauerhafte Leistungsfähigkeit sowie die intrinsische Motivation und Persönlichkeitsentwicklung der Pflegekräfte. Die Bedürfnisse der Bewohner als gleichberechtigte Partner im Pflegeprozess finden mit dem Ansatz der Kundenorientierung Berücksichtigung. Zur Ganzheitlichkeit des Pflegeprozesses gehören sowohl „vollständige Pflegeaufgaben“ als auch eine „Patientenorientierung“.

Eine unzweckmäßige Partialisierung von Arbeitsprozessen in der Pflege kann zu unvollständigen Aufgaben führen. Hacker (1989, S. 464) benennt fünf mögliche Aspekte der Unvollständigkeit:

- „ 1. Fehlen ausreichender Aktivität
- 2. Fehlen von Zielsetzung- und Entscheidungsmöglichkeiten und damit von Möglichkeiten zur Verantwortungsübernahme
- 3. Fehlen von Denkanforderungen
- 4. Fehlen von Kooperationsmöglichkeiten
- 5. Fehlen von Disponibilitäts- und Lernanforderungen“

Das Fehlen von Merkmalen sequentiell und hierarchisch vollständiger Tätigkeiten führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Beeinträchtigungen der Effektivität der Pflegekraft.

Bergmann (1994) diagnostiziert einen Zusammenhang zwischen Arbeitsaufgabe und Persönlichkeitsentwicklung. Jede Aufgabe beinhaltet Anforderungen, welche einen Lernprozess in organisierter Form ermöglichen und durch die zeitlichen Aspekte der Bewältigungsmethoden zu einer Zunahme der Motivation und Verantwortung führen können. Eine abwechslungsreiche Tätigkeit kann eine einseitige Beanspruchung verhindern und langfristig zur Gesunderhaltung beitragen.

4.4.7 Soziale Unterstützung

Kahn/Antonucci (1980) sowie Frese/Semmer (1991, S. 147) unterscheiden drei Formen von sozialer Unterstützung:

- „a.) affektive Unterstützung, d.h. Bewunderung, Liebe, Zuneigung, Respekt
- b.) Bestätigung, d.h. Zustimmung und Versicherung der moralischen und sachlichen Richtigkeit von Handlungen und Aussagen
- c.) Hilfe, d.h. direkte Unterstützung durch Information, „Mit-Zupacken in der Arbeit usw.“

Eine soziale Unterstützung kann durch verschiedenste Personengruppen erfolgen. Für den Arbeitsbereich kommen hier Vorgesetzte oder Kollegen in Betracht. Im Privatbereich können Partner, Freunde, Verwandte unterstützend wirken.

Im Hinblick auf die soziale Unterstützung lassen sich grob fünf Wirkungsmechanismen aufzeigen (vgl. Frese/Semmer 1991).

- a.) Der Mensch als soziales Wesen verfügt über das primäre Bedürfnis in einem Verbund anerkannt zu werden und zu arbeiten. Besonders in Stresssituationen kommt der sozialen Unterstützung eine hohe Bedeutung zu.
- b.) Die soziale Unterstützung bestärkt das Individuum in seinen Kompetenzen und trägt zur Erhaltung der Selbstsicherheit bei.
- c.) Durch Solidarität und aktive Hilfe im Team lassen sich aktuell auftretende Stressoren verringern.
- d.) Daneben kann eine Verringerung der Wahrnehmung von Stressoren erreicht werden. Mitarbeiterinnen, die sich emotional geborgen fühlen und Unterstützung durch Kolleginnen erfahren, erleben Stresssituationen in einem geringeren Ausmaß. Auch stark belastete Situationen können in diesem Fall ausgeglichener gestaltet werden.
- e.) Die Wirkung von Stressoren auf die eigene Befindlichkeit kann durch soziale Unterstützung gemindert werden. Eine dadurch erreichte emotionale Geborgenheit aktiviert Copingstrategien und trägt zu einer Minderung der erlebten Belastung bei.

Die Annahmen bestätigten sich in der empirischen Forschung von Frese/Semmer (1991).

4.4.8 Stressbewältigung

Eine der häufigsten Methoden der Stressreduzierung ist die Beseitigung der Stressoren. Dieses Verfahren setzt eine Schwachstellenanalyse des Arbeitsumfeldes voraus. Möglichkeiten bestehen u.a. bei der räumlichen Stationsgestaltung sowie der Veränderung der Organisationsstruktur (vgl. Büssing 1991). Büssing (1991) stellt in Anlehnung an Udris/Frese (1988) einige Aspekte vor, die bei der Stressreduktion bedenkenswert sind.

- Bei einer „Stressorenverschiebung“ kann die Beseitigung eines Störfaktors zur Verstärkung einer weiteren Belastung führen. Als Beispiel für den Pflegebereich kommt die Schichtdienstproblematik in Betracht. Werden Regelungen zu Dienstzeiten getroffen, die den Stress für Altenpflegerinnen reduzieren können, ist es wahrscheinlich, dass eine Schnitt-

stellenproblematik mit anderen Berufsgruppen (Küche, Hauswirtschaft) auf Station verstärkt auftritt und erneut für Streß sorgt.

- Vereinfachung von Tätigkeiten zum Zwecke der Reduzierung von Überforderung kann zu Unterforderung einiger Mitarbeiterinnen führen und Stressempfinden auslösen.
- Eine undifferenzierte, pauschale Reduzierung von Belastungsfaktoren, z.B. für alle Stationen des Pflegeheimes kann in Anbetracht der unterschiedlichen Voraussetzungen und Ansprüche der Mitarbeiterinnen kontraproduktiv wirken.

Ulich (1983) schlägt daher eine differentielle Arbeitsgestaltung vor, die Vorlieben, Voraussetzungen und Wünsche der Mitarbeiterinnen berücksichtigt. Arbeitsstrukturen müssten demnach dahingehend überprüft werden, ob und in welchem Umfang Individualisierungen umgesetzt werden können.

4.4.9 Kompetenztraining

Die Pflege alter Menschen nimmt in der heutigen Zeit einen hohen Stellenwert ein. Mitarbeiterinnen dieses Arbeitsbereiches stehen unter eklatanten psychophysischen Beanspruchungen. Da mittelfristig nicht mit einer nennenswerten Veränderung der finanziellen und vor allem personellen Rahmenbedingungen in der Altenhilfe gerechnet werden kann, gilt es, Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz der Pflegemitarbeiterinnen zu erarbeiten und in der Praxis umzusetzen.

Für Altenpflegerinnen wird es künftig unumgänglich, sich fachübergreifende Kompetenzen anzueignen, die es ihnen erlauben, mit den eigenen Ressourcen ihrer Psyche und Körperkräfte in geeigneter Form zu haushalten. Der Begriff „Schlüsselqualifikationen“ beschreibt in der Berufs- und Pflegepädagogik diese Fähigkeit (vgl. Zimmer et al. 2001).

Zimmer et al. (2001) entwickelten im Rahmen einer Studie ein Kompetenztraining zur Reduzierung der Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege. Organisatorische, personelle und soziale Kompetenzen der Mitarbeiterinnen standen im Mittelpunkt dieses Qualifizierungsprogrammes. Die Inhalte der Schulungstermine bezogen sich auf drei Themenbereiche. Zum einen ging es um die Betreuung dementiell erkrankter Personen im Heim. Zum Zweiten bearbeitete die Gruppe das Thema „Streß, persönliche Probleme, berufliches Pflegeverständnis“. Letztlich stand die Thematik der Kommunikation im Team zur Diskussion. Während die Mitarbeiterinnen das Programm insgesamt mit sehr gut beurteilten und die Maßnahme als motivierend für die tägliche Arbeit empfanden, stellten Zimmer et al. (2001) eine kritische Auswertung vor. Demzu-

folge konnte mit dem Qualifizierungsprogramm keine Verbesserung der Arbeitsorganisation, sowie der sozialen Beziehungen des Teams erzielt werden. Lediglich im Bereich der personalen Kompetenzen wurde eine geringe Zunahme festgestellt. Die Projektleiter konstatieren in ihrem Ergebnis, dass der Verbesserung der personalen Kompetenz von Pflegekräften eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung von Gesundheitsrisiken zukommt. Außerdem hat die Studie gezeigt, dass Maßnahmen dieser Art über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden müssen, um zu einem passablen Ergebnis führen zu können. Idealerweise sollten die Schulungen in ein einrichtungs- und trägerbezogenes Konzept der Mitarbeiterqualifizierung eingebunden werden (vgl. Zimmer et al. 2001).

In einem Gutachten zum Forschungsstand und zu Forschungsperspektiven betrieblicher Weiterbildung (1990, S. 20) wird hervorgehoben: "Neben ... schulischen und fachlichen Kenntnissen der Berufsausbildung werden nun Qualifikationsmuster relevant, die bisher nur in wenigen Tätigkeitsbereichen als notwendige Fähigkeiten dominierten: Denken in Zusammenhängen, Planungs-, Steuerungs- und Organisationsgeschick, fachliche Flexibilität, Abstraktions- und Konzentrationsvermögen, analytische Qualitäten, Innovationswillen, Wissens- und Handlungskompetenz." Eine Orientierung auf Problemlösungen in neuen Situationen, vielfach mit dem Begriff der Schlüsselqualifikation umschrieben, betont die Voraussetzungen für die selbstständige Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten.

4.5 Belastungs- und Beanspruchungsfolgen

Die Beanspruchungssituation der Altenpflegerinnen hat sich in den letzten Jahren erheblich ins Negative verändert. Entlastungstendenzen, die kompensierend wirken könnten, kommen kaum zum Tragen und werden durch die anhaltende Personalnot entkräftet.

Schädliche Wirkungen der Pfllegetätigkeit sind zu erwarten. Durch schweres Heben, ständiges Stehen u.ä. kann eine körperliche Überforderung eintreten. Die vorliegenden Arbeitsbedingungen in Verbindung mit Hektik und Streßsituationen begünstigen das Auftreten von psychosomatischen Folgen. Das veränderte Anforderungsprofil, gekennzeichnet durch ein nebeneinander von verantwortungsvollen Aufgaben, kann eine kognitive Überforderung nach sich ziehen. Der Umgang mit Leid, Sterben und Tod stellt im Altenpflegeberuf ein vorrangiges Problem dar und forciert die Entstehung einer emotionalen Überforderung. Letztlich besteht auch die Gefahr einer sozialen Überforderung durch die Kombination der familialen und beruflichen Anforderungen, sowie

der intrinsischen Motivation in Verbindung mit übersteigerten pflegerischen Idealen der Altenpflegerinnen (vgl. Mergner 1992).

Belastungen am Arbeitsplatz müssen nicht zwangsläufig zu Beeinträchtigungen führen. Ob sich negative Auswirkungen einstellen, hängt von den gesamten Arbeits- und Kontextbedingungen ab (vgl. Greif 1991, S. 3 f)

4.5.1 Kurzfristige Beeinträchtigungen durch Stressoren

Plath/Richter (1984) erfassten in einer Skala psychische Belastungen, die kurzfristig während einer Arbeitsschicht auftreten. Im Wesentlichen erfolgt eine Unterscheidung in drei Defizitzustände: Ermüdung, Monotonie und Sättigung. Ermüdung bedeutet in diesem Zusammenhang eine reversible Leistungsmin- derung. Zunächst kommt es zu einer Anspannungssteigerung zum Zweck der Kompensierung der empfundenen Ermüdung. Das weitere Geschehen ist durch Anstrengung und Mühe gekennzeichnet und geht mit einem Konzentrations- verlust einher (vgl. Büssing et al. 1995, S. 94). Der Zustand der Ermüdung ent- steht, wenn eine lang anhaltende Belastung oder eine Überforderung vorliegt. Der Zustand der Monotonie ist gekennzeichnet durch ein nachlassen der Akti- vitäten. Die betroffene Person fühlt sich lustlos, gelangweilt, desinteressiert am Geschehen, müde, und die Leistung ist deutlich gemindert. Auslöser hierfür ist vorwiegend eine Unterforderung der Leistungsvoraussetzungen.

Der Begriff „Sättigung“ beschreibt einen Zustand enormer Gereiztheit, unlust- betonter Spannungen und einer Aversion gegenüber bestimmten Arbeitstätig- keiten, die nur noch mit Unwillen ausgeführt werden. Als Grundlage für die Entstehung der Sättigung wird eine fehlende Sinnhaftigkeit der Arbeitsauf- gaben gesehen. Es handelt sich um ein motivationales Problem (vgl. Büssing et al. 1995, S. 94).

4.5.2 Mittelfristige Beeinträchtigungen durch Stressoren

Im Gegensatz zu den, während der Tätigkeit auftretenden, kurzfristigen Beein- trächtigungsformen treten mittelfristige Störungen nicht mehr nur sporadisch auf.

Mohr (1991) zeigt auf, dass Störungen dieser Kategorie, zu denen u.a. Angstzu- stände, Erschöpfung und Gereiztheit gehören, ständig auftreten und im Tages- ablauf nicht mehr kompensierbar sind. Ressourcen, die für die Bewältigung des Arbeitsalltages erforderlich sind wie Konzentration auf die Tätigkeit und die Tagesstruktur, Aufmerksamkeit und Ausgeglichenheit können nicht mehr re-

generiert werden. Dies kann letztlich dazu führen, dass von der betroffenen Person mögliche Regenerationsquellen, wie z.B. Freundschaften pflegen, eigenen Hobbys nachgehen, nicht mehr wahrgenommen werden (vgl. u.a. Greif et al. 1983).

4.5.3 Langfristige Beeinträchtigungen durch Stressoren

Diese Form der Beeinträchtigung wirkt sich nachteilig auf das Wohlbefinden aus und führt zu psychosomatischen und körperlichen Beschwerden einhergehend mit einer verlangsamten Zurückbildung dieser Befindlichkeitsstörungen. Daneben können Stressoren zu einer problematischen Veränderung des Gesundheitsverhaltens führen. Hierzu gehören beispielsweise eine vermehrte Tabletteneinnahme, der Griff zum Alkohol oder zu Drogen sowie die Zunahme von Rauchen (vgl. Greif 1991, S. 26).

4.5.3.1 Psychosomatische Funktionsbeeinträchtigungen

Zu den langfristigen Folgen von Belastungen in der Arbeitstätigkeit zählen in erster Linie psychosomatische Beschwerden. Nach Hacker/Richter (1984) werden darunter Beschwerden verstanden, die für das psychische Befinden von Bedeutung sind und den Zustand des gesamten Körpers beeinflussen. Die Wahrnehmung dieser Beeinträchtigungen erfolgt subjektiv durch die betroffene Person selbst. Zu diesen Beschwerden gehören u.a. Müdigkeit, Nervosität, Schmerzen des Rückens, des Nackens oder der Schulterpartie, anhaltende Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Erkältungskrankheiten, Verdauungsstörungen, Konzentrations- oder Schlafstörungen.

4.5.3.2 Burnout-Syndrom

In der Praxis existiert eine beachtliche Vielfalt wenig kohärenter Burnoutdefinitionen. Die Ursache liegt in der unzureichenden theoretischen Fundierung der Burnoutforschung. Folglich bestehen Unklarheiten über die dem Burnout zugeschriebenen Ursachen, Wirkungen und Folgen. Hinsichtlich der Entstehungsbedingungen lassen sich zwei Typen feststellen.

In den Publikationen dominiert ein ätiologischer Erklärungsansatz, der das Missverhältnis von Ansprüchen an den „helfenden“ Beruf versus die täglichen Probleme der Arbeitsrealität in den Mittelpunkt stellt und diesen Konflikt als primären Auslöser für Burnout beschreibt. In diesem individuenzentrierten

Ansatz steht eine überproportionale berufliche Identität im Vordergrund (vgl. u.a. Pines et al. 1983).

Eine zweite ätiologische Erklärungsform sieht widrige Arbeitsbedingungen als Auslöser für Burnout (vgl. u.a. Büssing 1992). Verfechter dieses Ansatzes gehen von einer dynamischen Wechselwirkung zwischen Pflegekraft und Arbeitssituation aus (vgl. u.a. Cherniss 1980a, 1980b).

Burnout ist eine „negative“ Reaktion auf psychischen Stress und muss daher als Folge desselben betrachtet werden. Es handelt sich um eine Symptomkombination aus emotionaler Erschöpfung, Abneigung gegenüber der Betreuten und nachlassendem beruflichen Engagement.

Burnout und psychischer Stress sind beides Phänomene, bei denen die spezifische subjektive Verarbeitungsweise äußerer Stressoren im Vordergrund steht (vgl. Handy 1988).

In den letzten Jahren werden im Zusammenhang mit helfenden und sozialen Berufen immer wieder Schlagwörter wie Überdross, Arbeitsbelastung, Burnout, Stress, Resignation u.ä. verwendet (vgl. u.a. Maslach 1976, Pines 1982, Burisch 1989). Das Phänomen des „Ausbrennens“ war schon früh bekannt. Schmidbauers (1977) Buch „Die hilflosen Helfer“ galt in Deutschland als eines der ersten zu diesem Thema. Von diesem Zeitpunkt an beschrieben Experten den Begriff Burnout auch für zahlreiche andere Sozialberufe (vgl. Burisch 1989).

Das Burnout-Phänomen kann gleichermaßen als Ursache und Ergebnis von langfristig arbeitsbedingten und sozialen Belastungen angesehen werden.

Der Begriff Burnout wurde 1974 von dem amerikanischen Psychoanalytiker Freudenberg eingeführt. Diese Bezeichnung resultierte aus seinen Beobachtungen in einem Kriseninterventionszentrum. Er bemerkte, dass motivierte Mitarbeiterinnen bereits nach kurzer Zeit Anzeichen von Erschöpfung und Müdigkeit zeigten. Die Personen veränderten sich in ihrer Grundhaltung und gaben sich misstrauisch und reizbar und standen der Einrichtung und ihren Nutzern negativ gegenüber.

Zum Begriff Burnout bestehen über Ursache und Verlauf keine einheitlichen Theorien. Vielmehr werden darunter gegensätzliche Auswirkungen subsumiert, ohne das u.a. klare Aussagen zu Kombination der Wirkungen getroffen werden. Daher wird vielfach die Bezeichnung Burnout-Syndrom verwendet (vgl. Wagner 1993).

Die Psychologin Maslach (1976) griff das Thema auf und beschäftigte sich eingehend mit dem Syndrom Burnout. Zusammen mit Jackson (1984) kam sie zu der Erkenntnis, dass insbesondere Mitarbeiterinnen, die im direkten Kontakt mit Klienten bzw. Menschen tätig sind, verstärkt an Burnout leiden. Die drei Hauptkomponenten „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „reduzierte Leistungsfähigkeit“ werden von Maslach/Jackson wie folgt beschrieben:

„Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf die Gefühle einer Person, durch ihren Kontakt mit anderen Menschen überbeansprucht und ausgelaugt zu sein. Depersonalisation bezieht sich auf eine gefühllose und abgestumpfte Reaktion auf diese Menschen, die gewöhnlich die Empfänger ihrer Dienstleistung und Fürsorge sind. Eingeschränkte persönliche Leistungsfähigkeit bezieht sich auf eine Abnahme ihres Gefühls an Kompetenz und erfolgreicher Ausführung in ihrer Arbeit mit Menschen“ (Maslach/Jackson 1984, S. 134; übersetzt zitiert von Büssing/Perrar 1992).

Unter Depersonalisation wird in diesem Zusammenhang die Umgangsweise zwischen Helfer und Klient in schwierigen und belasteten Situationen verstanden. Insbesondere das Verhalten des Helfers gegenüber der hilfeempfangenden Person nimmt depersonalisierte, objektive Formen an (vgl. Büssing 1992).

Ein weiteres wissenschaftliches Konzept zum Thema Burnout entwickelte Cherniss (1980a, 1980b). Als Grundlage für seine Konzeption diente das transaktionelle Streßkonzept von Lazarus und Mitarbeitern (vgl. Lazarus/Launier 1981). Cherniss definiert Burnout als Ergebnis eines transaktionalen Prozesses. Die Mitarbeiterin ist Arbeitsbelastungen ausgesetzt, die sie überfordern und zu Streß führen. Sie reagiert mit Angst, Müdigkeit und Erschöpfung. Um diesen Druck stand zu halten, treten Einstellungs- und Verhaltensänderungen zutage, die eine Kompensation der als belastend empfundenen Arbeitstätigkeit bewirken sollen.

Burnout ist demzufolge vorwiegend durch ein ausgeprägtes defensives Coping gekennzeichnet, das sich in Reaktionen wie Zynismus, Rigidität und emotionale Distanzierung zu den Leistungsempfängern äußert (vgl. Büssing/Perrar 1992, S. 330).

Neben den vorgestellten Modellen aus der Burnout-Forschung existiert eine Vielzahl weiterer, teils konträrer Definitionen zu diesem Phänomen.

Burnout äußert sich in mannigfaltigen Erscheinungsformen bzw. Symptomen. Als die charakteristischsten ergaben sich nach Bermejo/Muthny (1994, S. 26) folgende Symptome:

- „ a.) Distanzierungsbedürfnisse gegenüber Problemen der Klienten und dem täglichen Elend,
- b.) Selbstzweifel und Kompetenzprobleme,
- c.) Ohnmachts-/Hilflosigkeitsgefühle und Resignation
- d.) Unvermögen, nach der Arbeit abschalten zu können,
- e.) Reizbarkeit und Nervosität, Aggressivität und Zynismus, Depressivität,
- f.) psychosomatische Reaktionen, wie z.B. Schlafprobleme, Magen-Darmbeschwerden sowie
- g.) schwindendes Engagement.“

Die umfassendste Zusammenfassung der Burnout-Symptomatik stammt von Burisch (1989). Er verglich die vorhandene Literatur und sortierte die am häufigsten genannten Burnoutfolgen in sieben Oberkategorien mit z.T. Unterkategorie:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| „1.) Warnsymptome der Anfangsphase: | a.) Vermehrtes Engagement für Ziele |
| | b.) Erschöpfung |
| 2.) Reduziertes Engagement: | a.) Für Klienten, Patienten, etc. |
| | b.) Für Andere allgemein |
| | c.) Für die Arbeit |
| | d.) Erhöhte Ansprüche |
| 3.) Emotionale Reaktionen;
Schuldzuweisungen | a.) Depressionen |
| | b.) Aggressionen |
| 4.) Abbau | |
| 5.) Verflachung | |
| 6.) Psychosomatische Reaktionen | |
| 7.) Verzweiflung“ (vgl. Burisch 1989, S. 12) | |

Burisch betont jedoch, dass nicht alle dieser Stufen durchlaufen werden müssen. Welche Symptomatik auftritt, hängt vielmehr von der betroffenen Person, der Umwelt sowie der Interaktion zwischen beiden ab.

Zur Messung von Burnout werden auch im deutschsprachigen Raum vorwiegend zwei Messverfahren eingesetzt. Dies sind zum einen das Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach/Jackson 1981, 1986), sowie das Tedium Measure (TM) (Pines et al. 1983). Das Maslach Burnout Inventory wurde von Büssing/ Perrar (1992) ins Deutsche übertragen und auf den Bereich der Pflege modifiziert. Diese Fassung kommt vorrangig zur Anwendung.

Burisch (1989, S. 6) konstatiert, wie wenig Ausbrennen bisher in seiner zeitlichen Dimension erforscht wurde, obwohl ja das „Ausbrennen als Prozeß“ in der Fachliteratur immer wieder beschrieben und als bedeutsam hervorgehoben wurde.

In der Zwischenzeit entstand eine unüberschaubare Zahl von empirischen und theoretischen Publikationen zu diesem Themenbereich (vgl. Burisch 1989, Kleiber/Enzmann 1990, Herschbach 1991). Die in diesem Zusammenhang am besten untersuchte Gruppe sind Krankenschwestern und -pfleger. Der Altenpflege wurde in diesem Bereich kaum Beachtung geschenkt. Durch die vergleichbaren pflegerischen Anforderungen sowie dem kontinuierlichen Umgang mit kranken, alten pflegebedürftigen Personen können die Ergebnisse durchaus auch auf den Bereich der Altenpflege übertragen werden.

Kempe et al. (1992) führten in Hamburg ein Projekt durch, dessen zentrales Anliegen darin bestand, Kernprobleme des Ausbrennens im Pflegebereich zu erforschen sowie geeignete Interventionsmaßnahmen zur Vermeidung schädigender Prozesse zu erproben. Ihre Ergebnisse bestätigen nochmals den Grundsatz der Burnouttheorie, wonach es sich bei den „Ausgebrannten“ um besonders engagierte Mitarbeiterinnen handelt.

Kempe et al. weist auf einen Zusammenhang zwischen dem Berufsengagement und einer bestimmten Persönlichkeitskonstellation hin. Die Studie zeigte, je stärker die Betroffenen auf Bestätigung und Erfolge angewiesen waren, desto stärker wurden sie von prekären Arbeitsbedingungen tangiert. Hierzu zählen:

- „- schwer *narzisstisch Gestörte*, die sich nur akzeptiert fühlen können, wenn sie „funktionieren und gebraucht werden“.
- *Abhängige*, die quasi „vom Lob ihrer Vorgesetzten leben“.
- *Zwanghafte*, die Schuldgefühle entwickeln, wenn sie „ihre Pflicht nicht erfüllen und sich damit entlasten“ können.
- nach *Geltung Strebende*, die unter solchen Bedingungen nichts „vorzuzeigen haben, und sich schämen“, aber
- auch „*reife Persönlichkeiten*“ sehen ihre Berufsidentität infrage gestellt, wenn solche prekären, eigentlich nicht vertretbaren Verhältnisse, zur Dauererscheinung werden und sie ohnmächtig und resigniert mit ansehen müssen, dass sich nichts oder doch viel zu wenig verändert.“

(vgl. Kempe et al. 1992, S. 49-50).

Ewald (1998) unterscheidet drei Ursachenkategorien.

Schaubild 27: Mögliche Ursachen von Burnout

Institutionelle Bedingungen	Individuelle Bedingungen	Interpersonale Bedingungen
Arbeitsüberlastung (qualitativ, quantitativ)	Persönlichkeitsmerkmale	Focussierung auf Klientenprobleme
Mangelnde Einflußnahme	Demographische Merkmale	Aggressionen von Klienten
Unangemessene finanzielle Vergütung	Biographische Merkmale	Chronizität der Problematik
Fehlende Aufstiegsmöglichkeiten	Passive Bewältigungsstrategien	Kommunikationsprobleme durch emotionale Reaktionen
Unzureichende Unterstützung durch Vorgesetzte	Unterschätzung umweltbedingter Faktoren	Auseinandersetzung mit Leid und Tod
Unklarheit von Informationen, Kommunikationsdefizite	Unrealistisch hohe Erwartungen	Widerstand gegen Hilfestellung
Rollenambiguität		Intimität der Beziehung
Rollenkonflikt		
Übermaß administrativer Tätigkeit		

Quelle: Wenchel 2001, S. 64, nach Ewald 1998

Individuelle Bedingungen übernehmen demnach eine Schlüsselrolle. Unter gleichen Arbeitsbedingungen gibt es Mitarbeiterinnen, die trotz burnoutförderlicher Atmosphäre motiviert und gesund bleiben und die erwünschte Leistung vollbringen.

Wie beschrieben kennzeichnen drei Hauptmerkmale die Burnout-Symptomatik. Diese sind die Emotionale Erschöpfung, die Depersonalisation, sowie die reduzierte Leistungsfähigkeit. Oswald (1998) stellt typische Symptome in der folgenden Tabelle dar.

Schaubild 28: Burnout-Symptomatik

Körperliche Symptome	Psychische Symptome	Soziale Probleme
Blutdruck- und Pulserhöhungen	Konzentrations-/ Gedächtnisschwäche	Reduzierte Anteilnahme an Anderen
Atembeschwerden	Desorganisation/ mangelnde Präzision	Eifersucht
Engegefühl in der Brust	Entscheidungsunfähigkeit	Konflikte mit Angehörigen
Übelkeit	Interesselosigkeit	Meidung informeller Kontakte
Verdauungsstörungen	Depressivität	Rückzug am Arbeitsplatz
Magen-Darm-Ulcera	Aggressionen	Vereinsamung
Kopf- und Rückenschmerzen	Substanzmissbrauch (Alkohol, Sedativa)	
Schlafstörungen und Alpträume		
Infektanfälligkeit		

Quelle: Wenchel 2001, S. 65, nach Oswald 1998

4.5.3.3 Körperliche Beschwerden

Kurzfristige Beanspruchungsfolgen können bei einer dauerhaften Überschreitung der Leistungsgrenze zu chronischen Beschwerden führen.

Hierzu sind u.a. zu rechnen:

- „ - Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Infarkt),
- Magen-Darmtrakt-Erkrankungen,
- Erkrankungen des Stütz-, Halte- und Bewegungsapparates,
- Rheumatische Erkrankungen,
- Erschöpfungszustände,
- Angst, Depressionen,
- Vegetative Dystonie (ärztliche Verlegenheitsdiagnose für „unbestimmtes Unwohlsein“).“

(vgl. Gros, 1993, S. 116)

4.6 Zusammenfassende Würdigung

In den vorangegangenen Ausführungen wurde versucht den derzeitigen Kenntnisstand der Stressforschung zu vermitteln. Die mannigfaltigen kurz-, mittel- und langfristigen Auswirkungen durch Stressoren gestalten sich heterogen und lassen nur allgemeine Aussagen zu. Die beschriebenen Belastungsfolgen gehen häufig einher mit einer mangelnden Motivation, einer hohen Arbeitsunzufriedenheit sowie mit dem Wunsch, die Arbeitsstelle oder den Beruf zu wechseln. Demzufolge gefährden hohe Arbeitsbelastungen in der Heimpflege die Gesundheit der Mitarbeiterinnen.

Im Bereich der Bewältigungsmöglichkeiten hat sich gezeigt, dass ein enger Zusammenhang zwischen Beruf und sozialen Ressourcen besteht. Eine qualitativ hochwertige Einbindung des Individuums im Familien-, Freundes- und Kollegenkreis wirkt unterstützend bei der Bewältigung von Belastungen im Arbeitsleben. Daneben spielt der Handlungsspielraum eine große Rolle in Bezug auf Copingmöglichkeiten. Eine Erweiterung desselben, z.B. durch Zuteilung weiterer Kompetenzen kann zu einem verbesserten Befinden beitragen.

Des Weiteren lässt sich ein Zusammenhang zwischen sozialen und organisationalen Stressoren erkennen. Insbesondere stehen Arbeitsstressoren in einer relevanten Beziehung zu Befindlichkeitsstörungen.

Die Arbeitszufriedenheit steht in einem systemischen Zusammenhang zu Konsequenzen aus der Arbeitssituation. Ein Grundmotiv für die Aufnahme einer Berufstätigkeit ist der Wunsch nach Befriedigung eigener Bedürfnisse. Die Arbeitsleistung wird als Tauschobjekt eingebracht. In dieser Situation werden Vergleiche zwischen Kolleginnen gezogen. Das Arbeitsklima ist daher eng mit der Arbeitszufriedenheit gekoppelt.

Eine Veränderung der Arbeitsbedingungen verbessert die gesundheitliche Situation der Mitarbeiterinnen und trägt zur Vermeidung von Beanspruchungsfolgen bei.

Teil B Empirische Ergebnisse

5. Forschungsdesign und empirische Untersuchung

Zur genaueren Erforschung aktueller Problemfelder von Altenpflegerinnen zielt die vorliegende explorative Erhebung auf den stationären Pflegebereich ab. Von Interesse sind vorrangig Einschätzungen zum subjektiven Empfinden der Pflegemitarbeiterinnen, die zum Ausstieg aus dem Beruf führen können.

Im Zuge der eklatanten demographischen Entwicklungen, verbunden mit einer Zunahme des Pflegebedarfs nimmt die Bedeutung der Versorgungsangebote für alte Menschen stetig zu. Gleichzeitig wächst auch der quantitative Bedarf an examinierten Altenpflegekräften.

Berichte über einen herrschenden Pflegenotstand legen die Vermutung nahe, dass künftig der Bedarf an qualifizierten Altenpflegerinnen nicht gedeckt werden kann und somit die adäquate Pflege älterer Heimbewohner gefährdet erscheint.

Diese Prognose gibt Anlass dazu die Hintergründe dieser Entwicklung genauer zu untersuchen.

Die Anforderungen an Altenpflegerinnen haben sich in den letzten Jahren extrem erhöht. Nicht nur die stetig steigende Anzahl der hilfebedürftigen Menschen, die Zunahme von multimorbiden Krankheitszuständen sowie eklatante Strukturveränderungen, sondern auch die in den Vordergrund getretenen Qualitätsanforderungen machen den Akteuren der Altenhilfe zu schaffen. Bei seit Jahrzehnten gleich bleibenden Ausbildungscurricula, unzureichender Fortbildungsmaßnahmen sowie unveränderten Arbeitsbedingungen werden durch gesetzliche Vorgaben immer höhere Qualitätsstandards vorausgesetzt. Der Druck auf das Personal wächst.

Nur sehr wenig wissenschaftliche Untersuchungen befassen sich mit dieser Problematik. Die vorliegenden Forschungen auf dem Gebiet der Pflege beziehen sich auf Arbeitsbedingungen von Krankenschwestern oder Berufsgruppen, die mit chronisch erkrankten Menschen arbeiten. Die Ergebnisse werden auf den Bereich der Altenpflege adaptiert (vgl. Burisch 1989). Damit wird jedoch den eklatanten Unterschieden u. a. in den Kategorien Pflegeverständnis, Ausbildungsinhalte etc. nicht Rechnung getragen. Gerade durch die kontinuierliche Pflege mulitmorbidier Personen, Schwerpflegebedürftiger Bewohnerinnen und Sterbender ergibt sich ein erhöhtes Belastungspotential. Daneben

führen ungünstige Rahmenbedingungen zu schwerwiegenden Folgen für das Pflegepersonal. Physische und psychische Anforderungen in Verbindung mit Strukturelementen wie Schicht-, Wochenend- und Nachtarbeit, unzureichende materielle Ausstattung und mangelnde Arbeitsorganisation können zu einer geringeren Arbeitszufriedenheit und zu einer hohen Mitarbeiterfluktuation beitragen. Die Gefahr der Belastung, gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Überforderungen durch gestiegene Pflegeanforderungen steht im Raum.

Ausgehend von der Annahme (vgl. u. a. Udriș/Frese, 1988), dass Arbeitsbelastungen zu Streßempfinden bis hin zum Auftreten des Burnoutsyndroms führen können, sollen Stressoren ermittelt werden, die maßgeblich Belastungen bewirken. Von Interesse sind vorrangig Einschätzungen zum subjektiven Empfinden der Pflegemitarbeiterinnen, die letztendlich zum Ausstieg aus dem Beruf führen können.

Die Forschung basiert auf den grundlegenden Aussagen von zwei bekannten Streßmodellen, dem "Belastungs-Beanspruchungs-Konzept" (vgl. Rohmert/Rutenfranz 1975) und dem "kognitiven, transaktionalen Streßkonzept" (vgl. Lazarus/Launier, 1981). Die zentralen Kernpunkte beider Konzepte stellen eine sinnvolle Ergänzung dar.³¹

Untersucht werden in der vorliegenden Studie Auslöser für Belastungen die auf die Altenpflegerin einwirken und zu einer Beanspruchung führen. Daneben geht es darum Erkenntnisse über die individuellen Voraussetzungen der Mitarbeiterinnen (soziodemographische Daten) zu gewinnen. Von ihnen hängt die Art der Bewertung von Belastungen ab. Entscheidend wirken sich auch Copingstrategien bzw. Unterstützungs- und Kompensationsmöglichkeiten aus.

Die zentrale Fragestellung lässt sich wie folgt skizzieren:

- * Welche Voraussetzungen bringen die Altenpflegerinnen für die Ausübung ihres Berufes mit?
- * Wie werden die einzelnen Aspekte der Arbeitssituation von den Mitarbeiterinnen bewertet?
- * Welchen Belastungen sind Altenpflegerinnen im Berufsalltag ausgesetzt?
- * Wie bewerten die Pflegerinnen die Bereiche Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung an ihrem Arbeitsplatz im Alten- und Pflegeheim?
- * Welche Rolle spielt das Betriebsklima hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit?

³¹ Vgl. Kapitel 4.1.2 Belastungen – Einführung und Definition

Ziel der Untersuchung ist:

1. Die Gewinnung von Daten zu Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Alten- und Pflegeheimen durch eine standardisierte Befragung von Altenpflegerinnen.
2. Die Analyse der subjektiven Einschätzung der erlebten Arbeitssituation, gekennzeichnet durch die Parameter: Arbeitsbelastung, Beanspruchung, Zufriedenheit, Betriebsklima, Beziehung zu den alten Menschen, einschließlich des individuellen Pflegeverständnisses und dem persönlichen Anspruch an die pflegerische Tätigkeit und deren Umsetzung im Alltag.
3. Die Erstellung von Empfehlungen für die Praxis zur Neustrukturierung der Arbeitsbedingungen sowie der Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Anforderungen von Qualitätssicherung und -verbesserung sowie der Reduzierung von Streß.

5.1 Hypothesen

Vor dem Hintergrund des in Kapitel 1.2 formulierten Ziel der Arbeit und der in Kapitel 4 ausgeführten theoretischen Grundlagen können die Hypothesen für die empirische Untersuchung formuliert werden.

Dabei ergeben sich drei Haupthypothesen, die durch die vorliegende Studie überprüft werden sollen.

1. Altenpflegemitarbeiterinnen sind Belastungen ausgesetzt, die von einer Vielzahl von objektiven und subjektiven Faktoren bestimmt werden. Eine besondere Art der Belastung ergibt sich aus der dialogischen Arbeitstätigkeit, dem Umgang mit Leiden und der Endlichkeit des Lebens.
2. Arbeitsbelastungen können zu Beeinträchtigungen führen. Die Form und Intensität der Auswirkungen sind abhängig von den Rahmenbedingung der Organisation und den Arbeitsabläufen. Regulationshindernisse und eingeschränkte Handlungsspielräume wirken sich negativ aus.
3. Belastungen am Arbeitsplatz haben Einfluss auf die Zufriedenheit und werden von Person zu Person unterschiedlich bewertet. Ein gutes Betriebsklima wirkt sich durch den Faktor der sozialen Unterstützung positiv aus.

5.2 Forschungsdesign

5.2.1 Auswahl des Samples

Da im Zentrum des Interesses die Situation der Altenpflegekräfte steht, bietet sich ein Forschungsdesign an, wonach die Rahmenbedingungen für die an der Erhebung teilnehmenden Pflegekräften hinsichtlich der Arbeitsplatzsituation und der Nachfrage nach Heimplätzen einigermassen homogen ist. So schließt sich - ganz abgesehen von den Kosten - eine (Zufalls-) Stichprobe aller in Deutschland oder einem Bundesland beschäftigten Pflegekräfte aus. Vielmehr sollen mehrere Altenpflegerinnen aus ein und demselben Heim und der gleichen Region befragt werden.

Aufgrund der Zugänglichkeit wurde die Region Augsburg - bestehend aus der Stadt Augsburg und den Landkreisen Augsburg und Aichach/Friedberg gewählt. Ins Kalkül gezogen werden sollten durch die Auswahl auch etwaige Unterschiede zwischen ländlichen Gebieten und Stadtkern.

Stadt Augsburg

Im Befragungszeitraum -erstes Halbjahr 2001- lebten in Augsburg insgesamt 268.945 Bürger. Davon waren 49.069 Personen (18,2 %) 65 Jahre und älter. Der Anteil der Hochaltrigen (80 plus) belief sich auf 12.449 Einwohner³². Im Jahr 2001 befanden sich in Augsburg 28 Alten- und Pflegeheime in Betrieb. Insgesamt konnten hiermit 3.034 Plätze der vollstationären Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Davon sind 84,8 % der Plätze als Langzeitpflege, 4,2 % in der Gerontopsychiatrie und 11 % im Rüstigenbereich. Die Heimgrößen liegen zwischen 16 und 367 Bewohnern³³.

Landkreis Augsburg

Der Landkreis Augsburg umfasst eine Gesamtbevölkerung von rund 233.000 Einwohnern. Davon waren 13,8 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter, dies entspricht 32.100 Personen. Die Anzahl der Hochaltrigen (80 plus) im Landkreis Augsburg betrug zu diesem Zeitpunkt 6.700 Personen.

Zum Befragungszeitraum bestanden 15 stationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 1.307 Heimplätzen, davon 1.091 Pflegeplätze. Derzeit befinden sich fünf weitere Pflegeheime in einem mehr oder weniger fortgeschrittenen Planungsstadium mit dem Ziel, bis zum Jahre 2005 ca. 400 weitere Pflegeplätze anbieten zu können. Das Bettenangebot reicht von 25 Plätzen bis 166 Plätzen.³⁴

³² Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Einwohner in Augsburg nach Stadtteilen Stand 01.01.2001

³³ Quelle: Pflegebedarfsplanung Augsburg, Bestandserhebung

³⁴ Quelle: Pflegebedarfsplanung der Fachstelle für Seniorenfragen

Landkreis Aichach/Friedberg

Im Landkreis Aichach/Friedberg wohnen insgesamt 121.833 Bürger. 65 Jahre und älter sind 16.246 Menschen (13,3 %). Davon sind 3.275 Personen (2,7 %) hochbetagt (80 plus).

In der Altenhilfe sind weit über tausend Mitarbeiterinnen in Voll- und Teilzeit beschäftigt. Den älteren Bürgern des Landkreises stehen 11 Alten- und Pflegeheime mit insgesamt 125 Wohn- und 626 Pflegeplätzen zur Verfügung. Die Heimgröße differiert zwischen 3 und 159 Plätzen.³⁵

Der Anteil der über 65 Jährigen liegt in den Landkreisen etwa gleich hoch. Die Stadt Augsburg verfügt über einen höheren Altenanteil und stellt im Vergleich zum Landkreis Augsburg extrem mehr Pflegebetten bereit. Demnach könnte im Stadtgebiet jeder 16. dieser Altersgruppe einen Heimplatz erhalten, wogegen der Landkreis Augsburg diese Möglichkeit nur jedem 25. Älteren erschließt. Im Landkreis Aichach/Friedberg beträgt das Verhältnis ein Pflegeplatz zu 22 Senioren ab 65 Jahren.

Diese Regionalauswahl kann im Stichprobensinn als Klumpen (bzw. mangels der Zufallsauswahl als entarteter Klumpen) angesehen werden. Innerhalb dieses Klumpens wurden sodann auf der zweiten Ebene zehn Heime ausgewählt, deren Mitarbeiterinnen zu 100 % befragt werden sollten.

Da die Kooperation der Heime wichtig ist wurde auch die Heimauswahl systematisch - nicht per Zufall - getroffen.

Bei der Auswahl der Stichprobe wurden sehr unterschiedliche Heime einbezogen mit dem Ziel, die Vielfalt der Institutionen abzubilden und ihre Verschiedenartigkeit zu erfassen.

Berücksichtigt wurden Einrichtungen der vier Wohlfahrtsverbände, Arbeiterwohlfahrt, Bayerisches Rotes Kreuz, Caritasverband und Diakonisches Werk sowie Heime in kommunaler Trägerschaft und private Anbieter. Ein weiteres Kriterium stellte die Platzzahl dar. Um Aussagen zum Betriebsklima kleiner und größerer Heim treffen zu können wurden Institutionen mit einer Bewohnerzahl von 60 bis 210 in die Befragung einbezogen.

Im Auswahlverfahren stellt sich heraus, dass in Augsburg nur ein BRK-Heim betrieben wird. Da es sich hierbei um eine Einrichtung für vorwiegend verwirrte alte Menschen mit geschlossenen Abteilungen handelt, hätte der Einbezug eine Verfälschung der Daten ergeben, da bekanntlich die Betreuung von dementiell Erkrankten eine hohe Belastung für das Personal darstellt. Auch in den Landkreisen Augsburg und Aichach-Friedberg betreibt das Bayerische

³⁵ Quelle: Pflegebedarfsplan Landkreis Aichach/Friedberg, Stand 2001

Rote Kreuz keine Pflegeheime. Aufgrund dieser Tatsache reduzierte sich der Befragungsrahmen von ursprünglich geplanten zwölf auf zehn Heime, da das BRK aus den genannten Gründen keine Berücksichtigung finden konnte.

Befragt wurden je zwei Heime desselben Trägers. Die Zusammensetzung des Samples ist grundsätzlich von Freiwilligkeit bestimmt. Alle angesprochenen Heimleitungen signalisierten ein deutliches Interesse am Thema und sahen teilweise eine Chance darin, für die eigene Einrichtung Daten über Betriebsklima und Belastung in Form von erbetenen Einzelauswertungen zu erhalten.

Den Einrichtungen wurde eine vollständige Anonymisierung des erhobenen Datenmaterials zugesichert. Rückschlussmöglichkeiten auf einzelne Heime waren auszuschließen. Aus diesem Grund wurde den Einrichtungen per Zufalls-generator eine Ziffer von eins bis zehn zugewiesen, die sie im weiteren Text als Heim 1 bis Heim 10 ausweist.

5.2.2 Erhebungsinstrument

Mit Blick auf die Gewinnung von verallgemeinerbaren Informationen bieten sich verschiedene Instrumente an. Nicht zuletzt aus forschungsökonomischen Gründen fiel die Entscheidung zugunsten einer schriftlichen Befragung und weitgehend standardisiertem Fragebogen.

Da es sich bei den Befragten bezüglich des Themas um eine homogene Personengruppe handelte und die notwendigen Informationen auf diesem Wege gewonnen werden konnten, schien diese Methode gut geeignet (vgl. Friedrichs 1990, S. 237).

Die Alternative der mündlichen Befragung erschien - neben dem höheren Aufwand - auch ungünstig, da aufgrund der Sensibilität mancher Untersuchungsbereiche zu hohe Verweigerungsraten zu befürchten waren. Eine teilnehmende Beobachtung war aus forschungsökonomischen Gründen nicht leistbar. Zudem ist fraglich, ob eine Zustimmung erreicht worden wäre. Auch hätten damit manche Aspekte wie persönliche Einstellungen nicht erfasst werden können. Leitfadenterviews mit qualitativen Auswertungen wurden nicht gewählt, da dies nur mit weit geringeren Fallzahlen machbar gewesen wäre und in der Abwägung das Instrument mit hohen Fallzahlen gewählt wurde.

Die Zusammenstellung des Fragebogens erfolgte unter Einbezug etablierter Untersuchungsinstrumente die bereits im Pflegebereich Anwendung gefunden hatten. Unter sorgfältiger Abwägung fand eine Auswahl der zur Erreichung des Forschungszieles relevanten Einzelfragen bzw. Komplexe statt. Die letztendlich im Erhebungsinstrument aufgenommenen Fragen standen in engem Zusammenhang mit den untersuchungsleitenden Hypothesen.

Unter Berücksichtigung gängiger Konstruktionskriterien wurde u. a. im Sinne des "Ausstrahlungseffektes" darauf geachtet, dass die Fragen in einem Kontext stehen. Zu einem Themenbereich kamen stets mehrere Fragen zur Auswahl. Fragen, die denselben Aspekt des Themas erfassten wurden in Form eines Fragenkomplexes eingefügt, der jeweils mit einer Überleitungsfrage auf den neuen Themenkreis einstimmte (vgl. Schnell et al. 1999, S. 320 f).

Die einschlägigen Befragungsinstrumente³⁶ lieferten Anhaltspunkte zur Messung von Belastung, Beanspruchung, Stress, Burnout und Arbeitszufriedenheit bei Pflegekräften. Durch die Nutzung bereits getesteter Fragenfragmente konnte davon ausgegangen werden, dass das neu entstandene Instrument reliabel ist und zu validen Aussagen führt. Da sich bisher nur sehr wenige Untersuchungen ausschließlich auf die Situation von Altenpflegekräften beziehen, wurden auch vergleichbare Erhebungen aus dem Krankenpflegebereich mit erfasst.

Die Fragebogeninstrumente wurden auf ihre Anwendbarkeit für die Zielsetzung der vorliegenden Studie hin geprüft.

Durch einen Vergleich der Prädikatorenvarenablen entstand der vorliegende Fragebogen. Er berücksichtigt insbesondere folgende Determinanten: Arbeitsbelastung und -beanspruchung, Zufriedenheit, Betriebsklima, eigene soziale Bezüge, subjektives Erleben der Arbeitssituation, individuelles Pflegeverständnis und den persönlichen Anspruch an die Pflegetätigkeit und deren Umsetzungsmöglichkeiten.

Während für die Bereiche „personenbezogene und berufliche Variablen“, „direkte Einschätzung der Arbeitssituation“, „Belastungsfaktoren durch das Arbeitssystem“ und „Bewertung des eigenen Arbeitsplatzes“ aus den vorbenannten Instrumenten geeignete Teilbereiche ausgewählt worden sind, standen Einzelauforen für die Gebiete „Betriebsklima“, „Belastung und Beanspruchung“ sowie „Arbeitszufriedenheit“ und „offene Fragen“ Pate.

Das von Kempe und Closs³⁷ im Rahmen eines Projektes „Die Arbeit mit alten Menschen“ entwickelte Instrument zur Messung des Betriebsklimas umfasst vier Dimensionen die auf die Einschätzung diesen Punktes Einfluss nehmen. Diese Faktoren beziehen sich auf Vorgesetzte, Kollegen, Bewohner und Stress.

³⁶ vgl. Übersicht in Anhang 1a

³⁷ Vgl. dazu Closs/Kempe 1981a; Closs/Kempe 1981b

Bei der Auswertung der Ergebnisse findet sich dieser Bereich in folgenden Punkten wieder:

1. Beziehung zur Heimleitung
2. Solidarität im Kollegenkreis
3. Gefühlsmäßige Nähe zu den Bewohnerinnen
4. Erlebte Belastung durch die Arbeitsbedingungen

Das Messinstrument ist breitbandig angelegt und erfasst durch die Beschäftigten wahrgenommenen Determinanten des Betriebsklimas in Alten- und Pflegeheimen und den selbst wahrgenommenen Stress am Arbeitsplatz. Das Instrument deckt damit die wichtigsten Erklärungsvariablen für die Entstehung von Stress in der stationären Altenpflege ab (vgl. Kapitel 4.2.3).

Der „Fragebogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen (FBH)“ entwickelt von Hacker und Kollegen³⁸ an der Technischen Universität Dresden, untersucht subjektiv wahrgenommene Beanspruchungen. Der Grad dieser Belastung von Pflegekräften wird in fünf Skalen abgebildet:

1. Emotionale Erschöpfung
2. Arbeitsbedingte (intrinsische) Motivierung
3. (Un-) Zufriedenheit in der Arbeit
4. Aversionen gegen Klienten
5. Reaktives Abschirmen

Zusätzlich werden auch die bei der Pflegekraft zur Verfügung stehenden Bewältigungspotentiale (sog. Coping) erfasst, die die subjektiv empfundene Beanspruchung mit beeinflussen.

Neuberger³⁹ schlägt im Rahmen seines „Arbeitsbeschreibungsbogens (ABB)“ zur Zusammenfassenden Bewertung wichtiger Arbeitszufriedenheitsbereiche die Verwendung von sieben Kuninskalen sowie als achte Skale eine Globalbewertung der „gesamten Arbeitszufriedenheit“ vor. Mit dem Konstrukt

³⁸ Vgl. detaillierter die Veröffentlichungen von Reinhold/Hacker/Hübner 1994; Hacker et al. 1995a und 1995b; Merboth/Walter/Böger 1997; Hacker/Reinhold 1998a und 1998b.

³⁹ Vgl. Neuberger/Allerbeck 1978 sowie Neuberger 1982

Arbeitszufriedenheit soll die Einstellung der Pflegekräfte zu ihrer Arbeitssituation analysiert werden. Die eingesetzten Skalen sind umfassend erprobt.

Am Ende des Fragebogens geben mehrere offene Fragen Gelegenheit zum reflektieren und eigene Ansichten kund zu tun. Diese Fragen wurden dem „Standardisierten Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe (SIESTA-C)“ von Berger⁴⁰ entnommen.

Der aus den verschiedenen Komponenten entstandene Fragebogen⁴¹ gliedert sich in folgende Hauptbereiche:

1. personenbezogene Angaben (Frage 1 bis 4)
2. berufliche Daten (Frage 4 bis 9)
3. Aussagen zum Betriebsklima (Seite 3 bis 4, 40 Items)
4. Einschätzung der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung (Seite 5 und 6, 38 Items)
5. Aspekte der Arbeitssituation (Seite 6 und 7, 18 Items)
6. Einschätzung der Arbeitssituation (Seite 7, 8 Items)
7. Offene Fragen zur Zeitverwendung (Seite 8)
8. Empfehlung zum Heimeintritt (Seite 8)
9. Offene Frage: Raum für Anmerkungen, Ergänzungen und Meinungen (Seite 8)

Das Erhebungsinstrument wurde im Ursprung 1999 vom Inifes-Institut, Leitershofen, zusammengestellt und in einer Studie (vgl. Schäfer-Walkmann et al. 1999) mit 6 Pflegeheimen im Raum Baden erprobt. Die Ergebnisse bestätigten die Verwendbarkeit des Instrumentes für diesen Bereich.

Nach Überprüfung der benannten einschlägigen Befragungsinstrumente zur Messung von Belastung, Beanspruchung, Stress Burnout und Arbeitszufriedenheit bei Pflegekräften wurde die Zusammenstellung des Fragebogens für diese wissenschaftliche Erhebung übernommen. Neben forschungsökonomi-

⁴⁰ Vgl. hierzu im einzelnen Berger, G. 1998

⁴¹ Der Fragebogen selbst befindet sich im Anhang A2

schen Gründen war bei diesem Vorgehen vor allem der Wunsch nach Verwendung psychometrisch erprobter Instrumente mit entsprechenden Vergleichswerten maßgebend. Die erforderlichen Faktorenanalysen, das Vorliegen zufriedenstellender psychometrischer Kennwerte und die theoretisch gestützte Herleitung der eingesetzten Skalen und Items stellten ebenfalls zentrale Auswahlkriterien dar.

5.2.3 Durchführung der Befragungen

Im Vorfeld fanden Gespräche mit den jeweiligen Heimleitungen statt, während deren Verlauf das Forschungsvorhaben erläutert, sowie die Vorgehensweise ausführlich erklärt werden konnten. In einem zweiten Schritt erfolgte der Einbezug der Pflegedienstleitungen. In dieser Phase war bereits zu erkennen, wie hoch der Rücklauf je Haus in etwa sein würde. Je höher das Interesse und die Motivation der Führungskräfte waren, desto intensiver gestaltete sich auch die Unterstützung des Projektes. Im Auswertungsverfahren bestätigte sich diese Annahme nochmals.

Ein zunächst in die Untersuchung einbezogenes Alten- und Pflegeheim musste durch ein anderes Haus ersetzt werden, da kein Rücklauf erfolgte. Die Pflegedienstleitung sprach sich, wie später bekannt wurde, aus persönlichen Gründen (Missgunst) gegen die Unterstützung der Befragung aus und beeinflusste, teils mit Sanktionsandrohungen ihre Mitarbeiterinnen dahingehend, die Teilnahme zu verweigern. Andere Führungskräfte hingegen zeigten ihre positive Einstellung darin, dass sie zusätzlich an ihre Mitarbeiterinnen einen motivierenden Brief verteilten und die Befragung in jeglicher Form unterstützten.

Als zweiten Schritt ermöglichten alle Leitungen eine Vorstellung des Forschungsvorhabens im Rahmen einer Personalversammlung oder bei Dienstbesprechungen. Hierbei konnte im persönlichen Gespräch das Interesse der Pflegekräfte geweckt werden. Wichtig dabei waren die Zusicherung der Anonymität und der vertraulichen Behandlung sowie die exakte Erläuterung der Verwendung und der Relevanz der erhobenen Daten. Die entscheidende Rolle der Befragten für den Erfolg der Studie kam ebenfalls zur Sprache.

Mit einem zusätzlichen Begleitschreiben versehen erhielt jede Pflegekraft direkt oder über die Stationsleitung einen Fragebogen in einem bereits frankierten und mit der Adresse des Empfängers beschrifteten Kuvert (vgl. Schnell/Hiller/Esser 1999, S. 338).

Zur Rückleitung der Bögen standen mehrere Varianten zur Auswahl. In einigen Heimen sammelte eine Vertrauensperson die Unterlagen. Andere Teilnehmer übergaben die Fragebögen direkt, wenn die Autorin zu festen Zeiten für Rück-

fragen und Gespräche im Haus war. Von der Möglichkeit des Postversandes machten nur insgesamt vierzehn Personen Gebrauch.

Nach Ablauf des jeweiligen Rücklaufdatums erfolgte eine erste Erinnerung in Form eines kurzen Schreibens an alle Mitarbeiter. Neben einem Dank für die bereits getätigte Rückgabe des Erhebungsinstrumentes wurde nochmals an die Rücksendung des Fragebogens erinnert. Nach etwa drei Wochen folgte die zweite Mahnwelle (verg. Schnell/Esser 1999, S. 340). Die dritte Aufforderung zur Teilnahme fand, insbesondere bei Heimen mit einer geringen Beteiligung, nochmals persönlich bei Übergabegesprächen statt.

Die Stichprobe umfasste insgesamt 420 Pflegekräfte aus 10 Heimen (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 23: Rücklaufquoten

Heimnummer	Befragte alle	Rücklauf	Rücklauf in %
Heim 1	38	15	39,47 %
Heim 2	51	29	56,86 %
Heim 3	59	35	59,32 %
Heim 4	31	15	48,39 %
Heim 5	64	36	56,25 %
Heim 6	21	20	95,24 %
Heim 7	69	40	57,97 %
Heim 8	45	21	46,67 %
Heim 9	24	14	58,33 %
Heim 10	18	17	94,44 %
Gesamt	420	242	57,61 %

Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg"

Eine Rücklaufquote von fast 60 % kann für eine solche Untersuchung als gut bezeichnet werden.

5.3 Empirische Ergebnisse

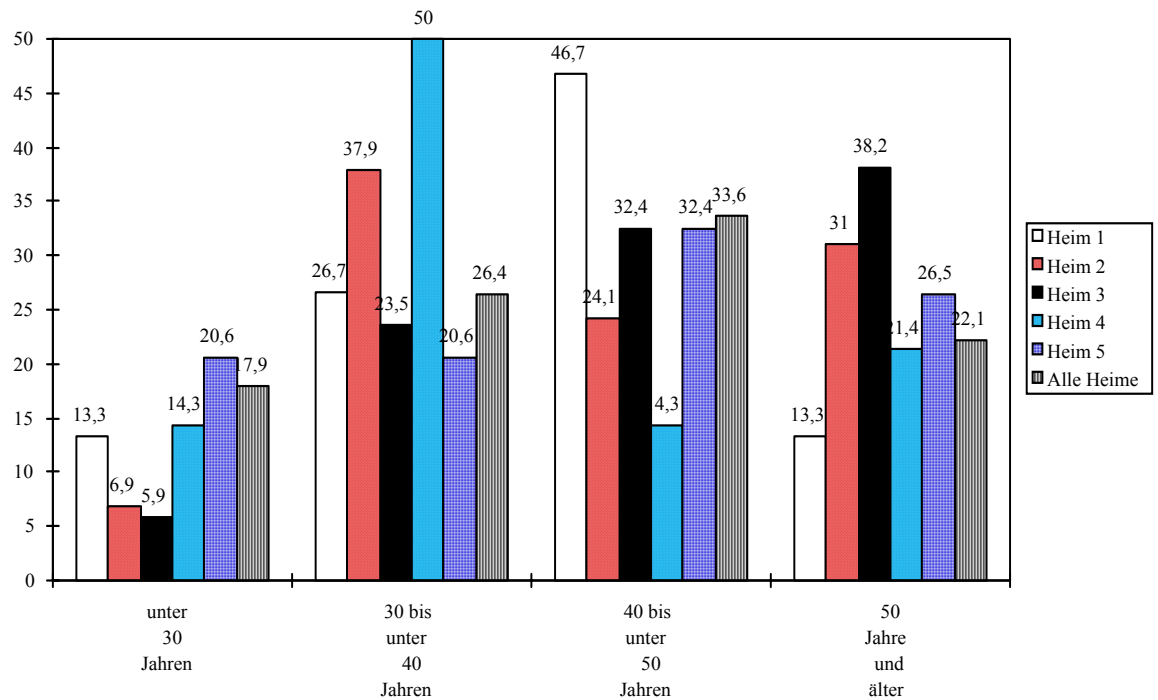
Die Auswertung der erhobenen Daten aus der Untersuchung mit dem Arbeitstitel "Altenpflege in Augsburg" erfolgte mit Hilfe des Datenanalyseprogramms SPSS 8 für Windows (vgl. Brosius 1999; Kähler 1996).

5.3.1 Soziodemographische Struktur der Stichprobe

Der erste Teil des Fragebogens wurde der Erfassung der personenbezogenen Daten der Mitarbeiterinnen gewidmet um eine ausführliche Beschreibung der befragten Person (z.B. Alter, Ausbildung, Dauer der Berufstätigkeit, Lebensform) zu erhalten. Die gewonnenen Daten bilden einen Bezugsrahmen zu den subjektiven Aussagen, die im Weiteren zu relevanten Aspekten wie Einschätzung des Betriebsklimas, erlebte Belastung, Solidarität im Kollegenkreis, etc. getroffen werden. Daneben kann anhand der soziodemographischen Werte eine Einschätzung der Repräsentativität der Stichprobe erfolgen.

Alters- und Geschlechtsverteilung

Das durchschnittliche Alter (Frage 1) aller Beteiligten liegt bei 40,3 Jahren. Die Mitarbeiterinnen in Heim 1 mit 39,8 Jahren und in Heim 4 mit 38,6 Jahren liegen altersmäßig leicht unter dem Durchschnitt. Hingegen ergibt sich für die Beschäftigten in Heim 2 mit 42,5 Jahren, im Heim 3 mit 45,1 Jahren, sowie in Heim 5 mit 40,9 Jahren ein vergleichsweise höherer Durchschnittswert. Graphik 1 zeigt die prozentuale Verteilung der einzelnen Altersgruppen auf.

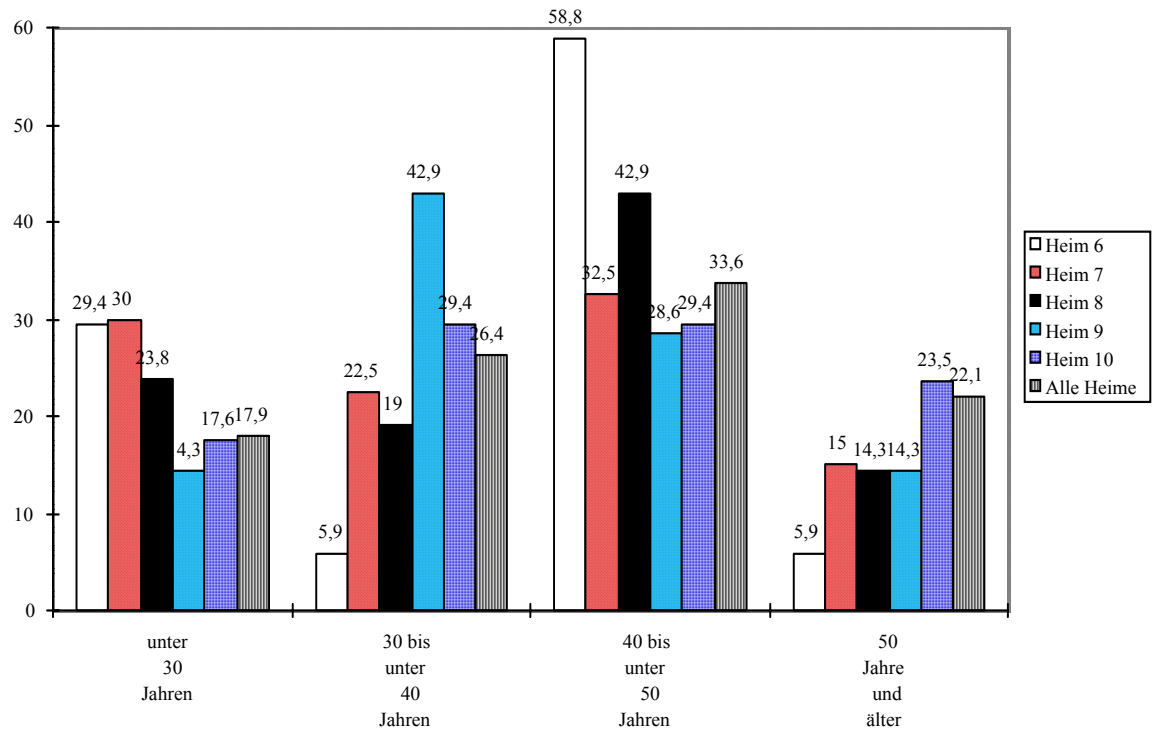
Graphik 1: Altersverteilung der Befragten Heim 1 bis Heim 5 (in Prozent)

Quelle: Eigene Befragung "Altenhilfe in Augsburg", Frage 1

Hinweis: Heim 1 (n=15) weiß, Heim 2 (n=29) rote Kreuze, Heim 3 (n=34) schwarz, Heim 4 (n=14) hellblau gepunktet, Heim 5 (n=34) blau kariert, Alle Heime (n=235) schwarz gestreift.

Die Mitarbeiterinnen der Heime 6 bis 10 liegen mit ihrem Altersmittelwert unter dem Durchschnitt der Befragten. Im Einzelnen stellt es sich wie folgt dar: Heim 6 mit 37,9 Jahren, Heim 7 mit 37,5 Jahren, Heim 8 mit 38,9 Jahren und Heim 10 mit 40,0 Jahren. Die prozentuale Verteilung auf die einzelnen Altersgruppen ist Graphik 2 zu entnehmen.

Graphik 2: Altersverteilung der Befragten Heim 6 bis Heim 10 (in Prozent)



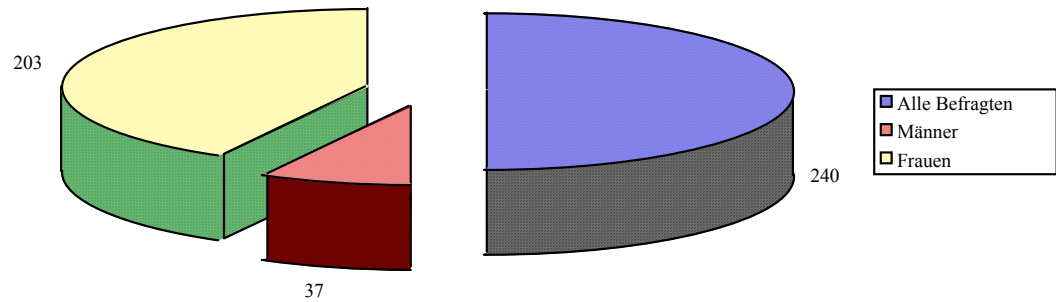
Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 1

Hinweis: Heim 6 (n=17) weiß, Heim 7(n=40) rote Kreuze, Heim 8 (n=21) schwarz, Heim 9 (n=14) hellblau gepunktet, Heim 10 (n=17) blau kariert, Alle Heime (n=235) schwarz gestreift.

Der errechnete Mittelwert der Altersstruktur mit 40,3 Jahren deckt sich mit vergleichbaren Untersuchungen. Die Ergebnisse liegen zwischen 39 und 42 Jahren. Die befragten Heime 6 bis 10 beschäftigen vergleichsweise jüngere Mitarbeiterinnen. Nach der Änderung der Ausbildungsordnung dürfte der Altersdurchschnitt noch weiter sinken. Das vorliegende hohe Beschäftigungsalter bestätigt die Aussage, dass es sich bei der Altenpflege vorwiegend um einen Zweitberuf handelt.

Frage 2: „Angaben zum Geschlecht“ beantworteten 240 Personen. Davon waren 203 Frauen und 37 Männer. Diese Aufteilung von 84,6 % Frauen und 15,4 % Männern spiegelt die typische Situation in der stationären Altenhilfe wieder. Altenpflege ist ein Frauenberuf geworden.

Graphik 3: Übersicht aller Befragten nach Geschlecht

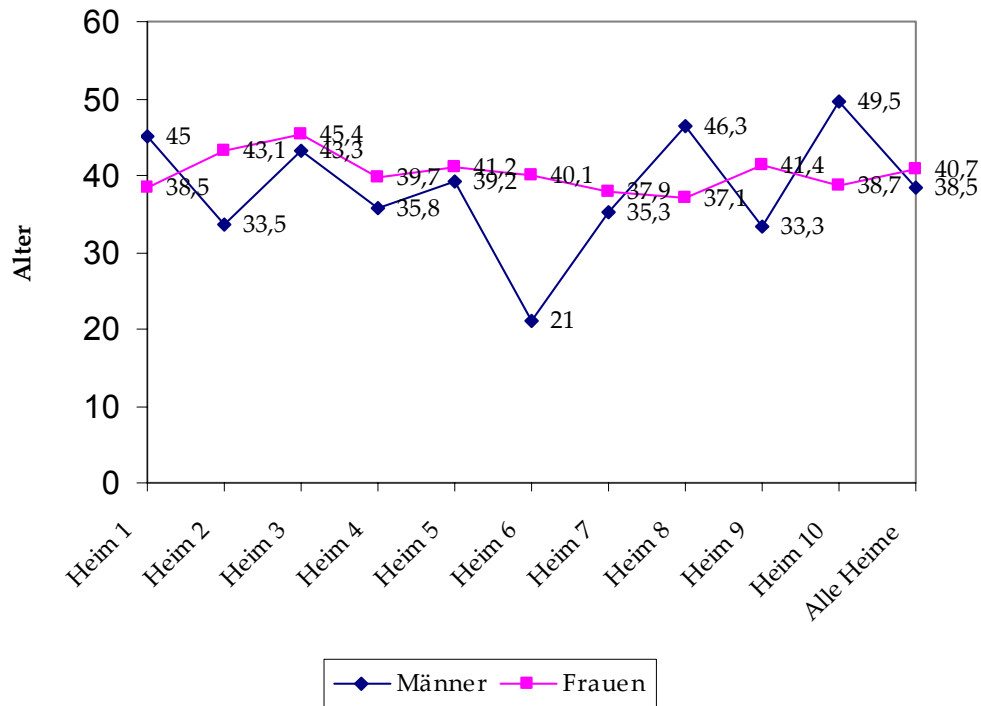


Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 2

Hinweis: Alle Befragten 240 Personen: blau, Frauen 203: gelb gepunktet, Männer 37: rot

Folgende Darstellung informiert über die Altersverteilung der Befragten nach Frauen und Männern. Es zeigt sich, dass in der Tendenz weitgehend lebenserfahrene Frauen beschäftigt sind, während die in der Altenpflege tätigen Männer jünger sind.

**Graphik 4: Altersdurchschnitt der Heimmitarbeiterinnen nach Geschlecht
(Angabe in Jahren)**



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 1 und 2

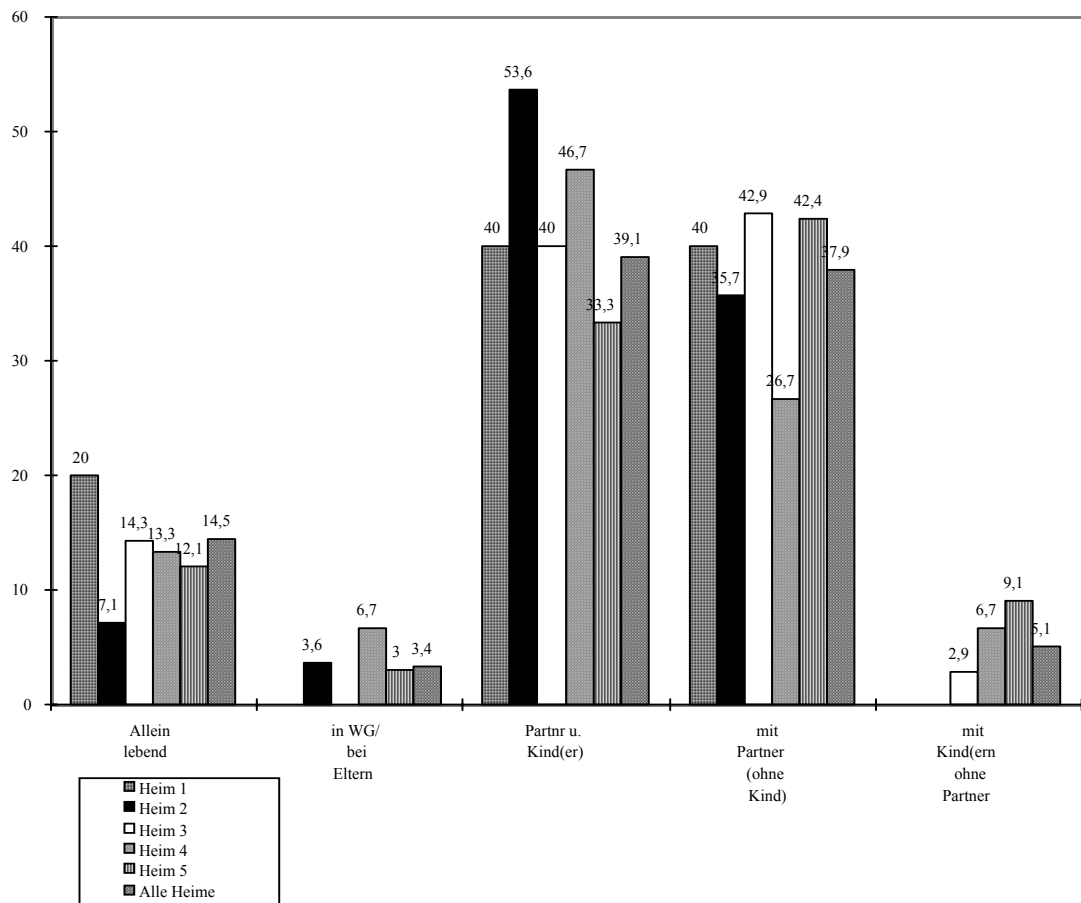
Lebenssituation

Zur Abschätzung von Belastungspotentialen ist es wichtig die Lebenssituation der Beteiligten zu kennen. Qualitativ gute Beziehungen in der Familie unterstützen die Bewältigung von Stress. Doppelbelastungen u. a. durch die Betreuung von Kindern oder älteren pflegebedürftigen Verwandten können das Belastungserleben verstärken.

Frage 3 zielte auf die persönliche Lebenssituation ab und gliederte sich in fünf Antwortmöglichkeiten: „Alleine lebend“, das heißt, ohne Partner/in, Kind/er oder zu (betreuenden) Angehörigen lebend; „In einer Wohngemeinschaft oder bei den Eltern lebend“; „Mit Partner/in lebend (Ehe sowie Lebenspartnerschaften)“; „Mit Partner/in und Kind/ern und/oder zu (betreuenden) Angehörigen lebend“; sowie „ohne Partner/in mit Kind/ern und/oder zu (betreuenden) Angehörigen lebend“. Die Frage zielt nicht auf den formalen Familienstand ab sondern auf die Lebenssituation, die spezielle Bedingungen und Möglichkeiten im Umfeld widerspiegelt.

Graphik 5 zeigt auf, dass 37,9 % der Befragten in einer Partnerschaft ohne Kinder leben. Bei dieser Personengruppe kann eine Doppelbelastung durch die Kindererziehung und der Ausübung eines pflegerischen Berufes keine Rolle spielen. Hingegen 39,1 % der Personen leben in einer Partnerschaft mit Kind/ern zusammen. Diese Tatsache lässt auf zusätzliche Belastungsfaktoren schließen. 14,5 % der Befragten leben alleine, 5,1 % sind alleine erziehend und damit vermutlich höheren Belastungen ausgesetzt. In einer Wohngemeinschaft oder bei den Eltern leben 5,1 % der Befragten.

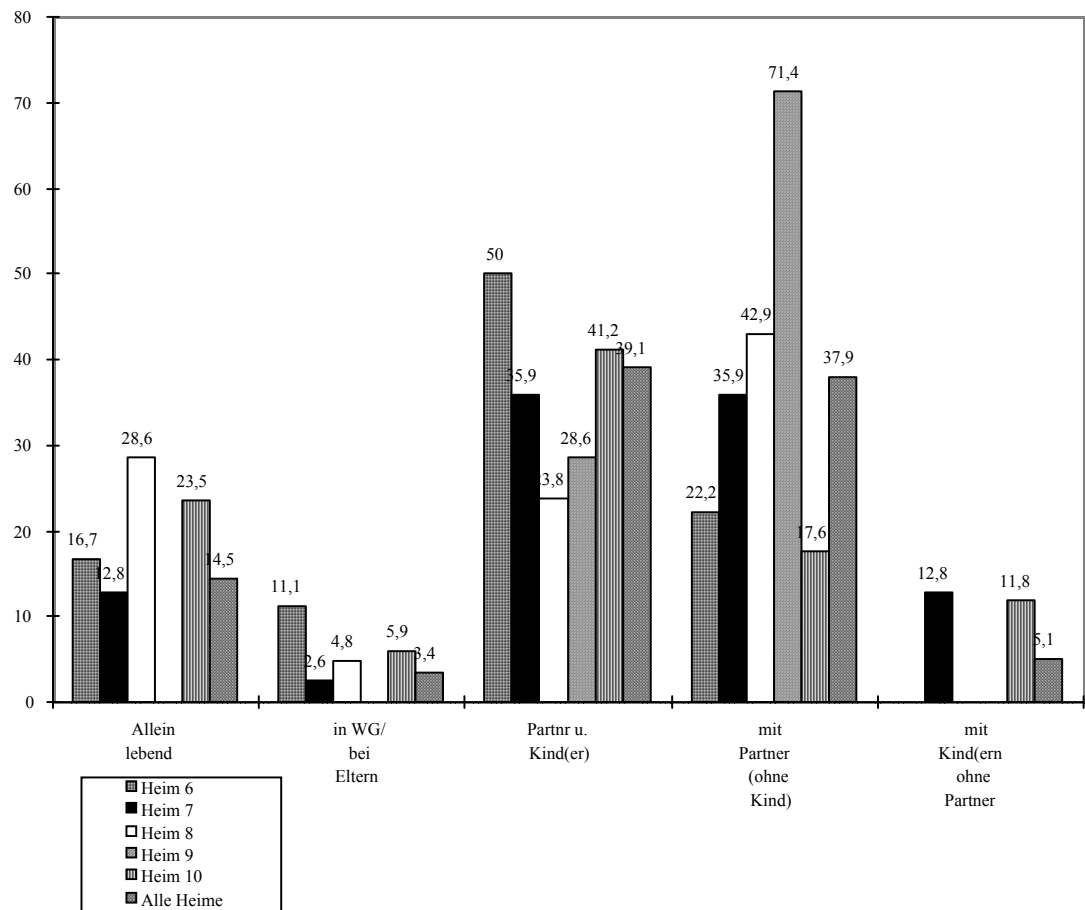
Graphik 5: Lebenssituation der Befragten der Heime 1 bis 5 (in Prozent)



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 3

Hinweis: Heim 1 (n=15): kariert; Heim 2 (n=28): schwarz; Heim 3 (n=35): weiß; Heim 4 (n=15) graue Kreuze; Heim 5 (n=33): schwarze Streifen; Alle Heime (n=235): kariert

Graphik 6: Lebenssituation der Befragten der Heime 6 bis 10 (in Prozent)



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 3

Hinweis: Heim 6 (n=18): kariert; Heim 7 (n=39): schwarz; Heim 8 (n=21): weiß; Heim 9 (n=14) graue Kreuze; Heim 10 (n=17): schwarze Streifen; Alle Heime (n=235): kariert

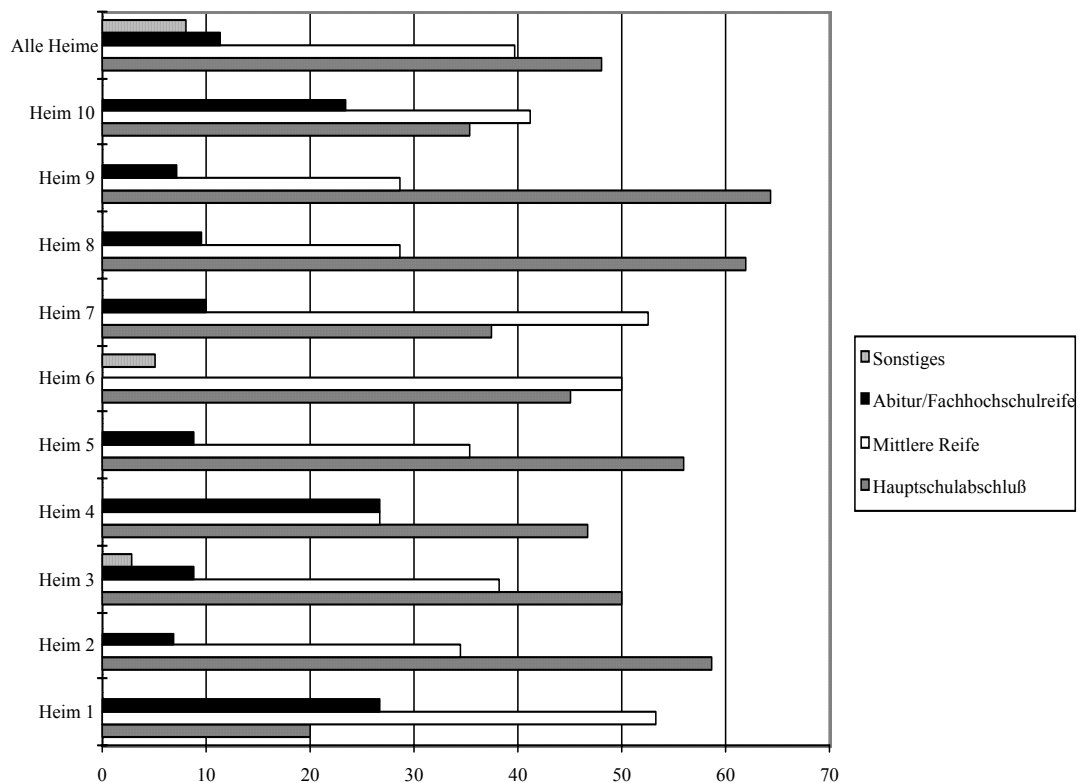
Für das befragte Heim neun stellt sich die Situation bei der Gruppe "Partnerschaft ohne Kind" im Haushalt abweichend dar (71,4 %). Dieses Ergebnis scheint mit dem vergleichsweise hohen Alter der Mitarbeiterinnen (41,4) dieses Heimes zu korrelieren. Vermutlich sind die Kinder bereits eigenständig.

5.3.2 Schulbildung und berufliche Situation

Schul- und Berufsausbildung

Dem Altenpflegeberuf wird unterstellt, dass es sich um eine Ausbildung handelt, die vom Niveau unter der Krankenschwesternausbildung liegt und in der Vergangenheit von jeglichen Interessenten gewählt werden konnte. Bis zur Neuregelung der Ausbildungsverordnung war kein besonderer Schulabschluss gefordert. Im Hinblick auf die Qualifizierungstendenzen dieser Berufssparte sowie der Erfüllung der gehobenen Ansprüche durch Qualitätsanforderungen und veränderten Aufgabenbereichen gibt die Frage nach Schul- und Berufsbildung Aufschluss über die Möglichkeiten der Zielerreichung.

Graphik 7: Höchster allgemein bildender Schulabschluss (in Prozent)



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 4

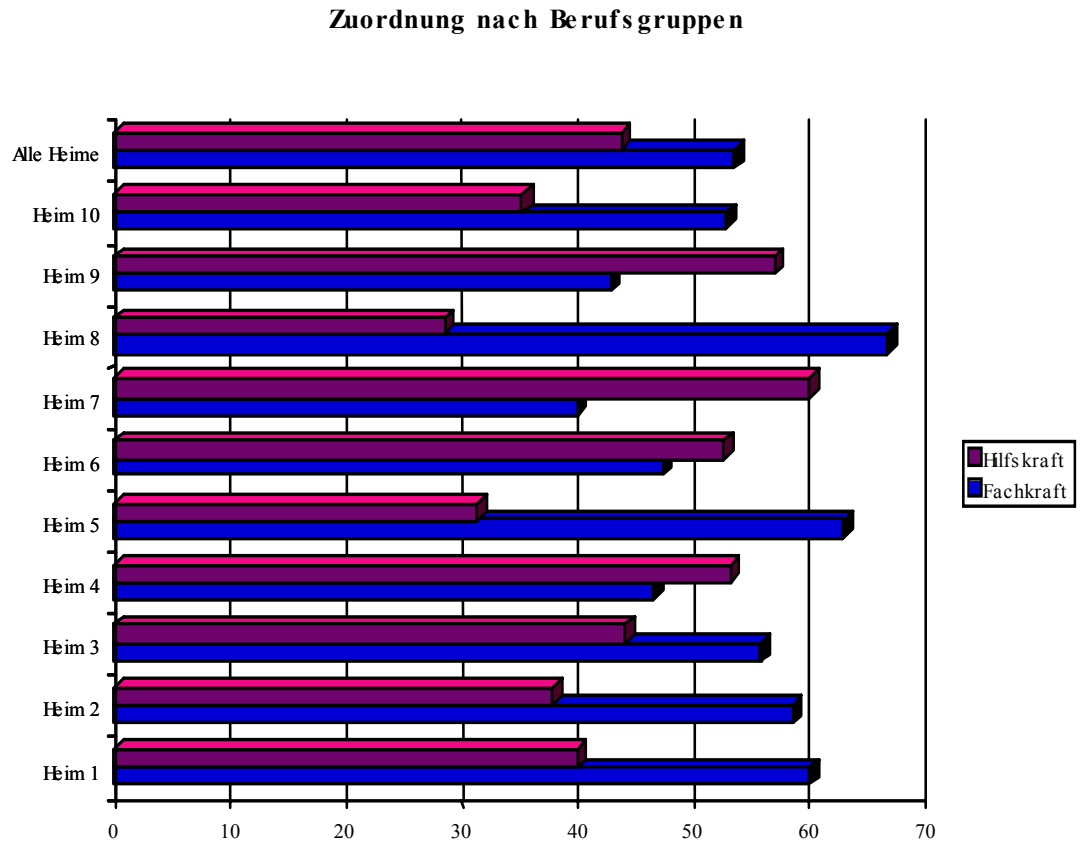
Hinweis: Alle Befragten (n=239); Hauptschulabschluss: grau gepunktet; Mittlere Reife: weiß; Abitur/Fachhochschulreife: schwarz; Sonstiges: gepunktet.

Die Frage nach dem höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben 239 Personen beantwortet. Davon verfügen 48,1 % über einen „Hauptschulabschluss“, 39,7 % haben „Mittlere Reife“, und die „Abiturprüfung“ legten 11,3 % der Befragten ab. Auf das Item „Sonstiges“ entfallen 0,8 %.

Die in der neuen Ausbildungsordnung geforderte Zugangsvoraussetzung mindestens „Mittlere Reife“ könnten demnach nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Personen nachweisen.

Zuordnung zu Hauptberufsgruppen

Zur Einschätzung der Berufsausbildung erfolgte eine Untergliederung in Fach- und Hilfskräfte der Alten- und Krankenpflege sowie Schüler und Praktikanten. Die 239 Antworten erbrachten folgende Werte: Altenpfleger/in 13,8 %, Altenpflegehelfer/in 28,9 %, Krankenschwester/-pfleger 10,9 %, Pflegehelfer/in 40,6 % und Schüler/Praktikanten 3,3%. Folgende Darstellung lässt darauf schließen, dass nicht in allen Heimen die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote von 50 % eingehalten wird. Die Heime 4, 6, 7 und 9 unterschreiten die Vorgabe, während die Zahl der Fachkräfte in den Heimen 1, 2, 3, 5 und 8 deutlich überwiegt. Ob die Einschätzung für die Heime stimmt kann aus der Befragung nicht gesagt werden, da in diese Auswertung nur die tatsächlich eingegangenen Antworten einbezogen werden konnten. Die Zusammensetzung des beschäftigten Personals der befragten Einrichtungen insgesamt kann aus der Stichprobe nicht exakt abgeleitet werden.

Graphik 8: Zuordnung der Befragten nach Hauptberufsgruppen (in Prozent)

Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 5

Hinweis: Alle Heime (n=239)

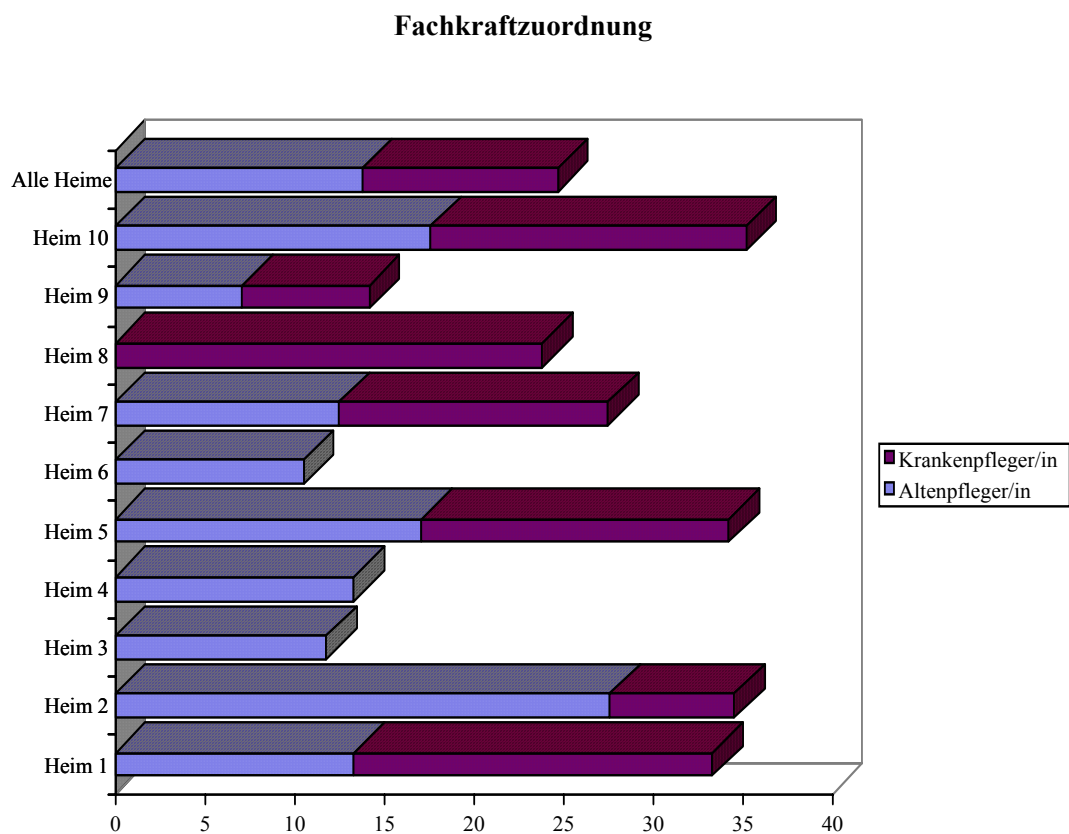
Eine weitere interessante Frage stellt sich nach dem jeweiligen Anteil der beschäftigten examinierten Altenpflege- und Krankenpflegekräfte.

Wie Graphik 9 zeigt liegt unter den Befragten der Anteil der Altenpflegerinnen mit 13,8 % höher als der der Krankenschwestern mit 10,9 %. Da in das Ergebnis nur die tatsächlichen Antworten einfließen konnten, sind nur bedingte Rückschlüsse auf die Zusammensetzung des beschäftigten Personals der Stichprobenheime möglich. Dennoch lässt sich aus der Übersicht insgesamt eine Tendenz zur bevorzugten Beschäftigung von Altenpflegekräften in Heimen erkennen.

Vermutlich beschäftigen die Heime drei, vier und sechs ausschließlich und Haus zwei überwiegend Altenpflegekräfte während Heim acht nur Krankenpflegepersonal eingestellt hat. Bei den ersten vier Einrichtungen handelt es sich je um zwei Pflegeheime des gleichen Trägers. Diese personelle Ausrichtung kann daher der Trägerphilosophie zugeordnet werden. Heim acht befindet sich

erst seit kurzem in Betrieb und scheint mit seiner Präferenz zu Krankenschwestern eine Ausrichtung auf die gestiegenen pflegerischen Anforderungen der jüngsten Zeit zu reagieren. Die Pflegeheime entwickeln sich in der Tendenz zu "ausgelagerten Krankenhäusern", wodurch medizinisch-pflegerische Kenntnisse immer mehr vorausgesetzt werden müssen.

Graphik 9: Fachkraftzuordnung (in Prozent)



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 5

Hinweis: Alle Befragten (n=239)

Berufserfahrung

In den Medien wird immer wieder von der hohen Fluktuation im Altenpflege-sektor gesprochen. Auch Hinweise zum Thema Burnout und „Berufsabbruch“ geben Anlass zu der Frage, in wieweit Pflegekräfte mit ihren psychischen und physischen Kräften haushalten und berufsbedingten Erkrankungen selbst aktiv entgegenwirken können. Von Interesse ist daher die Frage nach den bislang geleisteten Berufsjahren in der Pflege. Mit Frage 6 des Bogens wurden neben den Jahren der Berufserfahrung insgesamt auch die Zeit, die eine Pflegekraft bislang in der momentanen Beschäftigungsstelle sowie auf der Station beziehungsweise in einem Wohnbereich tätig ist erhoben.

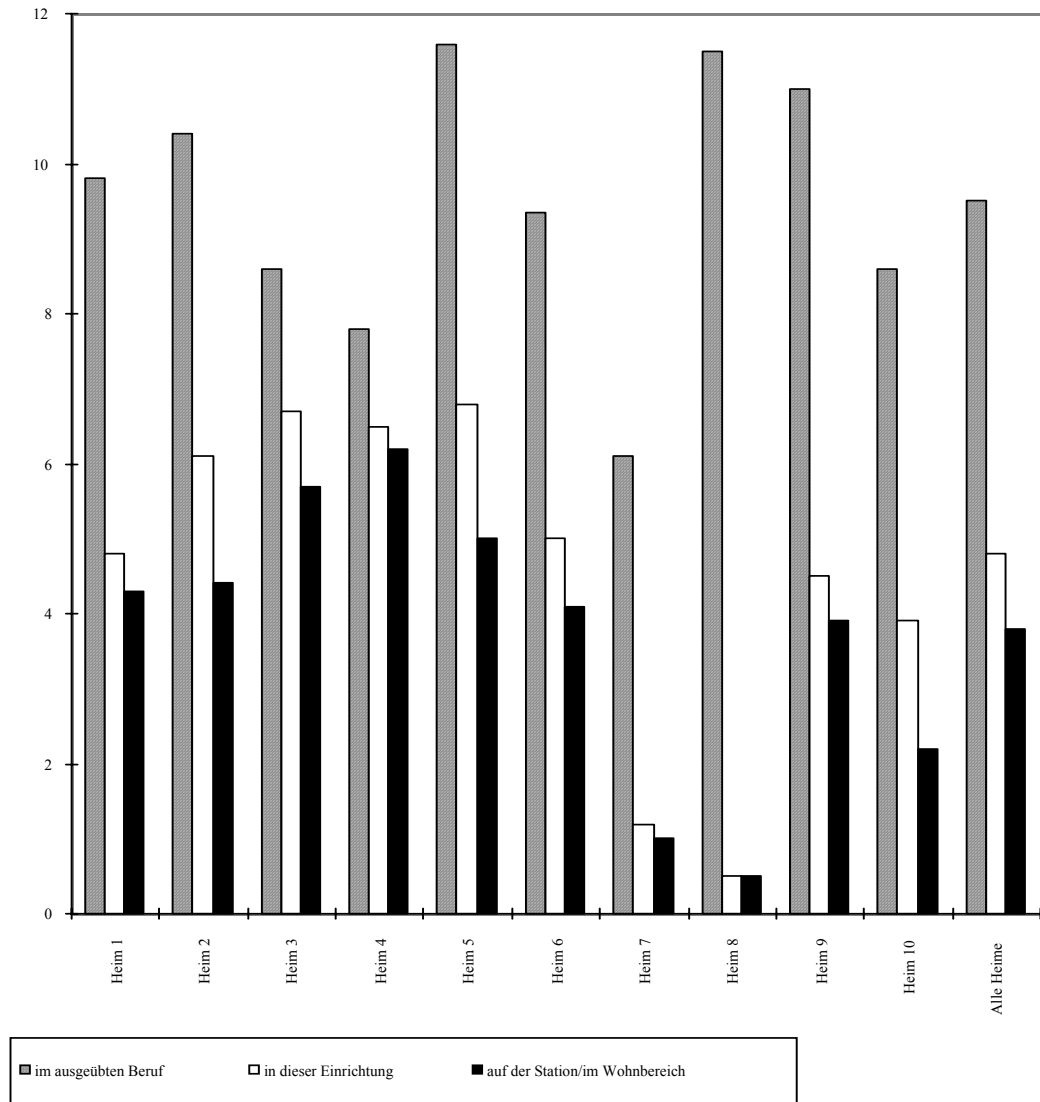
Bei der Auswertung fällt auf, dass die durchschnittlichen Verweildauern im Beruf bei allen Heimen mit 9,5 Jahren durchaus hoch sind, (vergleiche Graphik 10) wobei bei Heim sieben mit 6,1 Jahren der Durchschnitt am weitesten nach unten abweicht. Die erfahrendsten Mitarbeiterinnen arbeiten in Heim fünf, gefolgt von den Heimen acht und neun.

Betrachtet man die durchschnittliche Berufserfahrung bezogen auf die momentane Beschäftigung, zeigt sich ein etwas anderes Bild. Hier weicht Heim fünf mit durchschnittlich 6,8 Jahren am deutlichsten vom Mittelwert mit 4,8 Jahren nach oben ab. Heim sieben und acht weichen deutlich nach unten ab. Hier ergibt sich eine durchschnittliche Beschäftigungszeit von 1,2 und 0,54 Jahren. Dies erklärt sich durch die kürzere Betriebszeit dieser beiden Einrichtungen.

Die Auswertung für die Zugehörigkeit zur derzeitigen Station beziehungsweise zum Wohnbereich zeigt ein ähnliches Bild, wobei die durchschnittliche Beschäftigungsdauer im Vergleich zur Einrichtungszugehörigkeit nochmals geringer ausfällt und einen Mittelwert von 3,8 Jahren aufweist.

Folglich sind in den zehn befragten Heimen zum Großteil erfahrene Pflegekräfte beschäftigt, die im Umgang mit Belastungen und Beanspruchungen des Pflegeberufs geübt sind. Im Hinblick auf eine Interpretation der subjektiven Einschätzungen darf dieser Hintergrund nicht außer Acht gelassen werden.

Graphik 10: Durchschnittliche Berufserfahrung (in Jahren)



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 6

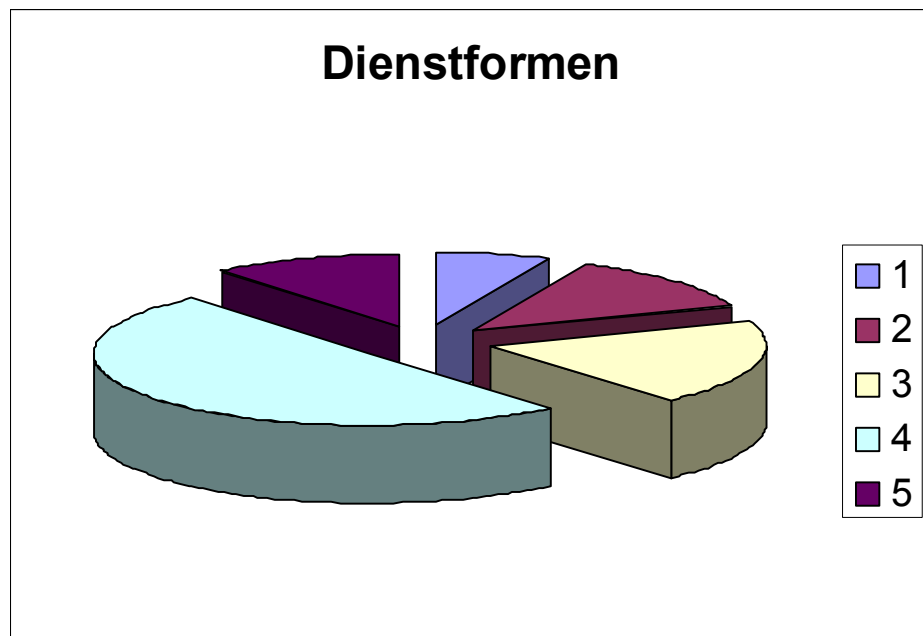
Hinweis: Heim 1 (n=15); Heim 2 (n=29); Heim 3 (n=35); Heim 4 (n=15); Heim 5 (n=35); Heim 6 (n=20); Heim 7 (n=40); Heim 8 (n=21); Heim 9 (n=14), Heim 10 (n=17); Alle Heime (n=241); Säulen: im ausgeübten Beruf: gemustert; in er Einrichtung: weiß; auf der Station/Wohnbereich: schwarz.

Arbeitszeitgestaltung

Die Konzeptionen der einzelnen Heime sehen unterschiedliche Arbeitszeitmodelle vor (Frage 7). Fast die Hälfte der Befragten (48,3 %) arbeiten im „Schichtdienst“, in „Wechselschicht“ etwa ein Drittel (34,7 %). Die Antwort „Geteilter Dienst“ notierten 8,9 % der Befragten, als „Dauernachtwachen“ werden 3,8 % beschäftigt. 4,2 % der Befragten konnten ihr Arbeitszeitmodell keiner dieser vorgegebenen Antworten zuordnen.

Die Art des Arbeitszeitmodells wirkt sich auf das subjektive Erleben der beruflichen Belastungen und Beanspruchungen von Mitarbeiterinnen aus. Besondere Beeinträchtigungen ergeben sich durch die Beschäftigung als Dauernachtwache oder die ständige Übernahme von geteilten Diensten. Die befragten Einrichtungen haben sich diese Erkenntnisse zu nutze gemacht und verzichten bis auf einen geringen Prozentsatz auf diese Dienstformen. Dennoch trägt auch der Schichtdienst- und Wechseldienst (83 %) zu Belastungen bei.

Graphik 11: Überwiegende Schichtgestaltung (in Prozent)



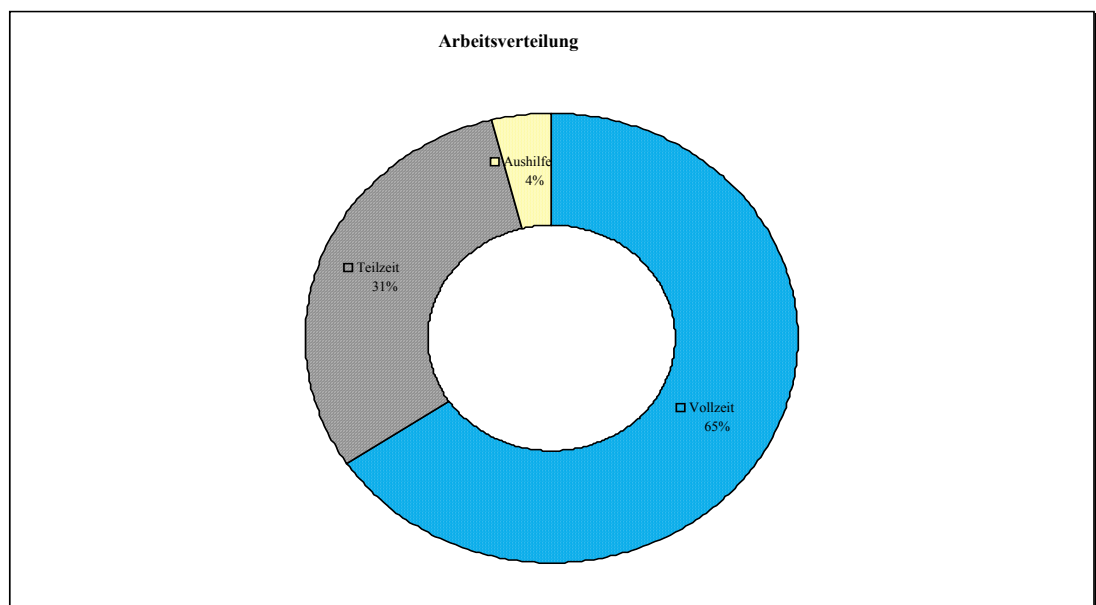
Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 7

Hinweis: 1= Dauernachtwache, 2= Geteilter Dienst, 3= Wechselschichtdienst, 4= Schichtdienst, 5= Sonstige Formen

Beschäftigungsumfang

Frage 8 zielte auf den Beschäftigungsumfang ab. Als Items standen „Vollzeit“, „Teilzeit“ und „Aushilfe“ zur Verfügung. Fast 70 % der Befragten arbeiten demnach als Vollzeitkraft, 31,7 % sind in Teilzeit und 0,4 % als Aushilfskraft angestellt. Heim zwei weicht vom Durchschnitt extrem nach unten ab und beschäftigt vorwiegend Teilzeitkräfte. Daraus ergibt sich für den Träger eine flexiblere Einsatzplanung. Die Heime drei, vier, sechs, sieben, acht und neun weisen einen höheren Anteil an Vollzeitkräften aus (Vergleiche Graphik 11).

Graphik 12: Beschäftigungsumfang der Befragten (in Prozent)



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 8

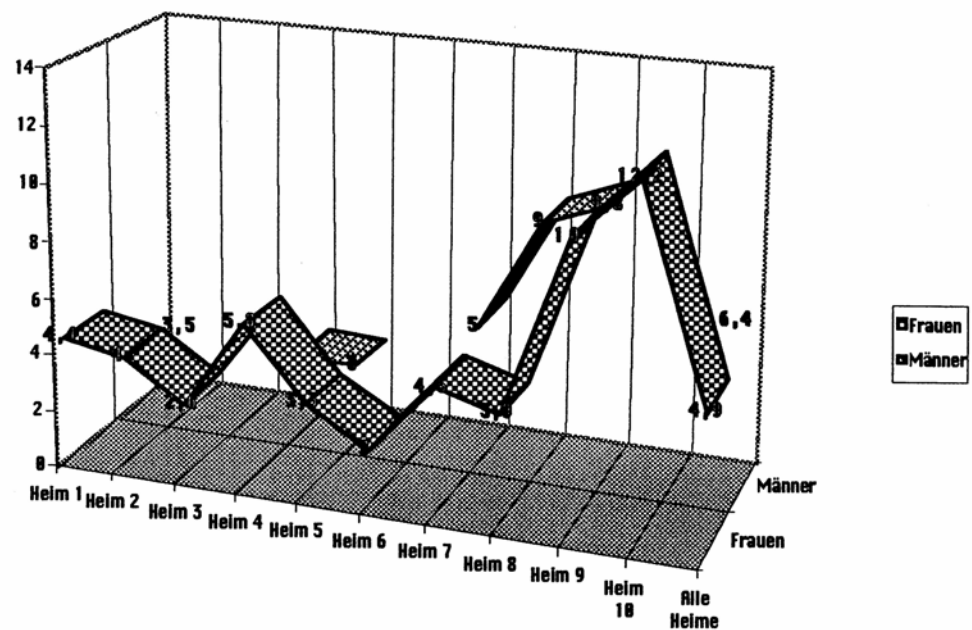
Hinweis: Vollzeit (65 %): blau; Teilzeit (4 %): gelb; Teilzeit (31 %): grau

Geleistete Überstunden

Überlastungen für das Personal ergeben sich insbesondere durch den Ausfall von Kolleginnen infolge von Krankheit, Fortbildung, Schwangerschaft oder Urlaub. Für die im Dienst befindlichen Pflegekräfte bedeutet dies Mehrarbeit, da der Stellenplan unverändert gültig ist und Aushilfen nur bedingt eingesetzt werden. Zur Einschätzung des Belastungsfaktors der sich daraus ergibt ist die Menge der geleisteten Überstunden von Bedeutung.

241 Personen beantworteten die Frage 9: „Machen Sie derzeit regelmäßig Überstunden? Wenn ja, wie viele durchschnittlich pro Woche?“ Ein Drittel (33,6 %) bejahte die Frage, hingegen zwei Drittel (66,4 %) leisten nicht regelmäßig Überstunden. Die Heime unterscheiden sich diesbezüglich deutlich. Während in Heim sechs durchschnittlich zwei Überstunden pro Woche geleistet werden, sind es im Heim zehn 12,2 Stunden. Eine hohe Zahl an geleisteten Überstunden kann dahingehend interpretiert werden, dass in den Heimen extreme Krankheitsquoten existieren oder zu wenig Personal angestellt, bzw. offene Stellen durch Pflegekräftemangel nicht besetzt werden konnten. Dadurch entstehen zusätzliche Belastungen, da Kollegen die Fehlzeiten durch Mehrarbeit auffangen müssen.

Graphik 13: Übersicht der geleisteten Überstunden pro Woche



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Frage 9

Hinweis: Frauen (n=61): karierte Flächen; Männer (n=11): graue Flächen

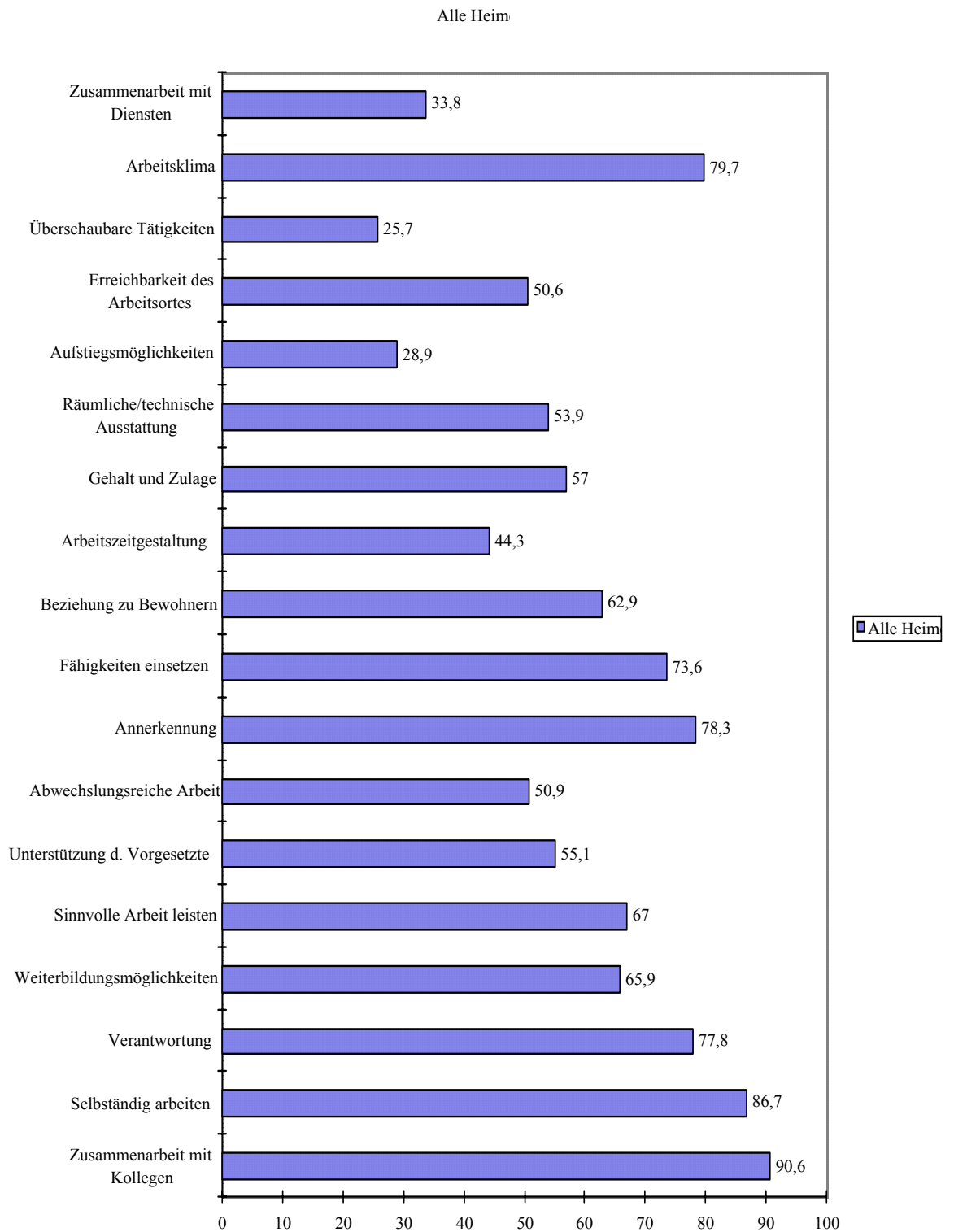
5.3.3 Einschätzung der Arbeitssituation

(Fragebogen Seite 6 und 7)

Die Arbeitswelt von Pflegemitarbeiterinnen im stationären Bereich ist gekennzeichnet durch verschiedene Aspekte, die sich auf die Befindlichkeit auswirken können. Im Fragebogen wurden signifikante Merkmale der Arbeitssituation zusammengestellt und durch 18 Antwortmöglichkeiten verbalisiert. Die Mitarbeiterinnen konnten daraus zehn für sie persönlich wichtige Items auswählen.

Die folgende Graphik 14 gibt zunächst eine Übersicht über die gewichteten Antworten aller Heime wieder.

**Graphik 14: Wichtigste Aspekte der Arbeitssituation Rangliste aller Heime
(gewichtet in Prozent)**



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Fragebogen S. 6/7

Daraus ergeben sich die wichtigsten zehn Aspekte für die Mitarbeiterinnen aus allen befragten Heimen.

- 1.) Kontakt und Zusammenarbeit mit Kollegen (90,6 %)
- 2.) Selbständig arbeiten zu können (86,7 %)
- 3.) Arbeitsklima (79,7 %)
- 4.) Anerkennung der geleisteten Arbeit (78,3 %)
- 5.) Verantwortung bei der Arbeit (77,8 %)
- 6.) Fähigkeiten und Kenntnisse einsetzen zu können (73,6 %)
- 7.) Sinnvolle, wichtige Arbeit leisten (67,0 %)
- 8.) Weiterbildungsmöglichkeiten (65,9 %)
- 9.) Beziehungen zu Bewohnerinnen und ihren Angehörigen (62,9 %)
- 10.) Gehalt und Zulagen (57,0 %)

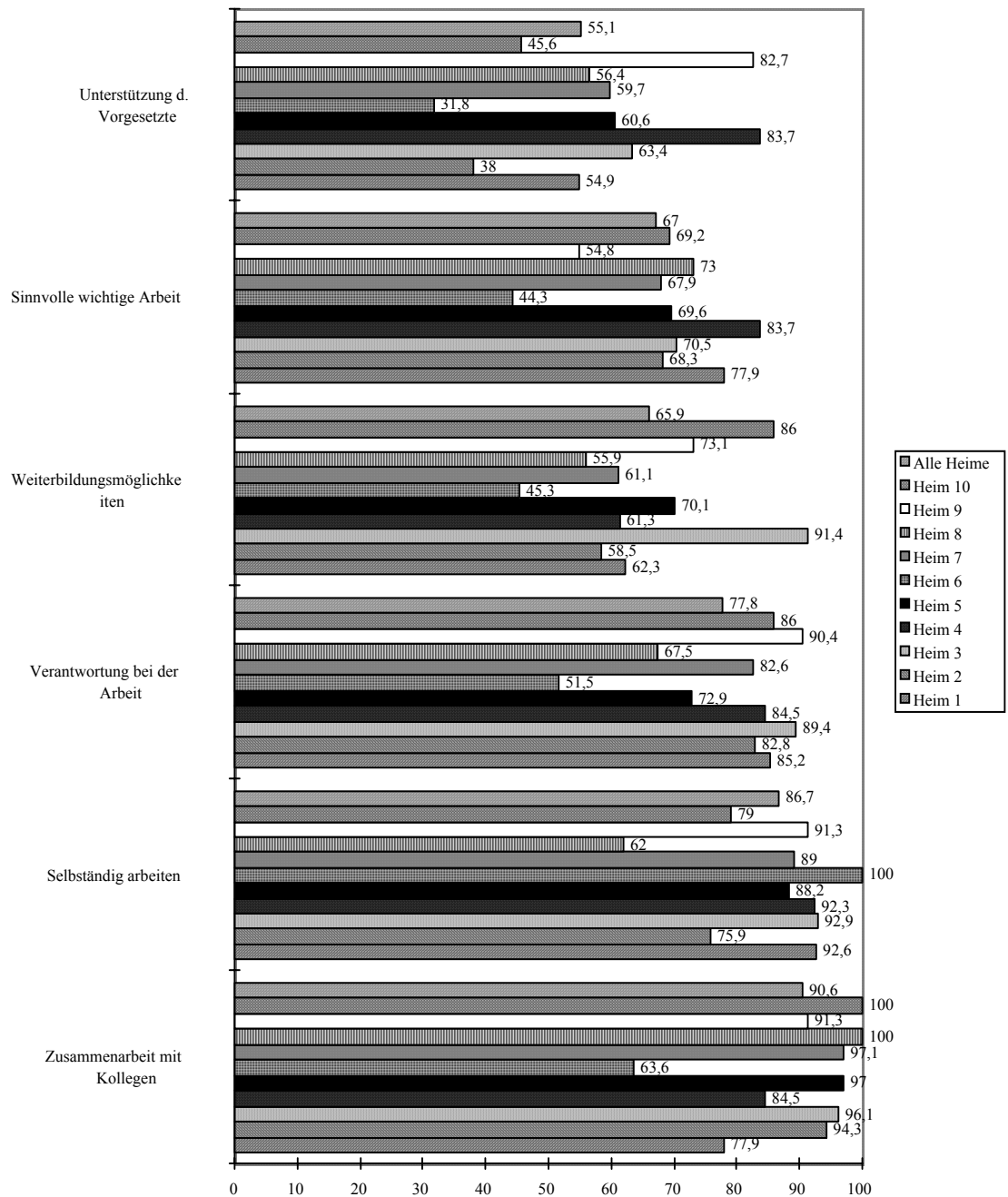
Vergleicht man dieses Ranking mit den Antworten aller befragten Heime ergeben sich in mehreren Punkten Übereinstimmungen. Die Aspekte Kontakt und Zusammenarbeit mit Kollegen, Selbstständig arbeiten zu können, Verantwortung bei der Arbeit, Weiterbildungsmöglichkeiten, Sinnvolle, wichtige Arbeit leisten, Anerkennung der geleisteten Arbeit, sowie Arbeitsklima rangieren bei allen Heimen unter den zehn wichtigsten Punkten.

Auf fällt, dass Kontakt zu Bewohnerinnen und ihren Angehörigen nicht für alle Mitarbeiterinnen als wichtiger Arbeitsaspekt eingestuft worden ist. Beschäftigte aus den Heimen eins, zwei und neun schätzten andere Kriterien als vorrangiger ein.

Bemerkenswert sind auch die Aspekte, die am wenigsten Quoten erhalten haben. Hierzu gehören Items wie Überschaubare Tätigkeiten, Aufstiegsmöglichkeiten und Zusammenarbeit mit Diensten.

Die folgenden drei Graphiken 15/16/17 geben nochmals im Einzelnen die Einschätzung der Arbeitssituation der Mitarbeiterinnen aller befragten Heime im direkten Vergleich wieder.

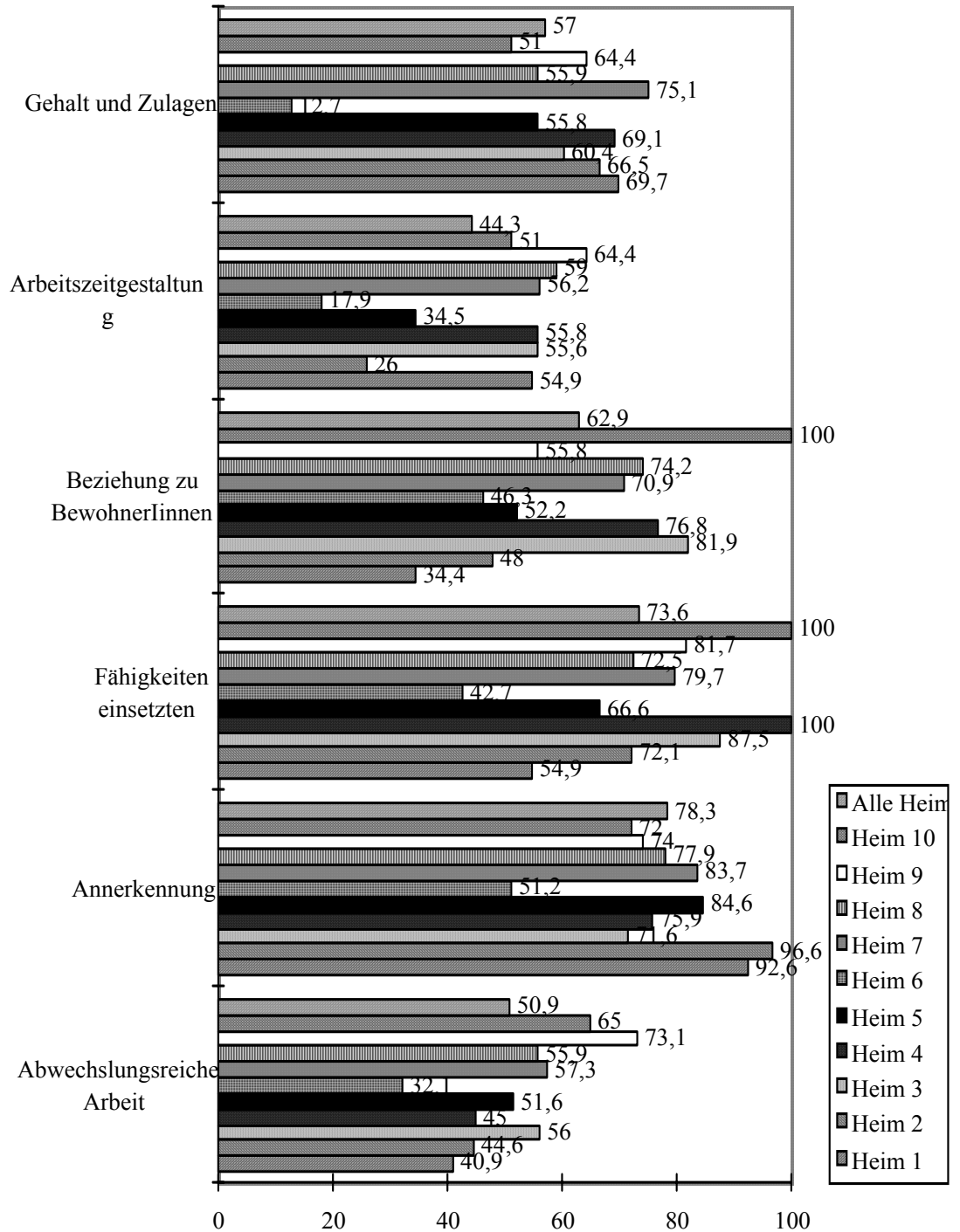
Graphik 15: Wichtige Aspekte der Arbeitssituation (gewichtet in Prozent)
Teil I von III



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Fragebogen S. 6/7

Hinweis: Balken von oben nach unten wie Legende; Alle Heime: dunkelgrau; Heim 10: Schachbrettmuster grau; Heim 9: weiß; Heim 8: Längsstreifen grau; Heim 7: mittelgrau; Heim 6: Gittermuster grau; Heim 5: schwarz; Heim 4: schwarz gepunktet; Heim 3: hellgrau; Heim 2: Streifen nach rechts; Heim 1: Streifen nach links.

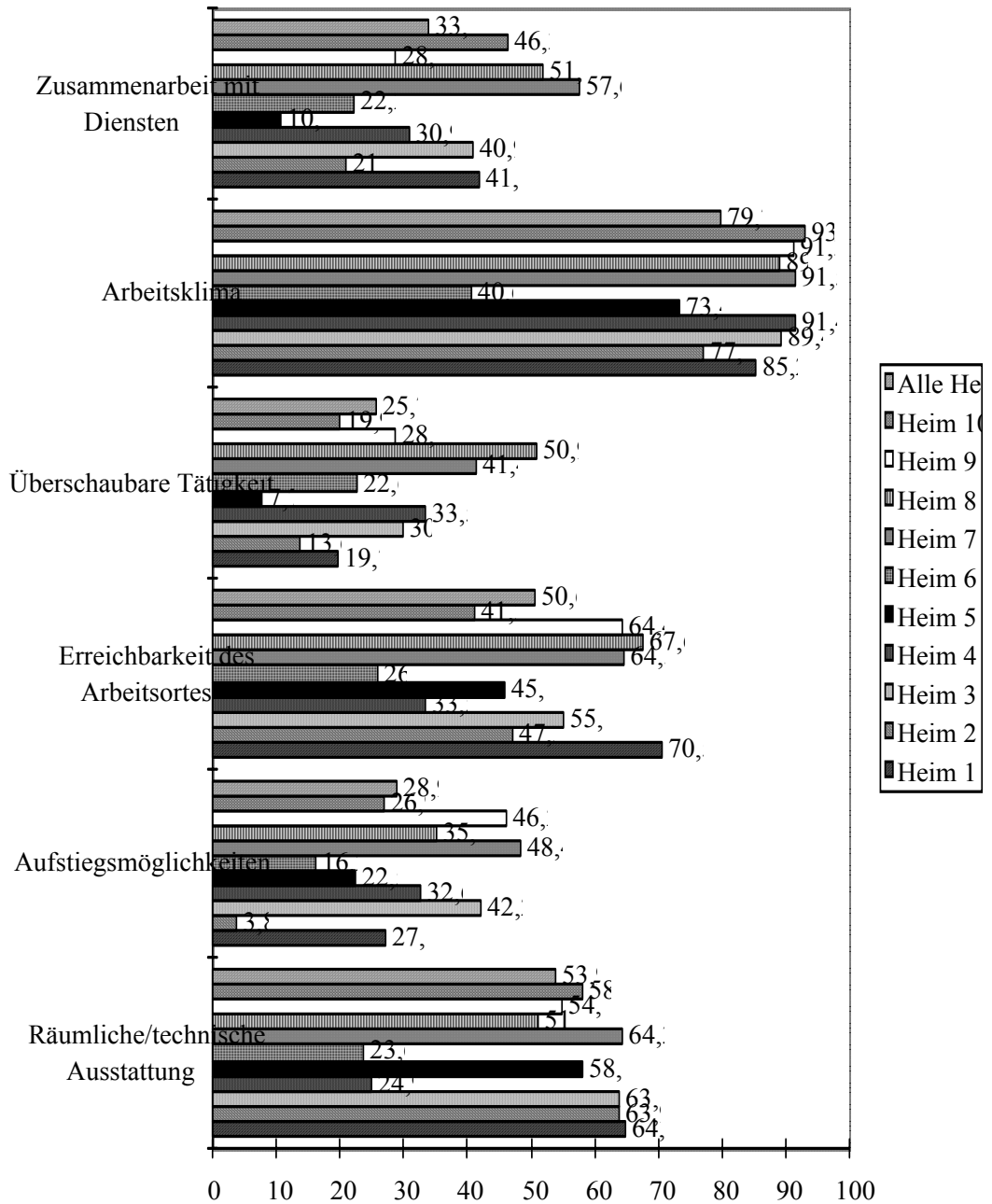
Graphik 16: Wichtigste Aspekte der Arbeitssituation Teil II von III



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Fragebogen S. 6/7

Hinweis: Balken von oben nach unten wie Legende; Alle Heime: dunkelgrau; Heim 10: Schachbrettmuster grau; Heim 9: weiß; Heim 8: Längsstreifen grau; Heim 7: mittelgrau; Heim 6: Gittermuster grau; Heim 5: schwarz; Heim 4: schwarz gepunktet; Heim 3: hellgrau; Heim 2: Streifen nach rechts; Heim 1: Streifen nach links.

Graphik 17: Wichtigste Aspekte der Arbeitssituation Teil III von III



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Fragebogen S. 6/7

Hinweis: Balken von oben nach unten wie Legende; Alle Heime: dunkelgrau; Heim 10: Schachbrettmuster grau; Heim 9: weiß; Heim 8: Längsstreifen grau; Heim 7: mittelgrau; Heim 6: Gittermuster grau; Heim 5: schwarz; Heim 4: schwarz gepunktet; Heim 3: hellgrau; Heim 2: Streifen nach rechts; Heim 1: Streifen nach links.

5.3.4 Einschätzung des Betriebsklimas

(Seite 3 und Seite 4 des Fragebogens)

Wie im Kapitel „Einschätzung der Arbeitssituation“ deutlich wurde, rangiert das Betriebsklima bei den Befragten unter den wichtigsten Aspekten der Arbeitssituation. Anhand einer Itembatterie von 40 Einzelfragen wurde das Betriebsklima der Einrichtungen einer näheren Betrachtung unterzogen. Die Mitarbeiterinnen bewerteten die Einzelaussagen auf einer Skala von „trifft nicht zu“ (bewertet mit einem Punkt), über „trifft nur begrenzt zu“ (zwei Punkte), „trifft überwiegend zu“ (drei Punkte), bis „trifft voll und ganz zu“ (bewertet mit vier Punkten).

Die 40 Einzelaussagen werden für die Auswertung in vier Komplexe, so genannte Gesamtscores, zusammengefasst, die aus jeweils 10 Einzelaussagen bestehen:

- Score I: "Beziehung zur Heimleitung";
- Score II: "Solidarität im Kollegenkreis";
- Score III: "Gefühlsmäßige Nähe" (zu den Bewohnerinnen);
- Score IV: "Erlebte Belastung" (wahrgenommene Belastung und Beanspruchung).

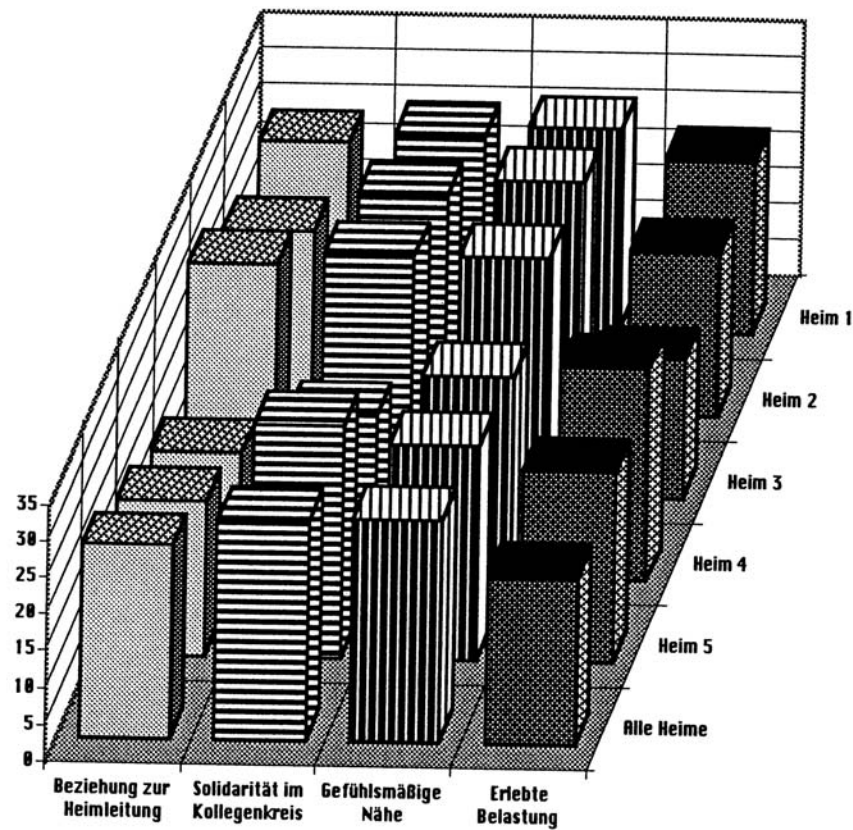
Maximal kann in jedem der vier Scores ein Wert von 40 Punkten erreicht werden. Der Minimalwert von einer Score liegt bei 10 Punkten. Der Wert von 25 Punkten gibt eine durchschnittliche Bewertung wieder. Die Scores I bis IV sind dergleichen gestaltet, dass ein niedriger Wert eine tendenziell schlechte, ein hoher Wert hingegen eine tendenziell gute Bewertung wieder gibt. Da es sich um eine ordinale Skala handelt, kann ein Vergleich der Mittelwerte lediglich eine bestimmte Ordnung wiedergeben. Ein höherer Wert sagt nichts über die Höhe des Unterschiedes gegenüber einem niedrigeren Wert aus.

Die befragten Mitarbeiterinnen aus den Heimen sieben, drei und zehn bewerteten die „Beziehung zur Heimleitung“ am positivsten. Der Durchschnittswert errechnete sich für die Heime eins und sechs, alle übrigen Heime liegen mit ihrer Bewertung darunter. Insgesamt betrachtet wird in allen Heimen die „Beziehung zur Heimleitung“ leicht unterdurchschnittlich bewertet.

In Bezug auf Score II: "Solidarität im Kollegenkreis" liegt das Team von Heim sieben in der Bewertung mit einem Wert von 33,2 Punkten an der Spitze, gefolgt von Heim drei mit 32,4 Punkten und Heim fünf mit 31,8 Punkten. In diesem Zusammenhang zeigt sich das detaillierte Antwortgefüge, das auf die Verwendung von psychometrisch getesteten Fragen zurückzuführen ist und gültige

Aussagen gewährleistet. "Solidarität im Kollegenkreis" erhält auch von den übrigen Heimmitarbeiterinnen überdurchschnittliche Bewertungen, wobei Heim acht dem Durchschnittswert am nächsten kommt.

Graphik 18: Einschätzung des Betriebsklimas der Heime 1 bis 5 (in Punkten)



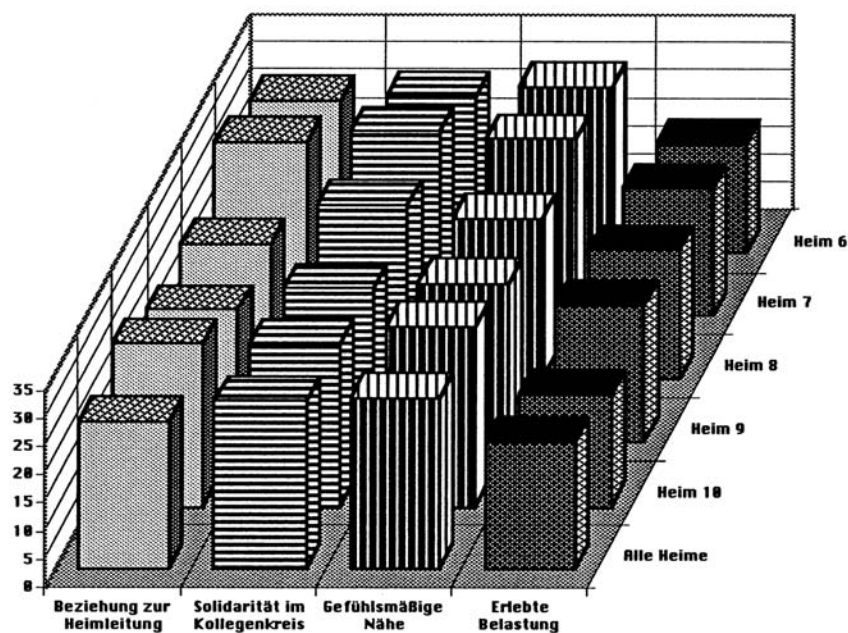
	Beziehung zur Heimleitung	Solidarität im Kollegenkreis	Gefühlsmäßige Nähe	Erlebte Belastung
Heim 1	25,2	26,5	27,8	23,6
Heim 2	24,4	29,6	31,8	22,2
Heim 3	31,1	32,4	32,4	19
Heim 4	16,5	22,1	27,7	29
Heim 5	21,3	31,8	29,4	26,1
Alle Heime	26,2	30,1	30,5	22,8

Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Fragebogen S. 3/4

Hinweis: Heim 1 (n=15; Heim 2 (n=29); Heim 3 (n=35); Heim 4 (n=15); Heim 5 (n=35); Alle Heime (n=241)

Sämtliche Aussagen, die sich auf die Interaktionsbeziehung mit den Bewohnerinnen beziehungsweise auf den personalen, interaktiven Aspekt von Pflege beziehen, wurden unter Score III "Gefühlsmäßige Nähe" subsumiert. Der über alle Heime hinweg errechnete überdurchschnittlich hohe Wert lässt darauf schließen, dass die Beziehung zwischen Pflegemitarbeiterinnen und Bewohnerinnen in der Tendenz positiv bewertet werden kann. Hier bietet sich ein Verweis auf die soziodemographische Auswertung an, die für die Befragten der zehn Heime im Durchschnitt eine 9,5 jährige Berufserfahrung aufzeigte.

Graphik 19: Einschätzung des Betriebsklimas der Heime 6 bis 10 (in Punkten)



	Beziehung zur Heimleitung	Solidarität im Kollegenkreis	Gefühlsmäßige Nähe	Erlebte Belastung
Heim 6	27,6	28,1	30	19,6
Heim 7	31,3	33,2	31,9	23,1
Heim 8	24,4	31,2	28,9	23,4
Heim 9	23,7	27,5	28,5	24,6
Heim 10	29	28,9	31,9	20
Alle Heime	26,2	30,1	30,5	22,8

Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Fragebogen S. ¾

Hinweis: Heim 6 (n=20); Heim 7 (n=40); Heim 8 (n=21); Heim 9 (n=14); Heim 10 (n=17); Alle Heime (n=241)

Score IV: "Erlebte Belastung", schätzen die Heimmitarbeiterinnen insgesamt um den Mittelwert (25 Punkte) ein. Die Mitarbeiterinnen aus Heim drei mit dem Punktwert 19, gefolgt von Heim sechs mit 19,6 Punkten fühlen sich am wenigsten belastet. Die Pflegekräfte der Heime fünf (26,1 Punkte) und vier (29 Punkte) spiegeln deutlich höhere wahrgenommene Belastungen und Beanspruchungen wieder als die übrigen Befragungsteilnehmerinnen. Ursächlich dafür können u.a. bei Haus vier der angegriffene Ruf, sowie bei Haus fünf die Größe dieser Einrichtungen sein.

5.3.5 Einschätzung der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung durch die Arbeitssituation

(Fragebogen Seite 5 und Seite 6)

Die komplexe Arbeitssituation, die in einer stationären Pflegeeinrichtung vorherrscht, diene als Hintergrund für die Fragerstellung, die sich auf die Arbeitszufriedenheit beziehungsweise die erlebte subjektive Belastung und Beanspruchung bezogen. Von besonderer Bedeutung ist unter anderem, unter welchem Zeitdruck pflegerisches Handeln stattfindet und inwiefern es möglich wird, die von den Befragten als „besonders wichtig“ ausgewählter Aspekte im Alltag umzusetzen.

Analog zum Themenbereich „Einschätzung des Betriebsklimas“ wurde auch für die Bewertung der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung auf eine validierte Itematterie von 38 Einzelaussagen zurückgegriffen. Aus diesem Fragenkomplex wurden fünf Gesamtscores formuliert.

Score I: "Emotionale Erschöpfung" beinhaltet das Empfinden, durch den Umgang mit den Bewohnerinnen emotional überfordert und ausgelaugt zu sein;

Score II: "Intrinsische Motivation" spiegelt die individuelle Grundeinstellung zum pflegerischen Beruf und den Grund der Entscheidung für diese Tätigkeit wieder

Score III: "Zufriedenheit mit der Arbeitssituation" gibt Aufschluss über die subjektive Gesamtbewertung der Berufsausübung am jeweiligen Arbeitsplatz;

Score IV: "Klientenaversion" bedeutet als Folge von Depersonalisierung eine gefühllose oder abgestumpfte Umgangsweise gegenüber den Bewohnerinnen zu entwickeln;

Score V: "Reaktives Abschirmen" beschreibt die Kompetenz belastende Situationen erkennen zu können und sich, sofern es geht, aus dieser Lage physisch und/oder psychisch zurückzuziehen.

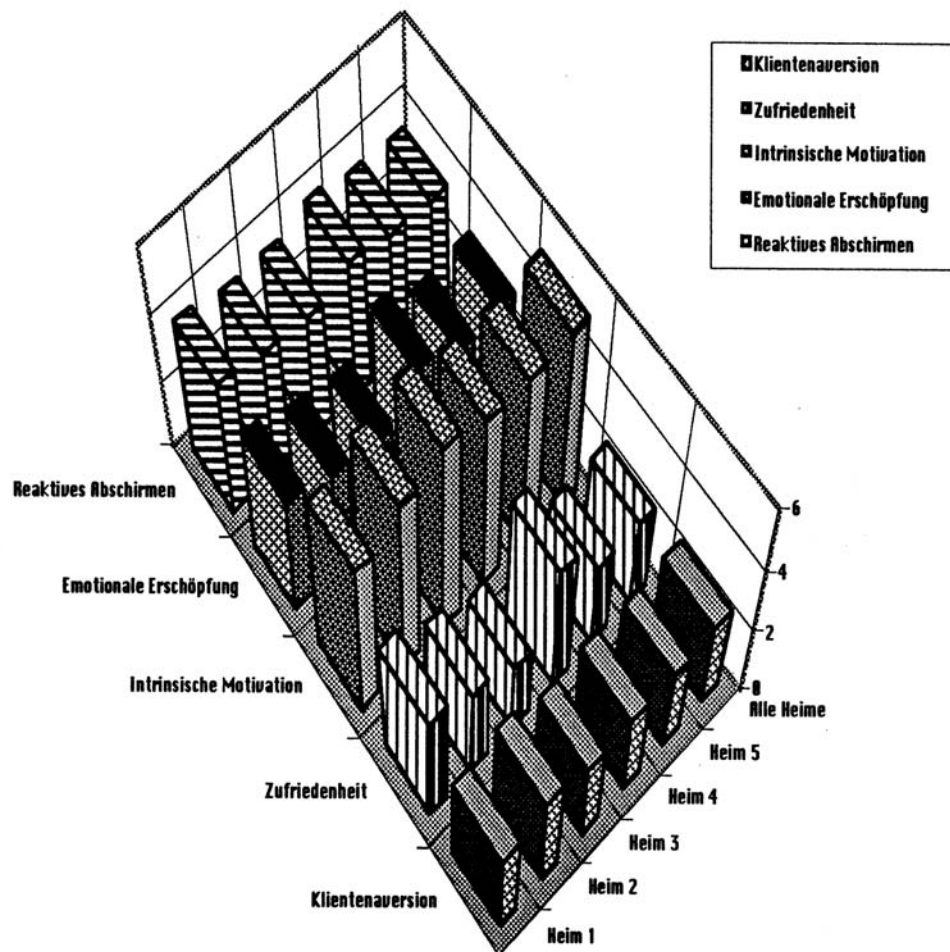
Für diese Scores wurde eine Bewertungsskala von 1=„völlig unzutreffend“ bis 7=„völlig zutreffend“ zur Auswahl gestellt. Die einzelnen Antwortmöglichkeiten waren so gerichtet beziehungsweise wurden entsprechend umcodiert, dass eine niedrige Punktezahl eine negative Bewertung, eine hohe Punktezahl eine positive Bewertung wieder spiegelt. Der niedrigste Wert liegt bei dieser Auswertung bei 1,0, der höchste Wert bei 7,0, woraus sich ein Mittelwert von 4,0 ergibt. Somit bilden in der folgenden Graphik 20 hohe Säulen, die sich dem Wert 7,0 nähern, eine positive Einschätzung, niedrige Säulen hingegen eine negative Einschätzung ab.

Anders erklärt, ist die Emotionale Erschöpfung bei den Beschäftigten tendenziell in denjenigen Einrichtungen höher, die näher am Mittelwert oder darunter liegen. Die Befragten sind motivierter oder zufriedener, je höher der Balken ist. Bei den Scores Klientenaversion und Reaktives Abschirmen bedeuten niedrige Säulen in der Tendenz stark belastete Arbeitssituationen: Eine hohe Klientenaversion (nahe dem Wert 1) birgt die Gefahr unangemessener Reaktionen im Pflegegeschehen. Stress und Beanspruchungen können sich über einen längeren Zeitraum negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Indikator hierbei ist die Fähigkeit des Personals, sich angemessen von Belastungen abschirmen zu können.

Die Mitarbeiterinnen der Heime eins bis zehn liegen mit den ermittelten Werten in den Bereichen "Emotionale Erschöpfung", "Zufriedenheit" und "Klientenaversion" weit unter dem Mittelwert. Dies weist auf einen hohen Grad von Unzufriedenheit und Erschöpfung hin. Hingegen zeigt sich durchwegs ein von Empathie getragenes Verhältnis zu den Bewohnerinnen. Es ist davon auszugehen, dass Beanspruchungen und Belastungen in der Arbeitssituation in der Regel keine Schuldzuweisung an die Älteren nach sich ziehen.

Die "Intrinsische Motivation", das heißt die Grundeinstellung zum pflegerischen Beruf ist bei allen befragten Mitarbeiterinnen als gut zu bewerten.

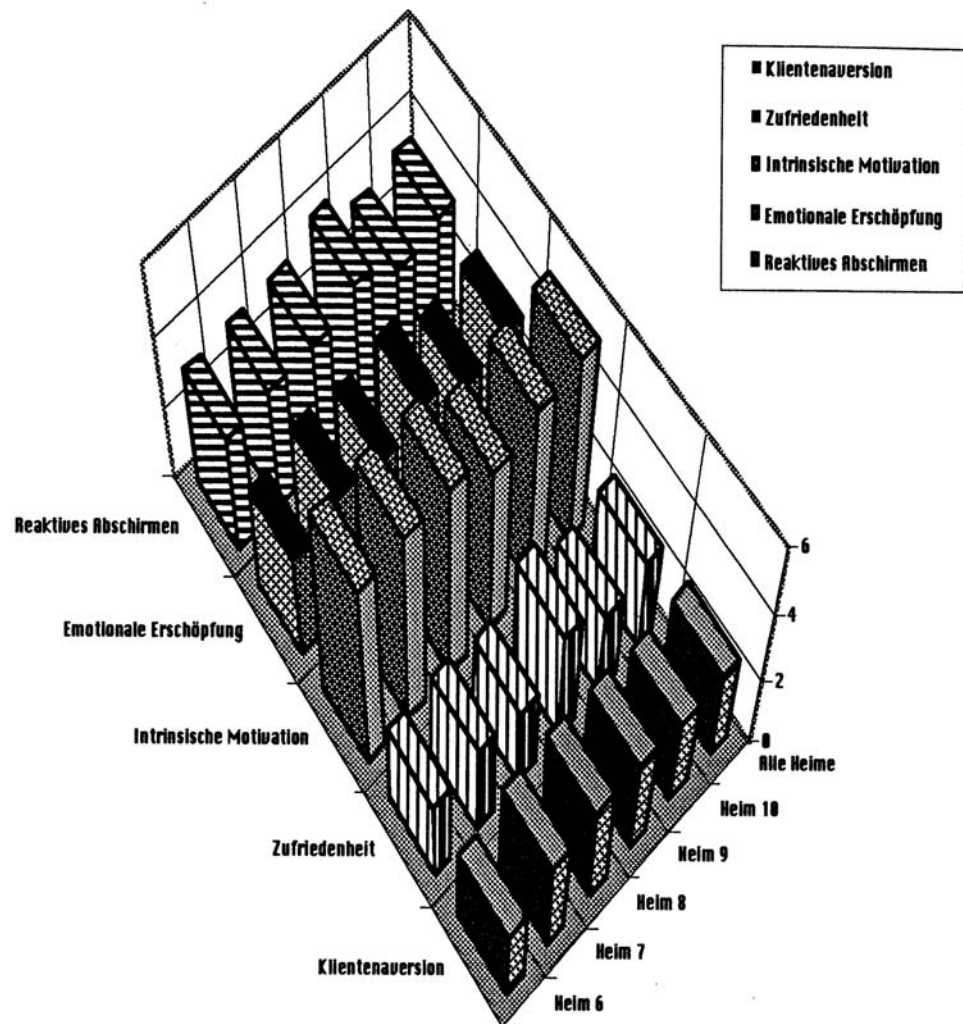
Graphik 20: Einschätzung der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung Heim 1 bis Heim 5 (in Punktwerten)



	Heim 1	Heim 2	Heim 3	Heim 4	Heim 5	Alle Heime
Reaktives Abschirmen	4	3,7	3,6	4	3,7	3,6
Emotion. Erschöpfung	3,5	3	2,8	3,7	3,1	3,2
Intrinsische Motivation	4,7	5,3	5,7	5,2	5,2	5,3
Zufriedenheit	3,4	2,7	2,1	3,8	2,5	2,6
Klientenaversion	2,6	2,9	2,4	2,5	2,5	2,6

Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Fragebogen S. 5/6

Graphik 21: Einschätzung der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung Heim 6 bis Heim 10 (in Punktwerten)



	Heim 6	Heim 7	Heim 8	Heim 9	Heim 10	Alle Heime
Reaktives Abschirmen	3,3	3,4	3,5	4	3,3	3,6
Emotion. Erschöpfung	2,9	3,4	3,2	3,5	2,9	3,2
Intrinsische Motivation	5,4	5,5	5,5	4,7	5,1	5,3
Zufriedenheit	2,4	2,6	2,3	3,2	2,4	2,6
Klientenaversion	2,6	2,9	2,4	2,5	2,5	2,6

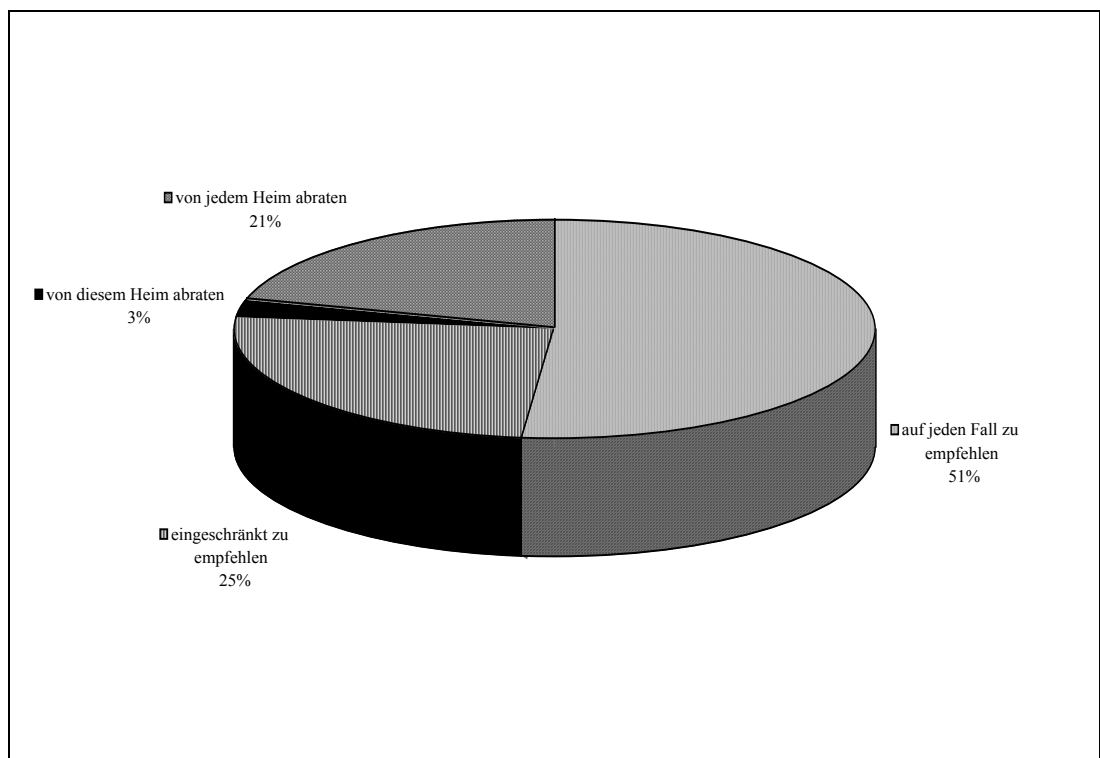
Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Fragebogen S. 5/6

5.3.6 Einschätzung des Gesamtheimes

Die letzte geschlossene Frage (Fragebogen Seite 8) zielte auf eine globale, subjektive Bewertung des Arbeitsplatzes „Pflegeheim“ ab. Zur Bewertung der Frage: „Würden Sie einer älteren Person aus Ihrer nahen Verwandtschaft zuraten, bei einem entsprechenden Bedarf in dieses Pflegeheim zu ziehen?“ standen vier Antwortkategorien zur Auswahl, die von den Befragten wie folgt notiert wurden: „Ich würde auf jeden Fall zuraten, in unser Pflegeheim zu ziehen“ (118 Personen = 51 %), „Ich würde mit gewissen Einschränkungen zuraten“ (58 Personen = 25 %), „Ich würde raten, lieber in ein anderes Pflegeheim zu ziehen“ (6 Personen = 3 %) sowie „Ich würde überhaupt davon abraten, in ein Pflegeheim zu ziehen“ (47 Personen = 21 %).

Graphik 22 zeigt, dass nur die Hälfte der Befragten uneingeschränkt zu einem Heimeinzug raten würde. Etwa gleich viele Personen können sich dieser Aussage nicht anschließen.

Graphik 22: Empfehlung zum Heimeinzug



Quelle: Eigene Befragung "Altenpflege in Augsburg", Fragebogen S. 8

5.3.7 Darstellung der Ergebnisse der offenen Fragen

Die beiden offenen Fragen ermöglichten es den Mitarbeiterinnen die eigene Sicht über Arbeitsabläufe in ihrem jeweiligen Heim zu vermitteln.

Die Auswertung der aus der Exploration der offenen Fragen gewonnenen Informationen erfolgte durch die Zuordnung der Angaben zu inhaltlichen Kategorien. Das Kategoriensystem wurde nach Durchsicht der Fragebögen zusammengestellt.

Kategoriensysteme

Kategorien zur offenen Frage 1 „Auf welche Dinge wir Ihrer Meinung nach hier im Pflegeheim zu viel Zeit verwendet?“

- 1 Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- 2 Besprechungen, Übergabegespräche
- 3 schriftliche Tätigkeiten wie Dokumentation, Pflegeplanung, etc.
- 4 Qualitätssicherungsmaßnahmen
- 5 Satt-und-sauber-Pflege
- 6 Vorschriften - arbeiten, ohne eigene Akzente zu setzen
- 7 Konflikte des Personals lösen
- 8 Zeitverluste durch Diskussionen mit ausländischen Kollegen
- 9 Grundpflege
- 10 Intrigen und Mobbing zwischen dem Personal
- 11 hausinterne Belange
- 12 Personalmangel
- 13 Laufereien, unnütze Wege
- 14 Feiern und Feste

Die gebildeten 14 Überpunkte ergaben sich aus den unterschiedlichen Antworten der Befragten und stellen eine abschließende Übersicht dar. Eine deutliche Kumulation der Antworten ergibt sich bei den Punkten "schriftliche Tätigkeiten" (44), "Besprechungen" (22) sowie "Hauswirtschaftliche Tätigkeiten" (13) und "Grundpflege" (15).

Das Ergebnis deckt sich mit den in der Praxis feststellbaren Konfliktpunkten. Nach Einführung der Pflegeversicherung haben sich die administrativen Aufgaben erhöht. Mitarbeiterinnen klagen über Zeitnot und würden Zeitkorridore lieber für die Bewohner nutzen als schriftliche Eintragungen zu erledigen. Dem Nutzen einer lückenlosen Dokumentation zur Sicherung der Pflege

Die zweite offene Frage zielte darauf ab Erkenntnisse über Aufgabenbereiche zu gewinnen, die nach Auffassung der Altenpflegerinnen zu wenig ausgeübt werden. Auch hier war Raum für die eigene Meinung, da keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben worden sind.

Kategorien zur offenen Frage „Auf welche Dinge wird Ihrer Meinung hier im Pflegeheim zu wenig Zeit verwendet?“

- 15 Beschäftigungen mit Bewohnern
- 16 Eingehen auf die Interessen und Hobbys der Bewohner
- 17 ganzheitliche Pflege
- 18 Dokumentationssystem, Pflegeplanung
- 19 psychosoziale Betreuung
- 20 Sterbebegleitung
- 21 eingehen der Vorgesetzten auf Mitarbeiter (Gespräche)
- 22 aktivierende Pflege, Rehabilitation
- 23 Teambesprechungen
- 24 Zeit für Bewohner, Zuwendung
- 25 Organisationsentwicklung
- 26 Gespräche mit Angehörigen
- 27 Dementenbetreuung
- 28 Fortbildung
- 29 Betreuung beim Einzug ins Heim
- 30 Toilettentraining
- 31 Kontrollen der Mitarbeiter und des Heimes
- 32 Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen
- 33 Hauswirtschaft

Die Auswertung des Fragenkomplexes "Einschätzung der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Beanspruchung durch die Arbeitssituation" wird durch die Antworten dieser offenen Frage nochmals bestätigt. Die intrinsische Motivation zur Arbeit in der Altenhilfe zeigt sich in den Wünschen mehr auf die Bewohner und ihre persönliche und psychische Bedürfnislage eingehen zu wollen. Der Faktor Zeit spielt hierbei eine große Rolle. Die einzelnen Items bilden die Grundlage für konkrete Verbesserungsvorschläge seitens des Personals.

Ein zweiter Schwerpunkt (14 Nennungen) zielen auf eine wertschätzende Beziehung der Vorgesetzten gegenüber ihren Mitarbeiterinnen ab. Hierzu gehören auch regelmäßige Teambesprechungen und die Einarbeitung neuer Arbeitskolleginnen.

**Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung der Itemnennung zur offenen Frage
2: „Auf welche Dinge wird Ihrer Meinung hier im Pflegeheim zu
wenig Zeit verwendet?“**

Item- num- mer	Nenn- ungen alle	Hei m 1	Hei m 2	Hei m 3	Hei m 4	Hei m 5	Hei m 6	Hei m 7	Hei m 8	Hei m 9	Hei m 10
15	41	3	4	2	5	11		5	5	4	2
16	41	3	8	4	6	6	4	2	3	4	1
17	11	1		1	1	1		3	1	1	2
18	9	2	4		1			1			1
19	14	1	2	1	2	4	1		2	1	
20	1	1									
21	14	2		3		4			3	1	1
22	5	1			2	1			1		
23	11	1	2			1	1	1	2	2	1
24	36	4	4	3	2	4	2	5	2		10
25	2		1						1		
26	6		3			1					2
27	7		4		2			1			
28	8		1	2		2		1	2		
29	1			1							
30	1				1						
31	1				1						
32	5							1	4		
33	1								1		

Die Darstellung der offenen Fragen zeigt deutlich die Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität auf. Altenpflegerinnen treffen im Alltag auf Gegebenheiten die sich regulationshemmend auswirken und Belastungen und Burnout begünstigen. Andererseits ist es nicht möglich Aufgaben wahrzunehmen die vom eigenen Anspruch her das Wesen der Pflege bestimmen.

Im Wesentlichen stimmen die Wünsche der Mitarbeiterinnen mit denen der Heimbewohnerinnen überein. Eine überdachte Arbeitsstrukturierung schafft Freiräume zur Umsetzung dieser Ansprüche und verbessert das Klima im Heimgeschehen. Erweiterte Handlungsspielräume wirken Belastungen und Burnout entgegen. Eine Veränderung der Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegeheime ist eine Grundlage zur Beseitigung des Pflegenotstandes.

5.3.8 Darstellung der Abschlussfrage

Das verwendete Erhebungsinstrument endete mit einer offenen Abschlussfrage. Unter dem Titel: "Falls Sie weitere Anmerkungen zu den Themen dieses Fragebogens haben, ist hier Raum für Ihre Meinung und Ihre Ergänzung".

Die Befragungsteilnehmerinnen hatten somit die Möglichkeit eigene Anliegen einzubringen. Von diesem Angebot machten 39 Personen (16 %) gebrauch.

Textwiedergabe der offenen Abschlussfrage

Frage 3: Falls Sie weitere Anmerkungen zu den Themen dieses Fragebogens haben, ist hier Raum für Ihre Meinung und Ihre Ergänzungen.

Persönlich finde ich es schlimm, dass so viel hinter dem Rücken anderer geredet wird. Allgemein sind wir in der Pflege zu wenig Personal. (Heim 9)

Neutrale „Schlichter“ zwischen Personal und Vorgesetzten, mehr Anerkennung für den „Mensch“ Altenpfleger, mehr Rücksichtnahme der Vorgesetzten gegenüber seinen „Arbeitern“, bei Arbeit und privat, menschlichere Zusammenarbeit zwischen Schwestern, Pflegerinnen und Helfern zu Stationsleitung und Pflegedienstleitung. (Heim 9)

Wenn jeder Mitarbeiter richtig mitdenken und überlegen würde und nicht nur von 12 Uhr bis Mittag denkt, würde vieles leichter für jeden werden. (Heim 8)

Im Großen und Ganzen ist es ein äußerst angenehmes Arbeiten hier (neues Haus, kollegiale Einstellung der Mitarbeiter und der Hausführung, sehr umgängliche Führung - korrekt - fair) (Heim 8)

Wäre der Fragebogen nicht noch interessanter, wenn die Funktion (z.B. Bereichsleitung) noch mit angegeben wäre? Ich finde es sehr gut, dass sich jemand ehrlich für „uns“ interessiert! (Heim 8)

Zu wenig Zeit für Bewohner - teilweise nicht qualifiziertes Personal bzw. zu wenig Personal - unzureichende „Erste-Hilfe-Geräte (Notfallkoffer)“ - Bezahlung!! (Heim 8)

Ich finde diese Umfrage sehr gut, es wird nach der Meinung der Pflegekräfte nämlich zu wenig gefragt. Jeder Arbeitgeber könnte sich so was zu Herzen nehmen und das Arbeitsklima verbessern. Mir fehlt die Frage, wie der Ge-

pflegte mit uns zufrieden ist, denn der ist unser Geld- und Auftraggeber, das wäre dann sicherlich interessant. (Heim 8)

Trotz vieler Antwortmöglichkeiten bleibt ein Fragebogen immer nur ein statistisches Gebilde. Es ist jedoch schon sehr lobenswert, wenn überhaupt mal nach der Situation der Altenpfleger gefragt wird und nicht nur die Kritik der Medien zu Wort kommt. (Heim 8)

Da ich in anderen Heimen auch gearbeitet habe, kann ich nur sagen, trotz gewissen Einschränkungen, die sich aber vielleicht ändern lassen, arbeite ich hier sehr gerne. (Heim 8)

Es macht sehr viel Freude und die Arbeit befriedigt, vor allem, wenn auch die Kollegen sich untereinander verstehen und zusammenhalten. (Heim 6)

Besprechungen sind separat zwischen examinierten und nicht examinierten Kräften - bei Besprechungen mit Examinieren dürften die 1-jährigen putzen, bei Gesprächen mit den 1-jährigen da sind die examinierten Kräfte dabei - nur umgekehrt nicht. Man wird unter dem Schnitt degradiert und ist nicht viel wert. (Heim 6)

Insgesamt zu wenig Personal! (Heim 5)

Das Pflegematerial ist das Billigste und taugt nichts (Zellstoff, Pflegeschaum, Pflegewagen). Das Personal wird überhaupt nicht motiviert aber motivierende Pflege soll es leisten. Wegen dem geteilten Dienst und zuwenig Personal kündigen immer wieder Pflegekräfte. Doch die Heimleitung reagiert nicht. (Heim 5)

Ich finde es nicht in Ordnung, dass dem Pflegepersonal die steuerfreien Zuschläge für Wochenende und Feiertage nun versteuert werden. (Heim 5)

So lange wie möglich selbstständig bleiben und erst als letzten Ausweg ein Pflegeheim wählen, das ist meine Meinung. (Heim 5)

Mehr Pflegepersonal auf allen Stationen; nur so kann eine menschenwürdige Pflege stattfinden. (Heim 5)

Ich würde eine ganze Hand voll Politiker mindestens zwei Monate Tag und Nacht in einem Alten- und Pflegeheim arbeiten lassen bzw. einsperren sowie den Bürgermeister der Stadt Augsburg. (Heim 4)

FSJ-ler sind leider für viele Pflegeheime billige Arbeitskräfte und werden zum Großteil schamlos ausgenutzt. Informationen über das, was man machen darf und was nicht, werden nicht gegeben. Erst viel später beim Pflichtseminar (4-5 Wochen später!) PS: Nicht nur FSJ-ler auch Zivis! (Heim 4)

Nach 6-jähriger Arbeitspause (Erziehungsurlaub) habe ich bis jetzt nur negative Erfahrungen sammeln können, obwohl ich mich wirklich auf die Arbeit gefreut habe. Meine Arbeitskollegen sehen auch die Verschlechterung in diesem Haus und schieben die Schuld auf die „Pflegeversicherung“. Motivationslosigkeit und verantwortungsloses Arbeiten sind die Folgen, es ist kein Bezug zum Bewohner da. Tatsache ist, dass in diesem Haus „keine Zeit“ da ist, d. h. alles hetzt, keine Organisation; könnte jetzt einen Roman schreiben! (Heim 4)

Durch das Ankreuzen brauche ich nichts mehr zu schreiben. Ich bin froh, diesen Beruf ergriffen zu haben. (Heim 4)

Leistung ist abhängig vom Betriebsklima!?! (Heim 3)

Als ich hier angefangen habe, war alles toll, wir hatten sehr viel Zeit für Bewohner und ihre Bedürfnisse. Seit einem Jahr ist das nicht mehr so, das Team ist nur noch im Stress, ständiges Arbeiten zu viert für zwei Stockwerke. Man ist nur noch am Rennen. Und dann heißt es, Überstunden abbauen, aber keiner fragt, warum so viele da sind! Viele Krankheitsfälle; ist doch kein Wunder bei den Arbeitsbedingungen zurzeit. (Heim 4)

Ich bin allgemein mit Situation und Pflege unzufrieden, durch schwere Arbeitsbedingungen (wenig Personal, schwerkranke Bewohner, keine entsprechenden Hilfsmittel, enorme psychische Belastung) ist Mobbing auf der Station keine Seltenheit. Nach Abschluss meiner Schule habe ich in sechs Monaten drei Altenheime gewechselt wegen unverträglichem Arbeitsklima und Arbeitsbedingungen. Jetzt arbeite ich in einem neuen Projekt „Wohngemeinschaft“ und denke ich - das ist Pflegezukunft. (Heim 3)

Ich arbeite gerne in diesem Haus und komme gerne jeden Tag her. (Heim 3)

Ich finde Ihren Fragebogen sehr interessant, psychologisch gut durchdacht, mich würde das Ergebnis ihrer Umfrage sehr interessieren. (Heim 2)

Mir macht das Arbeiten in diesem Heim keinen Spaß, weil ich mich persönlich nicht entfalten kann. Ich möchte bewirken, dass jede in unserer Mitarbeiterkette in die Entwicklung eingebunden wird. D.h. überlegen, wie es besser geht, mich selber beobachten. Neuem offen gegenüber stehen. Die Mitarbeiter hier sind so

interesselos. Lachen ist ein Fremdwort. Manchmal frage ich mich, ob sie wirklich so kalt fühlend sind. Neues zu realisieren und Liebe zum Menschen ist machbar, nur nicht in diesem Haus oder in, leider, sehr vielen Altenheimen nicht machbar. (Heim 2)

Es wäre schön, wenn unsere Arbeit besser honoriert und höher dotiert würde und nicht durch Kontrollen ständig ins Negative geschoben würde. Auch wünschte ich mir mehr Anerkennung für fitte Hilfskräfte, die leider nicht das „Examens-Papier“ haben und damit „keine Fachkräfte“ sind. (Heim 2)

Altenpflege ist ein sehr schöner und abwechslungsreicher, anspruchsvoller Beruf, der in der Bevölkerung nur mit „Abscheu“ anerkannt wird. Erst die Bewohner, deren Angehörige und auch unsere Hausärzte schätzen unsere Arbeit und unsere Beziehungen zu den Bewohnern. (Heim 2)

Es wäre dringend notwendig, das Thema „Altenpflege“ in der Öffentlichkeit in ein besseres Licht zu stellen, zu zeigen, was geleistet werden muss und geleistet werden soll, aber in der momentanen Situation (Pflegeschlüssel, Kosten, Wertigkeit der alten Menschen in der Gesellschaft, Anerkennung des Berufs) viel zu kurz kommt. (Heim 1)

Man ist leider nicht jeden Tag gleich gut drauf, so dass es öfter mal zu Unstimmigkeiten kommen kann. Wenn man viele Tage Dienst hinter sich hat, ist man meistens ausgepowert. (Heim 1)

Bewohner fühlen sich im Pflegeheim fremd. Sie vermissen familiäre Nähe und Wärme. Ihnen fehlt der Verwandtschaftskreis. Altenheim - das ist keine Familie. Das ist nur ein Geschäft und nichts mehr. (Heim 1)

Knappe Besetzung, dadurch wenig Zeit für das Personal - fehlen gemeinsame Gespräche. Zu wenig Zeit für die Auszubildenden. Zu wenig Zeit für medizinische Pflege. Zu wenig Zeit für Wahrnehmung und Berücksichtigung der Bedürfnisse und Interessen der Heimbewohner. (Heim 1)

Altenpflegerin ist ein wunderschöner Beruf, wenn mehr Zeit zur Verfügung stehen würde, individuelle Pflege in die Praxis umsetzen zu können. (Heim 10)

Mir ist in den vier Jahren die ich als Pflegehelferin tätig bin, aufgefallen: Wenn Leute von der Schule kommen, haben sie eine sprichwörtliche Arroganz, alles zu wissen, ohne Erfahrung gesammelt zu haben. Sind schnell beleidigt bei angemessener Kritik, machen oft krank, besonders examinierte Kräfte, Pflegehelferinnen leisten die meiste Arbeit. (Heim 10)

Da bei uns grade noch Personalmangel herrscht, ist es schwierig, diesen Fragebogen objektiv zu beantworten. (Heim 10)

Frage auf personelle Besetzung fehlt, wie lange - wie oft ist eine Station unterbesetzt. (Heim 10)

Man muss zu viele Tätigkeiten durchführen, die nicht zu meiner Ausbildung als Krankenschwester gehören, z.B. am Wochenende das ganze Geschirr einweichen. (Haus 10)

Eine Bereichsleitung soll in jeder Hinsicht versuchen, neutral zu bleiben, egal, ob man den einen toller oder weniger toll findet. Wissen und Menschlichkeit ist Macht, nicht DRUCK. (Heim 7)

Man muss mehr Personal im Haus haben, dass wir auch mit Bewohnern Zeit zum Unterhalten haben, weil, sie brauchen das - sie fühlen sich einsam. (Heim 7)

Kurze Bewertung der Aussagen

Altenpflegerinnen, die ohnehin einem komplexen Belastungspotential ausgesetzt sind erwarten eine Minimierung der Stressoren im Arbeitsbereich. Die im Theorieteil (4.) dargestellten Kernthesen adäquater Belastungs- und Streßmodelle werden durch die Anmerkungen der Befragten zur Schlussfrage bestätigt.

Im Verlauf der Dissertation hat sich immer wieder gezeigt, welche große Bedeutung das Betriebsklima für die Mitarbeiterinnen einnimmt. Die "Beziehung zur Heimleitung", die "Solidarität im Kollegenkreis", die "Gefühlsmäßige Nähe" zu den Bewohnerinnen sowie "Erlebte Belastungen" wirken sich ausschlaggebend auf das Wohlbefinden des Personals aus. Ein Großteil der Antworten zur Abschlussfrage bezieht sich ebenfalls auf diesen Bereich. Die Aussagen nehmen Bezug auf die Notwendigkeit eines Zusammenhalts unter den Kolleginnen und/oder verweisen auf Spannungen und Probleme untereinander.

Des Weiteren wird ein Personalmangel aufgezeigt und darauf verwiesen, dass zu wenig examinierte Kräfte einer Vielzahl von Hilfskräften, Zivildienstleistenden und Praktikantinnen gegenüber stehen.

Mehrere Befragungsteilnehmerinnen kritisieren den herrschenden Zeitdruck in der Pflege und nehmen offen zu ihrem Belastungsempfinden Stellung. Wenige von ihnen nutzten die Gelegenheit um positive Aussagen anzuführen.

Teils mischen sich positive und negative Aussagen in einem Heim. Dies bestätigt wiederum die These, dass Stressoren individuell empfunden werden.

Bei der Durchsicht der Antworten fällt auf, dass sich die zentralen Themenblöcke wie problematisches Betriebsklima, Personalmangel, Zeitdruck und ungeeignete Rahmenbedingungen bei allen Einrichtungen wiederholen. Interessanter Weise treffen diese Kernaussagen demnach auf alle Heime unabhängig vom Träger, der Betriebsdauer oder Größe zu. Eine weitere Ausdifferenzierung nach einzelnen Heimen ist daher erlässlich.

5.4 Bewertung der Ergebnisse

Bislang existieren nur vereinzelt sozial- oder arbeitswissenschaftliche Untersuchungen, die auf Altenpflegekräfte ausgerichtet sind. Eine Problematik besteht darin, dass zur Erforschung der Wechselwirkung zwischen Mitarbeiterinnen und den vorliegenden Arbeitsbedingungen keine operationalisierbaren Konzepte vorliegen. Aus diesem Grund mangelt es an sozialwissenschaftlichen Forschungen zu den Arbeitsprozessen und -bedingungen des Pflegepersonals. Vereinzelt liegen solche Daten für Krankenschwestern vor, diese sind jedoch nicht uneingeschränkt auf Altenpflegerinnen übertragbar. In der Industriearbeit wurden diesbezügliche Zusammenhänge in der Vergangenheit weitreichend erforscht.

Ziel der Untersuchung war es daher, neben soziodemographischen Informationen auch Daten zu den Bereichen Einschätzung der Arbeitssituation, Betriebsklima und Beurteilung der Arbeitszufriedenheit und Belastungen und Beanspruchungen durch die Arbeitssituation zu gewinnen.

Anerkannte Autoren aus der Burnoutforschung (u. a. Burisch 1989, Büssing et al. 1995, Cherniss 1980, Enzmann/Kleiber, 1989) konstatieren einen engen Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation und des Auftretens von Burnout. Das Betriebsklima sowie die Zusammenarbeit mit Kolleginnen nimmt in diesem Bezug eine vorrangige Stellung ein. Die besondere Bedeutung dieser Aspekte wird durch die Ergebnisse der Mitarbeiterinnenbefragung bestätigt. Das Gesamturteil der Studienteilnehmerinnen fällt in Bezug auf eine ganze Reihe belastender Aspekte der Arbeitssituation positiv aus. Daneben spiegeln die Antworten ein gewisses Maß an beruflichem Idealismus und dem dazu gehörigen persönlichen Engagement für den auf alte Menschen ausgerichteten pflegenden Beruf wieder.

Außerdem zeigt die Auswertung nur einen geringen Wert für den Aspekt „Klientenaversion“. Daraus lässt sich schließen, dass die Mitarbeiterinnen durchwegs ein positives, von Empathie getragenes Verhältnis zu den Bewohnerinnen praktizieren. Demzufolge werden belastende oder stresshafte Arbeitssituationen in der Regel nicht den zu Betreuenden, sondern den vorliegenden Arbeitsbedingungen zugeschrieben.

In den befragten Heimen arbeiten Pflegekräfte, die schon sehr lange im Beruf sind und ihre Tätigkeit mit großem persönlichem Engagement ausüben. Diese Tatsache wird von den Heimleitungen nicht immer wahrgenommen und honoriert. Die „Beziehung zur Heimleitung“ wurde in der Untersuchung nur durchschnittlich bewertet.

Die Altenpflegerinnen wünschen sich mehr Zeit für die Beschäftigung mit den Bewohnerinnen. Hingegen fühlen sie sich überdurchschnittlich belastet mit administrativen Aufgaben wie Dokumentation, Pflegeübergabe und allgemeinen Besprechungen. Diese Wertung deckt sich mit dem niedrigen Wert (2,6) zum Thema Klientenaversion und dem hohen Wert (5,3) der intrinsischen Motivation.

Ein Vergleich mit Forschungen im Altenpflegebereich (Bermejo/Muthny 1994, Weyerer/Zimber 1998, Berger 1999b) ergab eklatante Übereinstimmungen.

Alle Untersuchungen wurden im Heimbereich durchgeführt. Die soziodemographischen Daten ergeben einen Altersschnitt von 39 bis 40,3 Jahren, mit einem Anteil von etwa 65 % im Alter zwischen 18 und 29 Jahren. Über 85 % von den Befragten sind Frauen. Die Berufserfahrung rangiert zwischen 7,2 und 9,5 Berufsjahren. Etwa 80 % arbeiten Vollzeit.

Insbesondere wirkten sich die Rahmenbedingungen sowie die Arbeitsorganisation belastend aus. In der Folge stellten sich Beanspruchungsfolgen ein. Etwa ein Drittel der Befragten fühlen sich gestresst und überlastet. Im Gegenzug gaben ca. 30 % an mit ihrer Arbeit zufrieden zu sein.

Eine weitere Übereinstimmung zeigte sich in der Einschätzung wichtiger Aspekte für die Tätigkeit, die zu akzeptablen Ergebnissen führen und von den Pflegerinnen als positiv für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz eingeschätzt worden sind. Hierzu gehören: Gute Zusammenarbeit mit den Kolleginnen, ausreichender Handlungsspielraum, um selbständig arbeiten zu können, Übernahme von Verantwortung, eine sinnvolle Tätigkeit ausüben zu können, eine gute Beziehung zu den alten Menschen sowie die Möglichkeit Fähigkeiten und Kenntnisse umsetzen zu können.

Als belastend wirken sich vorrangig Zeitdruck, Überforderung durch schwerpflegebedürftige, multimorbid erkrankte, teils verwirrte Bewohnerinnen, Dienstplangestaltung, Mangel an adäquaten Arbeitsmitteln, Informationsdefizite und ein gespanntes Verhältnis zur Leitung aus.

In Anbetracht der weitreichenden Übereinstimmung der Ergebnisse aller drei Vergleichsstudien mit meiner eigenen Erhebung kann konstatiert werden, dass die Daten als repräsentant eingeschätzt werden können.

Teil C Ausblick

6. Perspektiven und Empfehlungen für die Praxis

6.1 Empfehlungen für die Praxis

Ausgehend von der Frage, ob sich die Altenpflege in einer Krise befindet bestand das Ziel der Dissertation vorwiegend darin, durch die Analyse der Arbeitsbedingungen und der Gesamtsituation Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren zu eruieren, die auslösend für den Personalmangel betrachtet werden können. Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich Empfehlungen für die Praxis. Die Veränderungsvorschläge sollen einerseits zur Belastungsreduktion der Altenpflegerinnen beitragen und andererseits Chancen benennen, wie die Arbeitssituation effektiver gestaltet werden kann.

Die im Folgenden angedachten Empfehlungen ergeben sich aus den Ergebnissen der durchgeführten Untersuchung „Altenpflege in Augsburg“ sowie aus Erkenntnissen der Praxis verbunden mit einer umfassenden Literaturrecherche.

Altenpflegerinnen verbinden mit der Wahl eines sozialen Dienstleistungsberufes weitgehend intrinsische Motive. Sie üben darüber hinaus die Tätigkeit auch zur Befriedigung eigener Bedürfnisse aus. Der Abgleich zwischen den persönlichen Vorstellungen und den Möglichkeiten im Berufsleben kann zu Unzufriedenheiten führen. Die Wahrnehmung der Situation auf dem Hintergrund des Bezugssystems „Heim“ führt derzeit vermehrt zur Berufsaufgabe. Ausschlaggebend hierfür ist das nicht zustande kommen einer stabilisierten Arbeitszufriedenheit die sich durch einen positiven Abgleich der eigenen Wünsche und deren Umsetzungsmöglichkeiten im Alltag einstellt.

Aus dieser Erkenntnis ergeben sich erste Handlungsempfehlungen.

Wie aus der Diskussion des theoretischen Bezugsrahmens (4.) bekannt, gibt es Aspekte die zur Unzufriedenheit der Mitarbeiterinnen beitragen. Dazu gehören u. a. die äußeren Arbeitsbedingungen, die Beziehungen zu Vorgesetzten und Kolleginnen sowie die Sicherheit des Arbeitsplatzes und Entlohnungsaspekte.

Als Gegensatz dazu existieren Faktoren die eine Arbeitszufriedenheit bewirken können. Dies sind u. a. die Tätigkeit selbst, die Möglichkeit Verantwortung zu übernehmen, sich weiter zu entwickeln und etwas zu leisten, sowie Aufstiegschancen.

Zur Personalbindung und Personalgewinnung bietet es sich an die problematischen Arbeitsbedingungen dahingehend zu verändern, dass Mitarbeiterinnen bereit sind in den Heimen zu arbeiten.

Eine der wichtigsten Forderungen bezieht sich auf die Verbesserung des bestehenden **Personalschlüssels**. Dieser Maßnahme kommt eine zentrale Bedeutung zu. Mit den derzeitigen Vorgaben verstärkt sich der Zeitdruck. Unberücksichtigt bleiben Fehlzeiten durch Erkrankung, Urlaub, Fortbildung, verkürzte Arbeitszeiten, sowie die eklatante Veränderung der Bewohnerstruktur gekennzeichnet durch die Zunahme hochaltriger, schwerstpflegebedürftiger und/oder verwirrter Personen. Personalengpässe, vermehrte Überstunden und Zusatzbelastungen können vermieden werden, wenn Urlaubs- und Krankheitszeiten bereits bei Erstellung der Stellenpläne eingerechnet werden. Selbstverständlich hat diese Vorgehensweise finanzielle Auswirkungen und würde eine Erhöhung der Pflegeheimkosten, die der Genehmigungspflicht unterliegen, nach sich ziehen. Dennoch ist es an der Zeit über innovative Konzepte nachzudenken und nicht die finanziellen Zwänge auf dem Rücken der Altenpflegerinnen auszutragen. Ein patientenorientiertes Zeitbudget mit daraufhin ausgerichteten differenzierten Pflegesätzen ist zu überdenken.

In diesem Zusammenhang gilt es auch gängige **Dienstformen** einer Betrachtung zu unterziehen.

Die in Pflegeheimen weit verbreitete Arbeitsorganisationsform der Funktionspflege scheint in hohem Maße änderungsbedürftig. Eine Überlastung der Stations- und Bereichsleitungen geht mit einer qualitativen Unterforderung des übrigen examinierten Personals einher. Die Funktionspflege tendiert zu Arbeitszerlegungen in einzelne Teilaufgaben und kann als tayloristisch orientierte Organisationsform bezeichnet werden. Der Ganzheitlichkeitscharakter der Pflege wird zerstört und planende Tätigkeitsanteile werden entzogen, was zu einer unbefriedigenden Einschränkung des Entscheidungs- und Kontrollspielraums führt. Die persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten halten sich in Grenzen. Hierarchische starre Arbeitsstrukturen gehen mit einer erhöhten Arbeitsverdichtung einher. Wachsende Anforderungen, extremer Zeitdruck und eine sequenzierte Arbeitsorganisation wirken sich letztlich negativ auf die Beziehung zur Heimleitung und zwischen den Kolleginnen aus. Dieses Pflegesystem sollte in eine Beziehungs- oder Gruppenpflege umgewandelt werden.

Vorteilhaft wirkt sich für die Mitarbeiterinnen eine langfristige, flexible **Dienstplangestaltung** aus. Aus medizinischer Sicht ist auf kurze Arbeitsperioden (nicht länger als 7 Tage) zu achten. Geteilte Dienste und Dauernachtwachen tragen zur Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei.

Die Pfl egetätigkeit auf einem qualitativ hochwertigen Niveau kann langfristig nur von einem gut ausgebildeten, motivierten und belastbaren Mitarbeiterstamm gemeistert werden. Zur **Gewinnung und Erhaltung des Pflegepersonals** bedarf es einer Verbesserung des Images alter Menschen und derer, die die Betreuung und Pflege übernehmen. Zur Zielerreichung gehören gesellschaftspolitisch gesehen eine Aufwertung der älteren Bevölkerung, sowie die Bekämpfung der Vorurteile Heimen gegenüber. Offensive Informationskampagnen und Informationsstreuung über die Medien können ebenso wichtige Schritte sein, wie die Öffnung der Altenheime für interessierte Beobachter. Ein wichtiger Schritt zur Personalgewinnung wurde nun durch die Optimierung der Ausbildung vollzogen.

Pflegekräfte können selbst dazu beitragen, das **Image** ihres Berufsstandes in der Öffentlichkeit zu verbessern. Möglichkeiten hierzu bestehen in einer offensiven Selbstdarstellung der Altenpflegerinnen nach innen und außen sowie eine verstärkte Selbstorganisation in Berufsverbänden und Gewerkschaften. Erste Schritte wurden im Zuge der Werbung um Pflegekräfte bereits besritten, sollten jedoch erweitert und intensiviert werden.

Personen, die sich für die Altenpflege entscheiden, schätzen die Möglichkeit sich in einem abwechslungsreichen Beruf selbst einzubringen, Beziehungen zu den Älteren herzustellen sowie die Perspektive eines sicheren Arbeitsplatzes zu nutzen.

Diesen positiven Aspekten stehen auch negative gegenüber, die zu einer Abwendung führen können. Die **Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit** ist hinsichtlich starrer Arbeitszeitmodelle noch nicht hinreichend gegeben. Die Schaffung von Teilzeitstellen und die Umsetzung flexibler Arbeitszeitmodelle bewirken eine Zunahme der Bewerberinnen. Günstig wirkt sich auch ein Angebot zur Kinderbetreuung aus. Größere Träger können hier Synergieeffekte nutzen und trägereigene Kindergärten und -horte mit auf die Bedürfnisse der Arbeitnehmerinnen abgestimmten Öffnungszeiten installieren.

Einem guten **Betriebsklima**, gekennzeichnet durch die Determinanten Beziehung zur Heimleitung, Solidarität im Kollegenkreis, gefühlsmäßige Nähe zu den Bewohnerinnen sowie der Grad der erlebten Belastung, kommt eine zentrale Bedeutung zu. Der Führungsstil in der gesamten Einrichtung beeinflusst entscheidend die Motivation der Mitarbeiterinnen. Der in der Altenpflege noch weit verbreitete autoritäre Führungsstil wirkt sich kontraproduktiv aus. Die Strukturen sind dahingehend zu verändern, dass eine größtmögliche Transparenz und ein kontinuierlicher Informationsfluss über alle Ebenen stattfinden kann. Die Altenpflegerinnen bedürfen umfassender Mitsprache- und Mitgestaltungsmöglichkeiten um selbstständig und eigenverantwortlich arbeiten zu können.

In Anbetracht der wachsenden professionellen Anforderungen an Pflegekenntnisse und Leitungskompetenz ist eine kontinuierliche **Weiterqualifizierung** der Führungskräfte auf allen Ebenen nötig. Aber auch **Fort- und Weiterbildungen** für Altenpflegerinnen sind enorm wichtig, um Überforderungen vorzubeugen und den Kenntnisstand anzupassen. Im Schulungsbereich sollte auch die Gesundheitsförderung eine große Rolle spielen. Trainingseinheiten zu rücken-schonendem Arbeiten, sinnvoller Hilfsmiteinsatz, Hebe- und Tragetrainings, Kinetik u. ä. beugen helfen frühzeitig Erkrankungen des Pflegepersonals vorzubeugen.

Künftig müssen auch Anreize geschaffen werden die eine quantitative Ausweitung der Bewerberzahl forcieren. Denkbar wären z.B. eine verbesserte **Bezahlung** und leistungsgerechte Zuschläge für ungünstige Einsatzzeiten. Um Aufstiegsbestrebungen zu unterstützen bedarf es auch hier einer Erhöhung der Tarife für leitende Mitarbeiterinnen in der Pflege.

Mit dem vollzogenen Wandel des **Selbstverständnisses der Einrichtungen** – vom caritativen Dienstleister zum wettbewerbsorientierten Gesundheitsunternehmen – konnten die Arbeitnehmerinnen nicht Schritt halten.

Durch eine klare Beschreibung der Trägerphilosophie, des Leitbildes sowie einer professionellen Öffentlichkeitsarbeit und Transparenz auf allen Ebenen wird es für die Mitarbeiterinnen möglich, sich mit dem Arbeitgeber zu identifizieren. Konzept- und theoriegeleitete Vorgaben bieten den Mitarbeiterinnen Handlungsunterstützung an und vermitteln Sicherheit.

Eine weitere Erkenntnis bezieht sich darauf, dass psychische Belastungen, Berufszufriedenheit, körperliche Beanspruchungen etc. durch die arbeitsbedingten Gegebenheiten und **betrieblichen Strukturen** in erheblichem Maße bedingt werden. Trotz des herrschenden Qualifizierungstrends hin zu Qualitätssiegeln fehlen in der Mehrzahl aller Pflegeheime noch immer Strukturmerkmale, wie Handlungsanweisungen, Stellenbeschreibungen und Schnittstellenbeschreibungen. Unklare Arbeitsabläufe führen zu übersteigerten Anforderungen und tragen zur Erhöhung des Arbeitsstress bei. Mangelnde interne Informationssysteme begünstigen Handlungsunsicherheiten. Vorrangige Aufgabe ist es, eine überschaubare, klar geregelte Aufgabenzuweisung für jede Mitarbeiterin und jeden Arbeitsbereich zu treffen.

Maßnahmen der **Personal- und Organisationsentwicklung** in Alten- und Pflegeheimen leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Pflegequalität sowie der Mitarbeiterzufriedenheit. Zur Optimierung der Arbeitssituation der Pflegekräfte verbleibt den Heimen, trotz ungünstiger Rahmenbedingungen ein markanter Handlungsspielraum, der meist nicht ausgeschöpft wird. Die Ge-

staltung gesundheitserhaltender und –stabilisierender Arbeitsplätze garantiert dauerhaft die pflegerische Versorgung der Heimbewohnerinnen.

Zur besseren Verarbeitung und Reduzierung von psychischen Belastungen können **Balint- oder Supervisionsgruppen** hilfreich sein. Durch Balintarbeit werden vor allem unbewusste Anteile der Beziehung zwischen Pflegerinnen und Bewohnerinnen bearbeitet. Die Supervision bietet Pflegenden die Möglichkeit zur Reflexion der Arbeitsprozesse und Beziehungen am Arbeitsplatz und wirkt dadurch psychischen Beanspruchungen entgegen. Dieses Angebot kann sich jedoch bei bereits stark überlasteten Mitarbeiterinnen als ungeeignet herausstellen.

Für Altenpflegerinnen gilt die **Selbstpflege** als Aufgabe der Zukunft. Auch Anstellungsträger sollen sich diesem Thema annehmen um langfristig gesunde Mitarbeiterinnen beschäftigen zu können. Unter dem Motto „Pflege der Mitarbeiterinnen“ sind Initiativen bekannt (vorwiegend bei privaten Trägern), die sich speziell an die Pflegerinnen richten. Hierzu gehören Kurse in Joga, Chigong oder anderen Entspannungstechniken, Massagen und/oder Gymnastik in der Einrichtung sowie die Schaffung von Entspannungsräumen und –zeiten im Heim.

Im Auftrag des Sozialministeriums wurde 2001 ein Projekt mit dem Titel „Pflege der Profis“ durchgeführt. Es handelt sich dabei um ein **Selbstpflegemotivationsprogramm** in Altenpflegeeinrichtungen. „Verhaltensprävention und Verhältnisprävention werden miteinander verbunden. Das heißt, durch das Modellprojekt wurde ein Prozess in Gang gesetzt, in den nicht nur die einzelne Mitarbeiterin einbezogen ist. Vielmehr ändern sich auch die strukturellen Bedingungen im Heim.“ (vgl. Schäfer-Walkmann, 2002, S. 62).

Die aufgezeigten Empfehlungen erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Es handelt sich lediglich um eine Auswahl wichtiger veränderungsbedürftiger Aspekte. Die skizzierten Themen sollen zum Umdenken motivieren und Neustrukturierungen in Gang setzen. Der konstruktiven Phantasie sind keine Grenzen gesetzt.

6.2 Überlegungen zu weiteren Forschungsfragen

Bislang wurde die Arbeitssituation der Altenpflegerinnen nur unzureichend erforscht. Zur Ermittlung und Beurteilung von organisationalen Stressoren wäre eine umfassende empirische Untersuchung in Form von Selbst- und Fremdbeobachtungselementen sinnvoll.

Daten zum Entscheidungs- und Handlungsspielraum in der Ablaufplanung des Heimalltags, verbunden mit der Erfassung der erlebten Belastung, wären Grundlage für differenziertere Einschätzungen. Ein Vergleich des Belastungserlebens zwischen geringen bzw. erweiterten Handlungsspielräumen könnte Erkenntnisse darüber erschließen, ob sich dieser Aspekt tatsächlich negativ auf die Mitarbeiterinnen auswirkt.

Da Altenpflegerinnen einem komplexen Belastungspotential ausgesetzt sind interessiert die Frage in wie weit das Arbeitsleben tatsächlich den Freizeit und Familienbereich beeinflusst. In Studien zu Belastungen am Arbeitsplatz wird dieser Aspekt vernachlässigt. Da positive Beziehungen außerhalb der Tätigkeit ausgleichend und belastungsmindernd wirken können sind theoretische Aussagen zum Zusammenhang zwischen Beruf, Freizeit und Familie für den Bereich der Copingstrategien von Bedeutung. Ebenso stellt sich die Frage nach der umgekehrten Wirkung, ob eine hohe Arbeitszufriedenheit Belastungen aus schwierigen Familiensituationen kompensieren kann.

Über Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz von Krankenschwestern existieren weitreichende Erkenntnisse. Entscheidend wäre die Beantwortung der Fragestellung, ob der Pflegnotstand für Altenpflegerinnen und Krankenschwestern gleichwertig beurteilt werden kann, bzw. in welchen Arbeitsaspekten Unterschiede bestehen.

Ausblick

Der Altenhilfebereich ist aufgerufen die Initiative zur Verbesserung der bestehenden Situation zu ergreifen.

Wenn es den Trägern und Einrichtungen gelingt die Arbeits- und Rahmenbedingungen sinnvoll und gesundheitsfördernd zu verändern, wird auch eine ausreichende Anzahl von Personen bereit sein den Altenpflegeberuf zu ergreifen. Nur durch einen strategischen Umbruch kann dem Pflegenotstand entgegen gewirkt werden.

Literaturverzeichnis

- Ackerknecht**, Erwin H. (1992), *Geschichte der Medizin*, (7. überarbeitete und ergänzte Auflage von Murken Axel Hinrich, Stuttgart.
- Albrecht**, H./**Büchner**, E./**Engelke**, D. (1982), *Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern. Analyse und Maßnahmenvorschläge*, Berlin.
- Andretta**, Gabriele (1991), *Zur konzeptionellen Standortbestimmung von Sozialpolitik als Lebenslagenpolitik*, Regensburg.
- Arbeitsgemeinschaft katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe der Diözese Trier** (1990), *Die Situation der personellen Ausstattung in Alten- und Pflegeheimen in Rheinland-Pfalz, Limburg/Mainz/Speyer*.
- Baartmans**, Paul C.M. (1998), *Pflegequalität: Wer bestimmt die Anforderungen?* In: NOVA 29. Jahrgang, 2/98, S. 9-12.
- Bäcker**, Gerhard (1987), *Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege. Geschäftsführung des WSI (Hrsg.), Arbeitspapier Nr. 12*, Düsseldorf.
- Backes**, Gertrud (1996), *Familienbeziehungen und informelle soziale Netzwerke im sozialstrukturellen und demographischen Wandel*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 29, Heft 1, S. 29-33.
- Backes**, Gertrud M. (1999), *Erwerbslosigkeit im Lebensverlauf als soziales (Alter(n))risiko für Frauen*. In: Naegele, G./Schütz, R-M. (Hrsg.), *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen*, Opladen/Wiesbaden.
- Badura**, B. (1990), *Interaktionsstress. Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft*, *Zeitschrift für Soziologie*, 19 (5), S. 317-328.
- Bäcker**, G./**Bispinck**, R./**Hofemann**, K./**Naegele**, G. (2000a), *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Band 1: Ökonomische Grundlagen, Einkommen, Arbeit und Arbeitsmarkt, Arbeit und Gesundheitsschutz*, 3. Auflage, Wiesbaden.
- Bäcker**, G./**Bispinck**, R./**Hofemann**, K./**Naegele**, G. (2000b), *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Band 2: Gesundheit und Gesundheitssystem, Familie, Alter, Soziale Dienste*, 3. Auflage, Wiesbaden.
- Balk**, U. (1989), *„Ausgebranntheit“ der Pflegekräfte in der Altenhilfe*. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 40 (2), S. 69-73.
- Baltes**, Paul B. (1996), *Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor*. In: Baltes, M./Montada, L. (Hrsg.) *Produktives Leben im Alter*, S. 29-68, Frankfurt a M.

- Bartholomeyczik, Sabine** (1999), Anforderungen an die Qualität von Pflege und die Qualifikation von Pflegenden. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Selbstbestimmung in Einrichtungen. Qualitätsentwicklung und Dienstleistung in der Altenpflege. Fachtagungsdokumentation, Berlin.
- BASYS** Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (1993), Qualität der Pflege. Exemplarische Untersuchung in Bayern und Thüringen, Rieden am Forggensee.
- Bauer, Franz** (1965), Geschichte der Krankenpflege, Kulmbach.
- Becker, W.** (1995), Das Eis ist brüchig... oder: Wie viel Beruf verträgt das System? Überlegungen zur Zukunft gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe. In: Meifort, B./Becker, W. (Hrsg.), Berufliche Bildung für Pflege- und Erziehungsberufe, S. 35-78, Bielefeld.
- Becker, W./Meifort, B.** (1997), Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben. Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Berichte zur beruflichen Bildung Heft 200, Berlin/Bonn.
- Becker, W./Meifort, B.** (1998), Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben. Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (Teil 2) Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Berichte zur beruflichen Bildung Heft 227, Berlin/Bonn.
- Berger** Gerhard (1999b), Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In: Zimmer, A./Weyerer, S. (Hrsg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, S. 138-152, Göttingen.
- Berger, Gerhard** (1997), Die Qualitätsdiagnose mit SIESTA - der grundlegende Baustein eines kompetenten Qualitätsmanagements in der Altenhilfe. In: Qualitätskonzepte in der Praxis der Altenhilfe, Tagungsunterlagen des Fraunhofer Instituts für Arbeitswirtschaft und Organisation, S. 123-173.
- Berger, Gerhard** (1999a), Das Modul SIESTA - D als Instrument einer stärkeren Kundenorientierung im Rahmen der SIESTA-Qualitätsdiagnose, Kiel.
- Berger, Gerhard/Gerngroß-Haas, Gabriele** (1997), Wo liegen die Stärken und Schwächen? Von der Qualitätsdiagnose zur Qualitätssicherung. In: Altenheim, Zeitschrift für das Altenhilfe-Management, Heft 3, S.28-39.
- Berger, Gerhard/Gerngroß-Haas, Gabriele** (1998), SIESTA - Qualitätsdiagnose Modul C - Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Kiel.

- Bergmann, B.** (1994), Zur Lernförderung im Arbeitsprozeß aus psychologischer Sicht. In: Bergmann, B./Richter, P. (Hrsg.), Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie, Göttingen. S. 117 - 135.
- Bermejo, Isaac/Muthny, Fritz A.** (1994), „Burnout“ und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege, Münster/Hamburg.
- Betriebliche Weiterbildung.** Forschungsstand und Perspektiven (1990). Zwei Gutachten, Schriftenreihe Studien zu Bildung und Wissenschaft. Bad Honnef. K.H. Bock Verlag.
- Bickel, Horst** (1996), Pflegebedürftigkeit im Alter. Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. In: Gesundheitswesen 58, Sonderheft 1, S. 56-62.
- Bickel, Horst** (2000), Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. In: Gesundheitswesen 62, S. 211-218.
- Bickel, Horst** (2001), Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, Heft 2, S. 108-115, Darmstadt.
- Binding, N.** (1995), Gefahrenstoffe im Gesundheitsdienst - Strategien zur umsetzung der Gefahrenstoffverordnung. In Hoffmann/Reschauer/Stößel (Hrsg.), Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst (S. 66-76), Freiburg: edition FFAS.
- Birkenbeil, B./Kerkoff, E.** (1999), Qualitätssicherung und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung in der stationären Altenhilfe. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe „thema“ 143 (Hrsg.), Köln.
- Bischoff, Claudia** (1992), Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert (2. überarbeitete und erweiterte Auflage), Frankfurt a. M.
- Blohmke, M./Depner, R./Koschorreck, B./Stelzner, O.** (1975), Soziale Faktoren und Krankheit bei Arbeitnehmern. Schriftenreihe Arbeitsmedizin- Sozialmedizin-Präventivmedizin, Band 53, Stuttgart.
- Böger, S./Hacker, W./Merboth, H.** (1995), Beanspruchungsoptimierung als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege. Forschungsbericht Band 20. Dresden.
- Böhm, Erwin** (1988), Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege, Bonn.
- Böhme, H./Haß, P.** (1997), Haftungsfragen und Pflegeversicherungsgesetz. Haftung von Trägern, Pflegemanagement, Pflegefach- und Pflegehilfskraft, KDA Forum 35, Köln.
- Bracker, M./Dallinger, U./Karden, G./Tegethoff, U.** (1988), Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen, Wiesbaden.

- Braun**, Helmut (1995), Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes auf die örtliche Altenhilfeplanung und den alten Menschen. In: Igl, G./Kühnert, S./Naegele, G. (Hrsg.) SGB XI als Herausforderung für die Kommunen, Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, S. 60-67, Hannover.
- Breithaupt**, G.W. (1915), Öffentliches Armenrecht und persönliche Freiheit. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswirtschaft, Ergänzungsheft 2, Tübingen.
- Brosius**, Felix (1999), SPSS 8. Professionelle Statistik unter Windows, Bonn.
- Breiholz**, Holger (2002), Ergebnisse des Mikrozensus 2001. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 7, S. 566-574.
- Bruder**, Jens (1991), Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität - psychiatrische Aspekte. In: Schütz et al. (Hrsg.), Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Lübeck.
- Bruggemann**, A. (1974), Zur Unterscheidung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit. Arbeit und Leistung 28, Seite 281 - 284.
- Bruggemann**, A./Groskurth, P./Ulich, E. (1975), Arbeitszufriedenheit, Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. Ulich, E.), Band 17, Bern.
- Bruggemann**, A./Groskurth, P. (1977), Probleme der Arbeitszufriedenheit. Übersichtsreferat, Rationalisierungs-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft e.V., Information der Abteilung Arbeits- und Sozialwirtschaft, Frankfurt.
- Bundesanstalt für Arbeit** (1995), Blätter zur Berufskunde: Altenpfleger/ Altenpflegerin, Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (2002), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin.
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit** (Hrsg.) (1988), Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen Bereich. Bonn.
- Burchard**, D./Rötzel, M./Winter, H.-P. (1983), Ein neues Pflegeheimkonzept-Darstellung anhand eines Projektes. In: Zeitschrift für Gerontologie, 16, S. 7-17.
- Burisch**, M. (1989), Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, Berlin/Heidelberg/New York.
- Büssing**, A. (1996), Theoretische Grundlagen der Implementierung neuer psychosozialer Dienstleistungen. In: Koch, U./Härter, M. (Hrsg.), Implementierung neuer psychosozialer Dienste im Krankenhaus, Göttingen.

- Büssing, A./Cremer, J.** (1989), Moderiert soziale Unterstützung den Einfluß von Arbeitsbelastungen auf psychischen Streß - Kritik der Forschungspraxis und Ergebnisse einer Untersuchung an Krankenpflegekräften, Konstanz.
- Büssing, A./Eisenhofer, J./Glaser, J.** (1996) Widersprüchliche Anforderungen in der Arbeitstätigkeit - Überprüfung eines Verfahrens im „Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus“. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 50. (22. NF), S. 45-50, Köln.
- Büssing, A./Eisenhofer, J./Glaser, J./Natour, N./Theis, U.** (1995), Psychischer Streß und Burnout in der Krankenpflege: Untersuchungen zum Einfluß von Anforderungen, Hindernissen und Spielräumen. 1. Projektbericht Nr. 21, München.
- Büssing, A./Glaser, J.** (1991), Zusammenhänge zwischen Tätigkeitsspielräumen und Persönlichkeitsförderung in der Arbeitstätigkeit. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 35 (N.F.9), 3, S. 122-136.
- Büssing, A./Glaser, J.** (1992), Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH). 1. Zwischenbericht zum Forschungsprojekt AFF-6/89 an der Universität Konstanz, Fachgebiet Arbeits- und Rehabilitationspsychologie, Konstanz.
- Büssing, A./Glaser, J.** (1993), Qualifizierungserfordernisse und Qualifizierungsmöglichkeiten als gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Merkmale in der Arbeitstätigkeit. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, Nr. 37 (N.F.11), 4, S. 154-162.
- Büssing, A./Glaser, J.** (1993a), Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH). Konzeption und Prüfung unter besonderer Berücksichtigung des Bereiches „Streßbezogene Anforderungen“ des ersten überarbeiteten Selbstbeobachtungsverfahrens (TAA-KH-S). In: Gebert, A./Hacker, W. (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie 1991 in Dresden, Bonn.
- Büssing, A./Glaser, J.** (1993b), Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH). 2. Zwischenbericht zum Forschungsprojekt AFF-6/89 an der Universität Konstanz, Fachgebiet Arbeits- und Rehabilitationspsychologie, Konstanz.
- Büssing, A./Perrar, K.** (1992), Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). In: Diagnostica 38, (4), S. 328-353.
- Büssing, A./Schmitt, S.** (1998), Arbeitsbelastungen als Bedingungen von Emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation im Burnoutprozeß. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 1998 (42), S. 76-88, Göttingen.

- Büssing**, André (1991), Streß und Streßbewältigung in der Krankenpflege. In: Elke, G./Schubert, A. (Hrsg.), *Psychosoziale Praxis und Arbeitswelt*, S. 33-51, Tübingen.
- Büssing**, André, (1992), Ausbrennen und Ausgebranntsein. In: *Psychosozial* 15.Jahrgang, 1992, Heft IV (Nr. 52), Seite 42-50.
- Cannon**, W.B. (1914), The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researches. *American Journal of Psychology*, 25, S. 256-282 (zitiert nach Schönflug, 1987).
- Caplan**, R./**Coob**, S./**French**, J.R. et al. (1982) *Arbeit und Gesundheit*. Bern/Stuttgart/Wien.
- Cappell** Eckhard (1996), Von der Hilfspflege zur Profession. Entstehung und Entwicklung des Altenpflegeberufs, KDA thema 110, Köln.
- CAREkonkret**, (2000), Fischer-Pläne: Die Eckpunkte zu Demenz und Pflegequalität. In Vincenz Verlag (Hrsg.), *CAREkonkret*, Wochenzeitung für das Pflegemanagement, Nr. 3, S. 1, Hannover.
- Cherniss**, C. (1980a), *Professional burnout in human service organizations*. New York.
- Cherniss**, C. (1980b), *Staff burnout. Job stress in the human services*, Beverly Hills.
- Clemens**, W. (1997), *Frauen zwischen Arbeit und Rente. Lebenslagen in später Erwerbstätigkeit und frühem Ruhestand*, Opladen.
- Closs**, C./**Kempe**, P. (1981), Arbeitsklima im Heim. In: *Altenpflege*, 6. Jahrgang, Nr. 4, S. 118-122, Hannover.
- Closs**, C./**Kempe**, P. (1981a), Arbeitsklima in Altenheimen. Wie Pflegekräfte ihre Arbeitsbedingungen und ihre Einrichtung beurteilen. In: *Altenpflege* 6 (1981), S. 118-122.
- Closs**, C./**Kempe**, P. (1981b), Ausbildung, Selbstverständnis und Arbeitszufriedenheit. Erst- und Zweitberufler in der stationären Arbeit für alte Menschen: Erste Hinweise zu einer Personalplanung in Heimen. In *Altenpflege* 6 (1981), S. 414-418.
- Cohen-Mansfield**, Jiska (1995), Stress in nursing home staff: a review and a theoretical model. *The Journal of Applied Gerontology*, 14 (4), Seite 444-466.
- Cooper**, B./**Bickel**, H. (1989), Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in der Altenbevölkerung: Ergebnisse einer populationsbezogenen Längsschnittstudie in Mannheim. In: *Nervenarzt*, 60, S. 472-482.
- Cooper**, B./**Bickel**, H./**Schäufele**, M. (1992), Demenzerkrankungen und leichte kognitive Beeinträchtigungen bei älteren Patienten in der Allgemeinpraxis. In: *Nervenarzt* 63, S. 551-560.

- Dangel, B./Korporal, J.** (2003), Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 36, Heft 1, S. 50-62, Darmstadt.
- Dätwyler, B./Baillot, J.** (1995), „Mir ist es wichtig, nicht einfach so auf die Krankheit fixiert zu sein“. In: Pflege, Bd. 8, Heft 1, S.65-69.
- Deutscher Bundestag** (1998), Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter, Drucksache 13/9750, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Bonn.
- Deutscher Bundestag** (1998a), Zweiter Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ - Herausforderungen unserer älterwerdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Bonn.
- Deutscher Bundestag** (2001), Alter und Gesellschaft. Dritter Altenbericht. Stellungnahme der Bundesregierung. Bericht der Sachverständigenkommission, Drucksache 14/5130, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Bonn.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge** (Hrsg.) (1980), Fachlexikon der sozialen Arbeit. 3. Auflage, Frankfurt a. Main.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)** (2001), Starker Anstieg der Pflegebedürftigen zu erwarten. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Wochenbericht 5/2001, Berlin.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.** (1982), Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland: Geschichte-Situationen-Perspektiven, Band I, Berlin.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.** (1982a), Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland: Geschichte-Situationen-Perspektiven, Band III, Berlin.
- Dieck, M./Naegele, G.** (1978) (Hrsg.), Sozialpolitik für ältere Menschen. Heidelberg.
- Dieck, M./Naegele, G.** (1989), Die „Neuen Alten“ - Die „Karriere des neuen Alters“ ist voraussichtlich von kurzer Dauer. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 5, S. 162-171.
- Dietrich, Hans** (1994), Arbeitsmarkt für Pflegeberufe. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Forschungsbericht 239, Bonn.
- Dietrich, Hans** (1996), Befunde zu ausgewählten erwerbsbiografischen Aspekten von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. In: Meifort, B./Becker, W. (Hrsg.), Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren, KDA „vorgestellt“ 61, Köln.

- Dinkel**, Reiner Hans (1996), Die Entwicklung der Demenz bis zum Jahr 2050. Modellrechnung für die Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung von zukünftigem Mortalitätsfortschritt. In: Gesundheitswesen 58, Sonderheft 1, S. 50-55.
- Dunckel**, H./**Zapf**, D./**Udris**, I. (1991), Methoden betrieblicher Streßanalyse. In: Greif, S./Bamberg, E./Semmer, N. (Hrsg.) Psychischer Streß am Arbeitsplatz (S. 29-45), Göttingen.
- Düx**, Holger (1997), Lebenswelt von Menschen in einem Alten- und Pflegeheim. Eine qualitative Untersuchung mit heuristischen Methoden, KDA, Köln.
- Eggen**, B./**Suffner**, A. (1996), Familien- und Einkommenssituation älterer Ausländer und Deutscher in der Bundesrepublik Deutschland. Baden-Württemberg in Wort und Zahl, 1, S. 10-15.
- Elkeles**, Thomas (1994), Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege, Frankfurt a. Main.
- Engelhardt**, Werner Wilhelm (1991), Einleitung in eine „Entwicklungstheorie“ der Sozialpolitik - Institutionelle und Lebenslagen-Analysen als Grundlage der Sozialpolitik und Sozialpolitiklehre. In: Thiemeyer, Theo (Hrsg.), Theoretische Grundlagen der Sozialpolitik, S. 9-122, Berlin.
- Entzian**, H./**Klie**, T. (1996), Professionalisierung der Pflege älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 29, Heft 6, S. 404-410, Darmstadt.
- Entzian**, Hildegard (1999), Altenpflege zeigt Profil. Ein berufskundliches Lehrbuch, Weinheim.
- Entzian**, Hildegard (2000), Anforderungen an eine zukunftsorientierte, professionelle Pflege alter Menschen. In: Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und ambulante pflegerische Dienste e.V. (Hrsg.), Menschen würdig pflegen, S. 43-53, Stuttgart.
- Enzmann**, Dirk/**Kleiber**, Dieter (1989), Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen, Heidelberg.
- Evers**, A./**Leichsenring**, K./**Pruckner**, B. (1993), Alt genug, um selbst zu entscheiden, Freiburg.
- Ewald**, O. (1998), Burnout-Syndrom. In: Konietzko, Dupuis (Hrsg.), Handbuch der Arbeitsmedizin.
- Fachinger**, U./**Rothgang**, H. (1995), Die Auswirkungen der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Bericht über ein Kolloquium am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. In: NDV, 75. Jg., Heft 5, S. 192-197.
- Falk**, Juliane/**Kerres**, Andrea (1998), Überlegungen zu einem Altenpflege-Curriculum. In: Sowinski/Büsch/(Falk/ et al. (Hrsg.), Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis. Ein Baustein zur Qualitätssicherung in der Altenpflege, KDA Forum 24, S. 2-12, Köln.

- Ferber**, Ch. v. (1996), Arbeit, Gesundheit und Krankheit. In: Adler, RH./Herrmann, JM./Köhle, et al. (Hrsg.), Psychosomatische Medizin, S. 291-300, München.
- Fischer**, Heinz (1997), Eine gezielte Provokation. In: Altenpflege, Nr. 5/97, S. 16-18, Hannover.
- FOCUS Forschungsgruppe** Kommunikation und Sozialanalysen GmbH (1992), Motivationsanalyse von derzeitigen und ehemaligen und potentiellen Altenpflegekräften. Ein Beitrag zur Personalgewinnung in der Altenpflege. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Bonn.
- Fooker**, I./Lind, I. (1994), Vielfalt und Widersprüche weiblicher Lebensmuster. Frauen im Spiegel sozialwissenschaftlicher Forschung, Frankfurt am Main/New York.
- Frauenknecht**, X. (1992), Entlastung von berufsfremden Tätigkeiten. In: Krankenpflege, Heft 10.
- Frese**, M./Semmer, N. (1991) Stressfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: Der Einfluss von Kontrolle und sozialer Unterstützung. In: Greif, S. Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.), Psychischer Stress am Arbeitsplatz (S. 135-153), Göttingen.
- Frese**, Michael (1981), Streß im Büro. Bern.
- Freud**, Sigmund (1930), Das Unbehagen in der Kultur. In: Abriss der Psychoanalyse - Das Unbehagen in der Kultur. Frankfurt am Main.
- Freudenberger**, H.J. (1974), Staff burnout, Journal of Social Issues, 30 (5), S. 159-165.
- Frie**, E. (1993), Wohlfahrtsstaat und Provinz: Fürsorgepolitik des Provinzialverbandes Westfalen und des Landes Sachsen 1880-1930, Paderborn.
- Friedrichs**, Jürgen (1990), Methoden empirischer Sozialforschung, 14. Auflage, Opladen.
- Fröhlich**, E. (1991), Trägerphilosophie und Arbeitsbedingungen. In: Landau, Kurt (Hrsg.), Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. Bericht über ein Symposium, S. 444-454, München.
- Frömming-Ohmke**, R. (1996), Lernen in Organisationen. In: Altenheim 11, S. 832-841.
- Fuchs**, Harry (1997), Die Wohltaten der Pflegekasse. Satt, sauber, still - Prozeßqualität im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes? In: Soziale Sicherheit, Zeitschrift für Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, Jg. 46, Heft 10, S. 321-331.
- Funk**, Lydia (1984 a), Soziale Konflikte im Heim Teil 1. In: Mitteilungen zur Altenhilfe, Heft 2, 1984, S. 18-24, Freiburg.
- Funk**, Lydia (1984 b), Soziale Konflikte im Heim Teil 2. In: Mitteilungen zur Altenhilfe, Heft 3, 1984, S. 19-30, Freiburg.

- Fürer**, Hermann (1967), Die Altenhilfe in Alten- und Pflegeheimen. In: Beckmann, J. (Hrsg.), Kirchliches Jahrbuch der Evangelischen Kirche in Deutschland, S. 125 ff., Gütersloh.
- Garms-Homolová**, V. (1977), Synopse - Richtlinien, Regelungen und Ausbildungsordnungen zur Altenpflegeausbildung in einzelnen Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), 2. aktualisierte Auflage, Berlin.
- Garms-Homolová**, V. (1998), Gesundheitsberufe im Wandel - Qualifikationen unter Innovationsdruck. In: Bundesinstitut für Berufsbildung, Meifort, B. (Hrsg.), Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern, Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 221, S. 13-27, Bielefeld.
- Gaßmann**, R./Meinel, H. (1996), Fort- und Weiterbildungssituation in der Altenarbeit. II. Teilbericht, Angebotsstruktur-Durchführungspraxis-Marktentwicklung, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), vorgestellt 60, Köln.
- Gaßmann**, Raphael (1996), Fort- und Weiterbildungssituation in der Altenarbeit. 1. Teilbericht. Rechtliche Rahmenbedingungen, Rahmenempfehlungen und -konzepte, Qualifizierung an Hochschulen, KDA „Vorgestellt“, Band 59, Köln.
- Geiser**, Matthias (1995), Kommunale Alterssozialpolitik und Pflegeversicherung: Zur Zukunft der Altenplanung auf örtlicher Ebene. In: Igl, G./Kühnert, S./Naegele, G. (Hrsg.) SGB XI als Herausforderung für die Kommunen, Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, S. 10-40, Hannover.
- Geiser**, Matthias (1996), Alterssozialpolitik. Fragmentierung überwinden - Lebenslagen verbessern. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie Band 5, Hannover.
- Gennrich**, Rolf (1995), Dimensionen und Modelle angemessener Personalschlüssel in der stationären Altenhilfe. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) „Forum“ 22, Köln.
- Gerhard**, U. (1990), Geschlechtsspezifische Sozialpolitik und die soziale Unsicherheit weiblicher Lebenslagen. In: Döring, D./Hanesch, W./Huster, E.U. (Hrsg.), a. a. O., S. 311-331.
- Gerling**, Vera/Naegele, Gerhard (1999), Sozialpolitik ab 1945. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis, S. 197-210, Weinheim/Basel.
- Gero Care** (1997), Zeitbedarf für die Pflege älterer Menschen. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). News Letter 6/97, S. 9-23, Köln.

- Gerste, Bettina/Rehbein, Isabel** (1998), Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick, Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), Bonn.
- Giercke, Klaus Ingo** (1994), Literaturlauswertung zu dem Themenbereich „Entlastung von Fachpersonal/pflegefremde Tätigkeiten“. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Ist die Pflege überfrachtet? Problemkreis: Pflegefremde Tätigkeiten. „thema“ 93, S. 39-48, Köln.
- Gitschmann, Peter** (1994), Planung und Pflege. Konsequenzen der Pflegeversicherung für die Altenplanung. In: Braun, H. et al.(Hrsg.), Zukunft der Pflege. Beiträge zur Pflegediskussion in Altenarbeit und Gerontologie, S. 225-236, Melsungen.
- Glaser, J./Büssing, A.** (1996), Widersprüchliche Anforderungen in der Arbeitstätigkeit, Zusatzaufwand und psychischer Stress. Konzepte und Überprüfung eines Vermittlungsmodells. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 40 (N.F.14), Heft 1-4, S. 87-91.
- Glaser, Jürgen** (1997), Aufgabenanalysen in der Krankenpflege. Eine arbeitspsychologische Analyse und Bewertung pflegerischer Aufgaben, Münster.
- Gnewekow, Dirk** (1997), Soziale Dienste für alte Menschen - Anmerkungen zu Ursachen, Geschichte und Funktionen der Altenhilfe. In: Arbeit und Sozialpolitik, 51. Jahrgang, 1-2,1997, S. 45-55 .
- Goffman, Erving** (1961), Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderen Insassen, Frankfurt am Main.
- Görres, S.** (1995), Pflegehandeln bei älteren Menschen - Ansätze zur Verwissenschaftlichung und Ableitung curricularer Strukturen. In: Krüger, H./Müller, E./Piechotta, G./Remmers, H. (Hrsg.), Innovationen in der Pflege durch Wissenschaft. Positionen und Perspektiven. Reihe Forum Pflegewissenschaft Band 1, S. 72-82, Bremen.
- Görres, S.** (1996a), Pflegewissenschaft: Herausforderung für die Forschung - Innovation für die Praxis. In: Görres, S./Koch-Zadi, D., et al. (Hrsg.), Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Reihe: Forum Pflegewissenschaft, Band 2, S. 61-75, Bremen.
- Görres, S.** (1996b), Pflegewissenschaft - die Anfänge sind gemacht. Mabuse, Nr. 102, S. 44-47.
- Görres, S./Friesacher, H.** (1998), Pflegewissenschaft in Deutschland - Gegenwärtiger Stand und Entwicklungsperspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 31, Heft 3, S. 157-169, Darmstadt.
- Grauwinkel, Klaus/Jamros, Gunar/et.al** (1996), Pflegende sind im Nachtdienst besonders gefordert. In Pflegezeitschrift 49 (1996) 4, S. 264-266.
- Gräwe, H./Graf, H./Hansel, H./Rak, J.** (1997), Wann ist Qualitätssicherung überhaupt sinnvoll? In: Pflegezeitschrift 9, S. 535-538.

- Greif, S./Bamberg, E./Dunkel, H. et al.** (1983), Abschlussbericht des Forschungsprojektes "Psychischer Stress am Arbeitsplatz - hemmende und fördernde Bedingungen für humanere Arbeitsplätze", Universität Osnabrück.
- Greif, S.** (1991), Stress in der Arbeit -Einführung und Grundbegriffe-. In: Greif, S. Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.), Psychischer Stress am Arbeitsplatz (S. 1-28), Göttingen.
- Greif, S./Kurtz, H.** (1989), Ausbildung, Training und Qualifizierung. In: Greif, S./Holling, H./Nicholson, N. (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie. Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen, S. 149-161, München.
- Greiner, U.** (1996), Erste Ergebnisse des Mikrozensus April 1995. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 5, S. 304-312.
- Grieger, Peter** (1996), Die unendliche Geschichte. Eine Chronologie der Pflegeversicherung. In: Altenpflege 7/96, S. 474-475.
- Grond, Erich** (1988), Die Pflege verwirrter alter Menschen, Freiburg im Breisgau.
- Gros, Eckhard** (1993), Analyse von Arbeitstätigkeiten: Ermittlung von Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz. In: Gros, E. (Hrsg.) Anwendungsbezogene Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie. Eine Einführung. Göttingen.
- Grünheid, E./Schulz, R.** (1996), Bericht 1996 über die demographische Lage in Deutschland. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 21, S. 345-439.
- Güntert, B./Orendi, B./Weyermann, U.** (1989), Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Startegien zur Verbesserung, Bern/Stuttgart/Toronto.
- Günther, B.** (1998), Morbidität und Krankheitskosten von Alten. In: Gesundheitswesen 60, S. 39-46.
- Hacker, W.** (1980), Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie. Psychische Struktur und Regulation von Arbeitstätigkeiten, Berlin.
- Hacker, W.** (1986), Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten, Bern.
- Hacker, W.** (1989) Vollständige vs. unvollständige Arbeitstätigkeiten. In: Greif, S./Holling, H./Nicholson, N. (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie. Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen (S. 463-465), München.
- Hacker, W./Reinhold, S.** (1998a), Beanspruchungsanalyse bei Pflegetätigkeiten zur Ableitung arbeitsorganisatorischer Verbesserungsmöglichkeiten. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 52, (1); S. 7-14.
- Hacker, W./Reinhold, S.** (1998b), Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System). Frankfurt a. M.

- Hacker, W./Reinhold, S./Darm, A./ Hübner, I./ Wollenberger, E.** (1995a), Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System). Forschungsberichte Bd. 27 . In: Institut für Allgemeine Psychologie und Methoden der Psychologie der Technischen Universität Dresden.
- Hacker, W./Reinhold, S./Darm, A./ Hübner, I./ Wollenberger, E.** (1995b), Tätigkeitsbewertungssystem. Verfahren zur Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation Bd. 7. Zürich.
- Hacker, W./Richter, P.** (1980), Psychologische Bewertung von Arbeitsgestaltungsmassnahmen - Ziele und Bewertungsmaßstäbe. Spezielle Arbeits- und Ingenieurpsychologie (Hrsg. Hacker, W.), Lehrtext I, Berlin.
- Hacker, W./Richter, P.** (1984), Psychische Fehlbeanspruchung: Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Streß (2. Aufl.), Berlin.
- Hacker, Winfried** (1973), Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie, Berlin.
- Hacker, Winfried** (1978), Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie (2. Auflage), Bern.
- Hacker, Winfried** (1987), Software-Ergonomie: Gestalten rechnergestützter Arbeit? In: Schönplflug, W./Wittstock, M. (Hrsg.), Software Ergonomie 1987: Nützen Informationssysteme dem Benutzer? (S. 31-54), Stuttgart.
- Hackman, J.R./Oldham, G.R.** (1975), Development of the Job Diagnostic Survey. Journal of Applied Psychology 60, S. 159-170.
- Hackman, J.R./Oldham, G.R.** (1976), Motivation through the design of work: test of a theory. Organizational Behavior and Human Performance 16, S. 250-279).
- Hamperl, H.** (1966), Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. Berlin/Heidelberg/New York.
- Handy, J.A.** (1988), Theoretical and methodological problems within occupational stress and burnout research, Human Relations, 41 (5), S. 351-369.
- Heeg, S.** (1991), Möglichkeiten zur psychosozialen Entlastung des Pflegepersonals - zur Rolle des architektonischen Milieus. In Landau, Kurt (Hrsg.), Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim (S. 104 - 130). München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung.
- Heinemann-Knoch, M./v. Kardorff, E./Klein-Lange, M.** (1992), Verwirrte alte Menschen. Empirische Studien zur Versorgungslage und zur alltäglichen Problembewältigung durch Betroffene, Angehörige und Versorger. KDA Forum 19, Köln.

- Heinze, R.G./Naegele, G./Strünck, Ch.** (1996), Soziale Dienste unter Modernisierungsdruck: Neue Bedarfe und Entwicklungstrends im Altenbereich. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 29, Heft 1, S.46-50.
- Hennecke-Court, Mathias** (1994), Veränderte Arbeitsbedingungen und Arbeitsaufträge für das Pflegepersonal in der stationären Altenhilfe. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Ist die Pflege überfrachtet? Problemkreis: Pflegefremde Tätigkeiten. „thema“ 93, S. 3-5, Köln.
- Herschbach, P.** (1991), Stress im Krankenhaus. Die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 41 (5), S. 176-186.
- Herzberg, F./Mausner, B./Snyderman, B.** (1959), The Motivation to Work, New York.
- Hessel, A./Gunzelmann, T./Geyer, M./Brähler, E.** (2000), Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland - gesundheitliche, sozialstrukturelle, soziodemographische und subjektive Faktoren. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 33, Heft 4, S. 289-299, Darmstadt.
- Hirsch, Rolf Dieter** (1983), Arbeitsbelastung und deren Bewältigung. Soziale, psychische und somatische Belastungen, Bewältigung und Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Eine Analyse vorliegender Ansätze und eine empirische Untersuchung des Pflegepersonals in einer Nervenklinik, München.
- Hirsch, Rolf Dieter** (1993), Balintgruppe und Supervision in der Altenarbeit, München/Basel
- Hollmann, S./Kylian, H./Klimmer, F. et al.** (1999), Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Beschäftigten in der stationären Altenhilfe. Eine Längsschnittstudie in 16 Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Abschlußbericht. Institut für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund (Hrsg.), Dortmund.
- Holz, Gerda** (1996) Altenpolitik. In: Kreft, D./Mielenz, I. (Hrsg.), Wörterbuch Soziale Arbeit, S. 42-47, Weinheim.
- Hoppock, R.** (1935), Job Satisfaction, New York.
- Igl, Gerhard** (1995), Die Pflegeversicherung -Strukturelle Auswirkungen und Konsequenzen für die Kommunen- In: Igl, G./Kühnert, S./Naegele, G. (Hrsg.), SGB XI als Herausforderung für die Kommunen, Dortmund-der Beiträge zur angewandten Gerontologie, S. 10-40, Hannover.
- Igl, Gerhard** (1999), Rechtswissenschaften. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis, S. 211-229, Weinheim/Basel.
- Institut für Demoskopie Allensbach** (1997), Was bedeutet menschenwürdige Pflege? Paul-Lempp-Stiftung (Hrsg.), Stuttgart.

- Irmak, K.H.** (1998), Anstaltsfürsorge für „Alterssiche“ von Weimar bis Bonn (1924-1961). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 31, Heft 6, S. 438-447, Darmstadt.
- Isaac-Candeias, P.** (1986), Lust und Frust - Der Pflegealltag. In: Altenpflege, 9, S. 553-558.
- Jakob, A./Busse, A. et al.** (2002), Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich mit Privathaushalten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 5, S. 474-481, Darmstadt.
- Junge, Medard** (1998), Die Wohltaten der Pflegekasse. Satt, sauber und zufrieden - Eine Antwort auf Harry Fuchs. In: Soziale Sicherheit, Zeitschrift für Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik Jg. 47, Heft 1, S. 20-26.
- Kaatsch, H.-J./Schewe, G.** (1996), Rechtliche Aspekte bei der Behandlung und Pflege alter Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 29, Heft 3, S. 176-179, Darmstadt.
- Kähler, Wolf-Michael** (1996), SPSS für Windows. Eine Einführung in die Datenanalyse für die aktuellen Versionen, Braunschweig/Wiesbaden.
- Kahn, R.L. & Antonucci, T.C.** (1980), Convoys over the life course: Attachments, roles and social support. In: Baltes P.B. & Brim, O. (Eds.), Life-span development and behavior (Vol. 3. pp. 475 - 482), New York: Academic Press.
- Käppeli, S.** (1989), Projekt „Treffpunkt“ - Ein Aktionsforschungsprojekt in einem Pflegeheim. In: Pflege, 2, S. 49-57.
- Kaufmann, I./Pornschnegler, H./Udris, I.** (1982), Arbeitsbelastungen und Beanspruchungen. In Zimmermann, L. (Hrsg.), Humane Arbeit - Leitfaden für Arbeitnehmer, Band 5: Belastungen und Stress bei der Arbeit (s. 13-48), Reinbek.
- Kempe, P./Closs, Chr.** (1984), Bedeutung und Hintergrund altruistischer Motivation in der Altenpflege. In: Altenheim, 23, S. 330-333.
- Kempe, P./Lindner, I./Sauter, M.** (1991), Besonderheiten burnoutgefährdeter Altenpflegerinnen, welche von einem Angebot zur Burnout-Prophylaxe Gebrauch machten. In: Landau, K. (Hrsg.) Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. Bericht über ein Symposium. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung, München.
- Kempe, P./Lindner, I./Sauter, M.** (1992), Burn-Out, Ausbrennen. Abschlußbericht für das Projekt „Balint-Gruppen und TZ-Kurse zur Prophylaxe des Burn-Out bei Altenpflegerinnen“, Hamburg.
- Kern, H./Schumann, M.** (1977), Industriearbeit und Arbeitsbewußtsein, Frankfurt am Main.
- KKF-Verlag** (1995), Pflegeversicherung und ambulante Krankenpflege in Bayern. Gesetz-Richtlinien-Verträge, Altötting.

- KKF-Verlag** (1996), Pflege VG Handbuch Pflegeversicherungsgesetz, Altötting.
- Kleiber, Anne** (2003), Kleine Datensammlung Altenhilfe. Ausgewählte Zahlen und Fakten zu Alter, Altern und Alten. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln.
- Kleiber, D./Gusy, B./Enzmann, D./Beerlage, I.** (1992), Arbeitssituation und Belastungen von Beschäftigten im AIDS-Bereich, Berlin.
- Kleinbeck, U.** (1987), Gestaltung von Motivationsbedingungen der Arbeit. In Keinbeck, U./Rutenfranz, J. (Hrsg.), Arbeitspsychologie (S. 440-492). Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band I, Göttingen.
- Klie, Thomas** (1994a), Sozialpolitische Förderungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten für Pflegende und Gepflegte mit Einführung der Pflegeversicherung. In: Institut für Gerontologische Forschung e.V. (Hrsg.), Pflegen und Gepflegt werden - zu einer neuen Kultur des Helfens, Dokumentation, München.
- Klie, Thomas** (1994b), Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Entwurf des Pflegeversicherungsgesetzes. In: Braun, H. et al.(Hrsg.), Zukunft der Pflege. Beiträge zur Pflegediskussion in Altenarbeit und Gerontologie, S. 427-436, Melsungen.
- Klie, Thomas** (2000), Leistungen und Entgelte in vollstationären Einrichtungen. Das Konzept der Pflegeversicherung und seine Implementationsprobleme. In: Igl, G./Klie, T. (Hrsg.) Pflegeversicherung auf dem Prüfstand. Analysen und Perspektiven zum Vergütungs- und Leistungserbringungsrecht in stationären Pflegeeinrichtungen, S. 69-97, Hannover.
- Kliebsch, U./Reiser, K./Brenner, H.** (1997), Reliabilitätsstudie zum Begutachtungsverfahren der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Gesundheitswesen 59, Sonderheft 1, S. 34-41.
- Klose, Hans-Ulrich** (1996), Revolution auf leisen Sohlen-Politische Schlußfolgerungen aus dem demographischen Wandel. In: Forum Demographie und Politik, Special, S. 3-32, Bonn.
- Klotter, C.** (1997), Aktuelle Perspektiven von Prävention vor dem Hintergrund geschichtlicher Bezüge. In: Prävention im Gesundheitswesen, S. 19-38, Göttingen.
- Knaus, J.P.** (1980), Umwelt als Krankheitsursache, Heidelberg.
- Knobling, C.** (1983), Interaktionsprobleme im Altenheim. Eine qualitative Analyse des Umgangs zwischen jungen Altenpflegern und pflegebedürftigen Heimbewohnern in berufspädagogischer Absicht, Dissertation, Würzburg.
- Knobling, K.** (1985), Konfliktsituationen im Altenheim - eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal, Freiburg.

- Knörr, P./Pfaff, A.B./Rindsfüßer, C.** (1996), Konzept kleinräumiger Bedarfsplanung: Erste Auswirkungen der Pflegeversicherung. In: Tews, H.-P. et al. (Hrsg.), Altern und Politik. 2. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, S. 193-209, Melsungen.
- Koch, Andrea/Kühnert, Sabine** (1992), Das Fort- und Weiterbildungsangebot für professionelle Mitarbeitergruppen in der Altenarbeit in den alten Bundesländern. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Hrsg.) 1993, Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung - IV Angebote und Bedarf im Kontext von Hilfe, Behandlung, beruflicher Qualifikation, S. 317-358, Berlin.
- Kohli, M.** (1994), Altern in soziologischer Perspektive. In: Baltes, P.B./Mittelstraß, J./Staudinger, U. (Hrsg.), Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie, S. 231-259, Berlin.
- Kohli, M. et al.** (1997), Krieg der Generationen? Die politische Macht der Älteren. In: Deutsches Institut für Fernstudienforschung (DIFF) (Hrsg.), Funkkolleg Altern; Studienbrief 7, Tübingen.
- Krings-Heckemeier, M.-Th./Pfeiffer, U./Schneider-Wessling, G. et al.** (1993), Altersgerechtes Wohnen- Antwort auf eine demographische Herausforderung, Bundesgeschäftsstelle der Landesbausparkassen (Hrsg.), Bonn.
- Kruse, A./Kröhn, R./Langerhans, G./Schneider, C.** (1992), Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bonn.
- Kruse, Anna-Paula** (1987), Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz.
- Kuhlmey, A./Winter, M.H.-J.** (2000), Qualifikationsentwicklung in der deutschen Pflege - Ergebnisse einer aktuellen Datenanalyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 33, Heft 6, S. 480-487, Darmstadt.
- Kühnert Sabine** (1995), Qualifizierungsstrategien als Instrumente der Personalentwicklung in der Altenarbeit. In: Kühnert, S. (Hrsg.), Qualifizierung und Professionalisierung in der Altenarbeit. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Band 3, S. 13-32, Hannover.
- Kühnert, S.** (1991), Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Frankfurt.
- Kühnert, S./Gaßmann, R.** (1997), Fort- und Weiterbildung als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Altenpflege- Ergebnisse einer empirischen Erhebung zur Ist-Situation und zu Veränderungsnotwendigkeiten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 30, Heft 2, S. 109-115, Darmstadt.

- Kühnert, S./Naegele, G.** (1993), Strukturwandel des Alters und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Gestaltung stationärer Alteneinrichtungen. In: Kühnert, S./Naegele, D. (Hrsg.), Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit, S. 129-147, Hannover.
- Kühnert, S./Naegele, G.** (1995), Hochschulausbildung für Sozialgerontologen - Begründung und erste curriculare Überlegungen. In: Kühnert, S. (Hrsg.), Qualifizierung und Professionalisierung in der Altenarbeit. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Band 3, S. 79-98, Hannover.
- Kühnert, S./Schnabel, E.** (1996), Gegenwärtige Personalsituation und Qualifizierungserfordernisse in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 29, Heft 6, S. 411-417, Darmstadt.
- Kühnert, Sabine** (1992), Fort- und Weiterbildung in der Altenarbeit: Bedarfsfeststellung und Qualitätsstandards. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Vernetzung in Altenarbeit und Altenpolitik. Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik, S. 115-122, Köln.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe** (1987), Neue Konzepte für das Pflegeheim auf der Suche nach mehr Wohnlichkeit. In: Presse- und Informationsdienst 5/87, Köln.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe** (1988), Neue Konzepte für das Pflegeheim auf der Suche nach mehr Wohnlichkeit. Reihe „vorgestellt“ Nr. 46, Köln.
- Laaser, U./Hölling, G.** et al. (1997), Auswirkungen der neuen Entgeltform lt. PflegeVG auf die Versorgung von BewohnerInnen im stationären Bereich der Altenhilfe. Bericht vom Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik (IBS), Universität Bielefeld.
- Laga, Gerd** (1998), Einige Empirische Befunde zur Zufriedenheit in Pflegeberufen. In: Pflegemanagement, Heft 4, 1998, S. 30-33.
- Landau, K./Imhof-Gildein, B./Schreiber, G.** (1991), Beanspruchung des Pflegepersonals. Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.), Stuttgart.
- Landau, K./Imhof-Gildein, B./Schreiber, G.** (1991), Beanspruchung des Pflegepersonals. Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Baden-Württemberg (Hrsg.), Stuttgart.
- Landenberger, M./Ortmann, J.** (1999), Pflegeberufe im europäischen Vergleich. Expertise der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege, Senatsverwaltung für Arbeit, Berlin.
- Lazerus, R.S./Launier, R.** (1981), Streßbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In Nitsch, J.R. (Hrsg.), Streß (S. 213-259), Bern.

- Lehr**, Ursula, Maria (1991), Sozialpolitische Aspekte des Alterns aus der Sicht der Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. In: Oswald, W./Lehr, U.M. (Hrsg.) Altern - Veränderung und Bewältigung, Bern/Stuttgart/Toronto.
- Leitner**, K./**Lüders**, E./**Greiner**, B./**Ducki**, A./**Niedermeier**, R./**Volpert**, W. (1993), Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büro-Verfahren, Göttingen.
- Leitner**, K./**Volpert**, W./**Greiner**, B./**Weber**, W.G./**Hennes**, K. (1987), Analyse psychischer Belastung in der Arbeit. Das RHIA-Verfahren. Handbuch, Köln.
- Leontjew**, A.N. (1982), Tätigkeit, Bewußtsein. Persönlichkeit, Köln.
- Lind**, S. (1991), Untersuchungen zur Angehörigenmitarbeit. In: *Altenheim*, 30, S. 243-249.
- Lind**, Sven (1995), Das Altenpflegeheim. Entwicklungsgeschichte, Problemfelder und Lösungsansätze in der stationären Langzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Sozialer Fortschritt*, S. 31-38.
- Linden**, M./**Geiselmann**, B./**Borchelt**, M. (1992), Multimorbidität, Multimedikation und Medikamentenoptimierung bei alten Patienten. In: Lungershausen, E. (Hrsg.), *Demenz*, S. 231-240, Berlin.
- Linhart**, M. (1994), Durch Mitarbeiterbefragung bessere Arbeitssituation? In: *Pflege aktuell*, Heft 1, 1994, S. 35-40).
- Luckmann**, T./**Sprondel**, W.M. (1972) (Hrsg.), *Berufssoziologie*. Köln.
- Mahnkopf**, W. (1991), Zur Motivation der Berufswahl von Altenpflegeschülerinnen. Diplomarbeit, Universität Heidelberg.
- Mailander** (1924), *Altersheim*. In: Karstedt (Hrsg.), *Handbuch der Wohlfahrtspflege*, S. 12 ff., Berlin.
- Maslach**, C. (1976), Burned-out, *Human Behavior*, 5 (9), S. 16-22.
- Maslach**, C./**Jackson**, S.E. (1981), The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, S. 99-113.
- Maslach**, C./**Jackson**, S.E. (1984), Burnout in organizational settings. In: *Oscamp*, S. (Hrsg.), *Applied Social Psychology Annual*. Vol. 5, Beverly Hills, S. 133-153.
- Maslach**, C./**Jackson**, S.E. (1986), *Maslach Burnout Inventory: Second edition*. Palo Alto, In: Consulting Psychologists Press.
- Matern**, B. (1983), *Psychologische Arbeitsanalyse. Spezielle Arbeits- und Ingenieurpsychologie* (Hrsg. Hacker, W.), *Lehrtext 3.*, Berlin.
- Mayer**, Karl Ulrich/**Baltes**, Paul B. (1996) (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*, Berlin.
- Meier**, M. (1989) Angehörige in der Langzeitpflege. In: *Pflege*, 2, S. 92-104.
- Meleis**, Afaf Ibrahim (1999), *Pflegetheorien. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

- Merboth, H./Walter, A./Böger, S.** (1997), Arbeitsbelastungen und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden in den Neuen Bundesländern. In: *Pflege Aktuell* 51, (10), S. 595-598.
- Mergner, U.** (1992), Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenpflege, Entstehungszusammenhänge, Problemzonen, Ansatzpunkte für veränderungsorientiertes Handeln, Wiesbaden.
- Meyer-Kriechbaum, Waltraud** (2000), Hat die Altenpflegeausbildung noch eine Zukunft? In: *Evangelische Impulse, Forum für Gerontologie, Geriatrie, Pflege, Altenarbeit, Seelsorge*, 22. Jhrg., Heft 3, S. 12-14, Stuttgart.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Baden Württemberg** (1992), Initiative 3. Lebensalter, Schriftenreihe Politik für die ältere Generation Nr. 10, Stuttgart.
- Mohr, G.** (1991), Fünf Subkonstrukte psychischer Befindungsbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern: Auswahl und Entwicklung. In: Greif, S./Semmer, N. (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 91-119), Göttingen.
- Moldaschl, M.** (1991), *Frauenarbeit oder Facharbeit?* Frankfurt a. Main.
- Müller, E.** (1969), Gesundheit und Krankheit. In: Altmann, H.-W. et al. (Hrsg.), *Handbuch der allgemeinen Pathologie. Band I. Prolegomena einer allgemeinen Pathologie.* Berlin/Heidelberg/New York.
- Müller, St./Spaude, E.** (1992), *Altengerechte Technik - Projektseminar: Ergonomische Schwachstellenanalyse am Pflegebett.* Manuskript, Hohenheim.
- Münsterberg, Hugo** (1912), *Psychologie und Wirtschaftsleben*, Leipzig.
- Naegele, G./Igl, G.** (1993), Neue Aspekte der Pflege? Zur vorgesehenen Qualitätssicherung im Pflege-Versicherungsgesetz. In: *Soziale Sicherheit, Zeitschrift für Arbeitsmarkt und Sozialpolitik*, 8/9, 42. Jahrgang, S. 236-243.
- Naegele, G./Olbermann, E./Dietzel-Papakyriakou, M.** (1997), Älter werden in der Migration. Eine neue Herausforderung für die kommunale Sozialpolitik. In: *Sozialer Fortschritt, Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik*, 46. Jahrgang, Heft 4, S. 81-86.
- Naegele, G./Tews, H.-P.** (1993a), Theorieansätze und -kritik zur Altersentwicklung - Neue und alte sozialpolitische Orientierungen. In: diess. (Hrsg.), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*, S. 328-367, Opladen.
- Naegele, G./Tews, H.P.** (Hrsg.) (1993b), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik*, Opladen.
- Naegele, Gerhard** (1991a), Anforderungen an eine zukunftsorientierte Altenpolitik unter besonderer Berücksichtigung der kommunalen Ebene. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 11. S. 418-425.

- Naegele, Gerhard** (1991b), Anmerkungen zur These vom Strukturwandel des Alters aus sozialpolitikwissenschaftlicher Sicht. In: Sozialer Fortschritt, Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, 5-7, S. 159-168.
- Naegele, Gerhard** (1995a), Demographischer und sozialstruktureller Alterswandel - Anforderungen an soziale Dienste in der Altenarbeit und -hilfe. In: Zeitschrift Sozialer Fortschritt, 5/95, S. 118-125.
- Naegele, Gerhard** (1995b), Lebenslagen älterer Menschen, Dortmund (Mskr.)
- Naegele, Gerhard** (1996), Demographischer Wandel. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 29, Heft 1, S.2.
- Naegele, Gerhard** (1999), Zur politischen Beteiligung älterer Menschen in Deutschland - unter besonderer Berücksichtigung der Seniorenvertretungen. In: Naegele, G./Schütz, R.-M. (Hrsg.), Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen, S. 238-248, Opladen/ Wiesbaden.
- Naegele, Gerhard** (2002), Die Bundestags-Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ legt ihren Abschlußbericht vor. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 5, S.482-486.
- Naegele, Gerhard** (2002a), Perspektiven in der stationären Altenpflege. Manuskript, Vortrag, Dortmund.
- Nakielski, Hans** (1995), Vielen Heimbewohnern stehen jetzt Leistungen der Pflegekassen zu - Heimträger müssen „eigenen Haushalt“ ermöglichen, In: KDA Presse und Informationsdienst S. 3, Köln.
- Nerger-Zieher, Brigitte** (1998), Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die stationäre Altenpflege. In: Pflege Aktuell, Jg. 52, Heft 11, S. 83-87.
- Neubauer, G./Rehermann, P./Schallermair, C.** (1997), Findung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung für die stationäre Pflege. Institut für Gesundheitsökonomik (ifg).
- Neuberger, Oswald** (1982), Der Arbeitsbeschreibungsbogen. Seine Anwendung in der Praxis. Goch: Bratt-Institut für Neues Lernen.
- Neuberger, Oswald/Allerbeck, Mechthild** (1978), Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Erfahrungen mit dem <Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)>, Stuttgart/Wien.
- Noelle-Neumann, E./Haumann, W.** (2000), Altenpflege Beruf oder Berufung? Bericht über eine repräsentative Befragung von Altenpflegeschülern/innen zur Attraktivität vom Pflegeberuf. Paul-Lempp-Stiftung (Hrsg.), Allensbach.
- Oesterreich, R.** (1981), Handlungsregulation und Kontrolle, München.
- Oesterreich, R./Leitner, K.** (1989), Handlungspsychologische Arbeitsanalyseverfahren „VERA“ und „RHIA“. In: Greif, S./Holling, H./Nicholson, N. (Hrsg.) Arbeits- und Organisationspsychologie. Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen (S. 240-244), München.

- Oesterreich, R./Volpert, W.** (1987), Handlungstheoretisch orientierte Arbeitsanalyse. In: Rutenfranz, J./Kleinbeck, U. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Band Arbeitspsychologie (S. 43-73), Göttingen.
- Olbermann, E./Dietzel-Papakyriakou, M.** (1996), Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer. Forschungsbericht, BMA-Schriftenreihe Sozialforschung, 253, Berlin.
- Oppikofer, S./Albrecht, K. et al.** (2002), Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 1, S. 39-48, Darmstadt.
- Ostner, I./Beck-Gernsheim, E.** (1979), Mitmenschlichkeit als Beruf, Frankfurt am Main.
- Perrar, Klaus, Maria.** (1995), Zum Verhältnis von Burnout und psychischem Stress in der Krankenpflege, Aachen.
- Petereit, Jürgen** (2002), Modellprojekt: „Zusammenleben im Pflegeheim“, Endbericht. Social invest consult (Hrsg.), Augsburg.
- Pfaff, Anita B.** (1993), Sozialbudget des Alters. In: Klose, Hans-Ulrich (Hrsg.), Altern der Gesellschaft. Antworten auf den demographischen Wandel, S. 121-150, Köln.
- Pfaff, Anita B.** (1994a), Zukunft der Pflege in der Rezession- Demographischer Umbruch und neue Umverteilung. In: Braun, H. et al. (Hrsg.), Zukunft der Pflege. Beiträge zur Pflegediskussion in Altenarbeit und Gerontologie, S. 27-71, Melsungen.
- Pfaff, Anita B.** (1994b), Kosten der ambulanten Pflegeleistungen. Auswirkungen der demographischen Entwicklung. In: DOK- Politik Praxis Recht, AOK Bundesverband, 22/94, 76. Jahrgang, S. 723-731.
- Pfaff, Anita B./Pfaff, Martin** (1995), Die Familie als Leistungsempfänger im Gesundheitswesen. In: Kleinhenz, Gerhard (Hrsg.), Soziale Ausgestaltung der Marktwirtschaft, Sozialpolitische Schriften, Heft 65, S. 195-224, Berlin.
- Pflege intern** (2000), Modellprojekt: Heime brauchen 40 Prozent mehr Personal, S. 16, Berlin.
- Pines, A.** (1982), Helpers`motivation and the burnout syndrome. In: Wills, T.A. (Ed.): Basic processes in helping relationships, New York: Academic Press, S. 453-475.
- Pines, A.M./Aronson, E./Kafry, D.** (1983), Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung, Stuttgart.
- Pittner, Peter M.** (1986), Arbeitsbelastung und -beanspruchung von Assistenzärzten in medizinischen Abteilungen von Universitätskrankenhäusern. Stresskonzepte, Forschungsergebnisse und empirische Untersuchungen, Frankfurt.

- Plath, H.-E./Richter, P.** (1984), Ermüdung-Monotonie-Sättigung-Streß. MMS. Verfahren zur skalierten Erfassung erlebter Beanspruchungsfolgen, Berlin.
- Reinhold, S./Hacker, W./Hübner, I.** (1994), Beanspruchungsanalysen bei Pflegetätigkeiten zur Ableitung arbeitsorganisatorischer Verbesserungsmöglichkeiten: Studie zu Untersuchungsinstrumenten. Dresden.
- Reischies, FM./Geiselmann, B./Geßner, R.** (1997), Demenz bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. In: *Nervenarzt* 68, S. 719-729.
- Reschl-Rühling, Gerda** (1999) Erwartungen an die Ausbildung und den Beruf des Altenpflegers. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 32, Heft 1, S. 24-28, Darmstadt.
- Resnick, N.M.** (1994), Geriatric Medicine. In: Isselbacher, K.J./Braunwald, E./et al. (Hrsg.), *Harrisoness Principles of Internal Medicine*. Vol. 1, 13th ed., S. 30-38, Mc-Graw-Hill.
- Richter, D./Lowens, S./Liekenbrock, A.** (2000), Psychosozialer Pflegebedarf in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 33, Heft 1, S. 17-23.
- Rimann, M./Udris, I. et al.** (1993), Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatbereich. Eine quantitative Studie, Forschungsprojekt SALUTE. Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese. Bericht Nr. 3, Zürich.
- Robert-Bosch-Stiftung** (1992), Pflege braucht Eliten. Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Beitrag zur Gesundheitsökonomie, Band 28, Gerlingen.
- Robra, B.-P.** (1989), Bluthochdruck. In: Schach, E./Schwartz, F.W./Kerek-Bodden, H.E. (Hrsg.) , *Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, S. 187-192, Köln.
- Rohleder, Christian** (1999), Untersuchung zur Fort- und Weiterbildungssituation in der Altenarbeit. 3. Teiluntersuchungsabschnitt, Qualifizierungsstrategien in Einrichtungen der Altenhilfe, KDA thema 142, Köln.
- Rohmert, W./Rutenfranz, J.** (1975), Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn.
- Rosenthal, T.** (1993), Der Arbeits- und Gesundheitsschutz des Krankenpflegepersonals angesichts der EU-Richtlinien zum „Heben und Tragen“. In: *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 46, 3, Beilage.

- Roth, G./Rothgang, H.** (2001), Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, Heft 4, S. 292-305, Darmstadt.
- Rothgang, Heinz** (1997), Die Wirkung der Pflegeversicherung. Analysen von Effekten des Pflege-Versicherungsgesetzes. In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 28. Jahrgang, Nr. 3, S. 191-219, Frankfurt am Main.
- Rothgang, Heinz** (2001), Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklung in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte, 2001 Gutachten für die Enquête-Kommission "Demographischer Wandel.
- Rubenstein, S.** (1977), Grundlagen der Allgemeinen Psychologie. 9. Auflage, Berlin.
- Rückert, W.** (1985), Sozialkontakte von Pflegeheimbewohnern innerhalb und außerhalb des Heimes. In: Mitteilungen zur Altenhilfe, 22, S. 26- 33.
- Rückert, Willi** (1992), Bevölkerungsentwicklung und Altenhilfe. Folgen der Bevölkerungsentwicklung für die Altenhilfe- von der Kaiserzeit über das Jahr 2000 hinaus. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) Köln.
- Rühmann, H./Bubb, H** (1981), Belastung und Ermüdung. In: Stoll, F., Die Psychologie des XX. Jahrhunderts. Band 13. Anwendungen im Berufsleben, Zürich.
- Samson, E.** (1990), AussteigerInnen und KämpferInnen halten sich die Waage. In: Altenpflege, 15, S. 507-510.
- Schach, E./Schwartz, F.W./Kerek-Bodden, H.E.** (Hrsg.) (1989), Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln.
- Schäfer, Dirk** (1997), Eine „verschworene Gemeinschaft“ leistet gute Pflege. In: Pflegzeitschrift Nr. 1/97, S. 853-856
- Schäfer-Walkmann, S./Kolben, A./ et al.** (2002) Pflege der Profis. Modellprojekt. Neues Soziales Wissen (Hrsg.), Augsburg.
- Schäfer-Walkmann, Susanne** (2002a, Zeitverwendung und Zeitressourcen für pflegerische Tätigkeiten in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe. Eine theoretische und empirische Untersuchung, München.
- Schäfer-Walkmann et al.** (1999), Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Pflegeleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden. Eine Untersuchung des Inifes-Institutes Leitershofen, (unveröffentlicht).
- Schaube, Werner** (1996), Handlungsorientierung für Praktiker. Ein Unterrichtskonzept macht Schule, Darmstadt.
- Schiesser, A.** (1987), Personalprobleme in Spitälern. Analyse und Empfehlungen mit Hilfe eines rollentheoretischen Ansatzes. Bern.

- Schipperges**, Heinrich (1996), Krankenpflege im christlichen Mittelalter. Die Benediktiner als Wegbereiter der Klostermedizin. In: Schott Heinz (Hrsg.), Meilensteine der Medizin, S. 129-132, Harenberg.
- Schlüter**, G. (1994), Arbeitsbelastungen und Arbeitszufriedenheit beim Krankenhauspersonal. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 4, 1994, S. 314-318.
- Schlüter**, Wilfried (1996), Zurück in die Zukunft. Was die Umsetzung der Pflegeversicherung für die Heime bedeutet. In: Altenpflege 7/96, S. 470-471.
- Schmähl**, Winfried (1992), Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfundierte Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Band 10 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Stuttgart/Berlin/ Köln.
- Schmidbauer**, W. (1977), Die hilflosen Helfer, Reinbek.
- Schmidt**, Roland (1989), Die „schlaue“ Altenhilfe. Zur Entwicklung des Fort- und Weiterbildungsmarktes in den achtziger Jahren. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Hrsg.), Nr. 77, Berlin.
- Schmidt**, Roland (Hrsg.) (2000), Pflege & Wohnen. Strategien zur Neuausrichtung. Hannover.
- Schmitt**, E. (2001), Zur Bedeutung von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter für das subjektive Alterserleben und die Wahrnehmung von Potentialen und Barrieren eines mitverantwortlichen Lebens. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, Heft 3, S. 218-231, Darmstadt.
- Schmitz-Scherzer**, R. et al. (1994), Besondere Belastungen im Altenpflegeberuf und Möglichkeiten der Intervention. In: Kruse, A./Wahl, H.-W. (Hrsg.), Altern und Wohnen im Heim, S. 177-189, Bern.
- Schneekloth**, U./Müller, U. (1995), Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen - Schnellbericht zur Infratest-Heimerhebung 1994. In: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Dokumentation des 1. Symposiums, S. 13-52, Bonn.
- Schneekloth**, U./Müller, U. (1998), Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen: Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Bonn.
- Schneekloth**, U./Müller, U. (2000), Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.

- Schneekloth, U./Potthoff, P. et al.** (1996), Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Bd. 111.2, Bonn.
- Schneekloth, Ulrich** (1996), Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Alter. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 29, Heft 1, S. 11-17, Darmstadt.
- Schnell, Rainer/Hill, Paul/Esser, Elke** (1999), Methoden der empirischen Sozialforschung, München, Wien, Oldenbourg.
- Schnetz, D.** (1995), Zur beruflichen Weiterentwicklung von Altenpflege-Fachkräften - Ergebnisse einer Befragungsaktion im Großraum Nürnberg. Arbeitspapier.
- Schölkopf, Martin** (1998), Die Altenpflege und die Daten: Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. In Sozialer Fortschritt, 47 Jahrgang, Heft 1, S. 1-9, Bonn.
- Schönflug, W.** (1987), Beanspruchung und Belastung bei der Arbeit- Konzepte und Theorien. In Kleinbeck, U./Rutenfranz, J. (Hrsg.), Arbeitspsychologie (S. 130-184). Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band I, Göttingen.
- Schreiber, G.** (1991), Erfassung von Arbeitsinhalten und -bedingungen in der Altenpflege mit Hilfe von arbeitswissenschaftlichen Methoden. In: Landau, K. (Hrsg.), Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim, Bericht über ein Symposium, S. 235-249, München.
- Schulordnung für die Fachschulen für Altenpflege, für Altenpflegehilfe und für Familienpflege** (1985), Maiß Verlag (Hrsg.), München.
- Schulte et al.** (1991), Zur Lebenssituation älterer Ausländer in Niedersachsen. In: Die Ausländerbeauftragte Niedersachsen (Hrsg.), Altern in der Fremde, S. 32-103, Hannover.
- Schulte, Bernd** (1996), Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen - Vergleichender Gesamtbericht, Band 132.1 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart/Berlin/Köln.
- Schütze, Y./Wagner, M.** (1995), Familiäre Solidarität in den späten Phasen des Familienverlaufs. In: Nauck, B./Onnen-Isemann, C. (Hrsg.), Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung, Neuwied/Kriftel/Berlin.
- Seidler, Eduard** (1993), Geschichte der Medizin und Krankenpflege, Stuttgart/Berlin/Köln.
- Seidler, Eduard** (1996), Krankenpflege als Beruf. Die Sorge um die Grundbedürfnisse des Menschen. In: Schott Heinz (Hrsg.), Meilensteine der Medizin, S. 291-296, Harenberg.

- Seligman, M.E.P.** (1975), *Helplessness. On depression, development and death*, San Francisco.
- Selye, H.** (1936), A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, S. 32.
- Selye, H.** (1981), Geschichte und Grundzüge des Streßkonzeptes. In Nitsch, J.R. (Hrsg.), *Stress* (S. 161-187), Bern.
- Semmer, N./Dunckel, H.** (1991), Stressbezogene Arbeitsanalyse. In: Greif, S. Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 57-89), Göttingen.
- Semmer, Norbert** (1984), *Streßbezogene Tätigkeitsanalyse. Psychologische Untersuchung zur Analyse von Streß am Arbeitsplatz*, Weinheim.
- Semsch-Poppe, B./Tuschen, P.** (1998), Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI) bei Demenzerkrankungen. In: Steppe, H./Ulmer, E. et al. (Hrsg.), *Pflegebegutachtung - besser als ihr Ruf?. Rahmenbedingungen, Forschungsergebnisse, Rolle der Pflege*, S. 106-120, Frankfurt am Main.
- Sitte, Martina** (1996), Stationäre Altenpflege, Qualitätsmaßstäbe. Sicherung eines einheitlichen Pflegeniveaus. In: *DOK Politik, Praxis, Recht*, 78. Jahrgang, 8/96, S. 266-270.
- Sowinski, Christine/Behr, Renate** (2002), *Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel*. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln.
- Spitz, R.A.** (1980), *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart.
- Spree, Reinhard** (1996), Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauses im 19. und 20. Jahrhundert: „Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse. In: Labisch, A./Spree, R. (Hrsg.) „Einem jeden Kranken im Hospital sein eigenes Bett“. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, S. 51-88, Frankfurt a. M.
- Stahl, T.** (1995), Selbstevaluation. Ein Königsweg der Qualitätssicherung in der Weiterbildung. In: Feuchthofer, J.E./Severing, E. (Hrsg.) *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung*, S. 88-100, Neuwied/Kriftel/Berlin.
- Statistisches Bundesamt** (2002), *Statistisches Jahrbuch 2002 für die Bundesrepublik Deutschland*, Wiesbaden.
- Stengel, M.** (1990), Fehlende Motivation? Zur Situation des Alten- und Krankenpflegepersonals aus psychologischer Sicht. Eine empirische Untersuchung bei Teilnehmern eines Weiterbildungslehrgangs. In: *Arbeitswissenschaft*, 44 (1), S. 37-45.

- Stengel, M.** (1991), Zur Situation des Alten- und Krankenpflegepersonals aus psychologischer Sicht. In: Landau, Kurt (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. Bericht über eine Synopse*, S. 356-374, München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung.
- Sticker, Anne** (1960), *Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege, Deutsche Quellenstücke aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Stuttgart.
- Stoffer, Franz Josef** (1998), Der Mensch muß in der Werthierarchie den zentralen Platz einnehmen. Qualitätssicherung in der Zeit des Abbaus Teil 1. In: *Pflegezeitschrift* Heft 6, S. 420-423.
- Stössel, U./Hoffmann, F./Mlangen, D.** (1990), Zur Belastung und Beanspruchung der Wirbelsäule bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst, Freiburg.
- Strümpel, C./Zank, S.** (1994), Zur Fortbildungsbereitschaft von Pflegekräften in der Altenpflege. Ergebnisse einer empirischen Studie, In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, S. 239-252.
- Taylor, Frederik Winslow** (1913), *Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung*, München.
- Taylor, Frederik Winslow** (1977), *Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung*. Neu herausgegeben und eingeleitet von Volpert, W. und Vahrenkamp, R., Weinheim.
- Tews, H.P.** (1997), Für und wider die Seniorenvertretungen. Expertise, erstellt zur Fachtagung „Seniorenvertretungen - Verantwortung für das Gemeinwesen“ des BMFSJ (Hrsg.), S. 321-379, Bonn.
- Udris, I.** (1987), Soziale Unterstützung, Stress in der Arbeit und Gesundheit. In: Keupp, H./Röhrle, B. (Hrsg.), *Soziale Netzwerke*, S. 123-138, Frankfurt.
- Udris, I./Frese, M.** (1988), Belastung, Streß, Beanspruchung und ihre Folgen. In: Frey, D./Graf Hoyos, C./Stahlberg, D. (Hrsg.), *Angewandte Psychologie - Ein Lehrbuch*, S. 427-447, München.
- Udris, I./Rimann, M./Thalmann, K.** (1994), Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen. In: Bergmann, B./Richter, P. (Hrsg.), *Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie*, Göttingen. S. 198 - 215.
- Udris, I./Frese, M.** (1988), Belastung, Streß. Beanspruchung und ihre Folgen. In: Frey, D./Graf Hoyos, C./Stahlberg, D. (Hrsg.), *Angewandte Psychologie - Lehrbuch* (S. 427-447), München.
- Ulich, E.** (1972), Aufgabenwechsel und Aufgabenerweiterung. REFA-Nachrichten, 25, S. 265 - 275.
- Ulich, E.** (1983), Differentielle Arbeitsgestaltung - Ein Diskussionsbeitrag. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 37, S. 12-15.

- Ulich, E.** (1984), Psychologie der Arbeit. In: Management Enzyklopädie, S. 914-929, Landsberg am Lech.
- Ulich, Eberhard** (1998), Arbeitspsychologie, Stuttgart.
- Ulich, Eberhard.** (1984), Psychologie der Arbeit. In Management Enzyklopädie, Band 7 (S. 914 - 929), Landsberg.
- Ulich, Eberhard.** (1994), Arbeitspsychologie, Zürich.
- Vicky De Klerk** (1991), Kommunikation und Hilfe durch Validation. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.), Betreuung verwirrter und psychisch kranker alter Menschen, S. 329-332, Stuttgart.
- Volpert, W.** (1983), Der Zusammenhang von Arbeit und Persönlichkeit. In: Albertz, J. (Hrsg.), Technik und menschliche Existenz (S. 81-92), Wiesbaden.
- Volpert, W.** (1987), Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In: Rutenfranz, J./Kleinbeck, U. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Band Arbeitspsychologie (S. 1-42), Göttingen.
- Wächter, H./Madrow-Thiel, B./Schmitz, G.** (1989), Analyse von Tätigkeitsstrukturen und prospektive Arbeitsgestaltung bei Automatisierung (ATAA), Köln.
- Wagner, M./Schütze, Y./Lang, FR** (1996), Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer, KU./Baltes, PB. (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie, S. 301-319, Berlin.
- Wagner, Peter** (1993), Ausgebrannt. Zum Burnout-Syndrom in helfenden Berufen, Bielefeld.
- Walter, U./Schwartz, F.W./Seidler, A.** (1999), Sozialmedizin. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis, S. 230-255, Weinheim/Basel.
- Wedekind, R.** (1991), Anforderungen an den Wandel der Arbeitsbedingungen in Heimen der Behinderten und Jugendhilfe aus der Sicht eines Heimträgers. In: Landau, K. (Hrsg.), Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung, S. 277-290.
- Weidner, Frank** (1999), Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe - Annäherung an einen strapazierten Begriff. In: Sauter, Dorothea/ Richter, Dirk (Hrsg.), Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern, Bonn.
- Weisbrod-Frey, H.** (1991), „Handlungsbedarf“ und „Handlungsmöglichkeiten“ zur Reduktion arbeitszeitlicher Belastungen des Pflegepersonals im Krankenhaus und Heim. In Landau, Kurt (Hrsg.), Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim (S. 291 - 299). München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung.

- Wenchel**, Karl (2001), Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ursachen- Auswirkungen - Handlungsmöglichkeiten.
- Weyerer**, S./**Dilling**, H. (1984), Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. In: Nervenarzt 55, S. 30-42.
- Weyerer**, S./**Zimber**, A. (1998), Arbeitsbelastung in der Altenpflege. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), Spannungsfeld: Qualität und Kosten in der Altenpflege. Tagungsbericht, S.60-75, Stuttgart.
- Weyerer**, Siegfried/**Zimber**, Andreas (1996), Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals. Eine empirische Studie in Mannheimer Alten- und Pflegeheimen. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim.
- Widmer**, M. (1988), Streß, Streßbewältigung und Arbeitszufriedenheit beim Krankenpflegepersonal. Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen (Hrsg.), Schriftenreihe des SKI Band 40, Aarau/Schweiz.
- Widmer**, M./**Heim**, E./**Augustiny** (1989), Streß und Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal. In: Hoffmann, F/Stössel, U. (Hrsg.) Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Band 4, S. 173-179, Stuttgart.
- Wilder**, H. (1989), Wohnversorgung und Wohnwünsche alter Menschen. In: Flagge, I./Steckeweh, C. (Hrsg.), Wohnen im Alter, Dokumentation des 1. Fachkongresses in Friedrichshafen, Bonn.
- Will**, Karl Heinz (1995), Die Betreuung dementiell Erkrankter im Altenpflegeheim. Zur Belastung der Pflegenden, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) thema 105, Köln.
- Wilson**, A.T.M./**Trist**, E.L. (1951). The Bolsover System of Continuous Mining. Travistock Institut of Human Relations. Document No. 290.
- Windisch**, M. (1991), Burnout in der Altenpflege. In: Das Altenheim, 8, S. 364-369.
- Zank**, S./**Baltes**, M. (1994), Psychologische Interventionsmöglichkeiten in Altenheimen. In: Kruse, A./Wahl, H.-W. (Hrsg.), Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?, S. 147-175, Bern/Göttingen/ Toronto/ Seattle.
- Zapf**, D./**Frese**, M. (1991), Soziale Stressoren am Arbeitsplatz. In: Greif, S. Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.), Psychischer Stress am Arbeitsplatz (S. 168-184), Göttingen.
- Zapp**, Wienfried/**Funke**, Monika (1999), Transparenz für das Leistungsgeschehen im Pflegedienst der stationären Altenpflege! Arbeitspapier im Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Osnabrück.
- Zimber**, A. (1998), Beanspruchung und Streß in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 31 Heft 6, Seite 417 - 425.

- Zimber, A./Rudolf, A./Teufel, S.** (2001), Arbeitsbelastungen in der Altenpflege reduzieren: Ein Trainingsprogramm für Mitarbeiter und Leitungskräfte, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, Heft5/2001, S. 401-407.
- Zimber, A./Schäufele, M./Weyerer, S.** (1998), Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu. In: Gesundheitswesen 60, S. 239-246.
- Zimber, A./Weyerer, S.** (1998), Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen. KDA vorgestellt 64, Köln.
- Zimber, Andreas** (1997a), Abgespannt und ausgebrannt. Arbeitsbelastungen des Altenpflegepersonals und die Einführung der Pflegeversicherung. In: Altenpflege Forum 5, S. 13-24, Hannover.
- Zimber, Andreas** (1997b), Auch Helfer brauchen Hilfe. Harter Arbeitsalltag gefährdet die Gesundheit des Pflegepersonals. In: Altenpflege Forum 5, S. 18-27, Hannover.

Anhang A

Informationen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege

- A1** Flyer zur Werbung für die Altenpflegeausbildung
- A2** Fortbildungsangebote für Praxisanleitungen
- A3** Themen externer Fortbildungen
- A4** Themen interner Fortbildungen
- A5** Weiterbildungsstand nach Arbeitsfeldern

SCHUTZ DER BERUFSBEZEICHNUNG

Die Erlaubnis, die Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ oder „Altenpfleger“ zu führen, wird von der zuständigen Behörde erteilt bei

- bestandener Abschlussprüfung,
- keinen Anhaltspunkten für eine Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes und
- gesundheitlicher Eignung.

BEGONNENE AUSBILDUNGEN

Wer seine Ausbildung vor dem 1. August 2003 begonnen hat, beendet sie nach dem bisher geltenden Landesrecht. Der Abschluss wird auch nach dem neuen Recht anerkannt.

DURCHFÜHRUNG DES GESETZES

Die Durchführung des Gesetzes ist Sache der Bundesländer. Sie können im Rahmen der bundesgesetzlichen Vorgaben ergänzende Regelungen beschließen.

ALTENPFLEGEHELPERAUSBILDUNG

Für die Regelung der Ausbildung zur „Altenpflegerin“ und zum „Altenpfleger“ sind ausschließlich die Länder zuständig.

WEITERE INFORMATIONEN

Ihr örtliches **Arbeitsamt** kann Sie näher beraten. Weiteres zum Beruf erfahren Sie auf den Internetseiten der Bundesanstalt für Arbeit: www.arbeitsamt.de Informationen gibt es auch bei den zuständigen Behörden der Länder sowie beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 11018 Berlin: www.bmfsfj.de



Herausgeber:
Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend
(BMFSFJ), 11018 Berlin
Internet: www.bmfsfj.de

Bezugsstelle:
Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend –
Broschürenstelle, 53107 Bonn
Tel.: 0180 / 5 32 83 29
E-Mail: broschuerestelle@bmfsfj.bund.de

Produktion und Gestaltung:
Thomas Presse & PR
Blücherstraße 90, 10763 Berlin
www.thomas-ppr.de

Grafik: Goecha Nowak
Fotos: Jan-Peter Blöning

Stand: Dezember 2002



Betrifft:
ALTENPFLEGEAUSBILDUNG

**Jetzt
bun
de
s
e
i
n
h
e
i
t
l
i
c
h
g
e
r
e
g
e
l
t!**



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mehr als zwei Millionen alte Menschen sind heute in Deutschland pflegebedürftig. In den kommenden Jahrzehnten wird deren Anzahl weiter steigen. Deshalb müssen die Weichen in der Ausbildung und auf dem Arbeitsmarkt so gestellt werden, dass auch in Zukunft genügend qualifizierte Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen.

Die Altenpflege hat sich zu einem anspruchsvollen Dienstleistungsberuf entwickelt, der eine qualitativ hochwertige Ausbildung erfordert.

Ab dem 1. August 2003 wird es eine neue, erstmals bundeseinheitliche Ausbildung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers geben.

Grundlagen sind das Altenpflegegesetz des Bundes und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

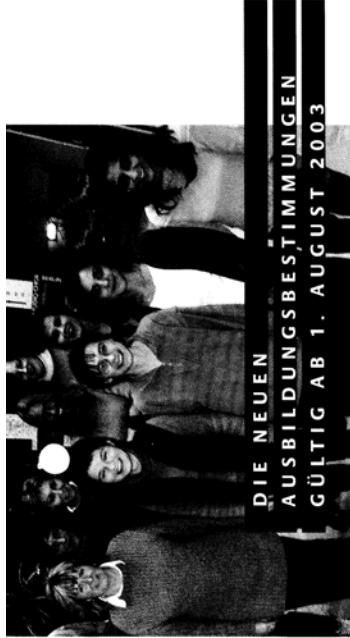
Ich möchte diejenigen, die gern mit Menschen umgehen, motivieren, sich mit diesem Ausbildungsberuf näher vertraut zu machen. Wir brauchen junge Frauen und Männer in dem expandierenden Berufszweig „Altenpflege“ ebenso wie ältere, die sich im Wege der Umschulung beruflich neu orientieren.

Ich möchte die Altenpflegesschulen darin bestärken, einen fächer-integrativen Unterricht durchzuführen, ein handlungs- und problemorientiertes Lehren und Lernen zu fördern sowie in enger Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen den Theorie-Praxis-Transfer zu gewährleisten.

Ich möchte an die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen appellieren, ihre Bereitschaft zur Ausbildung zu verstärken und die Chancen, die ihnen das neue Gesetz bietet, zu nutzen. Ausbildung ist für jede Pflegeeinrichtung eine unverzichtbare Investition in die Zukunft.

Renate Schmidt

Renate Schmidt
Bundesministerin für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend



Das neue Altenpflegegesetz sorgt dafür, dass Altenpflegerinnen und Altenpfleger künftig in allen Bundesländern einheitlich ausgebildet werden.

Es erhöht die Attraktivität der Ausbildung und hat Signalwirkung für die gesellschaftliche Anerkennung des Berufsstandes. Die Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ bzw. „Altenpfleger“ ist künftig geschützt.

ZUGANGSVORAUSSETZUNGEN

Wer den Beruf erlernen möchte, muss folgende Voraussetzungen mitbringen:

- **gesundheitliche Eignung** und
- **Realschulabschluss** bzw. einen als gleichwertig anerkannten Bildungsabschluss oder
- **Hauptschulabschluss**, wenn außerdem eine Ausbildung als Altenpflegerin/In oder Krankenpflegerin/In oder eine andere, mindestens zwei Jahre dauernde Ausbildung abgeschlossen wurde.

Der Einstieg in die Ausbildung ist nicht an ein Mindestalter gebunden. Die Probezeit dauert sechs Monate.



Renate B.: »Ich habe großen Respekt vor dem Alter und mache diese Arbeit auch deshalb, weil ich mir wünsche, dass sich einmal jemand um mich sorgt.«



Altenpfleger_innen arbeiten in Alten- und Pflegeheimen, Sozial- und Diakoniestationen, Behinderteneinrichtungen, Krankenhäusern, Tages- und Begegnungsstätten und Seniorenclubs.

Ein sozialer Beruf mit Zukunft

Alten- pfleger_in

Weitere Informationen gibt es hier:

Diakonisches Werk Bayern e. V.
Pfarrer Klaus Meyer
Renate Backhaus
Pirckheimerstraße 6
90408 Nürnberg
tel.: 0911 9354 - 420
fax: 0911 9354 - 443
info@mission-possible.de
www.mission-possible.de

Evangelische Schulstiftung in Bayern

Herr Rüdiger Baron
Gleißhühlsstraße 7
90402 Nürnberg
tel: 0911 24411 - 13
fax: 0911 24411 - 18
r.baron@essbay.de



Enter your social adventure

MIT LEIB UND SEELE
Ihre
Diakonie



Altenpfleger_in

Mit Menschen. Für Menschen.

Mit Menschen ins Gespräch kommen, sie unterstützen und begleiten – wenn Du das von Deinem zukünftigen Beruf erwartest, ist Altenpflegerin oder Altenpfleger vielleicht genau das Richtige für Dich.

Genade im Alter, wenn die Kräfte nachlassen, ist man mehr und mehr auf Hilfe, eventuell sogar auf Pflege angewiesen. Zuwendung und Aufmerksamkeit braucht man dann besonders. Gefragt sind hier Verantwortungsbewusstsein, Menschlichkeit, aber auch hohe Fachlichkeit.

Und ein Blick in die Statistik zeigt: Der Beruf Altenpfleger_in wird in Zukunft immer wichtiger, da es immer mehr alte Menschen in Deutschland gibt.

Ausbildungsinhalte

Wer mit alten Menschen arbeiten möchte, benötigt einiges an Fachwissen.

In erster Linie geht es natürlich um die Pflege und Betreuung alter Menschen – beginnend bei den medizinischen Grundlagen bis hin zur Biographiearbeit. Du lernst in der Ausbildung verschiedene Konzepte der Altenpflege kennen. Du wirst in Rechtskunde ebenso unterrichtet wie in praktischer Pflege, in Psychologie ebenso wie in Soziologie oder EDV. Du bist Auszubildende_r eines Altenpflegeheimes des Diakonischen Werkes Bayern. Schulische und betriebliche Ausbildungsblöcke wechseln sich ab. Deine Lernorte sind auch Deine späteren Arbeitsorte. So lernst Du bereits in der Ausbildung Dein Arbeitsfeld gründlich kennen.



Deine Perspektiven

Durch Fort- und Weiterbildungen stehen Dir als examinierte Altenpflegerin bzw. examiniertem Altenpfleger viele Wege offen. So kannst Du Dich zur „Fachkraft Gerontopsychiatrie“, zur Pflegedienstleitung weiterbilden oder als Heimplanerin oder Heim-

leiter die Verantwortung für eine ganze Einrichtung übernehmen. Und wenn Du möchtest, kannst Du nach drei Jahren Berufstätigkeit und einer entsprechenden Zulassungsprüfung studieren und das Diplom als Pflegetherapeutin erwerben.

Die Fakten

Die Ausbildung dauert drei Jahre und umfasst 2.100 Stunden schulischen Unterricht sowie 2.500 Stunden praktische Ausbildung – beispielsweise in Heimen oder Sozialstationen.

Als Auszubildende_r erhältst Du wie in vielen anderen Ausbildungen auch eine Vergütung abhängig vom Ausbildungsjahr:

- 1. Jahr: 697 Euro
- 2. Jahr: 754 Euro
- 3. Jahr: 848 Euro

Angestellt bist Du bei der jeweiligen Einrichtung.

Eine dieser Voraussetzungen musst Du mitbringen:

- › Einen Realschulabschluss oder einen gleichwertigen, sogenannten mittleren Bildungsabschluss
- › Einen Hauptschulabschluss sowie eine zweijährige Berufsausbildung
- › Eine Alten- oder Krankenpflegehelferausbildung

Die Ausbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung – nur wer sie bestanden hat, darf sich Altenpflegerin oder Altenpfleger nennen. Schließlich ist das Berufsbild geschützt.



**Anmeldung zur unverbindlichen
individuellen Ausbildungsbera-
tung**

*(Bitte abtrennen und an rückseitige Adresse
einsenden, bzw. faxen)*

Name _____
 Straße _____
 PLZ/Ort _____

Im Folgenden bitte nur eine gewünschte Option ausfüllen

Hiermit bitte ich um ein telefonisches Bera-
 tungsgespräch unter folgender Nummer

Hiermit bitte ich um ein unverbindliches persön-
 liches Beratungsgespräch, zum folgenden Ter-
 min (Wenn möglich 2 Termine zur Auswahl
 nennen)

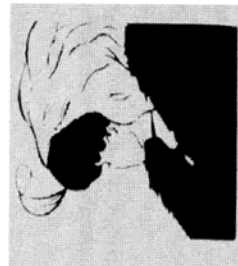
TAG: _____ ZEIT: _____

**Die bundeseinheitliche Altenpflege-
ausbildung**

Am 01. August 2003 tritt das Bundesalten-
 pflegesetz in Kraft. Erstmals wird damit
 die Altenpflegeausbildung in Deutschland
 einheitlich geregelt. Die Vollzeitausbil-
 dung dauert zukünftig auch in Bayern 3
 Jahre, Schülerinnen und Schüler sind vom
 ersten Tag an bei einer Einrichtung tätig
 und erhalten dort wie nachfolgend aufge-
 führt Ausbildungsentgelt. Die praktische
 Ausbildung erfolgt sowohl in der stationä-
 ren wie in der ambulanten Altenhilfe, in
 Krankenhäusern und psychiatrischen Kli-
 niken. Die Förderung als Umschulungs-
 maßnahme durch das Arbeitsamt ist wei-
 terhin möglich.

Terminlicher Lehrgangsverlauf im
 gesonderten Script vom

01.10.2003 – 30.09.2006



EVANGELISCHE
 DIAKONISSENANSTALT
 86150 AUGSBURG
 FRÖLICHSTRAßE 17



Besonders Abwechslungsreich
erwerben Know How für die eigene Gesundheit
Karriere bis zum Studium



Die neue Ausbildung
 zum/zur
 staatlich examinierten
 Altenpfleger / in

Telefon 0821 / 3160 – 779

Fax: 0821 / 3160 – 897

E-mail:

altenpf@sch.weser@diako.diakonic-augsburg.de

Geplante Ausbildungsinhalte

Theoretische Ausbildung

(Auszug aus dem Lehrplan)

1. Theorie / Alter / Gesundheit / Gesundheitsförderung
2. Pflegeplanung / Pflegediagnostik
3. Pflege in den verschiedensten Gesundheits- und Krankheitssituationen / Prävention
4. Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie
5. Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung
6. Lebenswelten und soziale Netzwerke
7. Rechtliche Rahmenbedingungen Altenpflegerischer Arbeit
8. Soziale Sicherung
9. Qualitätssicherung
10. Berufskunde
11. Lernen lernen
12. Mit Krisen und schwierigen Situationen umgehen

13. Die eigene Gesundheit erhalten und fördern

Praktische Ausbildung

- Stationäre Pflegeeinrichtung
- Ambulante Pflegeeinrichtung
- Offene Altenhilfe
- Gerontopsychiatrische Einrichtung
- Allgemeinkrankenhaus

Ausbildungsdauer

- 3 Jahre
- 2100 Std. schulischer Unterricht
- 2500 Std. praktische Ausbildungen in Heimen und ambulanten Pflegestationen + Sonstige

Vergütung

Ausbildungsvergütung nach tariflichen Regelungen gestaffelt je nach Ausbildungsjahr voraussichtlich

1. Jahr 697 Euro
2. Jahr 754 Euro
3. Jahr 846 Euro

Berufsfachschule für Altenpflege der Evang. Diakonissenanstalt Augsburg

Frölichstraße 17

86150 Augsburg

Tel.: 0821 / 3160 – 779

Fax.: 0821 / 3160 – 897

E-mail

Altenpflsch.Weser@diako.diakonie-augsburg.de

Auch zu finden unter

www.diakonie-augsburg.de

Ausbildungsbeginn und Zugangsvoraussetzungen

01.10.2003

- Realschulabschluss oder gleichwertiger mittlerer Bildungsabschluss oder
- Hauptschulabschluss und 2-jährige Berufsausbildung oder
- Alten- oder Krankenpflegehelferausbildung

Anhang A3

Quelle: FFG aus Rohleder 1999, S. 136

Tabelle A2: Themen externer Fortbildungen

Themen externer Fortbildung	Anzahl	Anteil an allen FB	Anteil innerhalb der Oberkategorie
Medizinisch-pflegerischer Bereich	70	10,6 %	
Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden	61		87,1 %
pflegerische Hilfsmittel	5		7,1 %
Sonstiges	4		5,7 %
Gerontopsychiatrie	58	8,7 %	
Pflegeorganisation, Pflegemodelle und -prozesse	54	8,1 %	
Pflegedokumentation und -planung	27		50,0 %
Qualitätssicherung	13		24,1 %
Pflegestandards	8		14,8 %
Sonstiges	6		11,1 %
sozialpflegerische Angebote	97	14,6 %	
Tod und Sterben	28		28,9 %
musisch-kulturelle Arbeitsformen	17		17,5 %
spezielle Problempflegen (Aids, Sucht)	15		15,5 %
Kommunikation / Methoden der sozialen Arbeit	14		14,4 %
Kurse für pflegende Angehörige	11		11,3 %
Sexualität im Alter	4		4,1 %
Angehörigenarbeit	3		3,1 %
Lebenssituation im Alter, allgemein	3		3,1 %
Lebensgestaltung im Alter	2		2,1 %
Prävention und Rehabilitation	38	5,7 %	
Arbeitsbelastung und Methoden zur Bearbeitung (ohne Supervision)	24	3,6 %	
rückenschonendes Arbeiten	14		58,3 %
psychische Entlastung der Mitarbeiter(innen)	9		37,5 %
Sonstiges	1		4,2 %
organisatorisch-institutioneller Bereich	95	14,3 %	
betriebswirtschaftliche Fragestellungen	28		29,5 %
EDV-Kenntnisse	19		20,0 %
Personalführung	12		12,6 %
Management	11		11,6 %
Dienstplangestaltung, Arbeitszeitmodelle	10		10,5 %
org. Rahmenbedingungen des jeweiligen Arbeitsfeldes	1		1,1 %
Sonstiges	14		14,7 %
rechtliche Fragestellungen	90	13,6 %	
Pflegeversicherungsgesetz, Landespflegegesetz, allgemein	43		47,8 %
Arbeitsrecht, Sozialversicherungsgesetz, Betreuungsrecht etc.	35		38,9 %
Pflegeversicherungsgesetz, arbeitsfeldbezogen	12		13,3 %
hauswirtschaftliche Versorgung	28	4,2 %	
Angebote für Hauswirtschaftskräfte (Ernährung, Diätetik)	19		67,9 %
hausmeisterliche Tätigkeiten, Brandschutz	6		21,4 %
Sonstiges	3		10,7 %

<i>Themen externer Fortbildung</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil an allen FB</i>	<i>Anteil innerhalb der Oberkategorie</i>
arbeitsfeld- bzw. zielgruppenbezogene Angebote	58	8,7 %	
Angebote zur ambulanten Pflege	18		31,0 %
Angebote für ungelernete Kräfte bzw. Kräfte in der hauswirtschaftlichen Versorgung	13		22,4 %
Angebote zur stationären Pflege	12		20,7 %
Angebote für spez. Aufgabenfelder (z. B. Nachtwachen)	8		13,8 %
Angebote zur Tagespflege	4		6,9 %
Angebote für Schwesternhelfer(Innen)	2		3,4 %
Angebote zur Kurzzeitpflege	1		1,7 %
sonstige Themen externer Fortbildung (z. B. Verbandsorganisation, betriebl. Mitbestimmung)	51	7,7 %	
Gesamt	663	100,0 %	

FB = Fortbildungen

Quelle: FFG

Anhang A4

Quelle: FFG aus Rohleder 1999, S. 138

Tabelle A3: Themen interner Fortbildungen

Themen interner Fortbildung	Anzahl	Anteil an allen FB	Anteil innerhalb der Oberkategorie
Medizinisch-pflegerischer Bereich	211	39,4 %	
Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden	147		69,7 %
pflegerische Hilfsmittel	62		29,4 %
Sonstiges	2		0,9 %
Gerontopsychiatrie	45	8,4 %	
Pflegeorganisation, Pflegemodelle und -prozesse	74	13,8 %	
Pflegedokumentation und -planung	52		70,3 %
Pflegestandards	11		14,9 %
Qualitätssicherung	6		8,1 %
Sonstiges	5		6,8 %
sozialpflegerische Angebote	55	10,3 %	
Tod und Sterben	19		34,5 %
Kommunikation / Methoden der sozialen Arbeit	12		21,8 %
spezielle Problemfögen (Aids, Sucht)	9		16,4 %
Sexualität im Alter	4		7,3 %
Angehörigenarbeit	3		5,5 %
Lebensgestaltung im Alter	2		3,6 %
Kurse für pflegende Angehörige	2		3,6 %
musisch-kulturelle Arbeitsformen	2		3,6 %
Lebenssituation im Alter, allgemein	2		3,6 %
Prävention und Rehabilitation	17	3,2 %	
Arbeitsbelastung und Methoden zur Bearbeitung	54	10,1 %	
rückenschonendes Arbeiten	30		55,6 %
Supervision*	12		22,2 %
psychische Entlastung der MitarbeiterInnen	4		7,4 %
Fallbesprechungen*	3		5,6 %
Sonstiges	5		9,3 %
organisatorisch-institutioneller Bereich	17	3,2 %	
EDV-Kenntnisse	6		35,3 %
Management	3		17,6 %
betriebswirtschaftliche Fragestellungen	3		17,6 %
Dienstplangestaltung, Zeitmanagement	2		11,8 %
Personalführung	1		5,9 %
Sonstiges	2		11,8 %
rechtliche Fragestellungen	26	4,9 %	
Pflegeversicherungsgesetz, Landespflegegesetz, allgemein	13		50,0 %
Arbeitsrecht, Sozialversicherungsgesetz,* Betreuungsrecht etc.	11		42,3 %
Pflegeversicherungsgesetz, arbeitsfeldbezogen	1		3,8 %
Sonstiges	1		3,8 %

Themen interner Fortbildung	Anzahl	Anteil an allen FB	Anteil innerhalb der Oberkategorie
Hauswirtschaftliche Versorgung	14	2,6 %	
Angebote für Hauswirtschaftskräfte (Ernährung, Diätetik)	8		57,1 %
hausmeisterliche Tätigkeiten, Brandschutz	6		42,9 %
Arbeitsfeld- bzw. zielgruppenbezogene Angebote	14		2,6 %
Angebote für ungelernete Kräfte bzw. Kräfte in der hauswirtschaftlichen Versorgung	5		35,7 %
Angebote zur ambulanten Pflege	3		21,4 %
Angebote für Schwesternhelfer(innen)	3		21,4 %
Angebote zur Tagespflege	1		7,1 %
Angebote zur Kurzzeitpflege	1		7,1 %
Angebote für spez. Aufgabenfelder (z. B. Nachtwachen)	1		7,1 %
Sonstige Themen interner Fortbildung	9	1,7 %	
Gesamt	536	100,0 %	

FB = Fortbildungen

* Abweichungen zur Tabelle 3.11 beruhen auf unterschiedlichen Bezugszeiträumen.

Quelle: FFG

Anhang A5

Quelle: FFG aus Rohleder 1999, S. 140

Tabelle A4: Weiterbildungsstand nach Arbeitsfeld – Bezugsjahr 1996/97

Leitungs- oder Funktionsweiterbildungen	<i>stationäre Einrichtungen</i>	<i>ambulante Dienste</i>	<i>Tagespflege</i>	<i>Kurzzeitpflege</i>	Gesamt
Heimleitung					
Anzahl MA	29	3	2	2	36
Anzahl Einrichtungen	24	3	2	2	31
Anteil an allen Einrichtungen in %	63,2 %	7,7 %	18,2 %	18,2 %	31,3 %
Leitung einer Sozialstation					
Anzahl MA	2	15	1	2	20
Anzahl Einrichtungen	2	13	1	2	18
Anteil an allen Einrichtungen in %	5,3 %	33,3 %	9,1 %	18,2 %	18,2 %
Pflegedienstleitung					
Anzahl MA	28	24	1	1	54
Anzahl Einrichtungen	25	17	1	1	44
Anteil an allen Einrichtungen in %	65,8 %	43,6 %	9,1 %	9,1 %	44,4 %
Wohn-, Pflegegruppen-, Stationsleitung					
Anzahl MA	165	4	3	3	175
Anzahl Einrichtungen	30	4	3	2	39
Anteil an allen Einrichtungen in %	78,9 %	10,3 %	27,3 %	18,2 %	39,4 %
Management					
Anzahl MA	11	6	2	2	21
Anzahl Einrichtungen	9	6	2	2	19
Anteil an allen Einrichtungen in %	23,7 %	15,4 %	18,2 %	18,2 %	19,2 %
Mentor(in)/Praxisanleitung					
Anzahl MA	90	14	3	1	108
Anzahl Einrichtungen	21	12	3	1	37
Anteil an allen Einrichtungen in %	55,3 %	30,8 %	27,3 %	9,1 %	37,4 %
sonstige Leitungs- oder Funktionsweiterbildungen					
Anzahl MA	9	2	0	1	12
Anzahl Einrichtungen	2	2	0	1	5
Anteil an allen Einrichtungen in %	5,3 %	5,1 %	0,0 %	9,1 %	5,1 %
Gesamtzahl der Einrichtungen mit Leitungs-/FunktionsWB					
Anzahl MA	334	68	12	12	426
Anzahl Einrichtungen	34	35	8	8	85
Anteil an allen Einrichtungen in %	89,5 %	89,7 %	72,7 %	72,7 %	85,9 %
keine Angabe bzw. keine Leitungsweiterbildung					
Anzahl Einrichtungen	4	4	3	3	14
Anteil an allen Einrichtungen in %	10,5 %	10,3 %	27,3 %	27,3 %	14,1 %
Insgesamt					
Anzahl Einrichtungen	38	39	11	11	99
Anteil an allen Einrichtungen in %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Anzahl MA = Anzahl weitergebildeter Mitarbeiter(innen)

Quelle: FFG

Weiterbildungsstand nach Arbeitsfeld – Bezugsjahr 1996/97

Fachweiterbildungen Altenpflege	<i>stationäre Einrichtungen</i>	<i>ambulante Dienste</i>	<i>Tages- pflege</i>	<i>Kurzzeit- pflege</i>	<i>Gesamt</i>
Fachhauswirtschaft					
Anzahl MA	18	0	0	0	18
Anzahl Einrichtungen	12	0	0	0	12
Anteil an allen Einrichtungen in %	31,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	12,1 %
Gerontopsychiatrie					
Anzahl MA	72	23	4	1	100
Anzahl Einrichtungen	15	10	4	1	30
Anteil an allen Einrichtungen in %	39,5 %	25,6 %	36,4 %	9,1 %	30,3 %
Geriatric					
Anzahl MA	5	4	0	0	9
Anzahl Einrichtungen	2	3	0	0	5
Anteil an allen Einrichtungen in %	5,3 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	5,1 %
Alten-/Gerontotherapie					
Anzahl MA	14	5	0	1	20
Anzahl Einrichtungen	8	3	0	1	12
Anteil an allen Einrichtungen in %	21,1 %	7,7 %	0,0 %	9,1 %	12,1 %
amb. und mobile Altenpflege					
Anzahl MA	0	3	0	1	4
Anzahl Einrichtungen	0	1	0	1	2
Anteil an allen Einrichtungen in %	0,0 %	2,6 %	0,0 %	9,1 %	2,0 %
Prävention und Rehabilitation					
Anzahl MA	4	4	1	0	9
Anzahl Einrichtungen	2	3	1	0	6
Anteil an allen Einrichtungen in %	5,3 %	7,7 %	9,1 %	0,0 %	6,1 %
Gemeindealtenpflege					
Anzahl MA	3	11	1	2	17
Anzahl Einrichtungen	1	4	1	2	8
Anteil an allen Einrichtungen in %	2,6 %	10,3 %	9,1 %	18,2 %	8,1 %
sonstige Fachweiterbildungen					
Anzahl MA	7	3	1	0	11
Anzahl Einrichtungen	7	3	1	0	11
Anteil an allen Einrichtungen in %	18,4 %	7,7 %	9,1 %	0,0 %	11,1 %
Gesamtzahl der Einrichtungen mit Fachweiterbildungen					
Anzahl MA	123	53	7	5	188
Anzahl Einrichtungen	25	18	5	4	52
Anteil an allen Einrichtungen in %	65,8 %	46,2 %	45,5 %	36,4 %	52,5 %
keine Angabe bzw. keine Fachweiterbildung					
Anzahl Einrichtungen	13	21	6	7	47
Anteil an allen Einrichtungen in %	34,2 %	53,8 %	54,5 %	63,6 %	47,5 %
Insgesamt					
Anzahl Einrichtungen	38	39	11	11	99
Anteil an allen Einrichtungen in %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Anzahl MA = Anzahl weitergebildeter Mitarbeiter(innen)

Quelle: FFG

Anhang B

Fragebogen

B1 Vorlage für den Fragebogen

B2 Fragebogen zur Mitarbeiterbefragung, eigene Exploration

Anhang B1

Zur Fragebogenerstellung wurden folgende Untersuchungsinstrumente gesichtet:

Enzmann/Kleiber (1989, S. 201) erstellten einen Fragebogen zur Messung von Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Er wurde verwendet in Einrichtungen der Jugendhilfe und Gesundheitsberatung, Schulpsychologischen Diensten, Kinder- und Jugendfreizeitheimen, Drogenberatungsstellen, Nervenkliniken und Allgemeinkrankenhäusern. Mit geschlossenen Fragen, die in acht Skalen und 117 Items gegliedert sind, werden Indikatoren wie Idealismus im Beruf, Feedback, Belastungsaspekte in der konkreten Tätigkeit, Einschätzung von belastenden Merkmalen der Einrichtung, Handlungsspielräume und Burnout abgefragt.

Elkeles (1994, S. 335) befragte mit seinem Bogen zur Arbeitssituation im Pflegedienst MitarbeiterInnen von Krankenhäusern. Die geschlossenen Fragen gliedern sich in 14 Skalen und 110 Items. Im Focus stehen Arbeitsorganisation, Mitsprachemöglichkeiten, Informationen, Belastungen, Zufriedenheit und Autoritarismus - Einstellungen.

Güntert/Orendi/Weyermann (1989, S. 304) spezialisierten sich auf die Befragung von Beschäftigten in Akutspitälern, Psychiatrischen Kliniken und Heimen. Mit ihrem Fragebogen zur Arbeitssituation des Pflegepersonals im Kanton Bern erforschten sie Arbeitsbedingungen, Ausgaben und Anforderungen, Zusammenarbeit und Arbeitsklima, Belastungen, Arbeitssituationsaspekte, Arbeitszufriedenheit sowie Einfluss- und Mitsprachemöglichkeiten. Die Einteilung erfolgte in sieben Skalen und 101 Items mit offenen und geschlossenen Fragenkomplexen.

Hacker et al. (1995, S. 13) erstellten einen Fragebogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen (FBH), der in Krankenhäusern, Altenheimen, Altenpflegeheimen und Rehabilitationseinrichtungen für Behinderte zum Einsatz kam. Abgefragt wurden mit fünf Skalen und 38 Items Indikatoren für emotionale Erschöpfung, arbeitsbedingte (intrinsische) Motivation, (Un-)Zufriedenheit in der Arbeit, Aversion gegen Klienten und Reaktives Abschirmen.

Kleiber/Gusy/Enzmann/Beerlage (1992) befragten Institutionen aus dem AIDS-Bereich mit dem von ihnen entwickelten Instrument „Arbeitsbelastung und Burnout im Bereich medizinisch/psychosozialer Arbeit (ABBA)“. Die geschlossenen und offenen Fragen verteilten sich auf 18 Skalen und 264 Fragen. Die Antworten gaben Aufschluss über Tätigkeiten, Arbeitsplatzmerkmale, Strategien zur Belastungsminderung (Coping), Situationen und Ergebnisse der Arbeit, Burnout, Soziale Unterstützung, Psychosomatische Beschwerden, Rückzugsverhalten und Identifikation mit der Einrichtung.

Bermejo/Muthny (1994) entwickelten das Erhebungsinstrument „Fragebogen zu erlebten Belastungen und Bedarf an psychosozialer Fortbildung“, das in Altenwohnheimen, Altenheimen und Altenpflegeheimen Anwendung fand. Zwanzig Skalen und 85 Items mit geschlossenen und offenen Fragen gaben Aufschluss über Hauptthemen wie Charakteristika der Tätigkeit, Belastungsaspekte, positive Aspekte der Arbeit, Einflussmöglichkeiten hinsichtlich Hilfsmöglichkeiten für die Bewohner, Aspekte der eigenen Ausbildung, Arbeitszufriedenheit, Verantwortungsbereiche, Besprechungsmöglichkeiten, Stellenwert verschiedener Tätigkeitsaspekte, Kontakte zu anderen Berufsgruppen, Aktuelles Fortbildungsangebot, Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Wünsche für Fortbildungsart und -themen.

Pittner (1986) ist Urheber des „Fragebogens zur Bestimmung allgemeiner Stressfaktoren in der medizinischen Klinik“, den er mit 17 Skalen und 244 Items in geschlossener Frageform ausgerichtet hat. Er wurde in Universitätskliniken verwendet. Als Output konnten Rückschlüsse über Belastung, Beanspruchung, Befindlichkeit, Arbeitszufriedenheit, Beschwerden, Konsumgewohnheiten, Freizeit und Familie des befragten Klinikpersonals gezogen werden.

Widmer (1988) setzte seinen für Spitäler und Krankenpflegeheime entwickelten Fragebogen zur berufsbedingten persönlichen Belastung („Arbeits-Stress“) ein, um Daten zu Stress, Stressbewältigung und Arbeitszufriedenheit zu erheben. Der Bogen enthält geschlossene Fragen, die in vier Skalen und 186 Items gegliedert wurden.

Neuberger/Allerbeck (1978) entwickelten den „Arbeitsbeschreibungs-Bogen (ABB) zur Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Er gliedert sich in 10 Skalen, 90 Items und enthält geschlossene Fragen. Er gibt Aufschluss über Kollegenverhältnisse, Zufriedenheit mit Vorgesetzten, Tätigkeit, Arbeitsbedingungen, Organisation und Leitung, Entwicklungsmöglichkeiten, Bezahlung, Arbeitszeit und Arbeitsplatzsicherheit.

Berger/Gerngroß-Haas (1998) setzten ein „Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe (SIESTA) Modul C“ zur Befragung in Altenheimen und Altenpflegeheimen ein. Es handelt sich um vorwiegend geschlossene Fragen, z. T. offene Fragen bei 17 Skalen und 136 Items. Die Indikatoren lauten: Qualifikation, Einstellung zur Pflege, Betriebsklima, Arbeitsflexibilität, Arbeitszufriedenheit und Rückmeldung.

Für eine sinnvolle Auswertung der nachfolgenden Fragen benötigen wir zunächst einige personenbezogene und berufliche Angaben.

- (1.) Wie alt sind Sie? Jahre
- (2.) Ihr Geschlecht? weiblich
 männlich
- (3.) Wie ist Ihre Lebenssituation? alleine lebend (ohne Partner/In, ohne Kind/er, ohne zu (betreuende/n) Angehörige/n)
 In einer Wohngemeinschaft oder bei Eltern lebend
 mit Partner/In lebend
 mit Partner/In und Kind/ern und/oder zu (betreuenden) Angehörigen lebend
 ohne Partner/In mit Kind/ern und/oder zu (betreuenden) Angehörigen lebend

- (4.) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluß haben Sie? Volks- oder Hauptschulabschluß
 Mittlere Reife
 Abitur oder Fachhochschulreife

- (5.) Zu welcher der folgenden Berufsgruppen zählen Sie? Examierte/r Altenpfleger/In (1jährige Ausbildung)
 Examierte/r Altenpfleger/In (3jährige Ausbildung)
 Examierte/r Krankenschwester/Krankenpfleger
 Nichtexamiert/Helfer/In
 Schüler/In, Praktikant/In, Zivildienstleistender, Freiwilliges Soziales Jahr
 Ergo-/Physiotherapeut/In, Logopäde/In, Krankengymnast/In
 Sozialpädagoge/In, Altentherapeut/In, Pädagoge/In
 Hauswirtschaftskraft
 Verwaltungskraft
 Technischer Dienst, Hausmeister

- (6.) Über wie viele Jahre Berufserfahrung verfügen Sie
- insgesamt im jetzt ausgeübten Beruf? Jahre
- insgesamt in diesem Pflegeheim? Jahre
- insgesamt auf Ihrer Station bzw. in Ihrem Wohnbereich? Jahre
- (7.) Wie sieht derzeit Ihr Wochendienstplan überwiegend aus? Geteilter Dienst
 Schichtdienst
 Wechselschichtdienst
 Dauernachtwache

- (8.) Wie arbeiten Sie im Moment? Vollzeit
 Teilzeit
 Aushilfe

- (9.) Machen Sie derzeit regelmäßig Überstunden? ja
 nein
- Wenn ja, wie viele Überstunden machen Sie durchschnittlich pro Woche? Stunden

Als erstes möchten wir Sie um Ihre Meinung zu einer Reihe von Aussagen bitten, die sich mit dem Betriebsklima in Ihrem Pflegeheim beschäftigen. Es geht uns darum, wie Sie ganz persönlich das Arbeiten hier zur Zeit erleben. Wichtig ist einzig und allein Ihr persönliches Empfinden.

	Trifft nicht zu	Trifft nur begrenzt zu	Trifft überwie- gend zu	Trifft voll und ganz zu
	▼	▼	▼	▼
(1.) Hier im Pflegeheim ermutigt uns die Heimleitung, an Fortbildungskursen teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2.) Durch das häufige Wechseln von Kollegen/Innen wird der Zusammenhalt unter den Mitarbeitern gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3.) Die von mir betreuten Bewohner haben Verständnis dafür, wenn ich mal etwas versäumt oder vergessen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4.) Vor Personalentscheidungen und wichtigen Veränderungen im Pflegeheim wird unsere Meinung gehört und auch berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5.) Die von mir betreuten Bewohner geben mir deutlich zu verstehen, wie wichtig ich mit meiner Arbeit für sie bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6.) Bei der Arbeit mit alten Menschen erlebe ich so viel, daß mir diese Tätigkeit interessant und abwechslungsreich vorkommt und mir viel bedeutet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7.) Unsere Stations-/Bereichsleitung bemüht sich, alle Mitarbeiter gut anzuweisen und anzuleiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8.) Wenn ich meinen Freunden und Bekannten von meiner Tätigkeit erzähle, komme ich richtig „In Fahrt“ und merke, wie viel Interessantes es doch aus unserem Pflegeheim zu berichten gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9.) Wir werden von unserer Heimleitung rechtzeitig und umfassend über Pläne und Entscheidungen unseres Trägers informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10.) Die Arbeit mit Pflegebedürftigen ist seelisch so belastend, daß ich manchmal mutlos werden könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11.) Unsere Heimleitung bemüht sich, alle Mitarbeiter gut einzuweisen und anzuleiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12.) In unserem Pflegeheim wechseln die Kollegen/Innen so häufig, daß darunter das Vertrauen der Bewohner zu uns Pflegekräften leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13.) Ich bin zufrieden und stolz darauf, wie ich meine Aufgaben hier im Pflegeheim erfülle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14.) Unsere Arbeit ist körperlich so schwer, daß sie mir das Äußerste abverlangt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15.) Meine Stations-/Bereichsleitung gibt mir deutlich zu verstehen, wie wichtig es für sie ist, daß sie sich auf mich verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16.) Bei der Arbeit hier im Pflegeheim stehen wir so unter Druck, daß kaum Zeit zum Verschnaufen bleibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17.) Wenn ich auch mit den meisten Bewohnern unseres Pflegeheimes gut zurechtkomme, gibt es doch immer einige, die so schwierig sind, daß sie besser woanders untergebracht wären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(18.) Es macht mir Spaß, wenn ich Besuchern, die sich dafür interessieren, unser Pflegeheim zeigen und von der Arbeit berichten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(19.) Bei meiner Heimleitung finde ich Verständnis, wenn ich mich einmal belastet und entmutigt fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(20.) Meine Stations-/Bereichsleitung legt Wert darauf, daß das Gespräch und der Kontakt mit den Bewohnern nicht zu kurz kommt, selbst wenn es dann nicht so schnell vorangeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft nicht zu	Trifft nur begrenzt zu	Trifft überwiegend zu	Trifft voll und ganz zu
(21.) Wer im Umgang mit den alten Menschen hier im Pflegeheim nicht aufpaßt, wird von Ihren Bedürfnissen und Nöten einfach aufgeessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(22.) Wir Mitarbeiter werden von der Heimleitung über anstehende Planungen gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(23.) Es gibt hier so viel Leid und Not, daß wir uns nicht genügend um jeden Einzelnen kümmern können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(24.) Unsere Heimleitung legt Wert darauf, daß das Gespräch und der Kontakt mit den Bewohnern nicht zu kurz kommt, selbst wenn es dann nicht so schnell vorangeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(25.) Wenn einmal in unserer Schicht nicht alle Arbeiten erledigt werden konnten, springen die Kollegen/innen der nachfolgenden Schicht/einer anderen Station bereitwillig ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(26.) Unsere Heimleitung informiert uns gut über berufspolitische Entwicklungen in der Altenpflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(27.) Die alten Menschen, die Ich betreue, wollen nicht nur versorgt werden, sondern zeigen auch für mich als Mensch Interesse, Verständnis und Anteilnahme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(28.) Bei meiner Stations-/Bereichsleitung finde ich Verständnis, wenn ich mich einmal belastet und entmutigt fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(29.) Im Kreis der Kollegen/innen sind wir uns so einig, daß wir wechselseitig einspringen, wenn einmal etwas versäumt wurde, damit es nicht an die „große Glocke“ kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(30.) Bei uns packt auch die Heimleitung mit an, wenn die Arbeit anders nicht zu schaffen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(31.) Wenn ich bedenke, was wir hier leisten, dann bin ich enttäuscht, wie manchmal in der Nachbarschaft von unserem Pflegeheim gesprochen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(32.) Das, was ich im Kontakt mit manchen alten Menschen erlebe, entschädigt mich für die Lasten, die mit der Versorgung Schwerpflegebedürftiger verbunden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(33.) Weil wir hier so lange Wege haben, ist schon die tägliche Lauferei anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(34.) Bei uns packt auch die Stations-/Bereichsleitung mit an, wenn die Arbeit anders nicht zu schaffen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(35.) Unsere Heimleitung bemüht sich, bei der Einteilung der Arbeit auf die private Situation der Mitarbeiter Rücksicht zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(36.) Der Kontakt mit den Kollegen/innen macht es mir leichter, die seelische Belastung auszuhalten, die mit der Pflege alter Menschen verbunden ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(37.) Es ist schon erstaunlich, wie manche alten Menschen aufleben, wenn ich sie einmal in den Arm nehme oder streichle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(38.) Im Kollegen/innenkreis kommt man mir entgegen, wenn ich bei Dienst- oder Urlaubsplänen persönliche Wünsche anmelde oder mich mal unpräzise fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(39.) Meine Stations-/Bereichsleitung bemüht sich, bei der Einteilung der Arbeit auf unsere private Situation Rücksicht zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(40.) Alles in allem befriedigt mich meine Tätigkeit hier im Pflegeheim sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachfolgend finden Sie Aussagen über Gefühle und Eindrücke, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Bitte geben Sie an, inwieweit die jeweilige Aussage für Sie zutrifft. Kreuzen Sie bitte bei *jeder* Aussage an, was Ihre persönliche Meinung ist.

	völlig unzu- treffend 1	welt- gehend unzu- treffend 2	eher unzu- treffend 3	teils, teils 4	eher zutref- fend 5	welt- gehend zutref- fend 6	völlig zutref- fend 7
(1.) Am Schichtende fühle ich mich oft erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2.) Ich kann mich in meine Arbeit voll einbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3.) Ich habe gelegentlich ein Gefühl innerer Leere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4.) Es fällt mir oftmals schwer, gleichbleibend freundlich zu den Bewohnern zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5.) Ich brauche oft Kraft, um meinen inneren Widerwillen gegen die Arbeit zu überwinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6.) Trotz aller Belastung befriedigt diese Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7.) Ich habe manchmal unbegründete Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8.) Gelegentlich kämpfe ich mit einer Wut auf einen Bewohner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9.) Meine Stimmung schwankt häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10.) Ich kann nach der Arbeit gut abschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11.) Bei manchen Bewohnern interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus ihnen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12.) Ich habe oft den Eindruck, nicht alles schaffen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13.) Ich fühle mich gehetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14.) Ich befürchte, daß meine Arbeit mich emotional verhärtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15.) Die Sorgen anderer nehme ich nicht mehr so wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16.) Mich beschäftigt sehr, daß ich hier zu wenig Entwicklungschancen sehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17.) Meine Arbeitsumgebung empfinde ich als deprimierend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(18.) Ich möchte die Probleme der Bewohner nicht an mich herankommen lassen, um den Beruf durchzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(19.) Ich fühle mich optimistisch und schwungvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(20.) Gespräche über die Arbeit in der Freizeit versuche ich weitgehend zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(21.) Es gelingt mir gut, mich in meine Bewohner hineinzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(22.) Ich fühle mich in meiner Arbeit geistig unterfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(23.) Hin und wieder verliere ich bei der Arbeit die Geduld und werde ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(24.) Ich bin bei meiner Arbeit völlig frei und kann relativ unabhängig von starren Anordnungen ziemlich selbständig arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(25.) Meine Arbeit frustriert mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	völlig unzutreffend	weltgehend unzutreffend	eher unzutreffend	teils, teils	eher zutreffend	weltgehend zutreffend	völlig zutreffend
	1	2	3	4	5	6	7
(26.) Die Arbeit gibt täglich neue Kraft für eine herzliche Zuwendung zum Bewohner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(27.) Meine Arbeit ist abwechslungsreich und interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(28.) Ich habe ein großes Stück meines anfänglichen Idealismus für die Tätigkeit verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(29.) Durch die Arbeit bin ich oft gereizt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(30.) Ich fühle mich manchmal wie ausgebrannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(31.) Ich muß mich manchmal zwingen, nicht grob zu einem Bewohner zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(32.) Es ist leicht, mit Lust und Schwung zur Arbeit zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(33.) Ich glaube, daß die Arbeitsbelastungen zu Ehe-(Partner-) und Familienproblemen in meinem Leben beigetragen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(34.) Von den Problemen meiner Bewohner bin ich persönlich berührt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(35.) Es kommt vor, daß mich die Arbeit seelisch zu stark belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(36.) Ich fühle mich manchmal machtlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(37.) Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt und denke darüber nach, ob ich den Job aufgeben soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(38.) Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten, ist wirklich eine Strapaze für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im folgenden finden Sie eine Liste mit verschiedenen Aspekten Ihrer Arbeitssituation. Bitte suchen Sie aus dieser Liste jene 10 Aspekte heraus, die für Sie in der Arbeit besonders wichtig sind ...

1.) ... und kreuzen Sie diese 10 Aspekte hier an:

2.) Dann tragen Sie bitte hier ein, wie gut oder schlecht Ihre Arbeitssituation derzeit in Bezug auf diese 10 Aspekte ist.

	sehr gut					sehr schlecht
<input checked="" type="checkbox"/> (1.) Kontakt und Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/> (2.) Selbständig arbeiten zu können	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/> (3.) Verantwortung bei der Arbeit	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/> (4.) Weiterbildungsmöglichkeiten	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/> (5.) Sinnvolle, wichtige Arbeit leisten	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/> (6.) Unterstützung und Förderung durch Vorgesetzte	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/> (7.) Abwechslungsreiche Arbeit	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/> (8.) Anerkennung der geleisteten Arbeit	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/> (9.) Fähigkeiten und Kenntnisse einsetzen zu können	1	2	3	4	5	6

- (10.) Beziehungen zu Bewohner/Innen und Ihren Angehörigen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
- (11.) Einfluß auf Arbeitszeitgestaltung

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
- (12.) Gehalt und Zulagen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
- (13.) Räumliche und technische Ausstattung/Hilfsmittel

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
- (14.) Aufstiegsmöglichkeiten

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
- (15.) Erreichbarkeit des Arbeitsortes

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
- (16.) Einfache, überschaubare Tätigkeiten

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
- (17.) Arbeitsklima

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
- (18.) Kontakt und Zusammenarbeit mit anderen Diensten

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Abschließend möchten wir Ihnen einige Fragen stellen, die sich auf verschiedene Bereiche Ihrer Arbeit beziehen. Es ist klar, daß es bei jeder Arbeit gute *und* schlechte Seiten gibt. Sie sollen so antworten, wie Sie im großen und ganzen darüber denken.

Bitte kreuzen Sie die Zahl unter dem Gesicht an, das Ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit am ehesten ausdrückt.

- (1.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kolleginnen und Kollegen?
(Gemeint sind *die* Kolleginnen und Kollegen, mit denen Sie unmittelbar zusammenarbeiten und arbeitsbezogenen Kontakt haben. Es ist uns klar, daß Sie hier nur ein Durchschnittsurteil abgeben können).
- (2.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer/m Vorgesetzten?
(Gemeint ist Ihre *unmittelbare*/Vorgesetzte/r, die/der eine Stufe höher steht als Sie, Ihnen Anweisungen geben und Sie kontrollieren kann).
- (3.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit?
(Gemeint ist *der Inhalt* Ihrer Tätigkeit, die Art Ihrer Arbeitsaufgaben).
- (4.) Wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen?
(Gemeint sind die Bedingungen, unter denen Sie arbeiten (z.B. Hilfsmittel, Umgebung, Lärm, Räumlichkeiten, zur Verfügung stehendes Material etc.).
- (5.) Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation und Leitung?
(Gemeint ist, wie Sie das Pflegeheim als *Ganzes* sehen, wie die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen und Abteilungen funktioniert, wie Sie Vorschriften und Regeln, Planung und Information und die „oberste“ Leitung beurteilen).
- (6.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Entwicklungsmöglichkeiten?
(Gemeint ist Ihr *persönliches* Vorwärtkommen (Ihre bisherigen und zukünftigen Möglichkeiten zum Aufstieg, zur Weiterbildung und zur Übernahme von verantwortungsvolleren Aufgaben)).
- (7.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Bezahlung?
(Gemeint ist die Höhe Ihrer Bezahlung, die Sie für Ihre Arbeit erhalten, einschließlich Zulagen, Zuschläge, 13. Monatsgehalt usw.).
- (8.) Wenn Sie nun an alles denken, was für Ihre Arbeit eine Rolle spielt (z.B. die Tätigkeit, die Arbeitsbedingungen, die Kolleginnen und Kollegen usw.), wie zufrieden sind Sie dann *insgesamt* mit Ihrer Arbeit?

<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	

Auf welche Dinge wird Ihrer Meinung hier im Pflegeheim zu viel Zeit verwendet?

Auf welche Dinge wird Ihrer Meinung hier im Pflegeheim zu wenig Zeit verwendet?

Bitte einige Stichworte:

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte einige Stichworte:

.....

.....

.....

.....

.....

Würden Sie einer älteren Person aus Ihrer nahen Verwandtschaft zuraten, bei einem entsprechenden Bedarf in dieses Pflegeheim zu ziehen?

- Ich würde auf jeden Fall zuraten, in unser Pflegeheim zu ziehen
- Ich würde mit gewissen Einschränkungen zuraten
- Ich würde raten, lieber in ein anderes Pflegeheim zu ziehen
- Ich würde überhaupt davon abraten, in ein Pflegeheim zu ziehen

Falls Sie weitere Anmerkungen zu den Themen dieses Fragebogens haben, ist hier Raum für Ihre Meinung und Ihre Ergänzungen.

.....

.....

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte gehen Sie abschließend nochmals diesen Fragebogen durch, damit alle Fragen vollständig beantwortet werden.