

**Organisation der Pflegearbeit -
Arbeitsbedingungen, Belastungsfaktoren
und Reformbedarf in der stationären
Altenpflege.**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

der
Erziehungswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Erfurt

vorgelegt von
Annett Junk

Erfurt 2007

Erstgutachter:

Prof. Dr. Manfred Eckert
Erziehungswissenschaftliche Fakultät der Universität Erfurt
Berufspädagogik und berufliche Weiterbildung
Nordhäuser Straße 63
99089 Erfurt

Zweitgutachter:

Prof. Dr. Manfred Lutherdt
Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Erfurt
Technische Wissenschaften und betriebliche Entwicklung
Nordhäuser Straße 63
99089 Erfurt

Externer Gutachter:

Prof. Dr. Marianne Friese
Justus-Liebig-Universität Gießen
FB 03 Sozial- und Kulturwissenschaften
Institut für Erziehungswissenschaft
Fachgebiet Berufspädagogik/Arbeitslehre
Karl-Glöckner-Str. 21 B
35394 Gießen

urn:nbn:de:gbv:547-200800321

Inhaltsübersicht

Abstract - Deutsch	9
Abstract – Englisch	11
Vorwort.....	12
1 Einleitung.....	13
2 Arbeitsbelastung.....	19
3 Systemische Organisationstheorie	34
4 Pflegekräfte im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen	70
5 Belastungen in der Altenpflege	106
6 Arbeitsanalytischer Zugang zur Organisation der Arbeit und der individuellen Belastung der Pflegemitarbeiter	126
7 Einbindung in aktuelle relevante Forschungsergebnisse.....	247
8 Diskussion der Ergebnisse und Folgerungen.....	267
9 Zusammenfassung	280
Quellenverzeichnis.....	284
Abbildungsverzeichnis	300
Tabellenverzeichnis	301
Anhang.....	302
Lebenslauf	332
Ehrenwörtliche Erklärung.....	333

Inhaltsverzeichnis

Abstract - Deutsch	9
Abstract – Englisch	11
Vorwort.....	12
1 Einleitung.....	13
1.1 Situationsbeschreibung	13
1.2 Problemstellung.....	14
1.3 Zielsetzung	14
1.4 Vorgehensweise.....	15
2 Arbeitsbelastung.....	19
2.1 Arbeitsorganisation und Entscheidungsspielraum: das handlungstheoretische Belastungskonzept	19
2.2 Arbeitsbelastung in helfenden Berufen – Beispiele aus der Burnout- Forschung	26
2.3 Lernen als längerfristige Veränderung der Handlungsregulation	29
2.4 Zusammenfassung.....	32
3 Systemische Organisationstheorie	34
3.1 Organisation als autopoietisches System.....	35
3.2 Das soziale System.....	38
3.3 Mitgliedschaft, Motive und Entscheidungen	41
3.4 Organisationsentwicklung als Prozess des Lernens von Menschen und Systemen	48
3.4.1 Zum Begriff Organisationsentwicklung	48
3.4.2 Organisation und Lernen	55
3.4.2.1 Organisationales Lernen	55
3.4.2.2 Rahmenbedingungen organisationalen Lernens.....	58
3.4.2.3 Das Konzept organisationalen Lernens	60
3.4.2.4 Lernhindernisse.....	62
3.4.3 Personalentwicklung.....	65

3.5	Zusammenfassung.....	66
4	Pflegekräfte im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen	70
4.1	Zum Begriff „Pflege“	71
4.2	Historischer Rückblick: die Entwicklung des pflegenden Berufes	73
4.3	Aktuelle Entwicklung des Berufsfeldes Pflege.....	81
4.4	Das Pflegemodell von Liliane Juchli	82
4.5	Anforderungen an die Qualität der Pflege – ein Überblick über die Entwicklung der Anforderungen seit der Einführung der Pflegeversicherung.....	90
4.5.1	Heimgesetz.....	91
4.5.2	Einführung der Pflegeversicherung	93
4.5.3	Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen.....	94
4.5.4	Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches	96
4.5.5	MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege	97
4.5.6	Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG).....	98
4.5.7	Expertenstandards als Anforderungen an die Fachlichkeit in der Pflege	100
4.6	Zusammenfassung.....	103
5	Belastungen in der Altenpflege	106
5.1	Kurzvorstellung der verschiedenen Studien zu Belastungen in der Altenpflege	106
5.2	Die gesundheitliche Situation von Beschäftigten in der Altenpflege .	108
5.3	Belastungsarten	110
5.3.1	Belastungen aus der Arbeitsaufgabe.....	110
5.3.2	Belastungen aus der zeitlichen Gestaltung der Arbeitsaufgaben	112
5.3.3	Belastungen aus der Organisation	113

5.3.4	Belastungen aus der sozialen Umgebung	115
5.3.5	Belastungen aus dem Personen-System	116
5.4	Belastungsfolgen.....	118
5.4.1	Psychische Belastungsfolgen	118
5.4.2	Somatische Beschwerden	120
5.4.3	Psychosomatische Beschwerden	120
5.5	Zusammenfassung.....	122
5.6	Möglichkeiten der Regulierung des Stressniveaus von Beschäftigten in der Altenpflege.....	124
6	Arbeitsanalytischer Zugang zur Organisation der Arbeit und der individuellen Belastung der Pflegemitarbeiter	126
6.1	Untersuchungsgegenstand	128
6.1.1	Struktur der Einrichtung	128
6.1.2	Personal und Verantwortungsbereiche.....	129
6.1.3	Pflegemodell der Einrichtung.....	132
6.2	Vorgehensweise.....	133
6.3	Personenbezogene Arbeitsanalyse zur Wahrnehmung der Organisation der Arbeit und der individuellen Belastung der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung.....	137
6.3.1	Datenerhebung und Stichprobe.....	138
6.3.2	Der Interviewleitfaden.....	139
6.3.3	Datenauswertung und Ergebnisse.....	143
6.3.3.1	Kurzbeschreibung der Interviewpartner	144
6.3.3.2	Ergebnisse zum Bedingungsgefüge.....	146
6.3.3.3	Ergebnisse zu Arbeitsbelastung.....	153
6.3.3.4	Ergebnisse zur derzeitigen Organisation der Arbeit .	164
6.3.3.5	Ergebnisse zum Entwicklungs- und Veränderungsprozess	170
6.4	Bedingungsbezogene Analyse zur Organisation der Arbeit der Pflegeeinrichtung.....	179
6.4.1	Datenerhebung und Stichprobe.....	179
6.4.2	Datenauswertung	181
6.4.3	Ergebnisse.....	189

6.4.3.1	Ergebnisse der Kategorie „Dienstübergabe“	189
6.4.3.2	Ergebnisse der Kategorie „Grundpflege“	190
6.4.3.3	Ergebnisse der Kategorie „Behandlungspflege“	191
6.4.3.4	Ergebnisse der Kategorie „Mahlzeiten“	192
6.4.3.5	Ergebnisse der Kategorie „Pflegedokumentation“	193
6.4.3.6	Ergebnisse der Kategorie „Pflegeplanung“	194
6.4.3.7	Ergebnisse der Kategorie „Absprachen extern“	194
6.4.3.8	Ergebnisse der Kategorie „Absprachen intern“	195
6.4.3.9	Ergebnisse der Kategorie „Bewohnerzimmer“	196
6.4.3.10	Ergebnisse der Kategorie „Funktionsräume“	196
6.4.3.11	Ergebnisse der Kategorie „Wohnbereichsküche“	197
6.4.3.12	Ergebnisse der Kategorie „Pausen“	198
6.4.3.13	Ergebnisse der Kategorie „Suche nach Material und Personal“	198
6.4.3.14	Ergebnisse der Kategorie „Beschäftigung mit Bewohnern“	199
6.4.3.15	Ergebnisse der Kategorie „Wäsche“	200
6.4.3.16	Ergebnisse der Kategorie „Bewohnerwünsche“	201
6.4.3.17	Ergebnisse der Kategorie „Medikamente“	202
6.4.3.18	Darstellung von Rangfolgen zu den erfassten Kategorien	202
6.4.3.19	Anteile der Tätigkeiten im Nachtdienst	214
6.5	Vergleich der Ergebnisse der personenbezogenen und der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse	217
6.5.1	Überblick über die Ergebnisse der personenbezogenen Arbeitsanalyse	217
6.5.2	Überblick über die Ergebnisse der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse	220
6.5.3	Gegenüberstellung und Diskussion der Ergebnisse	220
6.6	Experteninterviews zum Zusammenhang zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und der objektiven Arbeitsanalyse	226
6.6.1	Datenerhebung	226
6.6.2	Datenauswertung	228

6.6.2.1	Interview mit der Pflegedienstleitung.....	228
6.6.2.2	Interview mit Wohnbereichsleitung 1.....	232
6.6.2.3	Interview mit Wohnbereichsleitung 2.....	238
6.6.3	Zusammenfassung und Vergleich	242
7	Einbindung in aktuelle relevante Forschungsergebnisse.....	247
7.1	Projekt „Reduzierung der Arbeitsbelastung durch Fehlermanagementsysteme“	247
7.2	Projekt „Analyse der Arbeitsplatzqualität“	252
7.3	Projekt „Aufbruch Pflege“	255
7.4	Projekt „Personalentwicklung und Qualifizierung“	258
7.5	Zusammenfassung.....	265
8	Diskussion der Ergebnisse und Folgerungen.....	267
8.1	Zentrale Ergebnisse	267
8.2	Lösungsansätze	272
8.2.1	Reduzierung der Arbeitsbelastung aufgrund der praktizierten Aufgabenteilung.....	272
8.2.2	Veränderung der Tagesstruktur.....	275
8.2.3	Reduzierung des Stressniveaus	276
8.2.4	Bewältigung der zunehmenden fachlichen Anforderungen ...	278
9	Zusammenfassung	280
	Quellenverzeichnis.....	284
	Abbildungsverzeichnis	300
	Tabellenverzeichnis	301
	Anhang.....	302
	Lebenslauf	332
	Ehrenwörtliche Erklärung.....	333

Abstract - Deutsch

Die vorliegende Arbeit zeigt ein umfassendes Bild der Organisation der Pflegearbeit, der Arbeitsbedingungen und Belastungsfaktoren in der Altenpflege auf. Zunächst sind die theoretischen Grundlagen zu den Themen Arbeitsbelastung und Arbeitsorganisation dargestellt. Anschließend wird der pflegende Beruf mit einem historischen Rückblick und der Vorstellung der Anforderungen an die Qualität von Pflegearbeit seit der Einführung der Pflegeversicherung genauer betrachtet. Weiterhin werden Belastungen in der Altenpflege anhand der Ergebnisse aktueller Studien dargestellt.

Die Analyse der Organisation der Arbeit und der individuellen Belastungen der Pflegemitarbeiter ist der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Es wird exemplarisch anhand eines Seniorenheims dargelegt, wie das soziale System der stationären Pflegeeinrichtung seine Aufgaben wahrnimmt, bewältigt und mit den Anforderungen seiner äußeren Umwelt umgeht. Hierzu wurden eine personenbezogene und eine bedingungsbezogene Arbeitsanalyse sowie Experteninterviews mit den Führungskräften der ausgewählten Einrichtung durchgeführt. Die Ergebnisse der personenbezogenen Analyse zeigen, dass sich die Mitarbeiter aufgrund von Zeit- und Personalmangel nicht immer den Anforderungen gewachsen fühlen. Die Resultate der bedingungsbezogenen Analyse weisen auf eine feste Tagesstruktur im Organisationsablauf hin. Es ist deutlich erkennbar, dass die Pflegefachkräfte häufig Aufgaben der Hilfskräfte übernehmen. Die Ergebnisse wurden mit den Führungskräften der Einrichtung in Experteninterviews besprochen, mit dem Ziel die wesentlichen Ursachen für die Wahrnehmung der Pflegekräfte zur hohen Arbeitsbelastung heraus zu filtern.

Zum Abschluss der Arbeit wurden die Resultate der Arbeitsanalyse in Zusammenhang mit den vorab dargestellten theoretischen Grundlagen interpretiert. Es stellt sich ein Bild des Systems „Seniorenheim“ heraus, das sich derzeit in einem Spannungsfeld zwischen der Idealvorstellung vom Pflegeberuf, der Alltagsorganisation und den inkonstanten Anforderungen aus der Umwelt befindet. Als Ergebnis der Arbeitsanalyse wurden Lösungsansätze zur praktizierten Auf-

gabenverteilung, zur Veränderung der Tagesstruktur, zur Reduzierung des Stressniveaus und zur Bewältigung der fachlichen Anforderungen entwickelt.

Abstract – Englisch

The displayed assignment presents a broad picture of the structure in caring, the working-conditions and the load factors within aged care work. First of all, the theoretical basics concerning the matter of load factor and work organization are presented. Therefore, the caring occupation is explored by giving a brief historical review of it. Additionally, the requirements for the quality of caring, since the implementation of long term care insurance, are taken into account. Further, the distress within the aged care work is shown by the results of current studies.

The emphasis of this work lies in the analysis of the work organization and the individual distress of each care worker. On the basis of taken a home for senior citizens as an example, it is demonstrated how the social system of a stationary care facility perceives, copes and manages its tasks and how it interacts with the requirements of its environment. In addition to that a person- and condition related work analysis took place, as well as interviews with the directors of the respective organization. The results of the person-related analysis reveal, that due to time- and staff shortage the employees not always feel up to the requirements. Looking at the organizational operation the results of the condition-related analysis indicate a fixed daily-structure. It is clearly shown that the caring supervisor often takes over the tasks of the non-skilled worker. The results were discussed with the director of the facility aiming to filter the essential causes why the care worker has a high work load perception.

Finally, the results of the work analysis were interpreted with beforehand described and represented theoretical basics. All resulting in a picture of the system "home for the aged"; this currently is in a stress field between the ideal of the caring-occupation, the organization of life and the constantly shifting requirements from the environment. As a result of this working analysis, methods of resolution for a practised distribution of duties, a change in day-structure, a reduction of the stress-level and a way for coping with the professional requirements have been developed.

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist während meiner beruflichen Tätigkeit als Beraterin im Qualitätsmanagement für soziale Einrichtungen entstanden. Nahezu täglich hörte ich die Äußerungen „Wir haben keine Zeit“ und „Was sollen wir denn plötzlich noch alles machen“ von Pflegenden und Führungskräften in Pflegeeinrichtungen. Dafür fand ich Verständnis und fasste den Entschluss, die Arbeitsorganisation, -bedingungen und -belastungen im Rahmen meiner Promotion eingehend zu untersuchen.

Die Untersuchung führte ich exemplarisch in den Jahren 2003 und 2004 in einem Seniorenheim durch. Ich möchte mich herzlich bei allen Mitarbeitern und Führungskräften für die freundliche und offene Mitwirkung bedanken. Besonderen Dank gebührt meinem Betreuer Prof. Dr. Manfred Eckert, der mich in den vergangenen vier Jahren mit viel Geduld und ehrlichem Interesse beraten hat. Die regelmäßigen Gespräche lernte ich sehr zu schätzen, weil er mir oft neue Blickwinkel zeigte. So konnte ich mich und meine Sichtweise auf die Dinge stets weiterentwickeln.

Vielen Dank richte ich an Katrin Lienert, Enrico Kiele und Christian Bartsch. Im Rahmen von Praktika unterstützten sie mich bei der Durchführung der Untersuchung sowie bei der Auswertung der Ergebnisse. Ohne ihre Unterstützung wäre diese Arbeit im vorliegenden Umfang berufsbegleitend nicht möglich gewesen. Ebenfalls möchte ich mich bei Johannes Jelich bedanken, der mich besonders in der Anfangsphase immer wieder inspiriert und ermutigt hat. Mit seinen umfangreichen Erfahrungen in der computergestützten Datenauswertung konnte er mich häufig vor der Verzweiflung bewahren.

Besondern Dank verdienen mein Ehemann und mein Sohn. Mein Mann hat mich immer in allen Belangen unterstützt und zeitweise alle Aufgaben im Haushalt und die Organisation der Familientätigkeiten allein übernommen. Mein Sohn hat mich mit seiner kindlichen Kreativität oft zum Lachen und damit auf andere Gedanken gebracht. Dies hat mir sehr geholfen, das Leben außerhalb der Arbeit bewusst wahrzunehmen und zu genießen. Vielen Dank!

Annett Junk

1 Einleitung

1.1 Situationsbeschreibung

Die Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen in Alten- und Pflegeheimen stellen hohe Anforderungen an die psychophysische Belastbarkeit der Pflegenden. Neben den fachlichen Anforderungen treten starke körperliche Belastungen u. a. durch das Heben, Drehen und Lagern Schwerpflegebedürftiger sowie erhebliche psychische Belastungen durch den Umgang mit psychisch veränderten, insbesondere demenzkranken Bewohnern¹ und die häufige Konfrontation mit Tod und Sterben auf. Spätestens seit der Einführung der Pflegeversicherung werden die Pflegenden mit zusätzlichen Aufgaben, z. B. in Bezug auf die Pflegeplanung, Dokumentation und Qualitätssicherung konfrontiert. Dies erfordert ein hohes Maß an beruflichen Kompetenzen auf Seiten der Beschäftigten. Die Anforderungen an das Pflegepersonal sind in den letzten Jahren weiter angestiegen, da im Zuge struktureller Veränderungen in der Altenhilfe vermehrt Personen mit sehr hohem Pflegebedarf und psychischen Beeinträchtigungen in die Einrichtungen gelangen.

Den steigenden Anforderungen bei der Pflege alter Menschen stehen ungünstige Arbeitsbedingungen gegenüber, unter anderem gesundheits- und familienunfreundliche Arbeitszeitregelungen, eine geringe gesellschaftliche Anerkennung, Unterqualifizierung und Personalmangel. Diese Entwicklung trägt zu einer wachsenden Frustration und einer eklatant hohen Fluktuationsrate bei.

¹ Um den Lesefluss nicht zu hemmen, wird in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die männliche Form gebraucht. Die jeweilige Bezeichnung soll für beide Geschlechter stehen und als neutraler Begriff verstanden werden.

1.2 Problemstellung

Zahlreiche Studien zu Belastungen, denen die in der Altenhilfe Tätigen ausgesetzt sind, zeigen erhebliche Überlastungen und Burnout der Pflegekräfte auf². Die Beschäftigten im Pflegebereich klagen dabei zunehmend über Zeit- und Personalmangel. Seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 nehmen die Anforderungen an die Qualität der Pflege kontinuierlich zu. Einige Rechtsverordnungen und Richtlinien als wichtige Detailregelungen zur Pflegeversicherung sind für die Pflegeeinrichtungen bindend. An diese Regelungen schließen sich seit 1995 weitere Empfehlungen an, etwa durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie Expertenstandards, die den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse verankern.

Pflegende stehen seitdem in einem Spannungsfeld zwischen ihren historisch gewachsenen Erwartungen an den Pflegeberuf und den stetig zunehmenden Anforderungen, die überwiegend von außen gesetzt werden und im Pflegealltag bewältigt werden müssen. Betrachtet man die zeitliche Abfolge der Verabschiedung von Gesetzen, Maßstäben und Standards für den Pflegebereich³, so wird deutlich, dass die Pflegenden zur Verarbeitung dieser Fülle von Anforderungen kaum Zeit erhalten haben. Dies hat teilweise zum einen zu einer Überforderung der Mitarbeiter und zum anderen zu einer Blockade und Abwehr gegenüber neuen Anforderungen geführt.

1.3 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die verschiedenen Belastungsfaktoren in Pflegeeinrichtungen aufzuzeigen sowie auch das Verständnis ihrer derzeitigen Situation und aktuellen Dilemmata zu fördern. Dabei sind sowohl die Wahrneh-

² Die Studien zu Belastungen in der Pflege werden im Verlauf der vorliegenden Arbeit, insbesondere in den Kapiteln 5 und 7, vorgestellt.

³ Auf die einzelnen Anforderungen wird in den weiteren Ausführungen der vorliegenden Arbeit, vor allem im Kapitel 4, detailliert eingegangen.

mungen der einzelnen Mitarbeiter zu ihrer Arbeitsbelastung als auch die gegenwärtigen Arbeitsbedingungen von Bedeutung. Als Ergebnis soll ein differenziertes Bild von der Arbeitsorganisation und den individuellen Belastungswahrnehmungen der Pflegenden herausgestellt werden. Dieses Bild ermöglicht einen detaillierten Einblick in das soziale System „Pflegeheim“ und die Fähigkeiten der Mitarbeiter, mit den Anforderungen an ihre Arbeitspraxis umzugehen.

1.4 Vorgehensweise

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wird in einem allgemeinen theoretischen Zugang das Thema Arbeitsbelastung dargestellt. Bestandteile der Ausführungen sind das handlungstheoretische Belastungskonzept, Verfahren zur Untersuchung von Anforderungen und Belastungen in der Arbeit sowie Beispiele aus der Burnout-Forschung zu Aspekten der Arbeitsbelastung in helfenden Berufen. Besonderes Augenmerk wird auf das Lernen gelegt, mit seinem Nutzen zur längerfristigen Veränderung der Handlungsregulation, zur Bewältigung von Anforderungen und zur Festigung der psychischen Gesundheit der Beschäftigten.

Nach dieser allgemeinen Annäherung an das Thema Arbeitsbelastung sind im dritten Kapitel Grundlagen der Organisationstheorie und Elemente der Systemtheorie erörtert, um einen fundierten Einblick in das Themengebiet Arbeitsbelastung zu erhalten und Verständnis für die Wahrnehmung der Arbeitstätigen zu gewinnen. Die Aspekte „Mitgliedschaft“ und „Entscheidung“ werden als besonders relevant für das Thema Arbeitsbelastung betrachtet und deshalb näher erörtert. Weiterhin ist die Organisationsentwicklung als Prozess des Lernens von Menschen und Systemen beschrieben. Dabei werden insbesondere die Rahmenbedingungen organisationalen Lernens veranschaulicht und Faktoren der Verhinderung von Lernen erläutert.

Im vierten Kapitel ist die gegenwärtige Situation des pflegenden Berufs dargestellt. Hier erfolgt zunächst eine Erläuterung des Begriffs *Pflege*. Die Entwicklung des pflegenden Berufs wird anhand eines kurzen historischen Rückblicks veranschaulicht. Dieser gibt einen Einblick in historisch gewachsene Motive des

Helfens und heute noch mögliche Motivationsgrundlagen für die Pflegenden. Weiterhin wird das Pflegemodell nach Liliane Juchli erläutert. Juchli hat als Krankenschwester und Lehrerin für Krankenpflege zahlreiche Beiträge zur fachlichen Weiterentwicklung der Pflege im deutschsprachigen Raum geleistet. Ihr Pflegemodell ist heute ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung von Gesundheits- und Altenpflegern und somit Grundlage für die pflegerische Arbeit in vielen Pflegeeinrichtungen. Weiterhin werden im vierten Kapitel einige Anforderungen an die Arbeit in Pflegeeinrichtungen dargestellt, sowie die Entwicklung der Ansprüche in den vergangenen zwanzig Jahren skizziert. Diese sind vorrangig durch den Gesetzgeber, die Pflegekassen als Leistungsträger und durch die anerkannte Expertengruppe, das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), formuliert. Aus den sich stetig verändernden Anforderungen zeigt sich eine Diskrepanz zwischen der historisch gewachsenen Motivation des „Helfen wollens“ und den zahlreichen Pflichten der beruflich Pflegenden neben ihren ursprünglichen pflegenden Tätigkeiten, welche gegenwärtig einen Belastungsfaktor für Angehörige des Pflegeberufes darstellen kann.

Im fünften Kapitel sind Forschungsergebnisse zu Belastungen, denen die in der Altenpflege Tätigen ausgesetzt sind, dargestellt. Der Belastungsbegriff und Belastungsfolgen werden speziell für den Bereich der Altenpflege erläutert sowie die Ergebnisse der vorgestellten Studien in Belastungskategorien veranschaulicht. Als Belastungsarten stellen sich vor allem Belastungen aus der Arbeitsaufgabe sowie ihrer zeitlichen Gestaltung, aus der Organisation, der sozialen Umgebung und dem Personen-System heraus. Belastungsfolgen im Bereich der Altenpflege sind insbesondere psychischer, somatischer und psychosomatischer Natur.

Im sechsten Kapitel wird die empirische Untersuchung als Schwerpunkt der vorliegenden Forschungsarbeit dargestellt. Die qualitative Untersuchung als Arbeitsanalyse hat überwiegend deskriptiven Charakter. Sie gliedert sich in eine personenbezogene und eine bedingungsbezogene Analyse. Die Untersuchung wird exemplarisch an einer stationären Pflegeeinrichtung durchgeführt, von der

aufgrund ihrer Größe, Personalbesetzung und Auslastung⁴ angenommen werden kann, dass sie dem Durchschnitt entspricht. Die personenbezogene Analyse erfasst die subjektive Wahrnehmung der Mitarbeiter der Einrichtung zur Organisation der Arbeit und zur individuellen Belastung mit Hilfe von Interviews. Die Auswertung der Interviews ermöglicht zum einen eine Darstellung der Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen aus der Sicht der Beschäftigten und zum anderen einen detaillierten Einblick in die Belastungssituation der Mitarbeiter⁵. In der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse werden die real verrichteten Tätigkeiten des Pflegepersonals in ihren Abläufen und ihrer Zeitdauer entsprechend der Zuständigkeiten erfasst. Im Ergebnis einer Begleitung und Beobachtung der Pflegemitarbeiter über einen Zeitraum von vier Wochen erfolgt eine Darstellung der Abläufe von ausgeübten Tätigkeiten sowie ihrer zeitlichen Anteile an der Gesamtarbeitszeit⁶.

Die Ergebnisse der personenbezogenen und der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse werden anschließend gegenübergestellt und miteinander verglichen. Dabei herausgestellte Unterschiede und mögliche Widersprüche⁷ sind in der dritten Phase der Untersuchung durch Experteninterviews mit den Leitungskräften der Pflegeeinrichtung aufgegriffen. Die Aussagen der Leitungskräfte sollen mögliche Ursachen zu festgestellten Widersprüchen erklären sowie die Einschätzung der hohen Arbeitsbelastung der Pflegenden aus Leitungssicht erläutern. Weiterhin erklären die Leitungskräfte, wie die Pflegemitarbeiter die wachsenden Anforderungen an die Pflegequalität bewältigen. Im Ergebnis dieser Interviews wird eine deutliche Überforderung der Pflegenden mit den steigenden Anforderungen herausgestellt.

Im Siebenten Kapitel sind weitere relevante Forschungsergebnisse zu den Themen Arbeitsbelastung und Arbeitsbedingungen in der Altenpflege darge-

⁴ Diese Aspekte werden im Einzelnen im Kapitel 6.1 Untersuchungsgegenstand dargestellt.

⁵ Die Interviews werden ausführlich im Kapitel 6.3 vorgestellt.

⁶ Die bedingungsbezogene Arbeitsanalyse wird ausführlich im Kapitel 6.4 dargestellt.

⁷ Die Widersprüche beziehen sich vor allem auf die in der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse beobachteten Arbeitsbedingungen, die sich von den in den Interviews der Pflegenden dargestellten Bedingungen unterscheiden.

stellt. Diese Studien wurden im Zeitraum während und nach der hier ausgeführten Untersuchung veröffentlicht und konnten deshalb nicht vorab in die Planung der Analyse einbezogen werden. Die Resultate der in der vorliegenden Arbeit dargestellten empirischen Untersuchung werden mit den aktuellen Studien verglichen und durch diese überwiegend bestätigt.

Zum Abschluss der vorliegenden Arbeit erfolgt eine Interpretation der Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Zusammenhang mit den vorab dargestellten theoretischen Aussagen. Ausgehend von dem Berufsbild *Pflege* und den sich ändernden Anforderungen seit Einführung der Pflegeversicherung werden die Aussagen zur Wahrnehmung der Pflegekräfte in Bezug auf ihre Arbeitsbelastung und die Resultate zur Arbeitsorganisation und den Arbeitsbedingungen im Begründungszusammenhang mit der systemischen Organisationstheorie erörtert. Als Ergebnis werden einige Lösungsansätze vorgestellt, die sich zunächst auf die Bewältigung der Alltagsorganisation im Seniorenheim beziehen. Diese Ansätze sollen weiterhin die Pflegenden dabei unterstützen, die Anforderungen aus der Umwelt sinnvoll zur Umsetzung ihrer Idealvorstellungen vom Pflegeberuf im Arbeitsalltag nutzbar zu machen.

2 Arbeitsbelastung

Arbeitsorganisation und Arbeitsbelastung sind in der aktuellen Forschung häufig diskutierte Begriffe. Ausgehend von dem Bereich der Arbeitspsychologie, mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus den siebziger Jahren (Miller 1971 und Hacker 1966), weiter entwickelt über verschiedene Analyseinstrumente zu Anforderungen und Belastungen durch Forscher wie Volpert, Oesterreich (1983) und Leitner (1987) finden heute die Forschungsergebnisse zu Arbeitsorganisation und Arbeitsbelastung ihre Anwendung in der modernen Organisationsentwicklung und -beratung.

Das folgende Kapitel soll einen Überblick⁸ über wesentliche Aspekte von Arbeitsorganisation und Arbeitsbelastung geben. Bestandteil der Ausführungen sind das handlungstheoretische Belastungskonzept sowie Verfahren zur Untersuchung von Anforderungen und Belastungen in der Arbeit. Weiter werden mit Beispielen aus der Burnout - Forschung besondere Aspekte der Arbeitsbelastung in helfenden Berufen beschrieben. Es wird außerdem aufgezeigt, dass Lernen, als längerfristige Veränderung der Handlungsregulation, der Bewältigung von Anforderungen und der Festigung der psychischen Gesundheit dienen kann.

2.1 Arbeitsorganisation und Entscheidungsspielraum: das handlungstheoretische Belastungskonzept

Zur Untersuchung von Arbeitsorganisation ist es zunächst wichtig, den Begriff der Tätigkeit zu erläutern. Hacker (2005) geht davon aus, dass Arbeitstätigkeiten zielgerichtete Tätigkeiten von Personen sind, die durch kognitive, emotionale und motivationale Prozesse sowie durch mentale Repräsentationen des Arbeitsprozesses und seiner Bedingungen reguliert werden. Er beschreibt Tätigkeiten als „Vorgänge, mit denen Menschen ihre Beziehungen zu Aufgaben und

⁸ Für weitergehende Ausführungen zum Thema Arbeitsbelastung für das spezielle Tätigkeitsfeld der Altenpflege sei auf das Kapitel 5 „Belastungen in der Altenpflege“ verwiesen.

ihren Gegenständen, zueinander und zur Umwelt verwirklichen“ (vgl. Hacker 2005, S. 52). Unterschiedliche gegenstandsbezogene Aufträge und Aufgaben geben den Tätigkeiten ihre jeweilige inhaltliche Richtung. Arbeitstätigkeiten sind in ihrer inhaltlichen Ausrichtung „willentlich zielgerichtete Tätigkeiten“ (Hacker 2005, S.54). Sie umfassen „willensmäßig gesteuerte, mit gesellschaftlichem Sinngehalt ausgestattete und auf Zweckmäßigkeit der Ausführung hin angelegte Handlungen“ (ebenda). Grundlage für Arbeitstätigkeiten ist ein bewusstes Ziel, dessen Verwirklichung als Vorsatz angestrebt wird. Kennzeichen für willensmäßig gesteuerte Tätigkeiten sind der Entschluss zum Handeln und die Erwägung der Handlungswege und –mittel. Durch psychische Automatisierung und Einbau in übergeordnete Tätigkeitskomplexe können die Vorsatzbildung, der Entschluss und die Mittel-Weg-Erwägung stark reduziert sein. Ausschlaggebend für die Ausführung der Arbeitstätigkeiten ist nach Hacker der Auftrag. Dieser wird durch den Menschen individuell interpretiert, bevor er als Aufgabe übernommen werden kann. In der individuellen Interpretation erfolgt eine auf die Ansprüche, Bedürfnisse und Wertvorstellungen sowie auf die Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsmöglichkeiten bezogene subjektive Bewertung des Auftrages.

Hacker beschreibt für Arbeitstätigkeiten fünf charakteristische Merkmale. Als ein wesentliches Kennzeichen beziehen sich Arbeitstätigkeiten auf Ergebnisse, welche in der Regel arbeitsteilig gegen Lohn erzeugt werden. Sie müssen die objektiven Gesetzmäßigkeiten des zu verändernden Gegenstandes, die Organisationsformen und die nutzbaren Verfahren und Mittel berücksichtigen. Die psychophysischen Leistungsvoraussetzungen⁹, die erworbene Qualifikation, die Bedürfnisse und Ansprüche sowie die Absichten der arbeitenden Menschen bestimmen die Ausübung der Arbeitstätigkeiten mit. Die Auswahl und die Ausführung von Arbeitstätigkeiten stehen stets in Wechselwirkung mit gesellschaftlich bedingten Wertvorstellungen. Weiterhin übt die Ausführung der Tätigkeiten einen direkten Einfluss auf den arbeitenden Menschen aus, insbesondere auf

⁹ Hierbei sind sowohl die körperlichen (z. B. inwieweit der Arbeitende in der Lage ist, schwere Gegenstände oder Personen zu heben) als auch die psychischen Voraussetzungen (z. B. Umgang mit schwierigen Situationen wie der Tod eines Pflegebedürftigen) gemeint.

seine Qualifikation, seine psychophysischen Zustände und seine Bedürfnisse. Dieser Einfluss wird unter anderem durch die Fähigkeit des Menschen, sich reflexiv mit seinen Tätigkeiten auseinander zu setzen und sie selbstkritisch zu bewerten, begünstigt. Als weiteres Merkmal für Arbeitstätigkeiten ist der direkte Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Umfeld zu nennen. Aufgrund der Erzeugung eines Produktes bzw. einer Dienstleistung für andere ist eine Arbeitstätigkeit immer ein gesellschaftlicher Vorgang und wird gesellschaftlich bewertet. Der arbeitende Mensch nimmt diese gesellschaftliche Bewertung vorweg und reguliert durch seine Vorwegnahme die Ausübung der Tätigkeiten in wesentlichem Umfang mit (Hacker 2005, S. 57 f.).

In der praktischen Umsetzung von Erkenntnissen der Arbeitspsychologie finden zwei Aspekte des Selbstbewusstseins der Individuen, das häufig als Selbstkonzept bezeichnet wird, Berücksichtigung. Auf der einen Seite stehen die besonderen tätigkeitsregulierenden Vorgänge, die zum reflexiven Charakter des Bewusstseins gehören (z. B. das vorausblickende Planen als ein ideelles Vorweggestalten bei einer zunächst noch anders beschaffenen Realität). Auf der anderen Seite sind die Ansprüche der Arbeitenden an Arbeitstätigkeiten (z. B. hinsichtlich einer erkennbaren Bedeutung der Tätigkeiten auch für andere Menschen oder der Möglichkeit zur Kommunikation mit anderen) zu beachten. Aus diesem Grund erlangt bei der Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten die Beachtung des reflexiven Bezugs des Individuums besondere Bedeutung.

Eine Grundlage zur Betrachtung von Arbeitsorganisation und Arbeitsbelastung bietet die Handlungsregulationstheorie und dabei speziell das handlungstheoretische Belastungskonzept (vgl. Oestereich 1981, Hacker 1986, Leitner 1987 u. 1993, Volpert 1987). Die Handlungsregulationstheorie wurde Anfang der siebziger Jahre entwickelt. Innerhalb dieser Theorie werden unter der Regulation des Handelns „die psychischen Prozesse der Formung und Lenkung von Handlungen“ (Volpert, 1987, S. 5) verstanden. Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei Anforderungen und Belastungen um weitgehend voneinander unabhängige Bewertungsdimensionen handelt. Anforderungen werden hierbei als positive Merkmale der Arbeit bewertet, weil sie den Tätigen die Möglichkeit bie-

ten, eigene Kompetenzen einzusetzen und weiter zu entwickeln. Belastungen in der Arbeit werden hingegen als negativ bewertet. Es wird angenommen, dass sie die Handlungsregulation behindern bzw. überfordern. Auf der Seite der positiven Merkmale von Arbeit werden als zentrale Anforderungen der Entscheidungsspielraum, also die Chance und die Notwendigkeit in der Arbeit eigenständig zu planen und zu entscheiden, und die aufgabenbezogene Kommunikation mit anderen Menschen dargestellt.

Arbeitsbedingungen beschreibt Hacker (2005, S 88) als „Sachverhalte, die im technologischen bzw. Arbeitsprozess auftreten und die Arbeitstätigkeit und/oder das Arbeitsergebnis beeinflussen“. Es wird zwischen notwendigen und daher optimierungswürdigen Bedingungen und nicht notwendigen und daher beeinträchtigenden Bedingungen unterschieden. Bei einer Analyse von Arbeitsbedingungen muss immer auch der Mensch, als erlebendes, Stellung nehmendes, bewusst gestaltendes, soziales Wesen berücksichtigt werden. Arbeitsbedingungen weisen unterschiedliche Wirkungsformen auf. Diese sind bei Arbeitsuntersuchungen und Maßnahmen der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Die Wirkung von Arbeitsbedingungen ist abhängig von der psychischen Verarbeitung durch den Menschen. Art und Ausmaß dieser psychischen Verarbeitung sind zur Analyse und Veränderung von Arbeitsbedingungen zu ermitteln und in das entsprechende Maßnahmensystem einzubeziehen. Sollen Leistungsverbesserungen der tätigen Menschen durch Veränderungen in den Arbeitsbedingungen erreicht werden, so müssen personale Bedingungen - Leistungsvoraussetzungen – gleichfalls verändert werden. Es gibt keine vorhersagbaren Wirkungen von Arbeitsbedingungen: „Das objektiv Bessere muss als besser erlebt werden, damit es bessere Wirkungen zeitigt“ (Hacker 2005, S 105). Deshalb muss die Bereitschaft der betroffenen Menschen zur Mitarbeit an Veränderungen in den Arbeitsbedingungen gewonnen werden und man muss sie rechtzeitig auf umstellungsbedingte Schwierigkeiten vorbereiten.

Von Belastungen wird gesprochen, wenn die Durchführungsbedingungen in der Arbeit in Widerspruch zur Zielerreichung geraten: „Das Ergebnis der Arbeitsaufgabe muss auf einem vorgeschriebenen Handlungsweg erreicht werden, obwohl auf diesem Weg ständig Ereignisse oder Zustände auftreten, die

die Zielerreichung behindern“ (Leitner u. a., 1993, S. 59). Diese Belastungen sind häufig die Folge einer ungünstigen Organisation der Arbeit, einer schlechten Gestaltung der Arbeitsumgebung oder der Verwendung ungeeigneter Arbeitsmittel. Sie könnten durch Verbesserung der Arbeitsorganisation, der Arbeitsumgebung oder durch Anschaffung geeigneter Arbeitsmittel beseitigt werden. Diese Maßnahmen liegen jedoch meist nicht in der Zuständigkeit des Arbeitenden. Es werden zwei Formen von Belastungen unterschieden: Regulationshindernisse und Regulationsüberforderungen. Zu den Regulationshindernissen zählen Erschwerungen, Unterbrechungen und das Auftreten von Zusatzaufwand. Ein Beispiel hierfür sind informatorische Erschwerungen. Diese liegen vor, „wenn Arbeitsinformationen aktuell oder grundsätzlich nicht verfügbar, nicht erkennbar oder unklar sind“ (Leitner u. a., 1987, S. 23). Regulationsüberforderungen hingegen markieren Zustände, die eine menschliche Handlungsregulation auf Dauer überfordern: „Sie entfalten ihre Wirkung erst im Verlauf des Arbeitstages und überfordern regulative Prozesse, insbesondere beeinträchtigen sie die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit“ (Leitner u. a., 1993, S. 69). Sie stellen im Gegensatz zu den Regulationshindernissen keinen Zusatzaufwand dar sondern müssen von den Arbeitenden hingenommen werden. Regulationsüberforderungen können aufgabenimmanent (z. B. monotone Bedingungen, Zeitdruck) oder aufgabenunspezifisch (z. B. Lärm, Zugluft) sein.

Im Hinblick auf die möglichen Konsequenzen von Belastungen weisen Leitner u. a. (1993) auf entsprechende Überlegungen von Moldaschl (1991) hin. Moldaschl macht darauf aufmerksam, dass es im Zusammenhang mit Belastungen zu einem Empfinden von Bedrohung kommen kann. Er bezieht sich hier auf die stresstheoretischen Überlegungen von Lazarus & Launier (1981). Das Empfinden von Bedrohung folgt aus dem Risiko des Scheiterns, welches mit belastenden Arbeitsbedingungen verbunden sein kann.

Die negative Bewertung von Belastungen wird über Annahmen zu möglichen Konsequenzen belastender Arbeitsbedingungen für die Gesundheit begründet. Zur Erklärung dieser Annahme können stresstheoretische Überlegungen heran gezogen werden (vgl. Rieder, 1999). Im Zusammenhang mit Stress kann es zu zahlreichen körperlichen Veränderungen kommen, die zum Entstehen von ge-

sundheitlichen Beeinträchtigungen beitragen (vgl. Nitsch, 1981). Zentrale Überlegungen zu der Frage, welche Ereignisse Auslöser für Stress sein können, wurden von der Arbeitsgruppe um Lazarus (vgl. Lazarus & Launier, 1981; Lazarus, 1995) vorgenommen. Sie entwickelte ein Stresskonzept, mit dem versucht wird, den Prozess der Auseinandersetzung des Menschen mit potentiellen Stressoren in abstrakter Weise zu beschreiben¹⁰. Lazarus weist darauf hin, dass es unter bestimmten Umständen sinnvoll sein kann, zur Vermeidung von Stress die Arbeitsbedingungen zu verändern. Dies ist der Fall, wenn diese für eine große Anzahl der Beschäftigten unnötigerweise in hohem Maße mit Stress verbunden sind und zugleich eine aktive Bewältigung dieses Stresses nicht möglich ist (Lazarus, 1995, S. 10).

Die Anforderungen Entscheidungsraum und aufgabenbezogene Kommunikation sowie die Belastung stellen die Hauptdimensionen der Bewertung der Arbeit durch den Beschäftigten dar (vgl. Dunckel u. a. 1993). Für die Untersuchung von Anforderungen und Belastungen in der Arbeit liegt eine Reihe von Verfahren vor, welche ausgehend von der Handlungsregulationstheorie entwickelt wurden¹¹. Im Folgenden werden kurz einige Gemeinsamkeiten der Verfahren vorgestellt. Es handelt sich hierbei um theoriegestützte Erhebungsverfahren. Voraussetzung für ihre Anwendung sind demnach Kenntnisse bezogen auf die theoretischen Grundlagen der Verfahren. Es wird vor Ort, im Gespräch mit den Beschäftigten, eine Untersuchung und Bewertung der Arbeit vorgenommen. Neben der Befragung spielt auch die Beobachtung des Vorgehens der Beschäftigten eine große Rolle. Die Arbeitsanalyse erfolgt aufgabenbezogen. Auf eine Beschreibung aller auf einen Arbeitsplatz anfallenden Arbeitsschritte

¹⁰ Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Bewertung: es wird unterschieden zwischen der Bewertung des Ereignisses (primäre Bewertung) und der Bewältigungsmöglichkeiten der Person (sekundäre Bewertung). Beide beeinflussen die Wirkung potentieller Stressoren auf den Menschen (Lazarus & Launier 1981).

¹¹ Beispielhaft zu nennen sind das „Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen der Arbeitstätigkeit“ (VERA, vgl. Volpert u. a. 1983; neu heraus gegeben von Oesterreich & Volpert 1991), die „Kontrastive Aufgabenanalyse in der Büro-Arbeit“ (KABA, vgl. Dunckel u. a. 1993) und das Verfahren zur „Ermittlung von Alltagstätigkeiten“ (EVA, vgl. Weyerich u. a. 1992). Zu weiteren Verfahren vgl. Dunckel 1999; Leitner 1999; Kals 2006.

folgt zunächst die Abgrenzung von Arbeitsaufgaben. Die Untersuchung und Bewertung der Arbeit wird jeweils bezogen auf eine Arbeitsaufgabe vorgenommen. Die Verfahren verbinden eine qualitative und eine quantitative Untersuchung der Arbeit. Die Beschreibung der Arbeitsabläufe an einem Arbeitsplatz, die Kennzeichnung von Arbeitsaufgaben und die Bewertung der Arbeit auf der Grundlage von Humankriterien sind qualitative Aspekte der Arbeitsanalyse. Quantitative Aspekte betreffen beispielsweise die Anzahl der Arbeitsaufgaben pro Arbeitsplatz, die Stufenhöhe des Entscheidungsspielraumes, die Stufenhöhe der Kommunikationserfordernisse sowie der Direktheit der Kommunikation und die Dauer eines geleisteten Zusatzaufwandes. Ausgangspunkt der Verfahrensentwicklungen war der Bereich der industriellen Produktion. Weiter entwickelt wurden Analyseverfahren für die Bereiche Büro und Verwaltung sowie Arbeit im Haushalt.

Eine Längsschnittuntersuchung im Rahmen des Forschungsprojektes „Anforderungen, Belastungen und psychosoziale Gesundheit in der Arbeit“ (AIDA) belegt die weitgehende Unabhängigkeit von Entscheidungen und Belastungen (vgl. Leitner, 1993; Leitner, 1999; Lüders, 1994). In dieser Untersuchung wurden Arbeitsanalysen mit dem Verfahren RHIA/VERA-Büro (vgl. Leitner u. a., 1993) bei 222 Arbeitsplätzen im Bereich der Industrieverwaltung durchgeführt. Als ein Ergebnis wurde festgestellt, dass Belastungen sowohl an Arbeitsplätzen mit hohem als auch mit niedrigem Entscheidungsspielraum auftreten. Weiterhin zeigte sich für Belastungen eine negative Wirkung auf die Gesundheit. So ergaben sich positive Zusammenhänge zwischen Belastungen und psychosomatischen Beschwerden. Aus den Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit bzw. persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten resultieren Konsequenzen für die Arbeitsgestaltung. Humane und entwicklungsförderliche Arbeitsbedingungen beinhalten sowohl hohe Anforderungen als auch niedrige Belastungen (vgl. Kötter & Volpert, 1993). Lüders & Pleiss betonen darüber hinaus, dass die ausgehend von der Handlungsregulationstheorie entwickelten Arbeitsanalyseverfahren nicht nur die Grundlage für eine Beschreibung und Bewertung, sondern auch für eine entsprechende Umgestaltung der Arbeit bieten (vgl. Lüders & Pleiss, 1999).

2.2 Arbeitsbelastung in helfenden Berufen – Beispiele aus der Burnout-Forschung

Eine häufig vertretene Annahme ist, dass helfende Berufe spezifische Probleme aufweisen, die Burnout zur Folge haben können. Es soll daher im Folgenden geprüft werden, inwieweit aus der Burnout-Forschung Hinweise auf Belastungen in sozialen Einrichtungen resultieren.

Das Konzept des Burnout (Ausbrennen) wurde von Freudenberger (1974) in die Psychologie eingeführt. Er bezeichnet Burnout anhand eines Wörterbuches der englischen Sprache als „to fail, wear out, or become exhausted by making excessive demands on energy, strength, or resources“ (vgl. Freudenberger, 1974, S. 159). Er bezieht sich in erster Linie auf das Problem der Arbeit in alternativen Einrichtungen, z. B. therapeutische Gemeinschaften. Die Beschäftigten beginnen dort häufig mit großem Engagement und stellen nach einiger Zeit eine Überanstrengung fest. Burnout erscheint in diesem Verständnis als extreme Erschöpfung aufgrund von Verausgabung.

In der Definition von Burnout bei Cherniss erhält der Aspekt des Rückzuges aufgrund erlebter Erfahrungen aus der Arbeit eine zentrale Bedeutung: „Specifically, burnout can now be defined as a process in which a previously committed professional disengages from his or her work in response to stress and strain experienced in the job“ (Cherniss, 1980, S. 18). Er führt darüber hinaus eine Reihe von Symptomen an, zu denen beispielsweise der Verlust von Kompetenzgefühl, starke Erschöpfung, Zynismus und Rigidität gehören. Schmidbauer (1993) fokussiert in seinem Verständnis von Burnout den Kontrast zwischen der zur Schau getragenen „Dienstleistungsfassade“ (Schmidbauer, 1993, S. 22) und der inneren Haltung der Helfer. Er beschreibt als typisches Problem vieler Helfer eine massive Bedürftigkeit, die hinter der Sorge für andere verborgen und unerfüllt bleibt.

Seit den achtziger Jahren wird die Diskussionen um Burnout auch auf andere Berufsgruppen, die durch den Kontakt mit Menschen gekennzeichnet sind, ü-

bertragen (Gusy, 1995). Zu Burnout bei Krankenschwestern und –pflegern liegen zahlreiche Untersuchungen vor¹². Häufig wird Burnout auf der Grundlage von Fragebogen untersucht. Als anerkanntes Instrument gilt der Maslach Burnout Inventory (MBI). Dieser differenziert nach verschiedenen Aspekten von Burnout: emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduziertes Wirksamkeitserleben (vgl. Cherniss, 1995; Enzmann, 1996).

Die verschiedenen Konzepte zu Burnout werden von Enzmann und Kleiber (1989) aufgeteilt in individuenzentrierte, arbeits- und organisationsbezogene sowie soziologisch-sozialwissenschaftliche Ansätze. Der Ansatz Freudenbergers, nachdem Burnout in erster Linie als Resultat übertriebenen Engagements in Zusammenhang mit unrealistischen Erwartungen der Beschäftigten beurteilt wird, kann somit den individuenzentrierten Ansätzen zugeordnet werden. Den arbeits- und organisationsbezogenen Ansätzen ordnen Enzmann und Kleiber (1989) beispielsweise die Konzepte von Maslach und Jackson (1984) zu. Diese sehen die Besonderheiten der Arbeitssituation bei helfenden Berufen als zentrale Ursache von Burnout. Ebenso können die Überlegungen von Burrich (1994) den arbeits- und organisationsbezogenen Ansätzen zugeordnet werden. Burrich stellt das Problem der gestörten Handlungsepisode in den Mittelpunkt seiner Überlegungen. Damit sind aus seiner Sicht Handlungsepisoden, die subjektiv als Misserfolg bewertet werden, zentraler Ausgangspunkt für Burnout. Diese Misserfolge können auf die Arbeitsbedingungen zurück geführt werden (z. B. verwaltungsbedingte Erschwerungen) oder durch Besonderheiten der Personen verursacht sein, mit denen zusammen gearbeitet wird (z. B. Kollegen/Vorgesetzte, die Erfolge nicht anerkennen) (vgl. Burrich, 1994).

Sowohl den arbeits- und organisationsbezogenen als auch den soziologisch-sozialwissenschaftlichen Ansätzen ordnen Enzmann und Kleiber (1989) das Konzept von Cherniss (1980; 1995) zu. Cherniss weist in seinem Konzept neben Merkmalen der Organisation und der arbeitenden Person auch auf den Einfluss gesellschaftlich-historischer Rahmenbedingungen hin. Als Ausgangspunkt

¹² z. B. Aries & Zuppinger, 1992; Büssing & Schmitt, 1998; Enzmann, 1996; Enzmann & Kleiber, 1989; Gusy, 1995; Herschbach, 1991

für die Entwicklung von Burnout sieht Cherniss (1980) subjektiv nicht zu bewältigenden Stress sowie Gefühle von Ineffizienz und Hilflosigkeit. Ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen in der Arbeit benennt Cherniss als Arbeitsstressoren und als ersten Schritt zur Entwicklung von Burnout. Als eine Ursache für die Wahl defensiver Bewältigungsformen erklärt Cherniss die fehlende Möglichkeit zu aktivem Problemlösen und das damit verbundene Gefühl der Hilflosigkeit (Cherniss, 1980)¹³. Als Merkmale des Arbeitsumfeldes, die Auslöser für Arbeitsstress sein können, führt Cherniss die Rollenstruktur, die Machtstruktur sowie die normative Struktur des Arbeitsplatzes an. Probleme der Rollenstruktur einer Organisation können Rollenkonflikte (z. B. Widerspruch zwischen den Anforderungen der Rolle und den zeitlichen Ressourcen) und Rollenambiguität (z. B. fehlende Informationen zum adäquaten Ausfüllen der Rolle, verursacht durch fehlende Informationen über Klienten oder uneindeutige Aufgabenstellungen) sein. Die Machtstruktur beinhaltet den Grad der Hierarchisierung, Zentralisierung und Formalisierung. Dieser beeinflusst die Autonomie der Beschäftigten in ihrer Arbeit. Cherniss (1980) geht davon aus, dass geringe Autonomie in der Arbeit ebenfalls Burnout fördert. Unter der normativen Struktur werden Ziele und Normen, die in einer Organisation vorherrschen, verstanden. Diese beeinflussen zudem die Rollenstruktur und die Machtstruktur einer Organisation. Neben den Merkmalen des Arbeitsumfeldes nennt Cherniss (1980) Persönlichkeitsfaktoren, die seines Erachtens zu Burnout beitragen können.

Cherniss (1980) führt weiterhin gesellschaftlich-historische Rahmenbedingungen und ihren Einfluss auf die Entstehung von Burnout an. Es wird angenommen, dass der Niedergang der Gemeinschaft in den vergangenen 150 Jahren zu Belastungen in helfenden Berufen beigetragen hat. Zahlreiche Aspekte sozialer Unterstützung, die in vorangegangenen Zeiten von der Gemeinschaft getragen wurden, entfallen heute. Damit kommt den helfenden Berufen die Aufgabe zu, diese Lücke anteilig zu füllen. Diese Aufgabe ist, nach Cherniss (1980) oftmals kaum zu bewältigen. In neueren Texten geht Cherniss (1995) außerdem auf Probleme ein, die aus der bürokratischen Organisation und Verwaltung helfender Arbeit resultieren. Die Bürokratie kann eine gute und effektive Sorge

¹³ Cherniss (1980) stützt sich hierbei auf Seligmans Überlegungen zur erlernten Hilflosigkeit.

für andere erheblich erschweren. Ebenso wird der Verlust von religiös geprägten Überzeugungen als zentraler Auslöser von Burnout gesehen. Cherniss bezeichnet dies sinngemäß als ein Problem des Verlustes von Sinn bzw. von moralischer Bindung an die Arbeit (Cherniss, 1995, S. 185).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl in der Handlungsregulationstheorie als auch in der Burnout-Forschung jeweils eine Gestaltung der Arbeit, die den Beschäftigten Autonomie gewährt, positiv bewertet wird. Die Ausführungen von Cherniss (1995) zu spezifischen Problemen helfender Berufe verweisen jedoch auf Grenzen bisher vorliegender handlungstheoretischer Überlegungen im Hinblick auf die Untersuchung helfender Arbeit: Sie erfassen keine Aspekte der subjektiven Haltung zum Beruf.

2.3 Lernen als längerfristige Veränderung der Handlungsregulation

Im handlungstheoretischen Belastungskonzept (Volpert, 1987)¹⁴ werden Anforderungen (Entscheidungsspielraum und aufgabenbezogene Kommunikation) als positive Merkmale von Arbeit bewertet, weil sie die Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung des Arbeitenden bieten. Dem zufolge kann das Lernen des Tätigen als längerfristige Veränderung der Regulation bei der Betrachtung von Arbeitsbelastung berücksichtigt werden. Hacker (2005, S. 739 ff.) beschreibt Bezug nehmend auf Tomaszewski (1968, 1969, 1981) vier gegenstandsspezifische Formen der Bewältigung von Anforderungen, die Lernen voraussetzen: die Sensibilisierung von Sinnessystemen, die psychische Automatisierung von gleichartig wiederkehrenden Tätigkeitskomponenten, die begriffliche Fassung von Tätigkeitsabschnitten (Verbalisierung) und die intellektuelle Analyse zum Aufbau effektiver Arbeitsverfahren. Die Sensibilisierung von Sinnessystemen verändert Strukturen von Arbeitstätigkeiten durch sich entwickelnde oder verfeinernde Signale als Regulationsgrundlagen. Hacker (1998) führt das Beispiel eines Handwerkers an, der an einem glühenden Werkstück nicht nur die Farbe sieht, sondern an dieser erkennt, wie lange das Werkstück weiter erhitzt werden muss. Die Anforderungsbewältigung durch psychische Au-

¹⁴ Vgl. Kapitel 2.1 Arbeitsorganisation und Entscheidungsspielraum

tomatisierung ermöglicht eine Vereinfachung der Aspekte der Regulation Orientierung, Entwerfen, Entscheiden und Ausführen¹⁵, welches als Ergebnis verschiedene Formen von „Überlappungen“ (ebenda S. 743) haben kann. Die Operationenfolge läuft nach einem bewussten Ausgangsimpuls, dem Entschluss gleichsam selbständig ab. Voraussetzung hierfür ist eine relative Stabilität unter ungestörten Bedingungen.

Hacker (2005, S. 747 ff.) stellt als Effekt der psychischen Automatisierung eine Entlastung des Arbeitenden fest, bei der das Bewusstsein von der ständigen Führung und Kontrolle der Ausführungsweise von Tätigkeiten befreit und somit das Befassen mit noch bevor stehenden Aufgaben ermöglicht wird. Ebenso geht die psychische Automatisierung mit einer Verringerung des Zeitaufwandes einher. Hacker weist in seinen Ausführungen auch auf potentielle Nachteile der Automatisierung hin. Eine Verfestigung der Handlungen sei relativ schwer umbildbar. Diese Situation wird Plateaubildung bezeichnet, d. h. eine Verfestigung der Ausführungsweise einer Tätigkeit bei einem noch unzureichenden Leistungsniveau trotz weiteren Übens.

Die Anforderungsbewältigung durch begriffliche Fassung ermöglicht ein tieferes Verstehen und eine Bereicherung des Bewusstseins des Arbeitenden (Hacker, 2005, S. 753, Bezug nehmend auf Tomaszewski, 1981). Unter Verbalisierung wird das innere oder laute In-Worte-Fassen und damit begriffliche Fixieren von zuvor vom Arbeitenden nicht sprachlich erfassten Bedingungen oder Bestandteilen von Arbeitstätigkeiten verstanden. Als Beispiel hierfür kann das persönliche Gespräch zwischen einer Pflegeperson und dem pflegebedürftigen Menschen während der Körperpflege aufgeführt werden, in dem die Pflegeperson jeden Schritt ihrer Handlungen dem Pflegebedürftigen erläutert. Diese Gespräche und Erläuterungen aller Handlungsschritte können den potentiellen Gefahren einer Verfestigung durch psychische Automatisierung entgegen wirken.

Nach Hacker (2005, S. 755 ff.) werden die wirkungsvollsten Veränderungen der Struktur von Arbeitstätigkeiten zum Aufbau effektiver Arbeitsverfahren dadurch

¹⁵ Hacker (2005) bezieht sich hierbei auf Texte von Tomaszewski, 1981; Volpert, 1969; Anderson, 1993.

erzielt, dass der Tätige diese intellektuell analysiert (intellektuelle Analyse). Die Veränderungen von Arbeitstätigkeiten bei intellektueller Durchdringung seien gekennzeichnet durch eine Verlagerung des bedeutungsmäßigen und zeitlichen Gewichts von den ausführenden auf die vorbereitenden Tätigkeitsabschnitte. Die gedanklichen Operationen beziehen sich dabei sowohl auf die Planung und Vorbereitung als auch auf die Überwachung und Vorbeugung von potentiellen Fehlern.

Hacker (2005, S. 759 ff.) betont, dass Arbeit stets zur Selbstveränderung des arbeitenden Menschen führt. Der wesentlichste Anteil dieser Selbstveränderung sei auf Lernen zurück zu führen. Das Lernen für den Arbeitsprozess tritt in verschiedenen Formen auf, z. B. als institutionalisierte Tätigkeit in der Berufsausbildung, in Weiterbildungsveranstaltungen oder eigenständigen Übungen, die zur Erweiterung der Leistungsvoraussetzungen durchgeführt werden. „Vielmehr ist das beiläufige, nicht beabsichtigte (inzidentelle) Lernen beim Arbeiten die Hauptform“ (Hacker 2005, S 759). Lernen betrifft alle Bereiche der Persönlichkeit des Menschen und führt zu Selbstveränderung. Der Grad dieser Selbstveränderung hängt von den Lernanforderungen ab, welche die Arbeitsprozesse enthalten. Hacker bezeichnet die Gesamtheit der objektiven Lernanforderungen als Lernpotential eines Arbeitsprozesses. Mit der Übernahme der Arbeitsrolle werden zudem Einstellungen zu Wertbereichen erlernt, die beim langfristig Berufstätigen verhaltenswirksam bleiben können. Hacker führt als Beispiele die Einstellungen zu anderen Menschen, zu materiellen Anreizen und zum Arbeitsinhalt an. Das Lernpotential eines Arbeitsprozesses habe zudem positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und emotionale Stabilität (Hacker 2005, S. 765; Bezug nehmend auf Untersuchungen von Schaie 1980, Baltes & Sowarka 1995). Anforderungsarme Arbeitsprozesse ohne Lernpotentiale führen hingegen zur Verringerung von Leistungsvoraussetzungen und werden von dem Tätigen als wenig bedeutungsvoll erlebt. Diese tragen nicht zur Festigung der psychischen Gesundheit bei (Hacker 2005, S. 765).

2.4 Zusammenfassung

In der allgemeinen Arbeitspsychologie werden Arbeitstätigkeiten als zielgerichtete Tätigkeiten beschrieben. Diese werden durch Prozesse der Person selbst sowie durch äußere Bedingungen reguliert. Arbeitsbelastungen entstehen, wenn die Durchführungsbedingungen in der Arbeit in Widerspruch zur Zielerreichung geraten. In der Handlungsregulationstheorie werden zwei Formen von Belastungen unterschieden: Regulationshindernisse (z. B. Erschwerungen, Unterbrechungen, Zusatzaufwand) und Regulationsüberforderungen (z. B. monotone Bedingungen, Zeitdruck, Lärm). Die Belastung sowie die Anforderungen Entscheidungsspielraum und aufgabenbezogene Kommunikation stellen die Hauptdimensionen der Bewertung der Arbeit durch den Beschäftigten dar. Für die Untersuchung von Anforderungen und Belastungen in der Arbeit liegt eine Reihe von Verfahren vor, welche ausgehend von der Handlungsregulationstheorie entwickelt wurden.

Belastungen können zu einem Empfinden von Bedrohung führen. Dieses folgt aus dem Risiko des Scheiterns, welches mit belastenden Arbeitsbedingungen verbunden sein kann. Stresstheoretische Überlegungen zeigen auf, dass belastende Arbeitsbedingungen zum Entstehen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen beitragen können. In Konzepten des Burnout (Ausbrennen) wird auf extreme Erschöpfungen von Beschäftigten aufgrund von Verausgabung sowie erlebter Erfahrungen aus der Arbeit hingewiesen. Die Diskussion um Burnout bezieht sich vorrangig auf Berufsgruppen, die durch den Kontakt mit Menschen gekennzeichnet sind. Die verschiedenen Konzepte von Burnout werden in individuenzentrierte, arbeits- und organisationsbezogene sowie soziologisch-sozialwissenschaftliche Ansätze unterschieden. Neben Merkmalen der Organisation und der arbeitenden Person wird auf den Einfluss gesellschaftlich-historischer Rahmenbedingungen hingewiesen. Heute entfallen zahlreiche Aspekte sozialer Unterstützung, die in vorangegangenen Zeiten von der Gemeinschaft getragen wurden. Die Aufgabe der helfenden Berufe, diese Lücke anteilig zu füllen, ist oftmals kaum zu bewältigen.

In der Handlungsregulationstheorie wird davon ausgegangen, dass Lernen eine längerfristige Regulation bewirkt. Folgende vier gegenstandsspezifische Formen der Bewältigung von Anforderungen setzen Lernen des Tätigen voraus: die Sensibilisierung von Sinnessystemen, die psychische Automatisierung von gleichartig wiederkehrenden Tätigkeitskomponenten, die begriffliche Fassung von Tätigkeitsabschnitten und die intellektuelle Analyse zum Aufbau effektiver Arbeitsverfahren. Arbeit führt dabei stets zur Selbstveränderung des arbeitenden Menschen. Diese sei auf Lernen zurück zu führen. Der Grad der Selbstveränderung hängt von den Lernanforderungen ab, welche die Arbeitsprozesse enthalten. Die Gesamtheit der objektiven Lernanforderungen wird als Lernpotential eines Arbeitsprozesses bezeichnet. Dieses habe positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und emotionale Stabilität des arbeitenden Menschen.

3 Systemische Organisationstheorie

Um einen fundierten Einblick in das Themengebiet der Arbeitsbelastung zu erhalten und Verständnis für die Wahrnehmung der Arbeitstätigen zu gewinnen, ist es zweckmäßig, Grundlagen der Organisationstheorie und Elemente der Systemtheorie zu erörtern. Der systemtheoretische Ansatz, insbesondere die Theorie der sozialen Systeme zu denen auch Organisationen zählen, kann ein Hineindenken in und Verstehen der Wahrnehmungen und Handlungen von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen ermöglichen.

Die Organisationstheorie entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus einer allgemeinen Diskussion über Ordnung und entfaltete sich in ein Modell der Einzelorganisation. Dieses ging davon aus, dass eine Organisation rational und effizient arbeitet und hierarchisch strukturiert ist. Dieses normative Modell von Rationalität findet auf der Ebene der realen Operationen keine Bestätigung und wird somit zu einem gepflegten Mythos der Organisation. Organisationstheorien verfolgen den Zweck, das Entstehen, Bestehen und die Funktionsweise von Organisationen zu erklären und zu verstehen (Luhmann 2000, S. 44).

In den folgenden Ausführungen werden zunächst einzelne Inhalte der Systemtheorie vorgestellt. Dabei steht die Theorie der sozialen Systeme nach dem deutschen Soziologen Luhmann im Vordergrund. Die Aspekte „Mitgliedschaft“ und „Entscheidung“ werden als besonders relevant für das Thema Arbeitsbelastung betrachtet und deshalb näher erörtert. Weiterhin ist die Organisationsentwicklung als Prozess des Lernens von Menschen und Systemen beschrieben. Insbesondere werden die Rahmenbedingungen organisationalen Lernens veranschaulicht und Faktoren der Verhinderung von Lernen erläutert.

3.1 Organisation als autopoietisches System

In der Systemtheorie wird zwischen Umwelt und System unterschieden, da eine Gliederung der Organisation nicht isoliert betrachtet werden kann. Ein Organisationssystem steht in Beziehung zu seiner eigenen Umwelt, oder zu anderen Umwelten, mit denen es Leistungen und Informationen austauscht. Diese Unterscheidung wird seit den 60er Jahren vollzogen und bietet, verglichen mit anderen Theorien, einen größeren Spielraum an möglichen Ausprägungen, da sich andere Unterscheidungen zuordnen lassen. Auf der anderen Seite liegt die Schwierigkeit dieser Theorie in der Bezeichnung der Einheit der Differenz (Luhmann 2000, S. 29/37). Um die Umwelt zu beachten, muss eine Differenz von System und Umwelt im System selbst produziert und reproduziert werden. Ohne die Unterscheidung von der Umwelt kann ein Organisationssystem nicht existieren (ebd. S. 36f.).

Nach Luhmann (2000, S. 45) ist „eine Organisation ein System, das sich selbst als Organisation erzeugt.“ Die Systemtheorie formt kein isoliertes System, sondern sie interessiert sich für die Auswirkungen des Zusammenspiels von System und Umwelt. Somit ist „die Differenz System/ Umwelt der Ausgangspunkt der Luhmannschen Systemtheorie. Kein System kann unabhängig von seiner Umwelt gegeben sein, es entsteht dann, wenn seine Operationen eine Grenze ziehen, die das System von dem unterscheidet, was als Umwelt ihm nicht angehört: Kein System kann außerhalb seiner Grenzen operieren. ...Es gibt keinen Aufbau eines Systems ohne eine Beziehung zur Umwelt und auch keine Umwelt ohne System: Sie entstehen nur zusammen. ...Alle Systeme sind, solange sie bestehen, damit beschäftigt die Differenz System/ Umwelt aufrecht zu erhalten.“ Anders ausgedrückt, ohne die Existenz der Differenz System/ Umwelt existiert kein System (Kasenbacher 2003, S. 18). Nach Luhmann ist ein System alles Wirklich - Seiende, das sich teilweise auf Grund der eignen Ordnung, teilweise auf Grund von Umweltbedingungen in einer äußerst komplexen, veränderlichen im ganzen nicht beherrschbaren Umwelt identisch hält. Der Systemzweck beinhaltet, sich in einer unübersichtlichen Umwelt durch Komplexitätsreduktion identisch zu halten (ebd. S. 20).

Der Begriff Autopoiesis hat keinen empirischen Erklärungswert und dient zur Unterscheidung und Bezeichnung eines bestimmten Sachverhalts. Seine Leistung liegt vor allem darin, andere Begriffe zur Anpassung zu zwingen (Luhmann 2000, S. 49). Der Begriff autopoietisch stellt eine Zusammensetzung aus den griechischen Wörtern autos (=selbst) und poiesis (=Schöpfung, Dichtung) dar. Diese Definition wurde von dem chilenischen Biologen und Neurophysiologen Humberto R. Maturana geprägt. Diese begriffliche Auslegung kennzeichnet die gemeinsame organisatorische Voraussetzung für alle lebenden Organismen. Somit ist unter Autopoiesis die Kategorie von Organisationsweisen zu verstehen, die Systeme autonom in ihrer Umwelt steuern.

Eine autopoietische Organisation ist durch spezifische Merkmale gekennzeichnet. Das autopoietische System:

- nimmt systemrelevante Elemente oder Anregungen aus seiner Umwelt auf und erzeugt sich durch die Verarbeitung dieser Elemente selbst. Welche Elemente aufgenommen werden, wird durch die aktuell verfügbaren Fähigkeiten des Systems festgelegt.
- Ist operational geschlossen und steuert sich selbst. Somit benötigt dieses System keinerlei Informationen, die nicht in der einen oder anderen Form im System selbst angelegt sind, um zu existieren. In seinem Agieren bezieht es sich ausschließlich auf sich selbst.
- Unterliegt einem ständigen strukturellen Wandel und kann seine jeweiligen Strukturen variieren. Hierbei legt die aktuelle Struktur die möglichen Bereiche für die strukturelle Veränderung fest.
- Existiert strukturell gekoppelt¹⁶, als operative Einheit in einer Umwelt. Veränderungen in der Umwelt können das System in seiner Befindlichkeit berühren

¹⁶ Der Begriff der Strukturellen Kopplung stammt von Maturana und beschreibt die Beziehung zwischen System und Umwelt. Diese Interaktion löst zwar nicht die Grenzen des Systems auf, beeinflusst jedoch langfristig gesehen die selbstproduzierten Strukturen (Luhmann 2000, S. 397). Eine strukturelle Kopplung kann mit dem Begriff Interdependenz gleichgesetzt werden und stellt eine Symbiose zwischen mindestens zwei Systemen dar. Systeme gehen untereinander zahlreiche solcher Kopplungen ein. So z.B. „die Subsysteme Politik und Recht, die über eine Verfassungsordnung gekoppelt sind“ (Schuldt 2003, S. 31f.). Somit beschreibt dieser Begriff

ren, anregen, stören oder irritieren. Wie eine Reaktion auf so ein Ereignis aussieht, entscheidet das System selbst (Kasenbacher 2003, S. 25f.).

Autopoietische Systeme erzeugen und erhalten sich selbst, indem sie Elemente, aus denen sie bestehen, selbst produzieren und herstellen. Diese Systemformen sind somit Selbstversorger. Ein zentrales Kennzeichen ist die radikale Geschlossenheit, wobei es aber auch gleichzeitig offen ist für Informationen aus der Umwelt. Diese Selbstherstellung erfolgt durch selbstreferenzielle¹⁷ Techniken, wie z. B. Selbstbeobachtung, -beschreibung und -vereinfachung (Schuldt 2003, S. 24f.).

Autopoietische Systeme funktionieren aufgrund ihrer Geschlossenheit in reinem Selbstkontakt. Das heißt, sie können keine Operationen außerhalb ihrer eigenen Grenzen durchführen. Alle Informationserzeugung und Verarbeitung findet

das Verhältnis eines Systems zu den Umweltvoraussetzungen, die gegeben sein müssen, um die Autopoiesis fortsetzen zu können. „Einfacher ausgedrückt bezeichnet der Terminus `strukturelle Kopplung` das funktionierende Zusammenspiel eines angepassten autopoietischen Systems mit der zu diesem System `passenden` Umwelt“ (Kasenbacher 2003, S. 26f.). Die einzigen Systeme, bei denen die Kopplung auf der Basis von Sinn operieren, sind soziale und psychische Systeme. Hier entstehen hochkomplexe und ertragreiche Kopplungsergebnisse. Beide Systeme sind geschlossene Systeme, sind aber aufeinander angewiesen, da ohne Bewusstsein keine Kommunikation entstehen kann und umgekehrt genauso (Schuldt 2003, S. 32). Nach Schulds (2003, S. 27) Ansicht ermöglicht die gemeinsame Verwendung von struktureller Kopplung und Sinn ein gegenseitiges Durchdringen und erhöht die Leistungsfähigkeit.

¹⁷ Selbstreferenz ist die Zentralfigur systemischen Denkens und bedeutet, dass Systeme sich in all ihren Aktionen und Reaktionen selbst beschreiben. Somit bezieht sich die Theorie selbst mit ein und legt ihre eigenen Grundlagen und eigene Perspektiven offen. Selbstreferenzielle Systeme machen zwar Aussagen über die Realität von Systemen, es ist aber zugleich auch immer eine Aussage eines beobachteten Systems (Schuldt 2003, S. 12/14/17). Selbstreferenz ist somit eine systemspezifische Wahrnehmung und Beobachtung und verweist auf die Differenz von System und Umwelt (Gaitanides o. J., S. 11). Neuere Theorien selbstreferenzieller Systeme verdeutlichen, dass operative Geschlossenheit die Voraussetzung für Offenheit darstellt (Luhmann 2000, S. 54). Mit diesem Begriff wird die Einheit bezeichnet, die ein Element, ein Prozess oder ein System für sich selbst ist, d. h. unabhängig vom Zuschnitt der Beobachtung durch andere. Somit kann ein System als selbstreferenziell bezeichnet werden, wenn es die Elemente, aus denen es besteht, als Funktionseinheiten selbst bestimmt (Luhmann 1994, S. 58f.).

somit innerhalb des Systems statt. Zu beachten ist, dass Autopoiesis nur dann möglich ist, wenn sich das System im Dauerzustand der Unsicherheit über sich selbst im Verhältnis zur Umwelt befindet. Des Weiteren muss diese Unsicherheit durch Selbstorganisation produziert und kontrolliert werden können. Um mit Unsicherheiten zurechtzukommen, klären Organisationen den Sinn ihres Tuns weitgehend retrospektiv (Luhmann 2000, S. 47f.).

Die Autopoiesis sozialer Systeme führt zu Prozessen und Strukturbildungen, die selbstorganisatorisch gesteuert werden. Selbstorganisation in diesem Sinne bedeutet, dass das System nach der jeweiligen Eigenlogik auf Umweltveränderungen reagiert. Prozesse bilden sich über Inklusion und wählen passende Anschlussmöglichkeiten aus. Strukturen bilden sich über Exklusion und schließen bestimmte Möglichkeiten aus. Die Komplexität wird reduziert, indem Anschlussmöglichkeiten, die zugelassen sind, eingeschränkt werden. Sie sind Erwartungsstrukturen, da sie eine Vorauswahl treffen und die Anschlussmöglichkeit bestimmter Elemente garantieren, wodurch die Autopoiesis fortgesetzt werden kann (Schuldt 2003, S. 26f.). Strukturelle Kopplung ermöglicht den operational geschlossenen sozialen Systemen Gedanken zu kommunizieren (Lohr 2003, S. 9).

3.2 Das soziale System

Nach Kasenbacher (2003) ist ein soziales System auf den ersten Blick nichts konkretes. Es sei vielmehr eine nicht-triviale Maschine¹⁸, die erstmals von Niklas Luhmann beim Beobachten sozialer Phänomene konstruiert bzw. erfunden wurde. Jedes System ist somit eine nicht-triviale Maschine und deshalb können folgende Eigenschaften beobachtet werden:

- Die Handlungsweise des Systems wird durch seine internen Zustände festgelegt.

¹⁸ Eine nicht-triviale Maschine gehorcht der eigenen Stimme. „Eine einmal beobachtete Reaktion auf einen gegebenen Stimulus muss in einem späteren Zeitpunkt nicht wieder auftreten, wenn der gleiche Stimulus auftritt“ (Kasenbacher 2003, S. 35).

- Es ist geschichtsabhängig, analytisch indeterminierbar und nicht vorhersagbar (ebd. S. 23).

Eine Abgrenzung und Identifikation eines Systems erfolgt über die Bestimmung der Letztelemente. Durch diese können sich die einzelnen Systeme reproduzieren und gegenüber ihrer jeweiligen Umwelt unterscheiden. Es können drei verschiedene Systemarten und somit auch drei Letztelemente unterschieden werden. Für das organische System lassen sich Zellen als solche Elemente identifizieren. Für das psychische System ist es das Bewusstsein in Form von Gedanken bzw. Wahrnehmungen und für das soziale System stellt Kommunikation¹⁹ das Letztelement dar. Da sich soziale Systeme nach Luhmann über Kommunikation reproduzieren, lassen sie sich weder auf das Bewusstsein psychischer Systeme zurückführen noch mit lebenden Systemen gleichsetzen (Hohm 2006, S. 14f.).

Soziale Systeme lassen sich in drei Gruppentypen differenzieren:

- **Interaktionssystem**
Ein solches System entsteht immer dann, wenn sich Personen gegenseitig wahrnehmen. Somit bildet es sich, sobald eine wechselseitige Wahrnehmung vorhanden ist. Wird diese beendet, hört auch das System auf zu existieren.
- **Organisationssystem**
Dieses System ist durch Mitgliedschaft, die an bestimmte Bedingungen geknüpft ist, gekennzeichnet. Durch Mitgliedsregeln werden Interaktionen auf-

¹⁹ „Die Kommunikation kommuniziert und sichert ihre Autopoieses, indem sie sich als Handlung bzw. Erleben vereinfacht und ihre Anschlusschancen über die Zuschreibung symbolisch generalisierter Medien erhöht“ (Schuldt 2003, S. 49). Nach Luhmann ist Kommunikation ein vollständig geschlossenes, autopoietisches System und verfolgt dementsprechend keinen Zweck. Die Bestandteile einer Kommunikation sind Information, Mitteilung und Verstehen. Keine dieser Kommunikationskomponente kann für sich allein vorkommen (Schuldt 2003, S. 49ff.). Über diese Form der Verständigung können auch Entscheidungen weiter geleitet werden. Hierzu müssen aber auch die Alternativen mitkommuniziert werden, die abgelehnt wurden. Der Grund liegt darin, dass es anders nicht verständlich wäre, dass es sich überhaupt um eine Entscheidung handelt (Luhmann 2000, S. 64).

einander abgestimmt, um hierdurch Abläufe wahrscheinlicher zu gestalten (Schuldt 2003, S. 23). Formale Systeme grenzen sich durch eine kommunikative Vernetzung von Entscheidungen, die an eine Erwartungsstruktur gebunden sind, von ihrer Umwelt ab. Sie weisen eine komplexe temporale Struktur/ Umwelt-Beziehung auf (Hohm 2006, S. 30).

Elastizität gewinnt diese Organisationsform vor allem durch die Relationierung von Stellen und Personal. Sie kann sowohl Stellen erweitern, redefinieren und abbauen als auch Personen einstellen, fördern und kündigen, womit organisationsinternen und externen Veränderungen Tribut gezollt wird. Dies geschieht durch Entscheidungen der Personalentwicklung. Ihre kommunikative Geschlossenheit und Differenz zu einer heterogenen Umwelt erzeugen formale Organisationen in dem Maße, wie es ihnen gelingt, die Kontingenz²⁰ und den semantischen Überschuss von Werten und Zwecken durch Entscheidungsprogramme zu reduzieren. Obwohl sie dadurch eine hohe Eigenkomplexität erreichen, können sie systeminterne Konflikte nicht verhindern. Formale Organisationen ziehen ihre Grenzen zur Umwelt in abstrakterer Weise, mithilfe von Entscheidungsprogrammen. Diese ermöglichen sowohl Personen und Stellen auszutauschen, als auch Subsysteme aufzulösen, ohne ihre Identität zu verlieren (ebd. 30ff.).

- Gesellschaftssystem

Das Gesellschaftssystem nimmt eine Sonderstellung ein, da es ein System höherer Ordnung ist. Es beinhaltet alle Interaktions- und Organisationssys-

²⁰ Menschen verfügen über offene Handlungsspielräume, die Luhmann als Kontingenz bezeichnet. Kontingenz beschreibt das Zufällige der Umwelt, wobei die Umwelt dem System ebenfalls in Form von Zufall erscheint. Somit kann etwas erwartet werden, was aber auch ganz anders ablaufen kann. So kann sich eine Person, die etwas sagt, nicht sicher sein, was eine zweite Person auf diese Aussage antwortet. Wichtig hier ist nur, dass die mögliche Antwort in den Sinnhorizont eingebaut werden kann und Anschlussvorstellungen ermöglicht (Porr 1997). Doppelte Kontingenz beschreibt die Problematik wenn mehrere Menschen mit solch offenen Handlungsspielräumen aufeinander treffen und so beobachten können, dass andere ebenfalls kontingente, sinngesteuerte Systeme sind. Allerdings kann sie nicht als Problem betrachtet werden, da die Beobachtung während einer solchen Begegnung die Grundlage für die Entwicklung sozialer Systeme darstellt (Kasenbacher 2003, S. 35).

teme, ohne aber deren bloße Summe zu sein. Gesellschaft wird in diesem Zusammenhang als eine Gesamtheit aller Kommunikationen betrachtet und stellt ein Konstrukt dar, das die Summe aller Beobachtungen²¹ ist (Schuldt 2003, S. 23).

3.3 Mitgliedschaft, Motive und Entscheidungen

Formale Organisationen regulieren ihre Grenzen primär über Mitgliedschaftsrollen und Zulassung zur Mitgliedschaft (Luhmann 1994, S. 268). Der Begriff der Mitgliedschaft wird für eine Rolle verwendet, um die Mitglieder vor Nichtmitgliedern auszuzeichnen (Luhmann 2000, S. 112). Unter Mitgliedschaftsrollen lassen sich Abstraktionen eines Motivationspotentials verstehen. Sie dienen zur Erzeugung von Indifferenz, die im System durch besondere Regeln und Weisungen spezifiziert werden können. Somit können Mitglieder einer Organisation verschiedene, fremddeterminierte Verhaltensweisen ausführen, ohne dabei an Selbstrespekt einbüßen zu müssen und ohne in Konflikte zu geraten (ebd. S. 84).

Organisationen sind auf die Mitwirkungsmotive der Individuen und deren Gedächtnis angewiesen. Die Voraussetzung hierfür ist eine gute Dokumentation. Viele Informationen entstehen in hochambivalenten, kontextabhängigen Formen und können schlecht registriert werden. An dieser Stelle können die Mitglieder der Organisation mit ihrem persönlichen Gedächtnis aushelfen. Zwar

²¹ Im Bereich der Beobachtung lassen sich zwei verschiedene Typen unterscheiden. Die erste Form beschreibt die Beobachtung 1. Ordnung. Jede Beobachtung ist eine Konstruktion des Beobachteten, da einer solchen eine Unterscheidung bzw. Differenzierung vorausgeht (Schuldt 2003, S. 50). Beobachten ist eine Form mit zwei Seiten, von der nur eine bezeichnet werden kann (Hohm 2006, S. 15). Allerdings ist eine gleichzeitige Beobachtung beider Seiten unmöglich, denn „keine Beobachtung kann sich im Moment des Beobachtens selbst beobachten, keine Beobachtung kann zugleich innen und außen sein“ (Schuldt 2003, S. 51). Jede eigene Unterscheidung wird als blinder Fleck bezeichnet, der aber erst die Beobachtung ermöglicht. Somit ist ohne Unterscheidung keine Beobachtung möglich. Die Beobachtung 2. Ordnung sind Beobachtungen, die Beobachtungen beobachten. Der Vorteil dieser Betrachtung liegt im sichtbar werden der Unterscheidung und dem blinden Fleck des Beobachteten (Schuldt 2003, S. 51ff.).

sind die Auswertungen mit subjektiven Sichtweisen versetzt und können erst durch Kommunikation verfestigt werden, aber dennoch profitiert die Organisation. Der Profit liegt sowohl im Vergessen als auch im Erinnern der Mitglieder, welches in einer Weise erfolgt, die nur schwer objektiviert werden kann. Somit besteht die Aufgabe einer Organisation darin, ein jeweils persönliches Gedächtnis in ein Organisationsgedächtnis umzuformen (Luhmann 2000, S. 86 ff.).

Motive beinhalten als Formen der Kommunikation eine explizite und implizite Zuweisung von Gründen für eine bestimmte Handlung²². Sie dienen, wie auch die Sprache, der Zeitbindung. Mit deren Hilfe kann das System einen Zusammenhang von Vergangenheit und Zukunft regulieren. Somit kann ein Systemgedächtnis, ein Netzwerk von Zusammenhängen zwischen interpretiertem vergangener Verhalten und auf Zukunft gerichtete Erwartungen erzeugen. Motive müssen ständig erneuert werden (Luhmann 2000, S. 94f.).

Die Mitgliedschaft ermögliche eine Bündelung heterogener Motivunterstellungen. Es können folgende Komponenten unterschieden werden:

- Eine Variante von ökonomischer Nutzenkalkulation. Diese ist offen und überlässt es der individuellen Bestimmung, welche Präferenzen verfolgt werden.
- Eine Variante von Normbindung. Diese ist ebenfalls offen und überlässt es der individuellen Bestimmung, ob man sich faktisch normkonform oder verdeckt abweichend verhält.

²² Soziale Systeme bilden ihre Operationen als beobachtende aus. Sinn ist notwendig, um die Geschlossenheit selbstreferenzieller Systeme mit ihrer Umwelttoffenheit zu kombinieren. Die grundlegende Ordnungsform menschlichen Erlebens, nämlich die Bedeutung, die etwas für einen Beobachter hat wird mit dieser Begrifflichkeit beschrieben. Abstrakt dargestellt ist Sinn die Unterscheidung von Aktualität und Potenzialität (Schuldt 2003, S. 27). Ein Sinnsystem existiert so lange, wie die Elemente eines jeweiligen Systems vorhanden sind, z. B. ein Gesprächspartner beendet die Kommunikation und geht weg (ebd. S. 29). „Das Phänomen Sinn erscheint in Form eines Überschusses von Verweisungen auf weitere Möglichkeiten des Erlebens und Handelns. Etwas steht im Blickpunkt, im Zentrum der Intention, und anderes wird marginal ange deutet als Horizont für ein Und-so-weiter des Erlebens und Handelns. Alles was intendiert wird, hält in dieser Form die Welt im Ganzen sich offen, garantiert also immer auch die Aktualität der Welt in der Form der Zugänglichkeit.“ (Luhmann 1994, S. 93).

- Ein Karriereinteresse, das offen und der individuellen Bestimmung überlässt, ob und wie stark man sich um eine Karriere bemüht.

Die heutige Abhängigkeit von einem Beschäftigungsverhältnis hat die Motivationslage für die Organisationen auf unsichtbare Weise verändert. Somit verlieren hierarchische Herrschaft, Weisung und Kontrolle Gewicht, gegenüber dem Interesse, den Arbeitsplatz zu behalten oder zu einem besseren überzuwechseln (Luhmann 2000, S. 110f.).

Karrieren übernehmen in einer Organisation zwei verschiedene Funktionen. Zum einen verteilt sie Personen auf Rollen oder Ämter und zum anderen ermöglicht sie die Verteilung von Motivation (Luhmann 2000, S. 106). Durch die Umstellung von Stratifikation auf funktionale Differenzierung und der damit einhergehenden Inklusions- und Exklusionsdynamik wird die Orientierung an der Herkunft durch die, an der Karriere ersetzt. So wird der moderne Mensch dazu gezwungen, seinen individuellen Lebensweg selbst zu bestimmen. Die Karriere ergibt sich aus einer Kombination von Fremd- und Eigenselektion.

Karrieren sind immer unsicher, sowohl in Bezug auf die Vergangenheit als auch die Zukunft. Mit dieser doppelten Unsicherheit geht jede Person unterschiedlich um. Da diese Unsicherheit wahrgenommen wird, kann sich das Individuum einerseits nie sicher sein, ob es für alle zukünftigen Eventualitäten hinreichend gewappnet ist. Aber andererseits kann die Person auch in der Gegenwart von ihrer Vergangenheit eingeholt werden (Hohm 2006, S. 174ff.).

Neben dem Karrierebewusstsein gibt es für den modernen Menschen noch eine andere Art, sich zu individualisieren. Diese Form beschreibt die Anspruchsindividualität. Sie erfolgt, indem die zugrunde liegende Differenz als eine bewusste Operation in das System eingeführt und eine individuelle Selbstbeschreibung, in Form des Anspruchs, angefertigt wird. Die Asymmetrie von System und Umwelt kommt dadurch zustande, dass das System durch den Anspruch die Umwelt nach seinen Vorzügen verändern will und nicht hinnimmt, was in einem symmetrischen Verhältnis von selbst geschehen würde. Die Anspruchsindividualität

unterscheidet sich folglich sowohl von der Identitätsindividualität als auch vom Karrierebewusstsein, welches eine weitere Möglichkeit der individuellen Selbstbeschreibung darstellt. Dieser Ansatz startet nicht mit Identität, sondern mit Differenz. Der wesentliche Unterschied zum Karrierebewusstsein besteht jedoch in dem nicht Vorhandensein eines individuellen Anspruchs auf Karriere, da diese immer auf Fremdselektion und soziale Opportunitäten angewiesen ist (Hohm 2006, S. 178).

Erwartungen für soziale Systeme sollen aktuelle Anschlussmöglichkeiten und damit die Autopoiesis der Kommunikation sicherstellen. Im Folgenden werden verschiedene Erwartungen sozialer Systeme vorgestellt:

- persönliche Erwartungen
Das Kennen lernen und die intensive Kenntnis moderner Menschen ist besonders bei sozialen Systemen, deren Kommunikation sich primär durch persönliche Erwartungen reproduziert, möglich. Dies setzt wiederholte Begegnungen mit intensivierter wechselseitiger Beobachtung des Körpers und verdichteter Thematisierung des Erlebens und Verhaltens der Person mit ihren vielfältigen Rollen voraus. Die Identifikationsmöglichkeiten und Generalisierbarkeit beschränken sich auf das konkrete Individuum (Hohm 2006, S. 140).
- Rollenerwartungen
Soziale Rollen können als ein Bündel generalisierter Verhaltenserwartungen verstanden werden, die eine Person übernehmen muss, soll oder kann. Das Individuum mit seinen jeweiligen Rollen ist für die kommunikative Reproduktion der entsprechenden sozialen Systeme insofern von Bedeutung, wie er durch bestimmte generalisierbare und spezifische Kompetenzen in der Lage ist, die generalisierten normativen oder kognitiven Verhaltenserwartungen der Rolle zu erfüllen. Die kommunikative Resonanz endet dann, wenn die generalisierten oder kognitiven Verhaltenserwartungen der Rolle mit dem Funktionssystem und deren formalen Organisation inkompatibel sind (ebd. S. 140f.).

- programmspezifische Erwartungen
 „Für die moderne Person bedeutet dies, dass sie, sofern sie in Funktionssystem und formale Organisationen inkludiert ist, bei der Erfüllung von Rollenerwartungen immer auch auf die Koordination mit anderen Rolleninhabern angewiesen ist, die durch Programme gesteuert wird. Am unmittelbarsten erlebt die Mehrzahl der Personen diese Koordination und den Erfolg/ Misserfolg des Verhaltens durch Programmsteuerung auf der Ebene der organisierten Interaktionssysteme.“ (Hohm 2006, S. 142).
- Erwartungen durch Werte
 Werte sind abstrakte Formen generalisierter, normativer oder kognitiver Verhaltenserwartungen, an denen sich soziale System kommunikativ orientieren können. Sie unterscheiden sich von der vorherigen Erwartungsform darin, dass sie durch Positiv- und Negativwerte die Ausdifferenzierung und Identifizierung von Funktionssystemen institutionalisieren. Durch diese binäre Codierung werden dritte Werte ausgeschlossen, was zur Engführung der Erwartungen der funktionsspezifischen Kommunikation in nur zwei Richtungen führt. Dieser funktionsspezifische Bezug der Erwartungen durch Werte schließt eine Wertehierarchie aus und verdeutlicht, dass in unserer modernen Gesellschaft ein Wertpluralismus herrscht (ebd.).

Diese Differenzierung des sozialen Systems verdeutlicht, dass die Identifikation und Generalisierung von Verhaltenserwartungen entlang unterschiedlicher Formen von Konkretheit/Abstraktheit stabilisiert werden können. Hierzu eignen sich besonders Programme und Rollen zum Aufbau der sozialen Struktur von Funktionssystemen und formalen Organisationen. Personen und Werte erfahren eine ausschnittshafte, kommunikative Berücksichtigung. Vor allem in Intimsystemen bzw. informell organisierten Interaktionssystemen und im Rahmen unterschiedlicher sozialer Milieus stoßen diese als persönliche und wertbezogene Erwartungen auf kommunikative Resonanz (Hohm 2006, S. 144).

Der Anlass für eine Irritation ist das Auftreten von etwas neuem, das eine Abweichung von der erwarteten Kontinuität und Wiederholung darstellt. Perturbation ist ein Systemzustand, der zur Fortsetzung der autopoietischen Operatio-

nen des Systems anregt. Dabei bleibt aber offen, ob die Systemstrukturen wirklich geändert werden müssen oder nicht. Somit bleibt ungeklärt, ob über weitere Irritationen Lernprozesse eingeleitet werden sollen oder ob es ein einmaliges Ereignis war. Um für Störungen offen zu sein, sind Sinnstrukturen so gebaut, dass sie Erwartungshorizonte bilden, die mit Wiederholung desselben in anderen Situationen rechnen. Diese werden dann in Form von enttäuschten Erwartungen registriert. Irritationen können nie der Umwelt zugerechnet werden, sondern erfordern eine Identifikation bestimmter Störquellen. Die Perturbation ist somit ein systemeigener Zustand (Luhmann 1997, S. 790ff.). Nach Kasenbacher (2003, S. 27) kann die Umwelt nur dann auf ein System einwirken, wenn es Irritationen (Störungen, Perturbationen) produziert, die intern verarbeitet werden. Störungen selbst sind aber auch interne Konstruktionen, die aus einer Konfrontation der Ereignisse mit den eigenen Strukturen des Systems entstehen. „Das System setzt sich immer wieder Irritation aus und übersetzt sie dann in Informationen. Irritation ist die Innenseite der strukturellen Kopplungen zwischen den sozialen Systemen der Gesellschaft“ (Delhaes 2002).

Entscheidungen sind nach Luhmann (2000, S. 132) Beobachtungen. Mit Hilfe von Unterscheidungen können Alternativen beobachtet werden. Alternativen sind eine Form, die eine Beobachtung zu einer Entscheidung macht. Die Entscheidung bezeichnet denjenigen Teil der Alternative, den sie präferiert. Eine Alternative liegt dann vor, wenn eine Entscheidungsmöglichkeit mit einer oder mehreren anderen konfrontiert wird, wobei nur eine von ihnen realisiert werden kann (ebd. S. 125). Um eine Variante zu entscheiden, um ihre eine, aber nicht ihre andere Variante bezeichnen zu können, braucht eine Entscheidung Information. Entscheidungen sind keine Möglichkeiten, die gewählt werden können. Aber ohne Alternativen gäbe es auch keine Entscheidungen. Somit macht nur die Alternative eine Entscheidung zur Entscheidung. Diese kommt innerhalb eines Organisationssystems nur als Kommunikation zustande. Somit ist Entscheidung ein kommunikatives Ereignis und nichts, was im Kopf eines Individuums stattfindet. Entscheidungen sind nur möglich, weil die Zukunft unbestimmt und somit unbekannt ist. Hierdurch entsteht Verantwortung (Luhmann 2000, S. 141ff.).

Unsicherheit in sozialen Systemen entsteht durch die Differenz zwischen Wissen und Nichtwissen. Unsicherheitsabsorptionen finden hauptsächlich in sozialen Beziehungen statt. Also immer dann, wenn eine Entscheidung sich an einer anderen orientiert. Somit beschreibt diese Begrifflichkeit die Sukzession von Entscheidungen. Sie ist also in den Entscheidungsprozess selbst eingebaut. Aufgrund der Autopoiesis von Organisationssystemen, sind Unsicherheitsabsorptionen nur ein anderer Begriff für die systeminterne Erzeugung von Informationen. Unsicherheitsabsorption setzt als Kontext ihrer eigenen Operationsweise Wissen voraus, über das die Organisation selbst verfügt, unabhängig vom Wissen von Einzelpersonen. Fortbestehende und immer wieder neu generierte Unsicherheit ist die wichtigste Ressource der Autopoiesis eines Systems: „denn ohne Unsicherheit bliebe nichts zu entscheiden, die Organisation fände im Zustande kompletter Selbstfestlegung ihr Ende und würde mangels Tätigkeit aufhören zu existieren“ (Luhmann 2000, S. 185).

Ein System braucht Entscheidungsprämissen. Lebende Systeme, soziale Systeme und auch formal organisierte Systeme verfügen über sukzessive und simultane Unterscheidungsmöglichkeiten. So können sie Tempo mit Komplexität kombinieren. Simultanen Unterscheidungen/ Entscheidungen fehlt die Möglichkeit, einander wechselseitig zu kontrollieren. Durch Entscheidungen über Entscheidungsprämissen kann das Durcheinander in organisierten Sozialsystemen gemäßigt werden. Insbesondere kann durch Festlegung von Entscheidungsprämissen bestimmt werden, welche Entscheidungen als Entscheidungen des Systems zählen und welche nicht. Das Setzen von Entscheidungsprämissen und deren laufende Justierung setzt einen Rahmen, in dem eine Organisation ihre Welt konstruieren, Informationen verarbeiten und immer neu Unsicherheit in Sicherheit umwandeln kann (Luhmann 2000, S. 237f.).

3.4 Organisationsentwicklung als Prozess des Lernens von Menschen und Systemen

3.4.1 Zum Begriff Organisationsentwicklung

Der Begriff „Organisationsentwicklung“ taucht zunächst in den fünfziger Jahren in den USA auf. Das Konzept basiert historisch im Wesentlichen auf zwei Quellen: die Laboratoriumsmethode, die sich aus der Aktionsforschung Kurt Lewins ab Ende der vierziger Jahre in den USA entwickelte und die „survey-feedback“-Methode, entwickelt am Institute for Social Research an der University of Michigan. Letztere transferierte die Erkenntnisse der Laboratorien auf den realen Praxiskontext von komplexen Organisationssystemen.

Das Konzept der Organisationsentwicklung hat jedoch eine Forschungstradition, die bis in die ersten Jahrzehnte des zwanzigsten Jahrhunderts zurückgeht. Wichtige Quellen waren die Erkenntnisse und Erfahrungen zur Bedeutung der menschlichen Beziehungen für den Arbeitsprozess der Hawthorne-Untersuchungen von Mayo, Roethlisberger und Dickson. Das Feld-Forschungsprojekt über die „Arbeitslosen von Marienthal“ von Jahoda und Lazarsfeld hat wichtige sozialwissenschaftliche und für die Feldforschung bedeutsame methodische Impulse geliefert. Kurt Lewin gilt auf der Grundlage der Gestalttheorie und -psychologie der Berliner Gestalt-Gruppe um Koffka, Köhler und Wertheimer als Begründer der Organisationsentwicklung. Wichtige und grundlegende Impulse für Lewin und seine Konzeption waren dabei das pädagogisch-politische Werk John Deweys, der als Vertreter des Pragmatismus` für seine Anwendungsorientierung der Sozialwissenschaften eintrat, und Jakob L. Morenos beeindruckende gruppenpsychologische Erkenntnisse. Lewin entwickelte zusammen mit seinen Kollegen mit der Gruppendynamik und der Aktionsforschung sowohl die sozialpsychologische als auch die wissenschaftstheoretische Basis für die Organisationsentwicklung. In den vierziger und fünfziger Jahren wurden in konsequenter Weiterentwicklung der Lewinschen Prämissen nach der Erfahrung der Grenzen der Laboratoriumsmethode die ersten Entwürfe einer Organisationsentwicklungs-Konzeption erarbeitet. Daran waren vor al-

lem Lewins Schüler Lippit, Benne, Bennis, Beckhard, Bradford und Likert sowie Chris Argyris, Douglas McGregor und der Esso-Human-Relations-Manager Herbert Shepard beteiligt (Vgl. Gairing 2002).

Inzwischen gehen die stärksten Theorie-Impulse für die Organisationsentwicklung von systemtheoretischen Konzepten, wie der Neuro-Biologie und der systemischen Familientherapie aus. Hier sind im wissenschafts-theoretischen Bereich der radikale Konstruktivismus zu nennen, sowie in der Beratungstheorie die klinische Epistemologie Fritz Simons und das Konstrukt einer systemischen Organisationsberatung von Rudolf Wimmer. Die systemische Organisationsberatung geht zwar von anderen epistemologischen Parametern aus als die klassische Organisationsentwicklung, doch die Vorstellungen bezogen auf das Forschungsinteresse und das praktische Beratungsziel sind sehr ähnlich²³.

Die heute bekannteste und häufig zitierte Definition des Begriffs „Organisationsentwicklung“ ist die der Gesellschaft für Organisationsentwicklung e. V. (GOE). Die GOE beschreibt Organisationsentwicklung „als einen längerfristig angelegten, organisationsumfassenden Entwicklungs- und Veränderungsprozess von Organisationen und der in ihr tätigen Menschen. Der Prozess beruht auf Lernen aller Betroffenen durch direkte Mitwirkung und praktische Erfahrung. Sein Ziel besteht in der gleichzeitigen Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Organisation (Effektivität) und der Qualität des Arbeitslebens (Humanität).“ (Trebesch 1982). Trebesch trägt 50 Definitionen der Organisationsentwicklung zusammen und beschreibt die Komponenten, die sich in den Definitionen häufig finden. Folgende Elemente finden sich insgesamt in den verschiedenen Begriffsbestimmungen wieder:

- grundlegende Veränderungen,
- mit klarer Zielausrichtung und bewusst gestaltetem Vorgehen,

²³ Diese grundlegende Ähnlichkeit trotz der wissenschafts-theoretischen und methodologischen Unterschiede haben Roswitha Königswieser und Jürgen Pelikan in ihrem Aufsatz „Andersgleich-beides-zugleich. Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Gruppendynamik und Systemansatz“ beschrieben (Königswieser/Pelikan 1990).

- unter aktiver Mitwirkung der Betroffenen (Kals 2006, S. 49).

Burkhard Sievers, Inhaber des ersten deutschen Lehrstuhls für Organisationsentwicklung an der Universität Wuppertal, beschreibt Organisationsentwicklung folgendermaßen: „Von anderen wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Teildisziplinen unterscheidet sich die Organisationsentwicklung vor allem durch ihren unmittelbaren Anwendungscharakter. Sie ist darauf ausgerichtet, Theorien, Modelle und Methoden zu entwickeln und anzuwenden, die eine erfolgreiche Veränderung von Organisationen durch geplanten sozialen Wandel ermöglichen“(Sievers 1977, S.11).

Richter (1994, S.39) hat eine Liste der Wesensmerkmale der Organisationsentwicklung zusammengestellt. Diese beinhaltet den ganzheitlichen Ansatz, die doppelte Zielsetzung, die Beteiligung der Betroffenen, das prozessorientierte Vorgehen und die Diagnose als Ausgangspunkt von Veränderungszyklen. Die Notwendigkeit des ganzheitlichen Ansatzes begründet Richter damit, dass Organisationen in der Organisationsentwicklung als offene Systeme betrachtet werden, wobei er Umwelt, Ziele und Strukturen sowie Verhalten und Kommunikation der Organisationsmitglieder in gegenseitiger Abhängigkeit sieht. In diesem Sinne arbeitet die Organisationsentwicklung interdisziplinär, wobei sie auf die Erkenntnisse der verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen und nötigenfalls auch der technischen Disziplinen zurückgreift. Unter doppelter Zielsetzung versteht Richter das Verfolgen von zwei gleichrangigen und interdependenten Zielen; zum einen die Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Organisation und zum anderen die Verbesserung der Qualität des Arbeitslebens für die in ihr tätigen Menschen. Mit dem Merkmal der Beteiligung der Betroffenen betont Richter die Grundlage offener Information und die aktive Mitwirkung aller Betroffenen. Ein Organisationsentwicklungs-Projekt muss von der Gesamtheit der Mitglieder der betroffenen organisatorischen Einheit getragen werden. Mit dem Merkmal des prozessorientierten Vorgehens beschreibt Richter den Lern- und Entwicklungsprozess der Organisation und der in ihr tätigen Menschen. Die Diagnose, als fünftes Wesensmerkmal, hat im Rahmen der Organisationsentwicklung insofern einen besonderen Stellenwert, als dass sie

nicht nur einmal erstellt wird, sondern im Rahmen des zyklischen Phasenmodells in den längerfristigen Organisationsentwicklungsprozess eingebunden ist und sowohl den Ausgangs- als auch den Endpunkt jeder Veränderung bildet.

Die Rezeption der Organisationsentwicklung im deutschsprachigen Raum hat bislang vorwiegend in der Betriebswirtschaft (Kieser/Kubicek 1978; Gebert 1974; Gebhardt 1989), zum Teil in der Arbeits- und Organisationspsychologie (Wunderer 1980; Bleicher 1979; v. Rosenstiel 1983) und im Zusammenhang mit sozialer Arbeit und Supervision (Fatzner 1990; Belardi 1994; Vogel et.al. 1994) stattgefunden. Im akademischen Kontext wird Organisationsentwicklung im deutschsprachigen Raum als ein betriebswirtschaftlicher Ansatz gesehen, der als Teildisziplin von Organisationstheorie und Organisationspsychologie dazu genutzt werden kann, strategische Veränderungsprozesse in Wirtschaftsunternehmen wissenschaftlich fundiert und systematisch zielgerichtet zu gestalten. Hier dominieren nach wie vor ökonomisch-technische Konzepte. „Das Besondere und Psychologische der Organisationsentwicklung ist jedoch, dass diese einen geplanten und gelenkten Prozess meint, der nicht nur ökonomische Kriterien, sondern auch Humankriterien berücksichtigt. Dabei werden das technische und soziale System gleichermaßen geplant verändert“ (Kals 2006, S. 49).

Goerke (1981) beschreibt die Multidimensionalität des Organisationsentwicklungs-Ansatzes. Organisationsentwicklung vereinigt gleichwertig personale und System-Elemente in sich. Die Organisationsentwicklung will also die menschlichen und technischen Aspekte eines sozialen Systems integrieren, respektiert aber gleichzeitig deren je eigenen Gesetzmäßigkeiten. Sie betrachtet die Ziele der Organisation und die Bedürfnisse ihrer Mitglieder als gleichberechtigt. Bei Personen geht es um die Aus- und Weiterbildung ihrer Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kreativität. Organisationen können umfassend verändert werden durch Ansetzen der Entwicklung am Zielsystem, an den koordinierenden Führungsstilen und der Organisationsstruktur. Alle Ziele, deren Erreichung im Verlauf der Organisationsentwicklung angestrebt wird, sind aus der übergeordneten Zielvorstellung von der Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Gesundheit der Organisation sowie deren Anpassung an die Umweltdynamik abgeleitet. Das Ziel der sozialorganischen Gesundheit bedeutet, dass jeder einzelne seine spezifische Aufgabe zielbezogen und kooperativ ausführt und somit automa-

tisch den Erfordernissen des inner- und außerorganisatorischen Wandels genügt. Die Notwendigkeit der Ganzheitlichkeit schließt ein, dass personale und systemische Ziele, deren Verwirklichung wechselseitig abhängig ist, gleichberechtigt nebeneinander bzw. ineinander verfolgt werden.

Die Ansätze der systemischen Organisationsentwicklung entstammen zunächst aus der systemischen Familientherapie. Die familientherapeutischen Forschungsergebnisse können jedoch nicht ohne weiteres auf die Organisationsentwicklung übertragen werden. Gairing (2002, S. 175) beschreibt die wesentlichen Unterschiede zwischen Familie und Organisation wie folgt: „Die grundlegenden familialen Beziehungsdispositionen sind in ihrer emotionalen Dimension und ihren informellen Transaktionsmustern deutlich anders determiniert als die durch Hierarchie, Bürokratie und Strategie geprägte `soziale Welt` einer Organisation.“ Das bedeutet, dass man sich bei der Übertragung von Forschungsergebnissen aus der Familientherapie in die Organisationsentwicklung immer wieder die quantitative und qualitative Andersartigkeit der Systeme vor Augen führen muss.

Gairing (2002, S. 177 ff.) erläutert die theoretischen Ansätze von zwei Forschern – Fritz B. Simon und Rudolf Wimmer – die aus verschiedenen Zugängen Entwürfe einer systemischen Organisationsentwicklung erarbeitet haben. Die Aufgabe des Prozesses besteht in der „Entwicklung eines Unternehmens durch Reduktion der zirkulären Vielfalt auf eine technokratische steuerbare triviale mechanistische Einfachheit“ (Gairing 2002, S 177). Die Probleme liegen in der zirkulären Verknüpfung von Technik, Ökonomie und den die Organisationsprozesse gestaltenden Menschen. Es geht hierbei um Motivation, Loyalität, Engagement, Krankenstand, Kommunikations- und Konfliktkultur u. ä. Da dies die für den Erfolg einer Organisation entscheidenden Bereiche sind, wird hierin der Nutzen systemischer Konzepte für die Praxis der Organisationsentwicklung gesehen. Dieser äußert sich vor allem in einer Rezeption der Theoreme über Rolle und Wahrnehmung des System-Beobachters sowie der Erkenntnis der zirkulären Interdependenzen in einem sozialen System.

In der systemischen Organisationsentwicklung erlangt die Diagnose, als das Verstehen einer Organisation eine besondere Bedeutung, um die Entwicklungsmöglichkeiten adäquat einschätzen und die entsprechend notwendigen methodischen Vorgehensweisen planen zu können. Willke (1989) nennt die Regeln, nach denen ein System Umweltereignisse beobachtet, bewertet und zu Informationen verarbeitet, Inferenzregeln. Diese geben Auskunft darüber, welche Umweltereignisse für ein System relevant sind und welche nicht. Eine weitere Bedeutung für die systemische Organisationsentwicklung liegt in dem Theorem, dass jemand, der eine Unterscheidung nutzt, um damit Informationen zu gewinnen, nicht gleichzeitig auf diese Unterscheidung schauen kann. Deshalb sollen die Fragen über die eigenen Wahrnehmungs- und Handlungsmuster des Systems gemeinsam mit dem System bearbeitet werden, um damit die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung zu steigern. Es ist wichtig zu erkennen, auf welche Weise die Organisation beobachtet. Der Zweck einer Organisation sowie ihre bisherige Überlebens- und Lerngeschichte haben Auswirkungen auf die eingespielten Beobachtungsmuster und das, was sie an entscheidungsrelevanten Informationen ermöglichen. „Dabei muss davon ausgegangen werden, dass eine systemspezifische Blindheit unvermeidlich ist“ (Gairing 2002, S. 182). Die Ansätze der systemischen Organisationsentwicklung gehen davon aus, dass jedes soziale System sich im Laufe seiner Geschichte seine eigene Welt geschaffen und deshalb einen begrenzten Blick auf sich und seine Umwelt entwickelt hat. Die Geschichte des sozialen Systems in seinen jeweiligen Koppelungen mit seinen jeweils relevanten Umwelten eröffnet wichtige Dimensionen für das Verstehen der aktuellen internen Strukturen und Abläufe.

Besonders hervorgehoben wird die Bedeutung der lernenden Entwicklung von Menschen und Systemen. Gairing (2002, S. 183) hebt dabei folgende Fragen hervor: „Ist es richtiger, zuerst die Menschen zu entwickeln (im Sinne von Bildung, Qualifizierung und Personalentwicklung) und darauf zu bauen, dass sich dann in Folge die Organisation auch entsprechend entwickeln wird? Also ein induktives Modell. Oder gilt das Gegenteil, dass zuerst die Organisation strukturell umgekrempelt werden muss (im Sinne von angeordneten Reorganisationsmaßnahmen), und die Menschen werden danach in der neuen Struktur ebenfalls neue Verhaltensweisen an den Tag legen?“ Ob im Rahmen von Organisa-

tionsentwicklung mit einzelnen Personen, Gruppen oder der Gesamtorganisation gearbeitet wird, es müssen immer die Vernetzung des Systems und die Interdependenz zwischen diesen Dimensionen beachtet werden. Die Aufgabe des Organisationsberaters besteht darin, Wege zu finden, das System durch konstruktive Irritationen so zu beeindrucken, dass die systeminternen Wahrnehmungs-, Interpretations- und Entwicklungsmuster zu einer nützlichen Veränderungsdynamik angeregt werden (Gairing 2002, S. 183 ff.).

Für eine optimale Phaseneinteilung der Organisationsentwicklung können keine endgültigen Aussagen gemacht werden. Anzahl, Abgrenzung und Inhalt einzelner Ablaufstufen richten sich nach den Bedingungen vor Ort. Oft wird jedoch der Innovationszyklus als ein spiralförmig verlaufender Prozess beschrieben, der im Zeitbezug höhere Entwicklungsniveaus erreicht (Kals 2006, S. 51 f.).

Über die relative Wirksamkeit von Organisationsentwicklungsmaßnahmen finden sich nur wenig validierte Aussagen. Kals (2006, S. 56 f.) fasst folgende Grundaussagen zu Evaluationsdaten zusammen: „Unabhängig von der Maßnahmenklasse finden sich weitgehend positive Zusammenhänge zwischen weichen Erfolgskriterien und harten Kriterien. Die Streuung in den einzelnen Studien ist – bezogen auf unterschiedliche Variablen – durchweg hoch“ (Kals 2006, S. 56). Aufgrund der Komplexität der Variablen lassen sich die Bedingungen, unter denen Organisationsentwicklung stattfindet, nicht ausreichend präzisieren. Sehr unterschiedlich und oftmals nicht ausreichend operationalisiert sind die Kriterien, nach denen über den Erfolg von Organisationsentwicklungsmaßnahmen entschieden wird. Hinzu kommt, dass in der Literatur primär die erfolgreichen Daten dokumentiert werden.

Der Prozess der Organisationsentwicklung als Entwicklung von Individuen und sozialen Systemen ist in mehrfacher Hinsicht ein Lernprozess. Dies beschreiben sowohl die klassischen von der Gruppendynamik kommenden Ansätze (vgl. Vogel et. al. 1994; Heintel 1986) als auch die Vertreter der systemischen Organisationsentwicklung (vgl. Güldenbergs 1999; Kopfsguter 1998; v. Saldern 1998). Der Begriff „Lernende Organisation“ gehört inzwischen schon fast zum Standard der Management- und Organisationsberatungs-Literatur. Damit wird

die Organisation bezeichnet, „die neues Wissen dadurch produziert, dass sie Regeln über die Erzeugung, Verwendung und Gestaltung von Regeln in ihre Struktur aufnimmt“ (Willke 1995).

3.4.2 Organisation und Lernen

Wenn wir an Lernen und Organisationen denken, tun wir dies mit einem bestimmten Hintergrund, mit einer Idee darüber, was in Organisationen geleistet werden muss, damit sie den Aufgaben der Zukunft gewachsen sind. Es geht darum, eine Organisation auf der strukturellen, der kommunikativen, der kulturellen und der fachkompetenten Seite so beweglich, transparent und schnell zu machen, dass sie im Markt erfolgreich sein kann. Die Grundbedeutung einer Lernenden Organisation ist demnach, kontinuierlich die Fähigkeit zu verbessern, die eigene Zukunft schöpferisch zu gestalten.

3.4.2.1 Organisationales Lernen

In der Literatur zum Thema „Lernende Organisation“ wird zahlreich betont (Gairing 2002, Sievers 1977, Probst/Büchel 1998), dass es sich bei den mit der Organisationsentwicklung verbundenen Veränderungen stets um Lernprozesse handelt. Der Prozess wird auch als „doppeltes Lerngeschehen“ bezeichnet, da es sich sowohl um individuelles Lernen, als auch um eine Veränderung in der Organisationskultur handelt (Sievers 1977, S. 21). Kals (2006, S. 59) bezeichnet die Hauptforderung an eine wirksame Organisationsentwicklung als „Postulat des Lernens von Individuen und Organisationen“.

Die Verzahnung des Lernens von Menschen und Systemen im Organisationsentwicklungsprozess beschreibt Sievers wie folgt: „Um Lernen von Organisationen in dieser doppelten Weise als Lernen der individuellen Organisationsmitglieder einerseits und als Lernen des sozialen Systems andererseits problematisieren zu können, ist es erforderlich, den Begriff des Lernens nicht wie weithin üblich über bloße Verhaltensänderung zu bestimmen, sondern satt dessen auf

die Veränderung von Verhaltenserwartungen als die dem konkreten Verhalten zugrundeliegenden Selektionen und Steuerungen zurückzugreifen“ (Sievers 1977, S. 21). Es „kann von einem Lernen sozialer Systeme gesprochen werden, wenn die dem jeweiligen Verhalten auf Seiten des sozialen Systems zugrunde liegenden Erwartungen nicht kontrafaktisch aufrecht erhalten werden müssen, sondern änderbar sind...(damit)...wären Organisationen in der Lage zu lernen, wenn es angesichts realer und antizipierbarer Enttäuschungen gelingt, nicht nur das jeweilige Verhalten der Mitglieder entsprechend zu korrigieren bzw. diese zu sanktionieren, sondern wenn darüber hinaus auch die diesem Verhalten in der Form von Verfahren, Prozessen und Regeln zugrunde liegenden Erwartungen bzw. Erwartungsgeneralisierungen entsprechend verändert werden können“ (ebd., S. 21). Dieses Lernen „...stellt von seiner logischen Struktur her ein Lernen höherer Ordnung dar. Organisationsentwicklung kann selbst nicht auf das bloße Lernen personaler und sozialer Systeme beschränkt bleiben, sondern muss darüber hinaus auch das Lernen des Lernens problematisieren“ (ebd. S. 22). Sievers versteht Organisationsentwicklung „als eine Strategie, bzw. ein Programm zur Initiierung, Steuerung und Garantierung der mit einer Systemveränderung und –entwicklung verbundenen komplexen Lernprozesse“ (ebd., S. 22).

Probst/Büchel greifen dieses doppelte Lerngeschehen auf und definieren organisationales Lernen als „...Prozess der Erhöhung und Veränderung der organisationalen Wert- und Wissensbasis, die Verbesserung der Problemlösungs- und Handlungskompetenz sowie die Veränderung des gemeinsamen Bezugsrahmens von und für Mitglieder innerhalb der Organisation“ (Probst/Büchel 1998, S. 17). Die Unterscheidung zwischen individuellem und organisationalem Lernen betonen sie wie folgt: „Organisationales Lernen stellt somit eine unternehmenseigene Größe dar. Für das organisationale Lernen bedeutet dies, dass das Lernen im qualitativen Sinne verschieden von der Summe des individuellen Lernens ist“ (Probst/Büchel 1998, S. 18). „Organisationales Lernen erfolgt über Individuen und deren Interaktionen, die ein verändertes Ganzes mit eigenen Fähigkeiten und Eigenschaften schaffen. Das Lernen eines sozialen Systems ist also nicht mit der Summe der individuellen Lernprozesse und Ergebnisse

gleichzusetzen, auch wenn diese Voraussetzung und wichtige Basis für institutionelles Lernen sind“ (Probst/Büchel 1998, S. 19).

Wenn das Lernen einer Organisation nicht mit der Summe der individuellen Lernprozesse und Ergebnisse gleichzusetzen ist, woran erkennt man dann den Prozess des organisationalen Lernens? Diese Frage beantworten Probst/ Büchel folgendermaßen: „Der Prozess des organisationalen Lernens ist erkennbar an der Veränderung des geteilten Wissens, der Erhöhung der geistigen und substantiellen Verhaltensmöglichkeiten und der Veränderung der intersubjektiven Wirklichkeitskonstruktionen. ...Die geistigen und substantiellen Verhaltensmöglichkeiten bilden die Grundlage für die Entwicklung von Handlungsstrategien. Das Ziel organisationalen Lernens muss demnach die Erhöhung dieser Verhaltensmöglichkeiten durch die Veränderung des geteilten Wissens sein“ (Probst/Büchel 1998, S.25).

Organisationen verfügen durchaus über Wissen, das im Reservoir einzelner Mitglieder nicht mehr oder noch nicht vorhanden ist. Andererseits haben auch Individuen Wissen, das der Organisation nicht zugänglich ist. Organisationen können also sowohl mehr als auch weniger wissen, als die Summe ihrer Mitglieder. Der qualitative Sprung zum Mehr ereignet sich dort, wo gemeinsame Such-, Denk- und Reflexionsprozesse die Organisation zu einer Neuorientierung führen, die in ihrer Dimension die Möglichkeiten des Einzelnen übersteigt, nämlich da wo sich das kollektiv geteilte Verhaltensrepertoire, bzw. die akzeptierten Verhaltenschemata ändern.

Diese Komplexität der Qualität des Lernens in Organisationsentwicklungsprozessen greift Gairing (2002, S. 211) auf, indem auch er betont, dass das Lernen von Systemen mehr ist als die Summe des Lernens der ihm angehörenden Individuen (in Anlehnung an die Heisenbergsche Formel über das Ganze und seine Teile). Die Summe individuellen Verhaltens führt zu einer „Gruppen-Dynamik“, welche eine von eigenen sozialpsychologischen Gesetzmäßigkeiten determinierte Eigen-Dynamik entwickelt. Das soziale System gehorcht einem Kodex von Spielregeln, die das System in seiner Geschichte selbst entwickelt hat, was zu einer eng begrenzten Verhaltens-Dramaturgie der System-Mitglieder führt. Nach der Theorie der operationalen Geschlossenheit lebender

Systeme betonen systemische Berater die begrenzte Möglichkeit, Systeme in der Eigendynamik ihrer eigenen Entwicklung zu beeindrucken. Das bedeutet, wer den sozialen Prozess eines Systems inklusive des Sozialverhaltens der darin agierenden Menschen beeinflussen oder entwickeln will, muss sich der komplexen und „nichttrivialen“ Eigen-Dynamik des Systems bewusst sein (Gairing 2002, S. 211f.).

Im Lernprozess von Organisationen in Entwicklungsprozessen geht es um die kritische und bewusste Reflexion und Weiterentwicklung der gewachsenen Organisationskultur. Organisationskultur ist „ein Muster gemeinsamer Grundprämissen, das die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt; und das daher an neue Mitglieder als rational und emotional korrekter Ansatz für den Umgang mit diesen Problemen weitergegeben wird“ (Schein 1995, S. 25). Für Schein ist die Fähigkeit, aus der ursprünglich initiierten Kultur auszubrechen und evolutionäre Veränderungsprozesse einzuleiten, die Herausforderung schlechthin. Die veränderungsbereite Organisation muss zuallererst die Dynamiken und die Macht der Organisationskultur begreifen. Dafür ist es notwendig, Selbst-Reflexions-Prozesse zu initiieren und die Fähigkeit zu Prozess-Feedbacks im System zu befördern (Gairing 2002). Die Fähigkeit des Systems zur Selbstreflexion ist das zentrale System-Lernziel. Gairing spricht in Bezug auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion auch die Selbst-Aufklärung, die Entwicklung in Richtung Mündigkeit und Emanzipation an.

3.4.2.2 Rahmenbedingungen organisationalen Lernens

Folgt man der systemischen Perspektive, so kann eine Veränderung sozialer Systeme nur Selbstveränderung bedeuten. Es stellt sich dennoch die Frage, welche organisationalen Rahmenbedingungen organisationales Lernen begünstigen können. Die Strukturen lernender Organisationen fördern Reflexion, Autonomie und Veränderung. Die formalen und kulturellen Strukturen lernender Organisationen sind von Redundanz (Weitschweifigkeit, Wiederholung oder Duplizierung von Informationen oder Aufgaben), Slack (Vorhandensein von Über-

schuss an Ressourcen wie Zeit, Geld und Mitarbeiter) und loser Kopplung (erlaubt im Gegensatz zur engen, starren Verkettung die lockere Verknüpfung von teilautonomen Gruppen, Abteilungen oder Systemen, so dass beispielsweise Fehler oder Störungen in einem Teilsystem nicht automatisch auf das Gesamtsystem durchschlagen, sondern dezentral vor Ort behoben werden können) gekennzeichnet (Staeble 1991, S. 314 f.).

Redundante, lose gekoppelte Strukturen dienen gleichsam als Kanäle für Lernprozesse, die parallel und in ständigem Bezug zu den operativen Prozessen ablaufen. Das bedeutet eine Erhöhung der Informationsverarbeitungskapazität der Organisation, eine laufende Re-Konstruktion der Wirklichkeit und Widersprüche, Unsicherheit und Fehler als Ausgangspunkte für Reflexionsprozesse anzunehmen.

Die Schaffung institutionalisierter Kommunikationsformen (z. B. Qualitätsmanagement-Strukturen, Qualitätszirkel, Organisationsentwicklungs-Projektgruppen, Supervision) ist ein weiterer Schritt auf diesem Weg. Eine laufende Re-Konstruktion der Wirklichkeit bedeutet, dass die lernende Organisation das, was bereits passiert ist, im Nachhinein intensiver bearbeitet und mit Vision und Zielen in Verbindung setzt. Widersprüche und Mehrdeutigkeiten können dabei als Katalysator für Reflexion und Innovation dienen.

Organisationales Lernen bedingt im systemischen Sinn die Arbeit an der eigenen Identität. Identität ist die selbstdefinierte Grenze eines Systems zu seiner Umwelt. Identität ermöglicht einem System, eigene Handlungen und deren Wirkungen in Bezug zu anderen Systemen (z. B. Geldgeber, Kunden, Mitbewerber, eigene Mitarbeiter) zu beobachten und zu beschreiben. Das Mittel dazu ist Reflexion: die Verwendung der Differenz System/Umwelt in der internen Kommunikation (Heimerl-Wagner 1999, S. 206 ff.).

3.4.2.3 *Das Konzept organisationalen Lernens*

Die Modelle organisationalen Lernens differenzieren bei Veränderungsprozessen nicht nur zwischen der Ebene relativ oberflächlicher Anpassungen und lernenden Strukturveränderungen, sondern auch konsequent zwischen dem Lernen von Personen und dem Lernen der Organisation. Organisationen – in kategorialer Differenz zur Person - lernen nicht über Bewusstsein, sondern über Kommunikation und Entscheidung.

Anpassung wird als korrigierende Nachjustierung und Verfeinerung bestehender Programme oder Handlungspraktiken (Lernen erster Ordnung) verstanden. Im Gegensatz dazu richtet sich die bezüglich organisatorischer Veränderungsprozesse bedeutsamere doppelte Lernschleife (Lernen zweiter Ordnung) auf den Prozess der Neudefinition von veränderten Beobachtungskriterien, Kommunikationsstrukturen und Bewertungsschemen. Die Strukturmuster der Organisation selbst, ihr Selbstverständnis und ihre Selbstbeschreibung im Verhältnis zur Umwelt sind Gegenstand lernender Veränderung. Dies schließt aus, dass andere für das System lernen. Lernen kann eine Organisation nur selbst. Der Ort organisationalen Lernens ist immer kollektives Handeln und nicht individuell zurechenbar (vgl. v. Eckardstein/Zauner 1999).

Gairing (2002) begründet die Bedeutung des Modells der Organisationsentwicklung für die Pädagogik. Er formulierte vier Postulate, die mögliche metadidaktische Impulse für den erziehungswissenschaftlichen Diskurs skizzieren:

- Der Lernprozess muss so gestaltet werden, dass es den Lernenden ermöglicht wird, durch selbstständiges Handeln Lern-Erfahrungen zu machen. Dazu ist es notwendig, dass individuelle und soziale Lern-Dimensionen in einem offenen, d. h. vom Lehrenden weitgehend unstrukturierten und auf die aktuellen Interessen und Bedürfnisse der Teilnehmer ausgerichteten Lernprozess verzahnt werden, und sich dadurch eine zirkuläre Sozio-Dynamik entwickeln kann, die erst das individuelle soziale und affektive Handeln im Sozial-System in der Interdependenz zwischen Individuum und Gruppe ermöglicht. Dabei muss den Spielregeln der Interaktion sowie der Gruppendynamik besondere Beachtung geschenkt werden.

- Wirklich wesentliche Lern-Dimensionen werden erst durch ein Lernen zweiter Ordnung berührt. Diese ist auf einer Meta-Ebene eine Kognition der Kognition und damit das Lernen der Fähigkeit zur „Selbst- und Prozessreflexion“.
- Didaktische Arbeit kann nur so gut sein, wie die sie umgebende Organisationskultur dies zulässt, weil in jeglicher pädagogischer Arbeit die soziale Kultur der Kultur-Mitglieder eine zentrale didaktische Funktion hat. Eine entscheidende Veränderung der didaktischen Prinzipien bedarf also vorweg einer kritischen Reflexion der Organisationskultur, der System-Spielregeln, der Tabus und Rituale durch die System-Mitglieder.
- Wer als Lehrer oder Berater den Lernprozess arrangiert und andere zur Selbstreflexion befördern will, braucht selbst die Fähigkeit zur Selbst-Reflexion (Gairing 2002, S. 216 f.).

Peter Senge brachte 1996 einen weiteren wesentlichen Aspekt in das Konzept organisationalen Lernens: er benennt fünf Disziplinen, die in der Lernenden Organisation trainiert werden müssen, nämlich das Personal mastery, die Mentalen Modelle, die gemeinsame Vision, das Teamlernen und das Systemdenken. Personal mastery bedeutet, dass Organisationen nur lernen, wenn die einzelnen Mitglieder lernen. Gemeint ist damit die Disziplin der Selbstführung und Persönlichkeitsentwicklung.

- Personal mastery ist der Eckpfeiler der Lernenden Organisation, weil das Engagement einer Organisation zu lernen nur so groß sein kann, wie das ihrer Mitglieder.
- Bei den Mentalen Modellen geht es um die Fähigkeit, die inneren Bilder vom Wesen der Dinge an die Oberfläche zu holen, sie zu überprüfen und ggf. zu korrigieren oder auch den Blickwinkel zu erweitern. Senge geht davon aus, dass diese Bilder unser Handeln sehr aktiv steuern. Viele neue Erkenntnisse werden nicht umgesetzt, weil sie im Widerspruch zu stummen, aber machtvollen mentalen Modellen stehen.

- Mit der gemeinsamen Vision geht Senge davon aus, dass Bilder und Vorstellungen ein Gefühl der Gemeinschaft erzeugen können, das verbindet und trägt. Wichtig ist nicht die Vision selbst, sondern was sie bewirkt.
- Mit Teamlernen beschreibt Senge, dass Sinn und Zweck eines so vertieften gemeinsamen Handelns ist, über die Grenzen des eigenen Verstehens hinauszukommen und damit zu Arbeitsergebnissen zu gelangen, die allein nicht zu erreichen wären. Teamlernen beginnt mit dem Dialog, griechisch dia-logos, ungehindertes Fluten von Sinn und Bedeutung in einer Gruppe, das zu Einsichten führen kann, die dem Einzelnen verschlossen bleiben. Zum Dialog gehört das Erkennen von Interaktionsstrukturen, die das Lernen im Team behindern.
- Die fünfte Disziplin „Systemdenken“ zielt darauf ab, dass man „Ganzheiten“ erkennt. Sie schafft die Voraussetzungen, damit wir Wechselbeziehungen und Veränderungsmuster wahrnehmen. Schließlich ist das Systemdenken auch eine Form von Sensibilität für die subtile wechselseitige Verbundenheit, die lebenden Systemen ihren einzigartigen Charakter verleiht (Senge 1996).

3.4.2.4 Lernhindernisse

Um Lernen in einer Organisation zu ermöglichen, muss das bestehende Wissensreservoir in seiner Struktur verändert werden. Verlernen ist der Prozess, durch den die Lernenden Wissen aus ihren Gedächtnissen streichen. Der Prozess des Verlernens kann mit dem Sterben von „kleineren Toden“ auf Mikroebene verglichen werden, denn alte Strukturen und Denkweisen müssen zugunsten von neuen aus dem Repertoire fallen. Durch Verlernen besteht die Möglichkeit, neues Wissen aufzunehmen und eine Veränderung bzw. den Wegfall der alten Strukturen herbeizuführen. Da jedoch Erfolg bestehende Strukturen und Verhaltensweisen fördert, scheint der Prozess des Verlernens äußerst schwierig zu sein.

Probst/Büchel (1998) unterscheiden verschiedene Faktoren der Verhinderung von Lernen:

- beschränkte Lernsysteme,
- Normen, Privilegien und Tabus als Lernbarrieren sowie
- Informationspathologien.

Beschränkte Lernsysteme bekräftigen zunächst begangene Fehler, indem sie diese mit weiteren Inkonsistenzen und Maßnahmen der Verschleierung abdecken. Ein Mechanismus von beschränkten Lernsystemen ist die geschickte Unfähigkeit. Hierunter wird „der Einsatz von Strategien verstanden, die aus jenen Gebrauchstheorien resultieren, die Gesichtswahrung als oberste Prämisse haben. Gekonnt werden Erklärungen, Verzerrungen, Ungenauigkeiten, Auslassungen, Entschuldigungen usw. genutzt, um Bestehendes zu erhalten“ (Probst/Büchel 1998, S. 75). Wenn eine bedrohende oder peinliche Situation kommt, besteht die Gefahr, die Kontrolle zu verlieren. Um die Kontrolle zu bewahren muss oftmals gelogen bzw. die Situation verzerrt dargestellt werden, um das Gesicht zu wahren. Diese Handlungen sind meist unbewusst und schwer kontrollierbar. Sie werden von den handelnden Personen als rational, realistisch und vernünftig betrachtet und damit wird die geschickte Unfähigkeit zur organisationalen Norm. Dies führt in der Organisation zu defensiven Routinen. „Der automatische Gebrauch von Mechanismen, der Individuen wie Gruppen innerhalb der Organisation vor peinlichen und bedrohenden Situationen bewahrt, wird als defensive Routinen bezeichnet“ (ebd. S. 76). Durch diese Mechanismen sind die Möglichkeiten des Aufbrechens bestehender Strukturen begrenzt, da meist ganze Gruppen innerhalb einer Organisation von ihnen Gebrauch machen.

Eine weitere Form der beschränkten Lernsysteme sind die phantasievollen Verrenkungen. Diese lassen die Blindheit gegenüber Inkonsistenzen in den eigenen Handlungen zu und können sogar dritte Personen dafür verantwortlich machen. „Phantasievolle Verrenkungen umfassen den Einsatz aller Mechanismen, die eine schützende, defensive Beweisführung sowie das Leugnen oder die Abdeckung begangener Fehler von Autoritäten und Verantwortlichen beinhal-

ten“ (ebd. S. 77). Aufgrund dieser Mechanismen kann sich in Organisationen ein Unbehagen einstellen, das schwer zu definieren ist. Die Personen fühlen sich nicht wohl, man hält Distanz, spürt die Unehrlichkeit oder erfährt Zurückhaltung. „Die Krankheit, die aus geschickter Unfähigkeit, defensiven Routinen sowie phantasievollen Verrenkungen besteht, wird als Unbehagen bezeichnet, da sie den unangenehmen Zustand einer (Krankheits-) Situation beschreibt, der für das Unternehmen mit hohen Kosten und Energien verbunden ist“ (ebd. S. 77). Dieses Unbehagen ist nur durch Ursachenbekämpfung anstatt einer Symptombehandlung zu überwinden.

Normen, Privilegien und Tabus sind bestimmte Verhaltenweisen, die die Zusammenarbeit prägen sowie die Erwartungshaltung bestimmen. Wenn einzelne Personen von Normen abweichen, erfahren sie meist eine öffentliche Ablehnung. Mitglieder einer Organisation lassen sich auch ihre Privilegien nur ungern nehmen und üben Macht aus, um diese zu behalten. Normen, Privilegien und Tabus verhindern das Entstehen von etwas Neuem, da sie von einer großen Anzahl von Menschen geteilt werden und somit nicht leicht zu ändern sind. Wie schwierig das Auflösen von Normen ist, schildern Probst/Büchel (1998, S. 78) folgendermaßen: „Um tatsächlich eine Veränderung von Normen herbeizuführen, müssen diese immer in einem Gesamtkontext des Beziehungsgeflechts betrachtet werden. Da in einem System Teile aufgrund ihrer Beziehungen innerhalb des Ganzen Eigenschaften annehmen, die zunächst in dieser Art nicht intendiert waren, müssen sie auch ganzheitlich und umfassend betrachtet werden. Die Teile einer institutionellen Veränderung sind keine Inseln für sich, sondern eingebettet in das vernetzte Gesamtsystem“.

Die Verhinderung von organisationalem Lernen liegt des Weiteren in der Informationsverarbeitungskapazität einer Organisation. Informationspathologien führen zu einer unzureichenden informatorischen Fundierung von Entscheidungen. So führen z. B. Hierarchie, Spezialisierung und Zentralisierung dazu, dass Informationen blockiert oder verzerrt werden, und verhindern dass der Entscheidungsträger in vollem Umfang den Einblick in die notwendigen Informationen hat. Ebenso können bestimmte Informationen bevorzugt werden, die dann den Entscheidungsträgern als unzureichende Basis dienen. So werden z. B. un-

stimmige Informationen unterdrückt um ein Harmoniebedürfnis zu fördern (Probst/Büchel 1998, S. 78 f.).

Gairing (2002, S. 219) hebt ebenfalls hervor, dass Widerstand in Organisationsentwicklungsprozessen nicht ungewöhnlich ist. Die systemisch geprägte Organisationsentwicklung misst dem individuellen wie auch dem System-Widerstand eine große und notwendige Bedeutung im Rahmen von Veränderungsprozessen bei. So werden z. B. durch Verleugnung, Suche nach Schuldigen, Berufung auf Schicksal und Aktionismus auf der Basis inadäquater Problemwahrnehmungen inadäquate Lösungen produziert. Es ist hier Aufgabe des Organisationsberaters, „geeignete Interventionsformen zu finden, um den Widerstand lernträchtig und selbstaufklärerisch an das Organisationssystem zurückzugeben“ (Gairing 2002, S. 220).

3.4.3 Personalentwicklung

Durch systematische Personalentwicklung kann die Entwicklung zur lernenden Organisation gefördert werden. Ein zielgerichteter Personalentwicklungsprozess fördert die Kompetenzbereiche der Mitarbeiter – fachlich, persönlich und sozial – und steigert somit die Problemlösungskompetenz. Personalentwicklung ist im engeren Sinne auf Bildung beschränkt, z. B. Berufsausbildung, Weiterbildung, Führungsbildung, Umschulung u. ä. Im weiteren Sinne „umfasst Personalentwicklung zudem Förderung: Auswahl und Einarbeitung, Arbeitsplatzwechsel, Nachfolge- und Karriereplanung ... Im weitesten Sinne schließt Personalentwicklung auch Organisationsentwicklung ein – mit Elementen wie Teamentwicklung, Gruppenarbeit, Projektarbeit“ (Kals 2006, S. 81).

Gezielte Entwicklungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter bewirken auch eine Entwicklung der Organisation, da Veränderungen in der Verantwortung und den Aufgaben der Beschäftigten auch Veränderungen in der Organisationsstruktur mit sich ziehen. Dazu müssen die einzelnen Elemente sinnvoll aufeinander bezogen werden und das Gesamtkonzept muss einen integrierenden Charakter besitzen. Das bedeutet, dass das Personalentwicklungskonzept alle Beschäftig-

ten und deren spezielle Bedürfnisse mit einschließt. Die Elemente sollen richtungsweisend in die Zukunft aufgebaut sein und eine kontinuierliche Verbesserung aller betrieblichen Prozesse bewirken (Jaeger, Bedersdorfer u. a. 2004, S. 27 ff.). Der ganzheitliche Ansatz für Personalentwicklung im Betrieb beginnt mit dem Leitbild. Start und gleichzeitig Ziel sind die strategischen Unternehmensziele. Aus diesen sollen die individuellen Ziele für die Mitarbeiter aller Ebenen entwickelt werden. Erfolgreich können diese nur dann sein, wenn sich der Personalentwicklungsprozess innerhalb der betreffenden Organisation entwickelt und von allen Mitarbeitern getragen wird (Jaeger, Bedersdorfer u. a. 2004, S. 25).

Die Abgrenzung von Personalentwicklung und Organisationsentwicklung ist nicht klar zu definieren, dennoch lassen sich Unterschiede beschreiben. So setzen Organisationsentwicklungsmaßnahmen auf einer höheren Ebene, der Systemebene, an. Personalentwicklungsmaßnahmen können auch punktuelle Einzelveranstaltungen oder kurze und befristete Lernprozesse einzelner Mitarbeiter umfassen. Organisationsentwicklung findet primär in der Organisation statt. Personalentwicklung kann an verschiedenen Orten stattfinden (z. B. Training off the job) und an ihnen können beispielsweise nur wenige ausgewählte Mitarbeiter teilnehmen. Sie ist auf die berufliche Qualifikation und ihre Verbesserung ausgerichtet. Diese Qualifikationen sind jedoch nicht auf fachliche Kenntnisse beschränkt, sondern umfassen noch andere soziale Kompetenzen, Lernfähigkeiten, Motivation sowie die Fähigkeit, mit kognitiven und emotionalen Belastungen umzugehen (Kals 2006, S. 83 ff.).

3.5 Zusammenfassung

Ein Organisationssystem steht in Beziehung zu seiner eigenen Umwelt, oder zu anderen Umwelten, mit denen es Leistungen und Informationen austauscht. Die Systemtheorie interessiert sich für die Auswirkungen des Zusammenspiels von System und Umwelt. Eine Organisation ist ein autopoietisches System und nimmt systemrelevante Elemente oder Anregungen aus seiner Umwelt auf. Welche Elemente aufgenommen werden, wird durch die aktuell verfügbaren

Fähigkeiten des Systems festgelegt. Veränderungen in der Umwelt können das System in seiner Befindlichkeit berühren, anregen, stören oder irritieren. Wie eine Reaktion auf ein solches Ereignis aussieht, entscheidet das System selbst. Die Zentralfigur systemischen Denkens ist die Selbstreferenz. Sie ist eine systemspezifische Wahrnehmung und Beobachtung und verweist auf die Differenz von Systemen und Umwelt. Nach Luhmann reproduzieren sich soziale Systeme über Kommunikation. Die Systeme gewinnen ihre Identität durch eine Differenz zur Umwelt mit Hilfe von sinnkonstituierten Kommunikationsprozessen.

Ein Organisationssystem ist durch Mitgliedschaft, die an bestimmte Bedingungen geknüpft ist, gekennzeichnet. Durch Mitgliedsregeln werden Interaktionen aufeinander abgestimmt, um hierdurch Abläufe wahrscheinlicher zu gestalten. Formale Systeme grenzen sich durch eine kommunikative Vernetzung von Entscheidungen, die an eine Erwartungsstruktur gebunden ist (z. B. Personalentwicklung), von ihrer Umwelt ab. Der Begriff Mitgliedschaft wird für eine Rolle verwendet, um die Mitglieder vor Nichtmitgliedern auszuzeichnen. Durch die Unterscheidung von Zugehörigkeit und Nichtzugehörigkeit grenzt sich das System nach Außen ab. Organisationen sind auf die Mitwirkungsmotive der Individuen und deren Gedächtnis angewiesen. Motive als Formen der Kommunikation beinhalten eine explizite und implizite Zuweisung von Gründen für eine bestimmte Handlung. Karrieren sind für Organisationen auf zwei Weisen bedeutsam: zum einen werden durch Karrieren Personen auf Rollen und Ämter verteilt, zum anderen ermöglichen sie die Verteilung von Motivation. Soziale Systeme sind ebenfalls von Erwartungen beeinflusst. Es wurden die persönlichen Erwartungen, die Rollenerwartungen, die programmspezifischen Erwartungen und die Erwartungen durch Werte vorgestellt. Das Auftreten von etwas neuem, das eine Abweichung von der erwarteten Kontinuität und Wiederholung darstellt, ist Anlass für eine Irritation. Diese ist ein systemeigener Zustand, ohne Entsprechung in der Umwelt des Systems. Die Umwelt kann, nach Kasenbacher, nur dann auf ein System einwirken, wenn es Irritationen produziert, die intern verarbeitet werden können. Die Störungen entstehen aus einer Konfrontation der Ereignisse mit den eigenen Strukturen des Systems.

Weiterhin wurde die Rolle von Entscheidungen für ein Organisationssystem erläutert. Eine Entscheidung braucht Informationen und Alternativen. Sie kommt innerhalb einer Organisation nur als Kommunikation zustande. Entscheidungen sind nur möglich, weil die Zukunft unbestimmt und somit unbekannt ist. Durch Entscheidung entsteht Verantwortung. Unsicherheit entsteht durch die Differenz zwischen Wissen und Nichtwissen. Unsicherheitsabsorptionen finden hauptsächlich in sozialen Beziehungen statt, wenn eine Entscheidung sich an einer anderen orientiert. Über Entscheidungsprämissen können Kommunikationswege vorgeschrieben werden. Diese müssen eingehalten werden, wenn die Entscheidung als eine solche in der Organisation Anerkennung finden soll. Durch Entscheidungen über Entscheidungsprämissen kann das Durcheinander in organisierten Sozialsystemen gemäßigt werden.

Die systemtheoretischen Konzepte liefern Theorie-Impulse für die Organisationsentwicklung. Als Wesensmerkmale der Organisationsentwicklung wurden der ganzheitliche Ansatz, die doppelte Zielsetzung, die Beteiligung der Betroffenen, das prozessorientierte Vorgehen und die Diagnose als Ausgangspunkt von Veränderungszyklen dargestellt. Umwelt, Ziele und Strukturen sowie Verhalten und Kommunikation der Organisationsmitglieder werden in gegenseitiger Abhängigkeit gesehen. Die Organisationsentwicklung will die menschlichen und technischen Aspekte eines sozialen Systems integrieren und respektiert dabei deren je eigenen Gesetzmäßigkeiten. Ziel ist die Anpassung der Organisation an die Umweltdynamik. Der Prozess wird als Lernprozess dargestellt. Als lernende Organisation wird die Organisation bezeichnet, die neues Wissen dadurch produziert, dass sie Regeln über die Erzeugung, Verwendung und Gestaltung von Regeln in ihre Struktur aufnimmt. Sievers spricht von einem Lernen sozialer Systeme, wenn die dem jeweiligen Verhalten auf Seiten des sozialen Systems zugrunde liegenden Erwartungen nicht kontrafaktisch aufrechterhalten werden müssen, sondern änderbar sind. Dazu sollen auch die dem Verhalten in Form von Verfahren, Prozessen und Regeln zugrunde liegenden Erwartungen entsprechend verändert werden können. Folgt man der systemischen Perspektive, so kann eine Veränderung sozialer Systeme nur Selbstveränderung bedeuten. Organisationen lernen nicht über Bewusstsein, sondern über Kommunikation und Entscheidung. Der Lernprozess wurde deshalb als ein Prozess der

Neudefinition von veränderten Beobachungskriterien, Kommunikationsstrukturen und Bewertungsschemen dargestellt.

Weiterhin wurden die von Senge formulierten fünf Disziplinen, die in der Lernenden Organisation trainiert werden müssen, beschrieben. Die fünfte Disziplin, das Systemdenken, zielt darauf ab, dass man Ganzheiten erkennt. Abschließend wurden einige Lernhindernisse dargestellt. So gestaltet sich z. B. ein Verlernen äußerst schwierig, da alte Strukturen und Denkweisen zugunsten von neuen aus dem Repertoire fallen müssen. Erklärungen, Verzerrungen, Ungenauigkeiten, Entschuldigungen u. ä. werden von Organisationsmitgliedern genutzt, um Bestehendes zu erhalten. Diese Lernhindernisse können jedoch ein Unbehagen verursachen, einen unangenehmen Zustand einer Krankheitssituation, der für die Organisation mit hohen Energien verbunden ist.

Zielgerichtete Personalentwicklungsmaßnahmen können die Entwicklung eines Betriebes zur lernenden Organisation fördern. Die Maßnahmen müssen sich von innen heraus aus dem Unternehmensleitbild entwickeln und von allen Mitarbeitern umgesetzt werden.

4 Pflegekräfte im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen

Im folgenden Kapitel soll der pflegende Beruf genauer betrachtet werden. Im ersten Teil wird der Begriff *Pflege* anhand einiger Definitionen beschrieben und erläutert. Anschließend ist ein kurzer historischer Rückblick über die Entwicklung des pflegenden Berufes dargestellt. Dieser zeigt uns auf, wie sich der heutige pflegende Berufsstand aus der christlichen Nächstenliebe heraus gebildet hat, und noch heute Motive des Helfens und der zwischenmenschlichen Beziehungen eine Motivationsgrundlage für Pflegende sein können. Im dritten Teil dieses Kapitels wird das Pflegemodell nach Liliane Juchli erläutert. Als Krankenschwester und Lehrerin für Krankenpflege hat Juchli zahlreiche Beiträge zur fachlichen Weiterentwicklung der Pflege im deutschsprachigen Raum geleistet. Ihr Pflegemodell ist heute ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung von Gesundheits- und Altenpflegern sowie Grundlage für die pflegerische Arbeit in vielen Pflegeeinrichtungen.

Im letzten Teil dieses Kapitels sind exemplarisch einige Anforderungen an die Arbeit in Pflegeeinrichtungen dargestellt sowie die Entwicklung der Ansprüche in den vergangenen zwei Jahrzehnten veranschaulicht. Diese werden vorrangig durch die Pflegekassen als Leistungsträger, durch den Gesetzgeber sowie durch die anerkannte Expertengruppe, das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), formuliert. Aus den sich stetig verändernden Anforderungen lässt sich eine Diskrepanz zwischen der historisch gewachsenen Motivation des „Helfen wollens“ und den zahlreichen Pflichten der Pflegenden neben ihren ursprünglichen pflegenden Tätigkeiten vermuten, welche gegenwärtig einen Belastungsfaktor für Pflegeberufe darstellen kann.

4.1 Zum Begriff „Pflege“

Zum Pflegebegriff finden sich in der Literatur diverse Definitionen und Erläuterungen. Im Folgenden werden einzelne Definitionen dargestellt, um den Begriff *Pflege* unter verschiedenen Betrachtungsweisen zu erläutern.

Eine allgemeine Orientierung zum Pflegebegriff liefert die bereits 1980 formulierte Definition von Pflege der American Nurses Association, wonach „Pflege die Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme“ ist (Vierter Altenpflegebericht der Bundesregierung Kap. 4.6.4.2 ff.). Diese allgemeine Begriffserklärung fokussiert das Kranksein bzw. das Beeinträchtigtsein und nicht die Krankheit und deren Ursachen. In den folgenden Jahren wurde der Pflegebegriff um die Förderung von Gesundheit und die Vorbeugung von Krankheiten erweitert. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) beschreibt folgende umfangreiche Erklärung des Pflegebegriffs: „Pflege (1) umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. (1) Pflege meint hier professionelle Pflege durch eine/n Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ (DBfK 2006).

Im Pschyrembel Wörterbuch Pflege (2003) ist der Begriff *Pflege* beschrieben als „menschliche Fähigkeit, Bedingungen für das Überleben oder Wohlbefinden von Menschen zu sichern oder herzustellen; Pflegehandlungen finden auf sich selbst gerichtet oder von Mensch zu Mensch statt“ (Pschyrembel 2003, S. 490 f.). Es wird dort weiterhin ausgeführt, dass sich je nach Zielgruppe und kulturell-geschichtlichem Zusammenhang unterschiedliche berufliche Richtungen der Pflege herausgebildet haben, wie z. B. die Altenpflege. Außerdem beinhaltet die Erklärung zum Pflegebegriff folgende Beschreibung: „Der Begriff Pflege ist eng

verbunden mit der Auffassung von sorgender Obhut und tätiger Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Pschyrembel 2003, S. 491).

Der Begriff *Altenpflege* wird dort beschrieben als „auch geriatrische Pflege; Bezeichnung für einen pflegerischen Beruf, der die Pflege und Betreuung älterer Menschen umfasst“ (Pschyrembel 2003, S. 18). Ferner wird zum Berufsbild der Altenpflege folgende Erklärung aufgeführt: „Altenpflege beinhaltet Unterstützung bei der Lebensgestaltung, Mitwirkung bei medizinischen Maßnahmen und pflegerische Versorgung sowie Betreuung älterer Menschen i. S. der an den Ressourcen des älteren Menschen orientierten Bedingungen und Fähigkeiten. Weiter umfasst Altenpflege entsprechend der Ausbildungsziele im Altenpflegegesetz die Beratung und die Betreuung älterer Menschen u. a. in allen persönlichen, sozialen und gesundheitlichen Angelegenheiten. Gefordert ist eine Kompetenz in der Wahrung altenpädagogischer Aufgaben“ (Pschyrembel 2003, S. 18).

Die Pflge-theoretikerin Virginia Henderson stellt in ihrer Definition eine Abgrenzung zum ärztlichen Bereich dar: „Die besondere Funktion der Schwester besteht in der Hilfeleistung für den Einzelnen, ob krank oder gesund; in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen, welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte“ (Henderson 1955).

Die Amerikanerin J. Watson versteht Pflege nicht als aufgabenorientiertes Verhalten, sondern als Grundeinstellung, die sich auf besondere Werte beruft. Diese Werte benennt Watson als Pflegefaktoren. Kernpunkt ihrer Theorie ist die Bildung eines humanistisch-uneigennütigen Wertesystems, auf dem sich eine vertrauensvolle und unterstützende Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten gründet (Watson 1996).

Im Lehrbuch „Pflege heute“ (2001) wird eine vereinfachte Definition von *Pflege* wie folgt dargestellt: „Soziale Dienstleistung von Menschen für Menschen. Umfasst sowohl die Selbstpflege, bei der es um die Gesunderhaltung der eigenen Person geht, als auch die Laienpflege sowie die professionelle Pflege, bei der

sich (ausgebildete) Pflegepersonen um die Gesunderhaltung oder das Gesundwerden anderer Menschen bemühen bzw. sie in ihrem Kranksein oder auch Sterbenmüssen begleiten“ (Pflege heute 2001, S. 2). Das Lehrbuch geht weiterhin auf wesentliche Begriffe ein, die in Verbindung mit *Pflege* häufig verwendet werden. So wird der Begriff *Person* beschrieben als „die Nutzer bzw. Empfänger pflegerischer Handlungen (...) nicht nur Einzelpersonen, sondern auch Familien, Gruppen und das Gemeinwesen“ (Pflege heute 2001, S. 3). Die *Umwelt* steht für „Bezugspersonen der Pflegebedürftigen, aber auch für die Umgebung, in der Pflege stattfindet“ (Pflege heute 2001, S. 3). Der Begriff *Gesundheit* wird dargestellt als „der jeweilige gesundheitliche Status der zu pflegenden Person (...) Dieser reicht von völligem Wohlbefinden über eine Gesundheitsgefährdung und akute sowie chronische Krankheiten bis hin zu Behinderungen und Sterben“ (Pflege heute 2001, S. 3). *Person*, *Umwelt* und *Gesundheit* sind damit die wesentlichen Faktoren zur Beschreibung, Verwendung und Interpretation des Pflegebegriffs.

4.2 Historischer Rückblick: die Entwicklung des pflegenden Berufes

Die Darstellung der Geschichte des pflegenden Berufes beginnt im frühen Christentum. Mit dem christlichen Gebot der Barmherzigkeit veränderte sich die Haltung der Menschen zu den Kranken (vgl. Seidler, 1993). Der Dienst am hilfebedürftigen Nächsten wurde im Christentum mit dem Dienst an Gott gleichgestellt. Das Gebot der Barmherzigkeit wurde in den frühchristlichen Gemeinden unter Leitung des Bischofs und mit Unterstützung von Diakonen und Diakonissen konsequent umgesetzt. Es entstanden im vierten Jahrhundert erste Hospitäler, in denen sowohl Kranke behandelt, als auch weitere Hilfsbedürftige wie Arme und Ortsfremde betreut wurden. Ab dem sechsten Jahrhundert wurden erste Klöster zur Bewahrung heilkundlichen Wissens errichtet. Nach Seidler (1993, S. 81 ff.) wird diese Zeit auch als Epoche der christlichen Klostermedizin bezeichnet. Die Klöster ermöglichten die Bewahrung heilkundlichen Wissens, jedoch kam es in der Zeit des frühen Mittelalters kaum zu Weiterentwicklungen. Krankheit wurde in der christlichen Haltung wesentlich als Prüfung der unsterb-

lichen Seele gesehen, die körperliche Behandlung von Krankheit rückte damit in den Hintergrund (Klotter 1999).

Im hohen Mittelalter wurde die traditionelle Klostermedizin von der scholastischen Medizin abgelöst (Ackerknecht 1992). Es entwickelten sich Medizinschulen und erste Universitäten, deren Wissen auf der griechischen Heilkunde aufbaute. Ihre Absolventen übernahmen überwiegend ärztliche Aufgaben. Die Entstehung der scholastischen Medizin führte allmählich zu einer Auseinanderentwicklung von Medizin und Pflege. Während das Wissen zur Heilkunde vorwiegend an Schulen weiterentwickelt wurde, konzentrierten sich die Klöster auf die Pflege. Diese war noch immer durch das Streben nach barmherzigen Taten motiviert (vgl. Seidler 1993). Gegen Ende des Mittelalters wurden weitere Orden, mit dem Ziel der Pflege und Betreuung Bedürftiger, gegründet.

Im Zuge der Reformation lösten sich in den protestantischen Ländern zahlreiche Pflegeorden auf. Dies führte u. a. zu einer Krise der Armen- und Krankenversorgung (vgl. Bischoff 1992). In den protestantischen Ländern wurde die Pflege in der frühen Neuzeit auf Grundlage des Lohnwartsystems organisiert, es wurden Pflegekräfte für die Betreuung der Kranken durch die Städte und Gemeinden bezahlt. In den katholischen Ländern blieb die Versorgung Kranker weiterhin Aufgabe der Kirche. Es bildete sich zunehmend mit dem Mutterhaussystem eine neue Organisationsform heraus. Die dem Mutterhaus zugehörigen Schwestern verrichteten in verschiedenen Hospitälern Pflegearbeit. Die ärztliche Aufsicht in den Hospitälern übernahm der Stadtphysikus. Für die Belange der Schwestern war die Oberin des Mutterhauses zuständig. Die Verwaltung der Hospitäler lag nun zunehmend in der Verantwortung der Städte und Gemeinden. Der Hintergrund für das beginnende Engagement der Städte bei der Versorgung Kranker und Bedürftiger lag darin, dass die öffentliche Verwaltung begann, ein Interesse für die Gesundheit der Bevölkerung zu entwickeln (Seidler 1993, S. 111).

Die Veränderungen der Medizin und der Krankenpflege im 18. Jahrhundert ist von der Aufklärungsphilosophie geprägt. Der Staat entdeckte die Gesundheitsförderung als seine Aufgabe und erkannte diese als wichtiges Element erfolg-

reicher Politik (Klotter 1997). Seidler (1993, S. 160 ff.) beschreibt folgende Entwicklungslinien, die das 18. Jahrhundert kennzeichneten. Das traditionelle Hospital veränderte sich zunehmend zum Krankenhaus, da der Staat eine Eingrenzung auf die Behandlung von Kranken durchsetzt. Die Medizin zog als forschende, lehrende und praktizierende Institution in das Hospital ein. Es kristallisiert sich die Rolle des Krankenpflegers heraus, der künftig verantwortlich ist für die Zuarbeit für hierarchisch übergeordnetes ärztliches Personal. Durch die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung wurde das Hospital auch für gehobene Schichten der Gesellschaft attraktiv. Dies wirkt sich wiederum auf die Ansprüche an das Pflegepersonal aus.

Im 19. Jahrhundert nahm das staatliche Engagement in der Gesundheitspflege weiterhin zu. So wurde zum Beispiel in Deutschland ab dem Jahr 1883 eine Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung eingeführt. Die Nachfrage nach Krankenhausplätzen und nach qualifiziertem Pflegepersonal nahm stetig zu (Seidler 1993). So kam es zu einem erneuten Ausbau der katholischen Ordenspflege, zur Gründung von evangelischen Pflegegemeinschaften, zu europäischen Initiativen zur Verbesserung der Kriegskrankenpflege, zur Gründung des Roten Kreuzes sowie zur Ausweitung der freiberuflichen Krankenpflege. Seidler (1993, S. 207 f.) führt erste Berufsstatistiken aus dem 19. Jahrhundert auf, aus denen sich die Zusammensetzung des Pflegepersonals der verschiedenen Organisationsformen ablesen lässt. Eine erste Erhebung fand im Deutschen Reich im Jahr 1876 statt²⁴.

Mit der gestiegenen Anzahl an Pflegepersonal erfolgte zudem ein Ausbau der Hierarchisierung im Krankenhaus. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung und der ärztlichen Autorität erforderte eine Krankenpflege, die nicht am

²⁴ In dieser Erhebung wurden nur weibliche Pflegekräfte mit irgendeiner Art von Ausbildung erfasst. Insgesamt wurden 8681 Pflegekräfte aufgeführt. Davon waren 87% Angehörige kirchlicher Pflegevereinigungen (5763 katholisch, 1760 evangelisch). 7% der Pflegekräfte arbeiteten als freiberufliche Krankenpfleger und 6% waren (meist ehrenamtlich) im Roten Kreuz tätig. Im Jahr 1909 stieg die Zahl der Pflegerinnen auf fast 56000. Der Anteil kirchlicher Pflegevereinigungen sank auf 61,6%. Demgegenüber gewannen die weltlichen Verbände mit 16,1% und die freiberuflichen Pflegekräfte mit 22,3% an Bedeutung.

Leitbild der christlichen Nächstenliebe, sondern an der bürgerlichen Wohlfahrtspflege und der direktionalen Befugnisse der Ärzte ausgerichtet ist (Seidler 1993).

Die Krankenpflege im 19. Jahrhundert zeigt neben dem Anstieg der Pflegekräfte und der zunehmenden Hierarchisierung im Krankenhaus auch eine „Verweiblichung“ (Bischoff 1992, S. 93) der Krankenpflege auf. Die Frau schien aufgrund ihrer Emotionalität, Passivität und natürlichen Selbstlosigkeit besonders für den Beruf der Krankenpflege geeignet zu sein²⁵. Neben diesen weiblichen Tugenden brachten Frauen außerdem den Vorteil mit, dass sie bereit waren, für schlechte Bezahlung zu arbeiten (Bischoff 1992, S. 142).

Der erste und der zweite Weltkrieg sowie die gesellschaftlich-politischen Veränderungen im Nationalsozialismus übten im 20. Jahrhundert weitere Einflüsse auf die Krankenpflege aus. Diese Epoche ist geprägt von einer zunehmenden Professionalisierung (Seidler 1993). Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte wurden in gesetzlichen Vorgaben festgelegt. So wurde zum Beispiel 1907 das erste Krankenpflegegesetz in Preußen verabschiedet. 1938 trat ein reichseinheitliches „Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege“ in Kraft. Die Pflege kranker und bedürftiger Menschen entwickelt sich zur Lohnarbeit. Im Zuge der Industrialisierung werden tayloristische Arbeitsweisen auf die Krankenpflege übertragen (Elkeles 1993). Bleses (1997) beschreibt dieses Merkmal am Beispiel der Funktionspflege²⁶. Diese ist durch eine starke Trennung planender

²⁵ Beispielhaft kommt in einem Zitat aus dem Jahr 1902 der Bezug auf den weiblichen Charakter in der Begründung zur weiblichen Bestimmung zur Krankenpflege zum Ausdruck: „Soll man aber eine Eigenschaft hervor heben, die vor allen anderen unentbehrlich ist zur Krankenpflege, so ist das zweifellos die Selbstlosigkeit und die Selbstverleugnung. (...) Die Frau ist dazu bestimmt, mit ihrer Person zurück zu treten, sich selbst zu vergessen, sich aufzuopfern für andere; ihr allein gebührt dafür auch die Palme der Selbstlosigkeit“ (Schneider, zitiert nach Bischoff, 1992, S. 84).

²⁶ Die Funktionspflege ist ein Pflegesystem, das in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bis zum Ende des 20. Jahrhunderts angewendet wird. Heute wird die Funktionspflege schrittweise durch die Bezugspflege abgelöst. In der Bezugspflege wird jedem Pflegebedürftigen eine Pflegekraft als fester Ansprechpartner zugedacht, die für den gesamten Pflegeprozess des Patienten verantwortlich ist.

und ausführender Tätigkeitsanteile gekennzeichnet. So schreibt Bleses (1997, S. 275): „Tätigkeiten (z. B. Grundpflege, Vitalzeichenkontrolle, Prophylaxen, Behandlungspflege) werden in einzelne Aufgaben zergliedert (z. B. Temperaturkontrolle, Einreibungen) und im Rahmen so genannter Rundgänge ausgeführt, wobei jede Pflegeperson eine andere Tätigkeit übernimmt und diese bei allen Patienten der Station verrichtet“. Diese Form der Arbeitsteilung kann negative Folgen für die Arbeitskompetenz und die Arbeitsmotivation der Pflegekräfte haben. So wird die Kompetenz durch starke horizontale und vertikale Arbeitsteilung vermindert. Die Motivation kann dadurch vermindert sein, dass der direkte Bezug zum pflegebedürftigen Menschen nicht mehr vorhanden ist und das traditionelle hingebungsvolle Pflegen nicht mehr erfüllt werden kann.

Im Zuge der Industrialisierung im ausgehenden 19. Jahrhundert entstanden in Europa die ersten Altenheime. Sie waren ein Zweig des öffentlichen Armenwesens und dienten der Unterbringung der „Siechen und Gebrechlichen“. Das Wiener Pflegeheim Lainz verfügte bei seiner Eröffnung im Jahr 1904 über 6000 Betten und galt damit als das größte Heim in Europa. Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts sprach man noch ganz selbstverständlich von Verwahranstalt und Heiminsassen. Die Hauptfunktion der Heime bestand darin, Essen und Schlafplätze zur Verfügung zu stellen. Die Betreuung in den Heimen war auf eine Verwahrung und reaktive Pflege ausgerichtet.

Der Berufsstand Altenpfleger entwickelte sich schrittweise in der Mitte des 20. Jahrhunderts. In den fünfziger Jahren erfolgten erste private Ausbildungen zur Altenpflegerin an konfessionellen Einrichtungen. Bis 1965 wurde Altenpflege als Anlernberuf von Hausfrauen mittleren Lebensalters ausgeführt. 1965 wurde das Berufsbild Altenpflege erstmals veröffentlicht, ab 1976 eine staatliche Ausbildung zur staatlich geprüften Altenpflegerin angeboten. Ein Grund für diese Entwicklung war u. a. die Veränderung der Alterspyramide zu einem Bild des steigenden Lebensalters von immer mehr Menschen (Pschyrembel 2003, S. 18).

Der Altenpflegeberuf ist somit ein junger Sozialberuf, der sich in den vergangenen fünfzig Jahren aus den bekannten Pflegeberufen entwickelt hat. Die Versorgung alter Menschen war seit Jahrhunderten die selbstverständliche Aufga-

be der Familien. Insbesondere nach dem 2. Weltkrieg entstand ein zunehmender Bedarf an stationärer Versorgung durch Wohn- und Pflegeheime. Die pflegerische Versorgung der Alten- und Pflegeheimbewohner war bis dahin die Aufgabe von Fachkräften der Krankenpflege. In den sechziger Jahren begann ein entscheidender Strukturwandel im Pflegeberuf mit einer Differenzierung der Pflege nach Arbeitsfeldern, z. B. allgemeine Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Pflege von geistig Behinderten, Psychiatrische Pflege, Entbindungspflege u. a. Die Ursachen für die Entstehung des Altenpflegeberufes lassen sich mit wenigen Sätzen zusammenfassend wie folgt beschreiben: Mit steigender Lebenserwartung vergrößerte sich der Anteil der alten und sehr alten Menschen in der Bevölkerung, und dadurch wuchs auch die Zahl der pflegebedürftigen Personen. Familienstrukturen und Wohnverhältnisse veränderten sich mit steigendem Wohlstand. Berufstätigkeit beider Ehepartner und die nur für zwei Generationen (Kernfamilie) gebauten Stadtwohnungen förderten die Vereinsamung und Krankheitsanfälligkeit der älteren Generation. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Zunahme von diagnostischen und therapeutischen Aufgaben stieg auch der Bedarf an fachlich qualifizierten Pflegepersonen für den Altenpflegebereich (Köther 2000, S. 170 ff.).

Die Träger der Alten- und Pflegeheime bemühten sich, den Bedarf an Pflegepersonal durch Einstellung von Mitarbeiterinnen ohne Fachausbildung zu decken. Es wurden vor allem Frauen in den mittleren Lebensjahren angesprochen, die aufgrund ihrer Erfahrungen als Hausfrau und Mutter für eine pflegerische Tätigkeit geeignet schienen. In Kurzlehrgängen erwarben sie pflegerische und medizinische Fachkenntnisse. Doch in der Altenpflegepraxis zeigte sich sehr deutlich, dass diese Kenntnisse und Fertigkeiten nicht ausreichten, um Heimbewohnern eine menschlich befriedigende Lebenssituation zu ermöglichen. Eine umfassende an den Bedürfnissen alter Menschen orientierte Ausbildung wurde notwendig. Es entstand ein Beruf mit einem geriatrisch-pflegerischen und einem sozial-pflegerischen Profil. 1965 legte der „Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge“ ein neues Berufsbild vor und erklärte, dass die Altenpflegerin nicht ein Hilfsberuf der Krankenschwester ist, sondern ein moderner sozialpflegerischer Beruf (Köther 2000, S. 170 ff.).

Die Pflege in Deutschland entwickelte während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch kein eigenes wissenschaftliches Profil und definierte sich ausschließlich über die Entwicklung der Medizin. Indessen wurden pflegerisches Handeln und Pflegeaufgaben in angelsächsischen Ländern durch die Berufsangehörigen selbst erforscht und beschrieben. Pflegekonzepte und Modelle wurden erarbeitet und es entwickelte sich eine eigenständige Pflegewissenschaft. In der ehemaligen DDR wurde 1963 eine Abteilung Gesundheitswesen am Institut für Berufspädagogik der Pädagogischen Fakultät an der Humboldt-Universität zu Berlin gegründet. Diese besteht bis heute als Institut für Medizin- und Pflegepädagogik sowie Pflegewissenschaft weiter. Diese Studiengänge entwickelten sich zu Zentren der Pflegeforschung, verschiedene Dissertationen und Diplomarbeiten ihrer Absolventen stellen eine wesentliche Quelle für Forschungsergebnisse in der Pflege dar. Die Pflegeforschung in den alten Bundesländern begann erst in den achtziger Jahren durch Initiativen von Pflegenden (Jung-Heintz 2000, S. 240 ff.).

Die Pflegeforschung in den USA hat gegenüber Deutschland eine längere Geschichte. Dort wurde bereits 1907 der erste Lehrstuhl für Krankenpflege an der Columbia Universität in New York eingerichtet. Die Impulse gingen überwiegend von der Pflegebildung aus, so wurden z. B. die Eigenschaften von Schülern und Krankenschwestern untersucht sowie die berufliche Stellung der Krankenschwester und der Mangel an Pflegepersonal. Die Studien in den sechziger und siebziger Jahren in den USA zeigten sich zunehmend praxisorientiert, z. B. wurden hier Alternativen zur stationären Unterbringung von älteren Patienten untersucht (Jung-Heintz 2000, S. 240 ff.).

Die zunehmende Professionalisierung der Pflege im 20. Jahrhundert fördert die Entwicklung einer beruflichen Identität. Erikson (1980, S. 17) bezeichnet als Identität die „Überzeugung, dass das Ich wesentliche Schritte in Richtung auf eine greifbare kollektive Zukunft zu machen lernt und sich zu einem definierten Ich innerhalb einer sozialen Realität entwickelt“. Identität bewahrt nach Erikson vor Instabilität. Die berufliche Identität ist ein Teil der Ich-Identität und als Erfahrung der Einheit und Kontinuität sowie deren Gewährleistung nach außen, speziell im Beruf, zu verstehen (Erikson 1980). Der Prozess der Entwicklung und

Wahrung der Identität kann nicht unabhängig von der sozialen Umwelt geschehen. Das Individuum ist darauf angewiesen, sich in irgendeiner Weise auf Leitbilder und -vorstellungen zu beziehen, die seiner historisch-gesellschaftlichen Verortung angemessen sind (Erikson 1980, S. 43 ff.). Pflegende können sich in ihrer beruflichen Identität auf die Wurzeln der christlichen Caritas beziehen und ihren Beruf als tätige Nächstenliebe sehen. Ebenso können sich Pflegende auf das mit ihrem Beruf in Verbindung gebrachte Weiblichkeitsideal beziehen und die mütterliche Seite ihres Berufes betonen. Ihre berufliche Identität wäre dann geprägt durch das Bild der Hausfrau und Mutter. Im Gegensatz zum Bild der selbstlos liebenden Krankenschwester kursieren in unserer Gesellschaft ebenfalls dazugehörige „Gegenbilder“ (Rieder 2003, S. 205) wie zum Beispiel das Bild der „bösen“ und lieblosen Schwester (ebenda)²⁷.

Individuelle Belastungen entstehen im Zusammenspiel von gesellschaftlichen Leitbildern, vorherrschenden Arbeitsbedingungen und individueller Biographie der Pflegekräfte. Bei ungünstigen Arbeitsbedingungen (z. B. personelle Unterbesetzung, strenge Arbeitsteilung, mangelhafte Ausstattung) kann ein Konflikt zwischen den in der Arbeit möglichen und den von Pflegekräften angestrebten pflegerischen Tätigkeiten entstehen (Rieder 2003).

Der deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) entwarf 1965 ein einheitliches Berufsbild für Altenpflege. Dem Beruf der Altenpflege sollte dadurch eine berufliche Anerkennung gesichert werden. Der Beruf der Altenpflegekraft sollte damit im Bereich der Altenpflege verankert, von dem Beruf der Krankenpfleger unterschieden und als sozialpflegerischer Beruf definiert werden. Ein weiteres umfassendes Berufsbild wurde 1980 vom Deutschen Berufsverband staatlich anerkannter Altenpflegerinnen und Altenpfleger e. V. (DBVA) erarbeitet. Dieses Berufsbild beschreibt ein Verständnis von Altenpflege, das von einer ganzheitlichen Sicht des alten Menschen ausgeht, die Individualität

²⁷ Die „böse“ Schwester wird als lieblose Person beschrieben, die ihren Patienten mit Gleichgültigkeit begegnet. Diese findet sich im Konzept der Depersonalisierung wieder. Als Depersonalisierung wird in dem Burnout-Konzept von Maslach und Jackson (1984) eine gleichgültige Haltung gegenüber den Patienten bzw. Klienten bezeichnet.

und konkrete Situation des einzelnen Menschen in den Mittelpunkt der Berufspraxis stellt und ganzheitliche Hilfe in gegenseitiger Ergänzung sozialer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen fordert (Klie 1997).

4.3 Aktuelle Entwicklung des Berufsfeldes Pflege

Die Entwicklung im Berufsfeld Pflege ist abhängig vom wissenschaftlichen und technischen Fortschritt in der Medizin und deren Bezugswissenschaften, der Veränderung gesundheitlicher und sozialer Lebenslagen sowie gesundheitspolitischen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Seit den 1980er Jahren entwickelt das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) Vorschläge für ein einheitlich strukturell und inhaltlich aufeinander bezogenes Aus- und Weiterbildungssystem für Gesundheits- und Pflegeberufe. Mit der Novellierung der ausbildungsregelnden Gesetzgebung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege in den Jahren 2003 und 2004 wurde in Bezug auf die Pflegeausbildungen über entsprechende Modellklauseln der Boden für eine Neuordnung der drei grundständigen Pflegeberufe im Sinne einer integrierten Pflegeausbildung geschaffen. Durch eine integrierte Ausbildung sollen die komplexen Kompetenzanforderungen des pflegerischen Handlungsfeldes als curriculare Grundlage gebündelt werden (Darmann, Keuchel 2005, S 175 f.). Im Bereich der Altenpflege und der häuslichen Pflege sind heute jedoch vorwiegend ökonomisch induzierte Tendenzen der Deprofessionalisierung zu beobachten, indem die Pflege wieder zunehmend jenseits des Berufssystems verankert wird (Voges 2002).

Für die Berufsfelder Gesundheit und Pflege liegt eine Reihe von berufswissenschaftlichen Forschungen vor, mit denen unter der Perspektive von Qualifizierung und Bildung die Gestaltung von Pflegesituationen sowie das darin enthaltene berufsspezifische Wissen und Können untersucht wird. Vorrangig geht es um die Erforschung eines pflegerischen Arbeitsprozess- und Beziehungsprozesswissens, das die Berührungs- und Beziehungskompetenzen der Pflegenden als pflegeberufliche Kernkompetenzen in den Mittelpunkt der curricularen Entwicklungsarbeit stellt (Darmann, Keuchel 2005, S 177 ff.). Die meisten Curricula, die derzeit im Berufsfeld Pflege existieren, gründen jedoch nicht auf sys-

tematisch erhobenen Daten aus der Berufspraxis. Die Lernfelder werden vielmehr aus der Perspektive des Lehrenden vermittelt. Die berufswissenschaftliche Forschung hingegen intendiert nicht die Ermittlung von Arbeitsprozesswissen als Regelwissen, sondern die Erfassung differierender Deutungen von beruflichen Situationen. Im Mittelpunkt der Datenerhebung für die Erfassung von Arbeitsprozesswissen in der Pflege stehen Befragungen von beruflich Pflegenden. Thematisch werden vor allem kritische Ereignisse fokussiert. Der Begriff „kritisch“ wird hier im Sinne von „einen nachhaltigen Eindruck hinterlassend“ verstanden (Wittneben 2002). Diese können auch als Ereignisse beschrieben werden, im Rahmen derer die Pflegenden in besonderer Weise ihre positive Selbstwirksamkeit erleben, bei denen besondere Schwierigkeiten zu bewältigen sind. Den berufswissenschaftlichen Arbeiten im Berufsfeld Pflege ist ein Perspektivenwechsel gemeinsam, weg von der rein fachgebundenen Qualifizierung hin zu einem Bildungsprozess, der auf Multiperspektivität und Reflexion abhebt (Darmann, Keuchel 2005, S. 179 f.).

4.4 Das Pflegemodell von Liliane Juchli

Liliane Juchli ist Krankenschwester und gehört dem Orden der Barmherzigen Schwestern in Ingenbohl (Schweiz) an. Ihre zahlreichen Veröffentlichungen sind Bestandteil der heutigen Krankenpflegeausbildung, wie z. B. das Lehrbuch der Krankenpflege (Juchli 1994). Juchli ist auch selbst als Lehrerin für Krankenpflege tätig. Auf der Grundlage der von Nancy Roper beschriebenen sechs Grundbedürfnisse des Menschen (Roper 1993), bereits Hippokrates benannte "sechs Sachen" des gesunden Lebens, entwickelte Juchli ein umfassendes Pflegemodell: Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL). Juchli analysiert dabei insgesamt zwölf verschiedene Aktivitäten des täglichen Lebens, durch die sich das Verhalten des Menschen charakterisiert. Diese zwölf Aktivitäten ordnet sie in zwei Hauptgruppen, die Zeit eines Lebens in einem Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit ausgeübt werden. Dies sind zum einen die biologischen Notwendigkeiten wie Atmen, Essen, Trinken, und zum anderen die Aktivitäten, die kulturellen und sozialen Einflüssen unterliegen, wie kommunizieren, Arbeit und Spiel. Die Aufgabe des Pflegenden im Pflegemodell nach Juchli

ist bei physischen und psychischen Erkrankungen die Herstellung der größtmöglichen Unabhängigkeit beim Patienten.

Im Folgenden werden die zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens im Einzelnen mit Bezug auf die Bedürfnisse der Patienten und der Aufgaben der Pflegenden erläutert.

Wach sein und schlafen

Die ATL „Wach sein und schlafen“ kann als Grundlage für alle ATLs gesehen werden. Da sie eng mit der Art und Weise des Lebens bzw. mit dem individuellen Lebensstil des Menschen verknüpft ist, sollen deshalb die anderen ATLs immer mit dieser in Bezug gesetzt werden (Marks 2000, S. 266 ff.). Pflegekräfte müssen zunächst Schlafstörungen beurteilen, um dann den Schlaf durch geeignete Beratungsangebote und entsprechende therapeutische Maßnahmen zu fördern. Die Verwendung von Schlafmedikation darf nur nach ärztlicher Anordnung und nach sorgfältigem Abwägen der Alternativen erfolgen. Es ist Aufgabe der Pflegekräfte, für eine gute Ruhephase der Patienten zu sorgen, damit die Wachphase mit neuen Erlebnissen angefüllt werden kann (Marks 2000).

Sich bewegen

Die Möglichkeit der Bewegung stellt eine Grundlage unseres gesamten Lebens und unserer Selbständigkeit dar. Jede Einschränkung der Beweglichkeit bedeutet eine Einschränkung der menschlichen Fähigkeiten und damit Abhängigkeit. Mangelnde Bewegung kann gerade bei älteren Menschen Krankheitsbilder wie Dekubitalgeschwüre (Wundliegen), Thrombose (Verschluss von Venen durch einen Blutpfropf) oder Kontrakturen (anhaltende Gelenksteifigkeit) verursachen. Aufgabe der Pflegekräfte ist es, diese Gefahren zu erkennen und den Krankheitsbildern durch entsprechende prophylaktische Maßnahmen vorzubeugen. Sind die Erkrankungen bereits aufgetreten, sind diese durch gezielte Maßnahmen entsprechend dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand zu behandeln. Im Rahmen der Aktivierenden Pflege bemüht sich die Pflegekraft ständig, die Bewegungsmöglichkeiten der Patienten zu erhalten (Schröder 2000).

Sich waschen und kleiden

Um das Waschen des Körpers als professionelles Pflegeangebot einsetzen zu können, ist es wichtig zu wissen, welche Bedeutung es für den Patienten hat. Das, was unseren Körper unmittelbar umgibt, also auch Wasser und Kleidung, hat für jeden Menschen eine andere Bedeutung. Einige Menschen sind wasser-scheu, andere lieben es, sich lange im Wasser aufzuhalten. Es gibt Menschen mit sehr hohem Schamgefühl, für die Kleidung besonders wichtig für das Menschsein ist. Ebenso gibt es Menschen, die Kleidung eher als störend empfinden. Die Ursachen können in biophysiologicalen (z. B. Alter, Entwicklungsstufe, Hautbeschaffenheit), in seelisch-geistigen oder soziokulturellen Faktoren liegen. Die Pflegenden sollen die Bedürfnisse des Patienten erkennen und ihre Pflege-tätigkeiten entsprechend ausrichten. Ebenso müssen Pflegekräfte Ver-änderungen (z. B. Schädigungen der Haut oder selbstgefährdendes Verhalten) wahrnehmen, beobachten und angemessen fachlich reagieren. Wasser kann im ATL „sich waschen“ außerdem für spezielle therapeutische Zwecke eingesetzt werden, z. B. die Kneipp-Therapie. Die Grundpflege unter Wahrung der Intim-sphäre nimmt in der Tagesstruktur einen besonderen Platz ein. Sie gibt dem Pflegenden die Möglichkeit, schon zu Beginn des Tages mit dem Patienten zu kommunizieren. Das allgemeine Wohlbefinden des Patienten sollte dabei als Ziel immer im Vordergrund stehen (Grützner, 2000).

Essen und trinken

Das Essen und Trinken ist nicht nur für das körperliche, sondern auch für das psychische Wohlbefinden des Menschen von Bedeutung. Aufgabe der Pflegekraft ist es, die Bedürfnisse des Patienten zu erkennen, den Ernährungszustand und seine Veränderungen zu beurteilen (z. B. Mangelerscheinungen, Über- oder Untergewicht) und seine pflegerischen Tätigkeiten entsprechend auszurichten. Krankheitsbilder, wie Störungen in der Nahrungsaufnahme (z. B. Kau- oder Schluckstörungen mit Gefahr der Aspiration, Allergien und Unverträglichkeiten), sowie die Biographie des Patienten (z. B. Lieblingsspeisen oder Abneigungen gegen bestimmte Speisen aufgrund besonderer Lebenserfahrungen) müssen hierbei berücksichtigt werden. Die Anzahl der Mahlzeiten soll den individuellen Wünschen und Erfordernissen der Patienten angepasst sein. Eine ausgewoge-

ne und abwechslungsreiche Ernährung unter Berücksichtigung spezieller Diäten muss gewährleistet werden (Sitzmann 2000).

Ausscheiden

Der natürliche Kreislauf von Aufnehmen und Abgeben ist ein wichtiger Vorgang für jeden Menschen. Es können Unbehagen oder sogar große Ängste entstehen, wenn Störungen der Ausscheidung auftreten. Zu den Aufgaben der Pflegekräfte gehört es, die Menge und Beschaffenheit der Ausscheidungen der Patienten zu beobachten, Veränderungen wahrzunehmen und zu beurteilen. Die Pflegeangebote sollen das Wohlbefinden des Patienten wieder herstellen bzw. fördern. Diese beinhalten außerdem prophylaktische Maßnahmen, wie z. B. die Kontinenzförderung. Vielen Patienten fällt es schwer, Hilfe bei Stoffwechselfvorgängen in Anspruch zu nehmen. Die Wahrung der Intimsphäre durch die Pflegekräfte ist hierbei besonders wichtig (Reisach 2000).

Körpertemperatur regulieren

“Menschliches Leben braucht Wärme, um zu existieren“ (Herzog 2000, S. 466). Mit dem Empfinden und Wahrnehmen von Kälte und Wärme stehen auch seelische und soziale Aspekte in Zusammenhang. Die eigene Regulation der Körpertemperatur kann von mehreren Faktoren beeinflusst werden, z. B. von Emotionen, der Umgebungsgestaltung, Alter und Konstitution. Gefahren wie Hypothermie (Unterkühlung) und Hyperthermie (erhöhte Körpertemperatur, Fieber) müssen durch die Pflegekräfte rechtzeitig erkannt und entsprechende pflegerische Maßnahmen eingeleitet werden. Pflegenden sollen in der Lage sein, die Empfindungen der Patienten schnell zu erkennen. Da die Körpertemperatur in Zusammenhang mit der Kleidung zu betrachten ist, sollen Pflegekräfte darauf achten, dass die Patienten angemessen gekleidet sind und bei Bedarf reagieren (Herzog 2000).

Atmen, Puls und Blutdruck

Atmen ist Ausdruck des Lebens und Luft ist das Lebenselixier des Menschen. Ein Bewusstsein für die Atmung entsteht erst, wenn Veränderungen im Menschen oder seiner Umgebung die Aufmerksamkeit auf die Atmung lenken. Pflegekräfte müssen Veränderungen der Patienten in ihren Atemgeräuschen und

der Atemfrequenz wahrnehmen und entsprechend reagieren. Pflegeangebote zur gesunden Atmung und zur Atemtherapie sind sorgfältig auszuwählen (Sitzmann 2000).

Zu den Vitalzeichen gehören neben der Atmung auch der Puls und Blutdruck. Vita heißt Leben, die Vitalzeichen sind die Lebenszeichen. Sind die Vitalzeichen stark verändert, besteht Lebensgefahr. Deshalb ist es für die Pflegekraft besonders wichtig, die Vitalzeichen exakt zu messen und zu beurteilen, damit sie den Notfall von ungefährlichen Abweichungen unterscheiden kann. Durch die sorgfältige Kontrolle und Beurteilung der Vitalzeichen lassen sich viele Erkrankungen oder Verschlechterungen des Zustandes des Patienten erkennen, welche einen Einfluss auf die anderen Aktivitäten des täglichen Lebens ausüben können (Schröder 2000).

Sich sicher fühlen und verhalten

Sich sicher zu fühlen bietet dem Menschen die Grundlage, von der aus er zum Handeln fähig ist, sich entfalten und entwickeln kann. Woran sich der Mensch hält und orientiert, ist individuell unterschiedlich und abhängig von den persönlichen Erfahrungen, Erlebnissen und Gewohnheiten. Das Sicherheitsbedürfnis entwickelt sich, wenn physiologische Bedürfnisse nach Wasser, Luft, Nahrung, Unterkunft und Schlaf erfüllt sind. Die Pflegekräfte müssen in der Lage sein, Risiken sowie eine Unter- oder Überschätzung der Patienten zu erkennen. Gefahren aus der Umgebung sollen erkannt werden, ebenso das Bedürfnis des Patienten nach innerer Sicherheit, wie Vertrauen und Geborgenheit. Durch entsprechende Pflegeangebote, z. B. Orientierungshilfen, Sturzprophylaxe, kann das Sicherheitsgefühl des Patienten gefördert werden. Maßnahmen der Hygiene zur Vermeidung von Infektionen (z. B. das Tragen von Schutzhandschuhen während der Pflegemaßnahmen, Verwendung von sterilen Materialien) tragen ebenfalls zum Sicherheitsgefühl des Patienten bei (Jandt 2000).

Raum und Zeit gestalten

Sich in die von der Natur vorgegebenen Rhythmen des Lebens einzugliedern, die Gestaltung des eigenen Lebensraumes und der eigenen Zeit sind wichtige Grundbedürfnisse des Menschen. Verschiedene Einflüsse auf das Gestalten von Raum und Zeit des Menschen werden durch Faktoren wie Gesellschafts-

normen, der Wohnraum, geistige Werte sowie die Lebensphase und das Alter ausgeübt. Hat ein Pflegebedürftiger nicht mehr die Fähigkeit, seine Umgebung und seinen Tagesablauf selbst zu gestalten, sollen alle an der Pflege beteiligten Personen die Veränderungen beobachten und ihm helfen, den individuellen Alltag zu gestalten. Die Pflegeangebote können, je nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten, Ergo-, Musik- und Kunsttherapie beinhalten (Gillmann 2000).

Kommunizieren

Kommunizieren bedeutet „in Verbindung stehen“. Kommunikation kann direkt oder indirekt erfolgen. Die Sprache ist ein wesentliches Mittel, ebenso auch die nonverbale Kommunikation wie die innerliche Zugewandtheit. Die Fähigkeit zur Kommunikation kann von der Beziehungsfähigkeit des Menschen, von der Lebensweise, der Entwicklung und dem Alter beeinflusst sein. Veränderungen und Einschränkungen des Patienten, z. B. Sprach- und Sprechstörungen, müssen von den Pflegekräften erkannt werden. Ebenso sind Regelungen zum Umgang mit den Patienten wichtig. Dazu gehören vor allem die richtige Ansprache und der Umgangston, die Gesprächsatmosphäre sowie die Körperhaltung der Pflegenden. Pflegekräfte sind verpflichtet, die Zeit, die zur Verfügung steht, für Gespräche und Unterhaltung mit dem Kranken zu nutzen (Förster, Gümmer 2000).

Kind, Frau, Mann sein

Alte Menschen haben in ihrem Leben bereits eine Anzahl verschiedener Rollen durchlebt. Sie nahmen die Rolle des Kindes gegenüber ihren Eltern ein und die Rolle des Mannes bzw. der Frau gegenüber ihren Lebenspartnern. Diese Rollen beeinflussen ihre Lebenserfahrungen und ihr Lebensgefühl noch im Alter. Menschliche Existenz ist immer auch geschlechtliche Existenz. Pflegekräfte sollen hilfsbedürftige Menschen als Mann und Frau akzeptieren und gehen während notwendiger Pflegemaßnahmen behutsam mit möglichen Tabuthemen um. Schamgefühl, Intimsphäre, Selbstwert- und Körpergefühl, diese Worte sollten bei allen Tätigkeiten der Pflegenden einen hohen Stellenwert haben, um den Patienten den Alltag so angenehm wie möglich zu machen. Sexualität ist auch im Alter ein Bedürfnis des Menschen, welches durch den Schutz der Intimsphäre im Heimgeschehen ausgelebt werden kann (Straub-Westphal 2000).

Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen

Aufgrund unserer Individualität stellt sich jeder Mensch die Frage nach dem Sinn des Lebens anders. Die Biographie und der kulturelle Umkreis beeinflussen die Art und Weise der persönlichen Sinnsuche. Derjenige, der einen Sinn in seinem Leben sieht, kann Lebensfreude und Kraft entwickeln, kann das Leben in seinem Sein und Vergehen annehmen. Oft stellt sich diese Frage erst in Krankheit und Leid. Der Glaube an Gott, erfahrene Liebe oder andere ideelle Werte ermöglichen dem Menschen, Schicksalsschlägen, Krankheiten und Behinderungen mit Kraft und Hoffnung zu begegnen. Pflegekräfte sollen hierbei Partner und Begleiter in Lebens- und Krisensituationen sein (Wiedemann 2000). Sterben und Tod begegnen uns in einer großen Vielfalt der täglichen Lebensprozesse. Jede Trennung von einem lieben Menschen, jeder Wohnungswechsel, jeder neue Lebensabschnitt birgt einen Abschied in sich. Der Tod soll im Umgang mit Patienten nicht tabuisiert werden. Die Begleitung Sterbender und die Unterstützung im Trauerprozess sind hierbei eine wichtige Aufgabe der Pflegenden (Sitzmann 2000).

Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind nicht voneinander losgelöst zu betrachten. Fähigkeiten des Patienten in einer Aktivität können Ressourcen für eine andere Aktivität bedeuten. Ebenso können Probleme in einer Aktivität sich auch auf andere Aktivitäten des täglichen Lebens auswirken. Um den pflegebedürftigen Menschen ganzheitlich pflegen zu können, ist es für die Pflegekräfte wichtig, seine Biographie zu kennen und die Erfahrungen des Patienten in seinem bisherigen Leben zu berücksichtigen. Alle Maßnahmen sollen im Sinne einer aktivierenden Pflege ausgeübt werden. Das bedeutet, dass Pflegekräfte nicht die einzelnen Aktivitäten des Patienten für ihn übernehmen sollen, sondern die Selbständigkeit der Patienten fördern (Juchli, 1994).

Juchli legt in ihrem Pflegemodell einen großen Wert auf die Planung der Pflege. In ihrem Lehrbuch der Krankenpflege (1994) führt sie die individuelle patientenorientierte Pflegeplanung ein. Pflegekräfte sollen für jeden Patienten eine Planung beschreiben und regelmäßig evaluieren, die alle Pflege- und Betreuungsmaßnahmen für die einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens umfasst. Auch medizinische und prophylaktische Maßnahmen werden hierbei den betreffenden Aktivitäten zugeordnet. So gehört zum Beispiel ein regelmäßiges Messen

der Vitalwerte des Patienten den Aktivitäten *Körpertemperatur regulieren* bzw. *Atmen, Puls und Blutdruck* an. Der regelmäßige Wechsel von Inkontinenzmaterial ist der Aktivität *Ausscheiden* zugehörig. Prophylaktische Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen des Patienten sind für die Aktivität *Sich sicher fühlen und verhalten* zu planen.

Juchli betrachtet die Krankenpflege als *Dienst* (Juchli 1992, S. 130). Krankenpflege erscheint als Tätigkeit, mit der keine beruflichen Interessen (z. B. finanzielle Absichten oder berufliche Weiterentwicklung) verbunden sind und der keine beruflichen Beschränkungen (z. B. Eingebundenheit in die hierarchische Organisation innerhalb einer Institution) auferliegen. Sie betont vielmehr die Rolle des Individuums bei der Initiierung von Veränderungen: „Er (der Mensch) kann, sich selbst verändernd, an der Veränderung anderer – letztlich der Welt – mitwirken“ (Juchli 1992, S. 89). Die Auffassung von Krankenpflege als Dienst wird mit einer entsprechenden Vorstellung von dem Verhältnis zwischen Patient und Pflegekraft untermauert. Juchli beschreibt, dass zwischen Patient und Pflegekraft eine liebende Bindung, wenn auch auf Zeit, entstehen kann und soll (Juchli 1992, S. 43). Diese Bindung ist Grundlage für das umfassende Wahrnehmen der Bedürfnisse des Patienten und das Eingehen darauf²⁸. Für Juchli ist die Liebe die Grundlage für das persönliche Verhältnis zum Patienten: „Krankenpflege – als Dienst eines Menschen am Menschen – kann nur unter dem zentralen Gesichtspunkt der Liebe richtig verstanden werden“ (Juchli 1992, S.

²⁸ Mit folgendem Zitat wird die weitreichende Auffassung der Zuständigkeit für die Bedürfnisse der Patienten mit Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens deutlich:

„Meine Bewegung bewegt dich mit;
meine Selbstsorge gibt dir Lebensfrische;
mein Ernährungsbewusstsein verändert deine Gewohnheiten;
mein Ja zu meinen Körperfunktionen lässt dich die deinen verstehen;
meine Wärme-Kälte-Regulation schenkt dir Nestwärme;
mein Atem regeneriert deine Lebenskraft;
meine Sicherheit gibt dir Schutz;
mein Lebensrythmus belebt in dir die Balance von Spiel und Arbeit;
meine Worte geben deinen Worten Raum;
meine Sinnerfülltheit lässt dich an deine Sinnfindung glauben;
mein Frau-sein formt dein Frau- oder Mann-sein mit“ (Juchli 1992, S. 235).

130). Sie greift hierbei auf den christlichen Gedanken der Einheit von Gottes- und Nächstenliebe zurück.

Das Pflegemodell von Juchli ist heute ein wesentlicher Bestandteil der Ausbildung zum Gesundheitspfleger. Unabhängig vom religiösen Glauben werden die Grundgedanken der Liebe, der Bindung und des Helfens in den theoretischen Lerninhalten vermittelt und bilden somit einen wichtigen Teil in der Vorstellung der Auszubildenden vom Pflegeberuf.

4.5 Anforderungen an die Qualität der Pflege – ein Überblick über die Entwicklung der Anforderungen seit der Einführung der Pflegeversicherung

Die Anforderungen an die Qualität der Pflege wurden im Zuge der Professionalisierung im 20. Jahrhundert durch die Inhalte der Ausbildung von Krankenpflegekräften bestimmt. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts wurde das Interesse der Öffentlichkeit durch zahlreiche Hinweise auf Missstände in Pflegeeinrichtungen durch die Presse in den alten Bundesländern geweckt. Zeitungen veröffentlichten so genannte „Pflegeskandale“, die auf unzumutbare Bedingungen in Pflegeeinrichtungen aufmerksam machen sollten. Diese Bedingungen wurden z. B. durch die Grauen Panther (Hamburger Morgenpost, 1990) an die entsprechenden Medien getragen. Zahlreiche Presseberichte über Missstände in Alten- und Pflegeheimen führten im Jahr 1971 dazu, besonderen rechtlichen Schutz für Heimbewohner anzuregen. Die von der Presse veröffentlichten Missstände bezogen sich häufig auf ungenügende Betreuung der Bewohner, ungerechtfertigte Finanzierungsbeiträge bei Heimeinzug, unqualifiziertes Personal und die unzumutbare räumliche Ausstattung in den Heimen (Klie 1997).

4.5.1 Heimgesetz

Als Reaktion auf die dargestellten Missstände in Pflegeheimen trat 1975 das Heimgesetz in Kraft, welches in den Jahren 1990 und 2001 vollständig novelliert wurde. Das Heimgesetz sollte Missstände im Heimbereich abstellen und die Heime durch Beratung der Heimaufsichtsbehörden unterstützen. Im § 2 des Heimgesetzes ist der Zweck beschrieben als Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen, die Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner, die Beratung der Einrichtungen und die Information von Bewohnern. Als Interessen und Bedürfnisse der Bewohner wurden die Sicherstellung der gesundheitlichen und sozialen Betreuung und Pflege, der Schutz vor finanzieller Übervorteilung und die Gewährleistung von baulichen und ökologischen Mindestbedingungen, etwa bezüglich Zimmergröße, Ausstattung der Einrichtung mit Fahrstühlen und Telefon durch das Heimgesetz dargestellt. Gemäß § 5 des Heimgesetzes sollen Bewohner in Angelegenheiten des Heimes durch einen Heimbeirat mitwirken. Das Heimgesetz selbst enthält im Wesentlichen nur grundsätzliche Aussagen und allgemeine Regelungen. Detailbestimmungen finden sich in den Rechtsverordnungen zum Heimgesetz, etwa der Heimindestbauverordnung, der Heimmitwirkungsverordnung, der Heimsicherungsverordnung und der Heimpersonalverordnung. Das Heimgesetz unterstellt die Heime einer staatlichen Heimaufsicht. Zuständig für die Heimaufsicht sind in der Regel die Kreisverwaltungen. Der Heimaufsicht können von Bewohnern, Angehörigen und Personal Schwachstellen und Missstände, gegebenenfalls anonym, jederzeit mitgeteilt werden. Diesen Hinweisen hat die Heimaufsicht nachzugehen. Die Heimaufsicht soll jedes Heim etwa einmal im Jahr besichtigen, bei Bedarf können unangemeldete Prüfungen durchgeführt werden.

Breitscheidel weist in seinem Buch „Abgezockt und totgepflegt“ (2005) darauf hin, dass Missstände in den Pflegeeinrichtungen noch heute auftreten. Er lies sich in fünf verschiedenen Pflegeheimen als Pfleger einstellen, um die Arbeit der Pflegekräfte zu beobachten und Fehler aufzudecken. In seiner Veröffentlichung sind erschreckende Darstellungen nachzulesen. So sei eine 61-jährige

Frau sozusagen bei lebendigem Leib verwest, weil ihre Wunden, die durch das Liegen entstanden waren, nicht ausreichend versorgt wurden. Breitscheidel weist darauf hin, dass das Personal häufig derart überlastet sei, dass nicht genügend Zeit für eine ausreichende Pflege vorhanden sei. Die Patienten hätten am Tag zwischen 200 und 400 Milliliter Flüssigkeit erhalten, unruhige Bewohner seien gefesselt oder mit Beruhigungsmitteln ohne ärztliche Beratung ruhig gestellt worden (Breitscheidel, 2005).

Breitscheidel trat seine erste Stelle in einem Münchner Alten- und Pflegeheim an. Er beschreibt die Tätigkeiten der Pflegekräfte als Akkordarbeit. Diese führen auch zu einem schlechten Gewissen der Mitarbeiter. Er beschreibt ein Gespräch, das er mit einer leitenden Schwester geführt hat: „Entschuldige. Ich kann mein Verhalten selbst nicht erklären. Die Arbeit ist so viel geworden, seit es die Pflegeversicherung gibt. Ich habe das Gefühl, niemals fertig zu werden. Ich kann nachts nicht schlafen, denke ständig daran, wie wir die Alten behandeln. Nicht mal mehr für ein Gespräch haben wir Zeit“ (Breitscheidel 2005, S. 35). In dieser Aussage der leitenden Pflegekraft wird deutlich, dass Missstände aufgrund von Zeit- und Personalmangel auf die Einführung der Pflegeversicherung und den damit verbundenen wandelnden Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen zurückgeführt werden.

Albrecht (2006) beschreibt in einer Buchlesung zu Breitscheidels Veröffentlichung „viele Abschnitte sind übertrieben reißerisch geschrieben“ (Albrecht 2006). Albrecht erklärt, dass mit der Einführung der Pflegeversicherung 1994 bewusst Elemente von Privatisierung und Wettbewerb eingebracht wurden, um die Kosten für die Pflege zu senken. Die bestehenden Pflegeeinrichtungen müssten nach Albrecht vom ökonomischen Druck befreit werden, nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgebaut und mit ausreichend qualifizierten Arbeitskräften ausgestattet werden.

4.5.2 Einführung der Pflegeversicherung

Seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 ist die Forderung nach erhöhter Qualität in der Altenpflege immer konkreter geworden. Nach fast zwanzigjähriger Diskussion wurde im April 1994 das Pflegeversicherungsgesetz verabschiedet und die Pflegeversicherung als fünfte Säule der gesetzlichen Sozialversicherung eingeführt. Von vielen Seiten wird die Pflegeversicherung stark kritisiert. Es wurden sogar verfassungsrechtliche Bedenken geäußert: auf der „Finanzierungsseite“ würde die Pflegeversicherung gegen Art. 6 und 3 des Grundgesetzes verstoßen, da sie Familien mit Kindern durch die Beiträge ungerechtfertigt belaste (Klie 1997, S. 269). Ziel der Pflegeversicherung ist es, den Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben unter Einhaltung ihrer Würde, trotz ihres Hilfebedarfs, zu führen. An diesen ethischen Grundaussagen sollen sich alle Pflegedienste und Einrichtungen sowie die Pflegekräfte in der Durchführung der Pflege orientieren. Die Pflegeleistungen müssen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden. Somit soll sich die Pflege an anerkannten Pflegemodellen orientieren²⁹. Weiterhin soll das Prinzip der Aktivierenden Pflege beachtet werden, um vorhandene Fähigkeiten der Patienten zu erhalten und verlorene Fähigkeiten zurück zu gewinnen (Klie 1997).

Die Pflegeversicherung sieht weiterhin vor, dass alle Einrichtungen und Dienste, die bestimmte Anforderungen im Hinblick auf die Qualität und Leistungsfähigkeit sowie Wirtschaftlichkeit erfüllen, Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erbringen können, wenn sie durch die Pflegekassen zugelassen wurden. In § 71 SGB XI sind die Voraussetzungen beschrieben, die Pflegeeinrichtungen für ihre Zulassung nachweisen müssen: sie müssen selbständig wirtschaftende Einrichtungen sein, sie müssen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen und im stationären Bereich ganztägige Unterbringung und Pflege anbieten. Die Vergütung für Pflegeeinrichtungen wird weitgehend auf Landesebene in den Rahmenvereinbarungen festgelegt,

²⁹ Das Pflegemodell von Juchli ist eines der anerkannten Pflegemodelle.

die zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Verbänden der Einrichtungsträger abgeschlossen werden. Die Vergütungssätze müssen leistungsgerecht sein und den Pflegediensten generell ermöglichen, die vorausgesetzten Qualitätsstandards einzuhalten. Einigen sich die Pflegekassen und Einrichtungen nicht auf Pflegesätze, kann eine Schiedsstelle eingeschaltet werden (SGB XI § 76).

Mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuch (SGB) XI, Soziales Pflegeversicherungsgesetz ab 1. Januar 1995, wurden die Pflegeeinrichtungen erstmals zur Qualitätsentwicklung in den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verpflichtet (Brewer 1999). Im § 80 SGB XI sind Maßstäbe für die Qualität der Pflegeleistungen festgelegt, die u. a. folgendes enthalten: die Leitung muss sichergestellt sein, die ständige Verantwortung durch eine Pflegefachkraft muss gewährleistet sein, eine Pflegeanamnese und Pflegeprozessplanung für und mit jedem einzelnen Pflegebedürftigen muss durchgeführt werden und das Pflegeergebnis soll kontrolliert sowie die Zufriedenheit des Bewohners erfragt werden.

Wichtige Detailregelungen zur Pflegeversicherung finden sich in Rechtsverordnungen und Richtlinien, z. B. Pflegebedürftigkeitsrichtlinien sowie Vereinbarungen zur Qualität und Qualitätssicherung. Neben diesen sind für die Pflegeeinrichtungen zahlreiche Empfehlungen, etwa durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, sowie Expertenstandards, die den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse verankern, für die Umsetzung ihrer Qualitätssicherung als Anforderungen maßgebend (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung 2006).

4.5.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbarten im Jahr 1995 gemeinsam und einheitlich, unter Be-

teilung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger, Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsin-
ternen Qualitätsmanagements. Diese sind auf eine stetige Sicherung und Wei-
terentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet. Die Grundsätze und Maßstäbe
wurden 1995 für die ambulante und 1996 für die stationäre Pflege entwickelt. In
diesen Grundsätzen wird festgelegt, dass sich die Pflege und Versorgung an
einer menschenwürdigen Lebensqualität und der Zufriedenheit der Bewohner
orientieren soll. Die Bewohner müssen bei der Wahrnehmung ihrer Wahl- und
Mitsprachemöglichkeiten unterstützt werden. Die Pflege soll fachlich kompetent
nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen be-
darfsgerecht und wirtschaftlich erbracht werden. Die Pflegeeinrichtungen müs-
sen Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung umsetzen und
nachweisen. Es werden Qualitätsmaßstäbe für die Ebenen der Strukturqualität
(z. B. Personal, räumliche Voraussetzungen, Kooperationen), der Prozessquali-
tät (z. B. Konzept, Angebote, Pflegeprozess, Pflegedokumentation, Dienstpla-
nung, Einbeziehung der Angehörigen) und der Ergebnisqualität (z. B. Ergebnis-
prüfung im Rahmen von Pflegevisiten und Evaluationen) festgelegt. Es wird e-
benfalls festgeschrieben, dass zur Durchführung von Qualitätsprüfungen dem
Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den von den Lan-
desverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen Zugang zur Pfl-
geeinrichtung und den qualitätsrelevanten Unterlagen zu gewähren ist. Das
Verfahren zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist hier ansatzweise festge-
legt (Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssiche-
rung nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen, 1996).

Im Dezember 2003 wurden die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe für
die Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen unter Beteiligung unabhängiger
Sachverständiger überarbeitet. Neben den Inhalten der Fassung von 1996 wur-
den weitere Anforderungen an die soziale Betreuung und die hauswirtschaftli-
che Versorgung formuliert. Des Weiteren werden die Einrichtungen zur Einfüh-
rung eines Qualitätsmanagementsystems verpflichtet, das die Verantwortung
der Leitung, das Management von Ressourcen, die Leistungserbringung und
die Analyse und Verbesserung umfasst.

4.5.4 Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches

Mit der 2. Stufe der Pflegeversicherung, die am 1. Juli 1996 in Kraft trat, wurden die Leistungen der Pflegeversicherung auf die vollstationäre Pflege ausgeweitet. Die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ vom 21. März 1997 stellen eine neue einheitliche Begutachtungsgrundlage für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, nach der Pflegebedürftigkeitsrichtlinie zu § 17 SGB XI, dar. Die verbindliche Definition von „Pflegebedürftigkeit“ ist in § 14 SGB XI festgelegt: „Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen oder regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen“ (SGB XI § 14). Erarbeitet wurden die Begutachtungsrichtlinien gemeinsam von Gremien der MDK-Gemeinschaft mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen unter Einbeziehung der jeweils zuständigen Bundesministerien. Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung sollen dem Begutachter eine Richtlinie für die Einstufung der pflegebedürftigen Menschen in die entsprechende Pflegestufe sein³⁰. Für die Auszahlung von Pflegegeldern durch die Pflegekassen ist die Einstufung in die entsprechenden Pflegestufen maßgebend. Pflegebedürftige der Pflegestufe I haben einen durchschnittlichen täglichen Pflegebedarf von 90 Minuten. Personen mit einem täglichen Pflegebedarf von drei Stunden werden in der Pflegestufe II eingestuft. Der Pflegestufe III gehören die Menschen an, die einen Pflegebedarf von fünf Stunden täglich vorweisen (Pflegebedürftigkeitsrichtlinie zu § 17 SGB XI).

³⁰ So wird z. B. der zeitliche Bedarf für das Waschen des Oberkörpers eines pflegebedürftigen Menschen auf den Orientierungswert von acht bis zehn Minuten festgelegt. Für einen Stuhlgang des Pflegebedürftigen, inklusive der Intimhygiene, der Reinigung der Toilette bzw. des Umfeldes gelten drei bis sechs Minuten Pflegezeit als Richtwert (Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, 2001).

4.5.5 MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege

Parallel zur Erarbeitung der „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (1996) beauftragte die Geschäftsführung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen eine Projektgruppe „Externe Qualitätssicherung/Vertragswesen SGB XI“ mit der Entwicklung eines beratungsorientierten Prüfansatzes für die MDK-Gemeinschaft und eines Konzeptes zum Prüfverfahren und zu den Prüfinhalten. Als Ergebnis entstand ein MDK-Konzept, auf deren Grundlage zahlreiche Qualitätsprüfungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurden. 1997 wurde erneut eine Projektgruppe mit der Optimierung dieses Prüfkonzeptes beauftragt. Als Folge verabschiedete im Juni 2000 der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen die „MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege“. Diese Anleitung dient den Medizinischen Diensten der Krankenkassen bundesweit als Leitfaden für eine einheitliche Umsetzung der Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI. Darüber hinaus sollen die Pflegeeinrichtungen diese Anleitung als Instrument zur Selbstevaluation nutzen (MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege, 2000, S. 6). Entsprechend dieser Festlegungen haben die MDK die Aufgabe, die Pflegeeinrichtungen in Bezug auf ihre Strukturqualität (z. B. Ausstattung, Organisation, Qualifikation), Prozessqualität (z. B. Pflegeprozessplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards sowie Durchführung der Pflege) und Ergebnisqualität (z. B. Aktivierungserfolg, Zufriedenheit der Pflegebedürftigen, Einbeziehung sozialer Netze) zu überprüfen. Wurden als Ergebnis der Prüfung Qualitätsmängel festgestellt, hat die Pflegeeinrichtung im Rahmen einer Anhörung durch die Landesverbände der Pflegekassen dazu eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden, unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Anhörung, ob und ggf. welche Maßnahmen zur Mängelbeseitigung erforderlich sind. Der Träger der Pflegeeinrichtung erhält hierüber von den Landesverbänden der Pflegekassen einen schriftlichen Bescheid mit einer angemessenen Frist zur Mängelbeseitigung.

Es ist ebenfalls festgelegt, dass freiwillige externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, z. B. Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9001, keine Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI durch den MDK ersetzen dürfen (MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege, 2000, S. 12 ff.). Inhaltlich sind in dieser MDK-Anleitung bereits konkrete Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen beschrieben, wie z. B. ein einheitliches Dokumentationssystem mindestens bestehend aus Stammblatt, Pflegeanamnese, Pflegeprozessplanung, Pflegedurchführungsnachweise und Pflegebericht sowie eine regelmäßige fachliche Überprüfung der Pflege durch Pflegefachkräfte in Form von Pflegevisiten (MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege 2000, S. 66 – 108).

Die MDK-Anleitung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen wurde im November 2005 überarbeitet und trat im Januar 2006 in der überarbeiteten Fassung in Kraft. Darin wurden die Inhalte der „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ vom 16.12.2003 ergänzt. Des Weiteren wurden inhaltliche Änderungen der Anforderungen entsprechend neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse vorgenommen, die sich im Wesentlichen auf die Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege³¹ berufen (MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114, SGB XI 2006).

4.5.6 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG)

Der Bundesrat verabschiedete im Juli 2001 das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege. Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz trat zum 1. Januar 2002 in Kraft. Im PQsG sind Festlegungen zur Berufserfahrung der leitenden Pflegefachkräfte und zum Quali-

³¹ Diese Expertenstandards werden im Kapitel 4.5.7 mit ihren Anforderungen an die fachgerechte Pflege beschrieben.

tätsmanagement der Pflegeeinrichtungen getroffen (§ 71 SGB XI). Ebenfalls haben die Pflegeeinrichtungen Leistungs- und Qualitätsnachweise (LQN) vorzulegen, welche sie durch einen erfolgreichen Abschluss von Überprüfungen durch von den Verbänden der Pflegekassen anerkannte Sachverständige oder Prüfstellen erlangen können. Diese LQN sind in regelmäßigen Abständen neu zu erbringen. Ab 1. Januar 2004 sollte eine Pflegeeinrichtung nur dann Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung haben, wenn sie einen LQN vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als zwei Jahre zurück liegt (§§ 113 SGB XI). Eine Durchführungsverordnung zum PQsG liegt bisher nicht vor. Damit sind Prüfungsablauf und Inhalte zu den LQN nicht geregelt. Es sollte eine Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates zur Durchführung der Qualitätsprüfungen zur Erteilung der LQN erstellt werden (§ 118 SGB XI).

Die Bundesregierung legte im April 2002 einen Referentenentwurf für eine Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen vor. Darin sind grundsätzliche Anforderungen definiert, die eine Pflegeeinrichtung erfüllen muss, um einen Leistungs- und Qualitätsnachweis zu erhalten. Ferner ist darin bestimmt, wer solche Prüfungen durchführen darf und welche Voraussetzungen dafür erfüllt werden müssen. Ergänzend zum Referentenentwurf legte die Bundesregierung eine Prüfempfehlung vor, die sich eng an das MDK-Konzept zur Durchführung von Qualitätsprüfungen anlehnt. Dieser Entwurf wurde jedoch im September 2002 vom Bundesrat abgelehnt³². Im Juni 2003 lag im Bundesgesundheitsministerium der Referentenentwurf zum 5. SGB XI Änderungsgesetz vor. In diesem Entwurf sollte den unterschiedlichen Interessen im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen in der Pflege Rechnung getragen werden. Bis April 2006 wurden keine Gesetzesänderungen verabschiedet. Der Referentenentwurf hat seinen Entwurf-Status noch nicht verloren. Es wurde lediglich die Ver-

³² Seit Inkrafttreten des PQsG im Januar 2002 entstand eine Planungs- und Rechtsunsicherheit in den Trägerorganisationen, den Einrichtungen und Diensten hinsichtlich der Ausgestaltung der externen Qualitätssicherung in der Pflege. Nachdem der Entwurf der Verordnung im Bundesrat abgelehnt wurde, ist es schwer vorstellbar, welcher Druck nun auf den Pflegeeinrichtungen lastete. Bis Januar 2004 sollen sie die LQN vorweisen können, jedoch wissen sie im September 2002 noch nichts über Ablauf und Inhalte der Prüfungen.

pflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Vorlage eines LQN auf unbestimmte Zeit verschoben (mdk-pruefung.de, abgerufen am 22.04.2006).

4.5.7 Expertenstandards als Anforderungen an die Fachlichkeit in der Pflege

Detaillierte Ansprüche an das fachliche Niveau von Leistungen in Pflegeeinrichtungen werden durch die Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) festgelegt. Die Umsetzung dieser Standards ist fachliche Grundlage für die Überprüfung von Pflegeeinrichtungen durch den MDK. Das DNQP ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Fachexperten in der Pflege, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen. Es steht in kontinuierlichem Fachdialog mit europäischen Organisationen und Initiativen der europäischen Dachorganisation nationaler Qualitätsnetzwerke in der Pflege (EuroQUAN), die in enger Kooperation mit den jeweiligen Berufsverbänden agiert. Auf nationaler Ebene kooperiert das DNQP mit dem Deutschen Pflegerat, dem Zusammenschluss der Berufs- und Fachverbände in der Pflege.

Im März 2002 erschien der erste Expertenstandard des DNQP zum Thema „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. In diesem Standard wird festgelegt, welche Maßnahmen Pflegende zur Vorbeugung von Dekubitalulcera³³ bei Pflegebedürftigen umsetzen sollen. Das Pflegepersonal soll dabei systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten/Betroffenen, Bewegungsförderung, Druckreduzierung und die Kontinuität prophylaktischer Maßnahmen gewährleisten. Im Standard sind umfangreiche Voraussetzungen des Pflegepersonals und der Einrichtung festgelegt, z. B.: „Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie Einschätzungskompetenz des Dekubitusrisikos (...) die Kompetenz, geeignete druckreduzierende Hilfsmittel auszu-

³³ Dekubitus (lat.) ist ein Druckgeschwür, das durch länger anhaltenden Druck als Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes entsteht. Umgangssprachlich in Bezug auf Pflegeeinrichtungen wird diese Schädigung auch als Wundliegen bezeichnet, da sie durch langes Liegen der Pflegebedürftigen auf der gleichen Körperstelle entstehen kann.

wählen (...) die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen“ (DNQP 2002, S. 34). Die Vorgehensweise der Pflegefachkraft soll entsprechend dokumentiert werden. So werden z. B. für jeden Pflegebedürftigen eine standardisierte Einschätzungsskala zum Dekubitusrisiko geführt, bei bestehendem Risiko ein individueller Bewegungsplan angelegt und fortgeführt, sowie bestehende Druckgeschwüre in einer ausführlichen Wunddokumentation beschrieben (DNQP 2002, S. 34).

Der zweite Expertenstandard des DNQP erschien im April 2004 zum Thema „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Entsprechend dieses Standards soll jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung erhalten. Dieses beinhaltet den Einsatz geeigneter Assessment- und Evaluationsinstrumente, Beratung des Patienten und seiner Angehörigen, die Koordination des Entlassungsprozesses und eine abschließende Evaluation der Entlassung. Die Pflegefachkraft soll hierbei über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement sowie über Fähigkeiten zur Beratung und Schulung verfügen (DNQP 2004).

Der Expertenstandard zum Thema „Sturzprophylaxe in der Pflege“ wurde im Februar 2005 veröffentlicht. Kernaussage dieses Standards ist, dass jeder Patient/Bewohner mit einem erhöhtem Sturzrisiko eine Sturzprophylaxe erhält, die Stürze verhindert oder Sturzfolgen minimiert. Die notwendigen Voraussetzungen der Pflegefachkraft reichen von aktuellem Wissen zur Identifikation von intrinsischen und extrinsischen Sturzrisikofaktoren über Beratungskompetenz bis hin zur Fähigkeit zur systematischen Sturzerfassung und -analyse. Es soll durch die Pflegenden eine regelmäßige Erfassung der Sturzrisikofaktoren erfolgen und für jeden Patienten ein individueller Maßnahmenplan entwickelt werden. Nach jedem Sturz ist dieser systematisch zu dokumentieren und analysieren. Diese Daten fließen in die Neueinschätzung der Sturzrisikofaktoren ein (DNQP 2005 a).

Bereits im Mai 2005 erschien der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ durch das DNQP. Mit diesem soll sichergestellt werden, dass jeder Patient mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen ein angemessenes Schmerzmanagement erhält, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt. Die Pflegefachkraft soll über das notwendige Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung, zur medikamentösen Schmerzbehandlung und über die notwendigen Beratungs- und Schulungskompetenzen verfügen. Zur Umsetzung des Standards wird durch die Pflegenden eine systematische Schmerz-Einschätzung mittels geeigneter Instrumente durchgeführt und in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zur Prophylaxe und Behandlung von Schmerzen und schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen veranlasst (DNQP 2005 b).

Der fünfte Expertenstandard des DNQP wurde im März 2006 mit dem Thema „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ veröffentlicht. Mit diesem Standard wird folgendes Ziel verfolgt: „Bei jedem Patienten/Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harninkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert“ (DNQP 2006, S. 13). Es wird vorausgesetzt, dass die Pflegefachkraft über die Kompetenz zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz sowie deren differenzierten Einschätzung verfügt. Weiterhin soll der Pflegenden eine Beratungskompetenz sowie Steuerungs- und Planungskompetenz zur Umsetzung von kontinenzfördernden Maßnahmen bzw. zur Kompensation von Harninkontinenz vorweisen können. Als Handlungen schlägt der Expertenstandard vor, für jeden Patienten/Bewohner eine differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation und eine Beschreibung des individuellen Kontinenzprofils anzulegen, einen Maßnahmenplan zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils zu entwickeln sowie die Umsetzung und Zielerreichung regelmäßig zu evaluieren (DNQP 2006).

4.6 Zusammenfassung

Es wurden verschiedene Erläuterungen des Begriffs „Pflege“ dargestellt. Aus den Definitionen gehen ein Dienstleistungscharakter von Pflege sowie eine Abgrenzung zum ärztlichen Bereich hervor.

Im historischen Rückblick zur Entwicklung des pflegenden Berufs wurde der Ursprung im frühen Christentum mit dem Gebot der Barmherzigkeit heraus gestellt. In dieser Zeit entstanden erste Hospitäler, in denen sowohl Kranke behandelt, als auch weitere Hilfsbedürftige betreut wurden. Im hohen Mittelalter führte die Entstehung erster Medizinschulen und Universitäten allmählich zu einer Auseinanderentwicklung von Medizin und Pflege. Die Klöster konzentrierten sich weiterhin auf die Pflege, welche noch immer durch das Streben nach barmherzigen Taten motiviert war. Im Zuge der Reformation wurde die Pflege in den protestantischen Ländern auf der Grundlage eines Lohnwartsystems organisiert. In den katholischen Ländern blieb die Versorgung Kranker weiterhin Aufgabe der Kirche, wobei sich zunehmend das Mutterhaussystem als eine neue Organisationsform heraus bildete. Das 18. Jahrhundert ist von der Aufklärungsphilosophie geprägt. Der Staat entdeckte die Gesundheitsförderung als seine Aufgabe. Das staatliche Engagement in der Gesundheitspflege nahm im 19. Jahrhundert weiterhin zu. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung erforderte eine Krankenpflege, die nicht am Leitbild der christlichen Nächstenliebe, sondern an der bürgerlichen Wohlfahrtspflege und der direktionalen Befugnisse der Ärzte ausgerichtet ist. Das 20. Jahrhundert war geprägt von einer zunehmenden Professionalisierung, in der die Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in gesetzlichen Vorgaben festgelegt wurden. Durch strikte Arbeitsteilung entstand die Gefahr, dass der direkte Bezug zum pflegebedürftigen Menschen nicht mehr vorhanden ist und das traditionelle hingebungsvolle Pflegen nicht mehr erfüllt werden kann. Im Zuge der Industrialisierung entstanden in Europa die ersten Altenheime. In den fünfziger Jahren erfolgten, aufgrund der Veränderungen der Alterspyramide zu einem Bild des steigenden Lebensalters von immer mehr Menschen, erste private Ausbildungen zur Altenpflegerin.

Der Altenpflegeberuf ist somit ein junger Sozialberuf, der sich in den vergangenen fünfzig Jahren aus den bekannten Pflegeberufen entwickelt hat. Durch steigenden Bedarf an Pflegepersonal entstand ein Beruf mit einem geriatrisch-pflegerischen und einem sozial-pflegerischen Profil. Die zunehmende Professionalisierung der Pflege förderte die Entwicklung einer beruflichen Identität. Das Berufsbild des Deutschen Berufsverbandes staatlich anerkannter Altenpflegerinnen und Altenpfleger e. V. beschreibt ein Verständnis von Altenpflege, das von einer ganzheitlichen Sicht des alten Menschen ausgeht, die Individualität und konkrete Situation des einzelnen Menschen in den Mittelpunkt der Berufspraxis stellt und ganzheitliche Hilfe in gegenseitiger Ergänzung sozialer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen fordert.

Das Pflegemodell von Juchli analysiert zwölf verschiedene Aktivitäten des täglichen Lebens, durch die sich das Verhalten des Menschen charakterisieren lässt. Diese Aktivitäten ordnet Juchli in zwei Hauptgruppen, die Zeit eines Lebens in einem Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit ausgeübt werden. Juchli legt in ihrem Pflegemodell einen großen Wert auf die Planung der Pflege und betrachtet die Krankenpflege als Dienst. Pflege erscheint als Tätigkeit, mit der keine beruflichen Interessen verbunden sind und der keine beruflichen Beschränkungen auferliegen. Juchli beschreibt, dass zwischen Patient und Pflegekraft eine liebende Bindung entstehen kann und soll. Dies ist die Grundlage für das umfassende Wahrnehmen der Bedürfnisse des Patienten und das Eingehen darauf. Da das Pflegemodell von Juchli heute ein wesentlicher Bestandteil der Ausbildung zum Gesundheitspfleger ist, sind die Grundgedanken der liebenden Bindung mit den Pflegebedürftigen gegenwärtig wieder maßgebend für die Arbeit in den Kranken- und Pflegeeinrichtungen.

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts wurde das Interesse der Öffentlichkeit durch zahlreiche Hinweise auf Missstände in Pflegeeinrichtungen durch die Presse in den alten Bundesländern geweckt. Zeitungen veröffentlichten sogenannte „Pflegeskandale“, die auf unzumutbare Bedingungen in Pflegeeinrichtungen aufmerksam machen sollten. Als Reaktion auf die dargestellten Missstände trat 1975 das Heimgesetz in Kraft. Durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 erhöhten sich die Forderungen nach Qualität in der Altenpflege. Die

Anforderungen wurden in den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen konkretisiert. Seit 1995 nahmen die verschiedenen Anforderungen an die Qualität in Pflegeeinrichtungen stetig zu. So wurde 1996 ein Konzept durch den MDK entwickelt, auf dessen Grundlage Qualitätsprüfungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Bis 2000 wurde das Konzept weiter entwickelt und als „MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege“ verabschiedet. Im Juli 2001 verabschiedete der Bundesrat das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege. Zum Januar 2001 trat das Pflegequalitätssicherungsgesetz in Kraft. Dort werden Festlegungen zur Berufserfahrung der leitenden Pflegefachkräfte und zum Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen getroffen. Eine Durchführungsverordnung zum PQsG liegt bisher nicht vor. Detaillierte Ansprüche an das fachliche Niveau von Leistungen in Pflegeeinrichtungen werden durch die Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) festgelegt. Die Umsetzung dieser Standards ist Grundlage für die Überprüfung von Pflegeeinrichtungen durch den MDK. Im Jahr 2002 erschien der erste Expertenstandard des DNQP zum Thema „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. 2004 wurde „Entlassungsmanagement in der Pflege“, 2005 „Sturzprophylaxe in der Pflege“ und „Schmerzmanagement in der Pflege“ sowie 2006 „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ durch das DNQP veröffentlicht.

Pflegende stehen seither in einem Spannungsfeld zwischen ihren historisch gewachsenen Erwartungen an den Pflegeberuf als Liebesdienst an Menschen und den stetig zunehmenden Qualitätsanforderungen, die überwiegend von außen diktiert und im Pflegealltag bewältigt werden müssen. Betrachtet man die zeitliche Abfolge der Verabschiedung von Gesetzen, Maßstäben und Standards, so wird deutlich, dass die Beschäftigten im Pflegebereich zur Verarbeitung dieser Fülle an Anforderungen keine Zeit erhielten.

5 Belastungen in der Altenpflege

Die folgenden Ausführungen über Forschungsergebnisse zu Belastungen, denen die in der Altenpflege Tätigen ausgesetzt sind, beziehen sich vor allem auf Studien, die von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Zusammenarbeit mit weiteren Forschern durchgeführt wurden. Im einzelnen wird auf Ergebnisse des Stress-Monitoring der BGW-DAK 2001, der Studie „Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten“ des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim, des BGW-Betriebsbarometers aus den Jahren 2001-2003, die DAK-BGW-Pflegekräftebefragung 2000, das Gutachten über die Situation der Pflegeberufe in Deutschland von Zimmer 2000, die Nurses`Early Exit Study (Next-Studie) von 2002 bis 2005 und auf eine Untersuchung von Hasselhorn und Nübling zur arbeitsbedingten psychischen Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland 2004 eingegangen. Nach einer kurzen Vorstellung der Studien werden der Belastungsbegriff und Belastungsfolgen im Bereich der Altenpflege erläutert sowie die Ergebnisse der Studien in Belastungskategorien dargestellt.

5.1 Kurzvorstellung der verschiedenen Studien zu Belastungen in der Altenpflege

Zimmer (2000) fasst in seinem Gutachten über die Situation der Pflegeberufe in Deutschland die Arbeits- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zusammen. Mit diesem Gutachten sollte eine BGW-Resolution über die wachsende Gefährdung der Gesundheit für das Pflegepersonal aus dem Jahr 2000 wissenschaftlich überprüft werden.

Das Stressmonitoring der BGW und der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) untersuchte im Jahr 2000 das Ausmaß von Stressreaktionen und die Verbreitung von stressverursachenden Arbeitsbedingungen in verschiedenen Berufsgruppen. Mit Hilfe eines Fragebogens sollten von 23 Berufsgruppen diejenigen gefunden werden, in denen ein besonders hohes Stressniveau herrscht. Zu den untersuchten Berufsgruppen zählen neben den Altenpflegern auch So-

zialarbeiter, Sozialpfleger, Heimleiter und Sozialpädagogen. Ihnen wurden konkrete Fragen nach arbeitsbedingten Stressoren und den Stressreaktionen gestellt (Berger, Genz, Kordt 2001).

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim führte von Juni 2000 bis Mai 2001 die Untersuchung „Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten“ durch. Ausgewählte Pflegedienste wurden mit Hilfe verschiedener Erhebungsverfahren mit insgesamt 273 teilnehmenden Mitarbeitern arbeitswissenschaftlich untersucht. Als Ergebnis der Studie geben Tätigkeits- und Arbeitsplatzbeschreibungen sowie Fragebögen ein umfassendes Bild zu Bereichen wie Arbeitstätigkeit und Umgebungsbedingungen (Gregersen, Ohlsen, Sattel 2002).

Das BGW-Betriebsbarometer aus den Jahren 2001-2003 stellt erste Ergebnisse der standardisierten Mitarbeiterbefragung in der Altenpflege dar. Dazu wurden die Auswertungen der Befragungen und des Betriebsbarometers aus 19 Altenpflegeheimen mit 882 Mitarbeitern aus allen dort beschäftigten Berufsgruppen verglichen. Dabei wurden auch Mitarbeiter berücksichtigt, die nicht pflegerisch tätig sind, z. B. Personal aus dem Bereich Hauswirtschaft oder Verwaltung (Berger, Genz, Grabbe 2004).

Die Next-Studie (Nurses`Early Exit) untersucht von Februar 2002 bis Juni 2005 die Gründe, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstieges aus dem Pflegeberuf in Europa. In einer mehrstufigen Befragung wurden die Antworten von 3565 Beschäftigten in Deutschland ausgewertet. Die Studie unterschied dabei zwischen Pflegekräften aus den Bereichen Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim sowie aus dem ambulanten Pflegedienst (Simon, Tackenberg, Hasselhorn 2005).

Die von Hasselhorn und Nübling (2004) verfasste Schrift mit dem Titel „Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland“ wird als zusätzliche Ergänzung, vor allem im Bereich von Belastungen aus dem sozialen Umfeld, verwendet. Auf Basis der Strukturhebung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und dem Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) 1989/1999 wurde das Risiko für arbeitsbedingte psychische Erschöpfung

für 30693 Personen gemessen. Die Ergebnisse unterstreichen die Theorie, dass vor allem Berufsgruppen mit ausgeprägtem Kontakt zu anderen Menschen von psychischer Belastung betroffen sind (Hasselhorn, Nübling 2004).

Die Studie zur Sterbebegleitung in Sachsen, die in Zusammenarbeit des Zentrums für Arbeits-Organisationsforschung e. V. mit der BGW in den Jahren 1999 bis 2004 durchgeführt wurde, stellt Ergebnisse in den Bereichen der Belastungen aus der sozialen Umgebung und dem Personen-System dar. An der Untersuchung beteiligten sich über 4200 Personen in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Pflegediensten und Hausarztpraxen (BGW 2005).

Die Ergebnisse dieser Studien werden im Folgenden in Bezug auf die gesundheitliche Situation und die verschiedenen Belastungen von Pflegenden dargestellt.

5.2 Die gesundheitliche Situation von Beschäftigten in der Altenpflege

Die Untersuchung der AOK zu krankheitsbedingten Fehlzeiten in Altenpflegeberufen aus dem Jahr 2003 zeigt auf, dass Beschäftigte in Pflegeberufen überproportional häufig an psychosomatischen Beschwerden und psychischen Erkrankungen leiden. Mit einem Krankenstand von 5,8% lag der Altenpflegebereich mit 0,9 Prozentpunkten über dem Branchendurchschnitt der AOK-Versicherten von 4,9%. Den höchsten Anteil an Tagen der Arbeitsunfähigkeit hatten im Jahr 2003 die Erkrankungen der Atemwege mit 26,9%. Danach folgten die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems mit 12,5% der Krankheitstage. Die psychischen Erkrankungen³⁴ rangieren auf Platz drei in den Tagen der Arbeitsunfähigkeit mit 11,3%. Die Ergebnisse zeigen auf, dass psychische Erkrankungen bei Krankschreibung eine längerfristige Abwesenheit zur Folge haben. Ein weiterer Hinweis für die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen ist, dass bei einer Differenzierung nach den häufigsten Einzeldiagnosen

³⁴ Unter psychischen Erkrankungen fasst die AOK die psychosomatischen und die psychiatrischen Erkrankungen zusammen (Küsgens 2005, S. 215).

depressive Episoden mit 3,3% der Arbeitsunfähigkeitsfälle auf dem zweiten Platz nach Rückenbeschwerden mit (8%) stehen (Küsgens 2005, S. 215).

Die Ergebnisse der AOK werden zusätzlich durch den BGW-DAK- Gesundheitsreport von 2003 bestätigt. Hier liegt der psychische Gesundheitszustand von Altenpflegern nach Selbstdiagnose³⁵ rund 12% unter dem Bundesdurchschnitt. Das bedeutet, dass die befragten Pflegekräfte ihren psychischen Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen, als der Durchschnitt der in Deutschland berufstätigen Bevölkerung. Die psychosomatischen Beschwerden weichen in dieser Befragung sogar 44,3% von dem Durchschnitt ab (Berger, Genz, Kufner 2003, S. 36).

In der Next-Studie gaben Pflegende durchschnittlich 9,5 krankheitsbedingte Fehltage in den letzten 12 Monaten an. Im Vergleich der einzelnen Einrichtungen wurde bei Alten- und Pflegeheimen sowie Ambulanten Diensten eine Spanne von 3 bis 26 Tagen ermittelt. Im Vergleich dazu liegt die Spanne bei den Krankenhäusern zwischen 6 und 13 Tagen (Simon, Tackenberg, Hasselhorn 2005).

Die hier aufgeführten Untersuchungsergebnisse zeigen auf, dass der Krankenstand in Altenpflegeberufen höher ist als der Bundesdurchschnitt der erwerbstätigen Deutschen. Der physische und psychische Gesundheitszustand von Pflegenden weicht ebenfalls wesentlich vom Bundesdurchschnitt ab. Psychosomatische Beschwerden sind eine der Hauptursachen für krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit.

³⁵ Die Selbstdiagnose wurde mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens durchgeführt.

5.3 Belastungsarten

Aus der Literaturforschung von Zimber (2000) und den Ergebnissen der weiteren hier aufgeführten Studien wurden fünf Belastungsarten identifiziert:

- Belastungen aus der Arbeitsaufgabe,
- aus der zeitlichen Gestaltung der Arbeitsaufgabe,
- aus der Organisation,
- aus der sozialen Umgebung und
- aus dem Personensystem.

5.3.1 Belastungen aus der Arbeitsaufgabe

Belastungen aus der Arbeitsaufgabe können vielfältige Ursachen haben. In der Literatur finden sich Hinweise auf Störungen im Arbeitsablauf, wenn rasches Handeln gegenüber den Patienten erforderlich ist. Auf unvorhersehbare Ereignisse muss schnell, aber auch konzentriert reagiert werden. Diese notwendige Konzentration auf mehrere Aspekte stellt eine der stärksten Belastungsfaktoren dar (Zimber, 2000). Weitere Belastungsfaktoren sind monotone Routine und eine hohe Standardisierung der Arbeitsabläufe, welche zu fehlender Abwechslung und Vielfalt im Arbeitsalltag sowie zu Unterforderung der Beschäftigten führen können. Konfliktsituationen und Belastungen entstehen auch durch Interaktionen mit den Patienten, z. B. durch den ständigen Umgang mit Verwirrtheit, Depressivität und Sterben sowie dem häufig Ekel erregendem Kontakt mit Erbrochenem, Urin und Exkrementen. In der Literatur werden zudem die Ausübung pflegefremder Tätigkeiten wie hauswirtschaftliche Aufgaben und Dokumentation als belastend bezeichnet. Ebenfalls wird die quantitative Überforderung als Folge geringer personeller Ressourcen als Belastung dargestellt. Einer der wichtigsten Belastungsfaktoren in diesem Zusammenhang ist hoher Zeitdruck (Zimber, 2000).

Die quantitativen Überforderungen, beispielsweise in Form von Zeitdruck, werden besonders häufig erlebt und von mehreren Studien bestätigt. Die im Stress-Monitoring befragten Altenpfleger antworteten auf die Frage, ob zu viel Arbeit vorhanden sei, zu 48,1% mit „trifft völlig zu“ oder „trifft überwiegend zu“. Die konkrete Frage nach vorhandenem Zeitdruck wurde sogar von 66,9% bejaht (Berger, Genz, Kordt, 2001). Die Untersuchung zu Gesundheitsrisiken in der ambulanten Pflege weist ebenfalls als eine der Hauptbelastungen das Arbeiten unter hohem Zeitdruck nach. Weitere Belastungen entstehen durch mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und die Aussichtslosigkeit auf Besserung (Gregersen, Ohlsen, Sattel, 2002). In der Betriebsbarometer-Vergleichsstudie klagen 52,6% aller Beschäftigten in der Altenpflege über Zeitdruck und 40,8% „oft“ oder „sehr oft“ über Unterbrechungen in der Arbeit (Berger, Genz, Grabbe, 2004).

Als qualitative Überforderungen der Pflegekräfte werden im Stress-Monitoring hohe Konzentrationsanforderungen festgestellt. Hasselhorn und Nübling (2004) halten fest, dass psychische Erschöpfung vor allem für Berufe gilt, die durch eine umfassende und andauernde Arbeit mit Menschen gekennzeichnet sind. Zudem sind Beschäftigte in sozialen Berufen oftmals auf die Kooperation der Klienten angewiesen, die häufig nicht im erforderlichen Rahmen vorhanden sein kann³⁶. Dadurch können Arbeitsergebnisse nicht erreicht werden und verursachen somit eine psychische Erschöpfung.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei den Anforderungen aus der Arbeitsaufgabe in den hier aufgeführten Studien der Zeitdruck als Belastung nachgewiesen wird. Es fehlt sowohl Zeit zur Erledigung der alltäglichen Aufgaben als auch für die spezielle Betreuung der Bewohner. Als weitere Belastungen werden Störungen im Arbeitsablauf/Unterbrechungen, Belastungen aus dem Umgang mit Krankheit, Tod, Sterben sowie aggressiven Patienten und Belastungen aufgrund von hohen Konzentrationsanforderungen genannt.

³⁶ Zum Beispiel muss sich eine Pflegekraft im Umgang mit dementen Pflegebedürftigen ständig auf neue Situationen einstellen. Von einer Kooperationsbereitschaft von gerontopsychiatrisch veränderten Menschen kann grundsätzlich nicht ausgegangen werden.

5.3.2 Belastungen aus der zeitlichen Gestaltung der Arbeitsaufgaben

Die zeitliche Gestaltung der Arbeitsaufgaben wird zur psychischen Belastung, wenn keine klaren Regelungen zur Arbeitszeit vorliegen. Die Studien zeigen besonders Mängel in der Arbeitszeitregelung im Schichtdienst. Häufig werden hier gesetzliche Bestimmungen nicht eingehalten, so dass z. B. keine ausreichenden Erholungszeiten zwischen den Arbeitsschichten liegen. Die Beschäftigten haben meist keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Dienstplangestaltung. Überstunden sind „gesundheitsrelevante Belastungen“ (Bamberg, Ducki, Metz, 1998). Sie verlängern die Arbeitszeit, wodurch die arbeitsfreie Zeit nicht zur Erholung genutzt werden kann. Sowohl das Stress-Monitoring als auch die Studie zu Gesundheitsrisiken in der ambulanten Pflege haben Überstunden als Belastungen definiert. Die Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit ergab, dass knapp zwei Drittel der Befragten im Durchschnitt 15 Überstunden im Monat leisten. Ebenso werden die geringen Einflussmöglichkeiten auf die Einteilung und Planung als negativer Aspekt der Arbeit genannt (Gregersen, Ohlsen, Sattel 2002). Von den Befragten der Studie zum BGW-Betriebsbarometer machen 35,2% der Pflegekräfte mehr als 10 Überstunden pro Monat und nur 13,7% keine Überstunden (Berger, Genz, Grabbe 2004). Die Next-Studie zeigt in der Untersuchung der Schichtarbeit, dass 80% der Pflegenden in unregelmäßigen Dienstformen arbeiten (Simon, Tackenberg, Hasselhorn 2005).

Ebenfalls wurden in der Next-Studie die Beschäftigten nach ihrer Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten gefragt. Dabei wurde zwischen der Zufriedenheit *in Bezug auf das persönliche Wohlergehen* und der Zufriedenheit *in Bezug auf das Privatleben* unterschieden. Der Anteil der Unzufriedenheit in Bezug auf das persönliche Wohlergehen lag bei 30%. In Bezug auf das Privatleben lag der Anteil sogar bei 45%. Es wurde festgestellt, dass im Bereich Alten- und Pflegeheim eine hohe Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, in Bezug auf das persönliche Wohlergehen, die Wahrscheinlichkeit von Burnout verringert. Dies gilt auch im Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten in Bezug auf das Privatleben (Simon, Tackenberg, Hasselhorn u. a., 2005).

5.3.3 Belastungen aus der Organisation

Belastungen aus der Organisation entstehen aufgrund von Personalmangel und Fluktuationen. Weitere Faktoren sind eine unzureichende Entlohnung, mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und eine unsichere berufliche Zukunft. Auch das Verhalten in Organisationsstrukturen, in Form von z. B. Führungsstil und Kommunikation, kann Belastungen hervorrufen. Neben der Organisation der Einrichtung spielt auch die Selbstorganisation eine Rolle. Einfluss auf die Reihenfolge der Arbeitsschritte, die Wahl von Hilfsmitteln und die Umgebungsbedingungen stellen mögliche Ansätze dar, um Belastungen vorzubeugen. Informationsmangel, unklare Zuständigkeiten, Arbeitsunterbrechungen und geringer Einfluss auf die Arbeitszuteilung erschweren das Arbeiten. Geringe Mitgestaltungsmöglichkeiten, mehrfache betriebliche Umorganisation und Mängel in internen Prozessen werden in den Studien als Ursache für häufige Doppelarbeit genannt. Unkoordinierte Abläufe zeigen sich z. B. in schlechter Pflegeübergabe und unnötigen Wegstrecken (Zimber, 2000).

Im Stress-Monitoring (Berger, Genz, Kordt 2001) wird auf die Frage nach den Umgebungsbedingungen von einem großen Teil der Befragten geantwortet, dass sie weitestgehend zufrieden sind. Die Untersuchung der Arbeitsunterbrechungen weist darauf hin, dass die eigentliche Arbeit aufgrund von Störungen häufig unterbrochen werden muss (37,8%). Als weiteres Problem stellt sich heraus, dass erforderliche Informationen, Materialien und Arbeitsmittel nicht zur Verfügung stehen (18,7%). Die Untersuchung des Handlungsspielraums, der hier nicht als Belastung, sondern als Ressource eingestuft wird, zeigt, dass Altenpfleger einen Einfluss auf die selbständige Planung und Bestimmung ihrer Arbeit haben. 62% der Befragten geben an, ihre Arbeit selbständig zu planen. Einfluss auf die zugeteilte Arbeit haben 37,3%, und insgesamt 67,6% der Pflegenden können ihre Arbeitsschritte selbst bestimmen. Weitere Ressourcen sind Information und Mitspracherechte. Allerdings schätzen fast 67% der Befragten ein, dass ihre Vorschläge von der Leitung gar nicht oder kaum berücksichtigt werden. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte fühlt sich zudem über wichtige

Vorgänge in der Einrichtung nicht ausreichend informiert (Berger, Genz, Kordt 2001).

Im Bericht zu den Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten (Gregerßen, Ohlsen, Sattel, 2002) wird ebenfalls auf die geringen Einflussmöglichkeiten auf die Organisationsbedingungen und weiterhin auf die begrenzten Karriere-möglichkeiten hingewiesen. Der Handlungsspielraum für eine selbständige Planung und Einteilung der Arbeit wird eher gering eingeschätzt.

Im BGW-Betriebsbarometer (Berger, Genz, Grabbe 2004) wird die Organisation hinsichtlich ihrer Ressourcen untersucht. 63,6% der Befragten geben an, dass sie ihre Kenntnisse und Fähigkeiten ausreichend einsetzen können. 63,4% können bestimmen, auf welche Art und Weise sie ihre Arbeit erledigen. Insgesamt 62,5% schätzen ihre Tätigkeit als interessant ein. Die Arbeitsorganisation wird insgesamt als gut beurteilt: so geben 69,8% der Befragten an, dass die Arbeitsabläufe gut organisiert sind. Nur 14% sehen Einbußen in der Qualität durch häufigen Personalwechsel als Problem. Allerdings leiden 35,2% unter einer ständigen Belastung durch das Fehlen von Personal. Unentschlossen sind 28,5%, und 36,3% fühlen sich nicht belastet. In der Kritik stehen weiterhin zu wenig Teambesprechungen (25,9%) und die mangelnde Einarbeitung neuer Mitarbeiter (24%). Durch das BGW-Betriebsbarometer zeigt sich auch, dass 69,6% der Befragten davon überzeugt sind, dass ihre Einrichtung einen hervorragenden Ruf hat. Nur 6,5% halten den Ruf für nicht gut und 24% sind dahingehend unentschlossen. Pflegekräfte beurteilen den Ruf jedoch schlechter als die anderen Berufsgruppen. Als nicht ausreichend werden die Möglichkeiten der Mitsprache im Betrieb in den Bereichen der Informationsweitergabe durch die Leitung und der Ermunterung zu Verbesserungsvorschlägen eingeschätzt. 19,4% der Beschäftigten fühlen sich in ihren Einrichtungen nicht ausreichend durch die Leitung informiert und 25,3% erleben nicht genügend Ermutigung durch Vorgesetzte, eigene Verbesserungsvorschläge vorzubringen. Ein weiteres kritisches Thema ist die Berücksichtigung von Beschwerden. Nur 42,7% sind der Meinung, dass die Beschwerden der Mitarbeiter berücksichtigt werden, unentschieden sind 36,2% und 21,2% sehen keine Berücksichtigung ihrer Beschwerden (Berger, Genz, Grabbe 2004).

Die Ergebnisse der Next-Studie (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, 2005) zeigen auf, dass die meisten Befragten nur wenig Einfluss auf die Dienstplangestaltung haben. Weitere Belastungen werden durch widersprüchliche Arbeitsanweisungen und unzureichende sowie verspätete Informationen verursacht. Das Problem unzureichender oder verspäteter Informationen sehen 35% der Beschäftigten in den Alten- und Pflegeheimen. Einen Einfluss auf die Arbeit zu haben geben 48,3% der Befragten an³⁷. Zudem ist etwa die Hälfte der Befragten mit der Dienstübergabe unzufrieden. Als Ursachen werden häufige Störungen, ungenügender Informationsaustausch und Zeitmangel genannt (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, 2005).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Belastungen aus der Organisation durch zu geringe Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Dienstplangestaltung sowie häufige Arbeitsunterbrechungen entstehen. Die Mehrheit der aufgeführten Studien bestätigen unklare Zuständigkeiten, unzureichende Informationsweitergabe und geringe Berücksichtigung der Vorschläge der Mitarbeiter. Als Ursache für die Belastungen wird außerdem häufiger Zeitdruck und Personalmangel angegeben.

5.3.4 Belastungen aus der sozialen Umgebung

Durch das Betriebsklima, durch soziale Konflikte und Mobbing können Belastungen aus der sozialen Umgebung entstehen. Das Stress-Monitoring (Berger, Genz, Kordt 2001) untersucht dazu den sozialen Rückhalt im Team und durch die Leitung als Ressource. 48,8% der befragten Pflegekräfte geben an, dass sie sich gar nicht, wenig oder nur teilweise auf die Vorgesetzten verlassen. Für das Sich-verlassen-können auf die eigenen Kollegen beträgt dieser Wert 42,1%. Der Zusammenhalt in der Abteilung wird von 45% der Befragten eher negativ eingestuft.

³⁷ Es konnte zudem nachgewiesen werden, dass je größer der Einfluss auf die Arbeit desto größer die Bindung an die Einrichtung ist (vgl. Simon, Tackenberg, Hasselhorn u. a., 2005).

Entsprechend der Studie zum BGW-Betriebsbarometer (Berger, Genz, Grabbe 2004) geben lediglich 53,8% der Beschäftigten an, dass der Vorgesetzte ein offenes Gesprächsklima fördert, und nur 51,3% stimmen zu, dass Probleme und Konflikte offen und ehrlich ausgetragen werden. Im direkten Kontakt mit dem Vorgesetzten fühlen sich 66,2% persönlich anerkannt. Allerdings geben 39,2% der Befragten an, weder Lob noch Anerkennung von ihrem Vorgesetzten zu erhalten. Im Gegensatz zu den Ergebnissen des Stress-Monitoring (Berger, Genz, Kordt 2001) sind hier jedoch 72% der Pflegenden überzeugt, immer mit der Unterstützung der Kollegen rechnen zu können, 21,8% sind unentschieden und nur 6,2% rechnen nicht mit kollegialer Unterstützung. 12% der Pflegekräfte beurteilen das Verhältnis zwischen den Kollegen als nicht vertrauensvoll und 9,1% bemängeln die Informationsweitergabe (Berger, Genz, Grabbe u. a., 2004).

Die Ergebnisse der Next-Studie (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, 2005) geben ebenfalls Aufschluss über das Verhältnis der Pflegenden untereinander und zu ihren Vorgesetzten. Das Verhältnis von Pflegenden zur Pflegedienstleitung wird überwiegend als angespannt bzw. sogar feindseelig beurteilt. Die Unterstützung durch Kollegen wird in allen Fachbereichen besser eingeschätzt als die durch den Vorgesetzten. Diese Problematik sei eine der Ursachen für den frühzeitigen Ausstieg der Pflegekräfte aus ihrem Beruf (ebenda).

5.3.5 Belastungen aus dem Personen-System

Belastungen aus dem „Personen-System“ (Zimber 2000) entstehen aus mangelnder persönlicher Eignung, unzureichenden Qualifikationsvoraussetzungen und ineffizienten Handlungsstilen. Im Rahmen des Stress-Monitorings wurden Pflegenden gefragt, ob es Arbeiten gibt, die zu kompliziert sind. Nur 7% der Befragten geben an, dass dies zutrefte (Berger, Genz, Kordt 2001). In der Untersuchung zu Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten wird in diesem Zusammenhang nach einer Einschätzung der eigenen Vorbereitung auf den Beruf gefragt. Ein Viertel der Interviewten gibt an, dass sie sich nicht ausreichend vorbereitet fühlen (Gregersen, Ohlsen, Sattel 2002). Weiterbildungsmög-

lichkeiten können Belastungen aus dem Personen-System vorbeugen. Um Belastungen aufgrund unzureichender Qualifikation entgegenzuwirken, ist es wichtig, dass die Mitarbeiter sich weiterbilden können. In der Vergleichsstudie zum BGW-Betriebsbarometer geben 66% im Bereich Altenpflegeeinrichtungen an, dass Weiterbildungen regelmäßig gefördert werden, 24% sind bei diesem Punkt unentschlossen und 13,9% stimmen nicht zu. 87% der Befragten fühlen sich ihrer Tätigkeit gewachsen, und 73,4% geben an, für ihre Tätigkeiten ausreichend ausgebildet zu sein (Berger, Genz, Grabbe, 2004).

Entsprechend der Next-Studie (Simon, Tackenberg, Hasselhorn 2005) beträgt der Anteil der examinierten Pflegekräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung in den Alten- und Pflegeheimen 59%. Dennoch fühlen sich 10% der Pflegekräfte häufig (bis fünfmal täglich bzw. ständig) nicht qualifiziert. Weiterhin wurden die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten untersucht. In der stationären Altenpflege werden diese Möglichkeiten im Vergleich zu anderen Fachbereichen am niedrigsten eingeschätzt (69,7 von 100 Punkten). Die Next-Studie konnte außerdem belegen, dass sich Personen mit hohen Entwicklungsmöglichkeiten stärker mit ihrer Einrichtung identifizieren (Simon, Tackenberg, Hasselhorn 2005).

Weiterbildungsmöglichkeiten und Erfahrungsaustausch der Pflegekräfte spielen insbesondere in Bezug auf die Pflege Sterbender eine große Rolle. Die Studie zur Sterbebegleitung (BGW 2005) zeigt auf, dass sich ca. 20% der Beschäftigten in Pflegeheimen in Gegenwart eines Sterbenden *hilfflos* fühlen. Fast 40% haben sogar Angst, nicht die richtigen Worte bei einem sterbenden Bewohner zu finden. Eine Fortbildung im Bereich Sterbebegleitung sollte auch Themen der Gesprächsführung, Konfliktlösung und psychologische Betreuung beinhalten und trainieren. Gut geschulte Mitarbeiter in diesen Bereichen sind im Umgang mit Tod und Sterben nachweislich sicherer und fühlen sich nicht allein gelassen (BGW 2005).

5.4 Belastungsfolgen

Eine ständige Einwirkung von Belastungen auf die Beschäftigten kann verschiedene Folgen nach sich ziehen, die bei jedem Individuum unterschiedlich auftreten können. In den Studien werden psychische, physische und psychosomatische Folgen angesprochen. Diese Differenzierung ist Grundlage der nachstehenden Darstellung von Belastungsfolgen.

5.4.1 Psychische Belastungsfolgen

Psychische Belastungsfolgen bei Pflegemitarbeitern wurden im Stress-Monitoring mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens zum Gesundheitszustand festgestellt. Hierbei wurde neben dem Vorhandensein von psychischen Belastungen auch die Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens erfragt. Mit einem psychischen Gesundheitszustand von 12% unter dem Bundesdurchschnitt ist die Gruppe der Altenpfleger am stärksten belastet³⁸ (Berger, Genz, Kordt u. a., 2001).

In der Studie zu Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten (Gregersen, Ohlsen, Sattel 2002) werden als psychische Belastungsfolgen Burnout und Arbeitsunzufriedenheit genannt. Als ein Kennzeichen für Burnout wird nach emotionaler Erschöpfung gefragt. 29% der Pflegekräfte fühlen sich emotional erschöpft. Neben dieser Erschöpfung zeigen ein weiteres Drittel der Befragten kritische Ausprägungen von Müdigkeit. Mit der Arbeit unzufrieden fühlen sich 23%. Gänzlich unzufrieden bzw. umfassend frustriert fühlen sich 6% der Befragten. Die Belastungsfolgen für die Mitarbeiter in der stationären Altenpflege liegen sogar noch höher als in der ambulanten Pflege. Besonders hoch sind hier die Ausprägungen der emotionalen Erschöpfung (40%), der fehlenden Arbeitsmotivation (35%) und der Arbeitsunzufriedenheit (39%). Als Folgen treten Aversionen gegenüber Patienten (22%) und ein reaktives Abschirmen (18%) auf (Gregersen, Ohlsen, Sattel, 2002).

³⁸ Vgl. Kapitel 5.2 Die gesundheitliche Situation von Beschäftigten in der Altenpflege.

Die DAK-BGW-Pflegekräfte-Befragung (Berger, Genz, Kufner 2003) untersucht psychische Belastungsfolgen aus der Beziehung zwischen Pflegern und Patienten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter zu wenig Zeit für die Betreuung einzelner Patienten oder Bewohner haben. Dies geben 61,5% der Pflegekräfte in der Altenpflege an. Es ist ihnen deshalb nicht möglich, mit den begrenzten zeitlichen Ressourcen eine umfassende Betreuung zu bieten. Die Ansprüche der Bewohner können deshalb nicht voll erfüllt werden und es entstehen Konflikte zwischen Pflegepersonal und Bewohnern. Die Folge sind Belastungen durch nörgelnde und aggressive Patienten. Diese Belastung geben 45,5% der Mitarbeiter im Bereich der stationären Altenpflege mit „trifft eher/völlig zu“ an. Pflegende im Bereich Krankenhaus empfinden dies zu 34,6%. Weitere psychische Belastungen entstehen durch Krankheit der Patienten/Bewohner (33,7% im Altenpflegebereich) und durch Tod (35,3% im Bereich Altenpflege). 18,3% der befragten Pflegenden haben den Eindruck, dass ihre Kompetenz durch Angehörige von Bewohnern in Frage gestellt wird. Zudem fühlen sich 19,4% mit Vorwürfen durch Angehörige konfrontiert. Berger, Genz und Kufner (2003) nehmen an, dass Angehörige auf etwaige Missstände eher aufmerksam werden, da die Bewohner speziell in Pflegeheimen lange in einer Einrichtung verweilen. Außerdem wird die Vermutung geäußert, dass Angehörige besonders kritisch sind, wenn die Pflegekräfte ihren eigenen Ansprüchen an die Betreuung nicht gerecht werden können (Berger, Genz, Kufner 2003).

Die Next-Studie (Simon, Tackenberg, Hasselhorn 2005) hat sich mit Burnout und Erschöpfung als psychische Belastungsfolgen sowie mit der Arbeitszufriedenheit auseinander gesetzt. Burnout wird hier mit Hilfe von Punktwerten gemessen. In den Pflegeheimen lag der Burnout-Wert bei 44,2 von maximal 100 erreichbaren Punkten. Dieser Wert überstieg sowohl die Werte der ambulanten Pflegedienste (40,8) als auch der Krankenhäuser (36,4). Die Arbeitszufriedenheit liegt in Pflegeheimen sowie in ambulanten Pflegediensten im Schnitt bei 48%. Die Angaben schwanken bei den einzelnen Einrichtungen von 15% bis 91% (Simon, Tackenberg, Hasselhorn 2005).

5.4.2 Somatische Beschwerden

Neben den psychischen gibt es auch körperliche bzw. somatische Beschwerden. Die Ergebnisse des Stress-Monitoring (Berger, Genz, Kordt, 2001) zeigen, dass der physische Gesundheitszustand in der Altenpflege 4% unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Die Studie zu den Gesundheitsrisiken in der ambulanten Pflege (Gregersen, Ohlsen, Sattel 2002) nennt als konkrete körperliche Beschwerden Wirbelsäulenleiden und Muskelschmerzen. Die Ergebnisse der Studie zeigen ein überdurchschnittliches Ausmaß an Rücken- und Muskelschmerzen auf. Eine enge Verbindung sehen Gregersen, Ohlsen und Sattel (2002) mit dem Heben und Tragen schwerer Lasten. Fast die Hälfte der Befragten leidet unter „ziemlich bis sehr starken“ Rückenschmerzen. Bei den Muskelschmerzen geben ein Drittel an, dass sie „ziemlich“ und 27% „ein wenig“ unter den Symptomen leiden. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Normstichprobe) leiden die Pflegekräfte außerdem überdurchschnittlich hoch an Kopfschmerzen, Schweregefühl und Übelkeit. Klinisch relevante funktionale Störungen zeigen sich bei 40% der Untersuchten. Des Weiteren treten andere körperliche Beschwerden wie Wirbelsäulenleiden, Arthrose und Rheuma auf (Gregersen, Ohlsen, Sattel, 2002).

5.4.3 Psychosomatische Beschwerden

Psychosomatische Beschwerden bezeichnen Wechselwirkungen und Abhängigkeitsprozesse zwischen Seele und Körper. Im Stress-Monitoring (Berger, Genz, Kordt 2001) werden die psychosomatischen Beschwerden anhand einer standardisierten Beschwerdeliste erfragt. Ebenfalls wird ein Modell des Zusammenwirkens von psychischer Arbeitsintensität³⁹ und Kontrolle⁴⁰ beschrieben

³⁹ Die psychische Arbeitsintensität entspricht hier der quantitativen und qualitativen Arbeitsbelastung, z. B. durch häufige Unterbrechungen, Zeitdruck u. ä. (Berger, Genz, Küfner 2003).

⁴⁰ Der Begriff Kontrolle wird hier für Vielseitigkeit und Handlungsspielraum verwendet. Das bedeutet, dass die Pflegekräfte bei „hoher Kontrolle“ hier nicht kontrolliert werden, sondern ihre

ben. Dabei werden beide Dimensionen zu vier Gruppen zusammengefasst. Je nach Arbeitsbedingungen lassen sich die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Beschäftigten in folgende vier Gruppen einteilen:

- Eine geringe Arbeitsintensität und geringe Kontrolle werden als „passive Arbeit“ bezeichnet.
- Eine geringe Arbeitsintensität und hohe Kontrolle werden als „geringer Stress“ bezeichnet.
- Eine hohe Arbeitsintensität und niedrige Kontrolle werden als „hoher Stress“ bezeichnet.
- Eine hohe Arbeitsintensität und hohe Kontrolle werden als „aktive Arbeit“ bezeichnet (Berger, Genz, Kufner, 2003).

Im Zusammenwirken von Arbeitsintensität und Kontrolle wird durch die Studie festgestellt, dass Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen mit einer hohen Arbeitsintensität am stärksten unter psychosomatischen Beschwerden leiden. Ist die hohe Arbeitsintensität zusätzlich mit einer niedrigen Kontrolle verbunden, treten die psychosomatischen Folgen am häufigsten auf. Pflegekräfte der Kategorie „geringer Stress“ zeigen die geringsten psychosomatischen Beschwerden. Das Ausmaß von erlebtem Stress hängt demnach mit den psychosomatischen Beschwerden und dem psychischen Gesundheitszustand zusammen. Je höher der Stress auf die Pflegenden wirkt, desto stärker bilden sich die psychosomatischen Beschwerden. Ebenso treten bei hoher (Eigen-)Kontrolle weniger psychosomatische Beschwerden auf. Vielseitigkeit der Tätigkeiten und ein großer Handlungsspielraum wirken sich demnach entlastend in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Pflegekräfte aus (Berger, Genz, Kufner, 2003).

Tätigkeiten selbst bestimmen können, und über ein hohes Maß an „Eigenkontrolle“ verfügen (Berger, Genz, Kufner 2003).

5.5 Zusammenfassung

Die oben aufgeführten Studien zeigen, dass arbeitsbedingte Belastungen ernstzunehmende Folgen für den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden von Pflegekräften haben. Die Next-Studie (Simon, Tackenberg, Hasselhorn (2005)) ist eine der aktuellsten Publikationen, deren Ergebnisse ältere Forschungsergebnisse bestätigen und erweitern. So ist Deutschland eines der Länder, die besonders einen vorzeitigen Berufsausstieg von Pflegenden aufweisen. Die Gründe und Ursachen hängen stark mit den Belastungen im Beruf zusammen. Die Gefahr von Burnout und Arbeitsunzufriedenheit bestärken die Beschäftigten, ihren Beruf zu verlassen.

Nach Zimmer (2000) können Belastungen in fünf Kategorien eingeordnet werden. *Belastungen aus der Arbeitsaufgabe* entstehen durch Zeitdruck, Personalmangel und Arbeitsunterbrechung. Weitere Belastungen aufgrund der *zeitlichen Gestaltung der Arbeitsaufgabe* sind Überstunden und die Dienstplangesaltung. Die häufigsten Kritikpunkte/Bedürfnisse der Pflegenden sind mehr Mitsprache bei der Erstellung des Dienstplans, längerfristige Dienstplanung und weniger Überstunden. Als zentrale *Belastungen aus der Organisation* werden unklare Zuständigkeiten, ineffektive Arbeitsabläufe, die zu unnötigen Arbeitsspitzen führen, unzureichende Informationsweitergabe und geringe Berücksichtigung von Vorschlägen der Mitarbeiter aufgeführt. Auch die *soziale Umgebung* kann Belastungen hervorrufen, wenn die Beziehungen zu Vorgesetzten und Kollegen gestört sind. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass in Pflegeeinrichtungen häufig kein offenes Gesprächsklima gefördert wird, Konflikte nicht offen ausgetragen werden, Gestaltungsvorschläge der Mitarbeiter nicht ausreichend berücksichtigt sind und dass Anerkennung und Wertschätzung unzureichend vermittelt werden. Zudem können *Belastungen aus dem Personen-System* bzw. der persönlichen Eignung entstehen. Dabei spielt es vor allem eine Rolle, dass sich die Beschäftigten nicht ausreichend qualifiziert fühlen.

Eine Einschätzung darüber, welche Belastungen am bedeutsamsten sind, ist aufgrund der Vernetzungen und Abhängigkeiten der verschiedenen Belas-

tungskategorien kaum möglich. Es ist jedoch erkennbar, dass in den Ergebnissen der Studien oftmals Zeitmangel als Ursache für die verschiedenen Belastungen angegeben wird.

Die aufgeführten Studien unterscheiden sich zum Teil in Vorgehensweise, Zielsetzung und Itemformulierung. Dennoch werden die Probleme und deren Folgen bei den Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen deutlich. Der Gesundheitszustand der Beschäftigten im Gesundheitswesen ist laut AOK-Bericht deutlich schlechter als der Bundesdurchschnitt. Hier spielen insbesondere die psychischen Beschwerden eine Rolle. In Altenpflegeeinrichtungen liegen z. B. Depressionen auf dem zweiten Platz der am häufigsten gestellten Einzeldiagnosen.

Die Folgen arbeitsbedingter Belastungen lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen. *Psychische Beschwerden* zeigen sich vor allem durch Burnout und Arbeitsunzufriedenheit. Rückenschmerzen sind häufige *somatische Beschwerden*. Wechselwirkungen von psychischen und physischen Belastungsfolgen sind *psychosomatische Beschwerden*. Die Stärke dieser Beschwerden ist dabei abhängig vom Ausmaß des erlebten Stresses.

Belastungen und deren Folgen sind ein bedeutsamer Faktor für die Arbeitssituation der Beschäftigten. Dabei spielen in diesem Zusammenhang die Ressourcen eine wichtige Rolle. Sie sind eng mit den Belastungen verknüpft und teilweise schwer voneinander abzugrenzen. So sind z. B. Information und Mitspracherechte Ressourcen, die bei ungenügender Ausprägung in den vorgestellten Untersuchungen jedoch auch als Belastungen beschrieben werden. Daher lassen sich Ressourcen in den vorliegenden Studien nicht immer eindeutig herausfiltern.

5.6 Möglichkeiten der Regulierung des Stressniveaus von Beschäftigten in der Altenpflege

Im Folgenden werden einige Möglichkeiten aufgeführt, wie Pflegekräfte ihr eigenes Stressniveau im Pflegealltag selbständig regulieren können. Diese Möglichkeiten werden bereits mehr oder weniger bewusst von Beschäftigten im Pflegebereich genutzt. Die Vorschläge basieren auf Ausführungen von Lind (2003), die sich vorrangig auf die Pflege von demenzkranken Menschen beziehen.

Ein kurzfristiges Heraustreten aus der Pflegewelt erzielt häufig eine beruhigende Wirkung für Pflegekräfte. Dies geschieht z. B. dadurch, dass man auf den Balkon oder vor die Haustür tritt und kurz die Umgebung beobachtet. Ebenso kann der Pflegemitarbeiter für kurze Zeit das Fenster öffnen und heraussehen. Die Wirkungen dieser Regulationsversuche schildert Lind (2003, S. 103) wie folgt: „Das kurzfristige Heraustreten aus der Pflege wird als Abstand nehmen und sich sammeln empfunden. Das Gefühl, im Freien an der frischen Luft zu sein, erhöht diesen Effekt“. Dabei wurde beobachtet, dass eine Entspannung in diesem Ausmaß in geschlossenen Räumen nicht eintreten würde.

In Hektik geratene Pflegekräfte beruhigen sich häufig selbst, bevor sie zu den Pflegebedürftigen ins Zimmer gehen. Lind (ebenda) betont, es sei ihnen dabei bewusst, dass sie im Zustand der Hektik nicht den Bewohnern gegenüber treten können. Zur Selbstregulation werden z. B. folgende Vorgehensweisen von den Pflegemitarbeitern genutzt: Augen schließen und durchatmen, tief Luft holen, stehen bleiben und bis zehn zählen, kurze Selbstgespräche führen. Diese Beruhigungsstrategien beinhalten eine Selbstbeeinflussung zur Minderung des erlebten Stress-Niveaus. Ebenfalls haben kurze Pausen, die mit Essen oder Rauchen verbracht werden, auf eine Reihe von Pflegekräften eine beruhigende Wirkung. Dabei genügt es häufig schon, Süßigkeiten zu sich zu nehmen oder einige Züge einer Zigarette zu rauchen. Lind (2003, S. 103) stellt fest, dass beide Vorgehensweisen „...von den Pflegekräften als wirksame Methode zur Herbeiführung des psychophysischen Gleichgewichts erlebt...“ werden.

Ein kurzer Tätigkeitswechsel während der Arbeit stellt eine weitere Strategie zur eigenen Beruhigung dar. Lind (2003, S. 104) nennet hierzu einige Vorgehensweisen der Pflegekräfte. So werden z. B. zwischenzeitlich Brote für die Bewohner vorbereitet, Pflegeutensilien oder Wäsche sortiert sowie Gänge zur Verwaltung erledigt. Dieser Wechsel von der Pflege hin zu vorwiegend hauswirtschaftlichen und organisatorischen Tätigkeiten wird als äußerst beruhigend beschrieben. Pflegende schildern, dass beispielsweise beim Brote schmieren der Stress von ihnen abfällt und sie in einen Zustand geraten, der sie den Alltagsstress vergessen lässt.

Eine weitere entlastende und beruhigende Wirkung erzielen auch kurze Gespräche unter Kollegen während der Arbeit. Diese Gespräche dienen u. a. dazu, „Dampf abzulassen“ (Lind 2003, S. 104). Indem der Kollege zuhört und Bestärkung vermittelt, erlebt die Pflegekraft Unterstützung und Zuspruch. Im Ergebnis empfindet man die gegenwärtige Situation „als nicht mehr allzu dramatisch“ (ebd.).

Eine konfliktfreie Regulation des Stressniveaus benötigt fördernde Rahmenbedingungen. Häufig existieren in den Pflegeteams Spannungen und Konflikte, u. a. aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen über eine angemessene Pflege und Betreuung. Hinzu kommt, dass sich in vielen Teams die Unterscheidung zwischen Pflegefachkraft und Pflegehilfskraft negativ auf das Gemeinschaftsgefühl auswirkt. Lind (2003 S. 104 ff.) hebt hervor, dass Beruhigungsstrategien zur Senkung des Stressniveaus sich nur dann optimal anwenden lassen, wenn das Pflegeteam diese als ein legitimes Handeln bei der Arbeit auffasst und unterstützt. Wenn die Beruhigungsmaßnahmen vor Kollegen und Vorgesetzten versteckt durchgeführt werden müssen, wird die Situation umso belastender empfunden. Offenheit, gegenseitiges Vertrauen und Verständnis sind die Grundvoraussetzungen für eine Regulierung des Stressniveaus durch o. g. Beruhigungsschritte.

6 Arbeitsanalytischer Zugang zur Organisation der Arbeit und der individuellen Belastung der Pflegemitarbeiter

Das Ziel der im Folgenden dargestellten Untersuchung ist darzulegen, wie das soziale System einer stationären Pflegeeinrichtung seine Aufgaben wahrnimmt, bewältigt und mit den Anforderungen seiner äußeren Umwelt⁴¹ umgeht. Dabei sind sowohl die Wahrnehmungen der einzelnen Mitarbeiter zu ihrer Arbeitsbelastung als auch die Art und Weise, ihre Tätigkeiten zu verrichten und die Arbeit zu bewältigen, von Bedeutung. Die qualitative Untersuchung hat überwiegend deskriptiven Charakter. Die Entscheidung für eine qualitative Vorgehensweise hat folgende Gründe: Die sozialen Tatsachen liegen nicht objektiv vor, sondern konstituieren und konstruieren sich wesentlich in subjektiven Einschätzungen und in Verständigungsprozessen. Der Begriff *qualitativ* meint zum einen eine Wiederanknüpfung an hermeneutisches Verstehen und Sinnesauslegung, zum anderen aber eine stärkere Berücksichtigung der strengeren Maßstäbe der empirischen Methoden auf intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Prüfbarkeit und qualitatives Niveau der Aussagen.

Die folgende Untersuchung wird als Arbeitsanalyse bezeichnet. Der Begriff „Arbeitsanalyse“ wird häufig im Bereich der Arbeitspsychologie verwendet. Es werden in der Arbeitspsychologie die bedingungs- und die personenbezogene Arbeitsanalyse unterschieden (vgl. Oesterreich & Volpert, 1987). Die *bedingungsbezogene* Untersuchung der Arbeit richtet sich „auf eine allgemeine Kennzeichnung der Arbeitsbedingungen“ (ebenda, S.56). Hier werden also situative Merkmale der Arbeit untersucht, mit denen sich jede Person, die an dem untersuchten Arbeitsplatz tätig wird, auseinandersetzen müsste. So stehen z. B. die zur Verfügung stehende Zeit, die vorhandenen Arbeitsmittel, der Umfang und Schwierigkeitsgrad der Tätigkeiten im Mittelpunkt der Untersuchung. Bei der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse wird von individuellen Besonderheiten der an einem Arbeitsplatz beschäftigten konkreten Person abstrahiert. Die *personenbezogene* Arbeitsanalyse ist im Unterschied dazu auf Merkmale und

⁴¹ Äußere Umwelt bezeichnet hier die, die als Umwelt nicht dem System selbst angehört, sondern durch seine Operationen abgegrenzt wird (Kasenbacher 2003, S. 18).

Eigenschaften der arbeitenden Personen bezogen. Gegenstand hierbei könnten zum Beispiel Besonderheiten der Planung der Arbeit oder des Umgangs mit Schwierigkeiten sein. Die personenbezogene Arbeitsanalyse fragt z. B. nach „individuelle(n) Wahrnehmungen und Bewertungen“ (ebenda, S. 59) der Arbeit. In der qualitativen Forschung wird häufig eine personenbezogene Untersuchung mit einer bedingungsbezogenen Analyse kombiniert. Letztere ist eine wichtige Hilfe bei der Interpretation der personenbezogenen Daten und Forschungsbefunde. So wird der Forscher die Angabe eines Probanden, er erlebe eine extrem hohe Belastung durch die Arbeit, unterschiedlich interpretieren, je nach dem, ob sich an dem Arbeitsplatz Hinweise auf stark belastende Bedingungen ergeben oder nicht. Liegen hohe Belastungen vor, so lässt sich vermuten, dass diese für das Belastungserleben verantwortlich seien. Fehlen jedoch bedingungsbezogene Belastungen, so ist zu prüfen, welche anderen Ursachen für das Belastungserleben verantwortlich sein können.

Im Bereich der Arbeitspsychologie liegen für die Untersuchung von Anforderungen und Belastungen durch die Arbeit eine Reihe von Verfahren vor. Ausgangspunkt der Verfahrensentwicklung war der Bereich der industriellen Produktion. Das „Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit“ (VERA, vgl. Volpert, Oesterreich, Gablenz-Kolakovic, Krogoll & Resch, 1983; neu herausgegeben von Oesterreich/Volpert, 1991), unterscheidet z. B. ausgehend vom *5 – Ebenen – Modell der Handlungsregulation* (Oesterreich, 1981) insgesamt 10 Stufen des Entscheidungsspielraumes. Ein weiteres Verfahren für den Bereich der industriellen Produktion ist das „Verfahren zur Ermittlung von Regulationshindernissen in der Arbeitstätigkeit“ (RHIA, vgl. Leitner u. a., 1987), mit dem Belastungen nach festgelegten Belastungstypen erfasst werden. Weiterhin wurden zwei Arbeitsanalyseverfahren für den Bereich Büro und Verwaltung entwickelt. Die RHIA/VERA – Methoden (Leitner u. a., 1993) erlauben die Erfassung von Entscheidungsspielraum und Belastungen an Arbeitsplätzen in Industrieverwaltungen. Das Verfahren „kontrastive Aufgabenanalyse in der Büro-Arbeit“ (KABA, vgl. Dunckel, Volpert, Zölch, Kreutner, Pleiss & Hennes, 1993) dient dazu, bei computergestützten Arbeitstätigkeiten Vorschläge für eine sinnvolle Aufteilung der Arbeit zwischen Mensch und Rechner zu entwickeln.

Für den Bereich Gesundheit und Soziales sind zum Zeitpunkt der Planung der hier vorliegenden Untersuchung bis zum Jahr 2003 in der aktuellen Literatur keine hinreichend erprobten Analyseverfahren vorhanden. Aus diesem Grund wurde ein eigenes, auf den Forschungsgegenstand zugeschnittenes Design gewählt, das unter Berücksichtigung systemtheoretischer Aspekte sowohl eine personenbezogene als auch eine bedingungsbezogene Analyse umfasst (vgl. 6.2 Vorgehensweise).

6.1 Untersuchungsgegenstand

Die Untersuchung ist an einer Pflegeeinrichtung durchgeführt worden, von der zu vermuten ist, dass sie dem Durchschnitt entspricht und deswegen auch als exemplarisch für viele andere Einrichtungen gelten kann. Ausschlaggebend hierfür ist eine durchschnittliche Größe der Einrichtung mit ca. 70 bis 100 Bewohnern, eine durchschnittliche Personalbesetzung entsprechend der Heim- und Mindestpersonalverordnung und der Empfehlungen des Kuratoriums Deutscher Altenhilfe (KDA) und eine volle Auslastung der Kapazitäten, das heißt, dass alle Pflegeplätze belegt sind. Die ausgewählte stationäre Pflegeeinrichtung wird im Folgenden kurz in ihrer Struktur, Organisation und ihrem Pflegemodell beschrieben.

6.1.1 Struktur der Einrichtung

Das Seniorenheim verfügt über 86 Pflegeplätze, welche sich auf drei Wohnbereichen verteilen. Die Einrichtung besteht aus vier Etagen, von denen das Erdgeschoss sowie das erste und zweite Obergeschoss als Wohn- bzw. Pflegebereich ausgerichtet sind. Pro Wohnbereich gibt es fünfzehn Einzel- und sechs Doppelzimmer, das heißt auf jeder Etage leben 27 Bewohner mit Pflegebedarf. Im Untergeschoss der Einrichtung befinden sich drei weitere Einzel- und ein Doppelzimmer. Hier leben Bewohner ohne eine Pflegestufe; sie benötigen neben den hauswirtschaftlichen Leistungen keine weiteren Pflegeleistungen. Im Eingangsbereich der Einrichtung sind die Verwaltungsräume für zwei Verwaltungsfachkräfte und die Pflegedienstleitung angeordnet. In unmittelbarer Nähe

des Eingangsbereiches schließen sich die Räume der zwei Ergotherapeuten an. Der Hausmeister hat seinen Arbeitsplatz im Untergeschoss. Ebenfalls im Untergeschoss befinden sich alle Umkleieräume, Duschen und Toiletten für das pflegerische und hauswirtschaftliche Personal, sowie die Lagerungsräume für die Hauswirtschaft und die Pflegehilfsmittel. Die Mitarbeiter der Pflege haben jeweils auf ihren Wohnbereichen ein kleines Dienstzimmer, in dem die für die Pflegeleistungen notwendigen Dokumente und Medikamente aufbewahrt werden, sowie Gespräche mit Ärzten und Dienstübergaben der Pflegemitarbeiter stattfinden.

6.1.2 Personal und Verantwortungsbereiche

Die Verantwortung für das Seniorenheim trägt die Pflegedienstleitung, sie ist direkt der Geschäftsführung des Trägers der Einrichtung unterstellt. Alle buchhalterischen Aufgaben werden von der Geschäftsstelle des Trägers gesteuert und erledigt. Aufgrund dieser Struktur führen die traditionelle Stelle des Heimleiters die Geschäftsführung und die Pflegedienstleitung als Einrichtungsleitung gemeinsam aus. Die Personalstruktur setzt sich aus 1 Vollbeschäftigteneinheit (VbE) Pflegedienstleitung, 14,5 VbE Pflegefachkräften, 14,5 VbE Pflegehilfskräften⁴², 1,75 VbE Ergotherapeuten, 1,5 VbE Hauswirtschaftskräfte, 1,5 VbE Helfer im Freiwilligen sozialen Jahr, 1,88 VbE Verwaltungsfachkräfte sowie 1,15 VbE Haustechnikpersonal zusammen. Zur Veranschaulichung der Verhältnisse von Über- und Unterstellung ist in der folgenden Abbildung das Organigramm der Einrichtung dargestellt.

⁴² Als Pflegehilfskräfte werden hier alle Mitarbeiter im pflegerischen Bereich bezeichnet, die über keine entsprechende fachliche Ausbildung verfügen und die Pflege der Bewohner ausschließlich helfend und unter Anleitung der Pflegefachkräfte durchführen sollen.

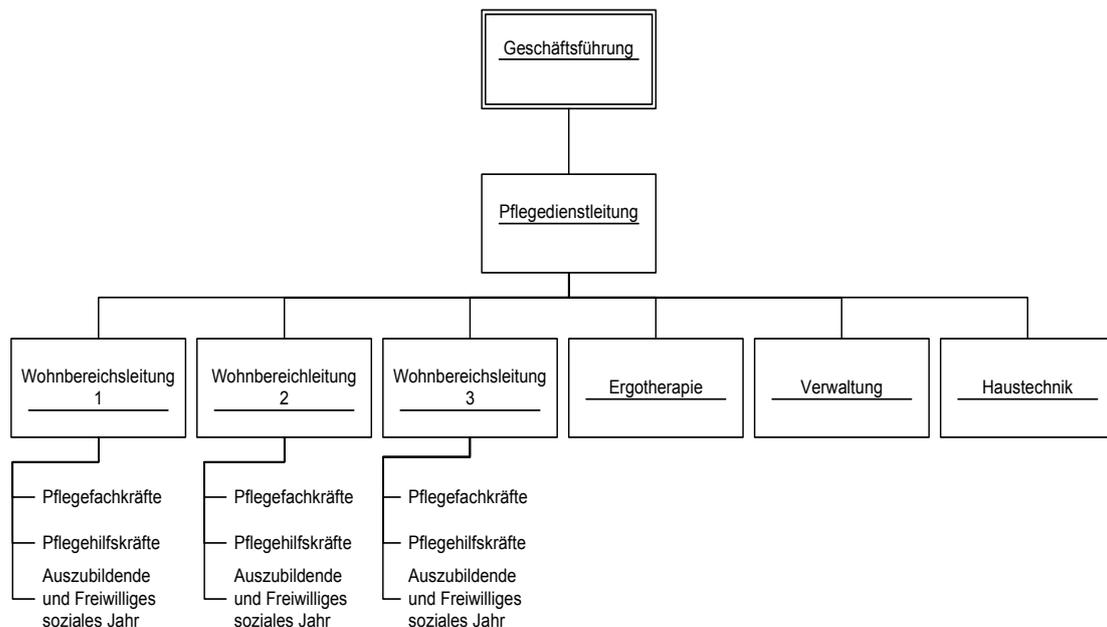


Abbildung 1:
Organigramm der Einrichtung

Zur Abgrenzung der Verantwortungsbereiche zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften werden im Folgenden die Inhalte der Stellenbeschreibungen⁴³ zusammengefasst und die Unterschiede in der Ausführung der Aufgaben herausgestellt.

Die Pflegefachkräfte sind allen beschäftigten Pflegehilfskräften des Wohnbereichs gegenüber weisungsberechtigt. Als ein Ziel ist die optimale und fachgerechte Erfüllung der anfallenden pflegerischen, medizinischen und betreuenden Aufgaben aufgeführt. Die Pflegefachkraft ist Ansprechpartner für Ärzte und Therapeuten. Sie arbeitet neue Mitarbeiter ein, leitet nachgeordnete Mitarbeiter an und veranlasst Aufräum- und Reinigungsarbeiten im Wohnbereich. Bewohnerbezogen ist die Fachkraft für das Erstellen der individuellen und fachgerechten Pflegeanamnesen, Pflegeplanungen, Biographien und Pflegedokumentationen verantwortlich. Zu ihren Aufgaben gehört ebenfalls die Durchführung der Grundpflege. Das Ausführen ärztlicher Verordnungen und Behandlungspflege

⁴³ Die Originaltexte der Stellenbeschreibungen befinden sich im Anhang. Jeder Mitarbeiter der Einrichtung erhält vor Arbeitsbeginn eine Stellenbeschreibung und muss diese mit Unterschrift bestätigen. Im Rahmen von jährlichen Personalentwicklungsgesprächen werden die Stellenbeschreibungen überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

darf ausschließlich durch Pflegefachkräfte erfolgen. Hierzu sind z. B. die Verantwortung für die lückenlose Dokumentation aller ärztlichen Verordnungen, das Stellen und Verabreichen von Medikamenten unter Kenntnis und Kontrolle von deren Wirkung, das Durchführen von Injektionen, das Anlegen von Verbänden und Wundbehandlung aufgeführt. Eine besondere Verantwortung trägt die Pflegefachkraft im Rahmen der Sterbebegleitung und Versorgung Verstorbener. Hier zählen die Betreuung und Pflege von sterbenden Bewohnern, die regelmäßige Kommunikation mit dem Arzt, das Einleiten und Durchführen von Nachlassregelungen sowie die Betreuung der Angehörigen zu ihren Aufgaben. Weiterhin trägt die Pflegefachkraft eine wichtige Verantwortung im Hinblick auf die Beratung von Bewohnern und deren Angehörigen, z. B. zum Ernährungsverhalten, zu individuellen Risiken, zum Hygieneverhalten u. ä. Als persönliche Eignung sind in der Stellenbeschreibung eine Reihe von Fähigkeiten aufgelistet, wie z. B. Entscheidungs-, Handlungs- und Organisationsfähigkeit. Fachbezogen sollen Pflegefachkräfte über die Fähigkeit verfügen, Pflegesituationen komplex und detailliert wahrzunehmen und zu beurteilen sowie geeignete Maßnahmen einzuleiten. Ebenso ist die fachliche und methodisch-strategische Führungsfähigkeit gegenüber nachgeordneten Mitarbeitern als Eignungskriterium für Pflegefachkräfte benannt.

Die Hauptverantwortung der Pflegehilfskräfte liegt in der Unterstützung der Pflegefachkraft bei der Erfüllung aller anfallenden grundpflegerischen und betreuenden Aufgaben. Zu ihren Tätigkeiten gehören die Durchführung der Grundpflege entsprechend der individuellen (von Pflegefachkräften erstellten) Pflegeplanung sowie die Aufräum- und Reinigungsarbeiten im Wohnbereich. Stellt die Pflegehilfskraft Auffälligkeiten im Gesundheitszustand von Bewohnern fest, soll sie unverzüglich die Pflegefachkraft informieren. Die durchgeführten bewohnerbezogenen Grundpflege- und Betreuungstätigkeiten dokumentieren Pflegehilfskräfte selbständig in der Pflegedokumentation. Weiterhin haben Pflegehilfskräfte Mitwirkungs- und Unterstützungspflichten bei der Ausführung ärztlicher Verordnungen, der Speiserversorgung, der Sterbebegleitung, der Weitergabe von Informationen sowie der Kontaktpflege mit Angehörigen, soweit diese nicht ihren Kompetenzbereich überschreiten.

Sowohl Fachkräfte als auch Pflegehilfskräfte sind entsprechend ihrer Stellenbeschreibungen für das Schaffen und Erhalten einer guten Arbeitsatmosphäre sowie das Einbringen realistischer Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssituation verantwortlich.

6.1.3 Pflegemodell der Einrichtung

Die Einrichtung arbeitet nach dem Pflegemodell von Liliane Juchli⁴⁴. Im Mittelpunkt dieses Pflegemodells stehen die zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) als systematische Übersicht über die Elemente einer gesunden Lebensführung. Diese bilden die Grundlage, um theoretische Strukturen mit praktischen Aspekten zu vernetzen. Pflege wird hierbei als individuell, ganzheitlich, geplant und professionell verstanden. Für die Pflegefachkräfte des Seniorenheimes stehen deshalb folgende Aufgaben im Vordergrund:

- Kenntnis über die Ressourcen, Bedürfnisse und Probleme der Bewohner zu den einzelnen ATL und schriftliche Fixierung in der individuellen Pflegeplanung,
- Festlegen der Pflegeziele,
- Festlegen geeigneter Maßnahmen, um die gesetzten Pflegeziele zu erreichen,
- Durchführung aller festgelegten Maßnahmen,
- Dokumentation aller erbrachten Leistungen bzw. durchgeführten Maßnahmen,
- Regelmäßige Evaluation der Ergebnisse und Fortschreiben der individuellen Pflegeplanung.

Die pflegerische Arbeitsorganisation wird im Bezugspflegesystem durchgeführt. Bei der Bezugspflege werden Bewohner zu bestimmten Pflegemitarbeitern zugeordnet. Pflegefachkräfte als Bezugspflegepersonen sind im Sinne ganzheitli-

⁴⁴ Vgl. Ausführungen im Kapitel 4.4 Das Pflegemodell von Liliane Juchli

cher Betreuung für alle Bereiche der Grund- und Behandlungspflege, sowie für die Koordination der Betreuungsleistungen verantwortlich. Sie überprüfen, ob die Pflegemaßnahmen noch aktuell sind und richten sie nach dem allgemeinen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse aus. Des Weiteren achten sie darauf, dass die Pflegedokumentation lückenlos geführt wird. Im Bezugspflegesystem wird die Pflegefachkraft immer von einer Pflegehilfskraft unterstützt, das heißt, auch Pflegehilfskräfte sind Bezugspflegepersonen, die unter Anleitung der Pflegefachkraft grundpflegerische Tätigkeiten selbständig durchführen und auch Ansprechpartner sind.

Sowohl die konkrete Organisation der hier beschriebenen und weiteren anfallenden Arbeiten in der dargestellten Einrichtung als auch die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen und Belastungen durch das Pflegepersonal sind die Kernpunkte der vorliegenden Untersuchung.

6.2 Vorgehensweise

Im Folgenden wird der Ablauf der Arbeitsanalyse in einem Überblick beschrieben. Die Untersuchung wurde in drei Phasen über einen Zeitraum von insgesamt zehn Monaten durchgeführt.

- Phase 1: personenbezogene Analyse durch Interviews mit den Mitarbeitern der Einrichtung
- Phase 2: bedingungsbezogene Arbeitsanalyse durch Zeiterfassung
- Phase 3: Analyse von möglichen Ursachen für hohe Belastungswahrnehmungen der Mitarbeiter durch Interviews mit den Führungskräften der Einrichtung

Im ersten Schritt wird eine personenbezogene Analyse durchgeführt. Dabei wird die subjektive Wahrnehmung des Personals der stationären Pflegeeinrichtung zur Organisation der Arbeit und zur individuellen Belastung mit Hilfe von Interviews erfasst. Die Auswertung der Interviews eröffnet die verschiedenen Sicht-

weisen der Mitarbeiter der Einrichtung und damit die individuellen Betrachtungen einzelner Aspekte ihrer Arbeitssituation⁴⁵.

Folgende Kernfragen sind forschungsleitend für die personenbezogene Analyse in der ersten Phase:

- Fühlen sich die Mitarbeiter den Anforderungen gewachsen?
- Nehmen die Mitarbeiter Belastungen wahr?
- Welche Belastungen werden wahrgenommen?
- Welches Ausmaß nehmen die Belastungen an?
- Wie gehen die Mitarbeiter mit Belastungen um?
- Empfinden die Mitarbeiter die Arbeitsbedingungen als förderlich zur Bewältigung ihrer Aufgaben?
- Wollen die Mitarbeiter etwas an den Arbeitsbedingungen ändern?

Die Befragung durch Interviews ermöglicht den Beschäftigten eine Darstellung ihrer Wahrnehmungen und der Arbeitsbedingungen aus ihrer Sicht. Die einzelnen Aussagen lassen zudem einen detaillierten Einblick in die Belastungssituation der Mitarbeiter zu.

In der zweiten Phase findet eine bedingungsbezogene Arbeitsanalyse statt. Hier werden die real geleisteten Tätigkeiten des Pflegepersonals in ihren Abläufen und ihrer Zeitdauer entsprechend der Zuständigkeiten erfasst. Hierzu erfolgt eine Begleitung und Beobachtung der Beschäftigten des Pflegebereiches über einen Zeitraum von vier Wochen während ihrer Arbeit. Im Ergebnis werden die Abläufe der verschiedenen Tätigkeiten sowie die zeitlichen Anteile an der Ge-

⁴⁵ In Interviews werden überwiegend Meinungen und Einschätzungen der Befragten deutlich. In den Aussagen handelt es sich um subjektive Einschätzungen, nicht um „harte“ Fakten; diese sind durch ergänzende Methoden zu überprüfen. Bei der Durchführung von Interviews sind bestimmte Tendenzen zu berücksichtigen, so z. B. die Ermüdungstendenz des Befragten sowie Neigungen, Extreme zu vermeiden und die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit von Antworten (Kleining, 1994).

samtarbeitszeit der Pflegemitarbeiter dargestellt. Dabei sind auch die jeweilige Stellung und die Qualifikation der Pflegemitarbeiter zu beachten. Den Ergebnissen der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse werden einige Kernaussagen der Interviews gegenüber gestellt. Dies soll einen Vergleich zu den Interviewaussagen in Bezug auf die Arbeitsorganisation ermöglichen.

Für die bedingungsbezogene Arbeitsanalyse in der zweiten Phase der Untersuchung sind die folgenden Fragen Kernpunkte des Forschungsinteresses:

- Wie wird die Arbeit in der Pflegeeinrichtung organisiert?
- Wie viel Zeit steht den Pflegemitarbeitern für ihre einzelnen Tätigkeiten zur Verfügung?
- Wie wird die Zeit genutzt?
- Zu welchen Tageszeiten werden welche Aufgaben verrichtet?
- Gibt es Arbeitsspitzen, die besondere Belastungssituationen hervorrufen?

Die Ergebnisse der ersten und zweiten Phase der Untersuchung zeigen, dass die subjektiven Beschreibungen der Belastungen, der Arbeitsorganisation und der zur Verfügung stehenden Zeit mit den durch teilnehmende Beobachtungen gewonnenen Daten teilweise nicht übereinstimmen. Ergebnisse, die nicht den Aussagen der Interviews entsprechen, werden herausgefiltert und in der dritten Phase der Untersuchung aufgegriffen und durch Experteninterviews hinterfragt. In diesem Schritt sind die Leitungskräfte der Pflegeeinrichtung, mit ihrer Fähigkeit aufgrund von Hintergrundwissen die Gesamtsituation der Einrichtung und der Pflegenden einschätzen zu können, als Experten ausgewählt. Hier gilt es zu erkennen, warum einige Mitarbeiter der Einrichtung ihre Arbeitssituation zum Teil anders wahrnehmen, als es die bedingungsbezogene Arbeitsanalyse aufzeigt⁴⁶. Ebenfalls werden die Leitungskräfte zu einigen wesentlichen Ergebnissen aus den ersten Phasen der Untersuchung befragt. Als ein Ergebnis stellt sich z. B. die Tatsache heraus, dass Pflegefachkräfte häufig die Aufgaben der

⁴⁶ Für ihre Aussagen gilt die gleiche methodische Vorsicht, wie bei der Auswertung der Interviews im ersten Teil der Untersuchung.

Hilfskräfte übernehmen. Die Aussagen der Leitungsmitarbeiter sollen hierzu Hintergrundinformationen und Erklärungsansätze ermöglichen. Diese können sich unterstützend auf die Interpretation und Überprüfung der Relevanz der Ergebnisse der Arbeitsanalyse auswirken.

Folgende Kernfragen stehen in der dritten Phase im Mittelpunkt des Forschungsinteresses:

- Mit welchen möglichen Ursachen können die festgestellten Widersprüche erklärt werden?
- Wie kann die Einschätzung der Pflegemitarbeiter zur hohen zeitlichen Belastung und zur unzureichenden Personalbesetzung aus Sicht der Führungskräfte erklärt werden?
- Welche Erklärungsansätze sehen die Leitungsmitarbeiter für die einzelnen Kernergebnisse aus den ersten Phasen der Arbeitsanalyse⁴⁷?
- Welche Lösungsansätze zur Reduzierung von Arbeitsbelastung können aufgezeigt werden?

Als Ergebnis der Untersuchung soll ein differenziertes Bild von der Arbeitsorganisation und den individuellen Belastungswahrnehmungen der Mitarbeiter herausgestellt werden. Dieses Bild ermöglicht einen detaillierten Einblick in das soziale System „Pflegeheim“ und die Fähigkeiten der Mitarbeiter, mit Anforderungen an die Arbeitspraxis umzugehen. Im letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse mit ihrer gesellschaftlichen Relevanz diskutiert und mögliche Schlussfolgerungen dargestellt.

⁴⁷ Um den Ergebnissen der Arbeitsanalyse nicht vorweg zu greifen sei hier auf das Kapitel 6.5 verwiesen, in dem die Befunde der personenbezogenen Arbeitsanalyse denen der bedingungsbezogenen Analyse gegenübergestellt werden.

6.3 Personenbezogene Arbeitsanalyse zur Wahrnehmung der Organisation der Arbeit und der individuellen Belastung der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung

In der Sozialforschung gewinnen Interviews heute zunehmend an Bedeutung. Häufig greifen empirische Untersuchungen an einzelnen Punkten des Forschungsprozesses auf das mittels Interviews erhobene Wissen spezifischer, für das Fach- und Themengebiet als relevant erachteter Akteure zurück. In der Auswertung stellt sich die Aufgabe, einen Vergleich der Texte herzustellen. Zunächst ist jeder Interviewtext das Protokoll einer inhaltlich unverwechselbaren und einmaligen Kommunikation. Ziel von Interviews ist, das Überindividuell-Gemeinsame heraus zu arbeiten, d. h. Aussagen über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen. Das durch Interviews erhobene Wissen ist explizit an sozialstrukturell bestimmte Handlungssysteme gebunden, an Insider-Erfahrungen spezifischer Statusgruppen (vgl. u. a. Meuser/Nagel 2002). Zudem soll die Methode des Interviews erlauben, in der Befragung der Interviewpartner einen Bezug zu den vorhandenen, allgemein anerkannten theoretischen Kenntnissen und Entwicklungen herzustellen. Dies ermöglicht vor allem der Interviewleitfaden, in dem das Hintergrundwissen des Forschers thematisch organisiert wird. Dennoch soll das Interview hinreichend offen gehalten werden, um auch neue und unerwartete Informationen gewinnen und integrieren zu können.

Im Interview wird nicht versucht, eine neutrale Laborsituation herzustellen, die von unkontrollierbaren Einflüssen möglichst frei ist. Sowohl der Interviewte als auch der Interviewer können sich nicht unvoreingenommen dem Gesprächsgegenstand widmen. Eine potentielle Beeinflussung durch das Interviewerverhalten kann nach Witzel (1985, S. 235) zwar nicht ausgeschaltet, aber bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Vorgehensweise der Datenerhebung und die erhobene Stichprobe beschrieben. Dann erfolgt eine Darstellung und Erläuterung der Entstehung und Anwendung des Interviewleitfadens und der

Vorgehensweise bei der Datenauswertung. Die Interviewpartner werden kurz beschrieben und die wesentlichen Merkmale der Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen herausgestellt, um eine Orientierung zu ihren persönlichen und beruflichen Hintergründen zu ermöglichen. Anschließend sind die Ergebnisse der Interviews in der Reihenfolge der Themen des Interviewleitfadens dargestellt.

6.3.1 Datenerhebung und Stichprobe

Um die Wahrnehmung des Personals zur Organisation der Arbeit und der individuellen Belastung herauszufiltern, ist es sinnvoll, direkt die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung vor Ort zu befragen. Berücksichtigt werden hierbei alle Mitarbeiter der Einrichtung, unabhängig von ihrer Qualifikation und ihrer Stellung innerhalb der Einrichtung. Es wird eine Stichprobe ausgewählt, die hierarchieübergreifend Mitarbeiter aus allen Bereichen umfasst. In einer Mitarbeiterinformationsveranstaltung findet in der zu untersuchenden Einrichtung zunächst die Vorstellung der Ziele der Untersuchung statt, mit der Bitte an die Mitarbeiter um ihre freiwillige Teilnahme an den Interviews⁴⁸.

⁴⁸ Die Mitarbeiter zeigten für die Befragung reges Interesse. Zur Durchführung der Interviews wurde die Unterstützung von zwei Studenten im Rahmen ihres Praktikums genutzt. Beide Studenten verfügen bereits über praktische Erfahrungen mit Befragungstechniken und erhielten eine Einweisung im Umgang mit dem entwickelten Leitfaden.

Die Interviews werden mit folgender Stichprobe durchgeführt⁴⁹:

Wohnbereich 1	Wohnbereich 2	Wohnbereich 3	Zuständig für das gesamte Haus
2 Pflegehilfskräfte	3 Pflegehilfskräfte	2 Pflegehilfskräfte	1 Pflegedienstleitung
1 Hauswirtschaftskraft			1 Hausmeister
2 Pflegefachkräfte	2 Pflegefachkräfte	2 Pflegefachkräfte	1 Ergotherapeutin
			1 Verwaltungsfachkraft
Insgesamt: 18 von 43 Mitarbeitern			

Tabelle 1:
Stichprobe

6.3.2 Der Interviewleitfaden

Als wesentliches Instrument zur Durchführung der Interviews dient der Leitfaden. Er ermöglicht eine hinreichend kontrollierte und vergleichbare Herangehensweise an das Forschungsfeld⁵⁰.

Zur Entwicklung des Leitfadens wird eine dimensionale Analyse (vgl. Mayer, 2002) durchgeführt, mit dem Ziel, konkrete Items zu den Merkmalen und Dimensionen entsprechend des Forschungsinteresses zu finden. Die Ergebnisse dieser Analyse mit den zu untersuchenden Dimensionen und ihren Merkmalen werden im Folgenden dargestellt und erläutert.

⁴⁹ Die Bereiche Reinigung und Küche werden durch eine Fremdfirma versorgt. Die Mitarbeiter dieser Firma wurden nicht befragt. Ihre Aufgaben sind vertraglich geregelt.

⁵⁰ Im Verlauf des Interviews muss immer wieder die Struktur des Leitfadens vergegenwärtigt und geprüft werden, welche Aspekte bereits angesprochen wurden und welche nicht (Witzel, 1985).

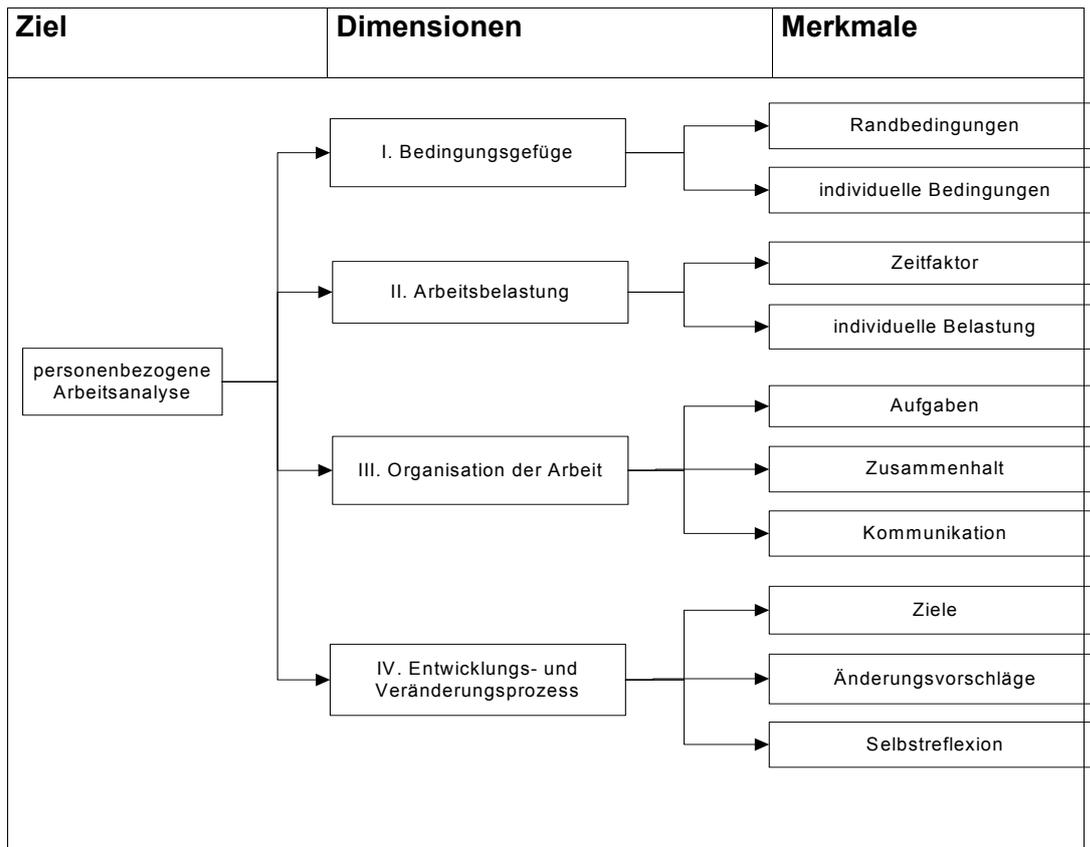


Abbildung 2:
Dimensionale Analyse

Die erste zu untersuchende Dimension ist das Bedingungsgefüge. Hierbei interessieren die institutionellen Randbedingungen und die individuellen Bedingungen. Gesetzliche Rahmenbedingungen werden an dieser Stelle nicht erfragt, da sie bei der Auswertung der Interviews insgesamt zwar eine wichtige Rolle spielen, aber nicht als Gesprächsgegenstand eines Interviews mit Pflegekräften von Bedeutung sind.

Zu dem **Bedingungsgefüge** stellen sich für die Merkmale Randbedingungen und individuelle Bedingungen folgende Leitpunkte heraus:

- Ordnung des Arbeitsplatzes bei Dienstantritt,
- Berufliche Situationen, die Unzufriedenheit hervorrufen,
- Was gefällt den Mitarbeitern besonders am Beruf?
- Entspricht die Tätigkeit den Vorstellungen vom Beruf?

- Gibt es Gründe, den Arbeitsplatz zu wechseln?

Als weitere Dimension ist die Arbeitsbelastung zu erfragen. Zu untersuchen sind hierzu die Merkmale des Zeitfaktors und der individuellen Belastung.

Zur **Arbeitsbelastung** wurden folgende Leitpunkte aufgestellt:

- Einschätzung der Arbeitsbelastung,
- Einschätzung der Zeit zur Erledigung der Aufgaben,
- Tätigkeiten, die aufgrund von Zeitmangel zurück gestellt werden,
- Gründe für fehlende Zeit,
- Faktoren, die Belastung verstärken,
- Emotionale Belastung,
- Fachliche Belastung,
- Körperliche Belastung.

Die nächste zu erfragende Dimension ist die Organisation der Arbeit. Hierzu interessieren als Merkmale die Aufgaben der Befragten⁵¹, die Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander sowie die Kommunikation der verschiedenen Bereiche des gesamten Hauses (Pflege, Verwaltung, Soziale Betreuung, Haustechnik, Küche, Reinigung).

Zur **Organisation der Arbeit** wurden folgende Leitpunkte entwickelt:

- Kenntnis der Stellenbeschreibung,
- Zusätzliche Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereiches,
- Arbeitsklima,
- Probleme in der Zusammenarbeit,
- Absprachen zwischen den verschiedenen Bereichen des gesamten Hauses.

⁵¹ Die Aufgaben sind in dem Pflegeheim für jeden Mitarbeiter in Form einer Stellenbeschreibung festgelegt (vgl. Anlagen Stellenbeschreibung Pflegefachkraft und Stellenbeschreibung Pflegehilfskraft).

Weiterhin ist die Dimension des Entwicklungs- und Veränderungsprozesses zu untersuchen. Hiermit sind nicht die aktuellen realen Prozesse gemeint, sondern vielmehr die Bereitschaft und Fähigkeit der Mitarbeiter, notwendige oder gewünschte Entwicklungsprozesse zu erkennen und zu planen. Von Interesse sind die Ziele und die Änderungsvorschläge. Auch der Aspekt der Selbstreflexion, d. h. die Fähigkeit der Mitarbeiter, selbst für beklagte Zustände eigene Lösungsvorschläge zu entwickeln, sollen an dieser Stelle erfragt werden.

Zum **Entwicklungs- und Veränderungsprozess** sind folgende Leitpunkte aufgestellt:

- Eigene Ziele,
- Gründe, wenn Ziele nicht erreicht werden,
- Allgemeine/dringende Änderungsvorschläge,
- Änderungsvorschläge an räumlichen Bedingungen,
- Änderungsvorschläge am Organisationsablauf,
- Änderungsvorschläge am eigenen Verhalten.

Mit diesen Leitpunkten wird zunächst ein Überblick über die Einschätzung der Arbeitssituation durch die befragten Mitarbeiter gegeben. Zusätzlich werden detaillierte Informationen gewonnen, an denen die Thematik der Arbeitsorganisation sowie die subjektive Einschätzung spezieller Probleme beschreibbar werden⁵².

Zusätzlich zum Leitfaden erfolgt die Anwendung eines Kurzfragebogens zu einigen demographischen Daten und der derzeitigen beruflichen Situation. Diese Informationen ermöglichen eine kurze Beschreibung der Situation der Interviewpartner sowie Rückschlüsse bei der Auswertung der Interviews auf mögliche Hintergründe.

⁵² Der Leitfaden wurde an einer Mitarbeiterin eines unbeteiligten Pflegeheims in einem Pretest erprobt. Im Pretest zeigte sich, dass der Leitfaden sehr gut geeignet ist, sowohl die zur Untersuchung des Gegenstandes notwendigen Aussagen zu erhalten, als auch zusätzliche Informationen zur Öffnung des Untersuchungsfeldes zu gewinnen.

6.3.3 Datenauswertung und Ergebnisse

Die Auswertung der Interviews erfolgt eng an den Originalaussagen der Befragten⁵³. Zunächst wurden die Kernaussagen markiert, welche sich direkt auf die Leitfragen des Interviewleitfadens beziehen. Diese Aussagen dienen der direkten Auswertung der Interviews entsprechend der zuvor entwickelten Dimensionen und Merkmale der Arbeitsanalyse. Darüber hinausgehende Informationen (z. B. erzählte Beispiele, Erzählungen über die Vergangenheit der Einrichtung) erhielten eine andere Markierung. Diese Aussagen beziehen sich nicht immer direkt auf die Frage. Sie eröffnen jedoch interessante Sichtweisen und Aspekte zum Verständnis im Hinblick auf die personenbezogene Arbeitsanalyse. Beide Informationstypen werden in die Auswertung einbezogen.

Vorab wird an dieser Stelle zunächst ein Überblick über die Kernbefunde der Beschäftigteninterviews gegeben: im Ergebnis zeigt sich, dass die Mitarbeiter sich nicht immer den Anforderungen gewachsen fühlen. Als Begründung wird häufig Zeit- und Personalmangel angegeben. Belastungen werden von den Befragten vorrangig als körperliche Beanspruchung und Belastung durch Zeitdruck wahrgenommen. Emotional belastend ist das Gefühl, zu wenig Zeit für die Pflegebedürftigen zu haben. Der Arbeitsalltag entspricht deshalb häufig nicht den Vorstellungen der Beschäftigten vom Pflegeberuf. Die Arbeitsbedingungen werden nicht immer als förderlich zur Bewältigung der Aufgaben eingeschätzt. Einige der Befragten äußern dazu Unzufriedenheiten mit der Zusammenarbeit im Team. Es werden nur wenige Änderungsvorschläge zu den Arbeitsbedingungen genannt. Die häufigsten Verbesserungsvorschläge der Interviewpartner beziehen sich auf die räumlichen Bedingungen.

⁵³ Eine vollständige Tonbandaufzeichnung des Gespräches ermöglicht dem Interviewer, sich auf das Gespräch zu konzentrieren, ohne sich nebenbei noch Notizen machen zu müssen. Zudem können auf der Grundlage der ausgehend von den Aufzeichnungen angefertigten Transkripte Einzelheiten in der Interpretation berücksichtigt werden, die ohne genaue Aufzeichnung verloren gingen.

6.3.3.1 Kurzbeschreibung der Interviewpartner

Im Folgenden werden alle Interviewpartner kurz beschrieben. Dies ermöglicht eine Orientierung über ihren persönlichen und beruflichen Hintergrund und bietet eine Basis für die Darstellung der Ergebnisse. Die Interviewpartner werden hier und in der gesamten Ergebnisdarstellung mit ihrer Bezeichnung entsprechend der durchgeführten Stichprobe benannt⁵⁴. Es wird auf einige demographische Daten (Familienstand, Alter, Anzahl der Kinder) sowie berufliche Eckdaten (Ausbildung, beruflicher Werdegang, Dauer der Tätigkeit am jetzigen Arbeitsplatz, Arbeitsstunden pro Woche lt. Arbeitsvertrag) eingegangen. Anschließend werden einige gemeinsame Merkmale der Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen zusammengefasst.

Die *Pflegedienstleitung* ist 30 Jahre alt, kinderlos und lebt mit ihrem Partner zusammen. Nach ihrer dreijährigen Ausbildung zur Krankenschwester arbeitete sie in zwei Pflegeheimen. An ihrem jetzigen Arbeitsplatz ist sie seit vier Jahren tätig. Seit einem halben Jahr ist sie Pflegedienstleitung mit einer Arbeitswoche von 40 Stunden.

Der *Hausmeister* ist 61 Jahre alt, männlich, verheiratet und hat ein Kind im Erwachsenenalter. Er war in der DDR als Metallfacharbeiter tätig. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands erhielt er eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) beim Träger der Einrichtung. Seit drei Jahren ist er als Hausmeister mit einer Arbeitswoche von 30 Stunden in dieser Einrichtung tätig.

Die *Verwaltungsfachkraft* ist 49 Jahre alt, verheiratet und hat ein Kind im Erwachsenenalter. Sie absolvierte eine zweijährige kaufmännische Ausbildung und Lehrgänge zur Buchhaltung. Seit vier Jahren ist sie mit einer Arbeitswoche von 35 Stunden als Verwaltungsangestellte in der Einrichtung tätig.

⁵⁴ Vgl. Tabelle 1: Stichprobe

Die *Ergotherapeutin* ist 47 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder im Erwachsenenalter. Nach ihrem Studium zur Unterstufenlehrerin arbeitete sie als Erzieherin in einem Kinderkursanatorium. Sie absolvierte eine Umschulung zur Ergotherapeutin und ist seit zwei Jahren in der Einrichtung mit einer Arbeitswoche von 35 Stunden als Ergotherapeutin tätig.

Die *Hauswirtschaftskraft* ist 46 Jahre alt, verheiratet und hat drei Kinder im Jugend- und Erwachsenenalter. Sie war in der DDR als gelernte Verkäuferin und als Reinigungskraft tätig. Seit elf Jahren arbeitet sie mit einer Arbeitswoche von 30 Stunden als Hauswirtschaftskraft in dieser Einrichtung.

Die *Pflegefachkräfte* verfügen ausnahmslos über eine dreijährige Fachausbildung als Kranken- oder Altenpfleger. Zum Teil ist diese Ausbildung auch als Umschulung absolviert worden. Eine der befragten Pflegefachkräfte absolvierte die Ausbildung in der untersuchten Pflegeeinrichtung. Der überwiegende Teil der Fachkräfte war bereits in anderen Pflegeheimen beschäftigt. Zwei der Interviewpartner waren vor ihrer Ausbildung zur Pflegefachkraft in anderen Branchen tätig. Zwei der befragten Pflegefachkräfte haben in der Einrichtung eine Zusatzfunktion als Hygiene- bzw. Qualitätsbeauftragte. Es wurden sowohl junge Beschäftigte mit zwanzig Jahren als auch erfahrene Mitarbeiter mit über 50 Jahren befragt. Bezüglich der familiären Situation lässt sich feststellen, dass der überwiegende Teil der Interviewpartner Kinder hat, nur zwei der Befragten sind kinderlos. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Pflegefachkräfte beträgt 35 bis 40 Wochenstunden.

Die *Pflegehilfskräfte* sind im Seniorenheim als Helfer eingestellt, da sie nicht über eine Fachausbildung als Kranken- oder Altenpfleger verfügen. Alle Pflegehilfskräfte haben mindestens eine Ausbildung in anderen Bereichen absolviert. Zwei der befragten Pflegehilfskräfte verfügen über eine Ausbildung als Familienpfleger. Eine Pflegehilfskraft führt zurzeit eine Umschulung zur Altenpflegerin durch. Von den Pflegehilfskräften wurden ebenfalls sowohl junge Beschäftigte unter 25 Jahren als auch erfahrene Kräfte mit über 50 Jahren befragt. Nur zwei der Interviewpartner, die als Pflegehelfer eingestellt sind, sind kinderlos. Eine

der Befragten ist zurzeit schwanger. Die Arbeitszeit der Pflegehilfskräfte ist mit 25 bis 30 Wochenstunden geringer als die der Pflegefachkräfte.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews in der Reihenfolge der Leitpunkte des Interviewleitfadens dargestellt.

6.3.3.2 Ergebnisse zum Bedingungsgefüge

a) Randbedingungen

Zustand des Arbeitsplatzes bei Dienstbeginn

Bei Dienstbeginn ist es wichtig, dass der Arbeitsplatz einen ordentlichen Zustand mit allen notwendigen Arbeitsmitteln aufweist, damit die diensthabenden Pflegenden ohne ungerechtfertigte Verzögerungen mit ihren Tätigkeiten beginnen können. Von den Mitarbeitern, die ihren Arbeitsplatz mit anderen Mitarbeitern im Wohnbereich teilen, äußerten vier, dass sie diesen bei Dienstbeginn „ordentlich“ (Pflegehilfskraft 1, Zeile 8; Pflegehilfskraft 2, Zeile 8) und „gut“ (Pflegefachkraft 3, Zeile 8) bzw. „so wie ich den meistens verlasse...“ (Hauswirtschaftskraft, Zeile 18) vorfinden.

Acht Mitarbeiter stellen fest, dass teilweise unerledigte Dinge der vorherigen Schicht nachgeräumt werden müssen. Von diesen acht äußern fünf Befragte, dass die Ordnung bei Dienstantritt davon abhängig ist, welche Mitarbeiter in der vorigen Schicht tätig waren. Bei zwei der Befragten scheint diese Tatsache Ärger zu erregen. „Ja. Nimmt mir meine Zeit eigentlich schon in Anspruch.“ (Pflegefachkraft 4, Zeile 11) und „...wo man vieles hinterher tragen muss oder sich selber erst mal zusammen suchen muss“ (Pflegefachkraft 2, Zeile 4-5). Drei der befragten Mitarbeiter, die regelmäßig Unordnung bei Dienstbeginn feststellen, empfinden dies als nicht so schlimm. Diese Aussagen betreffen insgesamt die Pflegemitarbeiter aller Wohnbereiche.

Die befragten Mitarbeiter, die ihren Arbeitsplatz mit niemandem teilen und selbst für die Ordnung verantwortlich sind, äußern, dass sie ihn selbstverständlich so wieder vorfinden, wie sie ihn verlassen haben. Dies betrifft die Pflege-

dienstleitung, die Ergotherapeutin, den Hausmeister und die Verwaltungsfachkraft.

Berufliche Situationen, die Unzufriedenheit hervorrufen

Im Berufsalltag gibt es häufig Situationen, in denen Beschäftigte unzufrieden sind. An dieser Stelle des Interviews sollen die Befragten konkrete Umstände angeben, die Unzufriedenheiten bei ihnen hervorrufen.

Sechs der befragten Mitarbeiter benennen keine beruflichen Situationen, die Unzufriedenheit verursachen. So äußert z. B. die Pflegehilfskraft 1 (Zeile 20), die seit vier Jahren in der Einrichtung beschäftigt ist: „Also ich hatte bisher keinen Grund zur Klage“. Die Hauswirtschaftskraft (Zeile 47-48) beschreibt ihre allgemeine Zufriedenheit: „ich bin eigentlich gerne hier. Auch wunschlos glücklich, und wenn mir irgendwas nicht passt, da sage ich das eh“. Hier erklärt sie zusätzlich, dass sie mögliche Unzufriedenheiten gleich mit betreffenden Personen bespricht, damit diese nicht ihre Arbeitssituation beeinflussen können.

Drei der Befragten äußern, dass mangelnder Teamgeist zu Unzufriedenheit führt. Dies findet sich in dieser Aussage: „...wenn einem ziemlich viele Dinge vorgehalten werden oder wenn man ... Kleinigkeiten falsch gemacht hat und die einem nachgetragen werden...“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 32-34). Auch die folgende Aussage drückt eine Unzufriedenheit im Team aus: „Teamfähigkeit. ...irgendwie muss ich sagen, haut das nicht hin“ (Pflegehilfskraft 6, Zeile 19-20). Die Verwaltungsfachkraft bezieht ihre Unzufriedenheiten auf konkrete Personen: „...es ist sicherlich nicht so leicht mit meinen beiden neuen Damen (Zeile 40-41)... da sind das so manchmal Situationen, na ja gut, wärst du lieber zu Hause geblieben...“ (Zeile 51-52). In welchen Situationen Schwierigkeiten mit den benannten Personen und der Verwaltungsfachkraft auftreten, äußert sie an dieser Stelle nicht.

Vier der befragten Beschäftigten sind unzufrieden mit Situationen, in denen die Mitarbeiter nicht entsprechend ihren Anweisungen handeln⁵⁵. Dies äußern drei weisungsberechtigte Pflegefachkräfte und eine Pflegehilfskraft, die ihren Zuständigkeiten entsprechend nicht weisungsberechtigt ist. Die Aussage „...wenn ich mal was sage, dann wird es halt missachtet...“ (Pflegefachkraft 5, Zeile 16) drückt dieses Phänomen besonders deutlich aus.

Als weitere Gründe für Unzufriedenheit werden fehlende Zeit und Hektik, ungünstige Dienstplangestaltung, sowie mangelnder Informationsfluss genannt. Der Dienstplan ist teilweise so gestaltet, dass einzelne Beschäftigte zehn Tage hinter einander arbeiten müssen. Diese Zeitproblematik und der Informationsfluss werden in späteren Leitpunkten vertiefend beleuchtet.

Die Leitung ist unzufrieden in Situationen „...wenn jemand nicht mitdenkt bei der Arbeit oder wenn jemand keine Verantwortung übernimmt“ (Pflegedienstleitung, Zeile 23-24). Sie vermutet dabei, dass dies durch den Führungsstil der ehemaligen Heimleitung „anerkannt wurde“ (Pflegedienstleitung, Zeile 37). Dabei beschreibt sie den Führungsstil der früheren Leitung und die möglichen Auswirkungen auf die Arbeitsweisen der Mitarbeiter folgendermaßen: „...wo der alte Leiter noch hier war, war es glaube ich nicht gewünscht, mitzudenken und die Mitarbeiter, die mitgedacht haben, und die auch mal den Mund aufgemacht haben, die hatten eigentlich schon verloren bei dem Leiter, der vorher hier war. Und ich denke, das ist einfach so eine Sache, die so ein bisschen anerkannt wurde so über die Jahre.“ (Pflegedienstleitung, Zeile 33-37). Der Leitungswechsel fand einige Monate vor der Befragung statt.

⁵⁵ Es liegt die Vermutung nahe, dass Mitarbeiter in bestimmten Situationen nicht entsprechend den Anweisungen handeln, in denen sie mit den Rahmenbedingungen unzufrieden sind. Das betrifft zum Beispiel ungünstige Dienstplangestaltung und mangelnder Informationsfluss (vgl. u. a. Fischer, 1989; Rieder 1999).

b) individuelle Bedingungen

Was gefällt den Mitarbeitern besonders am Beruf?

An dieser Stelle des Interviews soll herausgestellt werden, welche Aspekte den Mitarbeitern an ihrem Beruf besonders gefallen. Diese bieten eine Möglichkeit zur Erklärung von Belastungen. Es können immer dann Belastungen im Berufsalltag auftreten, wenn die positiven Aspekte des Berufes zeitweise nicht gegeben sind.

Überwiegend wird als positiver Aspekt des Pflegeberufes der Umgang mit den Menschen genannt. Dies äußern vierzehn der befragten Mitarbeiter. Dabei steht der soziale Kontakt im Vordergrund, z. B. „...der Kontakt zu den Leuten (Pflegehilfskraft 4, Zeile 64),...es ist mehr an Gesprächsführungen, psychosozialer Betreuung noch da...“ (Pflegehilfskraft 4, Zeile 66-67). Das Gefühl, anderen helfen zu können, z. B. „...dass ich denen helfen kann...“ (Pflegehilfskraft 3, Zeile 21) und „...dass sie meine Hilfe wollen und brauchen...“ (Pflegefachkraft 5, Zeile 37-38) spielt ebenso eine besondere positive Rolle für die Pflegenden.

Als ein weiterer positiver Aspekt der Tätigkeiten wird die Möglichkeit der eigenen Organisation der Arbeit beschrieben. Dies äußern jedoch keine Mitarbeiter des Pflegebereichs, sondern die Hauswirtschaftskraft und die Ergotherapeutin. Die Hauswirtschaftskraft (Zeile 52-53) beschreibt als positiven Aspekt ihre Eigenverantwortlichkeit: „dass ich mir meine Arbeit einteilen kann, wie ich möchte, und dass ich auch alleine dafür verantwortlich bin“. Die Ergotherapeutin benennt ihre Selbständigkeit als überwiegend positiv: „...meine Arbeit so gestalten kann, wie ich möchte, wie ich denke, dass es richtig ist. (Zeile 25-26) ...freie Bahn, und kann mich da entfalten, entwickeln und tun und lassen was ich möchte und denke...“ (Zeile 26-27). In dieser Aussage hebt sie ebenfalls als einen Effekt der Selbstorganisation ihrer Arbeit die eigenen Entfaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten hervor.

Neben der Selbständigkeit spielen ebenfalls die Rückzugsmöglichkeiten eine wichtige Rolle: „...dass ich endlich mal ein Büro habe, wo ich endlich mal die Tür zu machen kann und wo ich in Ruhe arbeiten kann“ (Pflegedienstleitung,

Zeile 52-54). Dies betont auch der Hausmeister (Zeile 30-31): „...ich bin relativ frei. ...so lange ich alles in Ordnung halte, redet mir da auch keiner rein“. Wichtig ist einigen Mitarbeitern außerdem das Betriebsklima: „...der Zusammenhalt auch untereinander,...dass man sich wohl fühlt hier, und dass ich meine Arbeit gerne mache...“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 75-77). Mit der Aussage: „Anerkennung von den Kollegen...auch vom Chef...“ (Pflegefachkraft 5, Zeile 38-40) wird außerdem deutlich, wie wichtig die Anerkennung der geleisteten Arbeit sowohl im Team als auch von den Vorgesetzten ist.

Entspricht die Tätigkeit den Vorstellungen vom Beruf?

An dieser Stelle wird direkt danach gefragt, ob die Arbeit im Seniorenheim tatsächlich den Vorstellungen entspricht, die bei der Berufswahl entscheidend waren.

Neun der befragten Mitarbeiter äußern, dass die Tätigkeiten ihren Vorstellungen vom Beruf entsprechen, z. B. „Die Vorstellung ist schon so, wie ich mir das dargelegt habe“ (Pflegehilfskraft 2, Zeile 30) oder „...doch, würde ich schon sagen“ (Pflegefachkraft 3, Zeile 32).

Die Hauswirtschaftskraft (Zeile 72-73) stellt fest, dass ihre Aufgaben nicht denen einer Hauswirtschafterin entsprechen: „...da mache ich eben hier mit die Pflege und die Hauswirtschaft und alles, außer putzen“. Sie war vor ihrer Tätigkeit im Pflegeheim in einer Reinigungsfirma beschäftigt und vergleicht die Aufgaben einer Reinigungskraft mit ihren derzeitigen Tätigkeiten.

Einige Pflegehilfskräfte, deren Ausbildungen im Pflegebereich nicht anerkannt werden⁵⁶, äußern Abweichungen zwischen ihren Tätigkeiten und ihren Vorstellungen vom Beruf. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Pflegehilfskraft 3 (Zeile 37-38): „...könnte mehr sein. Für mich ist es nicht ausreichend. Ja, das, was ich gelernt habe, und das ich gerne machen wollte, darf ich ja nicht“. Sie hatte eine Ausbildung zur Familienpflegerin absolviert, in der sie auch einige medizinische Behandlungspflegemaßnahmen erlernt hat. Diese wird jedoch in

⁵⁶ Vgl. dazu Kapitel 6.3.3.1 Kurzbeschreibung der Interviewpartner

Seniorenpflegeheimen nicht anerkannt, und sie muss nun als Pflegehilfskraft ausschließlich Grundpflege und unterstützende Tätigkeiten unter Anleitung ausführen. Die Pflegehilfskraft 6 äußert, dass neben den Pflgetätigkeiten zusätzlich hauswirtschaftliche Tätigkeiten ausgeübt werden müssen: „Es ist mehr dazu gekommen (Zeile 34)... mehr Reinigung und Wäsche“ (Zeile 36). Dies entspricht nicht ihren Vorstellungen vom Pflegeberuf. Die Pflegehilfskraft 7 empfindet dies anders als die Pflegehilfskraft 6. Sie hat eine Ausbildung im Bereich Hauswirtschaft absolviert. Mit ihrer Aussage „Nein. Ist ja was vollkommen anderes“ (Pflegehilfskraft 7, Zeile 36) drückt sie aus, dass ihre Vorstellung vom pflegenden Beruf sogar mit mehr hauswirtschaftlichen Tätigkeiten verbunden ist.

Die Pflegefachkraft 5 (Zeile 46-47) benennt einen weiteren Aspekt, der nicht ihren Vorstellungen vom Beruf entspricht: „...Altenpflege bedeutet ja nicht nur pflegen, sondern auch betreuen, und die Betreuungsgeschichte funktioniert hier noch nicht so richtig“. Hier wird deutlich, dass das Zusammensein mit den Bewohnern und ihre Betreuung ein wesentlicher Teil des Berufsbildes ist. Die Pflegefachkraft 6 (Zeile 70-71) thematisiert die Pflegedokumentation, die nicht ihren Vorstellungen vom Beruf entspricht: „...was mir schwer fällt, das ist eigentlich das A und O der Altenpflege, ist leider Gottes die Dokumentation. Viel zu lang. ...“⁵⁷. Indem sie die Dokumentation als „das A und O der Altenpflege“ bezeichnet, verdeutlicht sie jedoch, dass dies bereits ein wesentlicher Bestandteil des Berufsbildes geworden ist. Es ist vorrangig der Umfang der Dokumentation, der nicht ihren Vorstellungen entspricht.

Im Bereich der Haustechnik entsprechen die Tätigkeiten des befragten Mitarbeiters ebenfalls nicht seinen Vorstellungen vom Beruf: „Na ja, es nennt sich zwar Haustechnik, steht vorn dran, aber das ist ein Mädchen für alles“ (Hausmeister, Zeile 33-34). Im Interview ließ sich dabei ein hoher Grad an Unzufriedenheit erkennen. Die Pflegedienstleitung lässt dazu eine offene Grundeinstellung erkennen: „Hatte ich nicht konkrete Vorstellungen. Ich habe es einfach so auf mich

⁵⁷ Wie hoch der tatsächliche Anteil der genannten Tätigkeiten an der Gesamtarbeitszeit ist, wird in Kapitel 6.4.2 Datenauswertung genauer beleuchtet.

zukommen lassen“. Es wird deutlich, welche große Rolle dabei die eigene Einstellung und die Erwartungen an die auszuübenden Tätigkeiten spielen⁵⁸.

Gründe, den Arbeitsplatz zu wechseln

Hier werden die Interviewpartner gefragt, ob sie zurzeit konkrete Gründe für einen Arbeitsplatzwechsel sehen. Es soll festgestellt werden, wie hoch der tatsächliche Leidensdruck in Bezug auf die Unzufriedenheiten und die im späteren Verlauf des Interviews thematisierten Belastungen ist.

Von den achtzehn befragten Mitarbeitern äußern fünfzehn, dass sie keinen Grund sehen, den Arbeitsplatz zu wechseln. So sagt z. B. die seit vier Jahren in diesem Seniorenheim tätige Pflegehilfskraft 2 (Zeile 38): „Nein, überhaupt nicht. Ich habe auch noch nicht einmal gespielt mit dem Gedanken“. Auch die Pflegefachkraft 1 äußert deutlich: „Also ich würde gerne hier bleiben wollen. Länger. (Zeile 91) Nein ich würde nicht wechseln wollen“ (Zeile 93), nachdem sie in diesem Pflegeheim ihre dreijährige Ausbildung zur Altenpflegerin absolviert hat und nun seit zwei Monaten als Pflegefachkraft beschäftigt ist.

Die Pflegehilfskraft 6 (Zeile 53) nennt vorsichtig den finanziellen Aspekt: „...geldmäßig, aber sonst von der Arbeit her nicht“. Lediglich eine Mitarbeiterin spricht als möglichen Grund, den Arbeitsplatz zu wechseln, die Arbeitsbelastung an: „Ach man denkt schon manchmal daran. Weil man älter ist. Man will sich vielleicht was Ruhiges suchen. Aber gibt es denn was Ruhigeres?“ (Pflegefachkraft 6, Zeile 81-82). Die Arbeitsbelastung wird im nächsten Leitpunkt des Interviews erfragt und im Folgenden dargestellt.

⁵⁸ Diese Unterschiede in der Einstellung können jedoch noch auf weitere Aspekte zurück zu führen sein, die wir an dieser Stelle nicht eindeutig festlegen können, z. B. Alter, Sozialisation, bisherige Berufserfahrungen etc.

6.3.3.3 Ergebnisse zu Arbeitsbelastung

a) Zeitfaktor

Einschätzung der Arbeitsbelastung

An dieser Stelle des Interviews werden die Befragten gebeten, ihre Arbeitsbelastung einzuschätzen. Der Begriff wird noch sehr allgemein gehalten, um die Interviewpartner nicht zu beeinflussen und eine möglichst hohe Offenheit der Antworten zu ermöglichen. An späterer Stelle im Interview wird in Bezug auf die individuelle Belastung weiterführend nach verschiedenen Belastungsarten gefragt.

Sechs der befragten Mitarbeiter schätzen die Arbeitsbelastung als hoch ein. Hierfür werden verschiedene Gründe genannt, z. B. plötzlich auftretende Notfallsituationen: „Sehr hoch!...(Zeile 108) weil ich für Vieles immer ein offenes Ohr haben muss...(Zeile112) Ich (bin) eben grad mitten beim Waschen oder das und dieses und mitten im Tisch, (da) erstickt jemand halb, muss ich raus rennen, sofort umschalten und da reagieren...“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 113-115). Als weiterer Grund wird die körperliche Anstrengung genannt: „Hart. (Zeile 66) Weil man den ganzen Tag auf den Beinen ist und hat kaum Zeit. (Zeile 68) ...sonst rennt man nur rum“ (Pflegehilfskraft 3, Zeile 69-70). Mit der Äußerung „...wenn man Familie hat, ist man einfach mehr kaputt als Alleinstehende“ beschreibt die Pflegehilfskraft 6 (Zeile 63-64), dass die familiäre Situation die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung noch verstärken kann.

Überwiegend wird die Arbeitsbelastung als situationsbedingt unterschiedlich eingeschätzt. Dies äußerten acht Interviewpartner. So wird zum Beispiel die Urlaubszeit als belastende Situation dargestellt: „...gerade wenn die Urlaubszeit ist oder es ist Urlaub und da werden auch gerade welche krank...“ (Hauswirtschaftskraft, Zeile 101-102). Die Pflegefachkraft 3 (Zeile 45-48) beschreibt die Wochenenden und die Spätdienste als belastende Zeiten: „es ist manchmal echt knapp. ...am Wochenende im Spätdienst mal eben zu zweit für den ganzen Wohnbereich“. So wird die Einteilung von zwei Pflegemitarbeitern pro Wohnbereich im Rahmen der Dienstplangestaltung als belastend empfunden.

Eine Pflegehilfskraft äußert zunächst, dass sie die Belastung schwer einschätzen könne: „Tja, die müssen andere einschätzen. Kann ich das denn selber?“ (Pflegehilfskraft 1, Zeile 53) und schätzt ihre Arbeitsbelastung auf Nachfrage des Interviewers schließlich als niedrig ein: „Gut bis sehr gut“ (Pflegehilfskraft 1, Zeile 60). Sie begründet diese Einschätzung mit der Äußerung: „Nein, also da würde ich sagen, bin ich recht gut“ (Zeile 57) und schätzt damit ein, dass sie persönlich die Aufgaben gut bewältigen kann.

Einschätzung der Zeit

Hier soll herausgestellt werden, ob die zur Verfügung stehende Zeit ausreicht, um alle Anforderungen zu bewältigen. Die Zeit für die Erledigung der Aufgaben wird, ähnlich wie die Arbeitsbelastung, als situationsbedingt unterschiedlich eingeschätzt. Dies äußern sechs Interviewpartner. Die Hauswirtschaftskraft benennt einen konkreten Wochentag, an dem die Zeit zur Bewältigung der Aufgaben ausreicht: „...abhängig vom Tag. Also Freitag ist zum Beispiel total stressig... Heimbewohnerwäsche...“ (Zeile 137-138). Die Pflegefachkraft 1 (Zeile 132-134) kann dies nicht einem Wochentag zuordnen: „Tage, da kann man sich mehr Zeit nehmen und es gibt Tage, kann man wirklich keine Zeit nehmen sich. Muss man rennen...“. Hier spielen mehrere Faktoren eine Rolle, die sich scheinbar zufällig an einzelnen Tagen häufen.

Fünf der befragten Mitarbeiter schätzen die Zeit für die Erledigung ihrer Aufgaben als ausreichend ein, z. B. „Die ist gut. (Zeile 73) ...da wir das gewöhnt sind und die Handgriffe sitzen...“ (Pflegehilfskraft 1, Zeile 76) oder „also die Zeit für die Heimbewohner, die ich mir bei jedem einzelnen lasse, ist ausreichend.“ (Pflegehilfskraft 3, Zeile 120-121). Vier der fünf Mitarbeiter, welche die Zeit als ausreichend einstufen, sind in der Einrichtung als Pflegehilfskräfte eingestellt. Da die Pflegefachkräfte jeweils die Verantwortung für die Bewohner des Wohnbereiches tragen und die Pflegehilfskräfte lediglich angeleitet tätig sind, wird von den Fachkräften der Zeitmangel mit höherer Belastung wahrgenommen als von den Pflegehilfskräften. Drei der befragten Pflegefachkräfte äußern, dass die Zeit generell nicht ausreicht, z. B.: „Es ist jede Minute ausgefüllt. Es bleibt keine Zeit mehr, wo du noch eine Lücke hast. Im Gegenteil, du nimmst Sachen noch mit. In Gedanken so wie so mit nach Hause und für die Dokumentation ist keine

Zeit, ganz wenig“ (Pflegefachkraft 4, Zeile 68-70). Sie sagt hier deutlich, dass die Zeit für die Pflegedokumentation nicht ausreicht.

Zwei der befragten Mitarbeiter stellen fest, dass die Zeit zur Erledigung der Aufgaben etwas mit der Organisation der Arbeit zu tun hat. Im Bereich der sozialen Betreuung strukturieren die Mitarbeiter ihren Tagesablauf weitestgehend selbstständig. Es gibt feste Tageszeiten für Gruppenangebote. Die übrige Zeit können die Ergotherapeuten flexibel für Einzelbetreuungen und zur Vorbereitung der Beschäftigungsangebote nutzen. Die Ergotherapeutin (Zeile 104-105) empfindet dementsprechend die Zeit als ausreichend: „...das klappt alles wunderbar, ich kann es mir ja selbst organisieren“. Eine Pflegehilfskraft stellt den Zusammenhang von Zeitmangel mit der Organisation der Arbeit wie folgt dar: „Die Zeit ist sicherlich knapp, das liegt aber einfach auch mit an der Struktur des Tagesablaufes...“ (Pflegehilfskraft 4, Zeile 198-199). Pflegehilfskräfte arbeiten im Gegensatz zu den Ergotherapeuten in festgelegten Strukturen und Abläufen. Sie haben zwar Möglichkeiten, diese zu ändern, aber sie müssen dazu Vorschläge und Ideen aus ihrer eigenen Motivation heraus initiieren, im Team besprechen und umsetzen⁵⁹.

Tätigkeiten, die aufgrund von Zeitmangel zurückgestellt werden

Da die zur Verfügung stehende Zeit häufig nicht zur Erledigung aller anfallenden Aufgaben ausreicht, sollen an dieser Stelle von den Befragten die Tätigkeiten genannt werden, die aufgrund von Zeitmangel häufig nicht bewältigt werden können.

Sieben der befragten Pflegemitarbeiter äußern, dass keine Zeit für eine Betreuung der Bewohner bleibt. Dies findet sich z. B. in folgenden Aussagen wieder: „...wir bräuchten vielleicht mehr Zeit für die Betreuung zwischendurch. Dass wir

⁵⁹ Die Frage, in welchem Maße die Mitarbeiter die Möglichkeiten nutzen, um die Organisation der Arbeit und somit auch die Arbeitsbelastung positiv zu beeinflussen und eigene Ideen einzubringen, ist Bestandteil des Interviewleitfadens für die Experteninterviews zum Zusammenhang zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und der objektiven Arbeitsanalyse (vgl. dazu Kapitel 6.6.2 Datenauswertung).

eben sich mal hinsetzt, jetzt lese ich ihnen was vor, möchten sie ein bisschen singen oder sonst dergleichen“ (Pflegehilfskraft 1, Zeilen 89-91) oder „...für den Bewohner. Halt mehr für Unterhaltung oder Beschäftigung fehlt halt die Zeit...“ (Pflegehilfskraft 6, Zeile 77)⁶⁰.

In der folgenden Tabelle sind die von den Interviewpartnern geäußerten Tätigkeiten, die aufgrund von Zeitmangel zurück gestellt werden, aufgelistet:

Tätigkeiten	Anzahl der Nennungen
Betreuung der Bewohner	7
Reinigungsarbeiten	5
Pflegeplanung und Dokumentation	4
Bewohnerwäsche	3
Gespräche	2
Organisatorisches	2
Pflegevisiten	1

Tabelle 2:

Tätigkeiten, die aufgrund von Zeitmangel zurückgestellt werden

Diese Übersicht verdeutlicht, dass am häufigsten die fehlende Zeit für die Betreuung der Bewohner genannt wurde. Nach den Reinigungsarbeiten sind die Pflegeplanung und Dokumentation Tätigkeiten, die häufig aufgrund von Zeitmangel zurück gestellt werden.

Gründe für fehlende Zeit

Die Interviewpartner sollen hier die möglichen Ursachen für fehlende Zeit angeben. Sieben Interviewpartner nennen Gründe, die auf die Organisation der Arbeit zurückzuführen sind. Dies verdeutlichen zum Beispiel folgende Äußerungen: „...Das ist nicht Hand in Hand – Arbeit“ (Pflegehilfskraft 6, Zeile 101) oder

⁶⁰ Die Zeit für zusätzliche Beschäftigung der Pflegemitarbeiter mit den Bewohnern fällt laut der Zeiterfassung in der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse tatsächlich sehr gering aus. Hierfür werden jedoch in der Analyse einzelne mögliche Ursachen offensichtlich (vgl. dazu Kapitel 6.4.2 Datenauswertung).

„Weil die Arbeitseinteilung nicht ist. Also man muss nachräumen oder man hat keine richtige Arbeitsorganisation. Wenn der Nachtdienst nämlich gleich die Wäsche ordentlich hinhängen würde, von den Bewohner selbst, bräuchte ich nicht so viel Zeit, um die ganze Wäsche noch hin und her zu räumen, zusammenzusuchen“ (Pflegefachkraft 5, Zeile 264-267). Die Pflegedienstleitung wählt hierfür folgende Formulierung: „...die Arbeit ist nicht strukturiert, nicht gut organisiert. Die rennen von A nach B und am Ende rennen sie wieder von A nach B...“ (Zeile 152-153) und führt folgendes Beispiel an: „Wenn zum Beispiel Dokumentationsblätter alle sind, dass dann nicht mal...die ganze Mappe durchguckt wird...was brauchen wir jetzt alles...jeden Tag kommt dann ein anderer Mitarbeiter, ja wir brauchen die Blätter...“ (Pflegedienstleitung, Zeile 155-158)⁶¹.

Als einen weiteren Grund für fehlende Zeit nennen vier der Interviewpartner zusätzliche Tätigkeiten wie zum Beispiel: „...Staub wischen, es geht bei uns bei den Zimmern zwei Vormittage drauf, um Staub zu wischen,... machen sie⁶² am Wochenende die Küchenarbeit ja auch mit...“ (Pflegefachkraft 2, Zeilen 152-154) oder „...dass die Fachkraft eigentlich den ganzen Dienst über mit Pflege noch mit beschäftigt ist... (Zeile 101-102) ...ich muss dann auch mit durchziehen...“ (Pflegefachkraft 3, Zeile 110-111). Im Bereich der Verwaltung kann man sich die Situation folgendermaßen vorstellen: „...manchmal wie auf dem Bahnhof“ (Verwaltungsfachkraft, Zeile 209) und „...da klingelt das Telefon, da steht jemand da, wenn Sie dann nachher noch so alleine sind...“ (Verwaltungsfachkraft, Zeile 141-142). Die zusätzlichen Tätigkeiten erschweren den Mitarbeitern die Bewältigung ihrer Aufgaben.

Drei der befragten Mitarbeiter äußern, dass die Personalbesetzung nicht ausreicht: „...vielleicht Personalmangel...“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 177) oder „...dass nur eine Fachkraft pro Schicht da ist. (Zeile 255) ...wenn sie nur ihre

⁶¹ Die hier genannten Beispiele lassen sich möglicherweise auf mangelnde Kommunikation in der Einrichtung zurückführen (vgl. dazu Kapitel 6.3.3.4 c Kommunikation).

⁶² Hier sind die Pflegemitarbeiter gemeint.

Arbeit macht, müsste sie es schaffen...“ (Pflegefachkraft 6, Zeile 257)⁶³. Dabei nennen zwei Interviewpartner die Anleitung ungelernter Pflegehilfskräfte und Helfer (auch Zivildienstleistende und Helfer im Freiwilligen sozialen Jahr) als eine Ursache für fehlende Zeit: „...dass wir ziemlich viele Leute haben, die wir anlernen müssen. (Zeile 298-299) ...wo ich kontrollieren muss, wo ich hinterher sein muss, wo ich erklären muss, wo ich mitlaufen muss...“ (Pflegehilfskraft 4, Zeile 301-302). Die Pflegefachkraft 4 (Zeile 111-114) erklärt dazu „...Wie sollst du als Fachkraft, die sollst du anlernen, aber die werden ja schon voll eingesetzt, in die Arbeitszeit. Da erledigst du ja denen ihre Aufgaben, die als volle Kraft geleistet werden muss, mit. Und hast für deine Aufgaben wenig Zeit“. Zu diesem Thema hat eine Pflegefachkraft an anderer Stelle geäußert, dass sie es als schwierig empfindet, wenn sie im Dienstzimmer ihren fachlichen Aufgaben nachgeht (z. B. Pflegeplanung, Dokumentation) während die Pflegehilfskräfte „...den Eindruck haben, sie habe gar nichts zu tun...“ (Pflegefachkraft 6, Zeile 349). Deshalb hilft sie den Pflegehilfskräften mit bei zusätzlichen Aufgaben, wie z. B. Staub wischen⁶⁴. Damit verbessert sie gegebenenfalls das Arbeitsklima, sie verliert jedoch Zeit zur Erledigung ihrer pflegefachlichen Aufgaben.

Im Bereich der Haustechnik werden die Wegezeiten als Grund für fehlende Zeit angegeben: „...ich habe ja riesige Wege.“ (Hausmeister, Zeile 129-130). Die Hauswirtschaftskraft äußert als mögliche Ursache: „...entweder hab ich mich verquatscht, dann mit irgendjemand (Zeile 253) ...oder man raucht vielleicht eine zuviel“ (Hauswirtschaftskraft, Zeile 255-256). Von achtzehn befragten Mitarbeitern sucht damit die Hauswirtschaftskraft als einzige Interviewpartnerin die Ursachen bei sich selbst, während die anderen Befragten ausschließlich äußere Umstände als Gründe für fehlende Zeit angeben.

⁶³ Die Heimmindestpersonalverordnung fordert eine Fachkraftquote von mindestens 50 %. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in Thüringen empfiehlt auf der Grundlage des Kuratoriums Deutscher Altenhilfe (KDA) eine Mindestbesetzung von einer Pflegefachkraft für bis zu 20 Bewohner im Dienst, diese Pflegefachkraft sollte dabei höchstens 3 ungelernete Pflegehilfskräfte anleiten. Diese Richtlinien erfüllt die untersuchte Einrichtung voll (vgl. hierzu Kapitel 6.1.1 Struktur der Einrichtung).

⁶⁴ Dieses Phänomen wird in der Analyse zur Organisation der Arbeit besonders deutlich (vgl. hierzu Kapitel 6.4.2 Datenauswertung).

b) individuelle Belastung

Im Bereich der individuellen Belastung soll zunächst herausgestellt werden, welche Faktoren die Arbeitsbelastung verstärken. Anschließend werden die Interviewpartner zu ihrer emotionalen, fachlichen und körperlichen Belastung befragt.

Faktoren, die Belastung verstärken

Vier der befragten Mitarbeiter nennen keine Faktoren, die eine Belastung verstärken. Die Verwaltungsfachkraft (Zeile 161-162) begründet ihre Aussage: „...das ist jetzt nicht so, dass ich sagen kann, das⁶⁵ belastet mich jetzt in dem Sinne. Das macht ja auch Spaß“. Acht Interviewpartner nennen Faktoren, die auf die Organisation der Arbeit zurück zu führen sind, z. B. „...dass man zwischen verschiedenen Arbeiten hin und her springt...“ (Pflegehilfskraft 4, Zeile 154-155). Insgesamt werden folgende Belastungsfaktoren genannt:

Faktoren	Anzahl der Nennungen
Organisation der Arbeit	8
Planung und Dokumentation	2
Umgang mit Ärzten	2
lange Flure	2
Arbeitsklima	1
Keine	4

Tabelle 3:

Faktoren, die Belastung verstärken

Die Organisation der Arbeit wird mit acht Nennungen am häufigsten als Faktor angegeben, der Belastungen verstärkt. Die Pflegeplanung und Dokumentation, der Umgang mit den Ärzten sowie lange Flure verstärken jeweils bei zwei Interviewpartnern die Arbeitsbelastung. Bei einer befragten Beschäftigten verstärkt das Arbeitsklima die Belastung.

⁶⁵ Mit ihrer Aussage bezieht sich die Verwaltungsfachkraft nicht auf eine besondere Situation sondern auf ihre Arbeit im Allgemeinen.

Emotionale Belastung

In sozialen und pflegerischen Berufen, in denen direkt mit pflegebedürftigen Menschen gearbeitet wird, spielt die emotionale Belastung eine besondere Rolle. An dieser Stelle des Interviews soll herausgefunden werden, in welchen Situationen die emotionale Belastung als besonders hoch empfunden wird.

Als emotional belastende Faktoren werden von den Interviewpartnern überwiegend Sterben (fünf Nennungen) und Krankheit (vier Nennungen) geäußert. Belastend wirkt sich zudem der Umstand aus, dass die Mitarbeiter wenig Zeit für die Sterbebegleitung haben: „...was mir sehr leid tut, das ist dass man halt eigentlich für die ...Sterbebegleitung keine Zeit hat. ...das tut einem auch weh“ (Pflegehilfskraft 2, Zeile 222-225). Dazu wird von den Interviewpartnern hervorgehoben, dass sie zu einigen Bewohnern bereits eine Bindung aufgebaut haben. Dies hebt insbesondere die Pflegefachkraft 3 mit folgender Aussage hervor: „...Sterbebegleitung. (Zeile 214) ...man hat dann schon eine richtige Bindung auch“ (Pflegefachkraft 3, Zeile 217).

Drei der befragten Mitarbeiter benennen als emotional belastend, dass sie die beruflichen Erlebnisse häufig mit in die Freizeit transportieren: „...wenn ich dann zu Hause bin, dann denke ich immer, du hast das, das und das hast du noch vergessen...“ (Pflegefachkraft 5, Zeile 414-415) oder „...ich hänge oft zu Hause mit den Gedanken noch auf Arbeit...“ (Pflegeteamleitung, Zeile 265). Somit können sie sich in ihrer Freizeit nicht ausreichend erholen und Kraft für den nächsten Arbeitstag schöpfen.

Einen weiteren emotional belastenden Faktor stellt das Arbeitsklima dar. Dazu äußerten sich drei Interviewpartner. Dabei wird auch das Thema Personalwechsel⁶⁶ angesprochen, mit seinen Auswirkungen sowohl auf das Team als

⁶⁶ Gemeint ist hier eine hohe Personalfuktuation. Die Ergebnisse der Next-Studie (vgl. Kapitel 5 Belastungen in der Altenpflege) führen dies auf die hohe Arbeitsbelastung zurück (Simon, Tackenberg, Hasselhorn u. a. 2005). Dies führt auf der einen Seite dazu, dass neue Mitarbeiter zunächst eingearbeitet werden müssen, um ihre Aufgaben adäquat erfüllen zu können. Auf der anderen Seite muss das Pflgeteam sich häufig neu orientieren, um ein positives Arbeitsklima und einen reibungslosen Arbeitsablauf zu schaffen.

auch auf die Bewohner: „...ziemlich Personalwechsel...(Zeile 469) ...wenn man als Wohnbereichsteam ziemlich eng zusammengestanden hat und dann kam das doch alles ziemlich plötzlich, das war schon für den Wohnbereich ziemlich belastend, auch für die Bewohner...“ (Pflegehilfskraft 4, Zeile 481-483). Als weiterer Faktor, der sich als emotional belastend in Bezug auf das Arbeitsklima auswirkt, klingt die Problematik in der Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften und ungelerten Pflegehilfskräften an: „...Also wenn ich irgendwas anbringe, und die Fachkraft - entweder sie versteht es nicht oder ich muss ihr mehrmals irgendwas sagen - darauf hinweisen, dass irgendwas neues am Bewohner oder irgendwas was sich verändert hat. Und ich schreib es auch noch in die Akte rein. Und es wird halt nicht wahrgenommen. Das beschäftigt...“ (Pflegehilfskraft 6, Zeile 268-272). In diesem Fall ist zwar die Fachkraft der Pflegehilfskraft hierarchisch überstellt und weisungsbefugt, sie muss jedoch bewohnerbezogene Hinweise auf Veränderungen von Seiten der Pflegehilfskraft ernst nehmen.

Auch der Umgang mit Ärzten wird von einer Pflegefachkraft als emotional belastend wahrgenommen: „...also dass der Arzt nur den alten Menschen sieht, wo nicht mehr viel dran zu bewegen ist“ (Pflegefachkraft 4, Zeile 179-180). Der belastende Faktor ist hierbei die Einstellung einzelner Ärzte zu den Bewohnern.

Eine Pflegefachkraft empfindet den Druck durch ihre fachlichen Anforderungen als emotional belastend. Sie trägt die Verantwortung für die fachgerechte Pflege in ihrem Wohnbereich und muss dies den Kollegen vermitteln: „Oder wie bringe ich es den Kollegen bei, dass sie endlich die Pflegeplanung⁶⁷ schreiben... (Zeile 312-313) ...wenn die Heimaufsicht zur Kontrolle kommt, steh ich da und muss den Kopf hinhalten“ (Pflegefachkraft 2, Zeile 315-316). Zwei der Interviewpartner äußern keine emotionale Belastung.

⁶⁷ Die Pflegeplanung ist die Grundvoraussetzung für fachgerechte Pflege. Die Nachvollziehbarkeit und die regelmäßige Evaluation der Pflegeplanung werden bei jeder Qualitätsprüfung detailliert überprüft. In der Zeiterfassung zur Analyse der Arbeitsorganisation nimmt die Pflegeplanung einen sehr geringen Anteil ein. Grund hierfür sei, dass die Pflegefachkräfte aufgrund von Zeitmangel die Pflegeplanungen zu Hause in ihrer Freizeit schreiben bzw. evaluieren (vgl. hierzu Kapitel 6.4.2 Datenauswertung und 6.6.2 Datenauswertung).

Fachliche Belastung

Der Druck durch fachliche Anforderungen wurde bereits von einer befragten Pflegefachkraft als emotional belastend beschrieben. An dieser Stelle des Interviews wird gezielt nach fachlichen Belastungen gefragt, welche die Bewältigung der Aufgaben erschweren. Zehn der befragten Mitarbeiter empfinden keine fachliche Belastung. Wenn sie ihre fachlichen Grenzen erkennen, dann fragen sie entweder ihre Kollegen oder lesen in der aktuellen Fachliteratur nach. Dies empfinden sie jedoch nicht als belastend im engeren Sinne.

Die Pflegedokumentation wird von zwei Mitarbeitern als fachlich belastend eingeschätzt. Eine Pflegehilfskraft betont dabei jedoch nicht den fachlichen Anspruch, sondern eher den Zeitfaktor: „...dass ich so viel Akten schreiben muss...(Zeile 243-244) ... das belastet mich doch ganz schön, weil die Akten nehmen so viel Zeit weg, ...“ (Pflegehilfskraft 2, Zeile 245-246). Es bleibt für den Betrachter offen, ob der hohe Zeitfaktor aus der Arbeit selbst oder eventuell auch aus dem eigenen hohen fachlichen Anspruch an die Pflegedokumentation resultiert. Eine Pflegefachkraft betont an dieser Stelle die hohe fachliche Belastung für Pflegefachkräfte, welche die Pflegefachkraft 2 bereits als emotionale Belastung angesprochen hat: „Ja, das ist ja eigentlich das, wo ja auch die Fachkraft immer den Kopf dafür hin hält. Dass halt die Akten stimmen und die Aktenführung“ (Pflegefachkraft 3, Zeile 223-224). Hier wirkt sich das hohe Maß an Verantwortung, das die Pflegefachkräfte tragen, als besondere fachliche Belastung aus.

Der Hausmeister äußert an dieser Stelle seinen Bedarf an fachlicher Weiterbildung: „...alle werden zu Weiterbildungen geschickt, außer wir. (Zeile 227) ...siehst du es nur von Handwerkern, hörst oder sprichst mit denen. Lässt es dir zeigen“ (Zeile 229-230). Er empfindet demnach die handwerklichen Tätigkeiten, für die er keine Schulung erhalten hat, als fachlich belastend. Der Hausmeister äußert damit außerdem eine gewisse Benachteiligung gegenüber den Pflege-
mitarbeitern, die regelmäßig an Weiterbildungen teilnehmen können.

Körperliche Belastung

Pflegearbeit ist keineswegs nur Betreuungsarbeit, sondern stellt zum Teil auch erhebliche körperliche Anforderungen. Welche der körperlichen Anforderungen als belastend empfunden werden, soll hier dargestellt werden.

Als körperlich belastend stufen neun Interviewpartner das Bewegen der Bewohner ein. Sie betonen zwar, dass sie die Bewohner möglichst zu zweit heben sollen, jedoch ist dies aufgrund von Zeitmangel häufig nicht möglich: „Das Heben (Zeile 264) ...wir sollen auch nicht alleine hoch ziehen, aber man macht es. Weil der Andere anderweitig beschäftigt ist oder es vielleicht zu lange dauert...“ (Pflegehilfskraft 2, Zeile 267-268). Ebenso besteht die Möglichkeit, Hilfsmittel zu verwenden. Diese werden jedoch nicht immer genutzt: „Es gibt ja auch die Möglichkeiten für das Hebegerät. Aber das benutzt halt niemand“ (Pflegehilfskraft 6, Zeile 298-299). Um die Bewohner rückenschonend zu bewegen, fand in der Einrichtung eine Schulung statt, in der die Mitarbeiter lernen, mit der richtigen Technik zu heben. Dabei hat sich herausgestellt, „...dass wir halt nicht unbedingt rückenschonend arbeiten“ (Pflegefachkraft 5, Zeile 437-438). Einige Mitarbeiter reflektieren das Erlernte bereits „...da braucht man keine Hilfsmittel. Nur Technik, körperliche Technik“ (Pflegefachkraft 4, Zeile 218-219). Offensichtlich ist die Benutzung eines Hebegerätes als Pflegehilfsmittel mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden und wird deshalb von den Pflegemitarbeitern abgelehnt.

Zwei der befragten Mitarbeiter empfinden keine körperliche Belastung: „Nichts. Und wenn, dann machen wir es zu zweit“ (Pflegehilfskraft 1, Zeile 192) und „...da denke ich mir dann schon was aus. Wo es dann ein bisschen leichter geht“ (Pflegehilfskraft 7, Zeile 214). Von der Pflegedienstleitung (Zeile 281) wird langes Sitzen als körperlich belastend empfunden: „Ja, das lange Sitzen auf dem Stuhl“. Zu den Aufgaben der Pflegedienstleitung gehören auch zeitaufwändige Bürotätigkeiten, die am Schreibtisch verrichtet werden.

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass die Arbeit in der stationären Pflege überwiegend als emotional und körperlich belastend beschrieben wird.

Eine fachliche Belastung ist bei einzelnen Pflegefachkräften aufgrund der hohen Verantwortung zu verzeichnen.

6.3.3.4 Ergebnisse zur derzeitigen Organisation der Arbeit

Die Interviewpartner wurden zur gegenwärtigen Organisation ihrer Arbeit befragt. Die Aussagen sollen einen Einblick in ihre Wahrnehmung der Aufgaben, der Zusammenarbeit im Team und der Kommunikation geben.

a) Aufgaben

Kenntnis der Stellenbeschreibung

Jeder Mitarbeiter des Seniorenheimes erhält bei seiner Einstellung eine Stellenbeschreibung. In dieser sind alle Aufgaben des Beschäftigten beschrieben. Der überwiegende Teil der Interviewpartner kennt seine Stellenbeschreibung. Dies haben dreizehn der befragten Mitarbeiter geäußert. Drei Interviewpartner erklären, dass ihre Stellenbeschreibung zurzeit überarbeitet wird, bzw. aktualisierungsbedürftig ist. Lediglich eine Interviewpartnerin äußert, dass sie ihre Stellenbeschreibung nicht kennt.

Zusätzliche Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereiches

Im Berufsalltag fallen neben den in der Stellenbeschreibung festgelegten Aufgaben zusätzliche Tätigkeiten an. Diese können Zeitmangel verursachen. Welche konkreten zusätzlichen Arbeiten in der Pflegeeinrichtung erledigt werden müssen, bringen die Interviewpartner im Folgenden zur Sprache.

Neun der befragten Mitarbeiter äußern, dass sie zusätzlich zu ihrem Aufgabenbereich Reinigungsarbeiten übernehmen. Dies nennt jede der sechs befragten Pflegefachkräfte. Ebenso nennen vier Interviewpartner, darunter drei Pflegefachkräfte, die Wäscheversorgung als zusätzliche Tätigkeiten. Des Weiteren nennen zwei Pflegefachkräfte die Versorgung der Bewohner zu den Mahlzeiten (darunter auch das Decken der Tische und das Abräumen des Geschirrs) als zusätzliche Tätigkeiten. Hieran wird deutlich, dass die Pflegefachkräfte einige Arbeiten der Pflegehilfskräfte übernehmen, um sich mit ihnen auf eine Ebene zu

stellen. Dies konkretisiert die Pflegefachkraft 2 mit folgender Aussage: „Ja, kommt schon vor (Zeile 220) ...ich verlange von Niemandem hier irgendetwas, was ich selber nicht auch tue“ (Zeile 221-222). Einzelne Pflegefachkräfte scheinen zu befürchten, dass ihre fachlichen Aufgaben evtl. im Team nicht als Arbeit im eigentlichen Sinne anerkannt werden⁶⁸.

Ebenso werden von den Mitarbeitern Tätigkeiten des Bereiches Haustechnik übernommen. Dies nennen zwei der Interviewpartner. Die Pflegefachkraft 5 (Zeile 351-353) begründet dies u. a. unter dem Aspekt der Effektivität: „...bevor ich wieder den⁶⁹ frage, ...mache ich das lieber schnell selber“. Lediglich eine Pflegehilfskraft gibt an, dass sie keine zusätzlichen Tätigkeiten übernimmt.

Die zusätzlichen Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereiches lassen sich wie folgt zusammenfassen.

Tätigkeiten	Anzahl der Nennungen
Reinigungsarbeiten	9
Wäsche	4
Tischdienst	2
Haustechnik	2
Grundpflege	1
Keine	1

Tabelle 4:
Zusätzliche Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereiches

⁶⁸ Vgl. dazu auch Pflegefachkraft 6, Zeilen 346-349

⁶⁹ Gemeint ist hier der Hausmeister.

Arbeitsklima

Das vorherrschende Arbeitsklima in einer Einrichtung kann sich erheblich auf die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung auswirken. Deshalb werden die Befragten an dieser Stelle des Interviews gebeten, das gegenwärtige Arbeitsklima in ihrem Pflegeheim zu beschreiben.

Neun der Interviewpartner schätzen das Arbeitsklima als gut ein. Die Pflegefachkraft 4 (Zeile 131-132) äußert hierzu: „...gut...so lange das noch so ist, da fühlt man sich auch noch wohl. Und da schafft man auch alles andere“. An dieser Aussage wird nachvollziehbar, welche Bedeutung eine gutes Arbeitsklima für die Wahrnehmung von Belastung und für die Bewältigung der Arbeit im Berufsalltag einnimmt.

Mit der folgenden Aussage einer Pflegefachkraft wird deutlich, wie schwer den Pflegemitarbeitern die Akzeptanz der verschiedenen Aufgaben von Pflegefachkräften und ungelernten Pflegehilfskräften fällt: „...die rechnen mir das hoch an, dass ich mit Staub wischen gehe. ...Während die anderen dann wirklich den ganzen Vormittag am Schreibtisch sitzen, obwohl die Kollegen eigentlich den Eindruck haben, sie haben gar nichts zu tun“ (Pflegefachkraft 6, Zeile 346-349). Zugunsten des Arbeitsklimas findet eine regelmäßige Vermischung der Tätigkeiten statt. Das bedeutet, dass die Aufgaben der Pflegefachkräfte und der Pflegehilfskräfte in der praktischen Ausübung nicht strikt getrennt werden, obwohl dies in den Stellenbeschreibungen so vorgesehen ist. Zu den Aufgaben von Pflegefachkräften gehören verschiedene zeitaufwändige Tätigkeiten, die lediglich am Schreibtisch zu verrichten sind, z. B. die Pflegedokumentation sowie das Formulieren und Evaluieren der Pflegeplanung. Die Befürchtung der Fachkräfte, dass die Kollegen diese Tätigkeiten nicht als Arbeit im eigentlichen Sinne empfinden, scheint sie zu veranlassen, Arbeiten der Pflegehilfskräfte zu übernehmen und einen Teil ihrer eigentlichen Aufgaben in ihrer Freizeit zu erledigen⁷⁰.

⁷⁰ Dies wird besonders an dem sehr geringen Anteil der Tätigkeit „Pflegeplanung“ in der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse deutlich. Der Aspekt des geringen Zeitanteils an pflegefachlichen Tätigkeiten wurde in den Experteninterviews zum Zusammenhang zwischen der subjektiven

Sieben der befragten Mitarbeiter sagen aus, dass das Klima unter den Kollegen deutlich verbesserungswürdig sei. Das Arbeitsklima im Team wird beispielsweise mit folgenden Äußerungen beschrieben: „...unter Frauen gibt's immer mal Gehacke...“ (Pflegefachkraft 3, Zeile 133) sowie „...es gibt halt ein paar Kollegen, ...die kann ich so schlecht einschätzen...“ (Pflegefachkraft 5, Zeile 307-308). Dem Betrachter bleibt die Frage offen, ob dies ein spezielles Phänomen der Altenpflege ist, oder sich auch in anderen Arbeitsfeldern wiederfindet.

Probleme in der Zusammenarbeit

Die reibungslose Zusammenarbeit im Team ist in der Pflege von besonderer Bedeutung. Die Arbeit kann nur bewältigt werden, wenn die Mitarbeiter sich gegenseitig unterstützen, beraten und rechtzeitig Informationen und Beobachtungen zu den Bewohnern austauschen.

Acht der Interviewpartner empfinden keine Probleme in der Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern. Drei der befragten Beschäftigten sagen aus, dass auftretende Probleme untereinander sofort besprochen und gelöst werden. Dies findet sich zum Beispiel in den folgenden Aussagen wieder: „...ich gucke mir das eine Zeit lang an, dann spreche ich das an, und dann ist das für mich gegessen“ (Pflegehilfskraft 2, Zeile 214-216) und „...wenn es welche gibt, werden sie gleich ausgeräumt“ (Ergotherapeutin, Zeile 282-283). Da von den angesprochenen Mitarbeitern die Probleme in der Zusammenarbeit sofort bewältigt werden, wirken sich diese nicht negativ auf ihre Arbeitsbelastung aus.

Eine Interviewpartnerin äußert als Problem in der Zusammenarbeit, dass Kollegen nicht den Anweisungen entsprechend handeln. Dieses Problem beschreibt eine junge Pflegefachkraft und vermutet als Ursache ihr Alter: „...wenn ich andere Sachen ständig nachräumen muss, oder wenn sie jetzt denken, nur weil ich jung bin, können sie sich über mich hinwegsetzen und nicht auf mich hören“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 291-293). Sie absolvierte die Ausbildung zur Altenpflege-

ven Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und der objektiven Arbeitsanalyse aufgegriffen und analysiert (vgl. dazu die Datenauswertung in Kapitel 6.4.2 und 6.6.2).

gerin in diesem Hause und hat das Gefühl, dass sie jetzt als examinierte Fachkraft noch immer wie eine Auszubildende behandelt wird.

Als ein weiteres Problem in der Zusammenarbeit äußert eine Pflegefachkraft, dass einige Kollegen verschlossen gegenüber neuen Vorschlägen und Ideen sind: „...ich versuche im Team immer wieder neue Sachen zu erarbeiten, wie könnten wir uns was leichter machen, wie könnten wir uns was vereinfachen. Bloß, da fehlt mir ein bisschen die Resonanz und die Vorschläge aus meinem Team. Also es sind nur wenige, die sich jetzt wirklich intensiv Gedanken darüber machen, ...“ (Pflegefachkraft 2, Zeile 264-268)⁷¹. Für diese Pflegefachkraft ist die Bereitschaft des Teams, Ideen und Änderungsvorschläge zu entwickeln bzw. anzunehmen, ein wesentliches Kriterium für gute Zusammenarbeit.

Eine Pflegehilfskraft äußert ein Problem in der Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften: „...und wenn draußen halt Arbeit ist, dann setzen sich manche in das Büro...“ (Pflegehilfskraft 6, Zeile 231-232). Hier wird deutlich, dass die fachlichen Tätigkeiten der Pflegefachkräfte im administrativen Bereich nicht als Arbeit, im eigentlichen Sinne, anerkannt werden. Sie vermutet, dass Fachkräfte der Pflegearbeit ausweichen: „Sicher gibt es immer was zu tun, aber an manchen Tagen ist auch nicht irgendwelche Ärzte anrufen oder irgendwelche Termine machen. Die setzen sich dann rein, um dann irgendwie auszuweichen. Und draußen rennen wir uns dann zu zweit die Beine ab“ (Pflegehilfskraft 6, Zeile 232-235). In ihrer Aussage reduziert sie die „Büroaufgaben“ einer Fachkraft auf Telefonate mit Ärzten und Vereinbaren von Terminen. Zeitaufwändige und notwendige Tätigkeiten wie Pflegeplanung und Dokumentation werden hierbei nicht beachtet. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Aufgaben von Fachkräften in der Einrichtung nicht transparent für alle Mitarbeiter dargestellt werden.

⁷¹ Dieses Beispiel bestätigt sich während der Interviews in den Fragen zu Änderungsvorschlägen. Die Interviewpartner äußern zwar, dass die Arbeit anders organisiert werden müsse, entwickeln jedoch wenig eigene Änderungsvorschläge (vgl. Kapitel 6.3.3.5 Ergebnisse zum Entwicklungs- und Veränderungsprozess).

b) Kommunikation

Eine funktionierende interne Kommunikation ist mitunter ein wesentliches Kriterium der effektiven Arbeitsorganisation und der Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit (vgl. u. a. Hacker 2005). Wird diese als unzureichend empfunden, kann dies die Empfindung einer hohen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter verstärken⁷².

Absprachen zwischen den verschiedenen Bereichen des gesamten Hauses

Neben den Absprachen im Team sind auch die Absprachen zwischen allen Bereichen der Einrichtung zur Bewältigung der Arbeit wichtig. Dies betrifft die Bereiche Pflege, Hauswirtschaft, Haustechnik, soziale Betreuung, Verwaltung und Leitung. Im Interview sollen die Befragten einschätzen, ob genügend Absprachen stattfinden und ob diese positiv zur Bewältigung der Aufgaben beitragen.

Lediglich zwei Interviewpartner empfinden die Kommunikation zwischen den Bereichen der Einrichtung als gut. Der überwiegende Teil (sieben Nennungen) der befragten Mitarbeiter äußert, dass sie keine bzw. nur wenig Informationen über andere Bereiche der Einrichtung erhalten. Dies wird an folgenden Aussagen deutlich: „Kriege ich nicht so viel von mit“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 261) oder „Man kennt sich nicht mehr untereinander“ (Pflegehilfskraft 6, Zeile 152). Die Absprachen erfolgen überwiegend telefonisch, von Wohnbereich zu Wohnbereich bzw. Pflegedienstleitung, oder schriftlich über das „Hausmeisterbuch“, in dem notwendige Reparaturen eingetragen werden.

Drei der Interviewpartner sagen aus, dass gelegentlich wichtige Informationen verloren gehen: „...Sicher geht auch mal was verloren“ (Verwaltungsfachkraft, Zeile 408) oder „...Es versickert viel“ (Ergotherapeutin, Zeile 238). Die Pflegedienstleitung beschreibt dieses Problem folgendermaßen: „...also hier unten funktioniert es zum Teil nicht, weil Informationen vorenthalten werden...(Zeile 213-214) ...teilweise gehen Dinge an uns vorbei“ (Zeile 216). Die hier aufge-

⁷² Dieser Aspekt wird in den Experteninterviews zum Zusammenhang zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und der objektiven Arbeitsanalyse erneut aufgegriffen (vgl. Kapitel 6.6.2 Datenauswertung).

fürten Interviewpartner sind nicht direkt im Pflegebereich tätig, sondern in den Bereichen Verwaltung, Ergotherapie und Leitung. In der Informationsweitergabe haben sie entsprechend ihren Stellenbeschreibungen jeweils Hol- und Bringepflichten. Sie sind somit selbst für den funktionierenden Informationsfluss verantwortlich, der sowohl das Einholen als auch das Weiterleiten von Informationen beinhaltet⁷³.

6.3.3.5 Ergebnisse zum Entwicklungs- und Veränderungsprozess

An dieser Stelle des Interviews soll untersucht werden, ob sich die Mitarbeiter eigene Ziele zu ihrer persönlichen Weiterentwicklung in ihrer Arbeit stellen und ob sie bereits Änderungsvorschläge im Allgemeinen sowie an ihrer Person entwickelt haben. Des Weiteren wird erfragt, ob die Interviewpartner Ideen zur Umgestaltung des Organisationsablaufs und der räumlichen Bedingungen haben. Die Ergebnisse geben Aufschluss darüber, ob und inwieweit die Mitarbeiter Wünsche zur Veränderung empfinden.

a) Ziele

Eigene Ziele in der Arbeit

Diese Frage ist für die Untersuchung von Interesse, um herauszufinden, in welchem Maße die Mitarbeiter sich eigene Ziele stellen und das Bedürfnis haben, diese Ziele umzusetzen. Sind die Mitarbeiter selbst daran interessiert, ihre Tätigkeiten so zu strukturieren, dass sie ihre Ziele erreichen und die empfundene Arbeitsbelastung reduzieren?

Das Hauptziel der Mitarbeiter ist mit acht Nennungen die Bewältigung aller anfallenden Aufgaben, z. B.: „Ja. Also ich möchte alles in meiner Arbeitszeit gut schaffen...“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 347). Dieses Ziel lässt ein Interesse an einer sinnvollen und effektiven Organisation der Arbeit vermuten. Jedoch ist nicht

⁷³ Entsprechend der Kommunikationsmatrix der Einrichtung (siehe Anlage) finden in geplanten Abständen Besprechungen zwischen den Bereichen Pflegedienstleitung, Verwaltung, Ergotherapie und Haustechnik statt.

eindeutig zu bestimmen, inwieweit das Ziel der Bewältigung aller anfallenden Aufgaben ein persönliches Ziel zur eigenen Entwicklung ist. Zwei der befragten Mitarbeiter verfolgen das Ziel, sich mehr Zeit für die Bewohner zu nehmen, z. B. „...mehr Zeit zu haben. Mal Spaß zu haben mit den Rentnern.“ (Pflegehilfskraft 2, Zeile 281-282). Die Tatsache, dass die Mitarbeiter es als belastend empfinden, sich wenig mit den Bewohnern beschäftigen zu können, wurde bereits erörtert. Insofern könnte das Erreichen dieses Ziels zu einer Reduzierung der empfundenen Belastungen führen. Ein weiteres Ziel von zwei Interviewpartnern lässt sich als Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit zusammenfassen, z. B. „Ja. ...Dass jeder zufrieden ist, die Bewohner wie auch die Mitarbeiter, wie auch ich zufrieden hier rausgehen kann...“ (Pflegefachkraft 2, Zeile 378-380). Das Erreichen dieses Ziels der eigenen Zufriedenheit kann ebenso zu einer Reduzierung der empfundenen Belastungen führen.

Drei der Interviewpartner setzen sich keine eigenen Ziele in der Arbeit, z. B.: „...also jetzt nicht vorher planen oder so. Einfach so ganz spontan“ (Pflegehilfskraft 7, Zeile 224-226). Diese Aussage verdeutlicht, dass bei einzelnen Mitarbeitern keine Zielsetzung und Planung der Tätigkeiten in der Pflege vorangehen. Dies kann sich auf die Organisation der Arbeit und zeitliche Gestaltung der Abläufe auswirken. Als Ergebnis können wiederum Zeitmangel und Unzufriedenheit im Team hervorgerufen werden.

Gründe, aus denen Ziele nicht erreicht werden

Begründungen dafür, dass Ziele nicht erreicht werden, lassen sich insgesamt aus acht Antworten erkennen. Davon geben drei Interviewpartner den Zeitmangel als Grund für Nichterreichen der Ziele, und drei der befragten Mitarbeiter die Tatsache, dass häufig unerwartete Situationen auftreten, z. B. Besuch von Ärzten, Angehörigen, das Läuten der Klingel und des Piepers, an. Ein Grund für das Nichterreichen der Ziele lässt sich als Überforderung beschreiben: „...man versucht, für 27 Heimbewohner auf dem Wohnbereich, was weiß ich, Beichtvater und Tochter und was auch immer in einer Person zu sein. Dann überfordert man sich und dann kann man das vergessen, solche Ziele wird man nie erreichen.“ (Pflegehilfskraft 4, Zeile 563-566). Diese Ziele werden somit dann nicht weiter verfolgt, um einer möglichen Überforderung vorzubeugen.

Eine Interviewpartnerin nennt menschliche Ursachen für das Nichterreichen des Ziels der Bewohnerzufriedenheit: „...die Ziele können eigentlich nur auf den Menschen abzielen, und da die Situationen beim alten Menschen immer unterschiedlich sind, dann gibt es auch Gründe, warum wir das nicht erreichen“ (Pflegefachkraft 4, Zeile 243-245). Hier sind bewohnerbezogene Situationen wie z. B. Krankheit gemeint. Diese können nicht immer direkt von den Pflege- mitarbeitern beeinflusst werden.

b) Änderungsvorschläge

Allgemeine/dringende Änderungsvorschläge

Hier soll den Interviewpartnern die Möglichkeit gegeben werden, ohne Beeinflussung durch zielgerichtete Fragestellungen des Interviewers, allgemeine Änderungswünsche zu äußern. An geäußerten Vorschlägen zur Veränderung in der Einrichtung lässt sich vermuten, ob die empfundene Arbeitsbelastung zu einem Veränderungswillen führt.

Fünf der Interviewpartner nennen keine Änderungsvorschläge. Dabei äußern zwei Mitarbeiter, dass nichts geändert werden müsse, und drei der Mitarbeiter fühlen sich nicht in der Lage, Änderungsvorschläge zu benennen. An den Aussagen: „Ich wüsste jetzt nicht, was ich persönlich ändern würde, weil ich diesen Einblick gar nicht habe“ (Pflegehilfskraft 3, Zeile 306-307) oder „Es geht nicht anders“ (Pflegefachkraft 6, Zeile 714) wird dies besonders deutlich.

Als Änderungsvorschlag wird von fünf Interviewpartnern geäußert, dass mehr Personal eingestellt werden müsse. Dies bezieht sich nicht ausschließlich auf den Bereich der Pflege, sondern auf verschiedene Bereiche der Einrichtung, z. B.: „Es müssten mehr eingestellt werden, Fachkräfte...“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 364) oder „...wenn pro Wohnbereich eine Ergotherapeutin wäre. Die fest für die Leute da ist, nur für den Wohnbereich“ (Pflegehilfskraft 4, Zeile 604-605). Auch die Verwaltungsfachkraft (Zeile 477-478) äußert den Bedarf an personeller Unterstützung: „Na schön wäre es, wenn tagsüber jemand an der Rezeption sitzen würde. Der vieles abfängt“.

Als weiterer dringender Änderungsvorschlag wird von zwei Mitarbeitern die Verbesserung der Zusammenarbeit genannt. Eine Pflegefachkraft erklärt den Zusammenhang, dass mit einer besseren Zusammenarbeit auch zeitliche Ressourcen für die Betreuung von Bewohnern und Angehörigen sowie weitere notwendige Aktivitäten freigesetzt werden könnten. Sie nennt hierbei Verbesserungspotentiale in der Zusammenarbeit zwischen den Wohnbereichen, den Bereichen Haustechnik und Küche. Durch eine verbesserte Zusammenarbeit würde sie „...Zeit rausschinden, (um) uns ein bisschen mit dem Bewohner noch zu befassen“ (Pflegefachkraft 2, Zeile 399). In diesem Zusammenhang ließen sich weitere neue Ideen umsetzen, z. B. „...so eine Art Angehörigenkaffee, Nachmittag oder so, wo wir jetzt zum Beispiel mit den Angehörigen bestimmte Sachen diskutieren“ (Pflegefachkraft 2, Zeile 400-402). Ebenso müssten nach Aussage der Pflegefachkraft 2 zeitliche Ressourcen zur Durchführung von Pflegevisiten und Qualitätszirkeln geschaffen werden.

Eine Interviewpartnerin äußert den Vorschlag, die Dienstplanung umzugestalten: „Dienstplangestaltung. Man arbeitet manchmal so ... zehn elf Tage durch. ...das ist zu viel. Das belastet“ (Pflegehilfskraft 6, Zeile 332-334)⁷⁴. Damit beschreibt sie die Dienstplangestaltung direkt als Belastungsfaktor und äußert den Änderungsbedarf an der Anzahl der aufeinander folgenden Arbeitstage.

Änderungsvorschläge an räumlichen Bedingungen

Räumliche Bedingungen können die Bewältigung von Arbeitsaufgaben beeinflussen. So bringen z. B. lange Flure längere Wegstrecken mit sich und nehmen dadurch mehr Zeit in Anspruch. Für die räumlichen Bedingungen äußern die Interviewpartner eine Reihe von Änderungsvorschlägen. Fünf der befragten Mitarbeiter nennen als dringende Änderung an den räumlichen Bedingungen den notwendigen Pausenraum für die Pflegemitarbeiter. Die Mitarbeiter der Pflege haben lediglich ein Dienstzimmer auf jedem Wohnbereich und verbringen ihre Pausen gemeinsam entweder im Aufenthaltsraum der Bewohner oder auf dem Balkon. Die Dienstzimmer sind für eine gemeinsame Pause zu klein. Des Wei-

⁷⁴ Die Pflegehilfskraft 6 hat drei Kinder im Alter von 4, 4 und 13 Jahren. Dabei spielt ihre persönliche Belastung sicherlich eine große Rolle.

teren äußern fünf Interviewpartner, dass weitere Sitzmöglichkeiten für die Bewohner geschaffen werden müssten, z. B.: „Wir haben keine Sitzmöglichkeiten. Keine Sitzgarnitur, die sitzen den ganzen Tag nur bei uns im Essenraum oder gehen auf das Zimmer“ (Pflegehilfskraft 2, Zeile 299-301).

Es werden die folgenden weiteren Vorschläge für die räumlichen Bedingungen genannt:

- mehr Platz für die Bewohner, ihr Privatmobiliar mitzubringen,
- farbliche Veränderungen der Wände,
- Bäder in den Bewohnerzimmern vergrößern,
- Snoezelraum⁷⁵ einrichten,
- Abschiedsraum für Hinterbliebene von verstorbenen Bewohnern einrichten,
- das Pflegebad im Wohnbereich ist zu groß,
- Türen der Bewohnerzimmer verbreitern, damit Betten herausgerollt werden können,
- Schwellen am Balkon verkleinern,
- Doppelzimmer vergrößern,
- mindestens zwei Pflegerollstühle pro Wohnbereich anschaffen,
- Loggia größer gestalten,
- Küche vergrößern,
- Dienstzimmer vergrößern,
- Möglichkeiten zum Spazieren im Außengelände schaffen,

⁷⁵ Im klassischen Konzeptansatz soll durch Snoezelräume die Möglichkeit angeboten werden, in einer bequemen und sicheren Atmosphäre und Umgebung die primären Sinnesorgane durch eine ausgewogene Kombination von Materialien, Lichteffekten, sanfter Vibration, taktiler Stimulation und Atmosphäre anzusprechen. Das Reizangebot soll so angelegt sein, dass es lustvolle Sinneswahrnehmungen und besondere Erfahrungen ermöglicht, die im Alltag verschlossen bleiben. Die Reize werden mit Licht, Geräuschen, Gefühlen, Gerüchen und Geschmack angelegt. Der Benutzer kann frei wählen, welche Reize er primär einsetzen möchte.

- Einbauschränke in den Zimmern verändern,
- die Heizung erneuern,
- Raum zur sozialen Betreuung vergrößern,
- alle Räumlichkeiten näher zusammenlegen.

Diese Vorschläge beziehen sich überwiegend auf das Wohl der Bewohner sowie auf die Praktikabilität der räumlichen Bedingungen für die Arbeit. Die Nennungen haben einige Gemeinsamkeiten: sie werden sich nicht ohne höheren finanziellen Aufwand umsetzen lassen, die Ursachen in den unzureichenden räumlichen Bedingungen liegen nicht in der Verantwortung der Mitarbeiter, und die Beschäftigten sind nicht in der Lage, in Eigeninitiative die genannten Vorschläge umzusetzen⁷⁶.

Änderungsvorschläge zum Organisationsablauf

Zum Organisationsablauf nennen sieben Interviewpartner keine Änderungsvorschläge, z. B.: „Da fällt mir jetzt gar nichts ein...“ (Pflegehilfskraft 2, Zeile 317) oder „...ich habe mir da, ehrlich gesagt, noch nie so einen Kopf gemacht“ (Pflegefachkraft 3, Zeile 284).

Änderungsvorschläge am Organisationsablauf können die Mitarbeiter in Teambesprechungen⁷⁷ und Qualitätszirkeln⁷⁸ äußern und in gemeinsamer Verantwor-

⁷⁶ Dieser Aspekt wird in den Experteninterviews zum Zusammenhang zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und der objektiven Arbeitsanalyse erneut aufgegriffen (vgl. dazu Kapitel 6.6.2 Datenauswertung).

⁷⁷ Teambesprechungen finden einmal monatlich wohnbereichsbezogen, im Bedarfsfall auch häufiger statt. Hieran nehmen die Wohnbereichsleitungen, Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Hauswirtschaftskräfte und Auszubildende teil. Inhalte der Teambesprechungen sind organisatorische Themen, die den Wohnbereich und das Seniorenheim betreffen, sowie bewohnerbezogene Einzelfallbesprechungen. Alle anwesenden Mitarbeiter können und sollen Lösungsvorschläge einbringen (vgl. Anlage Kommunikationsmatrix).

⁷⁸ Der Qualitätszirkel findet einmal monatlich auf freiwilliger Basis statt und ist offen für alle Mitarbeiter des Hauses. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, ihre Arbeitsabläufe zu beschreiben und Lösungsvorschläge zu ihrer Verbesserung einzubringen. Die Vorschläge werden schriftlich

tung umsetzen. So ist es in der Konzeption der Einrichtung beschrieben. Dies setzt, im Gegensatz zu Änderungsvorschlägen an baulichen Bedingungen, eine Reflexion der eigenen Arbeit sowie Eigeninitiative der Mitarbeiter voraus. Des Weiteren ist bei der Auswertung dieser Interviewfrage auffällig, dass überwiegend Pflegefachkräfte einzelne Vorschläge zum Organisationsablauf nennen. Folgende Ideen, welche mit gemeinsamen Absprachen in Verantwortung der Pflegemitarbeiter umsetzbar wären, wurden genannt:

- „Ja, mich stört es, wenn keine Dienstübergabe ordentlich stattfindet.“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 396),
- „...die müssten alle drei (Wohnbereiche) das gleiche machen⁷⁹ ...“ (Pflegefachkraft 2, Zeile 503-504),
- „...dass die Pflegefachkraft mehr für das organisatorische da ist und nicht voll in der Pflege mit drin ist“ (Pflegefachkraft 4, Zeile 291-292),
- „...dass man mal die Pause auf halb zehn generell setzt. Dass man halt davor die ganzen Arbeiten erledigt, und wenn man dann noch Zeit hat, dass man sich mit den Leuten beschäftigt“ (Pflegefachkraft 5, Zeile 488-490).

Eine Pflegehilfskraft ist mit der Dienstplanung unzufrieden. Sie äußert bereits in der Frage nach allgemeinen/dringenden Änderungsvorschlägen, dass es sie belastet, zeitweise bis zu elf Tagen durch zu arbeiten (vgl. Pflegehilfskraft 6 in Zeilen 332-334). Deshalb nennt sie jetzt als konkreten Änderungsvorschlag zum Organisationsablauf erneut die Umgestaltung der Dienstplanung.

Zwei Interviewpartner äußern den Vorschlag, mehr Ergotherapeuten für die Einrichtung einzustellen: „...eigentlich wäre es schön, wenn wir auf jedem Wohnbereich eine Ergotherapeutin haben würden...“ (Pflegefachkraft 6, Zeile 762-764) und „...wenn mehr Ergotherapeuten im Haus wären. Dann könnte man die

festgehalten und durch den Qualitätsbeauftragten der Pflegedienstleitung vorgelegt (vgl. Anlage Kommunikationsmatrix).

⁷⁹ Gemeint ist hier, dass die drei Wohnbereiche teilweise ihre Arbeitsabläufe unterschiedlich organisieren (vgl. dazu Kapitel 6.4.3 Ergebnisse). Hier wird durch die Pflegefachkraft eine einheitliche Arbeitsweise in der gesamten Einrichtung gewünscht.

Arbeitszeit verlagern“ (Ergotherapeutin, Zeile 445-446). Würden mehr Ergotherapeuten in der Einrichtung angestellt sein, könnte eine intensivere Betreuung und Beschäftigung der Bewohner gewährleistet werden.

Die hier beschriebenen beiden Vorschläge, die Dienstplanung umzugestalten und mehr Ergotherapeuten einzustellen, werden wiederholt an mehreren Stellen der Interviews geäußert. Dies zeigt die besondere Bedeutung dieser Themen. Dabei ist zu erkennen, dass die inadäquate Dienstplangestaltung im Pflegebereich sowie die mangelhafte Betreuung der Bewohner in den Wohnbereichen durch Ergotherapeuten erhebliche Belastungsfaktoren für die Mitarbeiter darstellen.

Die Pflegedienstleiterin (Zeile 328) sieht Änderungsbedarf im Organisationsablauf des Verwaltungsbereiches: „Ja, die Arbeit der Sekretärin müsste einfach anders organisiert sein“. Der Pflegedienstleiterin dieser Einrichtung ist die Verwaltungsfachkraft entsprechend des Organigramms direkt unterstellt. Sie ist somit befugt, den Änderungsbedarf an der Organisation der Arbeit der Verwaltungsfachkraft einzuleiten und die Umsetzung zu veranlassen.

c) Selbstreflexion

Persönliche Änderungsvorschläge

In der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen spielt die Persönlichkeit der Pflegenden eine Große Rolle. Juchli (1992) beschrieb in ihrem Pflegemodell bereits, welche Eigenschaften Pflegenden mit sich bringen sollen. An dieser Stelle des Interviews soll herausgestellt werden, inwieweit die Mitarbeiter ihre Persönlichkeit reflektieren und in Zusammenhang mit ihrer Arbeitsbelastung bringen.

Sieben der befragten Mitarbeiter nennen zu der Frage, ob sie etwas an sich selbst ändern würden, keine Vorschläge. Ein mit vier Nennungen geäußelter persönlicher Änderungsvorschlag lässt sich als Bewahren von Ruhe in Stresssituationen beschreiben, z. B. „...dass ich in Stresssituationen ein bisschen ruhiger werde“ (Pflegefachkraft 3, Zeile 308) oder „dass ich nicht immer so schnell hektisch werde und dass ich mich nicht so schnell aus der Ruhe bringen lasse“

(Hausmeister, Zeile 343-344). Mit drei Nennungen wird der persönliche Änderungsvorschlag des stärkeren Durchsetzungsvermögens geäußert, z. B.: „...Ja, dass ich mich mehr durchsetzen könnte“ (Pflegefachkraft 1, Zeile 426) oder „...dass ich halt ein bisschen stärker bin, ihnen (den Mitarbeitern) gegenüber mal stärker bin, mal antworten kann“ (Pflegefachkraft 5, Zeile 495-496). Beide Pflegefachkräfte beziehen sich dabei auf die Zusammenarbeit mit ihren Kollegen im Team.

Eine Pflegehilfskraft würde gern ihre Fähigkeit, sich in andere hinein zu versetzen, verbessern: „...alle Heimbewohner verstehen wollen, sich da rein versetzen warum sie so sind“ (Pflegehilfskraft 3, Zeile 340-341). Eine Pflegefachkraft äußert einen persönlichen Änderungsvorschlag bezüglich der eigenen Organisation der Arbeit. Sie erkennt, dass einige Belastungsfaktoren darauf zurück zu führen sind, dass einzelne weniger beliebte Tätigkeiten nicht sofort erledigt, sondern teilweise auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden: „... Dokumentation, das liegt mir nicht. ...wenn man (das) gleich macht, und würde dann gleich das ändern in der Pflegeplanung, dass derjenige das jetzt neu bekommt und nicht erst am Monatsende oder irgendwann mal nachlesen muss“ (Pflegefachkraft 6, Zeile 801-805). Sie möchte dabei an sich ändern, dass sie unangenehmere Aufgaben nicht auf einen späteren Zeitpunkt verschiebt, sondern diese sofort erledigt.

In dieser personenbezogenen Analyse in Form von Interviews ist ausführlich die subjektive Wahrnehmung der Mitarbeiter zur Arbeitsbelastung und Arbeitsorganisation dargestellt. Die Einschätzungen der Interviewpartner sind sehr individuell und lassen sich nicht generalisieren. Eine Zusammenfassung der Interviewergebnisse wird im Kapitel 6.5.1 dargestellt, um einen Vergleich der subjektiven Wahrnehmung und der Ergebnisse der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse zu ermöglichen. Die Analyse zur Organisation und den Arbeitsbedingungen wird im Folgenden vorgestellt.

6.4 Bedingungsbezogene Analyse zur Organisation der Arbeit der Pflegeeinrichtung

In der folgenden bedingungsbezogenen Analyse zur Organisation der Arbeit sollen quantitative Daten gewonnen werden, die den qualitativen Ergebnissen der personenbezogenen Analyse gegenübergestellt werden können. Ziel der Analyse ist eine Darstellung der Organisation aller pflegerischen und betreuenden sowie unterstützenden und begleitenden Tätigkeiten. Diese soll unabhängig von den Einstellungen und Ansichten der begleiteten Mitarbeiter herausgestellt werden. Eine Erfassung aller Tätigkeiten mit ihrem zeitlichen Ablauf und Umfang ermöglicht einen detaillierten Einblick in die Arbeitsleistungen der Mitarbeiter in der Pflegeeinrichtung. Dieser lässt Erklärungsansätze für die aktuelle Situation der Pflegenden und ihrer Wahrnehmung von Belastungen zu.

6.4.1 Datenerhebung und Stichprobe

Die Untersuchung wurde in dem ausgewählten Pflegeheim über einen Zeitraum von vier Wochen in allen Wohnbereichen durchgeführt. Um realistische Ergebnisse zu erhalten, wurde der Pflegeeinrichtung der Termin vorab nicht mitgeteilt. Im Untersuchungszeitraum begleiteten Beobachter verschiedene Pflegemitarbeiter bei ihrer Arbeit und notierten sämtliche ausgeübte Tätigkeiten mit ihrer Zeitdauer. Die Auflistung der Tätigkeiten soll zunächst einen Überblick geben, welche Aufgaben in welchem Umfang ausgeübt werden. Die Begleitung der Mitarbeiter fand insgesamt innerhalb der vier Wochen einmal an jedem Wochentag und zu jeder Tageszeit statt. Damit können eventuelle tageszeit- oder wochentagbedingte Besonderheiten herausgestellt werden.

Die zu begleitenden Mitarbeiter wurden mehrmals während des Tages gewechselt⁸⁰. Dadurch sollte erreicht werden, dass ein möglichst breiter Durchschnitt

⁸⁰ Zur Durchführung der Untersuchung wurde die Unterstützung von Studenten genutzt. Sie hatten den Auftrag, mehrmals während des Tages den zu begleitenden Mitarbeiter zu wechseln.

an tatsächlich anfallenden Tätigkeiten notiert wird. Ein Pflegemitarbeiter sollte mindestens eine Stunde, höchstens zwei Stunden begleitet werden. Der Wechsel brachte noch einen weiteren Vorteil mit sich: die Pflegemitarbeiter wussten dadurch nie genau, zu welcher Tageszeit und für wie lange sie begleitet werden. Sie konnten also die anfallenden Tätigkeiten im Vorhinein nicht beeinflussen; z. B. besonders unbeliebte Aufgaben für die Zeit der Begleitung aufheben oder Pausen vor der Begleitung nehmen.

Zur Dokumentation der ausgeübten Tätigkeiten wurde ein Erfassungsbogen entwickelt. Für jeden begleiteten Mitarbeiter wurde ein neuer Erfassungsbogen ausgefüllt. Auf dem Bogen wurden Datum, Uhrzeit, Nummer des Wohnbereichs sowie die Qualifikation des begleiteten Pflegemitarbeiters notiert. Neben diesen allgemeinen Angaben wurden ebenfalls die aktuelle Personalbesetzung im Dienst sowie die Anzahl der zu pflegenden Bewohner auf dem Wohnbereich dokumentiert. Gegebenenfalls ließen sich Besonderheiten in den Ergebnissen auf die derzeitige Personalbesetzung oder Belegung des Wohnbereiches zurückführen⁸¹.

Alle ausgeführten Tätigkeiten wurden schließlich in dem Erfassungsbogen mit ihrer Zeitdauer notiert. Die Dauer ist in Minuten festgehalten, Sekunden wurden jeweils zur vollen Minute aufgerundet. Es wurde bewusst darauf verzichtet, vor der Untersuchung bereits Kategorien zur Zuordnung von Tätigkeiten zu bilden. Mit dem Notieren aller Verrichtungen soll einer Versuchung, vorschnell zu kategorisieren und augenscheinliche Nebentätigkeiten zu ignorieren, entgegen gewirkt werden.

Ziel dieser offenen Vorgehensweise ist es, möglichst vielseitige und detaillierte Daten über die Organisation und den Aufwand der pflegerischen Arbeit zu erhalten. Es ist anhand der Daten zum Beispiel möglich, die Strukturierung des Tagesablaufes darzustellen oder die Anteile einzelner Tätigkeiten an der Ge-

Ebenfalls sollten sie sich möglichst unauffällig und zurückhaltend verhalten, so dass die Pflegemitarbeiter ihre Arbeit in der gewohnten Art und Weise verrichten können.

⁸¹ Vgl. Erfassungsbogen zur bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse (Anlage)

samtarbeitszeit zu berechnen. Welche Informationen aus den Daten gewonnen wurden, ist im Folgenden in der Datenauswertung dargestellt.

6.4.2 Datenauswertung

Die Erfassungsbögen mit den dokumentierten Tätigkeiten wurden zunächst hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Besonderheiten in den Abläufen verglichen. Der unvoreingenommene Vergleich der Tätigkeiten ermöglichte schließlich die Bildung von Kategorien. Als Ergebnis kristallisieren sich siebzehn Kategorien heraus, zu denen sich die Verrichtungen des Pflegepersonals zuordnen lassen. Diese bilden die Grundlage für die weitere Auswertung.

Im Folgenden ist exemplarisch zur Veranschaulichung die Erfassung der Tätigkeiten einer Pflegefachkraft an einem Wochentag in der Zeit von 8.00 bis 9.00 Uhr dargestellt. In der Tabelle wurde den Tätigkeiten jeweils die Kategorie⁸² zugeordnet. Anschließend wird die Zuordnung der Tätigkeiten zu den Kategorien erläutert⁸³.

⁸² In der Erläuterung wird deutlich, dass bei einzelnen Tätigkeiten die Zuordnung zur Kategorie eindeutig ist; in verschiedenen Situationen jedoch im Ermessen des Forschers liegt. Hierbei muss jeweils der Gesamtkontext im Beobachtungszeitraum berücksichtigt werden.

⁸³

Dienstag 18.11.03	Berufsbezeichnung: Pflegefachkraft
Wohnbereich: WB III	Anzahl der WB-Bewohner: 24
Beobachtungszeitraum: 8.00 – 9.00 Uhr	Besetzung laut Dienstplan: 1 PFK, 2 PK, 1 FSJ, 1 HW

Uhrzeit	Tätigkeit	Zeit	Zugeordnete Kategorie
8.00	Austeilen der Medikamente mit Getränken	2 Min	Behandlungspflege (3)
8.02	Mit Kollegin gesprochen	4 Min.	Absprachen intern (8)
8.06	Medikamentenbecher eingesammelt	1 Min.	Funktionsräume (10)
8.07	Bewohner beim Frühstück geholfen	2 Min.	Mahlzeiten (4)
8.09	Bewohner Medizin gereicht	2 Min.	Behandlungspflege (3)
8.11	Nach Bewohner geschaut	1 Min.	Beschäftigung mit Bewohner (14)
8.12	Raucherpause	15 Min.	Pause (12)
8.27	Visite mit Pflegedienstleitung bei im Sterben liegenden Bewohner	3 Min.	Absprachen intern (8)
8.30	Absprache mit Pflegedienstleitung über Dienstplan	5 Min.	Absprachen intern (8)
8.35	Bewohner zum trinken angeregt, Bewohnerwünsche in Loggia erfüllt	2 Min.	Mahlzeiten (4)
8.37	Tische abgedeckt und abgewischt	4 Min.	Funktionsräume (10)
8.41	Nach Bewohner geschaut	1 Min.	Beschäftigung mit Bewohner (14)
8.42	Bewohner aus der Zeitung vorgelesen	3 Min.	Beschäftigung mit Bewohner (14)
8.45	Bewohner vor dem Fernseher platziert	2 Min.	Beschäftigung mit Bewohner (14)
8.47 bis 9.00	Pause vorbereitet, Kaffee gekocht, Pause gemacht	13 Min.	Pause (12)

Tabelle 5:

Erfassung der Tätigkeiten

1) Austeilen der Medikamente:

Es ist für alle Pflegeeinrichtungen im Elften Sozialgesetzbuch festgelegt, dass ärztlich angeordnete Maßnahmen, die der medizinischen Therapie dienen, als Behandlungspflegemaßnahmen gelten. Behandlungspflege darf ausschließlich von ausgebildeten Pflegefachkräften geleistet werden. Die Zuordnung der Tätigkeit „Austeilen der Medikamente“ zur Kategorie „Behandlungspflege“ ist also bereits vom Gesetzgeber vorgegeben.

2) Mit Kollegin gesprochen:

Hier wurde aus dem Zusammenhang der Tätigkeiten heraus entschieden, dass es sich nicht um eine Pause, sondern um „interne Absprachen“ handelt. Der Gesprächsinhalt ist bei der Kategorienbildung nicht mehr nachzuvollziehen. Jedoch wurde beobachtet, dass die Abläufe bei der Mahlzeitengestaltung für das Pflegepersonal sehr aufwendig sind, sodass die Zeit nicht für private Gespräche genutzt werden kann. In dieser Zeit werden hauptsächlich bewohner- und/ oder prozessbezogene Informationen ausgetauscht.

3) Medikamentenbecher eingesammelt:

Das Einsammeln der Medikamentenbecher schließt sich im Regelfall gleich an das Verabreichen der Medizin an und würde somit dem Prozess der Behandlungspflege zugeordnet werden. In dieser Situation wurde der Prozess jedoch durch interne Absprachen unterbrochen und stellt dabei eine neue Tätigkeit dar. Das Aufräumen der „Funktionsräume“, u. a. der Speiseraum, ist eine weitere Kategorie, der das Einsammeln der Medikamentenbecher in diesem Fall zugeordnet wurde.

4) Bewohner beim Frühstück geholfen:

Die Unterstützung von Bewohnern beim Frühstück ist eindeutig der Kategorie „Mahlzeiten“ zuzuordnen.

5) Nach Bewohner geschaut:

Während der Mahlzeitengestaltung nutzt das Pflegepersonal die Möglichkeit, sich kurz mit den Bewohnern beschäftigen zu können, im Sinne eines kurzen Gesprächs⁸⁴.

6) Raucherpause:

Zigarettenpausen gehören eindeutig der Kategorie „Pause“ an.

7) Visite mit PDL:

Eine gemeinsame Visite mit der Pflegedienstleitung dient der Absprache weiterer pflegerischer Maßnahmen und ist damit in die Kategorie „Absprachen intern“ einzuordnen.

8) Absprache mit PDL über Dienstplan:

Absprachen mit der Pflegedienstleitung sind eindeutig der Kategorie „Absprachen intern“ zuzuordnen.

9) Bewohner zum trinken angeregt, Bewohnerwünsche in Loggia erfüllt:

Diese Tätigkeiten hängen unmittelbar mit der Mahlzeitengestaltung zusammen und werden der Kategorie „Mahlzeiten“ zugeordnet.

10) Tische abgedeckt und abgewischt:

Wegräumen von Geschirr und Abwischen der Tische dienen der Wiederherstellung von Ordnung und Sauberkeit in den Gemeinschaftsräumen und sind der Kategorie „Funktionsräume“ zugeordnet.

⁸⁴ Dies kann man sich folgendermaßen vorstellen: „Schmeckt es Ihnen? Möchten Sie noch etwas Tee?“. In den Interviews äußerten Pflegemitarbeiter, dass für diese Form der Beschäftigung mit dem Bewohner wenig Zeit bliebe (vgl. Kapitel 6.3.3.3 Ergebnisse zu Arbeitsbelastung). Um diese Situationen mit ihrem Anteil an der Arbeitszeit konkreter benennen zu können, wurden Tätigkeiten wie „nach Bewohner geschaut“ der Kategorie Beschäftigung mit dem Bewohner zugeordnet.

11) Nach Bewohner geschaut:

In dieser Situation wurde das Schauen nach dem Bewohner wieder der „Beschäftigung mit dem Bewohner“ beigeordnet.

12) Bewohner aus der Zeitung vorgelesen:

Diese Tätigkeit gehört eindeutig der Kategorie „Beschäftigung mit dem Bewohner“ an.

13) Bewohner vor dem Fernseher platziert:

Das Begleiten von Bewohnern zum Fernseher und Anschalten des Gerätes dient der Beschäftigung und ist deshalb der Kategorie „Beschäftigung mit dem Bewohner“ beigeordnet.

14) Pause vorbereitet, Kaffee gekocht, Pause gemacht:

Sowohl das Vorbereiten der Pause, als auch das Halten der Pause selbst, wurden der Kategorie „Pause“ zugeordnet.

Im Folgenden werden die Kategorien einzeln vorgestellt und erläutert. Anschließend erfolgt eine detaillierte Auswertung der Anteile der zu den Kategorien zusammengefassten Verrichtungen an der Gesamtarbeitszeit, untergliedert in die Mitarbeitergruppen Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und Hauswirtschaftskräfte.

Kategorie 1: Dienstübergabe

Dienstübergaben finden jeweils vom Nacht- zum Frühdienst, vom Früh- zum Spätdienst sowie vom Spät- zum Nachtdienst statt. Hier werden Besonderheiten des Schichtverlaufs sowie Informationen zum Wohlbefinden jedes einzelnen Bewohners weitergegeben⁸⁵.

⁸⁵ Die Durchführung von Dienstübergaben sind explizit vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgeschrieben und können somit nicht mit der Kategorie 8 „Absprachen intern“ zusammengefasst werden (vgl. MDS e.V. 2000, S. 79, 80).

Kategorie 2: Grundpflege

Zur Grundpflege gehören direkte pflegerische Tätigkeiten wie das Waschen, Kleiden und Kämmen des zu pflegenden Bewohners.

Kategorie 3: Behandlungspflege

Unter Behandlungspflege werden alle medizinischen und prophylaktischen Maßnahmen zusammengefasst, z. B. das Reichen von Medikamenten, Injektionen, Versorgung von Wunden u. ä. Es sind ausschließlich Pflegefachkräfte berechtigt, Behandlungspflegemaßnahmen auszuführen.

Kategorie 4: Mahlzeiten

In dieser Kategorie wurden alle Tätigkeiten, die zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Mahlzeiten dienen, zusammengefasst. Dazu gehören u. a. das Eindecken von Tischen und das Reichen der Nahrung an die zu pflegenden Bewohner.

Kategorie 5: Pflegedokumentation

Zu der Kategorie Pflegedokumentation zählen die Eintragungen in die bewohnerbezogene Dokumentation. Die Pflegemitarbeiter sind verpflichtet, sämtliche Leistungen sowie beobachtete Besonderheiten zeitnah und nachvollziehbar zu dokumentieren. Eine Aufgabe der Pflegefachkräfte ist die regelmäßige Überprüfung der Pflegedokumentation auf sachliche Richtigkeit.

Kategorie 6: Pflegeplanung

Für jeden zu pflegenden Bewohner wird eine individuelle Pflege- und Betreuungsplanung erstellt, in der zu einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens (nach dem Pflegemodell von Juchli⁸⁶) jeweils Probleme, Ressourcen, Ziele und geplante Maßnahmen zur Erreichung der Ziele festgehalten werden. Die regelmäßige Evaluation und das Fortschreiben der Pflegeplanungen ist eine Aufgabe der Pflegefachkräfte.

⁸⁶ Vgl. Kapitel 4.4, in dem das Pflegemodell nach Juchli erläutert wird

Kategorie 7: Absprachen extern

Unter externen Absprachen werden Gespräche mit Personen, die nicht direkt der Pflegeeinrichtung zugehören, verstanden; z. B. Absprachen mit Ärzten, Angehörigen oder Betreuern. Inhalt der Gespräche sind überwiegend dienstliche Informationen.

Kategorie 8: Absprachen intern

Interne Absprachen sind Gespräche mit der Pflegeeinrichtung zugehörigen Personen, z. B. Mitarbeiter, Leitung, Ergotherapie. Inhalt dieser Gespräche sind ausschließlich dienstliche Informationen.

Kategorie 9: Bewohnerzimmer

Unter dieser Kategorie werden alle Tätigkeiten zusammen gefasst, welche die Ordnung bzw. Sauberkeit der Bewohnerzimmer betreffen, z. B. Betten machen, Aufräumen, Staub wischen.

Kategorie 10: Funktionsräume

Verrichtungen, welche die Ordnung bzw. Sauberkeit der Funktionsräume betreffen, werden dieser Kategorie zugeordnet. Als Funktionsräume werden hierbei alle offen zugänglichen Räumlichkeiten bezeichnet, z. B. der Aufenthaltsraum, das Pflegebad.

Kategorie 11: Wohnbereichsküche

Hier sind alle Tätigkeiten zusammen gefasst, die in der Wohnbereichsküche verrichtet wurden, z. B. Abwischen der Flächen, Ein- und Ausräumen des Geschirrspülers, Tee kochen.

Kategorie 12: Pause

Dieser Kategorie wurden die im Dienstplan festgelegten Pausen sowie Toilettengänge, Zigarettenpausen und Privatgespräche zwischen den Kollegen zugeordnet.

Kategorie 13: Suche von Personal und Material

Zeiten, die für das Suchen von fehlendem Material oder Kollegen aufgewandt wurden, fassen wir in dieser Kategorie zusammen; z. B. Suche einer Pflegefachkraft für ein Gespräch mit einem wartenden Arzt oder Suche nach destilliertem Wasser.

Kategorie 14: Beschäftigung mit Bewohnern

Hier werden alle Beschäftigungsaktivitäten des Pflegepersonals zugeordnet, welche nicht im Rahmen der sozialen Betreuung durch die Ergotherapie durchgeführt werden; z. B. ein Gespräch, Vorlesen der Zeitung.

Kategorie 15: Wäsche

Unter Wäsche werden alle mit dem Reinigen von Textilien zusammenhängenden Verrichtungen zugeordnet, wie z. B. das Sortieren, Zusammenlegen von Bewohnerwäsche oder das Wechseln der Bettwäsche.

Kategorie 16: Bewohnerwünsche

Verrichtungen, die sich aufgrund zusätzlicher Wünsche der zu pflegenden Bewohner ergeben, werden in dieser Kategorie zusammengefasst. Unter zusätzlichen Wünschen werden hier nur solche verstanden, welche sich nicht auf reguläre Pflegeleistungen beziehen.

Kategorie 17: Medikamente

In der Kategorie Medikamente werden alle Tätigkeiten, die einer Verwaltung der Medikamente dienen, aufgeführt; z. B. das Bestellen und Stellen der Medikamente, das Sortieren und Überprüfen des Medikamentenschrankes.

6.4.3 Ergebnisse

Zunächst wird hier ein kurzer Überblick zu den zentralen Ergebnissen der bedingungsbezogenen Analyse beschrieben: die Arbeit in der Pflegeeinrichtung unterliegt einer festen Tagesstruktur. In der Organisation der Tätigkeiten zeigen sich Unterschiede zwischen den Wohnbereichen. Es wird deutlich, dass die Pflegefachkräfte häufig Aufgaben der Hilfskräfte übernehmen. Ein hoher Anteil an Pausen lässt den Eindruck entstehen, dass ausreichend Zeit zur Erledigung der Aufgaben zur Verfügung steht. Es treten Arbeitsspitzen in den Zeiten von 6:00 bis 9:00 Uhr und von 17:00 bis 20:00 Uhr auf, die besondere Belastungssituationen hervorrufen können. Den größten Zeitaufwand nimmt die Kategorie „Grundpflege“ ein. Die Tätigkeiten der Kategorien „Pflegeplanung“ und „Bewohnerwünsche“ werden mit dem geringsten zeitlichen Anteil verrichtet.

Die Ergebnisse werden im Folgenden jeweils einzeln kategoriebezogen dargestellt. Hierbei ist der Anteil der Tätigkeiten, welche der jeweiligen Kategorie zugeordnet sind, an der Arbeitszeit von 6:00 bis 22:00 Uhr in Prozent abgebildet. Dieser Zeitraum umfasst den Früh- und den Spätdienst. Die Ergebnisdarstellung zeigt ebenfalls, zu welchem Anteil die verschiedenen Berufsgruppen an den Tätigkeiten beteiligt sind. Anschließend werden die Resultate als Rangfolgen abgebildet und Tagesabschnittsprofile gezeigt, in denen sich die Arbeitsspitzen im Tagesverlauf erkennen lassen. Die Ergebnisse zu den Tätigkeiten im Nachtdienst sind zum Ende des Kapitels gesondert betrachtet.

6.4.3.1 Ergebnisse der Kategorie „Dienstübergabe“

Dienstübergaben nehmen im Rahmen der Gesamtarbeitszeit⁸⁷ einen durchschnittlichen Anteil von 5% ein. Dabei werden keine wesentlichen Abweichungen zwischen den Wohnbereichen festgestellt. In dem durchschnittlichen Anteil von 5% sind alle Mitarbeitergruppen der untersuchten Einrichtung zusammen

⁸⁷ Als Gesamtarbeitszeit ist die Zeit von 6:00 bis 22:00 Uhr festgelegt.

gefasst. An den Dienstübergaben nehmen in der Regel ausschließlich Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte teil. Der Anteil der Fachkräfte ist mit 54% im Durchschnitt etwas höher als der Anteil der Pflegehilfskräfte mit durchschnittlich 46%.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	5%	6%	4%	5%
Anteil der Pflegefachkräfte	59%	52%	49%	54%
Anteil der Pflegehilfskräfte	41%	48%	51%	46%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	0%	0%	0%	0%

Tabelle 6:
Dienstübergabe

6.4.3.2 Ergebnisse der Kategorie „Grundpflege“

Die Grundpflege übernimmt von den erfassten Kategorien mit 28% den höchsten Anteil an der Gesamtarbeitszeit. Der Anteil der Pflegehilfskräfte mit durchschnittlich 51% ist höher als der Pflegefachkräfteanteil mit 45%. An der Arbeitszeit der Hauswirtschaftskräfte nehmen Grundpflegetätigkeiten durchschnittlich 4% ein.

Es sind hierbei deutliche Abweichungen zwischen den Wohnbereichen fest zu stellen. Im Wohnbereich 1 umfassen die Grundpflegetätigkeiten 30%, im Wohnbereich 2 durchschnittlich 35% und im Wohnbereich 3 durchschnittlich 21% der Gesamtarbeitszeit⁸⁸.

⁸⁸ Deutliche Unterschiede in der Arbeitsorganisation der Wohnbereiche werden im Kapitel 6.4.3.18 „Darstellung von Rangfolgen zu den erfassten Kategorien“ erneut aufgegriffen und mit möglichen Ursachen diskutiert.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	30%	35%	21%	28%
Anteil der Pflegefachkräfte	41%	48%	48%	45%
Anteil der Pflegehilfskräfte	53%	52%	44%	51%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	6%	0%	8%	4%

Tabelle 7:
Grundpflege

6.4.3.3 Ergebnisse der Kategorie „Behandlungspflege“

Die Tätigkeiten der Behandlungspflege stellen mit durchschnittlich 3% einen relativ geringen Anteil an der Gesamtarbeitszeit dar. 93% der Behandlungspflegemaßnahmen werden durch Pflegefachkräfte durchgeführt, 7% durch Pflegehilfskräfte⁸⁹. Hauswirtschaftskräfte sind nicht befugt, Tätigkeiten der Behandlungspflege vorzunehmen. In der Kategorie „Behandlungspflege“ werden ebenfalls Unterschiede in den Anteilen an der Gesamtarbeitszeit zwischen den Wohnbereichen deutlich. Der geringe Anteil von 1% im Wohnbereich 3 lässt sich mit der Belegung im Untersuchungszeitraum erklären⁹⁰.

⁸⁹ Entsprechend der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege dürfen nur ausreichend geschulte Pflegehilfskräfte unter Beaufsichtigung von Pflegefachkräften behandlungspflegerische Maßnahmen ausführen.

⁹⁰ Vgl. Kapitel 6.4.3.18 Darstellung von Rangfolgen zu den erfassten Kategorien.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	5%	5%	1%	3%
Anteil der Pflegefachkräfte	94%	94%	75%	93%
Anteil der Pflegehilfskräfte	6%	6%	25%	7%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	0%	0%	0%	0%

Tabelle 8:
Behandlungspflege

6.4.3.4 Ergebnisse der Kategorie „Mahlzeiten“

Die Tätigkeiten zur Mahlzeitengestaltung nehmen 13% der Gesamtarbeitszeit ein. Diese Tätigkeiten üben vorwiegend Pflegehilfskräfte und Hauswirtschaftskräfte aus. Im Wohnbereich 1 positioniert sich die Mahlzeitengestaltung mit 18% in einem höheren Anteil als in den anderen Wohnbereichen. Im Wohnbereich 2 wird die Tatsache, dass hier keine Hauswirtschaftskräfte tätig sind, mit einem hohen Anteil an Pflegehilfskräften kompensiert.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	18%	10%	11%	13%
Anteil der Pflegefachkräfte	24%	15%	20%	21%
Anteil der Pflegehilfskräfte	49%	85%	47%	56%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	27%	0%	33%	23%

Tabelle 9:
Mahlzeiten

6.4.3.5 Ergebnisse der Kategorie „Pflegedokumentation“

Die Dokumentation durchgeführter Tätigkeiten umfasst im Rahmen der Gesamtarbeitszeit durchschnittlich 7%⁹¹. Da überwiegend pflegerelevante Tätigkeiten dokumentiert werden, ist der prozentuale Anteil der Pflegefachkräfte mit 52% höher als der, der Pflegehilfskräfte mit 44% und der Hauswirtschaftskräfte mit 4%⁹². Auch in der Kategorie Pflegedokumentation zeigen sich im Wohnbereich 3 Abweichungen zu den Wohnbereichen 1 und 2.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	8%	8%	5%	7%
Anteil der Pflegefachkräfte	50%	59%	47%	52%
Anteil der Pflegehilfskräfte	45%	41%	46%	44%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	5%	0%	7%	4%

Tabelle 10:
Pflegedokumentation

⁹¹ In diesen Ergebnissen sind die Tätigkeiten im Nachtdienst nicht mit berücksichtigt. Da der Anteil der Pflegedokumentation im Nachtdienst einen vergleichsweise hohen Wert einnimmt, sei an dieser Stelle auf das Kapitel 6.4.3.19 „Anteile der Tätigkeiten im Nachtdienst“ verwiesen.

⁹² Pflegedokumentation ist überwiegend eine Aufgabe der Pflegefachkräfte. Dazu gehört neben dem Führen von Aufzeichnungen über den Pflegezustand des Bewohners auch das Überwachen der ordnungsgemäßen Dokumentation des Pflegeprozesses. Aus diesem Grund sollte der Anteil der Pflegedokumentation bei Pflegefachkräften deutlich höher sein als der, der Pflegehilfskräfte und der Hauswirtschaftskräfte. Letztgenannte dokumentieren lediglich ihre Tätigkeiten mit Handzeichen und tragen wesentliche bewohnerbezogene Beobachtungen im Pflegebericht ein (vgl. Anlage Stellenbeschreibungen Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte).

6.4.3.6 Ergebnisse der Kategorie „Pflegeplanung“

Bezogen auf die Arbeitszeit von 6:00 bis 22:00 Uhr beträgt der Anteil der Kategorie „Pflegeplanung“ für die gesamte Einrichtung 0%. Im Untersuchungszeitraum wurde insgesamt eine Pflegefachkraft mit pflegeplanerischen Tätigkeiten im Wohnbereich 3 mit 29 Minuten erfasst. Dies bildet durchschnittlich 1% der Gesamtarbeitszeit in diesem Wohnbereich. Wird der Durchschnittswert für alle Wohnbereiche erhoben, so tendiert dieser Wert gegen Null (0,3%).

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	0%	0%	1%	0,3%
Anteil der Pflegefachkräfte	0%	0%	100%	100%
Anteil der Pflegehilfskräfte	0%	0%	0%	0%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	0%	0%	0%	0%

Tabelle 11:
Pflegeplanung

6.4.3.7 Ergebnisse der Kategorie „Absprachen extern“

Externe Absprachen nehmen im Rahmen der Gesamtarbeitszeit einen Anteil von 3% ein. Überwiegend führen die Pflegefachkräfte mit 98% die Gespräche mit einrichtungsexternen Personen bzw. Institutionen. Hierbei sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Wohnbereichen deutlich.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	3%	3%	2%	3%
Anteil der Pflegefachkräfte	100%	95%	100%	98%
Anteil der Pflegehilfskräfte	0%	5%	0%	2%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	0%	0%	0%	0%

Tabelle 12:
Absprachen extern

6.4.3.8 Ergebnisse der Kategorie „Absprachen intern“

Interne Absprachen bilden in der Gesamtarbeitszeit einen Anteil von 4%. Die Gespräche führen vorwiegend Pflegefachkräfte mit durchschnittlich 77%, aber auch Pflegehilfskräfte mit 16% und Hauswirtschaftskräfte mit 7%. Unterschiede zwischen den Wohnbereichen sind nicht signifikant.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	4%	3%	6%	4%
Anteil der Pflegefachkräfte	78%	67%	82%	77%
Anteil der Pflegehilfskräfte	6%	33%	13%	16%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	16%	0%	5%	7%

Tabelle 13:
Absprachen intern

Addiert man an dieser Stelle die Anteile an der Gesamtarbeitszeit von internen Absprachen (4%), externen Absprachen (3%) und Dienstübergaben (5%) so erhält man einen Durchschnittswert für jedwede Besprechungen der Beschäftigten von 12% der Arbeitszeit zwischen 6:00 und 22:00 Uhr.

6.4.3.9 Ergebnisse der Kategorie „Bewohnerzimmer“

Die Tätigkeiten der Kategorie „Bewohnerzimmer“ umfassen in der Gesamtarbeitszeit einen Anteil von 2%. Überwiegend werden diese Tätigkeiten von Pflegehilfskräften mit 43% und Hauswirtschaftskräften mit 34% verrichtet. In der Tabelle wird deutlich, dass die Wohnbereiche ihre Arbeiten im Bewohnerzimmer sehr unterschiedlich organisieren. Das Aufräumen der Zimmer ist primäre Aufgabe der Hauswirtschaftskräfte. Dies wird beispielhaft an der Verteilung der Aufgaben im Wohnbereich 3 deutlich. Da im Wohnbereich 2 keine Hilfen für die Hauswirtschaft beschäftigt sind, werden diese Tätigkeiten von Pflegefachkräften zu 62% durchgeführt. Im Wohnbereich 1 führen die Arbeiten der Kategorie „Bewohnerzimmer“ überwiegend die Pflegehilfskräfte mit 79% durch, während die Hauswirtschaftskräfte lediglich einen Anteil von 15% und die Pflegefachkräfte 6% einnehmen.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	1%	1%	4%	2%
Anteil der Pflegefachkräfte	6%	62%	22%	23%
Anteil der Pflegehilfskräfte	79%	38%	26%	43%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	15%	0%	52%	34%

Tabelle 14:
Bewohnerzimmer

6.4.3.10 Ergebnisse der Kategorie „Funktionsräume“

Die Tätigkeiten der Kategorie „Funktionsräume“ bilden einen Anteil von 3% der Gesamtarbeitszeit. Sie werden mit durchschnittlich 43% überwiegend von Pflegehilfskräften ausgeübt. Die drei Wohnbereiche organisieren ihre Verantwortlichkeiten für die Funktionsräume unterschiedlich. Im Wohnbereich 1 überwiegt

der Anteil der Hauswirtschaftskräfte mit 49%, im Wohnbereich 2 der Pflegefachkräfte mit 79% und im Wohnbereich 3 der Pflegehilfskräfte mit 64%.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	3%	2%	3%	3%
Anteil der Pflegefachkräfte	21%	79%	7%	28%
Anteil der Pflegehilfskräfte	30%	21%	64%	43%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	49%	0%	29%	29%

Tabelle 15:
Funktionsräume

6.4.3.11 Ergebnisse der Kategorie „Wohnbereichsküche“

Einen Anteil von durchschnittlich 3% der Gesamtarbeitszeit umfassen die Tätigkeiten der Kategorie „Wohnbereichsküche“. Überwiegend führen die Pflegehilfskräfte mit durchschnittlich 63% diese Aufgaben aus. Unterschiede zwischen den Wohnbereichen lassen sich dahingehend feststellen, dass im Wohnbereich 2 die Aufgaben der Hauswirtschaftskräfte sowohl von Pflegefachkräften als auch von Pflegehilfskräften übernommen werden.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	4%	3%	3%	3%
Anteil der Pflegefachkräfte	0%	21%	7%	9%
Anteil der Pflegehilfskräfte	49%	79%	62%	63%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	51%	0%	31%	28%

Tabelle 16:
Wohnbereichsküche

Fasst man an dieser Stelle die Anteile der Tätigkeiten für „Bewohnerzimmer“ mit 2%, „Funktionsräume“ mit 3% und „Wohnbereichsküche“ mit 3 % zusammen, erhält man einen Anteil von 8% für alle im Untersuchungszeitraum beobachteten Aufräumtätigkeiten in der Gesamtarbeitszeit von 6:00 bis 22:00 Uhr.

6.4.3.12 Ergebnisse der Kategorie „Pausen“

Im Rahmen der Gesamtarbeitszeit verbringen die Mitarbeiter durchschnittlich 17% der Zeit mit Pausen. Im Wohnbereich 3 ist dieser Anteil mit 22% um 8% höher als in den Wohnbereichen 1 und 2 mit jeweils 14%⁹³. Weiterhin ist in der Tabelle erkennbar, dass die Anteile der Pausenzeiten der verschiedenen Mitarbeitergruppen in den Wohnbereichen differieren.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	14%	14%	22%	17%
Anteil der Pflegefachkräfte	27%	56%	42%	41%
Anteil der Pflegehilfskräfte	41%	44%	37%	40%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	32%	0%	21%	19%

Tabelle 17:
Pausen

6.4.3.13 Ergebnisse der Kategorie „Suche nach Material und Personal“

Die Suche nach Material und Personal umfasst einen Anteil von 1% an der Gesamtarbeitszeit. Im Wohnbereich 1 wurden im Untersuchungszeitraum keine Aktivitäten der Suche erfasst. Im Wohnbereich 2 nimmt die Suche von Material

⁹³ Im Wohnbereich 3 wurden häufig Raucherpausen dokumentiert. Eventuell ließen sich durch eine Erfassung des Anteils von rauchendem Personal Rückschlüsse auf die unterschiedlich hohen Anteile von Pausen in den Wohnbereichen ziehen.

und Personal einen Anteil von 2% ein. Bei der Suche waren die Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte gleichermaßen beteiligt⁹⁴.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	0%	2%	1%	1%
Anteil der Pflegefachkräfte	0%	50%	65%	57%
Anteil der Pflegehilfskräfte	0%	50%	35%	43%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	0%	0%	0%	0%

Tabelle 18:

Suche nach Material und Personal

6.4.3.14 Ergebnisse der Kategorie „Beschäftigung mit Bewohnern“

Die Beschäftigung mit Bewohnern nimmt im Rahmen der Gesamtarbeitszeit einen Anteil von durchschnittlich 3% ein. In dieser Kategorie sind Unterschiede zwischen den Wohnbereichen feststellbar. In den Wohnbereichen 1 und 2 beträgt dieser Anteil jeweils 1%, im Wohnbereich 3 hingegen 6%. Ein weiterer Unterschied ist in den Anteilen des Pflegepersonals erkennbar: im Wohnbereich 1 übernehmen die Beschäftigungsaufgaben überwiegend Pflegefachkräfte mit 83%, in den Wohnbereichen 2 und 3 die Pflegehilfskräfte mit 86% und 66%.

⁹⁴ An dieser Stelle lassen sich keine Rückschlüsse auf die Organisation der Arbeit ziehen, da die Erfassung der Tätigkeiten zu unterschiedlichen Zeiten nach dem Zufallsprinzip durchgeführt wurde.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	1%	1%	6%	3%
Anteil der Pflegefachkräfte	83%	14%	33%	38%
Anteil der Pflegehilfskräfte	17%	86%	66%	61%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	0%	0%	1%	1%

Tabelle 19:

Beschäftigung mit dem Bewohner

6.4.3.15 Ergebnisse der Kategorie „Wäsche“

Im Rahmen der Gesamtarbeitszeit zeigen die Tätigkeiten der Kategorie „Wäsche“ einen Anteil von 5% auf. Vorwiegend üben diese Aufgaben Pflegehilfskräfte und Hauswirtschaftskräfte aus. Im Wohnbereich 2 sind überwiegend die Pflegehilfskräfte mit den Aufgaben der Kategorie „Wäsche“ tätig, da hier keine Hauswirtschaftskräfte beschäftigt sind.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	3%	5%	7%	5%
Anteil der Pflegefachkräfte	1%	2%	3%	2%
Anteil der Pflegehilfskräfte	4%	98%	58%	58%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	95%	0%	39%	40%

Tabelle 20:

Wäsche

6.4.3.16 Ergebnisse der Kategorie „Bewohnerwünsche“

Die Tätigkeiten der Kategorie „Bewohnerwünsche“ umfassen einen sehr geringen Zeitaufwand, so dass ihr Anteil an der Gesamtarbeitszeit 0% beträgt. Um den Aufwand zu veranschaulichen, werden an dieser Stelle die erfassten Zeiten in Minuten aufgeführt. Im Wohnbereich 1 übten die Pflegefachkräfte zwei Minuten und die Hauswirtschaftskräfte eine Minute Aufgaben der Kategorie Bewohnerwünsche aus. Im Wohnbereich 2 wurden keine Tätigkeiten dieser Kategorie verzeichnet. Die Pflegefachkräfte des Wohnbereichs 3 wurden mit 1 Minute und die Pflegehilfskräfte mit 2 Minuten zur Erfüllung von zusätzlichen Bewohnerwünschen erfasst.

	<u>WB 1:</u>		<u>WB 2:</u>		<u>WB 3:</u>		<u>Gesamt:</u>
	Anteil	Zeit	Anteil	Zeit	Anteil	Zeit	(Durchschnitt)
		in		in		in	
		Min		Min		Min	
Anteil an der Gesamtarbeitszeit	0%		0%		0%		0%
Anteil der Pflegefachkräfte	67%	2	0%	0	33%	1	50%
Anteil der Pflegehilfskräfte	0%	0	0%	0	67%	2	33%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	33%	1	0%	0	0%	0	17%

Tabelle 21:
Bewohnerwünsche

6.4.3.17 Ergebnisse der Kategorie „Medikamente“

Im Rahmen der Gesamtarbeitszeit betragen die Tätigkeiten der Kategorie „Medikamente“ anteilig 2%⁹⁵. Vorwiegend werden die Aufgaben von Pflegefachkräften zu durchschnittlich 96%, im Wohnbereich 1 sogar mit 100% ausgeführt. Wesentliche Unterschiede zwischen den Wohnbereichen herrschen nicht vor.

	<u>WB 1:</u>	<u>WB 2:</u>	<u>WB 3:</u>	<u>Gesamt:</u> <u>(Durchschnitt)</u>
Anteil an der Gesamtarbeitszeit (6:00 - 22:00 Uhr)	1%	2%	3%	2%
Anteil der Pflegefachkräfte	100%	93%	96%	96%
Anteil der Pflegehilfskräfte	0%	7%	0%	2%
Anteil der Hauswirtschaftskräfte	0%	0%	4%	2%

Tabelle 22:
Medikamente

6.4.3.18 Darstellung von Rangfolgen zu den erfassten Kategorien

Die Tätigkeiten in den siebzehn Kategorien nehmen verschieden hohe Anteile an der Gesamtarbeitszeit ein. Ebenso sind unterschiedliche Gewichtungen in den Wohnbereichen und in der Aufgabenteilung zwischen den Mitarbeitern erkennbar. In der folgenden Abbildung ist eine Rangordnung zum Aufwand der Tätigkeiten wohnbereichsbezogen dargestellt. Die Grundlage für die Rangfolge bilden die Durchschnittswerte der Anteile der Kategorien an der Gesamtarbeitszeit für die gesamte Einrichtung.

Auf den ersten Blick ist zu erkennen, dass die Tätigkeiten der Kategorie Grundpflege in der gesamten Einrichtung den höchsten Zeitaufwand bilden. Die Kate-

⁹⁵ Diese Tätigkeiten werden vorwiegend im Nachtdienst von 22:00 bis 6:00 Uhr verrichtet (vgl. Kapitel 6.4.3.19 Anteile der Tätigkeiten im Nachtdienst).

gorie Pause nimmt den zweiten Rang im Zeitaufwand ein⁹⁶. Mit dem dritthöchsten Zeitaufwand ist die Kategorie Mahlzeiten dargestellt. Ab diesem Rang nehmen die zeitlichen Anteile der nachfolgenden Kategorien (Ränge) mit einer signifikanten Tendenz ab. Nach dieser deutlichen Abnahme nehmen wiederum die Kategorien „Dienstübergabe“, „Wäsche“, „interne Absprachen“ und „Behandlungspflege“ einen im Durchschnittswert vergleichbar hohen Zeitaufwand ein. Ebenfalls eine Ähnlichkeit im Durchschnittswert zeigen die nachfolgenden Kategorien „Wohnbereichsküche“, „externe Absprachen“ und „Funktionsräume“. Am deutlichsten ist die Abnahme des Zeitaufwandes an den Verrichtungen der Kategorien Pflegeplanung und Bewohnerwünsche zu erkennen. Hier tendiert der Zeitaufwand gegen Null⁹⁷.

⁹⁶ Zur Bewältigung des Stressniveaus, insbesondere bei der Pflege von demenzkranken Menschen, ist es wichtig, häufiger kurzfristig aus dem Pflegekontext heraus zu treten. Lind (2003) betont hierzu, dass kurze Pausen wie z. B. das Rauchen auf dem Balkon, persönliche Gespräche unter Kollegen, ein kurzes „aus dem Fenster schauen“ u. ä. hilft, die berufliche Anspannung und Hektik zu vermindern (vgl. Kapitel 5.6 Möglichkeiten zur Regulierung des Stressniveaus).

⁹⁷ Die Ergebnisse der Rangfolge werden im Kapitel 6.5 Vergleich der Ergebnisse der personenbezogenen und der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse erneut aufgegriffen, um Unterschiede zwischen der Empfindung des Personals und den Daten des Zeitaufwandes in den Kategorien gegenüber zu stellen.

Rangliste Aufwand der Tätigkeiten zu den erfassten Zeiten TD

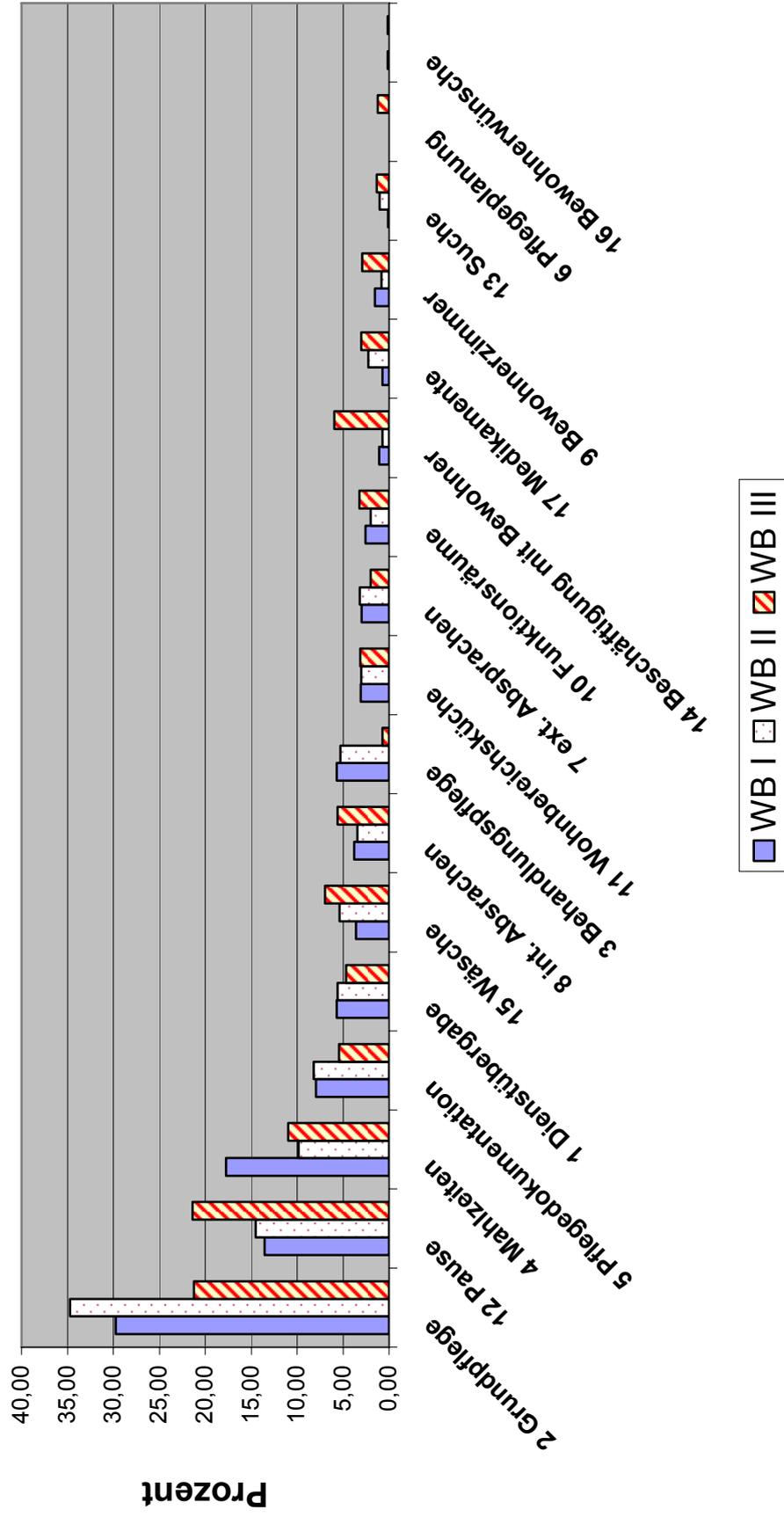


Abbildung 3
Rangliste zum Aufwand der Tätigkeiten

Bei näherer Betrachtung der Darstellung der Rangfolge ist zu erkennen, dass die zeitlichen Anteile der Tätigkeiten zwischen den Wohnbereichen ein unterschiedliches Ausmaß einnehmen. So haben einige Kategorien wohnbereichsbezogen einen anderen prozentualen Anteil an der Gesamtarbeitszeit und damit einen anderen Platz in der Rangliste, als der Durchschnittswert. Diese Unterschiede werden in der folgenden Tabelle verdeutlicht und anschließend beschrieben.

Rang im Durchschnittswert der Wohnbereiche	Bezeichnung der Kategorie	Rang im Wohnbereich 1 / durchschnittlicher Aufwand in %	Rang im Wohnbereich 2 / durchschnittlicher Aufwand in %	Rang im Wohnbereich 3 / durchschnittlicher Aufwand in %
1	Grundpflege	1 (30%)	1 (35%)	2 (21%)
2	Pause	3 (14%)	2 (14%)	1 (22%)
3	Mahlzeiten	2 (18%)	3 (10%)	3 (11%)
4	Pflegedokumentation	4 (8%)	4 (8%)	6 (5%)
5	Dienstübergabe	5 (5%)	5 (6%)	7 (4%)
6	Wäsche	7 (3%)	6 (5%)	4 (7%)
7	Interne Absprachen	6 (4%)	7 (3%)	5 (6%)
8	Behandlungspflege	5 (5%)	6 (5%)	10 (1%)
9	Wohnbereichsküche	6 (4%)	7 (3%)	8 (3%)
10	Externe Absprachen	7 (3%)	7 (3%)	9 (2%)
11	Funktionsräume	7 (3%)	8 (2%)	8 (3%)
12	Beschäftigung	8 (1%)	9 (1%)	5 (6%)
13	Medikamente	8 (1%)	8 (2%)	8 (3%)
14	Bewohnerzimmer	8 (1%)	9 (1%)	7 (4%)

15	Suche nach Material	9 (0%)	8 (2%)	10 (1%)
16	Pflegeplanung	9 (0%)	10 (0%)	10 (1%)
17	Bewohnerwünsche	9 (0%)	10 (0%)	11 (0%)

Tabelle 23:

Wohnbereichsbezogene Rangliste zum Aufwand der Tätigkeiten

Im Wohnbereich 1 nehmen die Tätigkeiten der Grundpflege mit 30% den höchsten Anteil an der Arbeitszeit im Tagdienst ein. Den zweithöchsten Anteil trägt die Kategorie „Mahlzeiten“ mit 18%. Der Pausenanteil beträgt lediglich 14% und befindet sich deshalb auf der dritten Position der Rangliste des Wohnbereichs 1. Auf Rang 4 sind die Tätigkeiten der Kategorie „Pflegedokumentation“ mit einem Anteil von 8% an der Gesamtarbeitszeit im Tagdienst. Die Tätigkeiten der Kategorie „Behandlungspflege“ beanspruchen in diesem Wohnbereich einen ebenso hohen Zeitanteil wie die der „Dienstübergabe“ (5%) und finden sich deshalb beide auf dem fünften Rang wieder. Besonders wenig Zeit verbringen die Mitarbeiter des Wohnbereichs 1 mit den Tätigkeiten der Kategorien „Beschäftigung mit Bewohnern“, „Medikamente“ und „Bewohnerzimmer“ zu jeweils 1% im Tagdienst. Anhand der wohnbereichsbezogenen Rangliste ist auffällig, dass im Wohnbereich 1 im Untersuchungszeitraum keine Verrichtungen der Kategorien „Suche nach Material und Personal“, „Pflegeplanung“ und „Bewohnerwünsche“ ausgeübt wurden.

Die Position der einzelnen Tätigkeiten im Wohnbereich 2 auf der wohnbereichsbezogenen Rangliste weicht nicht wesentlich von dem Durchschnittswert der Wohnbereiche ab. Im Gegensatz zum Wohnbereich 1 sind hier Tätigkeiten der Kategorie „Suche nach Material und Personal“ mit einem Anteil von 2% verzeichnet. Aktivitäten der Kategorien „Pflegeplanung“ und „Bewohnerwünsche“ wurden im Wohnbereich 2 nicht verrichtet.

Die Anteile der Tätigkeiten im Wohnbereich 3 weichen am stärksten von den Durchschnittswerten ab. Hier nimmt die Kategorie „Pause“ mit 22% den höch-

ten Zeitanteil ein. Die Tätigkeiten der „Grundpflege“ beanspruchen lediglich 21%. Des Weiteren nehmen die Verrichtungen der Kategorien „Pflegedokumentation“, „Dienstübergabe“ und „Behandlungspflege“ hier deutlich weniger Zeit in Anspruch, als in den Wohnbereichen 1 und 2. Stattdessen verzeichnen die Tätigkeiten der Kategorien „Wäsche“, „Beschäftigung mit Bewohnern“, Medikamente“ und „Bewohnerzimmer“ einen höheren Zeitbedarf im Wohnbereich 3 als im Durchschnittswert.

Wohnbereichsbezogene Unterschiede im Zeitaufwand der einzelnen Tätigkeiten können teilweise mit der Belegungsstruktur erklärt werden. Die folgende Tabelle stellt die Struktur der Belegung der Wohnbereiche und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit der Bewohner dar.

Merkmal	Wohnbereich 1	Wohnbereich 2	Wohnbereich 3
Anzahl Plätze	27	27	27
Auslastung	100%	100%	97,9%
Bewohner mit Pflegestufe 0 bzw. -1	7,41%	-	7,57%
Bewohner mit Pflegestufe 1	29,63%	25,96%	34,9%
Bewohner mit Pflegestufe 2	51,85%	59,21%	38,61%
Bewohner mit Pflegestufe 3	11,11%	14,83%	18,92%
Durchschnittsalter der Bewohner	85,74	83,1	78,0

Tabelle 24:

Belegung der Wohnbereiche im Untersuchungszeitraum

Die Unterschiede im Anteil der Grundpflege- und der Behandlungspflegetätigkeiten zwischen den Wohnbereichen lassen sich mit der Belegung während des Untersuchungszeitraumes erklären. Im Wohnbereich 3 leben ca. 8% der Bewohner mit einer Pflegestufe -1. Das bedeutet, dass diese Bewohner keinen

Bedarf an Grund- und Behandlungspflegeleistungen haben⁹⁸. Ebenso ist der Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 2 sowie der Altersdurchschnitt der zu Pflegenden geringer als in den Wohnbereichen 1 und 2. Man kann demnach davon ausgehen, dass der Aufwand an Grund- und Behandlungspflegeleistungen im Wohnbereich 3 geringer ist als in den anderen Wohnbereichen.

Eine weitere Besonderheit des Wohnbereichs 3 ist, dass dieser im Untersuchungszeitraum keine Pflegefachkraft aus dem Team als Wohnbereichsleitung hat. Diese Funktion wird vorübergehend durch die Pflegedienstleitung wahrgenommen. Diese Konstellation lässt zwei Interpretationsmöglichkeiten zu: zum einen könnten sich die Mitarbeiter weniger kontrolliert fühlen, da die Leitung nicht direkt im Team arbeitet. Dies könnte zu einer Zunahme des Anteils an Pausen führen. Zum anderen haben die Pflegekräfte möglicherweise in dieser Zeit gelernt, ihre Arbeit im Team effektiver zu organisieren, um Eingriffe durch die Pflegedienstleitung zu vermeiden. Die aufgrund der effektiven Arbeitsorganisation gesparte Zeit wird hier für zusätzliche Beschäftigungen mit den Bewohnern und zur eigenen Erholung genutzt. Würde letztere Variante zutreffen, könnten die Wohnbereiche 1 und 2 ihre Arbeitsweise mit dem Wohnbereich 3 vergleichen und mögliche Maßnahmen zur Verbesserung herbeiführen.

Die Anteile der Kategorien im Rahmen der Gesamtarbeitszeit sind nun in ihrem Tagesablauf zu betrachten. Die Darstellung der Anteile der Tätigkeiten im Tagesablauf soll verdeutlichen, zu welchen Zeiten besondere Belastungssituationen auftreten können. In den folgenden Diagrammen sind die Abläufe der Dienste im stündlichen Rhythmus in Form von Tagesabschnittsprofilen für die gesamte Einrichtung abgebildet. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Kategorien zu Oberbegriffen zusammengefasst:

⁹⁸ Der pflegerische Aufwand entsprechend der Pflegestufen ist den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (2001) zu entnehmen.

Oberbegriff:	Kategorie:
Direkte Pflege und Betreuung	Grundpflege Behandlungspflege Mahlzeiten Beschäftigung mit dem Bewohner Bewohnerwünsche
Absprachen	Dienstübergabe Interne Absprachen Externe Absprachen
Organisation und Dokumentation	Pflegedokumentation Pflegeplanung Medikamente Suche nach Material und Personal
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	Wäsche Wohnbereichsküche Funktionsräume Bewohnerzimmer

Tabelle 25:

Zusammenfassung der Kategorien zu Oberbegriffen

Im Oberbegriff „Direkte Pflege und Betreuung“ sind alle Tätigkeiten zusammengefasst, die direkt mit dem Bewohner verrichtet werden. Der Oberbegriff „Absprachen“ umfasst alle Tätigkeiten des internen und externen Informationsaustausches. Die „Organisation und Dokumentation“ beinhaltet die überwiegend administrativen Tätigkeiten. Da die Tätigkeiten der Kategorie „Suche nach Material und Personal“ vorrangig der Organisation der Arbeit dienen, werden sie ebenfalls dem Oberbegriff „Organisation und Dokumentation“ zugeordnet. Des Weiteren sind die Tätigkeiten zur Wäscheversorgung und die Verrichtungen zum Aufräumen und Reinigen der Räumlichkeiten als „Hauswirtschaftliche Tätigkeiten“ zusammengefasst. Die Kategorie „Pause“ bleibt als Einzelkategorie bestehen und wird keinem Oberbegriff zugeordnet.

Die Zusammenfassung der einzelnen Kategorien ermöglicht einen detaillierten Einblick in die Organisation der Tagesstruktur der Pflegeeinrichtung. Es ist erkennbar, zu welchen Tageszeiten vorrangig direkt mit den Bewohnern gearbeitet wird und wann überwiegend administrative Tätigkeiten ausgeübt werden. Ebenfalls wird verdeutlicht, welche Zeit für den internen und externen Informationsaustausch sowie für die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten genutzt wird. In der Darstellung des Tagesablaufs soll weiterhin erkennbar werden, zu welchen Tageszeiten die Mitarbeiter keine Pausen nehmen können. Diese Zeiten lassen eine erhebliche Belastung des Pflegepersonals vermuten.

Im Folgenden ist der Tagesablauf der Dienste im stündlichen Rhythmus in Form von Tagesabschnittsprofilen für die gesamte Einrichtung abgebildet. In den Diagrammen werden jeweils vier bis sechs Stunden dargestellt. Jeder Tagesabschnitt wird, zusätzlich zur graphischen Darstellung, beschrieben und mit seinen erkennbaren Besonderheiten erläutert. Die Veranschaulichung des Tagesablaufs beginnt mit der Uhrzeit 6:00 Uhr.

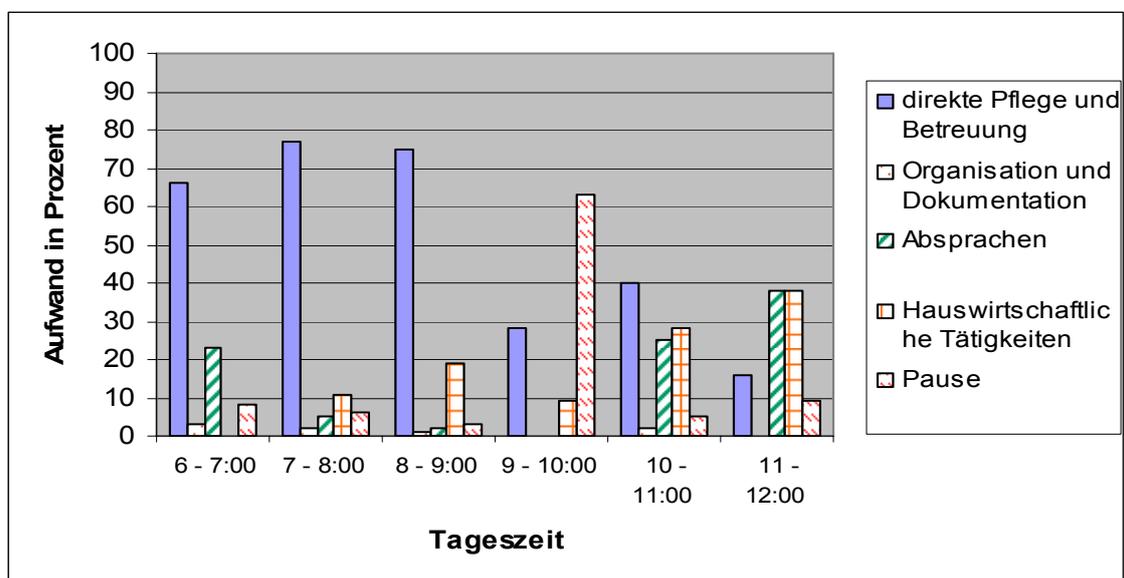


Abbildung 4:
Tagesabschnittsprofil von 6:00 bis 12:00 Uhr

Zu Beginn um 6:00 Uhr wird eine Dienstübergabe von dem Nachtdienst zur diensthabenden Pflegefachkraft des Frühdienstes durchgeführt. Diese dauert durchschnittlich 15 Minuten. In der Zeit von 6:00 bis 8:00 Uhr werden vorwie-

gend Grundpflegetätigkeiten ausgeführt. Während der Beobachtung der Pflegemitarbeiter wurde festgestellt, dass die Bewohner gern bis spätestens 8:00 Uhr gewaschen und bekleidet sein möchten, um pünktlich das Frühstück einnehmen zu können. Es tritt in diesem Zeitraum eine besondere Belastungssituation für die Pflegehilfskräfte ein, da sie sich ausreichend Zeit für die Grundpflege der Bewohner nehmen und dies mit einem freundlichen Gespräch verbinden möchten. Jedoch ist der Aufwand der Morgentoilette für durchschnittlich 30 Bewohner innerhalb von 2 Stunden mit einem verhältnismäßig hohen Zeitdruck verbunden.

Von 8:00 bis 9:00 Uhr findet das Bewohnerfrühstück statt, es herrschen die Tätigkeiten der Kategorie „Mahlzeiten“ vor. Es wird deutlich, dass in der Zeit von 6:00 bis 9:00 Uhr die direkte Pflege und Betreuung der Bewohner vorrangig ist. Ab 9:00 Uhr hat das Personal abwechselnd Pause. Zwischen 10:00 und 11:00 Uhr überwiegen die Tätigkeiten der Kategorien „Mahlzeiten“ und „Wäsche“. In der Datenerhebung wurde beobachtet, dass in dieser Zeit Pflegehilfskräfte die Bewohner mit Zwischenmahlzeiten versorgen, Hauswirtschaftskräfte die Wäsche in Schränke einsortieren und die Pflegefachkräfte interne und externe Absprachen vornehmen.

Weitere Dienstübergaben finden ab 11:00 Uhr statt, wenn eine Pflegefachkraft den Zwischendienst antritt. Die Arbeiten der Kategorie „Wäsche“ werden bis 12:00 Uhr fortgeführt. In diesem Zeitraum werden weiterhin Tätigkeiten zur Reinigung der Funktionsräume und Wohnbereichsküche, sowie kurze Pausen durchgeführt.

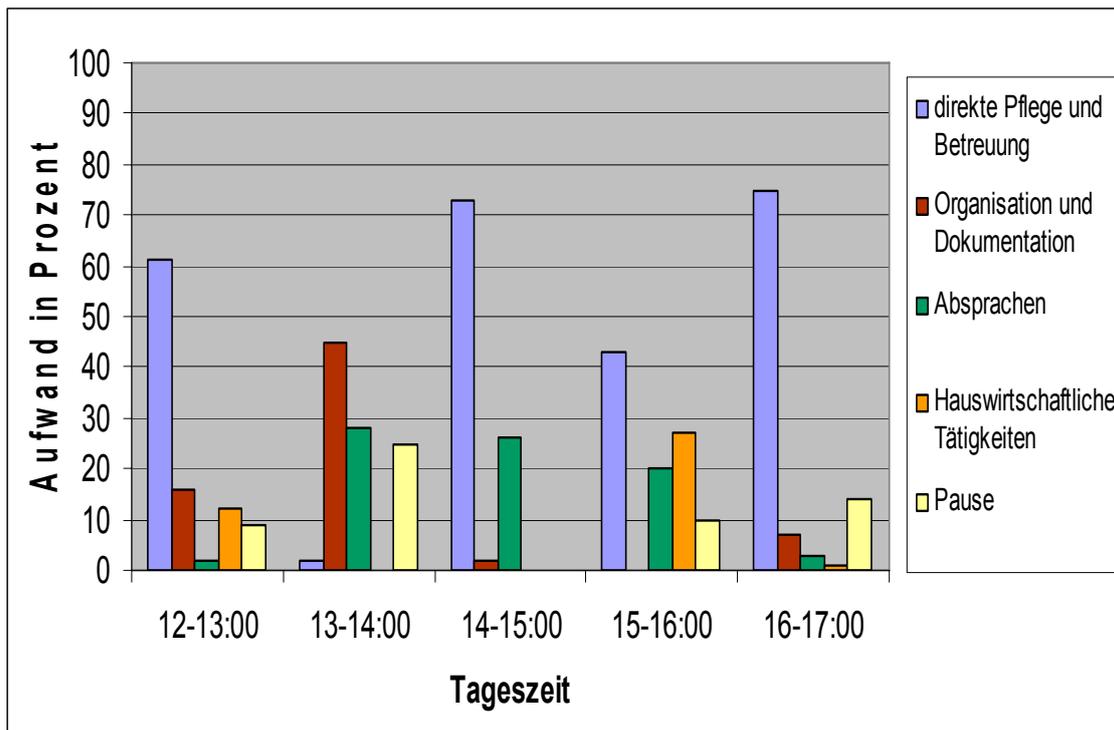


Abbildung 5:
Tagesabschnittsprofil von 12:00 bis 17:00 Uhr

In der Zeit von 12:00 bis 13:00 Uhr überwiegen die Tätigkeiten zur Mahlzeitengestaltung. Diese werden in der Regel mit Verrichtungen der Grundpflege verknüpft. Dies wurde bei der Begleitung des Pflegepersonals beobachtet, d. h. Bewohner werden zur Vor- bzw. Nachbereitung des Einnehmens von Mahlzeiten gewaschen, zur Toilette geführt und ggf. wird die Kleidung gewechselt. Diese Beobachtungen werden durch die Daten der Tagesabschnittsprofile bestätigt. Tätigkeiten der Behandlungspflege stehen ebenso in Zusammenhang mit der Mahlzeitengestaltung, da Medikamente meist mit Speisen eingenommen werden.

Des Weiteren finden ab 12:00 Uhr Eintragungen in die Pflegedokumentation, kurze Pausen und das Reinigen der Funktionsräume statt. Von 13:00 bis 14:00 Uhr bereiten sich die Mitarbeiter der Frühschicht auf das Dienstende vor. Es überwiegen die Tätigkeiten zur Pflegedokumentation, Pause und Dienstübergabe. Bis 15:00 Uhr nehmen die Bewohner die Vesper ein, was sich an dem Zeitaufwand zur Mahlzeitengestaltung und Grundpflege ablesen lässt. Vorrangig sind hier wieder während der Speisenversorgung die Tätigkeiten der direkten Pflege und Betreuung. Die internen Absprachen in Form von Dienstübergaben

nehmen in der Zeit ab 14:00 Uhr ebenfalls einen relativ hohen Anteil ein. Den Zeitraum von 15:00 bis 16:00 Uhr nutzen die Mitarbeiter vorwiegend für die Grundpflege und die Verrichtungen in der Wohnbereichsküche, aber auch für externe Absprachen, Pausen und zur Beschäftigung mit Bewohnern. Ab 16:00 Uhr überwiegt deutlich die Grundpflege. Weiterhin werden Behandlungspflegemaßnahmen, kurze Pausen und Beschäftigung mit Bewohnern durchgeführt.

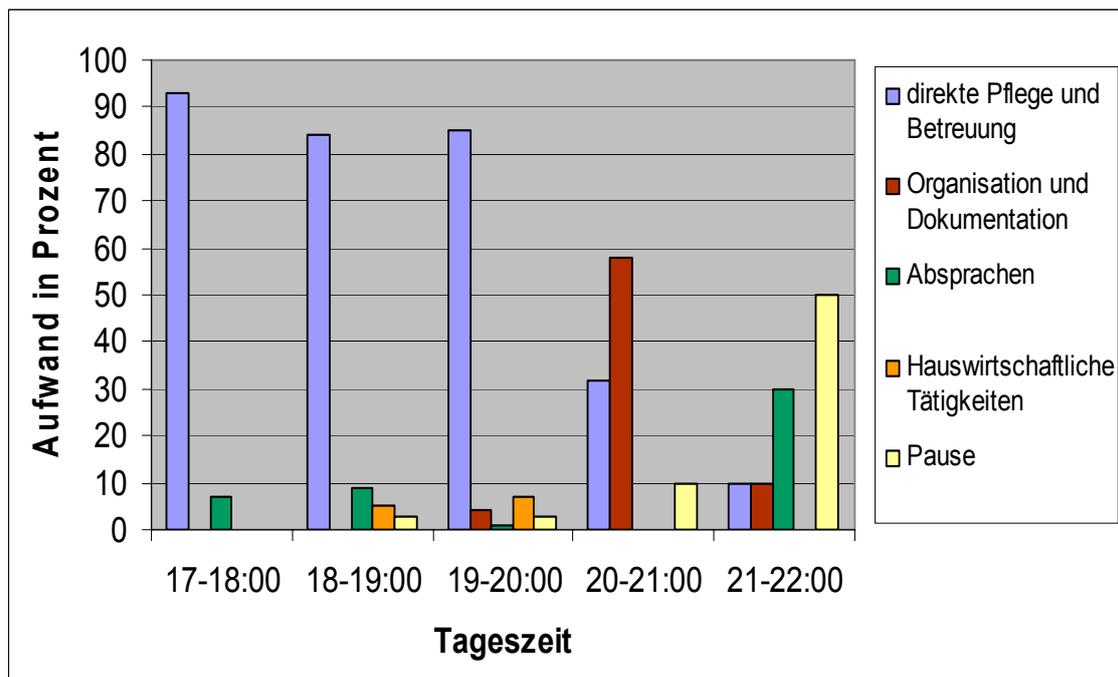


Abbildung 6:
Tagesabschnittsprofil von 17:00 bis 22:00 Uhr

Im Zeitraum von 17:00 bis 18:00 Uhr nehmen die Bewohner das Abendessen ein. Die Mitarbeiter üben vorwiegend Tätigkeiten zur Mahlzeitengestaltung und des Weiteren zur Grundpflege und Behandlungspflege aus. Bis 20:00 Uhr ist deutlich der hohe Anteil an direkter Pflege und Betreuung der Bewohner zu erkennen. Zu dieser Zeit werden die Bewohner zu Bett gebracht. Es finden in diesem Tagesabschnitt, im Verhältnis zum Frühdienst, wesentlich weniger kurze Pausen statt. Von 20:00 bis 21:00 Uhr überwiegen die Tätigkeiten zur Pflegedokumentation. Außerdem werden Behandlungspflegemaßnahmen durchgeführt. Bis 22:00 Uhr dominieren die Dienstübergaben an den Nachtdienst und Pausen den Ablauf bis zum Dienstende.

In der Auswertung der Tagesabschnitte lassen sich Zusammenhänge zwischen den Verrichtungen einzelner Kategorien erkennen. Zu den Zeitpunkten der Mahlzeiten wird stets ein relativ hoher Anteil an Grundpflege- und Behandlungspflegemaßnahmen ausgeübt. Diese dienen entsprechend der Beobachtungen im Untersuchungszeitraum zur Vor- und Nachbereitung der Bewohner bezüglich der Speisengestaltung. Ebenso ist die Dienstübergabe in der Regel mit einem hohen Zeitaufwand für Pflegedokumentation und Pausen verbunden. Die Pflegedokumentation bildet die Grundlage für die Dienstübergabe und muss deshalb vorab erstellt werden⁹⁹. Der Anteil der Pause lässt sich mit den Beobachtungen, dass nach der Weitergabe dienstlicher und bewohnerbezogener Informationen auch persönliche und freundschaftliche Gespräche der Mitarbeiter miteinander stattfinden, erklären.

Maßnahmen der direkten Pflege und Betreuung überwiegen morgens von 6:00 bis 9:00 Uhr sowie abends von 17:00 bis 20:00 Uhr. Zu diesen Zeiten finden nahezu keine Pausen der Mitarbeiter statt. Hier lässt sich eine hohe zeitliche Belastung des Pflegepersonals vermuten. Die direkte Pflege und Betreuung der Bewohner nimmt weiterhin im gesamten Tagesablauf einen hohen Stellenwert ein. Die Zeiten, in denen die Tätigkeiten der Grundpflege und der Mahlzeiten nicht überwiegen, nutzen die Mitarbeiter für interne und externe Absprachen, für hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie zur Beschäftigung mit Bewohnern.

6.4.3.19 Anteile der Tätigkeiten im Nachtdienst

Im Folgenden wird der Ablauf des Nachtdienstes von 22:00 bis 6:00 Uhr mit den Anteilen der Tätigkeiten im stündlichen Rhythmus dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit erfolgt eine Untergliederung in die Zeiten von 22:00 bis 02:00 Uhr sowie von 02:00 bis 06:00 Uhr.

⁹⁹ Vgl. MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege, S. 79f.

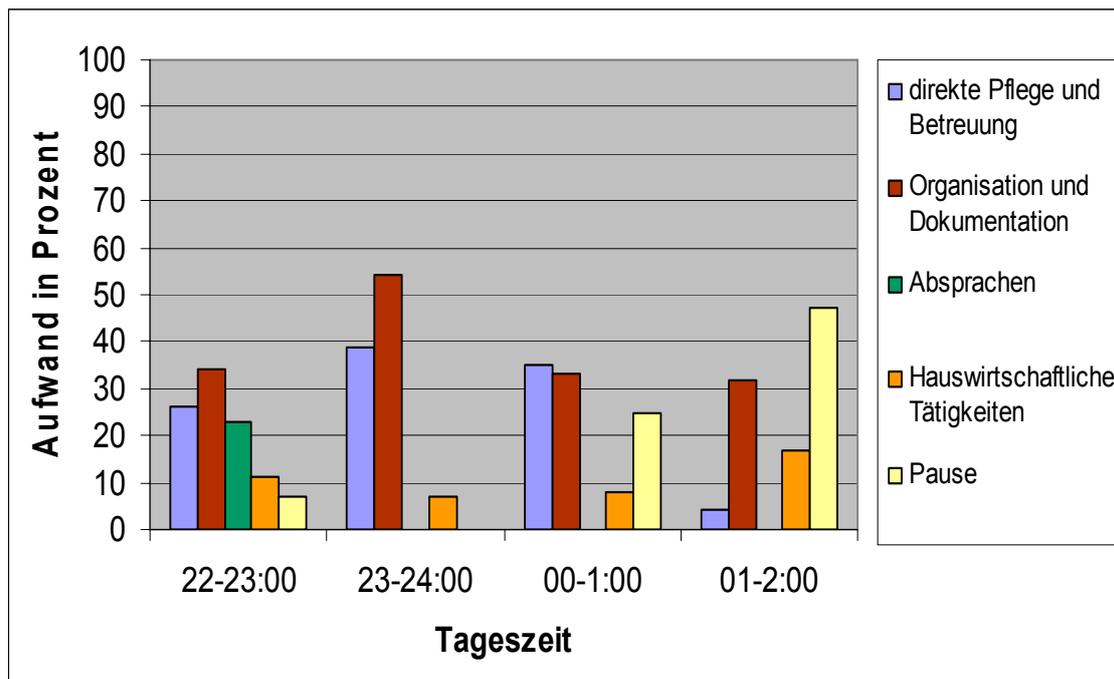


Abbildung 7:
Tagesabschnittsprofil von 22:00 bis 02:00 Uhr

Der Nachtdienst beginnt mit einer Dienstübergabe. Es überwiegen in der Zeit von 22:00 bis 23:00 Uhr die Tätigkeiten der Organisation und Dokumentation. Weiterhin findet eine direkte Pflege und Betreuung der Bewohner statt, es werden interne Absprachen getroffen und verschiedene hauswirtschaftliche Tätigkeiten erledigt. So werden z. B. Funktionsräume und Wäschelager aufgeräumt sowie Inkontinenzmaterial und Desinfektionsmittel sortiert und aufgefüllt. Im Zeitraum von 23:00 bis 24:00 Uhr findet neben der überwiegenden Organisation und Dokumentation die direkte Pflege und Betreuung von Bewohnern mit einem hohen zeitlichen Anteil statt. Während der Pflegebegleitung wurde beobachtet, dass zu dieser Zeit in nächtlichen Rundgängen Bewohnerwünsche erfüllt werden. Dies umfasst z. B. das Reichen von Getränken, die Unterstützung beim Toilettengang, das Wechseln von Inkontinenzmaterial sowie Mikrolagerungen zur Vermeidung von Hautschädigungen. Mit geringerem Zeitaufwand werden außerdem hauswirtschaftliche Tätigkeiten ausgeführt. Ab 0:00 Uhr finden die ersten Pausen statt. Darüber hinaus haben die Tätigkeiten der direkten Pflege und Betreuung sowie der Organisation und Dokumentation Vorrang. Als hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden hauptsächlich Arbeiten zur Kategorie „Wäsche“ ausgeführt. Bis 2:00 Uhr überwiegt im Ablauf der Anteil an Pausen. Einen

relativ hohen Aufwand nehmen in diesem Zeitraum die Verrichtungen in Bezug auf Medikamente ein. Dazu gehört vor allem das Vorbereiten der bewohnerbezogenen Medikation im Tablettendosier für den folgenden Tag.

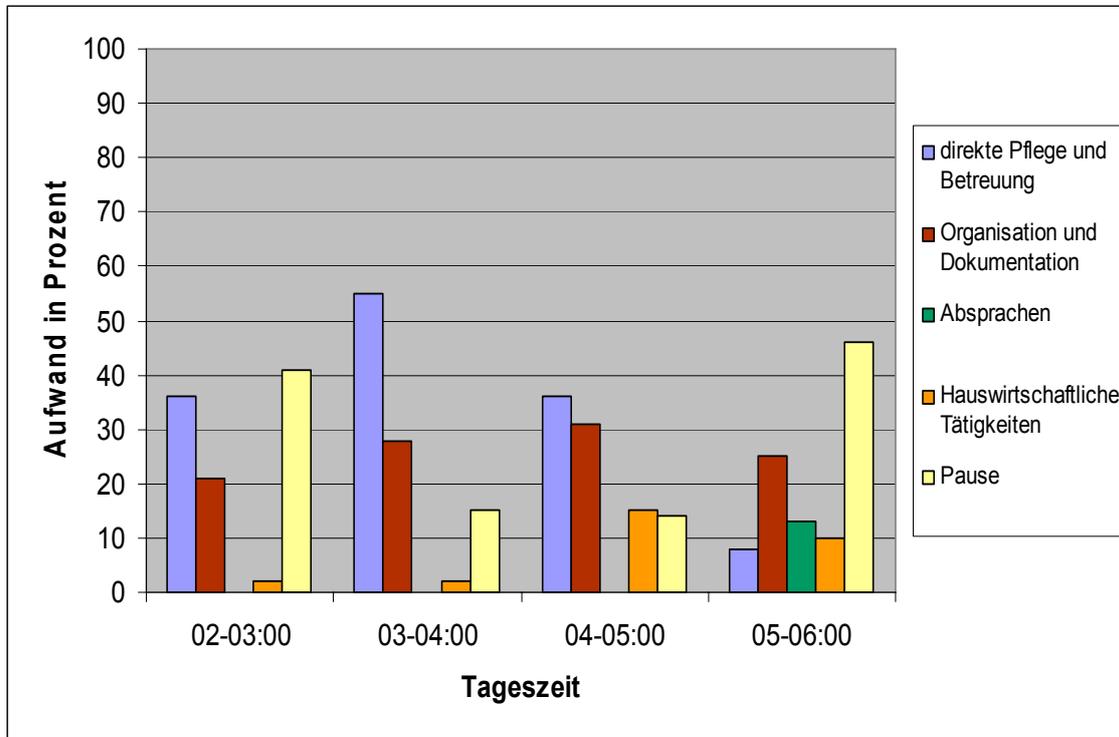


Abbildung 8:
Tagesabschnittsprofil von 2:00 bis 6:00 Uhr

Im Zeitraum von 2:00 bis 3:00 Uhr überwiegt ebenfalls der Anteil an Pausen. Weiterhin nehmen Grundpflegemaßnahmen und Pflegedokumentation einen hohen Zeitaufwand ein. Ab 3:00 Uhr werden vorwiegend Tätigkeiten der direkten Pflege und Betreuung ausgeübt, die im Zusammenhang mit den nächtlichen Rundgängen der Pflegemitarbeiter entstehen. Neben diesen Aufgaben ist Zeitaufwand für Pflegedokumentation, Pause und Medikamente zu verzeichnen. Nach 4:00 Uhr kommen zu den bisher genannten Tätigkeiten auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten hinzu. Diese betreffen vorrangig die Kategorie „Wäsche“. Hier wird die Bewohnerwäsche aus dem von der Reinigungsfirma angelieferten Container entnommen und bewohnerbezogen auf dem Wäschewagen¹⁰⁰ sor-

¹⁰⁰ Die Wäschestücke werden dann tagsüber vom Wäschewagen aus in die Bewohnerschränke in den Zimmern einsortiert.

tiert. Diese Tätigkeit übt hauptsächlich die Pflegehilfskraft aus. Zwischen 5:00 und 6:00 Uhr überwiegt wiederum der Anteil an Pausen. Es finden Dienstübergaben sowie Verrichtungen zur Organisation und Dokumentation statt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im Nachtdienst regelmäßig zu einem hohen Anteil Tätigkeiten der Kategorien Grundpflege, Pflegedokumentation, Medikamente und Wäsche verrichtet werden. Die Organisation und Dokumentation nimmt nachts kontinuierlich einen höheren Anteil ein als im Tagdienst. Bei der hohen und wiederkehrenden Zeitdauer von Pausen insbesondere von 0:00 bis 3:00 Uhr ist anzumerken, dass die einzelnen Mitarbeiter im Nachtdienst zu unterschiedlichen Zeiten ihre Pausen nehmen¹⁰¹.

6.5 Vergleich der Ergebnisse der personenbezogenen und der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse

Im Folgenden werden die Aussagen aus den Interviews mit den Pflegemitarbeitern zur Wahrnehmung ihrer Arbeitsbelastung den Ergebnissen der Analyse zur Organisation der Arbeit gegenüber gestellt. Hierzu erfolgt zunächst eine Zusammenfassung der Kernergebnisse der bisherigen Untersuchungen. Anschließend werden diese miteinander verglichen, um Zusammenhänge sowie mögliche Widersprüche festzustellen.

6.5.1 Überblick über die Ergebnisse der personenbezogenen Arbeitsanalyse

In der folgenden Zusammenfassung sind die wesentlichen Kernaussagen zur Wahrnehmung der Belastung und der Organisation der Arbeit im Pflegeheim dargestellt. Im Mittelpunkt der Zusammenfassung stehen solche Ergebnisse, die einen Vergleich zur Analyse der Organisation der Arbeit ermöglichen. Dies betrifft vor allem Aussagen zum Zeitfaktor und zu den Tätigkeiten der Mitarbeiter.

¹⁰¹ Zu beachten sind die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes.

Die befragten Mitarbeiter bezeichnen als positive Besonderheit ihres Berufes überwiegend den Umgang mit den Menschen. Ebenso wurde als positiver Aspekt die Selbstorganisation der Arbeit genannt. Unzufriedenheiten im Beruf werden durch mangelnden Teamgeist von Kollegen und durch Situationen, in denen Mitarbeiter nicht entsprechend den Anweisungen handeln, hervorgerufen. Die Arbeitsbelastung wird überwiegend als situationsbedingt unterschiedlich, teilweise auch als hoch eingeschätzt. Ebenso wird die zur Verfügung stehende Zeit für die Arbeitsaufgaben als situationsabhängig und teilweise nicht ausreichend bezeichnet. Als Gründe für fehlende Zeit sind die Organisation der Arbeit, zusätzliche Tätigkeiten und eine unzureichende Personalbesetzung angegeben. Es wird durch die Mitarbeiter eingeschätzt, dass wenig Zeit für Betreuung und Beschäftigung mit den Bewohnern vorhanden ist. Ebenso ist die Zeit für Pflegeplanung und Dokumentation als nicht ausreichend benannt.

In der folgenden Abbildung sind alle Aspekte der Arbeit, die Unzufriedenheit der Mitarbeiter hervorrufen, dargestellt. Die körperliche, emotionale und fachliche Belastung der Pflegekräfte wird mit elf Nennungen am häufigsten geäußert und stellt damit den größten Belastungsfaktor dar. Jeweils mit neun Nennungen werden die Zusammenarbeit im Team, der Zeitmangel und die räumlichen Bedingungen als problematisch eingeschätzt. Ebenfalls rufen bei mehreren Mitarbeitern der Zustand des Arbeitsplatzes bei Dienstbeginn, der Organisationsablauf, ungenügende interne Absprachen, der Personalmangel und die Organisation der Dienstübergabe Unzufriedenheiten hervor. Fünf der Pflegekräfte betonen, dass die Tätigkeiten im Seniorenheim nicht ihren Vorstellungen vom Pflegeberuf entsprechen. Als zusätzliche Tätigkeiten außerhalb des direkten Aufgabenbereiches sind Reinigungsarbeiten und die Wäscheversorgung benannt. Die Bewältigung aller anfallenden Aufgaben wird vom überwiegenden Teil der Interviewpartner als das Hauptziel der Arbeit bezeichnet. Wird dieses Ziel nicht erreicht, so ist Zeitmangel als Hauptursache angegeben.

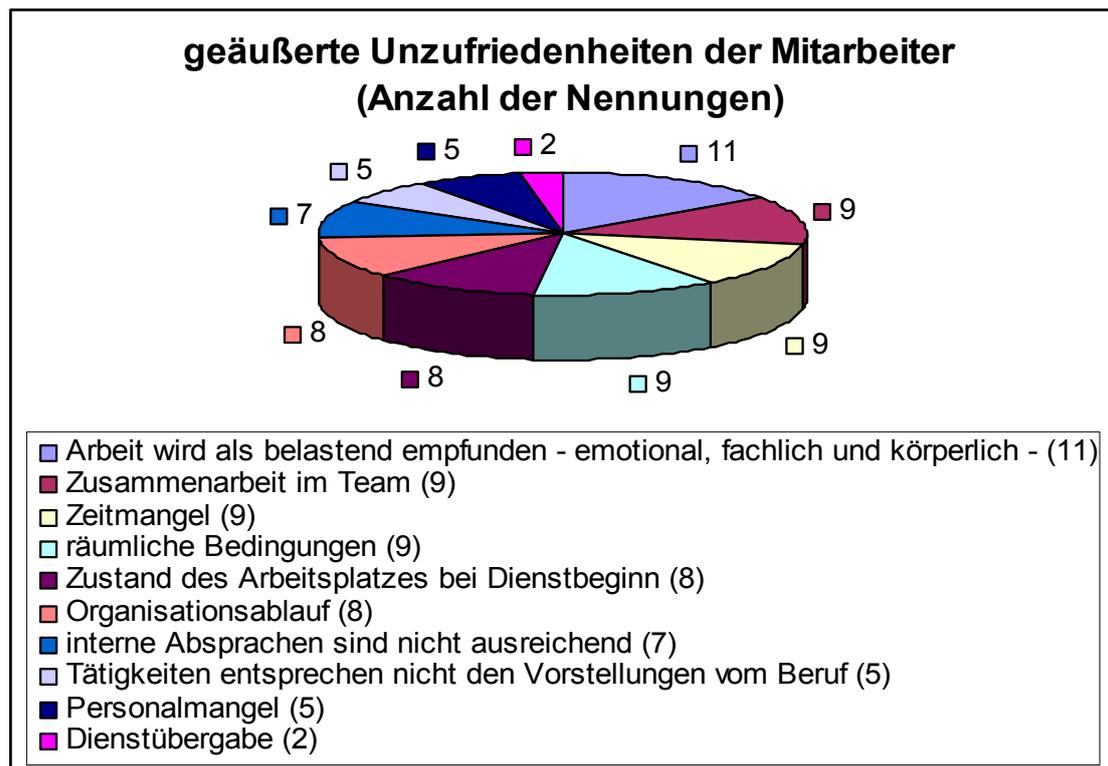


Abbildung 9:

Anteile der zusätzlichen Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereichs

Entsprechend der Aussagen der Mitarbeiter sind folgende Änderungen am Organisationsablauf notwendig:

- wirksamere Gestaltung der Dienstübergaben,
- einheitliche und vergleichbare Organisation der Wohnbereiche,
- Neustrukturierung der Aufgaben der Pflegefachkräfte,
- Veränderungen der Dienstplanung,
- Frühstückspause um 9:30 Uhr durchführen,
- für jeden Wohnbereich jeweils eine Ergotherapeutin beschäftigen.

In der Auswertung der Interviews kristallisiert sich das Problem heraus, dass die Pflegefachkräfte zusätzlich Aufgaben der Hilfs- und Hauswirtschaftskräfte übernehmen, wie z. B. Reinigungsarbeiten, Wäscheversorgung oder Mahlzeitengestaltung. Dies hat jedoch die Auswirkung, dass Fachkräfte nicht genügend ihren pflegefachlichen Aufgaben nachkommen. Es wird durch Pflegefachkräfte die

Befürchtung geäußert, dass von den Mitarbeitern die fachliche Arbeit nicht als Arbeit im eigentlichen Sinne verstanden wird.

6.5.2 Überblick über die Ergebnisse der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse

Die Tätigkeiten der erfassten Kategorien nehmen verschieden hohe Anteile an der Gesamtarbeitszeit ein. Den höchsten Zeitaufwand benötigt die Kategorie „Grundpflege“. Diese wird im gesamten Tagesablauf verrichtet. Die Kategorie Pause nimmt den zweiten Rang im Zeitaufwand ein, wobei in den Zeiten zwischen 6:00 bis 9:00 Uhr sowie 17:00 bis 20:00 Uhr deutlich weniger Pausen verzeichnet sind als im übrigen Tagesablauf. Die Anteile der Kategorien „Bewohnerwünsche“ und „Pflegeplanung“ sind in der Rangfolge mit der geringsten Zeitdauer erfasst.

Wird der gesamte Tagesablauf betrachtet, so sind organisationsbedingte Zusammenhänge zwischen den Tätigkeiten einzelner Kategorien erkennbar. So werden z. B. Tätigkeiten der Kategorie „Mahlzeiten“ immer mit den Kategorien „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ verbunden. Ebenso finden nach Dienstübergaben meist kurze Pausen statt. Besonders arbeitsintensiv mit Verrichtungen der Grundpflege sind die Zeiträume von 6:00 bis 8:00 Uhr und von 18:00 bis 20:00 Uhr. Zwischen den Wohnbereichen unterscheiden sich die Anteile der Tätigkeiten einzelner Kategorien gravierend. Dies kann mit der unterschiedlichen Bewohnerstruktur, d. h. mit verschieden hoher Pflegebedürftigkeit, erklärt werden. Im Nachtdienst überwiegen die Verrichtungen der Kategorien „Grundpflege“, „Pflegedokumentation“, „Medikamente“ und „Wäsche“.

6.5.3 Gegenüberstellung und Diskussion der Ergebnisse

Der hohe Stellenwert der Arbeit mit dem Bewohner wird in der personenbezogenen Analyse sehr deutlich und bestätigt sich teilweise in den Ergebnissen der bedingungsbezogenen Analyse der Arbeitsorganisation. Die Tätigkeiten der Ka-

tegorien „Grundpflege“, „Mahlzeiten“ und „Behandlungspflege“ werden direkt mit den pflegebedürftigen Menschen ausgeübt und sind über den gesamten Tagesablauf verzeichnet. Die Kategorie „Beschäftigung mit dem Bewohner“ hingegen nimmt im Rahmen der Gesamtarbeitszeit lediglich einen Anteil von durchschnittlich 3% ein. Die in der personenbezogenen Analyse befragten Interviewpartner äußern, dass aufgrund von Zeitmangel häufig keine Gelegenheit für eine weitere Beschäftigung mit Bewohnern bleibt, die über die Pflegetätigkeiten hinausgeht. Diesen Aussagen steht der in der bedingungsbezogenen Analyse ermittelte hohe Anteil an Pausen gegenüber.

Die folgenden Abbildungen zeigen auf, welche Tätigkeiten entsprechend der Aussagen der Pflegekräfte aufgrund von Zeitmangel zurückgestellt und welche Tätigkeiten zusätzlich verrichtet werden. Diesen Darstellungen sind die Ergebnisse der bedingungsbezogenen Analyse gegenübergestellt, die den tatsächlichen Aufwand der Verrichtungen angeben.

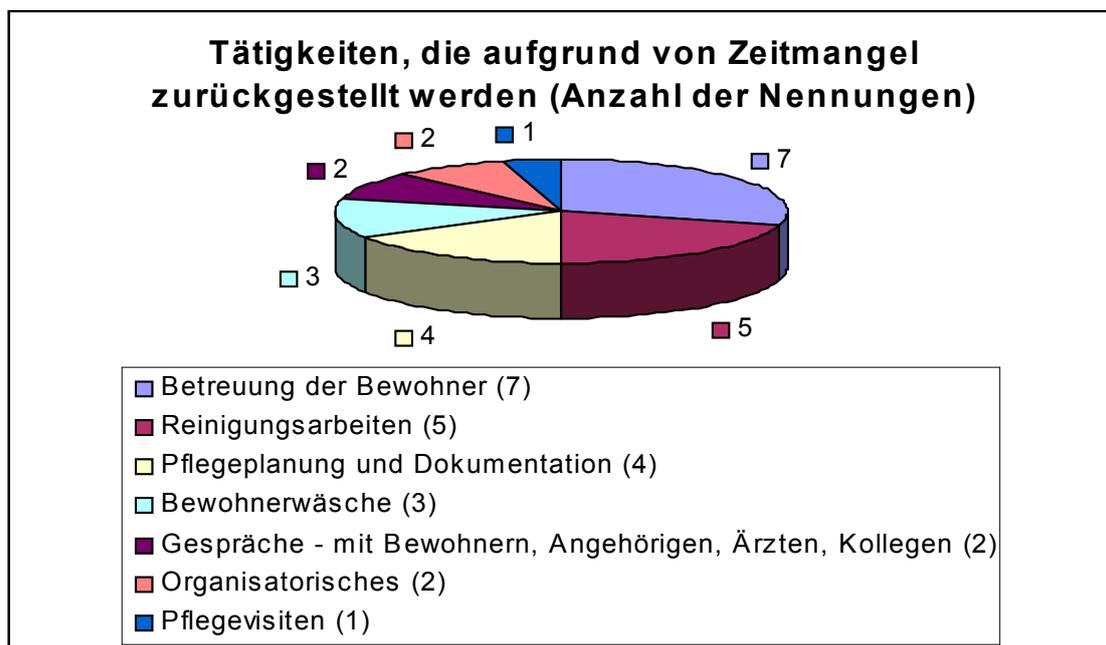


Abbildung 10:

Anteile der Tätigkeiten, die aufgrund von Zeitmangel zurückgestellt werden

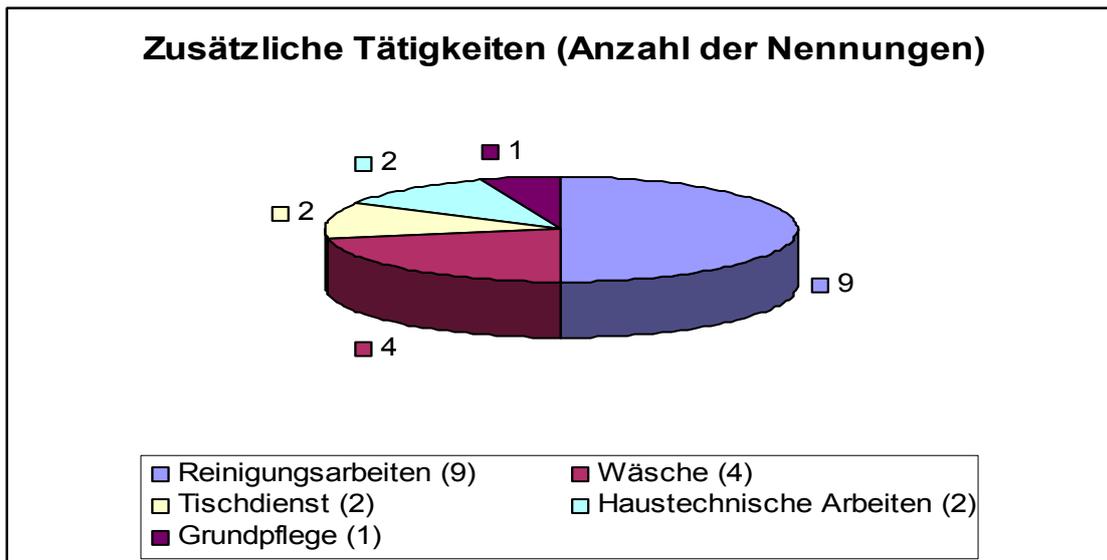


Abbildung 11:
Anteile der zusätzlichen Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereichs

Die Reinigungsarbeiten und die Wäscheverrichtungen werden sowohl als zusätzliche Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereichs als auch als Arbeiten, die aufgrund von Zeitmangel zurückgestellt werden, benannt.

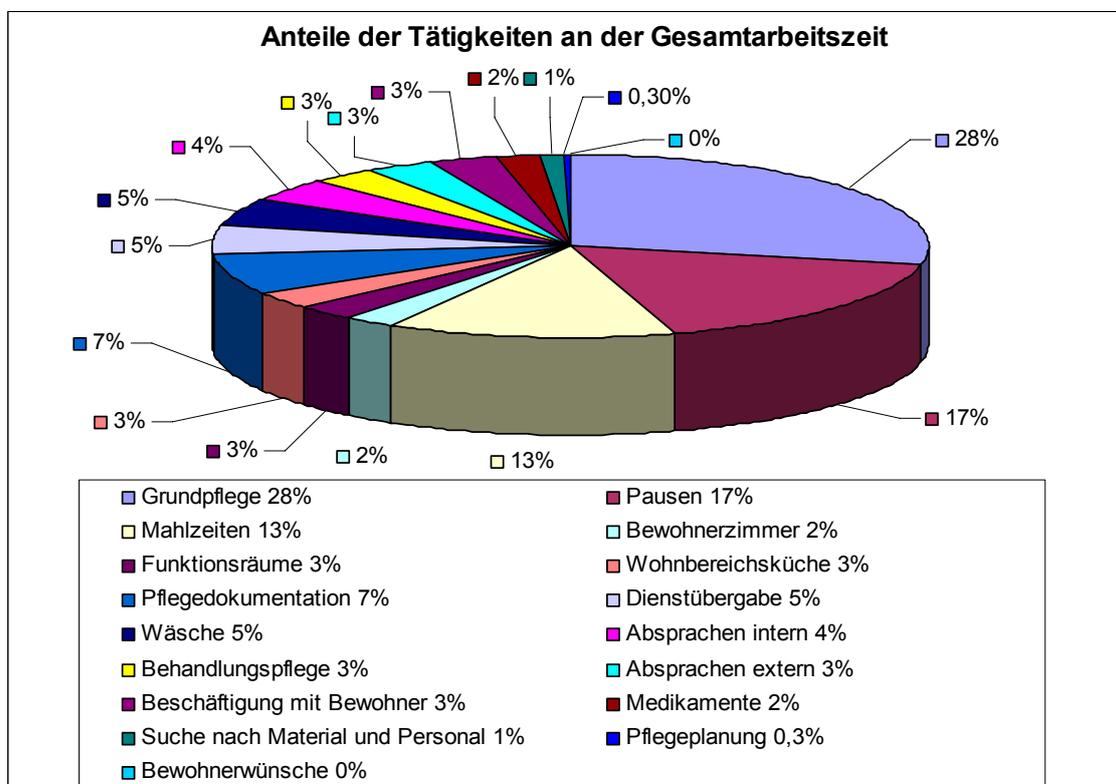


Abbildung 12:
Ergebnisse der bedingungsbezogenen Analyse im Überblick

Reinigungsarbeiten und Tätigkeiten zur Wäscheversorgung benennen sowohl die befragten Pflegehilfskräfte als auch die Pflegefachkräfte als zusätzliche und zeitaufwändige Aufgaben. Fasst man die Reinigungstätigkeiten von Bewohnerzimmern, Funktionsräumen und Wohnbereichsküche zusammen, so beträgt der Anteil an der Gesamtarbeitszeit durchschnittlich 8%. Hinzu kommt der Anteil der Verrichtungen der Kategorie „Wäsche“ mit durchschnittlich 5%. Mit einem Durchschnittswert von insgesamt 14% der Arbeitszeit zwischen 6:00 und 22:00 Uhr können die genannten zusätzlichen Arbeiten durchaus als zeitaufwändig bezeichnet werden. Zu beachten ist der ebenfalls hohe Anteil der Tätigkeiten zur Kategorie „Wäsche“ im Nachtdienst in der Zeit von 22:00 bis 6:00 Uhr¹⁰².

Für die Tätigkeiten der Kategorien „Pflegedokumentation“ und „Pflegeplanung“ bleibt entsprechend der Äußerungen der Interviewpartner wenig Zeit. Diese Tätigkeiten werden als sehr aufwendig und als fachlich belastend empfunden. In der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse wird festgestellt, dass die Pflegedokumentation mit einem durchschnittlichen Anteil von 7% an der Gesamtarbeitszeit in der Rangliste zum Zeitaufwand den vierten Platz einnimmt. Für die Tätigkeiten der Pflegeplanung bleibt tatsächlich keine Zeit, da der Anteil dieser Kategorie an der Gesamtarbeitszeit 0,30% beträgt. Die in der personenbezogenen Analyse befragten Pflegefachkräfte erklären dazu, dass der Zeitaufwand für die Pflegeplanung sehr hoch sei und eine hohe Konzentration ohne Unterbrechungen erforderlich wäre. Dies sei während der Arbeitszeit im Tagdienst nicht gewährleistet und so könnte die Pflegeplanung ausschließlich im Nachtdienst geschrieben werden. Jedoch wurden im Nachtdienst während des Untersuchungszeitraumes keine Tätigkeiten der Kategorie „Pflegeplanung“ beobachtet. Hier zeigt sich ein Widerspruch zu den Aussagen der Pflegemitarbeiter.

Die Aufgaben der Pflegefachkräfte unterscheiden sich aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation von den Aufgaben der Pflegehilfskräfte. In der personenbezogenen Analyse äußern sowohl Pflegehilfskräfte als auch Pflegefachkräfte den Aspekt, dass die fachlichen Arbeitsschwerpunkte nicht im Team anerkannt sind und Fachkräfte zur Verbesserung des Betriebsklimas einige nicht ihrer Ausbil-

¹⁰² Vgl. Kapitel 6.4.3.19 Anteile der Tätigkeiten im Nachtdienst

dung entsprechende Arbeiten verrichten. Diese Aussagen bestätigen sich in den Ergebnissen der Erfassung einzelner Verrichtungen. So beträgt der Anteil der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte an den Tätigkeiten zur Mahlzeitengestaltung 21%. An den Reinigungsarbeiten in Bewohnerzimmern, Funktionsräumen und Wohnbereichsküchen beteiligen sich die Fachkräfte insgesamt mit durchschnittlich 20%. In der Kategorie der „Grundpflege“ ist ein Anteil der Pflegefachkräfte von 45% erfasst. Im Gegensatz dazu beteiligen sich die Fachkräfte an den Tätigkeiten zur Wäscheversorgung lediglich zu 2%.

Die in der personenbezogenen Analyse befragten Mitarbeiter äußern als Änderungsvorschlag an der Arbeitsorganisation den Bedarf an einer einheitlichen und vergleichbaren Organisation der Wohnbereiche. Die Erfassung der Tätigkeiten mit ihren Anteilen an den Verrichtungen in den drei Wohnbereichen bestätigt, dass diese teilweise sehr unterschiedliche Zeitanteile in verschiedenen Kategorien aufweisen. Diese Ergebnisse lassen sich eventuell auf die Belegung mit Bewohnern, die eines verschieden hohen Pflegeaufwands bedürfen, zurückführen.

Des Weiteren wird in der personenbezogenen Analyse als Änderungsvorschlag eine wirksamere Gestaltung der Dienstübergaben genannt. Betrachtet man die Verteilung des zeitlichen Aufwandes für Dienstübergaben über den Tagesablauf von 6:00 bis 22:00 Uhr, lässt sich feststellen, dass insgesamt zu fünf verschiedenen Zeitpunkten die Übergaben statt finden. Mit einem Anteil von durchschnittlich 5% an der Gesamtarbeitszeit nehmen die Dienstübergaben im Vergleich zu den Anteilen der Tätigkeiten der übrigen Kategorien den 5. Rang ein.

An dieser Stelle der Untersuchung rufen die ersten Interpretationen der Ergebnisse eine Reihe von Fragen auf. Die Pflegekräfte befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen ihrer eigenen Vorstellung vom Pflegeberuf¹⁰³, den täglichen Organisationserfordernissen und den Anforderungen aus der Umwelt¹⁰⁴. Sie betonen, dass ihre derzeitigen Tätigkeiten nicht ihrem Bild von „Pflege“ ent-

¹⁰³ Vgl. Kapitel 4.4 Das Pflegemodell von Liliane Juchli

¹⁰⁴ Vgl. Kapitel 4.5 Anforderungen an die Qualität der Pflege

sprechen und die Zeit für die Beschäftigung mit den Pflegebedürftigen nicht ausreicht. Wenn zuwenig Zeit vorhanden ist, warum ist dann der Anteil an Pausen mit durchschnittlich 17% so hoch? Werden die Pausen von den Mitarbeitern bewusst zur Regulierung des Stressniveaus genutzt¹⁰⁵? Wenn die Unterbrechungen der Arbeit bewusst und zielgerichtet eingesetzt werden, ist eventuell eine Zuordnung zu Tätigkeiten anderer Kategorien möglich. Zum Beispiel kann sich eine Pflegekraft während des Rauchens einer Zigarette die nächsten Schritte ihrer Arbeit überlegen. So ließe sich diese Pause eher planerischen Tätigkeiten zuordnen. Ebenfalls kann der Pflegende eine Unterbrechung der Arbeit bewusst nutzen, um Kraft für den nächsten Bewohner zu schöpfen. In diesem Falle betrifft die Pause möglicherweise die Kategorie „Beschäftigung mit Bewohner“.

Weitere Fragen ruft das Ergebnis hervor, dass die Tätigkeiten der Pflegeplanung gegen 0% tendieren und stattdessen von den Pflegefachkräften hauswirtschaftliche Verrichtungen ausgeübt werden. Die Mitarbeiter begründen die Übernahme der helfenden Tätigkeiten damit, dass dies zur Verbesserung des Arbeitsklimas beitrage. Kann dieses Verhalten der Fachkräfte als eine Flucht vor den veränderten Anforderungen aus der Umwelt verstanden werden? Ist diese Strategie ein Ergebnis der Selbstorganisation, in der das System entsprechend seiner Eigenlogik auf Umweltveränderungen reagiert? Diese Strategie wäre dann als Resultat der Autopoiesis des sozialen Systems „Seniorenheim“ und seiner Mitglieder zu verstehen¹⁰⁶. Ebenso können die Verhaltensweisen der Pflegekräfte als eine „geschickte Unfähigkeit“ (Probst/Büchel 1998, S. 75) betrachtet werden, die dazu dient, Bestehendes zu erhalten. Gekonnt werden Erklärungen und Entschuldigungen dazu genutzt, um Neues zu verhindern¹⁰⁷.

Die hier beschriebenen Aspekte der bisherigen Ergebnisse werden im Folgenden in Experteninterviews mit den leitenden Mitarbeitern der Einrichtung erneut

¹⁰⁵ Vgl. Kapitel 5.6 Möglichkeiten zur Regulierung des Stressniveaus von Beschäftigten in der Altenpflege

¹⁰⁶ Vgl. Kapitel 3.1 Organisation als autopoietisches System

¹⁰⁷ Vgl. Kapitel 3.4.2.5 Lernhindernisse

aufgegriffen. In der folgenden Analyse sollen mögliche Antworten auf die oben dargestellten Fragen gefunden und mögliche Ursachen für die festgestellten Widersprüche geklärt werden.

6.6 Experteninterviews zum Zusammenhang zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und der objektiven Arbeitsanalyse

In den bisherigen Ausführungen wurden die individuellen Wahrnehmungen der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter erfragt und analysiert, eine Erfassung des tatsächlichen Aufwandes der Tätigkeiten durchgeführt und beide Ergebnisse zunächst gegenüber gestellt. Im Folgenden werden die leitenden Mitarbeiter der Einrichtung mit den Ergebnissen konfrontiert und in Experteninterviews gebeten, ihre Einschätzung zu möglichen Zusammenhängen und Hintergründen zu äußern. Damit sollen offene Fragen, die sich aufgrund der bisherigen Daten ergeben, geklärt sowie Gründe für markante Ergebnisse erschlossen werden. Durch die Aussagen und Begründungen der Leitungskräfte in der untersuchten Einrichtung können bisherige Interpretationen bestätigt und subjektive Deutungen möglichst ausgeschaltet werden.

6.6.1 Datenerhebung

Die Experteninterviews zum abschließenden Teil der Untersuchung wurden bewusst ausschließlich mit den leitenden Mitarbeitern der Einrichtung geführt. Es ist davon auszugehen, dass die Leitungskräfte in der Lage sind, zusammenhängende Erklärungen über ihren zuständigen Bereich zu geben und mögliche Hintergründe zu reflektieren. Die Befragung wurde mit der Pflegedienstleitung und zwei Wohnbereichsleitungen durchgeführt¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Zum Zeitpunkt der Befragung verfügt ein Wohnbereich über keine Wohnbereichsleitung. Diese Funktion übernimmt die Pflegedienstleitung.

Als Grundlage zur Durchführung dient ein Leitfaden. Dieser wurde anhand der bisherigen Ergebnisse der Untersuchung entwickelt und soll durch offene Fragen ein Reflektieren des Interviewten und Analysieren möglicher Hintergründe während des Gesprächs zulassen¹⁰⁹. Der Einstieg in das Interview ist so gestaltet, dass der Befragte zunächst die durchschnittlichen Anteile der Tätigkeiten an der Gesamtarbeitszeit einschätzt¹¹⁰. Dies sollte möglichst intuitiv geschehen. Dadurch wird eine offene Gesprächsatmosphäre, ein Hineindenken des Interviewten in die Thematik und eine gemeinsame Ebene mit dem Gesprächsführer erreicht. Anschließend werden die spontanen Einschätzungen mit den Ergebnissen der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse verglichen. Weichen die geschätzten Werte des Befragten auffallend von den Daten ab, wird er durch den Interviewer gebeten, mögliche Begründungen für diese Wahrnehmung zu erörtern. Das Ergebnis zum Anteil der Pflegeplanung wird direkt angesprochen, da diese Tätigkeiten von den in der personenbezogenen Analyse befragten Pflege Mitarbeitern als zeitaufwändig eingeschätzt wurde, jedoch in der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse mit einem sehr geringen Anteil von nahezu null Prozent erfasst ist. Hierfür sollen mögliche Ursachen und Hintergründe erwogen werden.

Eine weitere Frage bezieht sich auf die Arbeitsbelastung und den Zeitmangel der Pflegemitarbeiter. Mit den vorliegenden Ergebnissen der Arbeitsanalyse sollen die Leitungskräfte einschätzen, warum die Mitarbeiter der Einrichtung die zeitliche Belastung als hoch empfinden. Anschließend werden sie zu dem Rahmen befragt, in dem die Mitarbeiter die Möglichkeiten nutzen, ihre eigenen

¹⁰⁹ Die Interviews wurden vollständig auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Transkriptionen ermöglichen das Nachvollziehen der Äußerungen der Interviewpartner und somit eine detaillierte Auswertung der Gespräche.

¹¹⁰ Dabei ist im Interviewleitfaden ein Fehler aufgetreten. Die Gesamtarbeitszeit wurde in den Interviews auf den Zeitraum von 6:00 bis 20:00 Uhr begrenzt. Die vorliegenden Ergebnisse zur Analyse der Arbeitsorganisation beschreiben jedoch den Wert für die Arbeitszeit von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr. Die Befragten hätten die Anteile möglicherweise für diesen Zeitraum anders eingeschätzt. Dieser Fehler ist allerdings erst zum Zeitpunkt der Transkription aufgefallen und konnte deshalb nicht mehr korrigiert werden.

Ideen und Vorschläge einzubringen. Dazu sollen sie außerdem abwägen, warum einige dieser Möglichkeiten ungenutzt bleiben.

Des Weiteren wird der Eindruck der unzureichenden Personalbesetzung und der Kommunikation zwischen den Bereichen hinterfragt. Die nächste Frage bezieht sich auf den Aspekt, dass Mitarbeiter zahlreiche Änderungsvorschläge für die räumlichen Bedingungen nennen, jedoch weniger Ideen für den Organisationsablauf oder die eigene Person äußern. Hierfür sollen mögliche Erklärungen gefunden werden. Abschließend wird auf den von einigen Mitarbeitern geäußerten Aspekt Bezug genommen, dass Pflegefachkräfte mitunter Aufgaben der Pflegehilfskräfte übernehmen, um im Team anerkannt zu sein, währenddessen ihre fachlichen Aufgaben unerledigt bleiben. Es soll herausgestellt werden, ob diese Situation in allen Bereichen auftritt und welche Ursachen hierfür in Erwägung gezogen werden können.

6.6.2 Datenauswertung

Die Auswertung der Interviews soll Aufschluss über mögliche Hintergründe zu den bisherigen Ergebnissen geben. Jedes dieser drei Gespräche ist in sich zusammenhängend nachvollziehbar, das heißt es bauen die einzelnen Erklärungen und Begründungen innerhalb des Gespräches aufeinander auf. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, zunächst die Interviews einzeln zu betrachten und anschließend einen zusammenfassenden Vergleich der Aussagen darzustellen.

6.6.2.1 Interview mit der Pflegedienstleitung

Die Pflegedienstleitung (PDL) ist hierarchisch sowohl fachlich als auch disziplinarisch allen Mitarbeitern der Einrichtung übergeordnet. Sie trägt die Hauptverantwortung für die Abläufe, die Arbeitsbedingungen und die Organisation der Arbeit.

Die spontanen Einschätzungen der Pflegedienstleitung zu den Anteilen der einzelnen Kategorien an der Gesamtarbeitszeit weichen außer im Bereich der Grundpflege nicht wesentlich von den in der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse ermittelten Daten ab. Den Anteil der Grundpflegetätigkeiten schätzt sie auf sechzig Prozent. Sie gibt an, dass die Absprachen innerhalb der Einrichtung hauptsächlich in den Pausen erfolgen. Die Pausen werden genutzt, um sich über die Bewohner auszutauschen, es werden selten private Gespräche der Mitarbeiter untereinander geführt. Die Tätigkeiten der Kategorie „Bewohnerzimmer“, also z. B. das Aufräumen, sind ihrer Aussage nach nicht von der Grundpflege zu trennen. Ihre Wahrnehmung des hohen zeitlichen Anteils der Kategorie „Grundpflege“ begründet sie damit, dass diese Tätigkeiten häufig mit Verrichtungen weiterer Kategorien einhergehen.

Der geringe zeitliche Anteil an Pflegeplanungsarbeit wird damit begründet, dass viele Mitarbeiter die Planungen zu Hause aktualisieren, da sie dann mehr Ruhe zum Schreiben haben. Dies sei ebenfalls mit einem geringeren zeitlichen Aufwand verbunden, als wenn sie die Pflegeplanungen während des Dienstes schreiben würden: „und da haben sie die Pflegeplanung eben in einer halben Stunde, Stunde geschrieben, was hier gar nicht möglich ist durch das Tagesgeschäft“ (PDL, Zeilen 106 –109).

Auf die Frage, warum die Mitarbeiter ihre Arbeitsbelastung teilweise sehr hoch einschätzen, vermutet die Pflegedienstleitung die Ursachen darin, dass die Vorstellungen vom Berufsbild eines Altenpflegers stark von der Realität in der Einrichtung abweichen: „Also die meisten kommen ja hier her und wollen erst mal pflegen und sich um die Bewohner kümmern und betreuen und beschäftigen und die Bewohner bemuttern und betutteln. Und dann fangen die an und merken erst mal, mein Gott, das ist ja schon immer mehr Schreibarbeit vom Prinzip her“ (PDL, Zeilen 129-133). Die Anforderungen an die Pflegedokumentation nehmen zu und verändern sich häufig. Sie werden von außen gestellt; hierbei nennt sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die Heimaufsicht. Diese „haben irgendwie ständig andere Vorstellungen, wollen ständig irgendwas anderes“ (PDL, Zeilen 142-143). Als ein Beispiel führt sie die Wunddokumentation an. Die Anforderungen an die Dokumentation von Wunden ha-

ben sich in den vergangenen Jahren sehr schnell verändert, vor allem an die dokumentenechte Kameratechnik. Der schnelle Wandel der Anforderungen an die Arbeit der Pflegeeinrichtungen führt zu Verunsicherungen der Mitarbeiter: „das verursacht auch mit die Unsicherheit bei den Mitarbeitern. Weil die ja am Ende gar nicht mehr wissen, was richtig ist“ (PDL, Zeilen 156-158). Diese Verunsicherung verstärkt wiederum die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter: „dass sie da erst mal das Verständnis für irgendwas aufzubringen, dass sie jetzt auf `ne bestimmte Art und Weise was tun müssen. Das ist ja erst mal schwierig, dass sie es dann am Ende tun. Und am Ende haben es die Mitarbeiter verinnerlicht und setzen es um und da kommt wieder was Neues und plötzlich ist alles verkehrt und muss wieder anders gemacht werden als zuvor“ (PDL, Zeilen 162-167). Die Pflegedienstleitung vermutet demnach, dass die Ursache der empfundenen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter in den inkonstanten Anforderungen der Aufsichtsorgane liegt.

Die Pflegedienstleitung äußert, „dass viel gemeckert wird“ (PDL, Zeile 177). Die Mitarbeiter „klagen in erster Linie über den Schreibkram“ (PDL, Zeilen 178-179). Sie gibt an, dass die Beschäftigten jedoch keine Ideen bzw. Wünsche äußern, wenn sie direkt darauf angesprochen werden. Eine Begründung hierfür sieht sie in der „Angst, wenn er jetzt den Mund aufmacht, dass er mit irgendwelcher Konsequenz rechnen muss“ (PDL, Zeilen 183-184). Die Pflegedienstleitung beschreibt weiterhin, dass der Qualitätszirkel in der Einrichtung nicht in dem vorgesehenen Maße von den Mitarbeitern angenommen wird. Hierfür nennt sie die Ursache, dass Qualitätszirkel „Bürokratie“ (PDL, Zeile 191) bedeuten und das Pflegepersonal das Zusammensein mit den Bewohnern bevorzugt. Äußern die Mitarbeiter selbständig Ideen zur Verbesserung, so sind diese teilweise aufgrund finanzieller oder baulicher Grenzen nicht umsetzbar. Sie begründet dies mit ihrer Vermutung „dass die meisten Menschen halt so visuell veranlagt sind, und wenn das Dienstzimmer zu klein ist, dann sieht man das ja“ (PDL, Zeilen 221-223). Sie führt diesen Gedanken weiter aus: „so ein Organisationsablauf, das ist ja nichts visuelles, man sieht es ja einfach nicht. Und damit glaub ich,

dass man sich damit schwer tut, wirklich mal darüber nachzudenken, wie kann ich meine Organisation irgendwie verändern“ (PDL, Zeilen 225-228)¹¹¹.

Der Pflegedienstleitung wird erläutert, dass die Mitarbeiter in den Befragungen zur Wahrnehmung der Arbeitsbelastung eine gewisse Unzufriedenheit mit der Personalbesetzung äußerten. Sie reagiert mit der Aussage, dass es als angenehm empfunden wird, wenn sich mehrere Mitarbeiter die Arbeit teilen. Weiterhin benennt sie die Pflegesätze als eine äußere Rahmenbedingung, welche die Personalbesetzung in einer Pflegeeinrichtung begrenzt. Ihre Bemühungen, diese Zusammenhänge gegenüber ihren Mitarbeitern darzustellen, scheinen erfolglos: „aber manche wollen es gar nicht so sehen“ (PDL, Zeile 263). Würde mehr Personal eingestellt werden, so vermutet sie, führt dies nicht zu einer Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit hin. Sie untermauert diesen Gedankengang mit der Aussage: „wenn drei Leute im Dienst sind, dass es besser läuft, als wenn fünf Leute im Dienst sind“ (PDL, Zeilen 270-271). Dazu erklärt sie, dass sich die Mitarbeiter bei einer geringeren Personalbesetzung selbst ihren Dienst effektiv planen und organisieren müssen. Die Verteilung der Aufgaben funktioniere dann reibungslos. Sind mehr Mitarbeiter im Einsatz, sehen diese nicht die konkrete Notwendigkeit einer effektiven Organisation.

Auf die Frage, wie sie als Pflegedienstleitung die aktuelle Situation der internen Kommunikation und ihre Auswirkungen einschätzt, beschreibt sie folgende Beobachtung: „viele Mitarbeiter sagen, na ich weiß von nichts. Davon hab ich noch nie was gehört“ (PDL, Zeilen 300-301). Hierfür vermutet sie menschliche Ursachen: „es ist auch immer einfacher zu sagen, ich weiß von nichts“ (PDL, Zeilen 307-308). Sie führt in folgender Beschreibung an, dass dies in den sich häufig ändernden gesetzlichen Anforderungen begründet liegen kann: „da spielt der Druck von außen schon wieder eine riesengroße Rolle. Weil ja auch ständig was neues dazu kommt, ... dass die Mitarbeiter irgendwann einen dicken Kopf

¹¹¹ Mit diesem Gedankengang eröffnet die Pflegedienstleitung eine nachvollziehbare Erklärung für den Sachverhalt, dass die Mitarbeiter zunächst zahlreiche bauliche Änderungsvorschläge nennen, jedoch wenige Ideen zur Verbesserung des Organisationsablaufs (vgl. Kapitel 6.3.3 Datenauswertung).

haben und sagen jetzt das ist mir alles zu viel, ich stell mich jetzt mal ganz dumm und mach jetzt meine Arbeit und vielleicht ist es ja manchmal nicht schlecht, wenn ich was nicht weiß“ (PDL, Zeilen 312-317). In dieser Aussage wird ebenfalls deutlich, dass die Mitarbeiter sich nicht mit den Anforderungen von außen identifizieren. Ich „mach jetzt meine Arbeit“ (PDL, Zeile 316) bedeutet im Prinzip, dass neue Forderungen von außen nicht als Bestandteil der Arbeit im eigentlichen Sinne verstanden werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Pflegedienstleitung die Ursachen für die Wahrnehmung einer teilweise hohen Arbeitsbelastung und Unzufriedenheiten der Mitarbeiter auf die häufig veränderten Anforderungen der Kontrollinstanzen und Gesetzgeber zurückführt. Sie beschreibt ihre Mitarbeiter mit sehr menschlichen Ausprägungen, die an ihrer Arbeit die zwischenmenschlichen Beziehungen zu den Bewohnern schätzen und aufgrund dieser Wesenszüge dem Tempo der Änderungen von Anforderungen nicht gewachsen sind. Auffallend ist, dass die in der personenbezogenen Analyse befragten Mitarbeiter die Gründe für ihre Arbeitsbelastung im Mangel an Zeit und Personal suchen, währenddessen die Leitung die Ursachen in den höheren Instanzen, wie z. B. dem Gesetzgeber, sieht.

6.6.2.2 Interview mit Wohnbereichsleitung 1

Wohnbereichsleitungen sind fachlich den Mitarbeitern ihres Wohnbereiches gegenüber weisungsbefugt. Sie sind verantwortlich für die Organisation der Arbeit ihres Wohnbereichs und die Kommunikation zwischen Pflegedienstleitung und ihrem Team. Die Leitungsfunktion üben sie während ihres regulären Arbeitsablaufs aus, d. h. sie sind nicht von ihren Pflegeaufgaben freigestellt.

Die Wohnbereichsleitung 1 schätzt die Anteile an der Gesamtarbeitszeit für die Kategorien „Beschäftigung mit dem Bewohner“ und zusätzliche „Bewohnerwünsche“ jeweils auf zehn Prozent. Auf die in der bedingungsbezogenen Arbeits-

analyse ermittelten niedrigeren Daten¹¹² reagiert sie sehr erstaunt mit den Worten: „Das haut mich ja jetzt um“ (WBL 1, Zeile 85). Die Beschäftigung mit den Bewohnern und die Erfüllung zusätzlicher Wünsche haben für sie und ihren Wohnbereich „einen ganz großen Stellenwert“ (WBL 1, Zeile 109). Sie nennt einige Beispiele wie das Zeitung holen, das Vorlesen, das Anschauen von Bildern, das Holen von Süßigkeiten oder das Bringen von Bewohnern an das Fenster.

Die Tätigkeiten der Kategorie „Suche von Personal und Material“ schätzt die Wohnbereichsleitung 1 auf acht Prozent an der Gesamtarbeitszeit. Diesen höheren Wert¹¹³ erklärt sie mit zwei aktuell erlebten Situationen. In dem ersten Beispiel suchte sie für eine Rückfrage eine Pflegefachkraft: „durch alle Zimmer, ich kann mich ja auch nicht auf den Gang stellen und laut rufen, da fallen die Leute aus den Betten oder denken, es ist Feuersalarm oder sonst was“ (WBL 1, Zeilen 141-144)¹¹⁴. Diese Suche hat fünf bis sieben Minuten in Anspruch genommen. Im zweiten Beispiel beschreibt sie eine Situation, die häufiger auftritt: „ich hab eine Bewohnerin, die möchte, dass das versteckt wird, was sie selber bezahlt und da will sie die einen Sachen in den einen Schrank haben, die nächsten Sachen will sie in den anderen Schrank. Und dann hab ich vergessen, wo es ist. Und ich stell mich dann zur Behandlungspflege hin und such die sterilen Platten und find sie nicht“ (WBL 1, Zeilen 153-157).

Pausen nehmen nach Einschätzung der Wohnbereichsleitung 1 im Rahmen der Gesamtarbeitszeit einen Anteil von zehn Prozent ein. Sie gibt an, dass die Raucherpausen üblicherweise genutzt werden, zum Beispiel für Bestellungen oder

¹¹² Die Tätigkeiten der Kategorie „Beschäftigung mit dem Bewohner“ nehmen 3% der Gesamtarbeitszeit ein. Der Anteil der Kategorie „Bewohnerwünsche“ beträgt 0% (vgl. Kapitel 6.4.3 Ergebnisse).

¹¹³ Der Zeitaufwand für die Kategorie „Suche von Personal und Material“ umfasst 1% der Gesamtarbeitszeit (vgl. Kapitel 6.4.3 Ergebnisse).

¹¹⁴ Diese Situation kommt in der Regel nur dann zustande, wenn die gesuchte Person den Pager nicht in Betrieb bzw. nicht dabei hat. Dies war in dem erzählten Beispiel der Fall: „die hatte zufälligerweise auch diesen Piepser nicht dabei, der über dieses Telefon geschaltet ist“ (WBL 1, Zeilen 145-146).

zum lesen. Im Rahmen der Grundpflege beschreibt sie eine Situation, in der häufig zusätzliche kurze Pausen entstehen: „dass ich im Bewohnerzimmer stehe und wenn jemand auf Toilette ist, da kann ich nicht wegrennen, ... da muss ich zwei, drei Minuten warten. Da stehe ich im Zimmer rum, und wenn der Schrank ordentlich und schön ist, da kann ich nicht mal da aufräumen oder putzen“ (WBL 1, Zeilen 176-181).

Den Anteil der Kategorie „Pflegeplanung“ schätzt die Wohnbereichsleitung 2 zunächst auf maximal fünf Prozent und korrigiert sich nach kurzem Überlegen auf zwei Prozent. Sie begründet diese Einschätzung damit, dass viele Kollegen die Pflegeplanungen mit nach Hause nehmen, um dort mit „Ruhe“ und „Abstand“ zu schreiben (WBL 1, Zeilen 185-186) und dass viele Mitarbeiter die Planungen im Nachtdienst aktualisieren. Sie erklärt außerdem, dass die Überarbeitung nicht viel Zeit in Anspruch nimmt, da sich am Allgemeinzustand der Bewohner, im Gegensatz zu Kliniken, wenig ändert.

Zur Frage nach der Einschätzung der Arbeitsbelastung der Pflegemitarbeiter äußert die Wohnbereichsleitung 1 das „subjektive Erleben“ (WBL 1, Zeile 211) und dass sich Arbeitsbelastung schwer auf zeitliche Faktoren zurückführen lässt. Ihre Belastung empfindet sie ebenfalls an manchen Tagen als hoch und beschreibt die Umstände, die dazu führen, folgendermaßen: „es sind ja Menschen. Ich muss ja bei jedem wach sein und aufpassen und mich auf jeden einstellen“ (WBL 1, Zeilen 218-220). Sie vermutet, dass ihre Kollegen dies ebenfalls so empfinden: „dass genau das das Ding ist, was die meisten als hohe Belastung einschätzen, weil man sich in diesen zehn Sekunden, die man sich auf dem Gang befindet, wenn man von einem Zimmer ins andere kommt, auf einen ganz anderen Menschen einstellen muss“ (WBL 1, Zeilen 225-228). Die Empfindung der Mitarbeiter, dass die Zeit für die Erledigung aller Aufgaben häufig nicht ausreicht, erläutert sie mit der Aussage, es „sitzt einem irgendwas im Genick“ (WBL 1, Zeilen 237-238) und beschreibt dies damit: „Ich stehe im Bewohnerzimmer und weiß, es ist schon wieder das nächste dran. Es kommt ein Arzt oder es ist eine Besprechung oder es ist dieses und ist jenes“ (WBL 1, Zeilen 238-240). Sie teilt mit ihren Kollegen die Empfindung, dass wenig Zeit für den Bewohner bleibt und andere Dinge Vorrang haben. Dies erläutert sie folgen-

dermaßen: der Bewohner „hätte gern mehr Zeit, ... aber es geht oft nicht, weil einfach andere Sachen, die abrechenbar sind, sag ich mal einfach laufen müssen. Ich muss halt schreiben. Ich muss mich hinsetzen und muss dokumentieren wie wahnsinnig“ (WBL 1, Zeilen 242-245). Diese Äußerung ist vergleichbar mit den in der personenbezogenen Analyse gewonnenen Aussagen, dass sowohl für die Betreuung und Beschäftigung mit den Bewohnern als auch für die Pflegeplanung und Dokumentation nicht ausreichend Zeit vorhanden sei.

Die Wohnbereichsleitung 1 benennt die Teamberatungen und Dienstübergaben als Möglichkeiten für die Mitarbeiter, ihre Ideen und Vorschläge einzubringen. Die Besprechungen verlaufen meist bewohnerbezogen. Hier werden ebenfalls Erfahrungen diskutiert und anschließend neue Möglichkeiten erprobt. Vorschläge zur Veränderung der Arbeitsorganisation werden weniger thematisiert. Zur Begründung erläutert sie, dass die Dienste „relativ starr“ (WBL 1, Zeile 282) sind: „jeder Dienst hat ja ein Gerüst, an dem man sich entlang hangelt. Grundpflege, Frühstück, zweites Frühstück, Behandlungspflege, Beschäftigung, Mittagessen, ... aus diesem Gerüst komme ich nicht raus. Die Lücken, die da entstehen, in diesen Lücken geht es ja nur um den Bewohner. Es geht ja um nichts anderes“ (WBL 1, Zeilen 282-287). Mit diesem Beispiel wird erklärt, warum die Mitarbeiter wenige Ideen zur Verbesserung des Organisationsablaufs äußern. Die mögliche Ursache für die begrenzten Möglichkeiten für Veränderungen liegt nach ihrer Einschätzung in dem vorgegebenen Tagesablauf. Dieser richtet sich nach den natürlichen Bedürfnissen der Bewohner und sollte in ihrem Interesse selbstverständlich nicht verändert werden.

Die Empfindung der Mitarbeiter, dass die Personalbesetzung nicht ausreicht und der Wunsch, eine Ergotherapeutin für jeden Wohnbereich einzustellen, teilt die Wohnbereichsleitung 1 mit ihren Kollegen. Zur Veranschaulichung beschreibt sie folgendes Wunschbild: „sehe ich da die Ergotherapeutin sitzen im Wohnbereich und zwei Pflegehilfskräfte mit dazu, die dann aktiv an der Beschäftigung teilnehmen und den Leuten eben mal nicht im medizinischen, nicht im grundpflegerischen, einfach mal so im zwischenmenschlichen Bereich was Gutes tun“ (WBL 1, Zeilen 310-314). Dem steht das Ergebnis der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse entgegen, dass zu Erfassungszeiten, in denen mehr

als drei Mitarbeiter für einen Dienst eingeteilt waren, keine höheren Anteile für die Beschäftigung mit Bewohnern aufgezeichnet wurden. Die Wohnbereichsleitung 1 erklärt dazu, dass an diesen Tagen andere Tätigkeiten erledigt werden, die von den Diensten mit geringer Personalbesetzung liegen geblieben sind. Diese Tätigkeiten beschreibt sie als „Sachen, die abgerechnet werden können“ (WBL 1, Zeilen 331-332). Zur Veranschaulichung erläutert sie den „Druck von allen Seiten“ (WBL 1, Zeilen 333-334): „wir haben unsere Vorgaben, und die muss ich dann abarbeiten, ... Pflegeplanung, gerichtliche Beschlüsse einzuholen oder irgendwas. Es wird alles gefordert von Heimaufsicht und MDK, ... obwohl die Bewohner draußen sitzen mit denen ich noch mehr machen könnte“ (WBL 1, Zeilen 335-340). Diesen Druck und diese Vorgaben empfindet sie als „Arbeiten unter Belastung“ (WBL 1, Zeile 342). An dieser Aussage wird, ähnlich wie in dem Interview mit der Pflegedienstleitung, wieder deutlich, dass die Arbeit mit den Bewohnern als die Hauptaufgabe gesehen wird. Die Anforderungen von Kontrollinstanzen werden von den Führungskräften als zusätzliche Belastungsfaktoren betrachtet, die nicht in Zusammenhang mit den pflegenden und betreuenden Tätigkeiten zu stehen scheinen.

Zu der Situation, dass Pflegefachkräfte häufig die Aufgaben der Pflegehilfskräfte übernehmen, während ihre fachlichen Pflichten zurück gestellt werden, beschreibt die Wohnbereichsleitung 1 zwei mögliche Hintergründe. Zum einen liegt die Ursache darin, dass Pflegefachkräfte gern mit den Bewohnern zusammen sind: „bei einer Bettlägerigen auch im Zimmer Staub wischen, bin ich am Bett und kann mich mit ihr unterhalten. Das ist eigentlich Altenpflege“ (WBL 1, Zeilen 363-365). Eine weitere Ursache liegt im „Gruppendruck“ (WBL 1, Zeile 367). Zur Verbesserung des Arbeitsklimas im Team sagen sich einige Pflegefachkräfte „ich fang mir lieber von der Leitung anschließend eine ein, indem ich eine Pflegeplanung nicht überarbeite, oder sonst irgendwas mache, als dass ich mich mit meinem Team, ja negative Meinungen hole und die mich nicht leiden können“ (WBL 1, Zeilen 370-373). Dieses Verhalten verursacht jedoch bei Pflegefachkräften das Problem „...wenn ich was verschiebe, ...läuft so viel auf. Das ist dann einfach zu viel Schreibkram, den ich dann nicht mehr bewältigen kann“ (WBL 1, Zeilen 375-377), was wiederum zur Steigerung der Arbeitsbelastung

führen kann. Des Weiteren äußert sie, dass Pflegehilfskräfte häufig nicht über die Aufgaben der Fachkräfte informiert sind.

Die Aussagen der befragten Pflegemitarbeiter in der personenbezogenen Analyse zeigen auf, dass die Mitarbeiter die Kommunikation zwischen den verschiedenen Bereichen der Einrichtung teilweise als unzureichend empfinden. Diese Wahrnehmung teilt die Wohnbereichsleitung 1 nicht mit ihren Kollegen. Sie bevorzugt das persönliche Gespräch für individuelle Nachfragen und erklärt dies mit der Aussage: „Wenn ich was wissen will, geh ich hin und frag. ...im persönlichen Gespräch kommen die Sachen immer klarer raus“ (WBL 1, Zeilen 407-412). Die Wohnbereichsleitung 1 äußert als eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den Bereichen, dass seit kurzer Zeit regelmäßige Ergotherapiebesprechungen eingeführt sind, in denen Vertreter der Wohnbereiche und die Ergotherapeutin der Einrichtung zusammen sitzen. Jeder Wohnbereich erhält im Anschluss das Protokoll. Die Pflegefachkräfte nutzen außerdem die Nachtdienste zur Verständigung mit den Fachkräften der anderen Wohnbereiche. Deshalb vermutet der Interviewpartner, dass überwiegend die Pflegehilfskräfte unzufrieden mit dem Umfang des Informationsaustauschs sind.

Die Wohnbereichsleitung 1 äußert mögliche Hintergründe für die Vielzahl an Ideen der Mitarbeiter für räumliche Veränderungen gegenüber den wenigen Vorschlägen zum Organisationsablauf und zur eigenen Person. Sie vermutet dahinter menschliche Ursachen: „was ich so rundrum ändern kann, eben so bauliche Sachen, das ist ja sehr einfach. Es geht mich ja nicht persönlich an. Da kann ich eine Idee äußern, ...und dann kann ich einfach meine Augen zu machen und beruhigt einschlafen“ (WBL 1, Zeilen 466-471).

Im gesamten Interview beschreibt die Wohnbereichsleitung 1 sich und ihre Mitarbeiter als Helfende, die gern mit den Bewohnern zusammen sind. Die Situation der Bewohner, ihre Wünsche und Bedürfnisse, haben einen hohen Stellenwert. Die weiteren Aufgaben, z. B. die Pflegedokumentation, werden als zusätzliche Forderungen von außen belastend empfunden, da sie nicht direkt mit dem Bewohner ausgeführt werden.

6.6.2.3 Interview mit Wohnbereichsleitung 2

Die Wohnbereichsleitung 2 schätzt die Anteile der Behandlungspflegeleistungen auf zehn Prozent. Dies sei jedoch von der Behandlungssituation abhängig. Für Bewohner mit Hautschädigungen benötigt man mehr Zeit. Andere medizinische Behandlungen sind weniger zeitaufwändig.

Für den Anteil der Pausen vermutet die Wohnbereichsleitung 2 fünf bis acht Prozent. Darüber, dass der Pausenanteil wesentlich höher liegt¹¹⁵, äußert sie sich nicht sehr überrascht. Sie erklärt die Notwendigkeit wie folgt: „so die kleinen Pausen zwischendurch, die braucht man auch mal, mal den Kopf kurz freikriegen, durchatmen und weiter geht's. ... Wenn wir hier nicht ab und zu mal zwei drei Minuten kurz abschalten könnten, da könnten wir gar nicht mehr so auf die Menschen eingehen, da würde uns ja der Kopf platzen“ (WBL 2, Zeilen 70-76). Weiter fügt sie hinzu: „wir arbeiten mit Menschen und sind selbst auch nur Menschen. Die Kraft, die wir hier immer brauchen, die muss ja irgendwo herkommen“ (WBL 2, Zeilen 82-83).

Den Anteil der Pflegeplanungstätigkeiten schätzt die Wohnbereichsleitung 2 auf fünf Prozent. Sie äußert, dass die Mitarbeiter die Planungen zu Hause bearbeiten. Die Tätigkeiten bedürfen einer starken Konzentration und Sicherheit im Umgang mit den Formulierungen. Sie erläutert dies konkret: „viele sind auch noch nicht so sicher, müssen erst überlegen, was schreib ich jetzt wie. Und dieses Überlegen, mal in Ruhe nachdenken, das geht hier nicht“ (WBL 2, Zeilen 92-94). Sie vermutet, dass der Anteil an Pflegeplanungstätigkeiten im Nachtdienst höher sei.

Die Wahrnehmung der hohen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter kann sie nachvollziehen und erklärt die Umstände mit folgendem Beispiel: „ich denke, die Kollegen tun so viele Dinge auf einmal und haben dabei immer schon wieder die

¹¹⁵ Im Rahmen der Gesamtarbeitszeit verbringen die Mitarbeiter durchschnittlich 17% der Zeit mit Pausen (vgl. Kapitel 6.4.3 Ergebnisse).

nächsten Dinge im Kopf. Ist man bei dem einen Bewohner, will man gleich das aufräumen, dieses und jenes, dann fällt mir ein, dass ich seinen Arzt noch mal anrufen wollte. ...Das muss ich mir alles merken, dann kommt was dazwischen und am Ende weiß man gar nicht mehr, wo vorne und hinten ist“ (WBL 2, Zeilen 116-122). Als weiteren Belastungsfaktor führt sie die wechselnden Anforderungen an die Pflegedokumentation auf: „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht. So einfach stellen sich das die Leute vom MDK vor“ (WBL 2, Zeilen 125-126). Die Mitarbeiter haben „Angst“ (WBL 2, Zeilen 131 und 132) und sind unsicher im Umgang mit der Dokumentation. Als Beispiel hierfür nennt sie folgenden Umstand: „da wissen die Kollegen schon nicht mehr, was sie reinschreiben sollen, dürfen und wie sie nicht schreiben dürfen. Frau M. hatte Besuch von ihrer Tochter, vor einem Jahr sollte man das noch schreiben, jetzt plötzlich nicht mehr, weil es nicht relevant ist, und dann doch wieder. Es herrscht große Unsicherheit dadurch und das ist belastend“ (WBL 2, Zeilen 137-141). Der Zeitfaktor scheint hierbei nicht im Vordergrund zu stehen.

Nach Aussage der Wohnbereichsleitung 2 bringen die Mitarbeiter ihre Ideen und Vorschläge in den regelmäßigen Besprechungen ein. Ihr ist „aufgefallen, dass die Kollegen immer mehr an die Bewohner, als an sich selbst denken“ (WBL 2, Zeilen 150-151). Individuelle Belastungen der Mitarbeiter werden persönlich besprochen, jedoch nicht offiziell in den Besprechungen thematisiert. Hier sind bewohnerbezogene Vorschläge vordergründig: „es gibt tolle Ideen, die die Bewohner betreffen. Wie man es wem leichter oder schöner machen kann. Aber sich selbst leichter machen, das ist kein Thema“ (WBL 2, Zeilen 155-157). Der Qualitätszirkel ist ein Gremium, in dem nach mitarbeiterbezogenen Verbesserungsvorschlägen gesucht werden kann. Dieser wird jedoch nicht in vorgesehennem Maße genutzt. Die Wohnbereichsleitung 2 vermutet folgende Ursachen: „da geht’s nicht um die Bewohner, glaube ich dass das ein Grund sein kann. Da geht’s mehr um Abläufe“ (WBL 2, Zeilen 161-162).

In der personenbezogenen Analyse wurde deutlich, dass die Mitarbeiter zahlreiche Verbesserungsvorschläge an den räumlichen Bedingungen nennen, jedoch wenige Ideen zur Änderung der Organisationsabläufe äußern. Die Wohnbereichsleitung 2 begründet dies mit den praktischen Denkweisen der Pflege-mitarbeiter: „Da hab ich Ideen, wie man es den Bewohnern gemütlicher machen

könnte. ...Ich bin hier für den Bewohner und da denke ich darüber nach, was ich für den Bewohner tun kann. Aber nicht, was ich für die Organisation tun kann oder für mich selbst“ (WBL 2, Zeilen 177- 185). Die Verbesserungsvorschläge der Kollegen veranschaulicht sie mit folgendem Beispiel: „Wenn es darum geht Herrn X das Bein, das weh tut, zu entlasten. Oder wenn es darum geht, Frau X zum essen zu kriegen, wenn sie zu wenig isst, oder zum trinken, wenn sie es immer vergisst. Da fällt uns immer was ein“ (WBL 2, Zeilen 189-192). Dieses erzählte Beispiel bestätigt die häufig erwähnte Bewohnerorientierung und bietet eine mögliche Ursache für die mangelnde Fähigkeit, organisatorische Arbeitsabläufe zu effektivieren.

Den Wunsch nach einer besseren Personalbesetzung teilt die Wohnbereichsleitung 2 nicht mit ihren Kollegen. Sie begründet dies damit, dass mehr Fehler entstehen können, wenn mehrere Mitarbeiter im Dienst sind und dass „unbeliebte Aufgaben“ (WBL 2, Zeile 204) auf andere übertragen werden. Würde zusätzlich eine Ergotherapeutin pro Wohnbereich eingestellt werden, so würde sie die Pflegemitarbeiter genau um die Tätigkeiten entlasten, die diese leidenschaftlich gern ausführen, nämlich die Beschäftigung mit den Bewohnern. Dies sei demnach „auch keine Lösung, weil uns dann echt was fehlen würde“ (WBL 2, Zeilen 212-213). Hinter dem Wunsch nach einer besseren Personalbesetzung könnte sich möglicherweise auch „eine gewisse Angst um den Arbeitsplatz“ (WBL 2, Zeilen 214-215) verbergen. Die Wohnbereichsleitung 2 vermutet folgenden Gedanken der Kollegen: „wenn ich aber sage, ich hab nie Zeit und wir haben nicht genug Personal, da brauch ich keine Angst vor irgendwelchen Einsparungen haben“ (WBL 2, Zeilen 217-219).

Die Kommunikation zwischen den Bereichen der Einrichtung hat sich nach Aussage der Interviewpartnerin in der letzten Zeit verbessert. Sie nennt hierbei die regelmäßig stattfindenden Besprechungen mit der Ergotherapie, an denen jeweils Vertreter der Wohnbereiche teilnehmen. Sie bestätigt jedoch die Einschätzung ihrer Kollegen, dass der Austausch nicht immer zufrieden stellend war: „das war nicht immer so. Die Mitarbeiter waren schon sehr unzufrieden. Haben einfach nichts erfahren, was bei den anderen so los ist“ (WBL 2, Zeilen

248-250). Sie selbst fühlt sich als Wohnbereichsleitung stets gut informiert und ist darum bemüht, die Informationen ihren Kollegen weiter zu vermitteln.

Zur Situation, dass Fachkräfte häufig die Aufgaben der Pflegehilfskräfte übernehmen, um das Betriebsklima zu verbessern, äußert die Wohnbereichsleitung 2: „die Fachkräfte wollen nicht als was Besseres gesehen werden“ (WBL 2, Zeilen 261-262). Sie veranschaulicht die Situation der Pflegefachkräfte mit folgender Beschreibung: „man muss die Planungen aktuell halten, gucken dass die Doku stimmt, die Medizin, die ganze Behandlungspflege, der Kontakt zu den Anderen, den Ärzten und Therapeuten und Angehörige ja auch. Und da muss man sich mal ins Dienstzimmer zurückziehen. Obwohl man da ja auch keine Ruhe hat. Aber das sehen die anderen ja nicht. Die denken, man setzt sich mal in Ruhe hin“ (WBL 2, Zeilen 263-268). Damit Pflegehilfskräfte nicht einen falschen Eindruck bekommen, übernehmen die Fachkräfte auch Hilfstätigkeiten. Dies führt jedoch wiederum zur Unzufriedenheit der Pflegefachkräfte: „aber was dann nicht gesehen wird, dass ich dann zu Hause noch abends die Pflegeplanungen schreibe“ (WBL 2, Zeilen 275-276). Die Wohnbereichsleitung 2 sieht hier Aufklärungsbedarf zwischen den Mitarbeitern. Sie äußert die Idee, die Aufgaben im Team zu thematisieren und jeweils zu visualisieren. Bei der Formulierung der Aufgabenverteilung müsse darauf geachtet werden „dass die Pflegehilfskräfte sich nicht herab gesetzt fühlen“ (WBL 2, Zeilen 288-289). Sie führt weiterhin ein Beispiel an, in dem tatsächlich eine Fachkraft ihre Position genutzt hat, um sich regelmäßig in das Dienstzimmer zum ausruhen zurück zu ziehen. Dieser Einzelfall könnte zu einem bleibenden Eindruck bei Pflegehilfskräften und der Verunsicherung von Pflegefachkräften geführt haben.

Die Wohnbereichsleitung 2 charakterisiert die Mitarbeiter mit sehr menschlichen und bewohnerorientierten Eigenschaften. Hinter der Empfindung einer hohen Arbeitsbelastung vermutet sie Ängste und Unsicherheiten des Pflegepersonals. Die Ängste beziehen sich zum einen darauf, aufgrund wechselnder Anforderungen Fehler zu machen, zum anderen auf den möglichen Verlust des Arbeitsplatzes, wenn die Zeit zur Erledigung der Aufgaben als ausreichend eingeschätzt wird.

6.6.3 Zusammenfassung und Vergleich

Im Folgenden werden die Aussagen der Interviewpartner zusammenfassend und vergleichend dargestellt mit dem Ziel, die wesentlichen Ursachen für die Wahrnehmung des Pflegepersonals zur hohen Arbeitsbelastung heraus zu filtern und die möglichen Zusammenhänge und Widersprüche zwischen Aussagen der Mitarbeiter in der personenbezogenen Analyse und den Ergebnissen der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse zu erklären.

In der folgenden Tabelle sind die von der Pflegedienstleitung und den Wohnbereichsleitungen geschätzten Anteile der Tätigkeiten an der Gesamtarbeitszeit als Überblick dargestellt, im Vergleich zu den in der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse gewonnenen Resultate.

Kategorie	Anteil in %	PDL	Abweichung	WBL 1	Abweichung	WBL 2	Abweichung
Grundpflege	28%	60%	+ 32%	20%	- 8%	30%	+ 2%
Pausen	17%	15%	- 2%	10%	- 7%	5-8%	- 9%
Mahlzeiten	13%	15%	+ 2%	15%	+ 2%	15%	+ 2%
Bewohnerzimmer	2%	2%	=	5%	+ 3%	3%	+ 1%
Funktionsräume	3%	1%	- 2%	1%	- 2%	2%	- 1%
Wohnbereichsküche	3%	3%	=	3%	=	3%	=
Pflegedokumentation	7%	10%	+ 3%	5%	- 2%	5%	- 2%
Dienstübergabe	5%	5-10%	=	3%	- 2%	3%	- 2%
Wäsche	5%	4%	- 1%	5%	=	3%	- 2%
Absprachen intern	4%	1%	- 3%	4%	=	3%	- 1%
Behandlungspflege	3%	10%	+ 7%	5%	+ 2%	10%	+ 7%

Absprachen extern	3%	3%	=	2%	- 1%	2%	+ 1%
Beschäftigung mit Bewohner	3%	2%	- 1%	10%	+ 7%	2%	- 1%
Medikamente	2%	3%	+ 1%	2%	=	10%	+ 8%
Suche nach Material und Personal	1%	1%	=	8%	+ 7%	1%	=
Pflegeplanung	0,30%	2%	+ 1,7%	2%	+ 1,7%	5%	+ 4,7%
Bewohnerwünsche	0%	1%	+ 1%	10%	+ 10%	2%	+ 2%

Tabelle 26:

Schätzungen der Leitungskräfte zu den Anteilen der Tätigkeiten

Anhand der verschiedenen Einschätzungen der Leitungskräfte lässt sich eine individuelle Gewichtung der Bedeutung bestimmter Tätigkeiten vermuten. Die Pflegedienstleitung schätzt vor allem die Kategorien deutlich höher, die von der Umwelt – insbesondere durch die Leistungsträger – explizit gefordert und bezahlt werden und deren Leistungen in dokumentierter Form nachgewiesen werden müssen. Dies betrifft die Grund- und Behandlungspflege sowie die Pflegeplanung und Dokumentation. Die Wohnbereichsleitungen vermuten überwiegend die Tätigkeiten der Beschäftigung mit den Bewohnern und die Bewohnerwünsche mit höheren Anteilen an der Arbeitszeit. Da die Wohnbereichsleitungen hauptsächlich als Pflegefachkräfte im Team tätig sind, entspricht dies eher dem eigenen Selbstverständnis vom Pflegeberuf bzw. dem Wunschbild der Pflegekräfte.

In Bezug auf die unterstützenden Tätigkeiten im Arbeitsalltag, die nicht direkt am Bewohner ausgeübt werden, entsprechen die geschätzten Werte sowohl bei der Pflegedienstleitung als auch bei den Wohnbereichsleitungen im Wesentlichen den in der bedingungsbezogenen Analyse ermittelten Resultaten. Dies betrifft zum Beispiel die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, die internen Absprachen und das Verwalten der Medikamente.

Der hohe Anteil der Kategorie „Pause“ mit 17% an der Gesamtarbeitszeit wird von den Leitungskräften damit begründet, dass diese für interne Absprachen

und andere Tätigkeiten, wie z. B. das Lesen von Fachliteratur, genutzt werden¹¹⁶. Die Wohnbereichsleitung 2 erklärt, dass Pausen in diesem Beruf sehr wichtig sind, damit die Pflegemitarbeiter Kraft schöpfen, um anschließend mit der von den Bewohnern benötigten und geforderten Aufmerksamkeit ihren Pflege-tätigkeiten nachzugehen.

Die Pflegeplanungen werden überwiegend durch die Pflegefachkräfte zu Hause er- und überarbeitet. Dies äußern die befragten Leitungskräfte ausnahmslos als eine Ursache für den geringen Anteil der Pflegeplanungstätigkeiten an der Gesamt-arbeitszeit. Diese Tätigkeiten erfordern eine starke Konzentration und ruhige Umgebung, welche während der Arbeitszeit im Dienstzimmer nicht gegeben ist. Die Wohnbereichsleitungen 1 und 2 weisen außerdem auf den Gebrauch hin, Pflegeplanungen im Nachtdienst zu schreiben.

Die in der personenbezogenen Analyse heraus gestellte Empfindung einer hohen Arbeitsbelastung steht entsprechend der Aussagen der Leitungskräfte nicht in direktem Zusammenhang mit dem Zeitfaktor. Die Belastung der Mitarbeiter hat mehrere Ursachen. Nach Hacker (2005) spricht man von Belastungen, wenn die Arbeitsbedingungen in Widerspruch zur Zielerreichung geraten¹¹⁷. Vordergründig scheint der Widerspruch zwischen den Erwartungen der Mitarbeiter an das Berufsbild der Altenpflege und den Anforderungen in der Berufs-praxis zu sein. Sowohl die Mitarbeiter als auch die Leitungskräfte sagen aus, dass Pflege mit dem Zusammensein und dem Helfen der bedürftigen Menschen verbunden ist. Dies sei ein wesentliches Kriterium bei der Entscheidung, als Pflegehilfskraft bzw. Pflegefachkraft in einem Seniorenheim tätig zu sein¹¹⁸. Im Arbeitsalltag wurde ihnen jedoch bewusst, dass weitere administrative Tätigkeiten verrichtet werden müssen, sowie kontinuierlich steigende Anforderungen

¹¹⁶ Wurden Raucherpausen mit dienstlichen Tätigkeiten verbunden, dokumentierten dies die Begleiter für die bedingungsbezogene Arbeitsanalyse jeweils in der betreffenden Kategorie. Diese Zeiten wurden dann nicht für die Kategorie „Pause“ berechnet.

¹¹⁷ Vgl. Kapitel 2.1 Arbeitsorganisation und Entscheidungsspielraum. Hier wird dem Begriff „Belastung“ eine negative Bedeutung zugeordnet und der Begriff „Anforderungen“ positiv beschrieben, da diese die Weiterentwicklung der Kompetenzen des Mitarbeiters fördern.

¹¹⁸ Vgl. Kapitel 4 Pflegekräfte im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen

eine Veränderungsbereitschaft in eine Richtung erfordern, die nicht in direktem Zusammenhang mit den pflegebedürftigen Menschen gesehen wird. Als ein Beispiel hierfür wird häufig die Pflegedokumentation, mit den inkonstanten Forderungen der Kontrollinstanzen genannt. Diesen Anforderungen sind die Menschen, deren Berufsziel das Helfen älterer Mitmenschen ist, (noch) nicht gewachsen¹¹⁹. Daraufhin entwickeln sie Ängste und Unsicherheiten, welche sich als hohe berufliche Belastung auswirken.

Ideen und Vorschläge zu Veränderungen in der Einrichtung werden entsprechend den Aussagen der Leitungskräfte von den Mitarbeitern überwiegend zu bewohnerbezogenen Themen entwickelt. Dazu werden die Teambesprechungen genutzt. Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsorganisation, zum Beispiel durch Mitwirkung im hausinternen Qualitätszirkel, stehen bei den Pflegemitarbeitern nicht im Vordergrund, da diese Tätigkeiten sich nicht sofort und direkt auf die Bewohner auswirken. Die zahlreichen Ideen der interviewten Pflegemitarbeiter zu Veränderungen an den räumlichen Bedingungen zielen überwiegend auf eine wohnliche Atmosphäre für die Bewohner ab und bestätigen hiermit die Ansicht der Leitungskräfte, dass die Kollegen „praktisch“ (WBL 2, Zeile 183) und „visuell veranlagt“ (PDL, Zeile 222) seien.

Der Einschätzung der Pflegemitarbeiter über eine unzureichende Personalbesetzung stehen die Äußerungen der Leitungskräfte gegenüber, dass in den Zeiten, in denen eine höhere Anzahl von Mitarbeitern im Dienst ist, in der Regel nicht mehr Aufgaben bewältigt werden. Die Pflegedienstleitung führt dies auf den Aspekt zurück, dass das Verteilen der Aufgaben auf mehrere Kollegen vom Personal als angenehm empfunden wird. Die Wohnbereichsleitung 2 vermutet, als eine mögliche Ursache für die Forderung der Mitarbeiter nach Einstellung von mehr Pflegekräften, Ängste um den Arbeitsplatz. Es sei sicherer zu klagen,

¹¹⁹ Nach Luhmann (2000) beinhaltet der Systemzweck, sich in einer unübersichtlichen Umwelt durch Komplexitätsreduktion identisch zu halten. Neue Anforderungen aus der Umwelt stellen eine Abweichung zur erwarteten Kontinuität und Wiederholungen dar. Die entstehende Irritation ist ein systemeigener Zustand, in dem die Abweichung intern verarbeitet wird. Wie die Reaktion auf Umweltveränderungen aussieht, entscheidet das System nach seiner jeweiligen Eigenlogik selbst. Vgl. Kap. 3.1 Organisation als autopoietisches System.

dass Arbeitskräfte und Zeit nicht ausreichen, damit kein Personalabbau in Erwägung gezogen wird.

Für die Situation, dass Pflegefachkräfte zusätzlich Hilfstätigkeiten übernehmen, nennen die Leitungskräfte mehrere mögliche Ursachen. Zum einen beschreibt die Wohnbereichsleitung 1, dass Fachkräfte die zwischenmenschlichen Beziehungen zu Bewohnern suchen und die Gespräche mit dem älteren Menschen bei Grundpflegetätigkeiten oder während des Staubwischens im Zimmer von immobilen Personen schätzen. Eine weitere Ursache vermutet die Wohnbereichsleitung 1 im „Gruppendruck“ (WBL 1, Zeile 367) zur Verbesserung des Arbeitsklimas im Team. Die Wohnbereichsleitungen 1 und 2 sehen deutlichen Informationsbedarf über die unterschiedlichen Aufgaben und Verantwortungen von Pflegefachkräften und Pflegehelfern. Diese müssen für alle Mitarbeiter verständlich und transparent dargestellt werden.

Insgesamt beschreiben die Leitungskräfte der Einrichtung ihre Mitarbeiter mit sehr sozialen und bewohnerorientierten Eigenschaften, die den zwischenmenschlichen Beziehungen und dem Wohl der pflegebedürftigen Menschen mehr Bedeutung beimessen, als einer zeitnahen Anpassung der Arbeitsweise auf wechselnde Anforderungen von Leistungsträgern und einer zielgerichteten Verbesserung der eigenen Arbeitsorganisation. Dies sei möglicherweise die Hauptursache für die Wahrnehmungen des Pflegepersonals in Bezug auf die Arbeitsbelastung.

7 Einbindung in aktuelle relevante Forschungsergebnisse

Nachstehend werden aktuelle Forschungen aus dem Bereich der Altenhilfe vorgestellt, die ebenfalls die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte untersuchen. Diese wurden im Zeitraum während und nach der hier ausgeführten Untersuchung veröffentlicht und konnten deshalb nicht vorab in die Planung der Analyse einbezogen werden. Die Ergebnisse der folgenden Projekte sind in diesem Kapitel dargestellt:

- Projekt „Reduzierung der Arbeitsbelastung durch Fehlermanagementsysteme“ (Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin),
- Projekt „Analyse der Arbeitsplatzqualität“ (EQUAL-Projekt),
- Projekt „Aufbruch Pflege“ (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege),
- Projekt „Personalentwicklung und Qualifizierung“ (EQUAL-Projekt).

Diese Untersuchungen zeigen vergleichbare Ergebnisse zu der vorliegenden Forschungsarbeit auf. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Ergebnissen sollen hier herausgestellt werden. In einzelnen Studien sind Lösungsvorschläge dargestellt, die sich vor allem auf die Bereiche Arbeitsplatzqualität, Gesundheitsförderung der Mitarbeiter und Personalentwicklung in Pflegeeinrichtungen beziehen.

7.1 Projekt „Reduzierung der Arbeitsbelastung durch Fehlermanagementsysteme“

Die erste Studie, die an dieser Stelle vorgestellt werden soll, entstand aus dem Projekt „Reduzierung der Arbeitsbelastung in der Altenpflege durch Fehlermanagementsysteme“ im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. In diesem Projekt wurde modellhaft in zwei Pflegeheimen mittels einer partizipativen Gestaltungsstrategie der Umgang mit den wachsenden Anforderungen analysiert. Im Anschluss an eine detaillierte Ist-Analyse zum The-

ma Belastungen und Gesundheit wurden gemeinsam mit den Betroffenen Lösungen zur Verminderung von Arbeitsbelastung erarbeitet. Die Ist-Analyse umfasste folgende Methoden: Experteninterviews, Eingangs-Workshops in den Einrichtungen, Beschäftigteninterviews und standardisierte Befragung. In den Experteninterviews wurden die Leitungskräfte der Einrichtungen zu der Historie des Hauses, dem organisatorischen Aufbau und das Angebotsspektrum befragt. Ebenfalls wurden Schnittstellen, z. B. Pflege – Kunde, angesprochen. Die befragten Leitungskräfte hoben dabei hervor, dass im Hinblick auf die Qualitätsanforderungen, deren Überprüfung der Heimaufsicht und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) obliegen, hohe Anforderungen zu erfüllen sind (Blass 2005, S. 12). In den Eingangsworkshops mit den Mitarbeitern der Einrichtungen wurde mittels Moderationsmethode erhoben, welche Aspekte der Arbeit positiv bewertet (im Sinne von Spaß/Entlastung) bzw. welche als belastend empfunden werden.

Als positiv wurden folgende Faktoren herausgestellt:

- Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, Teamatmosphäre,
- Arbeit mit Menschen,
- Umgang mit und Betreuung der Bewohner und Angehörigen, positive Rückmeldungen von diesen,
- familiäre Arbeitsatmosphäre,
- regelmäßiges Einkommen,
- vielseitiger Aufgabenbereich, Erfolg bei MDK-Prüfungen,
- neue Anforderungen (Blass 2005, S 13 Tab 2.1).

Diese Faktoren sind vergleichbar mit den hier gewonnenen Ergebnissen der personenbezogenen Arbeitsanalyse¹²⁰. Hier wurden ebenfalls die Zusammenarbeit im Team und der Umgang mit Menschen als positive Besonderheit des Berufes hervorgehoben. Jedoch wurden in den Interviews nicht der Erfolg bei MDK-Prüfungen und die neuen Anforderungen als positiv benannt.

Folgende belastende Faktoren stellten sich in den Eingangsworkshops heraus:

- Zeitdruck, zu wenig Personal, zu wenig Zeit für die Bewohner,
- neue Anforderungen, MDK-Prüfungen, Dokumentationsanforderungen,
- ständig wechselnde Mitarbeiter,
- Schnittstellen zu den Funktionsbereichen,
- nicht teamgerechtes Verhalten,
- anspruchsvolle Bewohner und Angehörige,
- körperlich schwere Arbeit,
- Arbeitszeit (Wochenenddienste, Überstunden),
- neue stetig wachsende Anforderungen/wachsende Bürokratisierung (Blass 2005, S. 13 Tab. 2.1).

Diese belastenden Faktoren stimmen im Wesentlichen mit den Äußerungen der Mitarbeiter in der personenbezogenen Arbeitsanalyse überein und bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung¹²¹.

Im Anschluss an die Eingangsworkshops wurden mit den Beschäftigten der beiden Pflegeheime leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Im Ergebnis hat sich in Bezug auf den Zusammenhang von Teambildung, Arbeitsorganisation und Zeitdruck in den einzelnen Wohnbereichen eine Aufgabenverteilung in beiden Einrichtungen herauskristallisiert, die sich vor allem durch eine kaum vorhandene funktionale oder qualifikationsgebundene Arbeitsteilung kennzeichnen lässt. So bezieht z. B. auch die Wohnbereichsleitung als Fachkraft mit Leitungsverantwortung die Betten und räumt die frische Wäsche in die Schränke ein. Die Wohnbereichsleitungen begründen dieses Paradoxon damit, dass diese Tätigkeiten einen kurzfristigen Rückzug aus der permanenten Kommunikation und Interaktion mit den Pflegebedürftigen ermöglicht und deshalb durchaus arbeitsentlastend seien. Die Aufgabenverteilung zwischen den examinierten

¹²⁰ Vgl. Kapitel 6.3.3 Datenauswertung

¹²¹ Vgl. dazu die Datenauswertungen in Kapitel 6.3.3 und 6.6.2

Fachkräften und Pflegehilfskräften ist auf den Wohnbereichen nicht trennscharf geregelt. Die Fachkräfte übernehmen Tätigkeiten wie Tische eindecken und Rollatoren säubern. Dieser Sachverhalt wurde ebenfalls in der hier vorliegenden Untersuchung festgestellt¹²². Blass (2005, S. 15) begründet diese Übernahme pflegfachlich fremder Verrichtungen damit, dass sich niemand „für eine bestimmte Tätigkeit zu schade“ sei und „auf dem Wohnbereich alle für eine und eine für alle da sind“. Dies habe offenbar eine wichtige Team bildende Funktion.

Die Ergebnisse der standardisierten Befragung in der vorgestellten Projektstudie sollen an dieser Stelle übersichtsartig dargestellt werden, reduziert auf die Fragen, die eine hohe Zustimmung durch die Beschäftigten erhielten:

Fragestellung	Einrichtung A Trifft zu in %	Einrichtung B Trifft zu in %
Es könnte in dieser Einrichtung organisatorisch noch Vieles verbessert werden, um die Pflegearbeit zu erleichtern.	76,5	74,1
Sie müssen einzelne Tätigkeiten auf Grund organisatorischer Mängel immer wieder unterbrechen.	52,9	48,5
Sie müssen einzelne Tätigkeiten immer wieder unterbrechen, weil Bewohner einen unerwarteten Hilfebedarf haben.	61,1	60,6
Sie müssen viele Dinge gleichzeitig erledigen.	79,0	53,1
Die Zeit, die Sie für die Aktivierung und Betreuung der Bewohner zur Verfügung haben, entspricht nicht dem, was Sie sich in der Ausbildung einmal vorgestellt haben.	87,4	67,9
Neben der Pflege kommt die Soziale Betreuung und die Aktivierung der Bewohner zu kurz.	94,4	93,8

¹²² Vgl. Datenauswertungen in Kapitel 6.3.3, 6.4.2 und 6.6.2

Sie brauchen mehr Zeit, um auch mal ein paar Minuten länger bei den Pflegebedürftigen verweilen zu können.	100	87,9
Ihr Wohnbereich ist personell nicht gut besetzt.	77,8	54,9

Tabelle 27:

Ergebnisse der Standardisierten Befragung (vgl. Blass 2005, S. 18 ff.)

Die in der Tabelle dargestellten Resultate nach Blass weisen eine signifikante Analogie zu den Befragungsergebnissen der hier vorliegenden Untersuchung in Kapitel 6.3.3 auf. Zeitmangel ist demnach ein wesentlicher Belastungsfaktor für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen.

In der von Blass beschriebenen Projektstudie wurden im Anschluss an die Ist-Analyse einzelne Arbeitsfelder in Gestaltungszirkeln bearbeitet, mit dem Ziel Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und umzusetzen. Die erarbeiteten Maßnahmen sind sehr umfangreich und auf die jeweiligen Einrichtungen zugeschnitten, sodass an dieser Stelle lediglich exemplarisch einzelne Lösungen vorgestellt werden sollen:

- Ziel- bzw. Personalentwicklungsgespräche mit den einzelnen Mitarbeitern der Einrichtung,
- Forderung des Personals durch konkrete Arbeitsaufgaben,
- Entwicklung eines Formulars zur Beschwerdeerfassung,
- Aufgabenzuschnitt der Wohnbereichsleitungen mit zeitlicher Freistellung aus der direkten Pflege Tätigkeit,
- Erstellung eines Rahmenablaufplans für die Tätigkeiten in der Pflege und der Hauswirtschaft auf den Wohnbereichen.

Die entwickelten Lösungen tragen in den untersuchten Einrichtungen zu einer Verminderung von Arbeitsbelastung bei (Blass 2005, S. 52 ff.). Aufgrund ihres speziellen Zuschnitts auf die Problemlagen dieser beiden Einrichtungen sind die Lösungen jedoch nicht zu verallgemeinern bzw. direkt auf andere Pflegeeinrichtungen zu übertragen.

7.2 Projekt „Analyse der Arbeitsplatzqualität“

Die nächste Studie, deren Ergebnisse an dieser Stelle vorgestellt werden sollen, beschäftigt sich mit dem Thema Arbeitsplatzqualität in der Altenhilfe. Sie ist ein Baustein des EQUAL-Projekts „Dritt-Sektor Qualifizierung in der Altenhilfe“, das von 2002 bis 2005 mit dem Ziel der Stärkung des Sektors auf dem Feld der Altenhilfe durchgeführt wurde. Ziel des Teilprojektes „Analyse der Arbeitsplatzqualität“ ist es, aktuelle und detaillierte Informationen über die derzeitige Qualität der Arbeitsplätze in der ambulanten und stationären Altenhilfe zu erhalten. Als Autoren des Analyseberichts werden Jaeger, Scholz, Goth u. a. aufgeführt.

Zunächst beschreiben die Autoren den Begriff Arbeitsplatzqualität als eine „Größe, die durch Merkmale und Rahmenbedingungen eines Arbeitsplatzes bestimmt wird“ (Jaeger, Scholz, Goth u. a. 2004, S. 8). Die Qualität des Arbeitsplatzes wird von objektiven Rahmenfaktoren bestimmt, wie z. B. gesetzliche Rahmenbedingungen, wirtschaftliches und gesellschaftliches Umfeld. Die objektiven Merkmale werden durch den Arbeitnehmer individuell gewichtet und in ihrer Qualitätsgüte jeweils subjektiv bewertet. Die Haupteinflussfaktoren für die subjektive Bewertung werden folgenden drei Ebenen zugeordnet:

- dem persönlichen Umfeld (private Lebensform, lebensgeschichtlicher Hintergrund),
- der fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenz,
- den Erwartungen an den Arbeitsplatz, die durch diesen individuellen Hintergrund bedingt sind (ebd. S. 8 f.).

Die Arbeitsplatzzufriedenheit sei dann hoch einzuschätzen, wenn objektive Rahmenfaktoren und subjektiver Bewertungshintergrund übereinstimmen.

Ausgehend von den objektiven Rahmenfaktoren im Bereich Altenhilfe wurden zur Durchführung von Beschäftigteninterviews, zur Ermittlung der derzeitigen Qualität der Arbeitsplätze, folgende Merkmale festgelegt:

- Gesundheit und Arbeitsschutz,
- Arbeitsprozesse, -zeiten und -umgebung,

- Vergütung, Anreize, Sicherheit des Arbeitsplatzes,
- Qualifizierung, lebenslanges Lernen und berufliche Entwicklung,
- Kommunikation und Beteiligung (ebd. S. 15).

Die befragten Pflegemitarbeiter sollten in den Interviews diese Merkmale mit ihren jeweils festgelegten Indikatoren in einer Rangfolge von 1 - 5 bezüglich ihrer Wichtigkeit festlegen. Im Ergebnis wurden alle fünf Merkmale durchschnittlich auf den mittleren Rängen platziert. Die Unterschiede zwischen den Merkmalen sind so gering, dass die Autoren zunächst zu folgender Einschätzung gelangten: „die gewählten Merkmale sind für die Arbeitsplatzqualität der Branche Altenhilfe gleichermaßen wichtig“ (ebd. S. 61).

An dieser Stelle sollen einige hervorstechende Ergebnisse der Bewertung der Befragten aufgeführt werden:

a) Zum Merkmal Gesundheit und Arbeitsschutz:

- der Zeitdruck wurde gleichermaßen von allen Befragten als ein Indikator, der die Arbeitsplatzzufriedenheit beeinflusst, eingeschätzt.
- Die Leitungsmitarbeiter der Pflegeheime schreiben der psychischen Belastung eine besondere Bedeutung zu.
- Die Mitarbeiter der Einrichtungen bewerten die körperliche Belastung höher als die psychische Belastung.

b) Zum Merkmal Arbeitsprozesse, -zeiten und -umgebung:

- Bei der Regelung von Arbeitsprozessen besteht ein einhelliger Handlungsbedarf.

c) Zum Merkmal Vergütung, Anreize, Sicherheit des Arbeitsplatzes:

- Angemessene Entlohnung für eingebrachte Qualifikationen ist allen wichtig. Dabei legen vor allem die Pflegedienstleitungen zusätzlich hohes Gewicht auf nicht-monetäre Anreize.

d) Zum Merkmal Qualifizierung, lebenslanges Lernen und berufliche Entwicklung:

- Die Pflegedienstleitungen bewerten Aus- und Fortbildung höher als die Mitarbeiter.
- Im Durchschnitt betrachtet, wurden Aus- und Fortbildung sowie Mitarbeitergespräche als wichtigste Indikatoren bewertet.

e) Zum Merkmal Kommunikation und Beteiligung:

- Eine besonders hohe Bewertung erhielten die Indikatoren vertikale und horizontale Kommunikation.
- Die Fach- und Hilfskräfte in Pflege und Hauswirtschaft zeigten sich sehr interessiert an Information und aktiver Teilhabe (ebd. S. 63 ff.).

Im Fazit stellen die Autoren fest, dass Arbeitsplatzqualität von vielen Einflüssen und Faktoren abhängt. Verbesserungsansätze sollen die objektiven Rahmenfaktoren der Einrichtung berücksichtigen sowie die subjektive Sicht der Arbeitnehmer und die daraus entstehenden Anforderungen, die dieser an seinen Arbeitsplatz stellt (ebd. S. 68). Dieses Resultat bestätigt im Wesentlichen die in der empirischen Untersuchung der vorliegenden Arbeit gewonnenen Ergebnisse¹²³. Hervorzuheben sind dabei die Einschätzungen der Befragten zu den Themen Zeitdruck, körperliche und psychische Belastung sowie der Bedeutung von Kommunikation in beiden Untersuchungen.

¹²³ Vgl. dazu die Datenauswertungen in Kapitel 6.3.3 und 6.6.2

7.3 Projekt „Aufbruch Pflege“

Zur Reduzierung von Arbeitsbelastung im Pflegebereich stellt weiterhin die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in den letzten Jahren zahlreiche Forschungsergebnisse und Lösungsansätze vor. Mit der Kampagne „Aufbruch Pflege“¹²⁴ schlägt die BGW einige evidenzbasierte Instrumente vor, die in diesem Kapitel erläutert und diskutiert werden sollen. Die Instrumente sind unterteilt in Analyse-Ebene, Interventions-Ebene und Qualitätsmanagement-Ebene.

Auf der Analyse-Ebene werden die

- „Analyse der psychischen Belastungen der Pflegekräfte durch Mitarbeiterbefragung“ und
- „Analyse der Arbeitsorganisation, weiterer Faktoren und des Gesundheitszustandes aller Beschäftigten mittels Betriebsbarometer“

vorgelegt.

Die Interventions-Ebene beinhaltet die Instrumente

- „Arbeitslogistik in der Altenpflege (ALIDA)“ und
- „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“.

Für die Qualitätsmanagement-Ebene schlägt die BGW das Instrument

- „BGWqu.int.as“

vor (BGW 2006 b).

Im Folgenden werden diese Instrumente als Überblick mit den zentralen Lösungsansätzen zur Analyse und Reduzierung von Arbeitsbelastung im Pflegebereich dargestellt.

¹²⁴ Die BGW möchte mit dieser Kampagne Politik und Betriebe eindringlich zu einem „Aufbruch Pflege“ aufrufen. Hintergrund dieser Kampagne ist die Einschätzung der BGW, dass die Qualität der Pflege der wachsenden Anzahl von Pflegebedürftigen kaum zu halten bzw. zu verbessern sei. Der künftige Bedarf könne nur mit gesunden und motivierten Beschäftigten zu decken sein (BGW 2006 b, S. 8).

Die „Mitarbeiterbefragung zur Analyse der psychischen Belastungen der Pflegekräfte“ besteht aus zwei Fragebögen, die zeitlich versetzt eingesetzt werden. Der erste Bogen umfasst die Bereiche Arbeitsorganisation, -ablauf und -inhalt, soziales Klima, außerberufliche Ressourcen und allgemeine berufliche Einstellung. Der zweite Bogen fragt nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Arbeitszufriedenheit, Gereiztheit und emotionaler Erschöpfung. Zur Koordinierung der Befragung und Gewährleistung der Anonymität wird empfohlen, einen Steuerungskreis in der Pflegeeinrichtung zu errichten. Die Befragung sollte mit geringem Zeitaufwand und ohne spezielle Vorkenntnisse, zum Beispiel vom Betriebsarzt oder Qualitätsbeauftragten, durchgeführt werden können. Das Instrument dieser Mitarbeiterbefragung soll dazu dienen, die Diskussion über psychische Belastungen innerhalb einer Pflegeeinrichtung durch eine kurze Mitarbeiterbefragung zu versachlichen (BGW 2006 b, S. 21).

Das zweite Analyseinstrument „Betriebsbarometer“ soll gezielt eingesetzt werden, um die Gründe für hohe Fehlzeiten, Krankenstände, Fluktuationsambitionen und die psychischen Belastungen zu analysieren. Es gibt Auskunft über die Arbeitssituation und die Befindlichkeiten der Mitarbeiter, indem es die vorherrschende Gesundheitskultur sowie die Stärken und Schwächen einer Einrichtung aus Sicht der Mitarbeiter untersucht. Es werden dabei die Bereiche Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalte, soziales Klima, Arbeitszufriedenheit und Gesundheitszustand der Beschäftigten erfasst. Auf der Basis anonymisierter Daten aus dem Pool der bereits befragten Einrichtungen werden der Pflegeeinrichtung Vergleichsdaten zur Verfügung gestellt. Mit diesem Instrument verspricht die BGW vor allem dann aufschlussreiche Ergebnisse, wenn auf Leitungs- und Mitarbeiterbene eine echte Bereitschaft vorhanden ist, die gesamte Organisation kritisch zu betrachten, mit den Ergebnissen der Befragten weiter zu arbeiten und daraus konkrete Umsetzungsmaßnahmen zu entwickeln (BGW 2006 b, S. 22).

Mit Hilfe des Interventionsinstrumentes „ALIDA – Arbeitslogistik in der Altenpflege“ sollen moderne Methoden der Arbeitsorganisation und Organisationsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen implementiert werden. Die BGW versichert, dass „ALIDA“ dazu beiträgt, durch neu gestaltete Personaleinsatzzeiten Arbeitsabläufe in der Pflege zu verbessern, Belastungen zu vermeiden sowie

Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Ziel ist es, die im Pflegealltag auftretenden Arbeitsbelastungen gleichmäßig über den Arbeitstag zu verteilen und so Unter- und Überforderungssituationen vorzubeugen. Auf der Basis von Mitarbeiterbefragungen, Führungskräfte-Interviews und einer Zeit-Leistungserfassung zur Darstellung aller pflegerischen Tätigkeiten sollen Arbeitsabläufe, Zusammenarbeit, Information und Kommunikation optimiert, Arbeitsspitzen entzerrt sowie Konflikte, Stress, Hektik, Zeitdruck und körperliche Belastungen verringert werden (BGW 2006 b, S. 23).

Wenn sich die Fluktuationsrate und der Krankenstand der Mitarbeiter negativ entwickeln und vermehrt Beschwerden von Bewohnern und Angehörigen eingehen, empfiehlt die BGW das Interventionsinstrument „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“. Ziel dieses Konzeptes ist es, Kompetenzen der Mitarbeiter und Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen zu fördern, die über das rein pflegerische Fachwissen hinausgehen. Folgende Kompetenzen werden hierbei beschrieben:

- „Methodenkompetenz: mit Arbeitsaufgaben selbständig, strukturiert und vorausschauend umgehen;
- Soziale Kompetenz: mit Bewohnern, deren Angehörigen sowie mit Kollegen konstruktiv kommunizieren;
- Personale Kompetenz: mit sich selbst, das heißt mit den beruflichen Anforderungen und Belastungen sowie mit Körper und Psyche, reflektiert umgehen“ (BGW 2006 b, S. 24).

Nach Oelke (1998), der diese Kompetenzen als Schlüsselqualifikationen und Bildungsziele für Pflegende beschreibt, spiele die personale Kompetenz bei der Stressvermeidung eine entscheidende Rolle. Wer sich selbst als kompetent erlebt und weiß, wie er schwierige Situationen meistern kann, ruht stärker in sich selbst und hat eine größere Selbstsicherheit. Kompetenz trägt zu mehr Motivation und zu größerer Arbeitszufriedenheit bei (BGW 2006 a, S 13f.).

Zur Intervention auf der Qualitätsmanagementebene schlägt die BGW das Instrument „BGWqu.int.as – Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz“ vor. Sie verspricht, dass dieses Instrument dann erfolgreich sei, wenn die Lei-

tung der Pflegeeinrichtung davon überzeugt ist, dass die Mitarbeiter entscheidend zur Qualität und zum Erfolg beitragen. Es zielt darauf ab, systematisch die Qualität in der Pflege und zugleich die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zu verbessern und nachhaltig weiterzuentwickeln. Dabei soll die Gesundheit der Beschäftigten durch Einhaltung der Arbeitsschutzvorschriften gefördert werden, Strukturen der Einrichtung sollen für jeden Mitarbeiter transparent festgelegt werden, mit fest definierten Arbeitsabläufen soll mehr Zeit für andere Aufgaben bleiben. Das zielgerichtete Qualitätsmanagement mit klaren Verantwortungen und Befugnissen trage zu einer hohen Motivation der Mitarbeiter und ihrer Identifikation mit dem Unternehmen bei und erhöhe somit die Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtung insgesamt (BGW 2006 b, S. 25).

Die hier vorgestellten Instrumente könnten durchaus auch für die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten zur Reduzierung von Arbeitsbelastung in dem Seniorenheim, in dem die hier vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde, Anwendung finden. Besonders die Interventionsinstrumente „ALIDA – Arbeitslogistik in der Altenpflege“ und „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“ erscheinen als geeignete Maßnahmen aufgrund der bisher festgestellten Belastungsfaktoren der Pflegekräfte, da diese individuell auf die Situation der Einrichtung und auf die Bedürfnisse der Beschäftigten zugeschnitten werden können.

7.4 Projekt „Personalentwicklung und Qualifizierung“

Im Folgenden ist die Studie „Personalentwicklung und Qualifizierung“ vorgestellt, die im Rahmen der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL durch die Entwicklungspartnerschaft „Dritt-Sektor-Qualifizierung in der Altenhilfe in Baden-Württemberg“ entstand. In dieser Studie wurde ein Ist-Stand der Personalentwicklungsmaßnahmen in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg erhoben¹²⁵. Weiterhin wurden Kriterien für „differenzierte Organisation“ und „differenzierte Personalentwicklung“ entwickelt und deren Er-

¹²⁵ An dieser Stelle werden vorrangig die Ergebnisse (N = 233) aus den stationären Einrichtungen aufgeführt.

füllungsgrad in den untersuchten Einrichtungen ermittelt. Anschließend führen die Autoren der Studie (Göpfert-Divivier und Ahr) Umsetzungsmöglichkeiten auf. Zum Abschluss der Studie wird ein durch Experteninterviews ermittelter Ausblick in die Altenhilfe bis zum Jahr 2008 dargestellt.

Der Ist-Stand der Personalentwicklungsmaßnahmen in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wird durch eine Fragebogenerhebung ermittelt. Hierbei steht im Vordergrund zu erfragen, welche der folgenden Instrumente in den Einrichtungen bereits angewendet werden:

- Einbindung von Personalentwicklung in die betriebliche Organisation (z. B. Aussagen zum Personal im Leitbild, Information der Mitarbeiter, Arbeit mit Qualitätszirkel),
- Personalplanung und Personalbedarfsermittlung (z. B. Überblick über Leitungsstruktur und Qualifikationsniveau),
- Personalgewinnung (z. B. systematisches Personalmarketing, Einarbeitung neuer Mitarbeiter),
- Bindung des Personals an die Einrichtung (z. B. systematische Gespräche, Coaching),
- Fort- und Weiterbildung (z. B. Bildungsmarketing, Weiterbildungsplanung als Karriereplanung).

Festgestellt wurde, dass alle befragten Einrichtungen bereits einzelne der aufgeführten Maßnahmen anwenden. Ob und inwieweit es sich dabei um ausdifferenzierte Konzepte der Einrichtungen handelt, ließ sich zu dem Zeitpunkt noch nicht beurteilen (Göpfert-Divivier, Ahr 2003, S. 42 ff.).

Es wurde folgende Hypothese aufgestellt: „Organisationsentwicklung (OE) und Personalentwicklung (PE) bedingen sich gegenseitig und Qualifizierung ist Teil von OE und PE“ (Göpfert-Divivier, Ahr 2003, S. 61). Daraufhin erfolgt die Entwicklung von Kriterien für eine „differenziert entwickelte Organisation“ und für eine „differenzierte Personalentwicklung“, die im Folgenden aufgeführt werden.

Kriterien für eine differenziert entwickelte Organisation:

- Leitbild,
- Qualitätszirkelarbeit,
- Delegation von Aufgaben,
- Beratungs- und Supervisionsangebot,
- Stellenbeschreibungen,
- Qualitätsbeauftragte,
- Heimleitung ist zuständig für die Personalplanung,
- zeitnahe Statistiken als Grundlage für die Personalplanung,
- Zielplanung als Grundlage für die Personalplanung (ebd. S. 61 ff.).

Kriterien für differenzierte Personalentwicklung:

- differenziertes Personal-Auswahlverfahren,
- Einführung und Begleitung neuer Mitarbeiter,
- Formen von Mitarbeitergesprächen, die zu festgelegten Zeitpunkten eingesetzt werden,
- Kontakt zu ausgeschiedenen Mitarbeitern,
- Personalbindung,
- Maßnahmen zur Personalentwicklung,
- hoher Stellenwert von Fort- und Weiterbildung,
- Umsetzung der Ergebnisse von Fort- und Weiterbildung im Betrieb (ebd. S. 63 ff.).

Es wurde festgestellt, dass 2,1% der befragten Pflegeheime alle o. g. Kriterien erfüllen. Diese bezeichnen die Autoren als „Topp-Practice-Einrichtungen“ (ebd. S. 65). Weiterhin ergab die Analyse, dass folgende Kriterien nur von wenigen Einrichtungen erfüllt werden:

- Beratungs- und Supervisionsangebot,
- Stellenbeschreibungen,
- Qualitätsbeauftragte,
- Zielplanung als Grundlage für die Personalplanung (ebd. S. 65 f.).

Folgende Kriterien erfüllen die Mehrzahl der Einrichtungen:

- Einführung und Begleitung neuer Mitarbeiter (70%),
- Kontaktpflege zu Mitarbeitern in der Elternzeit (80%),
- Mitarbeiter-Fördergespräche unterhalb der Leitungsebene (77%),
- Fort- und Weiterbildung als zentraler Entwicklungsbereich (76%) (ebd. S. 77 f.).

Da diese Kriterien recht umfangreich sind, sollen an dieser Stelle einige signifikante Ergebnisse aus der Befragung aufgeführt werden. So führen z. B. 91% der befragten Einrichtungen interne Fortbildungen zum Erhalt der Fachlichkeit durch (ebd. S. 87). 81% der Pflegeheime arbeiten mit Qualitätszirkeln zur Einbeziehung ihrer Mitarbeiter in innerbetriebliche Belange (ebd. S.90). Lediglich 9% der Heime ergreifen Maßnahmen für eine längerfristige Zielprojektion (ebd. S. 90). 99% nutzen Dienstbesprechungen zur systematischen Information der Mitarbeiter (ebd. S. 92). Die Zufriedenheit der Mitarbeiter ist 79% der Einrichtungen wichtig (ebd. S.92). Die Perspektive, den Mitarbeitern verstärkt Entscheidungsspielräume einzuräumen, erwägen lediglich 29% der befragten Pflegeheime (ebd. S. 93).

Als Ergebnis dieser Erhebung empfehlen Göpfert-Divivier und Ahr folgende Maßnahmen:

- Entwickeln und Erproben eines integrierten Personalentwicklungssystems eingebettet in das Unternehmenskonzept,
- Entwickeln und Erproben einer abgestuften, modular aufbereiteten Zusatzqualifikation für Führungskräfte,
- Entwickeln von Methoden und Instrumenten für Personalentwicklung sowie von Strategien zu ihrer Implementierung,
- Entwickeln und Erproben von Personalentwicklungstechniken für Führungskräfte,
- Methodenausbildung für Führungskräfte,
- Training für Führungskräfte,
- Zukunftsweisende Elemente von Personalentwicklung,
- Anforderungen an die zukünftige Arbeitsorganisation planen (ebd. S. 98 ff.).

Neben der Ist-Stand-Analyse wurden in der Studie „Personalentwicklung und Qualifizierung“ leitfadengestützte Experteninterviews geführt¹²⁶. Die Experten sollen die Entwicklung von Personalentwicklung und Qualifizierung in der Altenhilfe bis zum Jahr 2008 einschätzen. Einige zentrale Aussagen werden im Folgenden vorgestellt. So wird beispielsweise von einer Verringerung des Anteils qualifizierter Kräfte ausgegangen und vermutet, dass das Mengengerüst etwa

¹²⁶ Die Interviews wurden geführt mit: Martina Feulner, Referentin für Hauswirtschaft, Deutscher Caritas-Verband in Freiburg; Dr. Barbara Klein, Gleichstellungsbeauftragte am Fraunhofer Institut (IAO) in Stuttgart; Christine Sowinski, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln; Susanne Wirth, Berufsbildungswerk (BFW) in Stuttgart; Martin Beck, Geschäftsführender Gesellschafter der BSU in Stuttgart; Gerd Dielmann, Fachgruppenleiter Gesundheitsberufe Ver.di-Bundesverband in Berlin; Roland Hanczuk, Landesbeauftragter, BPA Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg in Stuttgart; Peter King, Geschäftsführer Diakonisches Institut für soziale Berufe in Dornstadt; Rainer Kontermann, Geschäftsführer Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft in Stuttgart; Axel Sans, Leiter Ressort „Strategische Personalentwicklung“ Stiftung Liebenau.

aus 25% Fachkräften¹²⁷, 40% angelernten Helfern die eine entsprechende Fortbildung besucht haben, und 35% ungelerten Kräften bestehen wird. Mit diesem Verhältnis würden sich auch die Aufgaben der Fachkräfte verändern. Sie würden kaum noch Pflgetätigkeiten verrichten sondern mehr Case-Management und Beratung von Kunden, Angehörigen und nachgeordneten Mitarbeitern ausüben. Dies fördert eine Professionalisierung der Fachkräfte bei gleichzeitiger Tendenz zur De-Professionalisierung, weil sich die Gesellschaft eine professionelle Pflege nicht mehr leisten kann (Susanne Wirth). Die befragten Experten fordern deshalb gerade in Zukunft eine ausreichende Menge an Fachkräften, um bei quantitativ und qualitativ wachsendem Pflegebedarf eine fach- und sachgerechte Pflege zu gewährleisten. Insgesamt wird die Situation bis 2008 so eingeschätzt, dass sich die Qualität in Altenpflegeeinrichtungen verschlechtert, da entsprechend der Erfahrungen in Krisenzeiten meist die vereinfachenden Konzepte und kurzfristigen bzw. kurzfristigen Lösungen bevorzugt werden (Göpfert-Divivier, Ahr 2003, S. 103). Die Experten sehen, ebenso wie die Autoren der Studie, Personalentwicklung als wichtigen Bestandteil eines Veränderungsprozesses. Sie wird künftig stark an Bedeutung für den Altenpflegebereich gewinnen und damit zentraler Zukunftsfaktor sein. Sie ist ein Führungsinstrument auf jeder Ebene und beginnt bei jedem einzelnen Mitarbeiter (ebd. S.104 f.).

Zum Thema Qualifizierung in der Alten- und Krankenpflege äußern die befragten Experten unterschiedliche Ansichten. Zum einen wird eine bundeseinheitliche, integrierte Pflegeausbildung mit späterer Spezialisierung gefordert. Ebenso wird eine nach unten abgestufte vierjährige Krankenpflegeausbildung, mit der Möglichkeit eines ersten Abschlusses nach zwei Jahren als Pflegehelfer, favorisiert. Im Anschluss an die Ausbildung ist ein viersemestriges Hochschulstudium mit dem Schwerpunkt Pflegemanagement/-wissenschaft angedacht. Außerdem soll der Schulung ungelerner Pflegehilfskräfte mehr Bedeutung beigemessen werden. Gewerkschaftsvertreter hingegen lehnen dies ab und befürworten stattdessen die grundlegende Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Al-

¹²⁷ Zurzeit sind mindestens 50% Fachkraftanteil in der Heimmindestpersonalverordnung vorgeschrieben.

ten- und Krankenpflege. Helferqualifizierungen werden als Mittel bewertet, das Pflege- und Ausbildungsniveau zu senken. (ebd. S 106)

Aus Sicht der befragten Experten ist Pflege nach wie vor ein Frauenberuf. Unter den schwierigen Rahmenbedingungen leiden jedoch Frauen und Männer gleichermaßen. Verbesserungsbedarf wird im Bereich der Kommunikation gesehen, um struktur- und kundenbezogene Prozesse und Verfahren effizient zu organisieren, abzustimmen und zu optimieren, sodass sich daraus Effekte zur Weiterentwicklung der Pflege und der Einrichtungen ergeben. Die Zahl von Männern in der Pflege hängt nach Einschätzung der Experten zudem maßgeblich vom gesellschaftlichen Bild der Pflege und ihrer Anerkennung ab. Deshalb sei kurz- und auch mittelfristig kaum mit deutlichen Veränderungen im Männeranteil zu rechnen (ebd. S. 107 f.).

Die Rolle der Pflegedienstleitung wird sich aus Sicht der Experten maßgeblich verändern. Sie wird künftig vor allem das tägliche Kerngeschäft übernehmen. Sie wird zum zentralen Akteur vor Ort (etwa als Hausleitung) sowie zum Bindeglied zwischen Geschäftsführung und Einrichtung. Die entsprechenden Kompetenzen hierfür müssen durch veränderte (Aus-)Bildungskonzepte vermittelt werden (ebd. S. 109).

Göpfert-Divivier und Ahr betonen in ihrer Studie einige Besonderheiten der Altenhilfeleistungen. Die soziale Dienstleistung Pflege unterscheidet sich, trotz der Marktorientierung und gesellschaftlicher Tendenzen, wesentlich von anderen Dienstleistungen. Sie wird zusammen mit dem Kunden erbracht. Als Kunden müssen ebenso die Angehörigen¹²⁸ berücksichtigt werden, deren Wünsche auch von denen der Pflegebedürftigen abweichen können. Das Problem besteht für die Pflegeeinrichtungen darin, dass sie sich nicht nur an diesen kundenbezogenen Prämissen orientieren müssen, sondern gleichzeitig an den gesetzlichen und von Kostenträgern vorgegebenen Rahmen. Häufig fällt es deshalb schwer, oberhalb vordefinierter Leistungen und trotz der alltäglichen Sach-

¹²⁸ Göpfert-Divivier und Ahr bezeichnen die Angehörigen auch als „häufig besonders schwierige Kunden“ (2003, S. 123).

zwänge und finanziellen Restriktionen neue, den Bedürfnissen der Kunden angemessene, Problemlösungen zu entwickeln (ebd. S. 123 f.).

Zu zukunftsweisender Arbeit in einer Pflegeeinrichtung gehört bei den Mitarbeitern ein gewisses Maß an Arbeitsautonomie und an Freiraum zur fachlichen Ausgestaltung. Die dazu notwendigen Kompetenzen sollen im Rahmen systematischer Personalentwicklung trainiert werden. Ein abgestimmtes System zur Beteiligung der Beschäftigten am Entwicklungsprozess kann Alltagsroutinen und Veränderungswiderstände verhindern (ebd. S. 125).

7.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Resultate der oben vorgestellten aktuellen Studien im Wesentlichen die Ergebnisse der hier vorliegenden empirischen Untersuchung bestätigen. Dies trifft insbesondere in den ermittelten Belastungsfaktoren zu. Hier spielen in allen untersuchten Pflegeeinrichtungen der Zeitdruck, der Personalmangel und die stetig wachsenden Anforderungen eine zentrale Rolle. Als positive Besonderheit im Pflegeberuf werden wiederum die Zusammenarbeit im Team und der Umgang mit Menschen hervorgehoben.

Ebenfalls wurde festgestellt, dass die qualifikationsgebundene Arbeitsteilung nicht strikt eingehalten wird. Der Sachverhalt, dass Pflegefachkräfte auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen, habe eine wichtige Team bildende Funktion.

Es zeigen sich Unterschiede in der Vorgehensweise und in den zentralen Fragestellungen. Die Mehrzahl der vorgestellten Studien verfolgt das Ziel, Lösungsansätze und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Beschäftigte im Pflegebereich zu entwickeln. Es wurden entweder personenbezogene Analysen mittels Interviews und schriftlichen Befragungen oder bedingungsbezogene Analysen zur Ermittlung der Arbeitsorganisation durchgeführt. Die empirische Untersuchung der vorliegenden Arbeit verknüpft hingegen die Wahrnehmung der Pflegekräfte in Bezug auf ihre Arbeitsbelastung mit der Ana-

lyse der tatsächlichen Organisation der Arbeit. Weiterhin nimmt hier die Ursachenforschung für besondere Resultate der Analyse - z. B. den empfundenen Zeitmangel und die praktizierte Aufgabenteilung - einen stärkeren Stellenwert ein, als in den oben vorgestellten Projekten.

Im Ergebnis zeigen alle dargestellten Studien, dass die Rahmenbedingungen für Pflegekräfte als schwierig zu bewerten sind und dies Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung hat. Ebenfalls wird nachgewiesen, dass Verbesserungsbedarf in der Arbeitsorganisation der Pflegeeinrichtungen vorliegt. Die Mehrzahl der Studien geht davon aus, dass die Veränderungen nur durch Beteiligung der Mitarbeiter in langfristig angelegten Organisations- und Personalentwicklungsprozessen bewältigt werden können. Die hier vorliegende Arbeit misst insbesondere der systemischen Organisationsentwicklung eine besondere Bedeutung bei, da die Autopoiesis der Einrichtung und der Einfluss von Umwelt wesentliche Berücksichtigung in der Betrachtung der Wahrnehmung der Pflegekräfte finden muss.

8 Diskussion der Ergebnisse und Folgerungen

Zum Abschluss der vorliegenden Arbeit werden die Untersuchungsergebnisse in Zusammenhang mit den vorab dargestellten theoretischen Aussagen interpretiert. Dabei sollen mögliche nachvollziehbare Erklärungen für die Wahrnehmung einer hohen Arbeitsbelastung der Pflegemitarbeiter aufgezeigt werden. Ausgehend von dem Berufsbild des Pflegenden und den sich ändernden Anforderungen seit Einführung der Pflegeversicherung sind die Ergebnisse zur Wahrnehmung von Arbeitsbelastung und zur Arbeitsorganisation erörtert. Schlussfolgernd werden mögliche Lösungsansätze vorgestellt.

8.1 Zentrale Ergebnisse

In den Interviews mit den Beschäftigten des Seniorenheims wird die Arbeitsbelastung, insbesondere aufgrund eines empfundenen Zeitdrucks zur Erledigung aller Aufgaben, als hoch eingeschätzt. In der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse ist die Wahrnehmung des Zeitmangels im Wesentlichen nicht bestätigt¹²⁹. Die Analyse zeigt hingegen auf, dass ein Teil der Arbeitsbelastung aus zeitlichen Gründen sich auf die Strukturierung der Tätigkeiten im Tagesablauf zurückführen lässt. Vorhandene Arbeitsspitzen könnten vermieden und die Zeit dazwischen effektiv für die Beschäftigung mit den Bewohnern genutzt werden. Ideen für Veränderungen in der Organisation des Arbeitsablaufs haben die Mitarbeiter selbst nur teilweise geäußert. Die Führungskräfte der Einrichtung vermuten in ihren Aussagen während der Experteninterviews die mögliche Angst der Mitarbeiter vor Verlust ihres Arbeitsplatzes sowie die Angst vor weiteren Veränderungen¹³⁰. Als eine mögliche Ursache für diese „Ängste“ führen die Führungskräfte die inkonstanten Anforderungen durch Gesetzgeber und Kontrollinstanzen, seit Einführung der Pflegeversicherung, an. Die neuen Anforderungen an die Pflegekräfte weichen nicht unwesentlich von den Erwartungen der Mitarbei-

¹²⁹ Vgl. dazu die Ergebnisse der Datenauswertung Kapitel 6.4.2

¹³⁰ Vgl. dazu die Datenauswertung der Experteninterviews Kapitel 6.6.2

ter und dem historisch geprägten Berufsbild des Pflegenden ab¹³¹. Diese Veränderungen tragen entscheidend zu einer höheren Belastung der Beschäftigten bei. Die Pflegekräfte beschreiben die positiven Besonderheiten ihres Berufs mit den zwischenmenschlichen Beziehungen und dem Helfen von Pflegebedürftigen. Dies entspricht im Wesentlichen dem Berufsbild sowie dem Pflegemodell von Liliane Juchli, welches bereits Bestandteil der Ausbildung von Kranken- und Altenpflegern ist¹³². Mit diesen Erwartungen wählten die Mitarbeiter mitunter ihren Beruf aus.

Aufgrund dieser Ergebnisse kristallisiert sich ein Bild des Systems „Seniorenheim“ heraus, das sich im Spannungsfeld zwischen der Idealvorstellung vom Pflegeberuf, der Alltagsorganisation und den inkonstanten Anforderungen aus der Umwelt befindet. Die folgende Abbildung veranschaulicht dieses Verhältnis.

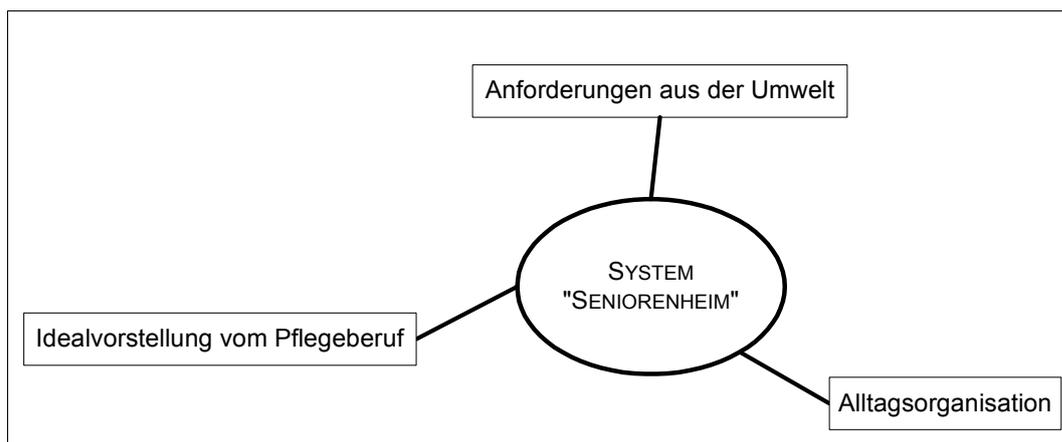


Abbildung 13:
Spannungsfeld des Systems „Seniorenheim“

Die **Anforderungen aus der Umwelt** beeinflussen die Pflegenden im Seniorenheim durch Gesetze, Verordnungen und Expertenstandards¹³³. Diese werden als belastend wahrgenommen, da sie im letzten Jahrzehnt besonders häu-

¹³¹ Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 4 Pflegekräfte im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen

¹³² Vgl. dazu Kapitel 4.4 Das Pflegemodell von Liliane Juchli

¹³³ Vgl. dazu Kap. 4.5 Anforderungen an die Qualität der Pflege

fig verändert bzw. neu hervorgebracht wurden. Deshalb werden die Anforderungen auch als „inkonstant“ bezeichnet. Verstärkt wird die Belastung dadurch, dass Kontrollinstanzen, wie die Heimaufsicht und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), regelmäßig und kritisch die Umsetzung der Anforderungen im Seniorenheim überprüfen.

Die **Idealvorstellung vom Pflegeberuf** ist geprägt von der historischen Entwicklung des pflegenden Berufes und dem Pflegemodell von Liliane Juchli¹³⁴. Hier sind den Beschäftigten der direkte Bezug zum pflegebedürftigen Menschen und das traditionelle hingebungsvolle Pflegen besonders wichtig. Diese Aspekte werden in den Interviews der personenbezogenen Analyse als positive Besonderheiten des Berufes beschrieben. Die Erwartungen und Werte der Pflegenden beziehen sich vor allem auf diese Idealvorstellung vom Pflegeberuf.

Die **Alltagsorganisation** umfasst alle Tätigkeiten, die nicht direkt mit dem Bewohner ausgeübt werden. Diese sind z. B. die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, aber auch die Pflegeplanung und Dokumentation. Sie werden von den Pflegenden als zusätzliche und zeitaufwändige Tätigkeiten empfunden.

Anhand dieses Spannungsfeldes wird deutlich, dass die Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeiter den ansteigenden Veränderungen noch nicht gewachsen sein können. Die Anforderungen an die Pflegequalität in den letzten beiden Jahrzehnten haben in einem Ausmaß zugenommen, das dem historisch geprägten Berufsbild Pflege nicht mehr entspricht.

Zur Interpretation des Spannungsfeldes, den damit verbundenen Erwartungen und der möglichen Angst vor Veränderungen kann als Erklärungsansatz die systemische Organisationstheorie genutzt werden¹³⁵. Die Pflegeeinrichtung wird hier als ein Organisationssystem betrachtet, das in Beziehung zu seiner Umwelt oder zu anderen Umwelten, mit denen es Leistungen und Informationen austauscht, steht. Die Organisation ist ein autopoietisches System und nimmt aus-

¹³⁴ Vgl. dazu Kap. 4.4 Das Pflegemodell von Liliane Juchli

¹³⁵ Vgl. dazu die Ausführungen in Kap. 3 Systemische Organisationstheorie

schließlich systemrelevante Elemente oder Anregungen aus seiner Umwelt auf. Nur durch die aktuell verfügbaren Fähigkeiten des Systems wird festgelegt, welche Elemente aus der Umwelt aufgenommen werden. Veränderungen in der Umwelt können das System mit seinen Mitgliedern in seiner Befindlichkeit berühren und anregen, aber auch stören und irritieren. Wie die Reaktion auf Veränderungen aussieht, entscheidet das System selbst. Soziale Systeme werden ebenfalls von Erwartungen beeinflusst, z. B. die persönlichen Erwartungen, die Rollenerwartungen und die Erwartungen durch Werte. Da Organisationen ebenso auf die Mitwirkungsmotive ihrer Mitglieder angewiesen sind, spielen das Berufsbild der Pflegenden und die Wahrnehmung ihrer Arbeitsbelastung eine erhebliche Rolle. Das Auftreten von etwas Neuem, das eine Abweichung von den eigenen Werten und Motiven, der erwarteten Kontinuität und Wiederholungen darstellt, ist Anlass für eine Irritation. Diese ist ein systemeigener Zustand. Die Umwelt, wie z. B. hier die Gesetzgeber und Kontrollinstanzen zu der Pflegeeinrichtung, kann nur dann auf die Organisation einwirken, wenn jene Irritationen produziert, die intern verarbeitet werden können. Die Störungen entstehen aus der Konfrontation der Ereignisse mit den eigenen Strukturen des Systems. Zur Bewältigung der Störungen bedarf das System Entscheidungen. Dies braucht wiederum Informationen und Alternativen. Eine Unsicherheit der Mitglieder, wie hier z. B. die Wahrnehmung von Arbeitsbelastung durch Zeitdruck der Pflegekräfte, entsteht durch die Differenz zwischen Wissen und Nichtwissen. Mit der dynamischen Entwicklung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, z. B. Veröffentlichung zahlreicher Expertenstandards¹³⁶, kann die Pflegekraft, die in ihren Erwartungen verbunden mit dem historisch geprägten Berufsbild von Pflege verwurzelt ist, nicht Schritt halten. Hier nimmt die Differenz von Wissen der Mitglieder des Systems „Seniorenheim“ und dem Wissen der Umwelt „Kontrollinstanzen“ stetig zu. Die entstandene Unsicherheit wirkt sich auf die Wahrnehmung von Arbeitsbelastung aus.

¹³⁶ Vgl. dazu Kap. 4.4.7 Expertenstandards als Anforderungen an die Fachlichkeit in der Pflege

Die Begründung, die Belastung entstehe durch Zeitdruck¹³⁷, kann als eine Reaktion auf die rasanten Entwicklungen der Umwelt, die intern nicht in dem vorgegebenen Maße bzw. Tempo verarbeitet werden kann, verstanden werden. Das Tempo der systeminternen Verarbeitung der Veränderungen aus der Umwelt wird zudem maßgeblich davon beeinflusst, inwieweit diese als systemrelevant wahrgenommen werden. Das bedeutet, dass die Pflegenden zunächst die Notwendigkeit und den Nutzen der Implementierung der veränderten pflegewissenschaftlichen Anforderungen erkennen müssen.

Die Interviewaussagen der Pflegekräfte, dass sie Pflegeplanung und Dokumentation als belastend empfinden¹³⁸, lassen vermuten, dass sie den Schritt der Erkenntnis eines Nutzens der Anforderungen der Umwelt für ihre Alltagsorganisation zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht abgeschlossen haben. Entsprechend der systemischen Organisationstheorie können eine Veränderung sozialer Systeme und ihre Anpassung an die Veränderungen in der Umwelt nur durch Selbstveränderung erfolgen. Dies wird, folgt man der systemischen Perspektive, als Lernprozess des Systems dargestellt. Soziale Systeme lernen über Kommunikation und Entscheidung. Der Lernprozess wird deshalb als ein Prozess der Neudefinition von veränderten Beobachtungskriterien, Kommunikationsstrukturen und Bewertungsschemen dargestellt. Dieser wird von zahlreichen systeminternen Lernhindernissen begleitet¹³⁹. So gestaltet sich z. B. ein Verlernen äußerst schwierig, da alte Strukturen und Denkweisen zugunsten von neuen aus dem Repertoire fallen müssen. Erklärungen, Verzerrungen, Ungenauigkeiten, Entschuldigungen u. ä. werden von den Organisationsmitgliedern genutzt, um Bestehendes zu erhalten. Aussagen von Pflegekräften, wie z. B. es stehe nicht genügend Zeit zur Erledigung der Aufgaben zur Verfügung¹⁴⁰, dienen eben diesem Festhalten an bestehenden Strukturen und Arbeitsweisen sowie an der Idealvorstellung vom Pflegeberuf.

¹³⁷ Entsprechend der Datenauswertung der Interviews Kap. 6.3.3

¹³⁸ Vgl. Kap. 6.3.3 Datenauswertung

¹³⁹ Vgl. dazu die Ausführungen in Kap. 3.4 Organisationsentwicklung als Prozess des Lernens von Menschen und Systemen

¹⁴⁰ Vgl. Kap. 6.3.3 Datenauswertung

8.2 Lösungsansätze

Die Einrichtung muss zunächst die Relevanz der Anforderungen aus der Umwelt für die eigene Organisation erkennen. Dieser Erkennungsprozess ist ein Lernprozess, an dessen Anfang die Pflegeeinrichtung derzeit steht. Zur Unterstützung dieses Lernprozesses sind die vorgestellten Ansätze zur Organisations- und Personalentwicklung durchaus wichtige Lösungsmöglichkeiten. Vor allem der Ansatz der systemischen Organisationsentwicklung kann hier in Betracht gezogen werden, da dieser die Umwelt, Ziele und Strukturen sowie Verhalten und Kommunikation der Mitglieder in gegenseitiger Abhängigkeit sieht. Das Ziel des Entwicklungsprozesses ist die Anpassung der Pflegeeinrichtung an die Umweltdynamik.

Die im Folgenden vorgestellten Lösungsansätze zielen zunächst auf die Bewältigung der Alltagsorganisation. Im Einzelnen können sie jedoch die Einrichtung und die Pflegenden dabei unterstützen, die Anforderungen aus der Umwelt zielgerichtet zu nutzen, um die Idealvorstellungen vom Pflegeberuf im Arbeitsalltag umsetzen zu können.

8.2.1 Reduzierung der Arbeitsbelastung aufgrund der praktizierten Aufgabenteilung

Die Pflegemitarbeiter nehmen Arbeitsbelastungen in ihrem Ausmaß situationsbedingt unterschiedlich wahr. Als belastende Situationen werden die Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten, Wochenenden und Spätdienste sowie plötzlich auftretende Notfallsituationen beschrieben. Hierbei spielen mehrere Faktoren eine Rolle, die sich scheinbar zufällig an einem Tag häufen und damit besondere Belastungssituationen hervorrufen können. Zeit- und Personalmangel wird von den Mitarbeitern im Pflegebereich am häufigsten als Belastungsfaktor benannt. Die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung verstärkt sich durch verschiedene Aspekte, z. B. durch unzureichend organisierte Aufgabenteilung und die Übernahme von zusätzlichen – überwiegend hauswirtschaftlichen – Tätigkeiten. Ebenfalls spielen emotional belastende Faktoren, z. B. der Umgang mit

Krankheit und Sterben, eine bedeutende Rolle. Diese führen dazu, dass die Pflegemitarbeiter ihre beruflichen Erlebnisse mit in die Freizeit transportieren und emotionale Belastungen erst zu Hause gedanklich verarbeiten können.

In der Wahrnehmung der Belastungssituationen und in den Bewältigungsstrategien sind Unterschiede zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften erkennbar. Pflegehilfskräfte sind der Ansicht, dass sie tatsächlich mehr Aufgaben verrichten, während Fachkräfte überwiegend im Büro sitzen. Damit seien die Hilfskräfte einer höheren zeitlichen Arbeitsbelastung ausgesetzt. Die Pflegefachkräfte hingegen übernehmen neben ihren fachlichen Aufgaben¹⁴¹ zusätzlich hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Dadurch können bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Pflegeplanung, nicht während der Dienstzeit erledigt werden. Dies wirkt sich wiederum belastend aus, da die Arbeit entweder mit nach Hause genommen oder in Überstunden geleistet wird. Tatsächlich zeigen die Ergebnisse der bedingungsbezogenen Analyse, dass Pflegeplanungstätigkeiten während der Arbeitszeit nur in einem sehr geringen Umfang verrichtet werden. Die Führungskräfte geben hierzu in den Experteninterviews an, dass die Erarbeitung der Pflegeplanung viel Zeit und ungestörte Ruhe bedarf.

Die Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachkräften und Hilfskräften wird trotz konkreter personenbezogener Stellenbeschreibungen im Team nicht deutlich verstanden und umgesetzt. Hierfür sind mehrere Ursachen möglich. Als ein mögliches Motiv wurde bereits das Bemühen der Fachkräfte um eine Verbesserung des Arbeitsklimas aufgeführt. Das bedeutet, dass Hilfstätigkeiten übernommen werden, um eine gewisse Wertschätzung gegenüber den Pflegehilfskräften zu zeigen. Andererseits dient dieses Verhalten auch dazu, mögliche Konflikte im Team zu vermeiden. Eine weitere Ursache kann darin liegen, dass Pflegefachkräfte durch Hilfstätigkeiten, wie z. B. Staub wischen oder Wäsche im Bewohnerzimmer einsortieren, die Nähe zu den Bewohnern suchen. Sie sagen bereits in der personenbezogenen Arbeitsanalyse aus, dass sie zu wenig Zeit mit den Pflegebedürftigen verbringen. Gerade dieses „Helfen wollen“ und die zwischenmenschlichen Beziehungen werden als positive Aspekte im Beruf ge-

¹⁴¹ Vgl. Anlage: Stellenbeschreibung Pflegefachkraft

schätzt. Wenn die Fachkräfte sich mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten im Bewohnerzimmer aufhalten, können sie diese Zeit direkt mit dem Bewohner verbringen. Ein weiterer möglicher Hintergrund für die Übernahme von Hilfstätigkeiten durch Fachkräfte liegt darin, dass die Ergebnisse von hauswirtschaftlichen Verrichtungen pflegfachlich nicht kritisiert werden können. Ein gesäubertes Regal bietet weniger Kritikmöglichkeiten als eine Pflegeplanung, die nicht dem allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Stand entspricht.

Im Seniorenheim sollte die Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften transparent dargestellt werden. So können z. B. in Teambesprechungen die konkreten Aufgaben direkt angesprochen und diskutiert werden. Hierfür ist die Pflegedienstleitung verantwortlich. Um die Transparenz zu erhöhen und regelmäßig zu vergegenwärtigen, kann die Aufgabenverteilung durch optisch ansprechende Aushänge im Dienstzimmer visualisiert werden. Dabei ist zu verdeutlichen, dass die Arbeit der Fachkräfte und der Hilfskräfte gleichermaßen wichtig ist. Die verschiedenen Tätigkeiten greifen ineinander. So ist z. B. eine nachvollziehbar beschriebene Pflegeplanung gerade für die Pflegehilfskräfte als Handlungsgrundlage wichtig; ebenso sind die Pflegefachkräfte auf die Beobachtungen der Hilfskräfte zum Gesundheitszustand der Bewohner angewiesen. Diese Aspekte der Zusammenarbeit und konkreten Aufgabenverteilung müssen in der Einrichtung transparent dargestellt werden. Ebenso sollen die Pflegekräfte erkennen, dass eine fundierte Pflegeplanung sowie die Dokumentation des Gesundheitszustandes der Bewohner nicht nur notwendige Tätigkeiten der Alltagsorganisation sind, sondern auch ein wichtiger Baustein zur Verwirklichung der Idealvorstellung vom Pflegeberuf ist. Die Pflegeplanung ist die wichtigste Voraussetzung für eine bedürfnisorientierte Pflege des Bewohners.

Ein Lösungsansatz bietet sich in der Festlegung von Zeiten, in denen die Pflegefachkräfte ausschließlich Tätigkeiten der Planung und Dokumentation verrichten. Entsprechend der Ergebnisse der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse zeigen sich die Tageszeiten von 10 bis 11 Uhr und von 14 bis 15 Uhr als ge-

eignet¹⁴². Diese können z. B. als „Dienstzimmerzeiten“ für alle Fachkräfte festgelegt werden. Dabei muss eine transparente Darstellung darüber erfolgen, welche konkreten Aufgaben die Pflegefachkräfte in dieser Zeit erledigen. Diese Transparenz ist notwendig, um möglichen Missverständnissen und Konflikten im Team vorzubeugen. In diesen Zeiten sollte das Dienstzimmer für die Pflegefachkräfte das ungestörte und ruhige Umfeld darstellen, das sie für die Erarbeitung der Pflegeplanung und die weiteren pflegefachlichen Tätigkeiten benötigen.

8.2.2 Veränderung der Tagesstruktur

Die Arbeitsorganisation unterliegt einer festen Tagesstruktur. Diese wird durch Zeiten für die Morgentoilette der Bewohner, durch regelmäßige Mahlzeiten und das Zubettgehen der Bewohner bestimmt. Daraus ergibt sich ein hoher Arbeitsaufwand in der Zeit von 6 bis 9 Uhr. In dieser Zeit werden alle Bewohner gewaschen, angekleidet und zum Frühstück begleitet. Ebenso hoch ist der Aufwand zwischen 17 und 20 Uhr, wenn das Abendessen gereicht wird und alle Bewohner zu Bett gebracht werden. Diese Zeiträume werden von den Pflegeteammitgliedern als zeitlich belastend geäußert. Die Tagesstruktur wird damit begründet, dass sich die Bewohner im Verlauf ihres Lebens an diesen Rhythmus gewöhnt haben, z. B. schon immer morgens 6 Uhr aufgestanden und 19 Uhr zu Bett gegangen sind. Möglicherweise haben sich aber die Pflegeteammitglieder an diesen Rhythmus gewöhnt. Diese Struktur bringt den Vorteil mit sich, dass nach 9 Uhr bzw. nach 20 Uhr andere Tätigkeiten verrichtet werden können, da die Bewohner bereits versorgt sind. Hier verbirgt sich die Gefahr, dass nicht die biografischen Gewohnheiten der Bewohner ausschlaggebend für die Tagesstruktur sind, sondern die Gewohnheiten der Pflegekräfte.

¹⁴² Vgl. Kapitel 6.4.3 Ergebnisse

Zur Entlastung der Mitarbeiter sollten Möglichkeiten gefunden werden, diese Arbeitsspitzen zu entzerren¹⁴³. Hier muss die Berücksichtigung der biographischen Gewohnheiten der Bewohner erfolgen. Pflegebedürftige, die gern länger schlafen und später frühstücken, können am frühen Vormittag ab 9 Uhr versorgt werden. Ebenso sollten die Pflegebedürftigen, die gern später zu Bett gehen, ihr Abendessen zu einem späteren Zeitpunkt einnehmen können und auch nach 20 Uhr zu Bett gebracht werden. Die Pflegemitarbeiter sind dadurch nicht dem Druck ausgesetzt, alle Bewohner bis zu einem bestimmten Zeitpunkt versorgt zu haben. Diese Arbeitsweise zu ändern kann mitunter schwierig werden. Hier müssen alte Strukturen und Denkweisen der Beschäftigten zugunsten von etwas Neuem abgelegt werden¹⁴⁴.

Im Spätdienst sind in der Regel in jedem Wohnbereich lediglich eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft für ca. 30 Bewohner eingesetzt. Für den Zeitraum von 17 bis 21 Uhr ist der zusätzliche Einsatz einer Ergotherapeutin sinnvoll. Diese könnte mit individuellem Esstraining das Abendessen der Bewohner begleiten. Ebenso kann die Ergotherapeutin in bewohnerbezogenem Waschraining die Pflegekräfte bei dem Zu-Bett-Bringen unterstützen. Zusätzlich könnten die Bewohner, die gern später schlafen gehen, zuvor mit einer gemeinsamen Beschäftigung unterhalten werden, z. B. durch Vorlesen von Gute-Nacht-Geschichten im Aufenthaltsbereich von 20 bis 21 Uhr. Diese Unterstützung könnte erheblich zu einer Entzerrung der Arbeitsspitze von 17 bis 20 Uhr und damit zu einer Entlastung der Pflegekräfte beitragen.

8.2.3 Reduzierung des Stressniveaus

Die Ergebnisse der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse zeigen einen hohen zeitlichen Anteil von Pausen auf. Dieser Anteil ist wohnbereichsbezogen unterschiedlich. Im Wohnbereich 3 ist der Zeitaufwand für Pausen am höchsten. Ebenso ist in diesem Wohnbereich der Anteil der Beschäftigung mit Bewohnern

¹⁴³ Vgl. ALIDA-Konzept als Lösungsansatz der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), dargestellt in Kapitel 7.3 Projekt „Aufbruch Pflege“

¹⁴⁴ Vgl. Kap. 3.4.2.5 Lernhindernisse

wesentlich höher als in den Wohnbereichen 1 und 2. Häufige kurze Pausen sind für die Pflegemitarbeiter eine Möglichkeit zum Stressabbau. Die Pflege in stationären Einrichtungen ist physisch und psychisch stark belastend und führt die Mitarbeiter oft an die Grenzen ihres Leistungs- und Verarbeitungsvermögens. Ein kurzes persönliches Gespräch mit Kollegen oder das Rauchen einer Zigarette stellen ein notwendiges Heraustreten aus der Pflegesituation zur Minderung des Stressniveaus dar. In dieser Zeit können die Beschäftigten neue Kraft schöpfen, um sich auf die nächste Arbeitssituation einzustellen. Hier ist zu erkennen, dass die kurzen Pausen, zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Ruhezeiten, über den gesamten Arbeitstag verteilt sind. Stress und Hektik werden von den Bewohnern aufgrund der noch gut erhaltenen psychosozialen Sensibilität sofort wahrgenommen und als Bedrohung und Belastung empfunden. Die Pflegekräfte müssen deshalb ihren Stress regulieren, um das erforderliche Ausmaß an Ruhe für die Pflege und Betreuung der Bewohner zu erlangen. Kurze Pausen sind daher wichtige Strategien zur Verminderung von Hektik¹⁴⁵.

Es wird an dieser Stelle nicht versucht, die zeitlichen Anteile von Pausen abzubauen und mehr Zeit für Pflege- und Betreuungstätigkeiten zu verwenden. Vielmehr müssen die Pflegekräfte für die Wahrnehmung ihres Stressniveaus und die Anwendung individueller und wirksamer Beruhigungsstrategien sensibilisiert werden. Um Missverständnissen, möglichen Unterstellungen und Verdächtigungen seitens der Kollegen vorzubeugen, ist es wichtig im Team offen über die verwendeten Beruhigungsstrategien und die Notwendigkeit häufiger kurzer Pausen zu reden. Somit kann mehr Verständnis für die jeweilige Strategie seitens der Kollegen erzielt werden. Je versteckter vor Kollegen und Vorgesetzten kurze Pausen als Beruhigungsmaßnahme durchgeführt werden müssen, umso belastender wirkt sich diese Situation aus. Es gilt zu verdeutlichen, dass die Pausen nicht auf Kosten der Kollegen und der Bewohner gemacht, sondern hier als gezielte Beruhigungsstrategien zur Wiederherstellung des körperlichen und seelischen Gleichgewichts angewendet werden. Dies setzt ein

¹⁴⁵ Vgl. Kap. 5.6 Möglichkeiten der Regulierung des Stressniveaus von Beschäftigten in der Altenpflege

bestimmtes Maß an Offenheit, gegenseitigem Vertrauen und Kollegialität voraus.

8.2.4 Bewältigung der zunehmenden fachlichen Anforderungen

Die Aussagen der Führungskräfte der untersuchten Einrichtung zeigen, dass die Zunahme der aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und die daraus resultierenden Forderungen an die Qualität der Pflegeeinrichtung zu einer fachlichen Überforderung der Pflegekräfte führen. Diese Überforderung äußert sich als Unsicherheit der Pflegefachkräfte in ihrem Arbeitsalltag. Das bedeutet, dass Fachkräfte in manchen Situationen nicht mehr wissen, ob die Planung, Ausübung und Dokumentation ihrer Pflegetätigkeiten „richtig“ ist, oder nicht mehr den aktuellen Anforderungen entspricht. Da die Pflegeeinrichtung regelmäßig durch die Heimaufsicht und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüft wird, lastet ein gewisser Druck zur fachlichen Ausübung aller Tätigkeiten auf dem Pflegepersonal. Hier tragen die Pflegefachkräfte eine besondere Verantwortung.

Diese Verantwortung nehmen Fachkräfte und Hilfskräfte unterschiedlich wahr. Fachkräfte müssen sich ständig der Anforderungen an ihre Arbeit bewusst sein. Sie leiten die Hilfskräfte an und überprüfen ihre Leistungen und Ergebnisse. Dies kann zu Unzufriedenheiten der Hilfskräfte führen. Sie fühlen sich angesichts der ständigen Kontrolle durch Pflegefachkräfte möglicherweise weniger wertgeschätzt. Dies kann eine gewisse Gleichgültigkeit und Blockierung gegenüber Veränderungen zur Folge haben.

Um der fachlichen Überforderung der Pflegefachkräfte entgegenzuwirken sowie Gleichgültigkeiten der Hilfskräfte zu vermeiden, können hier gezielte Personalentwicklungsinstrumente¹⁴⁶ zum Einsatz kommen. Im Personalentwicklungskonzept der Einrichtung soll jeder einzelne Mitarbeiter, unabhängig seiner Qua-

¹⁴⁶ Vgl. dazu Kap. 3.4.3 Personalentwicklung und Kap. 7.4 Personalentwicklung und Qualifizierung

lifikation und Aufgaben, berücksichtigt werden. Da die Pflegedienstleitung ebenfalls in das Konzept eingebunden sein muss, wird dies kaum ohne Unterstützung von außen möglich sein. Die Entwicklung der Instrumente kann hier entweder durch die Geschäftsführung oder externe Beratung vorgenommen werden. Im ersten Schritt können verbindliche Personalentwicklungsgespräche mit jedem einzelnen Mitarbeiter die individuellen Stärken und Ressourcen ermitteln. Darauf aufbauend müssen gezielte Maßnahmen für jeden Mitarbeiter geplant und umgesetzt werden. Die Förderung aller Beschäftigten zeigt zudem eine hohe Wertschätzung gegenüber den Pflegehilfskräften. Wenn sich die Personalentwicklungsmaßnahmen nachhaltig für die gesamte Einrichtung auswirken sollen, empfiehlt es sich, diese mit einem langfristig angelegten systemischen Organisationsentwicklungsprozess zu verbinden¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Vgl. dazu Kap. 3.4.2 Organisation und Lernen

9 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit zeigt ein umfassendes Bild der Organisation der Pflegearbeit, der Arbeitsbedingungen und Belastungsfaktoren in der Altenpflege auf. Zunächst wurden die theoretischen Grundlagen zu den Themen Arbeitsbelastung und Arbeitsorganisation dargestellt. Anhand von Texten aus dem Bereich der Arbeitspsychologie (z. B. Hacker 2005) wurde verdeutlicht, dass Arbeitsbelastungen dann entstehen, wenn die Durchführungsbedingungen in Widerspruch zur Zielerreichung geraten. Diese können zu einem Empfinden von Bedrohung, Scheitern und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschäftigten führen. In der Handlungsregulationstheorie wird davon ausgegangen, dass Lernen eine längerfristige Regulation bewirkt. Das Lernpotential eines Arbeitsprozesses hat positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und emotionale Stabilität des arbeitenden Menschen.

Weitere theoretische Grundlagen wurden aus dem Themengebiet der systemischen Organisationstheorie beschrieben. Hier stehen die Auswirkungen des Zusammenspiels von System und Umwelt sowie die Ansätze der systemischen Organisationsentwicklung im Mittelpunkt der Darstellungen. Als ein Hauptziel von Organisationsentwicklungsprozessen wurde die Anpassung des Systems an die Umweltdynamik herausgestellt. Die Veränderung sozialer Systeme kann nur durch Selbstveränderung erfolgen. Deshalb wurde der Lernprozess von Systemen und ihrer Mitglieder als ein Prozess der Neudefinition von veränderten Beobachtungskriterien, Kommunikationsstrukturen und Bewertungsschemata dargestellt. Hierbei gestaltet sich das Verlernen häufig schwierig, da die Organisationsmitglieder durch Verzerrungen, Ungenauigkeiten, Entschuldigungen u. ä. versuchen, an Bestehendem festzuhalten.

Nach diesen allgemeinen theoretischen Annäherungen wurde der pflegende Beruf genauer betrachtet. Der historische Rückblick zur Entwicklung des Pflegeberufs und der Einblick in das Pflegemodell von Liliane Juchli geben Aufschluss über das Berufsbild und die Idealvorstellungen von Pflege. Diese sind gekennzeichnet von einer Bindung an den pflegebedürftigen Menschen und der

Orientierung an seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen. Dem gegenüber sind die Anforderungen an die Qualität von Pflegearbeit seit der Einführung der Pflegeversicherung dargestellt. Diese beziehen sich vorrangig auf das Qualitätsmanagement, die Dokumentation aller Leistungen und ihre Kontrolle. Da diese Anforderungen aus der Umwelt stetig zunehmen und sich in den letzten beiden Jahrzehnten häufig verändert haben, werden sie als inkonstant bezeichnet. Bereits an dieser Stelle der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass die Pflegenden in einem Spannungsfeld zwischen ihren Vorstellungen vom Pflegeberuf und den gesellschaftlichen Erwartungen leben.

Anschließend wurden Belastungen in der Altenpflege anhand der Ergebnisse aktueller Studien dargestellt. Im Bereich der Altenpflege entstehen Belastungen vor allem durch Zeitdruck, ungünstige Dienstplangestaltung, ineffektive Arbeitsabläufe, mangelnde Kommunikation im Team und unzureichende Qualifikation der Beschäftigten. Die Studien zeigen, dass arbeitsbedingte Belastungen ernstzunehmende Folgen für den Gesundheitszustand von Pflegekräften haben. Die Folgen äußern sich in psychischen, somatischen und psychosomatischen Beschwerden. Zur Regulierung der Belastungen nutzen die Beschäftigten kurze Pausen bzw. eine kurzfristige Übernahme pflegefremder Tätigkeiten.

Die Analyse der Organisation der Arbeit und der individuellen Belastungen der Pflegemitarbeiter ist der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Es wurde exemplarisch anhand eines Seniorenheims dargelegt, wie das soziale System der stationären Pflegeeinrichtung seine Aufgaben wahrnimmt, bewältigt und mit den Anforderungen seiner äußeren Umwelt umgeht. Hierzu wurden eine personenbezogene und eine bedingungsbezogene Arbeitsanalyse sowie Experteninterviews mit den Führungskräften der ausgewählten Einrichtung durchgeführt. Die Ergebnisse der personenbezogenen Analyse zeigen, dass sich die Mitarbeiter aufgrund von Zeit- und Personalmangel nicht immer den Anforderungen gewachsen fühlen. Das Gefühl, zu wenig Zeit für die Pflegebedürftigen zu haben, wirkt sich emotional belastend aus. Die Pflegenden müssen zahlreiche zusätzliche Tätigkeiten im Arbeitsalltag verrichten, deshalb entspricht ihre derzeitige Arbeit nicht immer ihren Vorstellungen vom Pflegeberuf. Die Resultate der bedingungsbezogenen Analyse weisen auf eine feste Tagesstruktur im Organisa-

tionsablauf hin. Es ist deutlich erkennbar, dass die Pflegefachkräfte häufig Aufgaben der Hilfskräfte übernehmen. Es wurde ein hoher Anteil an Pausen erfasst, der vermuten lässt, dass ausreichend Zeit zur Erledigung der Aufgaben zur Verfügung steht. In den Zeiten von 6:00 bis 9:00 und 17:00 bis 20:00 Uhr treten Arbeitsspitzen auf, die besondere Belastungssituationen hervorrufen können. Die Tätigkeiten der Kategorie „Pflegeplanung“ und „Bewohnerwünsche“ werden im gesamten Tagesablauf mit dem geringsten zeitlichen Anteil verrichtet. Den höchsten Zeitaufwand nimmt die Kategorie „Grundpflege“ ein.

Diese Ergebnisse wurden mit den Leitungskräften der Einrichtung in Experteninterviews besprochen, mit dem Ziel die wesentlichen Ursachen für die Wahrnehmung der Pflegekräfte zur hohen Arbeitsbelastung heraus zu filtern und die möglichen Zusammenhänge und Widersprüche zwischen Aussagen der Mitarbeiter in der personenbezogenen Analyse und den Ergebnissen der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse zu erklären. Die Leitungskräfte begründen den hohen Anteil an Pausen damit, dass diese für interne Absprachen und das Lesen von Fachliteratur genutzt werden. Ebenfalls tragen Pausen dazu bei, Kraft für den Umgang mit Pflegebedürftigen zu schöpfen. Die von den Pflegenden wahrgenommene Arbeitsbelastung resultiert aus dem Widerspruch zwischen den Erwartungen der Mitarbeiter an das Berufsbild der Altenpflege und den tatsächlichen Anforderungen in der Arbeitspraxis. Als ein Beispiel hierfür wird die Pflegedokumentation mit den inkonstanten Forderungen der Kontrollinstanzen genannt. Für die Situation, dass die Fachkräfte zusätzliche Hilfstätigkeiten übernehmen, nennen die Befragten zwei Ursachen: zum einen suchen die Pflegefachkräfte dadurch den zwischenmenschlichen Kontakt zu den Bewohnern. Zum anderen versuchen sie das Arbeitsklima im Team zu verbessern, indem sie zeigen, dass sie sich für keine Arbeit zu schade sind.

Weiterhin wurden aktuelle Studien aus dem Bereich der Altenhilfe vorgestellt, die ebenfalls die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte untersuchen. In diesen sind Lösungsvorschläge dargestellt, die sich vor allem auf die Bereiche Arbeitsplatzqualität, Gesundheitsförderung der Mitarbeiter und Personalentwicklung in Pflegeeinrichtungen beziehen. Die Ergebnisse der Studien bestätigen im Wesentlichen die Resultate der hier vorliegenden Arbeit. Dies trifft insbesondere in den

ermittelten Belastungsfaktoren zu. Hier spielen in allen untersuchten Pflegeeinrichtungen der Zeitdruck, der Personalmangel und die stetig wachsenden Anforderungen eine zentrale Rolle. Als positive Besonderheit im Pflegeberuf wird wiederum der Umgang mit den Menschen hervorgehoben. In den vorgestellten Studien wurden entweder personenbezogene Analysen mittels Interviews und schriftlichen Befragungen oder bedingungsbezogene Analysen zur Ermittlung der Arbeitsorganisation durchgeführt. Die empirische Untersuchung der vorliegenden Arbeit verknüpft hingegen die Wahrnehmung der Pflegekräfte in Bezug auf ihre Arbeitsbelastung mit der Analyse der tatsächlichen Organisation der Arbeit. Weiterhin nimmt hier die Ursachenforschung für besondere Resultate der Analyse - z. B. den empfundenen Zeitmangel und die praktizierte Aufgabenverteilung - einen stärkeren Stellenwert ein, als in den vorgestellten aktuellen Projekten.

Zum Abschluss der Arbeit wurden die Resultate der Arbeitsanalyse in Zusammenhang mit den vorab dargestellten theoretischen Grundlagen interpretiert. Es stellte sich ein Bild des Systems „Seniorenheim“ heraus, das sich derzeit in einem Spannungsfeld zwischen der Idealvorstellung vom Pflegeberuf, der Alltagsorganisation und den inkonstanten Anforderungen aus der Umwelt befindet. Es wurde deutlich, dass die Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeiter der Umweltdynamik noch nicht gewachsen sind. Den Schritt der Erkenntnis eines Nutzens der Anforderungen aus der Umwelt für die eigene Alltagsorganisation hat die Einrichtung zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht abgeschlossen. Mit der Aussage, es stehe nicht genügend Zeit zur Erledigung der Aufgaben zur Verfügung, halten die Pflegekräfte an bestehenden Strukturen und Arbeitsweisen sowie an der Idealvorstellung vom Pflegeberuf fest. Als Ergebnis der Arbeitsanalyse wurden Lösungsansätze zur praktizierten Aufgabenverteilung, zur Veränderung der Tagesstruktur, zur Reduzierung des Stressniveaus und zur Bewältigung der fachlichen Anforderungen entwickelt. Diese zielen auf den ersten Blick auf die Alltagsorganisation der Pflegearbeit ab. Im Einzelnen sollen sie jedoch dazu anregen, die Anforderungen aus der Umwelt zielgerichtet zu nutzen, um die Idealvorstellungen vom Pflegeberuf im Arbeitsalltag umsetzen zu können.

Quellenverzeichnis

- Ackerknecht**, E. H.: Geschichte der Medizin. Stuttgart: Enke, 1992.
- Ahrens**, A.: Qualität in der Pflege. **In:** Evangelische Impulse, 3/99, S. 19-20.
- Arbeitskreis Nonprofit Organisationen:** Nonprofit Organisationen im Wandel: Ende der Besonderheiten oder Besonderheiten ohne Ende? Stuttgart: Kohlhammer, 1998.
- Badelt**, Ch. (Hrsg.): Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management. Stuttgart: Schäffer-Pöschel, 1999.
- Badura**, B./ **Litsch**, M./ **Vetter**, Ch. (Hrsg.): Fehlzeiten – Report 2000. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag, 2001.
- Bailey**, A.: Kompetenzeinschätzung und Zufriedenheit in unterschiedlich strukturierten Arbeitsprozessen. **In:** Muhsahl, H.-P./ Schwennen, C./ Hinrichs, S. (Hrsg.): Arbeitssicherheit – Führung – Qualität. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 2005.
- Bamberg**, E./ **Ducki**, A./ **Metz**, A. (Hrsg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998.
- Bandemer von**, St./ **Born**, A./ **Bußmann**, U./ **Eickmeier**, H./ **Weigel**, R.: Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege – Qualitätsmanagement und Benchmarking in der Praxis – Projektbericht des Instituts Arbeit und Technik 1999-01. Gelsenkirchen: 1999.
- Bandemer von**, St.: Qualitätsmanagement. **In:** Bandemer, von Stephan/ Blanke, Bernhard/ Nullmeier, Frank/ Wewer, Göttrik (Hrsg.): Handbuch zur Verwaltungsreform. Opladen 1998.
- Berger**, J./ **Genz**, H./ **Kordt**, M. u. a.: BGW-DAK Stress-Monitoring 2001. Hamburg: BGW/DAK, 2001.
- Berger**, J./ **Genz**, H./ **Küfner**, S. u. a.: BGW-DAK Gesundheitsreport 2003. Berlin: IGES, 2003.
- Berger**, J./ **Genz**, H./ **Grabbe**, Y. u. a.: BGW-Betriebsbarometer. Vergleichsstudie zu den ersten Ergebnissen der standardisierten Mitarbeiterbefragung-Beispiel: Altenpflegeeinrichtungen. Unveröffentlichter Bericht, Berlin, Hamburg: IGES/BGW, 2004.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

(Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung. Hamburg: 2006 a.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

(Hrsg.): Aufbruch Pflege. Hamburg: 2006 b.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

(Hrsg.): Forschungsergebnisse der Studie „Sterbebegleitung in Sachsen“. Arbeits- und Belastungssituation der Pflegenden und Ärzte. Hamburg: BGW, 2005.

Bischoff, C.: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert (2. überarb. und erw. Aufl.). Frankfurt a. M.: Campus, 1992.

Blass, K.: Gesund Pflegen in der Altenpflege. Analyse und Maßnahmenentwicklung zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW – Verlag für neue Wissenschaft GmbH, 2005.

Bleses, H.: Entwicklung und Erprobung eines ganzheitlichen Pflegesystems. In: A. Büssing (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus (S. 269-288). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, 1997 a.

Boskamp, P./ **Knapp**, R. (Hrsg.): Führung und Leitung in sozialen Organisationen: Handlungsorientierte Ansätze für neue Managementkompetenz. Neuwied: Luchterhand, 1996.

Boss, J.: Lernende oder lernunwillige Organisation. In: Organisationsentwicklung 4/1993, S. 29-34.

Bruhn, M.: Qualitätssicherung im Dienstleistungsmarketing – eine Einführung in die theoretischen und praktischen Probleme. In: Bruhn, Manfred/ Stauss, Bernd (Hrsg.): Dienstleistungsqualität. Wiesbaden: 1995.

Brunner, E. J./ **Bauer**, P./ **Volkmar**, S.: Soziale Einrichtungen bewerten. Theorie und Praxis der Qualitätssicherung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verl., 1998.

Bumbacher, U.: 10 Thesen über Qualität und Qualitätsmanagement in Nonprofit Organisationen (NPO). In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Band 21, Heft 3, 1998, S. 342-349.

- Breitscheidel, M.:** Abgezockt und totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen (10. Aufl.). Berlin: Econ, 2006.
- Brewer, R.:** Lebensqualität der Bewohner. Berufsakademie für Alten- und Krankenpflege. Dortmund: 1999.
- Bridges, W.:** Der Charakter von Organisationen: Organisationsentwicklung aus typologischer Sicht. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1998.
- Bruhn, M./ Stauss, B. (Hrsg.):** Dienstleistungsqualität. Wiesbaden: Gabler Verlag, 1995.
- Cherniss, C:** Beyond burnout. Helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment. New York: Routledge, 1995.
- Cherniss, C.:** Staff burnout. Job stress in the human services. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.
- Darmann, I./ Keuchel, R.:** Gesundheit/Pflege. In: Rauner, F.(Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann, 2005.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):** Sonderdruck Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück: 2006.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):** Sonderdruck Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: 2005.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):** Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück: 2005.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):** Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: 2004.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: 2002.
- Dewey, J.:** Democracy and education. New York: 1916.
- Dörner, D.:** Lernen des Wissens- und Kompetenzerwerbs. In: Treiber, B./ Weinert, F. E. (Hrsg.): Lehr-/Lernforschung. München, Wien, Baltimore: 1982, S. 134-148.
- Dunckel, H. (Hrsg.):** Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf, 1999.
- Dunckel, H./ Volpert, W./ Zölch, M./ Kreutner, U./ Pleiss, C. & Hennes, K.:** Kontrastive Aufgabenanalyse im Büro. Der KABA-Leitfaden. Handbuch und Arbeitsblätter. Zürich: vdf und Stuttgart: Teubner, 1993.

- Eberl, P.:** Die Idee des organisationalen Lernens: Konzeptionelle Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten. Bern: Haupt, 1996.
- Elkeles, T.:** Arbeitsorganisation in der Krankenpflege – Zur Kritik der Funktionspflege. Frankfurt a. M.: Mabuse, 1993.
- Enzmann, D./ Kleiber, D.:** Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger, 1998.
- Erikson, E. H.:** Identität und Lebenszyklus (6. Aufl.): Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1980.
- Fatzer, G.:** Organisationsentwicklung für die Zukunft: Ein Handbuch. Köln: Ed. Humanistische Psychologie, 1999.
- Fischer, L.:** Strukturen der Arbeitszufriedenheit. Göttingen: Hogrefe, 1989.
- Finis Siegler, B.:** Neue Herausforderung für die Soziale Arbeit der Freien Wohlfahrtspflege. **In:** Sozialer Fortschritt, 9/99, S. 228-231.
- Förster, U./ Gümmer, M.:** ATL Kommunizieren. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Gairing, F.:** Organisationsentwicklung als Lernprozess von Menschen und Systemen: Zur Rekonstruktion eines Forschungs- und Beratungsansatzes und seiner metadidaktischen Relevanz. Weinheim: Dt. Studien-Verl., 2002.
- Geissler, H.:** Grundlagen des Organisationslernens. Weinheim: Dt. Studien-Verl., 1995.
- Gerull, P.:** Qualitätsmanagement in sozialen Handlungsfeldern – Überblick und aktueller Diskussionsstand. **In:** Gemeinsam leben – Zeitschrift für integrative Erziehung Nr. 1-99, Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag, 1999.
- Gillmann, U.:** ATL Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Gitschmann, P.:** Qualitätssicherung in der Pflege und Verbraucherschutz – Kernaufgabe kommunaler Sozialpolitik im Pflegeversicherungssystem. **In:** Schmidt, Roland u.a. (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Arbeit. Regensburg: 1998.
- Graf-Goetz, F./ Glatz, H.:** Organisation gestalten: neue Wege und Konzepte für Organisationsentwicklung und Selbstmanagement. Weinheim: Beltz, 1998.

- Gregersen, S./ Ohlsen, S./ Sattel, H.:** Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. Hamburg: BGW, 2002.
- Grilz, W.:** Qualitätssicherung in Bildungsstätten: Anleitung zur Erstellung eines Qualitätshandbuches. Neuwied (u.a.): Luchterhand, 1998.
- Grützner, Ch.:** ATL Sich waschen und kleiden. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Güldenbergl, St.:** Wissensmanagement und Wissenscontrolling in Lernenden Organisationen: Ein systemtheoretischer Ansatz. Wiesbaden: DUV, 1999.
- Hacker, W.:** Allgemeine Arbeitspsychologie: psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit. Bern: Huber, 2005.
- Hacker, W.:** Allgemeine Arbeitspsychologie: psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Huber, 1998.
- Hasselhorn, H./ Nübling, M.:** Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland. **In:** Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 39 Jg., Heft 11, S. 568-577.
- Heintzel, P.:** Modellbildung in der Fachdidaktik. Wien: 1986.
- Held, B./ Russ-Mohl, St. (Hrsg.):** Qualität durch Kommunikation sichern: vom Qualitätsmanagement zur Qualitätskultur; Erfahrungsberichte aus Industrie, Dienstleistung und Medienwirtschaft. Frankfurt a.M.: FAZ-Inst. Für Management-, Markt- und Medieninformationen, 2000.
- Hennemann, C.:** Organisationales Lernen und die Lernende Organisation: Entwicklung eines praxisbezogenen Gestaltungsvorschlages aus ressourcenorientierter Sicht. München: Hampp, 1997.
- Herzog, S.:** ATL Körpertemperatur regulieren. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Hodel, M.:** Organisationales Lernen und Qualitätsmanagement: eine Fallstudie zur Erarbeitung und Implementation eines visualisierten Qualitätsleitbildes. Frankfurt a.M.: Lang, 1998.
- Hohm, H.-J.:** Soziale Systeme, Kommunikation, Mensch. Eine Einführung in soziologische Systemtheorie. München: Weinheim, 2006.
- Hüffer, L.:** Kriterien systemverträglicher Organisationsentwicklung: zum Abgleich verschiedener Systeminteressen in Organisationen. Bern: Lang, 1997.

- Jaeger, B./ Bedersdorfer, E./ Fetzer, B./ Illi, S./ Clemens, A./ Nischak, A./ Schmittberger, M./ Meyer-Koch, E.:** Erfolgsfaktor Personal. Personalentwicklung in der Altenhilfe und ambulanten Pflege. Stuttgart: Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V., 2004
- Jaeggi, E./ Klotter, C./ Möller, H. & Mruck, K.:** Illusionen qualitativer Sozialforschung. Manuskript in Vorbereitung. 1998.
- Jandt, A.:** Sich sicher fühlen und verhalten. Bedeutung für den Menschen. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2000.
- Juchli, L.:** Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger (5. Aufl.). Basel: RECOM, 1992.
- Juchli, L.:** Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege (7. Aufl.). Stuttgart: Thieme, 1994.
- Jütte, R.:** Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. Jahrhundert. **In:** Labisch, A./ Spree, R. (Hrsg.): Einem jeden Kranken im Hospitale sein eigenes Bett. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert (S. 31-59). Frankfurt a. M.: Campus, 1996.
- Jung-Heintz, H.:** Pflegeforschung. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2000.
- Kals, E.:** Arbeits- und Organisationspsychologie. Weinheim: Beltz, 2006.
- Kasenbacher, G. K.:** Gruppen und Systeme. Eine Anleitung zum systemtheoretischen Verständnis der gruppensystemischen Trainingsgruppe. Opladen, 2003.
- Klare, A.:** Das Gold in den Köpfen...: ein Projekt der AWO zur Selbstevaluation und Qualitätsentwicklung in der Weiterbildung. Bönen: Verl. Für Schule und Weiterbildung, Dr.-Verl. Kettler, 1997.
- Kleining, G.:** Qualitativ-Leuristische Forschung. Hamburg, 1994.
- Klie, Th.:** Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Hannover: Vincentz Verlag, 1997.
- Kline, P./ Saunders, B.:** Zehn Schritte zur Lernenden Organisation: das Praxisbuch. Paderborn: Junfermann, 1997.

- Klotter**, C.: Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. **In:** Oesterreich, R./ Volpert, W.: Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. Bern: Huber, 1999.
- Königswieser**, R./ **Pelikan**, J.: Anders-gleich-beides zugleich. Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Gruppendynamik und Systemansatz. **In:** Gruppendynamik 1/1990.
- Köther**, I./ **Gnam**, E.: Altenpflege in Ausbildung und Praxis. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2000.
- Kolbe**, H-: Pädagogische Qualität: Mit Qualitätsmanagement nach ISO zur umfassenden Qualität im Behindertenheim. Dortmund: Verl. Modernes Lernen, 2000.
- Kopfguter**, K.: Gefahren und Risiken in Organisationen: eine systemtheoretisch konstruierte Perspektive. Konstanz: Hartung-Gorre, 1998.
- Krilla**, V.: Professionelle Pflege. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2000.
- Kuehl**, St.: Wenn die Affen den Zoo regieren: Die Tücken der flachen Hierarchien. Frankfurt a. M.: Campus-Verl., 1995.
- Kühnert**, S.: Qualitätssicherung in der Altenhilfe und Altenpflege. **In:** Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/12 1996, 42. Jahrgang, S. 788-793.
- Küsgens**, I.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Altenpflegeberufen – eine Untersuchung der in Altenpflegeeinrichtungen tätigen AOK-Versicherten. **In:** Badura, B. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 2005.
- Kulbach**, R./ **Wohlfahrt**, N.: Modernisierung der öffentlichen Verwaltung? Konsequenzen für die freie Wohlfahrtspflege? Freiburg im Breisgau, 1996.
- Lazarus**, R. S.: Psychological stress in the workplace. **In:** Crandall, R./ Perrewe, P. L. (Ed.): Occupational stress (pp. 3-4). Washington: Taylor & Francis, 1995.

- Lazarus, R. S./ Launier, R.:** Stressbezogene Transaktionen zwischen Mensch und Umwelt. In: Nitsch, J. (Hrsg.): Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (S. 231-260). Bern: Huber, 1981.
- Leitner, K.:** Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychozoziale Gesundheit. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 47, S. 98-107, 1993.
- Leitner, K./ Lüders, E./ Greiner, B./ Ducki, A./ Niedermeier, R./ Volpert, W.** unter Mitarbeit von Oesterreich, R./ Resch, M. G. & Pleiss, C.: Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büro-Verfahren. Handbuch und Manual. Göttingen: Hogrefe, 1993.
- Leitner, K./ Volpert, W./ Greiner, B./ Weber, W. B. & Hennes, K.:** Analyse psychischer Belastungen in der Arbeit – das RHIA-Verfahren. Köln: TÜV Rheinland, 1987.
- Lind, S.:** Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen - Strategien - Konzepte. Bern: Verlag Hans Huber, 2003.
- Lück, W.:** Technik wissenschaftlichen Arbeitens: Seminararbeit, Diplomarbeit, Dissertation. München: Oldenbourg, 1999.
- Lüders, E.:** Die integrierte Analyse gesundheitsförderlicher und – beeinträchtigender Merkmale von Arbeitsbedingungen mit dem RHIA-VERA-Büro-Verfahren. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 48, S. 36-43, 1994.
- Lüders, E./ Pleiss, C.:** Werkzeuge gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung – Von der Analyse zur Praxis. In: Oesterreich, R./ Volpert, W. (Hrsg.): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung (S. 217-266). Bern: Huber, 1999.
- Luhmann, N.:** Organisation und Entscheidung. Wiesbaden: Opladen, 2000.
- Luhmann, N.:** Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt a. M. 1997.
- Luhmann, N.:** Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M. 1994.
- Luhmann, N.:** Einführung in die Systemtheorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 1992.
- Marks, A.:** ATL Wach sein und schlafen. In: Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Matul, Ch./ Scharitzer, D.:** Qualität der Leistungen in NPOs. In: Badelt, Christoph (Hrsg.): Handbuch der Nonprofit Organisation, 2. Auflage, Stuttgart: 1999.

Mayer, H. O.: Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München, Wien: Oldenburg, 2002.

Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 2.Auflage, Weinheim, 1993.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Pflegekassen (Hrsg.): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: 2006.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Pflegekassen (Hrsg.): Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen. 2003.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Pflegekassen (Hrsg.): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: 2001.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Pflegekassen (Hrsg.): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Essen: 2000.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Pflegekassen (Hrsg.): Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege. 1995.

Meinhold, M.: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit: Einführung und Arbeitshilfen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998.

Moldaschl, M.: Frauenarbeit oder Facharbeit? München: Campus, 1991.

Moldaschl, M.: Herrschaft durch Autonomie – Dezentralisierung und widersprüchliche Arbeitsanforderungen. In: Lutz, B. (Hrsg.): Entwicklungsperspektiven von Arbeit. Weinheim: Beltz, 1998a.

Moldaschl, M.: Internalisierung des Marktes. Neue Unternehmensstrategien und qualifizierte Angestellte. In: ISF, INIFES, Ifs, SOFI (Hrsg.): Jahrbuch sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung 1997. Schwerpunkt: Moderne Dienstleistungswelten (S. 197-250). Berlin: edition sigma, 1998b.

Nährlich, S.: Innerbetriebliche Reformen in Nonprofit Organisationen: Das Deutsche Rote Kreuz im Modernisierungsprozess. Wiesbaden: DUV, 1998.

- Oelke**, U.: Schlüsselqualifikationen als Bildungsziel für Pflegende. Ein Systematisierungsversuch im Rahmen der bundesdeutschen berufspädagogischen Diskussion. **In:** Pflegemanagement, 2, S. 42-46, 1998.
- Oesterreich**, R.: Handlungsregulation und Kontrolle. München: Urban & Schwarzenberg, 1981.
- Oesterreich**, R.: Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit. Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. **In:** Oesterreich, R./ Volpert, W. (Hrsg.): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung (S. 141-216). Bern: Huber, 1999.
- Oesterreich**, R./ **Resch**, M. G.: Zur Analyse arbeitsbezogener Kommunikation. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 5, S. 87-106, 1985.
- Oesterreich**, R./ **Volpert**, W.: Handlungstheoretisch orientierte Arbeitsanalyse. **In:** Kleinbeck, U./ Rutenfranz, J. (Hrsg.): Arbeitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Bd. 1). S. 43-73, Göttingen: Hogrefe, 1987.
- Oesterreich**, R./ **Volpert**, W. (Hrsg.): VERA Version 2. Arbeitsanalyseverfahren zur Ermittlung von Planungs- und Denkanforderungen im Rahmen der RHIA-Anwendung. Handbuch und Manual. Berlin: Technische Universität, 1991.
- Probst**, G. J. B./ **Büchel**, B., S. T.: Organisationales Lernen: Wettbewerbsvorteil der Zukunft. Wiesbaden: Gabler, 1998.
- Pröhl**, M. (Hrsg.): Die Lernende Organisation – Vertrauenbildung in der Kommunalverwaltung: internationale Recherchen und Fallbeispiele. Gütersloh: Verl. Bertelsmann-Stiftung, 1998.
- Pschyrembel Wörterbuch Pflege**. Bearbeitet von Wied und Warmbrunn. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 2003.
- Reisach**, B: ATL Ausscheiden. Bedeutung für den Menschen. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Resch**, M. G./ **Bamberg**, E./ **Mohr**, G.: Von der Erwerbsarbeitspsychologie zur Arbeitspsychologie. **In:** Udris, I. (Hrsg.): Arbeitspsychologie für morgen. Herausforderungen und Perspektiven (S. 37-52). Heidelberg: Asanger, 1997.

- Roper, N./ Logan, W. W./ Tierney, A. J.:** Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht (4. überarb. Aufl.). RECOM, 1993.
- Saldern von, M.:** Grundlagen systemischer Organisationsentwicklung. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren, 1998.
- Sattelberger, Th. (Hrsg.):** Die Lernende Organisation: Konzepte für eine neue Qualität der Unternehmensentwicklung. Wiesbaden: Gabler, 1994.
- Schaad, M.:** Nonprofit Organisationen in der ökonomischen Theorie: eine Analyse der Entwicklung und der Handlungsmotivation der freien Wohlfahrtspflege. Wiesbaden: DUV., 1995.
- Schaarschmidt, U./ Fischer, U.:** Bewältigungsmuster im Beruf: Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2001.
- Schein, E. H.:** Unternehmenskultur – Ein Handbuch für Führungskräfte. Frankfurt a.M., New York: 1995.
- Schöfer, S.:** Strategie statt Notwehr: Organisationsentwicklung in den Gewerkschaften am Beispiel der ÖTV. Münster: Westfälisches Dampfboot, 2000.
- Schröder, G.:** ATL Sich bewegen. In: Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Schröder, G.:** Puls und Blutdruck. In: Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Schubert, H.-J./ Zink, K. J. (Hrsg.):** Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand Verlag, 1997.
- Schüppel, J.:** Wissensmanagement: organisatorisches Lernen im Spannungsfeld von Wissens- und Lernbarrieren. Wiesbaden: DUV, 1997.
- Schuldt, Ch.:** Systemtheorie. Hamburg: 2003.
- Seidler, E.:** Geschichte der Medizin und Krankenpflege. Stuttgart: Kohlhammer, 1993.
- Sembill, D.f:** Problemlösefähigkeit, Handlungskompetenz und Emotionale Befindlichkeit. Göttingen, Toronto, Zürich: 1992.
- Senge, P. M.:** Die fünfte Disziplin: Kunst und Praxis der Lernenden Organisation. Stuttgart: Klett-Cotta, 1996.

- Sievers, B.:** Organisationsentwicklung als Problem. **In:** Sievers, Burkhard (Hrsg.): Organisationsentwicklung als Problem. Stuttgart: 1977, S. 10-31.
- Simon, M./ Tackenberg, P./ Hasselhorn, H. u. a.:** Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Wuppertal: Universität Wuppertal, 2005.
- Sitzmann, F.:** ATL Essen und Trinken. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Sitzmann, F.:** Atmen. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Sitzmann, F.:** Sterben und Tod. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Staehele, W.H.:** Redundanz, Slack und lose Kopplung in Organisationen: Eine Verschwendung von Ressourcen? **In:** Staehele, W.H./ Sydow, J., (Hrsg.): Managementforschung 1. Berlin, New York: 1991.
- Stähling, E.:** Pflege-theorien. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2000.
- Stauss, B./ Hentschel, B.:** Verfahren der Problementdeckung und –analyse im Qualitätsmanagement von Dienstleistungsunternehmen. **In:** Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung (GfK), 3/1990, S. 232-259.
- Straub-Westphal, T.:** ATL Kind, Frau, Mann sein. **In:** Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.
- Udris, I./ Rimann, M.:** Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? **In:** Wydler et al (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim: Juventa, 2000.
- Ulrich, E.:** Arbeitspsychologie. Zürich: vdf Hochschulverlag, 2001.
- Voges, W.:** Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2002.

Volpert, W.: Der Zusammenhang von Arbeit und Persönlichkeit aus handlungspsychologischer Sicht (Republikation des Textes von 1979). In: Tietgens, H. (Hrsg.): Sozialpolitische Aspekte der Weiterbildung. S. 100-131, Braunschweig: Westermann, 1981.

Volpert, W.: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In: Rutenfranz, J./ Kleinbeck, U. (Hrsg.): Arbeitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Bd. 1). S. 1-42, Göttingen: Hogrefe, 1987.

Volper, W./ Oesterreich, R./ Gablenz-Kolakovic, S./ Krogoll, T. & Resch, M: Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit (VERA). Köln: TÜV Rheinland, 1983.

Wahren, H.-K. E.: Das Lernende Unternehmen: Theorie und Praxis des organisationalen Lernens. Berlin: de Gruyter, 1996.

Watson, J.: Pflege – Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern: Hans Huber Verlag, 1996.

Wiedemann, B.: Sinn finden. In: Kellnhauser et al (Hrsg): Pflege. Entdecken, erleben – verstehen. Professionell handeln. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 2000.

Wiegand, M.: Prozesse organisationalen Lernens. Wiesbaden: Gabler, 1996.

Wieland, R.: Arbeitsgestaltung, Selbstregulationskompetenz und berufliche Kompetenzentwicklung. In: Wiese, B. (Hrsg.): Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung. Kernkompetenzen in der modernen Arbeitswelt. Frankfurt a. M.: Campus, 2004.

Willke, H.: Die Dynamik entwickelter Gesellschaften. Dynamik und Riskanz moderner gesellschaftlicher Selbstorganisation. Weinheim/New York, 1989.

Wittneben, K.: Entdeckung von beruflichen Handlungsfeldern und didaktische Transformation von Handlungsfeldern zu Lernfeldern – ein empirischer Zugriff für Bildungsgänge in der Pflege. In: Darmann, I./Wittneben, K. (Hrsg.): Gesundheit und Pflege: Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Bielefeld: Bertelsmann, 2002.

Witzel, A.: Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. S. 227-255, Weinheim: Beltz, 1985.

Wohlfahrt, Norbert: Die Freie Wohlfahrtspflege auf dem Prüfstand (II) zwischen Ökonomisierung und verbandlicher Erneuerung: Die Freie Wohlfahrtspflege auf dem Weg in einen veränderten Wohlfahrtsmix. **In:** Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Nr.1/99, S. 3-8.

Zech, Rainer (Hrsg.): Organisation und Lernen. Hannover: Expressum-Verl., 1999.

Zech, Rainer (Hrsg.): Pädagogische Antworten auf gesellschaftliche Modernisierungsanforderungen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 1997.

Zeithaml, V. A./ **Berry**, L. L./ **Parasuraman**, A.: Kommunikations- und Kontrollprozesse bei der Erstellung von Dienstleistungsqualität. **In:** Bruhn, Manfred/ Stauss, Bernd (Hrsg.): Dienstleistungsqualität. Wiesbaden: 1995.

Zimber, A./ **Rudolf**, A./ **Teufel**, S.: Arbeitsbelastungen in der Altenpflege reduzieren: Ein Trainingsprogramm für Mitarbeiter und Führungskräfte. **In:** Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, Heft 5. Steinkopff Verlag, 2001.

Zimber, A.: Die Situation der Pflegeberufe in Deutschland: Gutachten zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Heidelberg: q.s., 2000.

Internetreferenzen:

Albrecht, W.: Buchlesung „Abgezockt und totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen. 11. April 2006: <http://www.wsws.org/de/2006/pfle-a11.shtml>

Zugriffsdatum: 19.04.2006

Delhaes Daniel Dr. (2002) Politik und Medien.

URL: http://www.politikundmedien.de/politik_und_medien_systemtheorie.html

Zugriffsdatum: 07.09.2006

Elsik Wolfgang (2004) Systemtheorie - Überblick.

URL: <http://www.wu-wien.ac.at/persm/lehre/sbwlalt/sbwlalt2/ThSystemtheorie>

Zugriffsdatum: 06.09.2006

Gaitanides, Stefan Prof. Dr. (o. J.) Systemtheorie und soziale Arbeit.

URL: [http://www.fb4.fh-](http://www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/systemtheorie_lebensweltorientierung.pdf)

[frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/systemtheorie_lebensweltorientierung.pdf](http://www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/systemtheorie_lebensweltorientierung.pdf)

Zugriffsdatum: 29.08.2006

Göpfert-Divivier, Werner/ Ahr, Christine (2003) Personalentwicklung und Qualifizierung. Eine Studie.

URL: www.equal-altenhilfe.de/produkte_download

Zugriffsdatum: 06.01.2007

Jaeger, B./ Scholz, F.-V./ Goth, M./ Keuerleber, R./ Meyer-Koch, E., WBS Training AG Stuttgart (2004) Arbeitsplatzqualität in der Altenhilfe. Ein Analysebericht.

URL: www.equal-altenhilfe.de/produkte_download

Zugriffsdatum: 30.12.2006

Lau, Jörg (2001). Heimlicher Determinismus.

URL: http://www.zeit.de/archiv/2001/33/200133_ka-philo.xml

Zugriffsdatum: 29.08.2006

Lohr, Andreas (2003) Die Lebenslüge des Erziehungssystems. Die Bewertung der Schüler.

URL: <http://www.andreaslohr.com/Evaluation.pdf>

Zugriffsdatum: 29.08.2006

Porr Bernd (1997). Soziale Systeme.

URL: <http://www.berndporr.me.uk/luhmann3/node6.html>

Zugriffsdatum: 29.08.2006

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm der Einrichtung.....	130
Abbildung 2: Dimensionale Analyse	140
Abbildung 3 Rangliste zum Aufwand der Tätigkeiten	204
Abbildung 4: Tagesabschnittsprofil von 6:00 bis 12:00 Uhr.....	210
Abbildung 5: Tagesabschnittsprofil von 12:00 bis 17:00 Uhr.....	212
Abbildung 6: Tagesabschnittsprofil von 17:00 bis 22:00 Uhr.....	213
Abbildung 7: Tagesabschnittsprofil von 22:00 bis 02:00 Uhr.....	215
Abbildung 8: Tagesabschnittsprofil von 2:00 bis 6:00 Uhr.....	216
Abbildung 9: Anteile der zusätzlichen Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereichs	219
Abbildung 10: Anteile der Tätigkeiten, die aufgrund von Zeitmangel zurückgestellt werden.....	221
Abbildung 11: Anteile der zusätzlichen Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereichs	222
Abbildung 12: Ergebnisse der bedingungsbezogenen Analyse im Überblick.	222
Abbildung 13: Spannungsfeld des Systems „Seniorenheim“	268

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobe	139
Tabelle 2: Tätigkeiten, die aufgrund von Zeitmangel zurückgestellt werden ..	156
Tabelle 3: Faktoren, die Belastung verstärken	159
Tabelle 4: Zusätzliche Tätigkeiten außerhalb des Aufgabenbereiches	165
Tabelle 5: Erfassung der Tätigkeiten	182
Tabelle 6: Dienstübergabe	190
Tabelle 7: Grundpflege	191
Tabelle 8: Behandlungspflege	192
Tabelle 9: Mahlzeiten	192
Tabelle 10: Pflegedokumentation	193
Tabelle 11: Pflegeplanung	194
Tabelle 12: Absprachen extern	195
Tabelle 13: Absprachen intern	195
Tabelle 14: Bewohnerzimmer	196
Tabelle 15: Funktionsräume	197
Tabelle 16: Wohnbereichsküche	197
Tabelle 17: Pausen	198
Tabelle 18: Suche nach Material und Personal	199
Tabelle 19: Beschäftigung mit dem Bewohner	200
Tabelle 20: Wäsche	200
Tabelle 21: Bewohnerwünsche	201
Tabelle 22: Medikamente	202
Tabelle 23: Wohnbereichsbezogene Rangliste zum Aufwand der Tätigkeiten	206
Tabelle 24: Belegung der Wohnbereiche im Untersuchungszeitraum	207
Tabelle 25: Zusammenfassung der Kategorien zu Oberbegriffen	209
Tabelle 26: Schätzungen der Führungskräfte zu den Anteilen der Tätigkeiten	243
Tabelle 27: Ergebnisse der Standardisierten Befragung (vgl. Blass 2005, S. 18 ff.)	251

Anhang

1. Kommunikationsmatrix der Einrichtung

Bezeichnung	Teilnehmer	Zyklus	Dauer	Protokoll/ Verantwortlich
Dienstbesprechung Hausbereiche	PDL/VW/HM/ BT	1 x monatlich (jeden ersten Dienstag)	30 Min.	Ja/PDL
Dienstbesprechung Wohnbereichsleitungen	PDL/WBL	1 x monatlich	60 Min	Ja/PDL
Dienstübergabe Früh – Spät (QMA – Dü)	PFK/PK	Tägl.	30 min	Ja/PFK
Dienstübergabe Spät – Nacht	PFK/PK	Tägl.	15 min	Ja/PFK
Dienstübergabe Nacht – Früh	PFK/PK	Tägl.	15 min	Ja/PFK
Rundgang PDL	PDL/PFK/KL/ RP WB 1 - 3	5 x wöchentlich	10 min pro WB	Nein
Wochengespräch	PFK/PK WB 1 – 3 BT	1 x wöchentlich	30min	Ja/PFK/BT
Qualitätszirkel	QB/MA	1x monatlich	90 min	Ja/QB

Küchenkommission	PDL/KL/DA/ PFK/Bewoh- ner	1 x monatlich	60 min	Ja/PDL
Heimbeirat	Heimbeirat	1 x monatlich	30 min	Ja/HB/VW
Angehörigenabend (in Planung)	PDL/WBL/ BT/VW	1 x jährlich	90 min	Nein (Anwe- senheitsliste)
Teambesprechung (in den Wohnberei- chen)	WBL/PFK/ PK/HW/Azu- bi/FSJ	1 x monatlich	60 min	Ja/WBL
	WB 3 PDL/ ohne WBL	1 x monatlich	60 min	WB 3 PFK/PK
Mitarbeiterversamm- lung	Alle MA	2 x jährlich	30 min	Ja/PDL

Abkürzungen:

PDL	=	Pflegedienstleitung
WBL	=	Wohnbereichsleitung
PFK	=	Pflegefachkraft
PK	=	Pflegekraft
QB	=	Qualitätsbeauftragte
VW	=	Verwaltung
HM	=	Hausmeister
BT	=	Beschäftigungstherapeut
Azubi	=	Auszubildende
FSJ	=	Mitarbeiter im freiwilligen sozialen Jahr
WB	=	Wohnbereich
HB	=	Heimbeirat
KL	=	Küchenleiter
DA	=	Diätassistent
RP	=	Reinigungspersonal
MA	=	Alle Mitarbeiter

2. Stellenbeschreibung Pflegefachkräfte

- 1 Bezeichnung der Stelle:** Pflegefachkraft
- 2 Stelleninhaberin:**
- 3 Vergütung:** lt. Arbeitsvertrag
- 4 Vereinbarte Arbeitszeit:** lt. Arbeitsvertrag
- 5 Stelleninhaberin ist direkt unterstellt:** Einrichtungsleitung
- Andere weisungsbefugte Stellen:** Heimträger

6 Stelleninhaberin ist direkt überstellt:

- Alle im Pflegedienst beschäftigten Pflegehilfskräfte des Wohnbereiches
- Alle Auszubildenden, Praktikanten, ZDL und Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) des Wohnbereiches

7 Stelleninhaberin wird direkt vertreten durch:

- Pflegefachkraft des Wohnbereiches lt. Dienstplan

8 Stelleninhaberin vertritt direkt:

- entfällt

9 Zeichnungsvollmacht:

Im Rahmen ihrer Tätigkeit hat die Stelleninhaberin Zeichnungsvollmacht für nachstehend folgende Dokumente:

- Unterschriftsberechtigung in der Pflegedokumentation
- Nachlassprotokolle

10 Ziele:

- Sichern der Lebenszufriedenheit der Bewohner und Aufrechterhalten oder Wiederherstellen von Lebensqualität durch individuelle, ganzheitliche und aktivierende Pflege und Betreuung
- Optimale und fachgerechte Erfüllung der anfallenden pflegerischen, medizinischen und Betreuungsaufgaben
- Unterstützen der Wohnbereichsleitung bei Einsatz und Überwachen nachgeordneter Mitarbeiter des Wohnbereichs
- Aktives Mitarbeiten beim Gestalten der Arbeitssituation im Wohnbereich
- Förderung der Arbeitszufriedenheit im pflegerischen Team
- Umsetzen von Konzepten, Standards und Methoden der Pflege, unter Einbeziehung aktueller Erkenntnisse der Geriatrie und Gerontologie, im Sinne einer modernen Altenarbeit

11 Aufgaben:

11.1 Einrichtungsbezogene Aufgaben:

- Durchführen einer lückenlosen Dienstübergabe
- Umfassendes Weitergeben von Informationen an Mitarbeiter und Vorgesetzte
- Einholen offensichtlich fehlender Informationen
- Aktives Teilnehmen an Wohnbereichsbesprechungen, Verantwortung für Form und Effizienz dieser Besprechungen, Einbringen von Verbesserungsvorschlägen
- Teilnehmen an der von der Geschäftsführung, Heimleitung und Pflegedienstleitung angesetzten Veranstaltungen und Besprechungen
- Zusammenarbeiten mit anderen Leistungsbereichen innerhalb und außerhalb der Einrichtung
- Mitsprache beim Gestalten von Dienst- und Urlaubsplänen

- Ansprechpartner für Angehörige, sonstige den Bewohnern nahestehenden Personen, Besucher, Mitarbeiter, Ärzte, Therapeuten usw.
- Repräsentation der Einrichtung nach außen, durch angemessenes und korrektes Auftreten
- Einbringen von Vorschlägen bei Neuanschaffungen, Reorganisationen auf der Etage und Renovierungen
- Durchführen und Veranlassen von Anforderungen und Bestellungen innerhalb der Einrichtung (Pfleagematerialien, Kostformen usw.)
- Sorgfältiges Handhaben von Pflegeutensilien und -geräten sowie fach- und sachgerechtes Bevorraten und sparsamer Gebrauch von Pflegematerialien
- Einhalten von Unfallverhütungsvorschriften und Arbeitsschutzgesetzen
- Veranlassen von Aufräum- und Reinigungsarbeiten im Wohnbereich

11.2 Personalbezogene Aufgaben:

- Einführen und Einarbeiten neuer Mitarbeiter im Wohnbereich
- Anleiten nachgeordneter Mitarbeiter (einschließlich Praktikanten) sowie kontrollieren der ihnen übertragenen Tätigkeiten im Hinblick auf Ausführung und Resultat
- Durchführen der praktischen Ausbildung der Altenpflegeschüler in Zusammenarbeit mit den Praxislehrern der Altenpflegeschulen
- Mitwirken beim Beurteilen von Altenpflegeschülern und Praktikanten im Rahmen vorgegebener Richtlinien
- Schaffen und Erhalten einer guten Arbeitsatmosphäre
- Einbringen realistischer Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssituation aller Pflegekräfte des Wohnbereiches

11.3 Bewohnerbezogene Aufgaben:

- Erstellen von Pflegeanamnesen und Pflegeplänen (Pflege verstanden als somatische Pflege und psychosoziale Betreuung) nach dem Pflegemodell

von Liliane Juchli und den Aktivitäten des täglichen Lebens in Zusammenarbeit mit dem Bewohner, den Angehörigen, dem pflegerischen Team und ggf. mit dem Arzt und dem therapeutischen Team

- Durchführen einer problemorientierten, lückenlosen und fachgerechten Pflegedokumentation
- Durchführen einer bewohnerorientierten Bezugspflege in Absprache mit dem pflegerischen Team des Wohnbereiches
- Aktives Teilnehmen an Pflegevisiten
- Benachrichtigen des Arztes im Notfall und Einleiten von Sofortmaßnahmen
- Organisation und Mitwirkung beim Einzug neuer Bewohner
- Einhalten vorgegebener Standards

11.3.1 Pflege:

Körperpflege und Kleiderwechsel

- Durchführen der täglichen Grundpflege, d.h. Waschen, Duschen und Baden (auch unter Anwendung von Liften) einschließlich der vor- und nachbereitenden Arbeiten
- Durchführen der Körperpflege bzw. Hilfe bei der Körperpflege unter Beachtung der Regeln der aktivierenden Pflege und bei Bewohnern aller Pflegestufen
- Durchführen des Kleiderwechsels bzw. Hilfe beim Kleiderwechsel, unter Berücksichtigung der Witterung und der Bedürfnisse der Bewohner
- Durchführen der Mund-, Zahn-(Ersatz-), Haar- und Nagelpflege (nicht: medizinische Fußpflege)
- Rasieren von Bewohnern

Ausscheiden

- Helfen beim Gebrauch von Steckbecken, Toilettenstuhl, Urinflasche
- Hilfe beim Aufsuchen der Toilette, jeweils mit anschließender Körperhygiene, soweit der Bewohner hierzu nicht selbst in der Lage ist
- Versorgen der Bewohner mit Inkontinenzmaterial und Durchführen der Intimtoilette
- Durchführen von Toilettentraining

Betten und Lagern

- Betten und Lagern von Bewohnern aller Pflegestufen, mit Rücksicht auf die Bedürfnisse der Bewohner
- Verwenden zweckmäßiger Lagerungshilfen wie Antidekubitusfelle, spezielle Lagerungskissen, Fußstützen und dgl.
- Beziehen und Richten der Betten und Wechseln von Einzelteilen
- Veranlassen der regelmäßigen Reinigung von Bettgestell und Bettausstattung

Hilfe bei Bewegung und Fortbewegung

- Bewohner ins Bett bringen und Hilfe beim Zubettgehen
- Bewohner beim Aufstehen aus dem Bett helfen
- Hilfe beim Aufsetzen im Bett und Unterstützen beim Setzen an den Bettrand
- Umsetzen des Bewohners vom Bett in den (Roll-) Stuhl
- Bewohner im Rollstuhl spazieren fahren, zur Therapie und dgl. fahren
- Unterstützen und Helfen beim Gehen, ggf. in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt oder Therapeuten, spazieren gehen, zur Therapie und dgl. begleiten
- Anwenden von Hilfsmitteln wie Gehstock, Rollator und dgl.
- Durchführen von Bewegungsübungen bei Schwerstpflegebedürftigen

11.3.2 Ausführen ärztlicher Verordnungen und Behandlungspflege:

- Verantwortung für lückenlose Dokumentation aller ärztlichen Verordnungen durch Unterschrift/Handzeichen des verordnenden/ behandelnden Arztes
- Organisation aller für die Ausführung notwendigen Mittel (Medikamente, Verbandsmaterial usw.)
- Stellen, Verteilen und Verabreichen von Medikamenten unter Kenntnis und Kontrolle von deren Wirkung
- Vorbereiten und Durchführen von s.c. Injektionen
- Anlegen von Verbänden und Wundbehandlungen (Dekubitus, Gangrän usw.)
- Vorbereiten und Durchführen physikalischer Maßnahmen wie Wärme- und Kälteanwendung, feuchte Packungen und Inhalationen
- Tracheostoma - Versorgung
- orales Absaugen
- Anus praeter – Versorgung
- Vorbereiten und Durchführen von Reinigungseinläufen und Klysmen
- Katheterisieren bei Bewohnerinnen
- Kontrollieren bzw. Messen von Puls, Atmung, Temperatur, Blutdruck, Gewicht, Größe, Blutzucker
- Sicherstellen und Durchführen aller Maßnahmen der enteralen Ernährung in Absprache mit der jeweiligen Ernährungsschwester
- Durchführen prophylaktischer Maßnahmen

11.3.3 Speisenversorgung:

- Erkunden und Berücksichtigen von Bewohnerwünschen im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und ggf. Einhalten von bestehenden diätetischen Vorschriften
- Überprüfen und Austeilen der Speisen

- Vorbereiten der Bewohner auf die Mahlzeiten und individuelle Hilfestellung zum selbstständigen Essen geben
- Kontrollieren der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, ggf. Ergreifen geeigneter Maßnahmen
- Eingeben von Speisen und Getränken bei ausgeprägt hilfsbedürftigen Bewohnern
- Aufräumen nach Beendigung der Mahlzeit einschließlich Sicherstellen der Sauberkeit der Bewohner
- Zubereiten und Bereitstellen kleiner Zwischenmahlzeiten, von Tees und Getränken, ggf. Bereitstellen von Spätmahlzeiten
- Bereitstellen und Verabreichen von Sondenkost

11.3.4 Sterbebegleitung und Versorgung Verstorbener:

- Betreuen und Pflegen Sterbender, Mitverantwortung für die Benachrichtigung der Angehörigen, des Seelsorgers oder sonstigen dem Bewohner nahestehenden Personen
- Versorgung Verstorbener und Verständigung des Arztes
- Einleiten und Durchführen von Nachlassregelungen
- Betreuen der Angehörigen

11.3.5 Beobachten und Weitergabe von Informationen:

- Beobachten, Erkennen und Beurteilen des Zustandes und der Veränderungen im Verhalten und Befinden von Bewohnern im Hinblick auf Aktivität, Orientierung, körperliche und psychische Verfassung, ggf. Einleiten geeigneter Maßnahmen
- Lückenlose Dokumentation von Beobachtungen, Weitergeben an Mitarbeiter, Wohnbereichsleitung und ggf. an den Arzt und an Therapeuten
- Informieren des Arztes über Auswirkungen verordneter Therapien

11.3.6 Aufgaben der psychosozialen Betreuung:

- Informieren des Bewohners in allen ihn unmittelbar betreffenden Angelegenheiten,
- angemessenes und umfassendes Informieren über alle medizinisch, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen
- Anleiten, Beaufsichtigen, Unterweisen, Ermuntern und Helfen beim selbstständigen Durchführen und Wiedererlernen von Aktivitäten des täglichen Lebens
- Beraten des Bewohners im Hinblick auf sein Ernährungsverhalten, seine persönliche Hygiene usw.
- Durchführen des Realitäts- bzw. Realisierungstrainings bei Bewohnern mit Orientierungsstörungen
- Durchführen einer Biographiearbeit bei allen, insbesondere aber bei demen-ten Bewohnern
- Fördern von Kontakten und gegenseitiger Hilfe der Bewohner untereinander
- Aufnehmen und Fördern von Kontakten mit dem Bewohner durch Gespräche, z.B. während der somatischen Pflege, gemeinsamer Beschäftigung, gemeinsamem Feiern von Festen usw.
- Motivieren der Bewohner zur Teilnahme an Veranstaltungen, aktiven Teilnahme an Beschäftigungen und an therapeutischen Angeboten
- Beraten des Bewohners in persönlichen Angelegenheiten, z.B. Erledigen von Korrespondenz und Telefonaten für den Bewohner, wenn er es wünscht und hierzu nicht selbst in der Lage ist
- Begleiten des Bewohners bei Einkäufen und bei Arztbesuchen, im Bedarfsfall Erledigen von Einkäufen auf Wunsch des Bewohners

11.3.7 Kontaktpflege mit Angehörigen und sonstigen den Bewohnern nahestehenden Personen:

- Informieren und Beraten von Angehörigen und sonstigen den Bewohnern nahestehenden Personen, soweit nicht die Kompetenzen des Arztes, der Wohnbereichsleitung oder anderer berührt werden
- Betreuen der auf dem Wohnbereich anwesenden Angehörigen von Schwerkranken und Sterbenden und/oder Benachrichtigen dieser im Bedarfsfall

12 Eignung:

12.1 Fachliche Qualifikation:

- Abgeschlossene Ausbildung als Altenpfleger/in oder Krankenschwester/pfleger

12.2 Persönliche Eignung:

12.2.1 Persönlich-charakterliche Grundfähigkeiten:

- Ausgeglichenheit, Ausdauer, Initiative und Einsatzbereitschaft
- Stabilität und sicheres Auftreten
- Fähigkeit, die Wirkung des eigenen Handelns zu beurteilen und daraus zu lernen
- Konfliktfähigkeit
- Entscheidungsfähigkeit, Handlungsfähigkeit, Organisationsfähigkeit
- Fähigkeit, Verantwortung wahrzunehmen
- Fähigkeit zur umfassenden eigenen Fortbildung, z.B. Lesen von Fachliteratur, Teilnehmen an Weiterbildungen und Fachvorträgen

12.2.2 Leistungs-, tätigkeits- und aufgabengerichtete Grundfähigkeiten:

- Fähigkeit, Pflegesituationen komplex und detailliert wahrzunehmen und zu beurteilen sowie geeignete Maßnahmen einzuleiten

- fachliche und methodisch-strategische Führungsfähigkeit gegenüber den nachgeordneten Mitarbeitern und beim Durchführen der Pflegetätigkeiten am Bewohner
- Fähigkeit, Veränderungen einer Situation zu erkennen sowie mittel- und langfristige Entwicklungen vorausszusehen
- Fähigkeit, Ressourcen bei sich und anderen zu erkennen, zu erhalten und zu entwickeln
- Fähigkeit, eigene Grenzen zu akzeptieren und geeignete Hilfe anzunehmen, bzw. den Mitarbeitern Unterstützung und Hilfe anbieten
- Fähigkeit, fachpraktisches Wissen und berufliche Erfahrung zu vermitteln
- Fähigkeit, Veränderungen und Neuerungen umzusetzen
- Fähigkeit, Konflikte anzugehen, auszuhalten und Lösungen einzuleiten

12.2.3 Sozialgerichtete Grundfähigkeiten:

- Fähigkeit der Wertschätzung bei der Kommunikation und Kooperation mit Bewohnern, Mitarbeitern und Vorgesetzten
- Fähigkeit, motivierend zu wirken
- Einfühlungsvermögen und pädagogisches Geschick
- Teamfähigkeit
- Fähigkeit zur Konfliktbewältigung

13 Verantwortungs- und Kompetenzbereich:

Die Stelleninhaberin identifiziert sich mit dem Leitbild und handelt konsequent, methodisch und zielorientiert nach den Inhalten der Leitsätze.

Die Stelleninhaberin ist für die Sicherung der interne Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität gemäß der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe der Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI mitverantwortlich.

Sie ist generell für die fach- und sachgerechte Ausübung der in ihrer Stellenbeschreibung genannten Aufgaben und Pflichten verantwortlich.

Die Stelleninhaberin kann die Aufgabenbereiche fachgerecht an die Mitarbeiter delegieren. Im Einzelfall trägt sie insbesondere die Verantwortung für die von ihr ausgeführten und veranlassten Handlungen, deren Folgen für sie absehbar sind.

Sie ist ihrer direkten Vorgesetzten über die ihren Aufgaben- und Verantwortungsbereich betreffenden Tätigkeiten informationspflichtig.

Im Bedarfsfall müssen zusätzliche bzw. andere Aufgaben oder Einzelaufträge übernommen werden.

14 Controlling:

Bei Bedarf, mindestens einmal im Jahr, muss diese Stellenbeschreibung im Rahmen eines Personalgespräches überprüft und den aktuellen Veränderungen angepasst werden.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Arbeitgeber

.....

Unterschrift

Arbeitnehmer

3. Stellenbeschreibung Pflegehilfskräfte

1 Bezeichnung der Stelle: Pflegehilfskraft

2 Stelleninhaber:

3 Vergütung: lt. Arbeitsvertrag

4 Vereinbarte Arbeitszeit: lt. Arbeitsvertrag

5 Stelleninhaberin ist direkt unterstellt:

- Fachlich: Wohnbereichsleitung
Pflegefachkraft
- Administrativ: Pflegedienstleitung

6 Andere weisungsbefugte Stellen:

- Heimträger, Wohnbereichsleiter anderer Wohnbereiche

7 Zeichnungsvollmacht:

Unterschriftsberechtigung in der Pflegedokumentation

- Nachlassprotokolle

8 Ziele:

- Sichern der Lebenszufriedenheit der Bewohner und Aufrechterhalten oder Wiederherstellen von Lebensqualität durch individuelle, ganzheitliche und aktivierende Pflege und Betreuung
- Unterstützen der Pflegefachkraft bei der Erfüllung der anfallenden grundpflegerischen und Betreuungsaufgaben bzw. eigenständiges Ausführen festgelegter Pflegeaufgaben unter Berücksichtigung der individuellen
- Grundbedürfnisse einzelner Bewohner

- Pflegen intensiver Kontakte zu den Bewohnern und Informationsweitergabe an Pflegefachkräfte und Wohnbereichsleitung
- Aktives Mitwirken beim Gestalten und Erhalten guter Arbeitsbedingungen im Wohnbereich
- Umsetzen von Konzepten, Standards und Methoden der Pflege

9 Aufgaben:

9.1 Einrichtungsbezogene Aufgaben:

- Unterstützen einer lückenlosen Dienstübergabe
- Umfassendes Weitergeben von Informationen an Mitarbeiter und Vorgesetzte
- Einholen offensichtlich fehlender Informationen
- Aktives Teilnehmen an Wohnbereichsbesprechungen, Verantwortung für Form und Effizienz dieser Besprechungen, Einbringen von Verbesserungsvorschlägen
- Teilnehmen an von der Geschäftsführung, Heimleitung und Pflegedienstleitung angesetzten Veranstaltungen und Besprechungen
- Zusammenarbeiten mit anderen Leistungsbereichen innerhalb und außerhalb der Einrichtung
- Mitsprache beim Gestalten von Dienst- und Urlaubsplänen
- Ansprechpartner für Angehörige, sonstige den Bewohnern nahestehenden Personen, Besucher, Mitarbeiter usw.
- Repräsentation der Einrichtung durch angemessenes und korrektes Auftreten
- Einbringen von Vorschlägen bei Neuanschaffungen, Reorganisationen auf der Etage und Renovierungen
- Durchführen und Veranlassen von Anforderungen und Bestellungen innerhalb der Einrichtung (Pflegematerialien, Kostformen usw.)

- Sorgfältiges Handhaben von Pflegeutensilien und -geräten sowie fach- und sachgerechtes Bevorraten und sparsamer Gebrauch von Pflegematerialien
- Einhalten von Unfallverhütungsvorschriften und Arbeitsschutzgesetzen
- Durchführen von Aufräum- und Reinigungsarbeiten im Wohnbereich
- Durchführen der Blumenpflege

9.2 Personalbezogene Aufgaben:

- Schaffen und Erhalten einer guten Arbeitsatmosphäre
- Einbringen realistischer Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssituation des Pflegepersonals
- Unterstützen der Pflegefachkraft beim Einarbeiten neuer Pflegekräfte und Praktikanten

9.3 Bewohnerbezogene Aufgaben:

- Durchführen der erstellten Pflegepläne nach dem Pflegemodell von Liliane Juchli und den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Durchführen einer lückenlosen Pflegedokumentation
- Durchführen einer bewohnerorientierten Bezugspflege in Absprache mit dem pflegerischen Team des Wohnbereiches
- Benachrichtigen der Pflegefachkraft im Notfall und Einleiten von Sofortmaßnahmen
- Organisation und Mitwirkung beim Einzug neuer Bewohner
- Einhalten vorgegebener Standards

9.3.1 Pflege:

Bei allen nachfolgend unter 9.3.1 *Pflege* aufgeführten Tätigkeiten unterstützt die Pflegekraft die Pflegefachkraft und führt festgelegte Aufgaben eigenständig durch.

Körperpflege und Kleiderwechsel

- Durchführen der täglichen Grundpflege, d.h. Waschen, Duschen und Baden (auch unter Anwendung von Liften) einschließlich der vor- und nachbereitenden Arbeiten
- Durchführen der Körperpflege bzw. Hilfe bei der Körperpflege unter Beachtung der Regeln der aktivierenden Pflege
- Durchführen des Kleiderwechsels bzw. Hilfe beim Kleiderwechsel, unter Berücksichtigung der Witterung und der Bedürfnisse der Bewohner
- Durchführen bzw. Hilfe bei der Mund-, Zahn-(Ersatz-), Haar- und Nagelpflege (nicht medizinische Fußpflege)
- Rasieren von Bewohnern

Ausscheiden

- Unterstützen beim Gebrauch von Steckbecken, Toilettenstuhl, Urinflasche
- Hilfe beim Aufsuchen der Toilette, jeweils mit anschließender Körperhygiene, soweit der Bewohner hierzu nicht selbst in der Lage ist
- Versorgen der Bewohner mit Inkontinenzmaterial und Durchführen der Intimtoilette
- Durchführen von Toilettentraining

Betten und Lagern

- Betten und Lagern von Bewohnern, mit Rücksicht auf die Bedürfnisse der Bewohner
- Verwenden zweckmäßiger Lagerungshilfen wie Antidekubitussfelle, spezielle Lagerungskissen, Fußstützen und dgl.
- Beziehen und Richten der Betten und Wechseln von Einzelteilen
- Ausführen der regelmäßigen Reinigung von Bettgestell und Bettausstattung

Hilfe bei Bewegung und Fortbewegung

- Bewohner ins Bett bringen und Hilfe beim Zubettgehen
- Bewohner beim Aufstehen aus dem Bett helfen
- Hilfe beim Aufsetzen im Bett und Unterstützen beim Setzen an den Bettrand
- Umsetzen des Bewohners vom Bett in den (Roll-) Stuhl
- Bewohner im Rollstuhl spazieren fahren, zur Therapie und dgl. fahren
- Unterstützen und Helfen beim Gehen, ggf. in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt oder Therapeuten, spazieren gehen, zur Therapie und dgl. begleiten
- Anwenden von Hilfsmitteln wie Gehstock, Rollator und dgl.

9.3.2 Ausführen ärztlicher Verordnungen und Behandlungspflege:

Die Durchführung nachfolgender Verordnungen erfolgt immer nach Anleitung und Anweisung durch die Pflegefachkraft.

- Anus praeter - Versorgung
- Durchführen einfacher Kontrollen wie Größe, Temperatur, Gewicht
- Durchführen prophylaktischer Maßnahmen
- Wechseln der Urinbeutel bei Verweilkathetern

9.3.3 Speisenversorgung:

- Erkunden und Berücksichtigen von Bewohnerwünschen im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und ggf. Einhalten von bestehenden diätetischen Vorschriften
- Überprüfen und Verteilen der Speisen
- Vorbereiten der Bewohner auf die Mahlzeiten und individuelle Hilfestellung zum selbstständigen Essen geben
- Kontrollieren und Überwachen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Aktivierende und unterstützende Hilfe bei der Einnahme von Speisen und Getränken geben

- Eingeben von Speisen und Getränken bei ausgeprägt hilfsbedürftigen Bewohnern
- Aufräumen nach Beendigung der Mahlzeit einschließlich Sicherstellen der Sauberkeit der Bewohner
- Zubereiten und Bereitstellen kleiner Zwischenmahlzeiten, von Tees und Getränken, ggf. Bereitstellen von Spätmahlzeiten

9.3.4 Sterbebegleitung und Versorgung Verstorbener:

- Betreuen und Pflegen Sterbender in Zusammenarbeit mit der Pflegefachkraft
- Versorgung Verstorbener und Mithilfe beim Betreuen der Angehörigen zusammen mit der Pflegefachkraft
- Mithilfe beim Durchführen von Nachlassregelungen

9.3.5 Beobachten und Weitergabe von Informationen:

- Zuarbeiten von Informationen beim Erstellen von Pflegeplänen in Zusammenarbeit mit dem pflegerischen Team
- Beobachten des Zustandes und der Veränderungen im Verhalten und Befinden von Bewohnern im Hinblick auf Aktivität, Orientierung, körperliche und seelische
- Verfassung und Informieren der Pflegefachkraft
- Weitergeben sonstiger Informationen an die Pflegefachkraft

9.3.6 Aufgaben der psychosozialen Betreuung:

- Anleiten, Ermuntern und Helfen beim Wiedererlernen und selbstständigen Durchführen von Aktivitäten des täglichen Lebens
- Fördern von Kontakten und gegenseitiger Hilfe der Bewohner untereinander
- Aufnehmen und Pflegen von Kontakten mit dem Bewohner durch Gespräche, z.B. während der somatischen Pflege, gemeinsamer Beschäftigung, gemeinsamem Feiern von Festen (vor- und nachbereitende Arbeiten)

- Motivieren der Bewohner zur Teilnahme an Veranstaltungen, aktiven Teilnahme an Beschäftigungen und an therapeutischen Angeboten
- Beraten des Bewohners bei Alltagsproblemen, z.B. Erledigen von Korrespondenz und Telefonaten für den Bewohner, wenn er es wünscht und hierzu nicht selbst in der Lage ist
- Informieren des Bewohners und ihm Erklärungen über ihn unmittelbar betreffende Angelegenheiten geben, soweit nicht Kompetenzen der Pflegefachkraft, der Wohnbereichsleitung oder anderer berührt werden
- Begleiten des Bewohners bei Einkäufen und bei Arztbesuchen, im Bedarfsfall Erledigen von Einkäufen auf Wunsch des Bewohners

9.3.7 Kontaktpflege mit Angehörigen und sonstigen den Bewohnern nahestehenden Personen:

- Informieren und Betreuen von Angehörigen und sonstigen den Bewohnern nahestehenden Personen, soweit nicht die Kompetenzen des Arztes, der Wohnbereichsleitung, der Pflegefachkraft oder anderer berührt werden

10 Eignung:

10.1 Fachliche Qualifikation:

Innerhalb der Einrichtung erlernt der Stelleninhaber alle im vollstationären Bereich der Altenhilfe erforderlichen Grundkenntnisse.

10.2 Persönliche Eignung:

10.2.1 Persönlich-charakterliche Grundfähigkeiten:

- Ausgeglichenheit, Ausdauer, Initiative und Einsatzbereitschaft
- Stabilität und sicheres Auftreten
- Fähigkeit, die Wirkung des eigenen Handelns mit der Wohnbereichsleitung zu beurteilen und daraus zu lernen
- Konfliktfähigkeit

- Fähigkeit, die eigenen Kenntnisse in der Theorie und Praxis der Altenpflege zu vervollständigen, z.B. durch Lesen von Fachliteratur und Teilnahme an internen und externen Weiterbildungsmaßnahmen

10.2.2 Leistungs-, Tätigkeits- und Aufgabengerichtete Grundfähigkeiten:

- Fähigkeit, Pflegesituationen in ihren Elementen wahrzunehmen und diese Informationen weiterzuleiten
- Fähigkeit, Veränderungen einer Situation zu erkennen
- Fähigkeit, die übertragenen Aufgaben sorgfältig, gründlich und unbedingt zuverlässig auszuführen
- Fähigkeit, eigene Grenzen zu akzeptieren und geeignete Hilfe zu beanspruchen
- Fähigkeit, sich situationsgerecht und verständlich auszudrücken
- Fähigkeit, Veränderungen und Neuerungen umzusetzen
- Fähigkeit, Konflikte anzugehen und auszuhalten

10.2.3 Sozialgerichtete Grundfähigkeiten:

- Fähigkeit der Wertschätzung bei der Kommunikation und Kooperation mit Bewohnern, Mitarbeitern und Vorgesetzten
- Einfühlungsvermögen
- Teamfähigkeit
- Fähigkeit zur Konfliktbewältigung

11 Verantwortungs- und Kompetenzbereich:

Der Stelleninhaber identifiziert sich mit dem Leitbild und handelt konsequent, methodisch und zielorientiert nach den Inhalten der Leitsätze.

Der Stelleninhaber ist für die Sicherung der internen Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität gemäß der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe der Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI mitverantwortlich.

Er ist generell für die fach- und sachgerechte Ausübung der in seiner Stellenbeschreibung genannten Aufgaben und Pflichten verantwortlich.

Im Einzelfall trägt er insbesondere die Verantwortung für die von ihm ausgeführten und veranlassten Handlungen, deren Folgen für ihn absehbar sind.

Er ist seinen direkten Vorgesetzten über die seinen Aufgaben- und Verantwortungsbereich betreffenden Tätigkeiten informationspflichtig.

Im Bedarfsfall müssen zusätzliche bzw. andere Aufgaben oder Einzelaufträge übernommen werden.

12 Controlling:

Bei Bedarf, mindestens einmal im Jahr, muss diese Stellenbeschreibung im Rahmen eines Personalgespräches überprüft und den aktuellen Veränderungen angepasst werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift
Arbeitgeber

.....
Unterschrift
Arbeitnehmer

4. Interviewleitfaden Personenbezogene Arbeitsanalyse

Einrichtung: _____

Datum: _____ Zeit: _____

Interviewer: _____

Chiffre des Befragten: _____

Geschlecht: () weiblich () männlich

Familienstand: () ledig () verheiratet () geschieden () verwitwet

() zusammen lebend

Alter: _____ Jahre

Anzahl Kinder: _____ / _____ Jahre

Beruflicher Werdegang: _____

Berufsbezeichnung: _____

Zusatzfunktionen in der Einrichtung: _____

Arbeitsstunden pro Woche: _____

Anzahl der Ausbildungsjahre: _____

Anzahl der Jahre / Monate der jetzigen Arbeitstätigkeit: _____

Fachverwandte Tätigkeiten: _____

Dauer der Tätigkeit am jetzigen Arbeitsplatz in Jahren/ Monaten: _____

I Bedingungsgefüge (Randbedingungen, individuelle Bedingungen)

- In welchem Zustand befindet sich Ihr Arbeitsplatz bei Dienstantritt? (Ordnung und Sauberkeit)
- Gibt es besondere berufliche Situationen in denen Sie unzufrieden sind?
- Was gefällt Ihnen besonders an Ihrem Beruf?
- Entspricht Ihre jetzige Tätigkeit Ihren Vorstellungen vom Beruf?
- Gibt es momentan Gründe den Arbeitsplatz zu wechseln?

II Arbeitsbelastung (Zeitfaktor, Was frisst Zeit? Für was bleibt keine Zeit mehr übrig?)

- Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsbelastung ein?
- Was belastet Sie am meisten?
- Wie schätzen Sie die Zeit für die Erledigung Ihrer Aufgaben ein?
- Für was bzw. welche Tätigkeiten bleibt keine Zeit mehr?
- Kommt es oft vor, dass Sie Pausen durcharbeiten?
- Was sind ihrer Meinung nach die Gründe für fehlende Zeit?

III Derzeitige Organisation der Arbeit (Was macht Wer? Wann? Wie? Fachliche, emotionale, körperliche Anforderungen. Zusammenarbeit mit anderen Bereichen)

- Wie schätzen Sie das Arbeitsklima in Ihrem Arbeitsumfeld ein?
- Kennen Sie Ihre Stellenbeschreibung?
- Erledigen Sie Aufgaben, die nicht in Ihren Aufgabenbereich fallen? Wenn ja welche?
- Wie empfinden Sie die Kommunikation, im Bezug auf Absprachen, zwischen den einzelnen Bereichen? (Haustechnik, Verwaltung, Küche, Reinigung etc.)
- Gibt es Probleme in der Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern?
- Welche Tätigkeiten belasten Sie emotional am meisten?

- Welche Tätigkeiten belasten Sie fachlich am meisten?
- Welche Tätigkeiten belasten Sie körperlich am meisten?

IV Entwicklungs- und Veränderungsprozess (Was würden sie verändern?)

- Setzen Sie sich in Ihrer Arbeit Ziele? Wenn ja, was sind die Gründe wenn Sie die gesteckten Ziele nicht erreichen?
- Was müsste Ihrer Meinung nach unbedingt geändert werden?
- Stellen sie sich vor, sie wären Chef!
- Würden sie etwas an den räumlichen Bedingungen ihres Wohnbereiches ändern?
- Würden sie etwas an dem Organisationsablauf der Einrichtung ändern?
- Würden sie selbst etwas an sich ändern?

Weitere Bemerkungen des Interviewpartners:

5. Erfassungsbogen bedingungsbezogene Arbeitsanalyse

Wochentag/Datum:	Berufsbezeichnung:
Wohnbereich:	Anzahl der anwesenden Bewohner im Wohnbereich:
Dienstzeit:	Beobachter:
Besetzung laut Dienstplan:Fachkräfte/Hilfskräfte	

Vonbis..... Uhr

Uhrzeit	Tätigkeit	Zeit	Bemerkung

6. Leitfaden für die Experteninterviews

- Wie hoch würden Sie durchschnittlich die Anteile der folgenden Tätigkeiten (Kategorien) an der Gesamtarbeitszeit eines Tagdienstes einschätzen? (in Prozent)

Dienstübergabe

Grundpflege

Behandlungspflege

Mahlzeiten

Pflegedokumentation

Pflegeplanung

Absprachen extern (Ärzte, Betreuer, Angehörige)

Absprachen internen

Bewohnerzimmer (Ordnung und Sauberkeit)

Funktionsräume

Wohnbereichsküche

Pausen

Suchen von Personal und Material

Beschäftigung mit dem Bewohner

Wäsche

Bewohnerwünsche

Medikamente

Anmerkung für Interviewer: Dem Interviewpartner werden nun die Ergebnisse der bedingungsbezogenen Analyse vorgestellt.

- Bei Abweichungen ab 10%: woran könnte es liegen, dass Sie die Anteile subjektiv anders einschätzen?
- Der Anteil an Pflegeplanung in der Zeiterfassung in dem ganzen Erfassungszeitraum war durchschnittlich 0,45%. Welche Gründe vermuten Sie, warum der Anteil so gering ist?

- Die personenbezogene Analyse zeigt, dass die Mitarbeiter ihre Arbeitsbelastung teilweise sehr hoch einschätzen. Dem steht ein durchschnittlicher Anteil an Pausen von 16% gegenüber. Welche Ursachen vermuten Sie, dass die Mitarbeiter die Belastung so hoch einschätzen?
- Welche Möglichkeiten haben die Mitarbeiter, Verbesserungsvorschläge zur Organisation der Arbeit und zur Reduzierung der Arbeitsbelastung einzubringen? Nutzen die Mitarbeiter diese Möglichkeiten?
- In der personenbezogenen Analyse zeigte sich, dass die Mitarbeiter zahlreiche Verbesserungsvorschläge zur Änderung an räumlichen Bedingungen geäußert haben. Zum Organisationsablauf und zur eigenen Person hingegen wurden nur wenige Ideen genannt. Welche Gründe vermuten Sie hinter dieser Tendenz?
- Häufig wurde geäußert, dass die personelle Besetzung nicht ausreicht. Welche Gründe vermuten Sie in dieser Einschätzung der Mitarbeiter? Wenn mehr Personal da wäre, wären die Mitarbeiter dann zufriedener?
- Die Mitarbeiter haben geäußert, dass sie wenig über die verschiedenen Bereiche der Einrichtung wissen und die interne Informationsweitergabe als unzureichend empfinden. Wie schätzen Sie die Situation ein? Stellen Sie Auswirkungen von mangelnder Informationsweitergabe im haus fest?
- Pflegefachkräfte haben geäußert, dass sie eine hohe Verantwortung wahrnehmen und „den Kopf hinhalten müssen“, wenn Fehler gemacht werden. Die Fachkräfte übernehmen jedoch häufig Aufgaben der Hilfskräfte (z. B. Staub wischen, aufräumen). Welche Ursachen vermuten Sie hierfür?
- Weitere Anmerkungen/Ergänzungen des Interviewpartners

Lebenslauf

Name: Annett Junk

Geburtsname: Thomalla

Geboren: 12.02.1975 in Erfurt

Abschluss: 1999 Diplom Erziehungswissenschaften an der Pädagogischen Hochschule in Erfurt

Weiterbildungen: 2002 Qualitätsmanagerin (TÜV)
2003 Qualitätsauditorin (TÜV)

Verlauf:

08/1993 – 05/1994	Tätigkeit in einer Camphill-Gemeinschaft für geistig behinderte Erwachsene in Newnham (England)
10/1994 – 06/1999	Studium Erziehungswissenschaften an der Pädagogischen Hochschule in Erfurt
Seit 04/2001	Anstellung als Qualitätsmanagerin der AWO Thüringen

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts habe ich Unterstützungsleistung von folgenden Personen erhalten:

- Prof. Dr. Manfred Eckert: Betreuung bei Themenfindung und bei Erarbeitung der Dissertation
- Johannes Jelich: Unterstützung bei der computergestützten Datenauswertung der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse
- Christian Bartsch: im Rahmen seines Praktikums führen und transkribieren von Interviews, begleiten der Pflegekräfte und Zeiterfassung der Tätigkeiten
- Enrico Kiele: im Rahmen seines Praktikums führen und transkribieren von Interviews, begleiten der Pflegekräfte und Zeiterfassung der Tätigkeiten
- Katrin Lienert: im Rahmen ihres Praktikums Korrekturlesen.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit oder Teile davon wurden bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde als Dissertation vorgelegt. Ferner erkläre ich, dass ich nicht bereits eine gleichartige Doktorprüfung an einer Hochschule endgültig nicht bestanden habe.

Erfurt, den _____

Annett Junk