



**Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen
im Krankenhaus und Altenheim (GAbi)
Abschlussbericht**

Modellvorhaben im Rahmen des Förderschwerpunktes 2006
„Altersgerechte Arbeitsbedingungen“
des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen

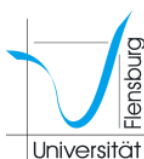
gefördert vom



fachlich begleitet durch



in Kooperation zwischen der Universität Flensburg, Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie und der Evangelisch-Lutherischen Diakonissenanstalt (DIAKO) zu Flensburg



Die vorliegende Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zum Projekt „Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Altenheim (GAbi)“ im Förderschwerpunkt 2006 „Altersgerechte Arbeitsbedingungen“. Das Projekt wurde im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert und durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) fachlich begleitet.

Projekt: „Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Altenheim (GAbi)“

Autor: Prof. Dr. Heiner Dunkel
Universität Flensburg
Internationales Institut für Management
Munketoft 3b, D-24973 Flensburg
dunkel@uni-flensburg.de

Erscheinungs-
Datum: 31.07.2010

Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Nöldnerstraße 40-42
10317 Berlin

Kurzreferat Abstract

1	Einleitung	7
1.1	Der demografische Wandel in der Gesellschaft	7
1.2	Der demografische Wandel in der Wirtschaft und den Betrieben	9
1.3	Ältere Belegschaften und ihre Leistungsfähigkeit	11
1.4	Fazit	14
2	Projektbeschreibung und Methode	15
2.1	Das Projekt	15
2.2	Projektziele und Arbeitspakete	16
2.3	Die Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg	20
2.4	Projektmethodik	21
2.4.1	Projektvorlauf	21
2.4.2	Bestandsaufnahme	22
2.4.3	Umsetzung: Workshops und Maßnahmen	26
2.4.4	Evaluation	27
2.4.5	Transfer und Öffentlichkeitsarbeit	27
3	Ergebnisse	29
3.1	Bestandsaufnahme	29
3.1.1	Altersstrukturanalyse	29
3.1.2	Beschäftigtenbefragung	30
3.1.3	Interviews betrieblicher Expert(inn)en	46
3.1.4	Tätigkeitsbeobachtungen	49
3.1.5	Analyse der Pflegehilfsmittel	56
3.1.6	Lärmquellenanalyse	60
3.1.7	Fazit	61
3.2	Umsetzung: Workshops und Maßnahmen	63
3.2.1	Workshops zum Abbau von Belastungen und alltäglichen Behinderungen („Stolpersteine“)	69
3.2.2	Workshops „Stress lass nach“	70
3.2.3	Workshops zum Anerkennenden Erfahrungsaustausch	70
3.2.4	Workshop zur Vermeidung von Rückenbeschwerden	72
3.2.5	Workshop „Schluss mit dem Lärm“	74
3.3	Evaluation	75
3.3.1	Längsschnittanalyse: Beschäftigtenbefragung zu zwei Zeitpunkten	75
3.3.2	Evaluation klinikspezifischer Berichte	76
3.3.3	Workshopevaluation	77
3.3.4	Evaluation der Implementierung und Sicherung der Nachhaltigkeit	78
3.3.5	Prozessbegleitung	78
3.4	Transfer und Öffentlichkeitsarbeit	79
3.4.1	GAbi-E-Learning-Tool	80

4	Zusammenfassende Bewertung des Projekts	81
4.1	Projektziele: Zentrale Ergebnisse und Zielerreichung	81
4.1.1	Situationsbeschreibung	81
4.1.2	Qualifizierung der Beschäftigten	82
4.1.3	Beteiligungsorientierte Entwicklung konkreter Maßnahmen einer altersgerechten Arbeitsgestaltung	82
4.1.4	Umsetzung der entwickelten Gestaltungsmaßnahmen	83
4.1.5	Evaluation	84
4.1.6	Erstellung eines Praxisleitfadens zur altersgerechten Arbeitsgestaltung in Krankenhaus und Altenheim	84
4.1.7	Systematische Aufbereitung und Veröffentlichung der Ergebnisse	84
4.1.8	Bezug zu den förderpolitischen Zielen des Modellprogramms	84
4.2	Rahmenbedingungen	86
4.2.1	Förderliche Bedingungen	86
4.2.2	Hinderliche Bedingungen	86
4.3	Empfehlungen und Ausblick	88
4.3.1	Den demografischen Wandel gestalten	88
4.3.2	Entscheidungsspielräume schaffen	89
4.3.3	Belastungen abbauen	90
4.3.4	Arbeitszeit gestalten	93
4.3.5	Rückenbeschwerden mindern	94
4.3.6	Körperliche und geistige Fitness und Gesundheit erhalten	95
5	Literatur	97
6	Anhang	102
7	Zusammenfassende Darstellung des Projekts	103

Kurzreferat

Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Altenheim (GAbi)

Das vorliegende Modellvorhaben wurde im Förderschwerpunkt 2006 „Altersgerechte Arbeitsbedingungen“ im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördert und durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) fachlich begleitet. Das Projekt lief von Oktober 2006 bis Mai 2010.

Ziel des Projekts war die Analyse und Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Pflegeheimen. Mit dem Projekt sollten sowohl konkrete Maßnahmen zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in der Evangelisch-Lutherischen Diakonissenanstalt zu Flensburg (kurz: Diako) erarbeitet werden als auch Instrumente (z. B. E-Learning-Tool) und Ergebnisse bereitgestellt werden, die in anderen Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens genutzt werden können.

Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurden verschiedene Methoden erprobt: Experteninterviews (n=20), ausführliche Befragungen der Beschäftigten mit standardisierten Fragebögen in den Jahren 2007 (n=880) und 2009 (n=571) sowie ausführliche Tätigkeitsbeobachtungen am Arbeitsplatz (n=68). Bei der Entwicklung von Maßnahmen wurden 18 ein- und mehrtägige Workshops mit insgesamt mehr als 150 Beschäftigten durchgeführt.

Durch das Projekt konnte am Beispiel der Diako ein umfassender und detaillierter Überblick über die Arbeitssituation in Krankenhäusern und Altenheimen gewonnen werden. Es zeigte sich, dass im Krankenhaus und in den Altenheimen erhebliche Belastungen – insbesondere Zeitdruck, ständige Unterbrechungen und Erschwerungen der Arbeit, körperliche Belastungen (insbesondere Rückenbeschwerden), aber auch Lärmbelastungen – vorliegen, deren Verringerung für alle Berufsgruppen angezeigt ist.

Als weiteres zentrales Ergebnis kann festgehalten werden, dass es kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen in der Wahrnehmung und Bewertung der Arbeitssituation und in ihrem psychosozialen Befinden gibt.

Mit dem Projekt ist es nicht nur gelungen, die Arbeits- und Belastungssituation in Krankenhaus und Altenheimen differenzierter darzustellen, sondern auch Maßnahmen mit den Beschäftigten in den Workshops zu erarbeiten und zu benennen (z. B. Abbau von Belastungen, Verminderung der Rückenproblematik, Veränderung der Arbeitszeit), um diese Situation für alle Beschäftigten und damit auch für die älteren Beschäftigten zu verbessern. Um die Maßnahmen nachhaltig in einem Unternehmen zu verankern, ist ein systematisches Gesundheits- und Demografiemanagement erforderlich, das unter dem Aspekt der Alternsgerechtigkeit frühzeitig dahin wirken sollte, das sogenannte arbeitsinduzierte Voraltern zu vermeiden, d. h. diejenigen Arbeitsbedingungen, die die Gesundheit gefährden und die Entwicklung der Persönlichkeit beeinträchtigen und damit eine Person vorzeitig altern lassen, zu verändern.

Schlagwörter:

Altersgerechte Arbeitsgestaltung, Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter, Leistungsunterschiede, Krankenhaus, Krankenpflege, Altenpflege, Gesundheitsschutz.

Abstract

Designing age-appropriate working conditions in hospital and nursing home

The present model project was supported within the model programme for preventing occupational diseases by the “Bundesministerium für Arbeit und Soziales” (Federal Ministry of Labour and Social Affairs) and the 2006 focus on “age-appropriate working conditions” accompanied with expertise by the “Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin” (Federal Institute for Occupational Safety and Health).

The aim of the project was the analysis and design of age-appropriate working conditions in hospitals and nursing homes. The intention was to develop concrete measures for the design of working conditions for elderly employees in the “Evangelisch-Lutherischen Diakonissenanstalt” (in short: Diako) in Flensburg as well as the development of tools (e.g. E-Learning-Tool) and results which can be used in other organisations of the social and health system.

During the analysis different methods were tested: expert interviews (n=20), detailed survey of employees with standardized questionnaires in the years 2007 (n=880) and 2009 (n=571) as well as extensive job analyses (n=68). During the development of measures 18 one- and multi-day workshops with more than 150 employees were executed.

Due to the project using the example of the “Diako” a comprehensive and detailed overview of the work situation in hospitals and nursing homes could be gained. It turned out that in hospitals and nursing homes considerable job stressors – especially time pressure, permanent interruptions and hindrances of work, physical stress (in particular back pain) and also noise exposure – are existent whose decrease is required for all occupational groups.

One central result of the project is that there are nearly no differences between the age groups in perception and appraisal of the working conditions and their psychosocial condition.

The project could describe working conditions in hospitals and nursing homes in detail. Together with the employees measures (e.g. reducing job stress and problems with the back, change of working time) were worked out to improve the situation for all of the employees and therewith as well for the elderly ones. To embed the measures sustainably within the organisation a systematic health and demographic management is required. One main task in this area is to prevent the so called pre-aging induced by work, this means changing those working conditions which affect health and development of personality and let age a person ahead of time.

Key words:

designing age-appropriate working conditions, performance of elderly employees, differences in performance, hospital, nursing practice, care for the elderly, health protection.

1 Einleitung

1.1 Der demografische Wandel in der Gesellschaft

Der demografische Wandel wird schon seit einiger Zeit in Wissenschaft und Politik diskutiert und kann als eine der sichersten Prognosen für die Zukunft gelten, da die wesentlichen Einflussfaktoren und Fakten bereits feststehen und ihre Gültigkeit sich kaum noch verändern wird. Der demografische Wandel ist also schon heute gesellschaftliche Realität, wird aber erstaunlicherweise in der Bevölkerung und in vielen Betrieben noch nicht hinreichend zur Kenntnis genommen.

Von wesentlicher Bedeutung ist, dass der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung stetig zunimmt, während der Anteil der Jüngeren sinkt. Lehr (2007, S. 30) spricht von der „ergrauenden Welt“. Ursache ist zum einen der Anstieg der Lebenserwartung und zum anderen der Rückgang der Geburtenrate. Modifiziert wird diese Veränderung der Bevölkerungsstruktur durch die Zu- und Abwanderung.

Anstieg der Lebenserwartung

Am deutlichsten kann man die Veränderung der Bevölkerungsstruktur an der Veränderung des „Lebensbaumes“ erkennen (vgl. Abb. 1). Aus der „Pyramide“ im Jahr 1910 wird im Jahr 2040 eine „Birne“.

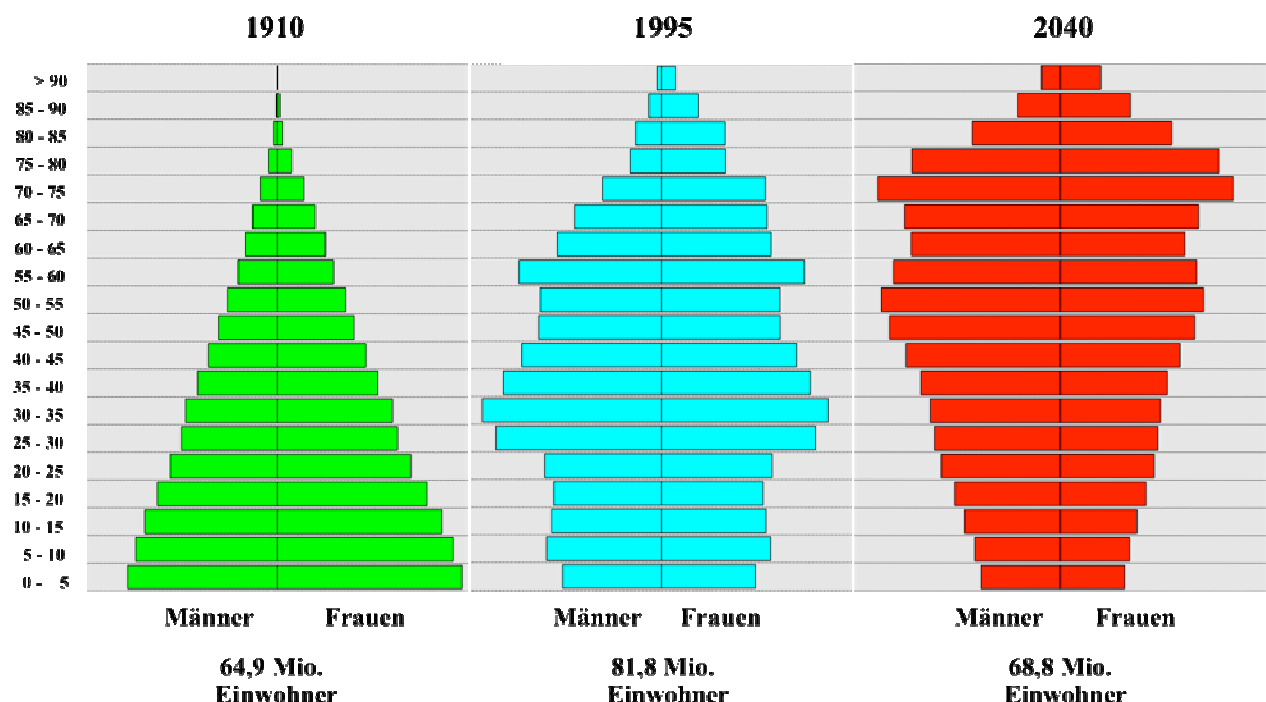


Abb. 1: Veränderung des Lebensbaumes in Deutschland von 1910 bis 2040 (Quelle: Statistisches Bundesamt, zit. nach Lehr, 2007, S. 31)

Für das Jahr 2040 rechnet man damit, dass mehr als ein Drittel der Bevölkerung 60 Jahre und älter sein wird, wobei der Anteil der Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung deutlich größer sein wird als der Anteil der Männer.

Beeindruckend ist, wie sich der Anteil der über 80-Jährigen an der Bevölkerung nicht nur in Deutschland verändert und verändern wird. Während im Jahr 2000 in Deutschland der Anteil der 80-Jährigen bei 3,6 Prozent lag, wird dieser im Jahr 2050 voraussichtlich 13,2 Prozent betragen. Und schließlich werden im Jahr 2050 über 2 Millionen Menschen über 90 Jahre und über 100.000 Menschen älter als 100 Jahre alt sein. Dies hat nicht nur erhebliche Konsequenzen für die Gesellschaft zur Folge, sondern auch für das Gesundheitswesen, das sich in Versorgung und Pflege auf zunehmend ältere Patient(inn)en einstellen muss.

Rückgang der Geburtenrate

In der Zeit zwischen 1950 und 1970 lag die Geburtenrate pro Frau in Deutschland noch bei 2,0 Kindern und darüber, seit etwa 1975 ist die Geburtenrate deutlich unter 1,5 gesunken. Derzeit kommen in Deutschland auf eine Frau etwa 1,3 Geburten. Auch wenn die Gründe für die geringen Geburtenzahlen sicherlich vielschichtig¹ sind, so muss davon ausgegangen werden, dass diese Geburtenrate nicht wesentlich und kurzfristig verändert werden kann. Aber selbst wenn es durch ein Bündel von Maßnahmen gelänge, die Geburtenrate pro Frau auf mindestens 2,0 Kinder zu steigern (was ziemlich unwahrscheinlich ist), wäre damit der Alterungsprozess der Gesellschaft nicht mehr zu stoppen. Der Grund ist, dass die nicht geborenen Kinder der letzten 30 bis 35 Jahre heute als (potenzielle) Eltern fehlen.

Sowohl die Zunahme der Lebenserwartung als auch der Rückgang der Geburtenrate sind auch in der Zukunft ziemlich sicher. Dabei überwiegt der Effekt des Rückganges der Geburtenrate den Effekt der Zunahme der Lebenserwartung mit der Folge, dass die deutsche Gesellschaft schrumpft. Die Frage ist, ob und inwieweit dieser Prozess durch Zu- und Abwanderungsprozesse noch verändert wird.

Zuwanderung

Ohne Zuwanderung wird die deutsche Bevölkerung voraussichtlich im Jahr 2050 nur noch 59 Millionen Menschen (gegenüber 82 Millionen in 2005) betragen (vgl. Langhoff, 2009). Um die derzeitige Bevölkerung im Jahr 2050 zu halten, bedürfte es einer Zuwanderung von etwa 300 Tausend Menschen pro Jahr, was allerdings nicht wahrscheinlich ist und die Integrationsfähigkeit der Gesellschaft sprengen würde (ebd.). Darüber hinaus würde auch durch die Zuwanderung von Menschen das Ergrauen der Gesellschaft nur bedingt vermindert, da nicht nur junge Menschen zuwandern würden.

Wenn man die Lebenserwartung, Geburtenrate und die wahrscheinliche Zuwanderung zusammennimmt, dann ist realistischerweise davon auszugehen, dass die Bevölkerung in Deutschland bis zum Jahr 2050 um ca. 20 Prozent – auf etwa 65 Millionen Menschen – schrumpfen wird (vgl. Langhoff, 2009, S. 12). Von diesen werden etwa 50 Millionen Menschen der autochthonen² Bevölkerung und etwa 15 Millionen Menschen als Zugewanderte zuzurechnen sein.

¹ Die Geburtenrate ist gewiss nicht nur von den finanziellen Rahmenbedingungen und gesellschaftlichen Unterstützungssystemen (z. B. Kindergartenplätze, Work-Life-Balance), sondern auch von den vielfältigen privaten und beruflichen Möglichkeiten, Spielräumen, aber auch Erfordernissen der Lebensgestaltung (z. B. Zwang zur Mobilität, Flexibilität) abhängig.

² Autochthon = einheimisch, alteingesessen

Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur und der Bevölkerungszahl hat nicht nur gravierende Konsequenzen für die sozialen Sicherungssysteme und für die Wachstumsrate des Volkseinkommens, sondern auch für die soziale Struktur der Gesellschaft. Lehr (2007, S. 43ff.) hat diese u. a. mit den folgenden Punkten beschrieben:

- Verhältnis zwischen den Generationen ändert sich (Zunahme der 4- und 5-Generationen-Familien).
- Ruheständler haben noch ein Viertel (häufig ein Drittel) ihres Lebens vor sich.
- Veränderungen der Lebenserwartung und die typischen Berufsverläufe passen nicht mehr zusammen, d. h. obwohl die Menschen deutlich älter werden und dabei im Vergleich zu den vorherigen Generationen gesünder sind, scheiden die meisten Berufstätigen mit knapp 60 Jahren aus dem Erwerbsleben aus.

1.2 Der demografische Wandel in der Wirtschaft und den Betrieben

Der demografische Wandel in der Gesellschaft hat unmittelbare Folgen auch für die Erwerbsbevölkerung – diese schrumpft dramatisch. Zwischen 2000 und 2040 ist in Deutschland ein Verlust von 40 Prozent der Erwerbspersonen zu erwarten (vgl. Langhoff, 2009, S. 28) – von etwas mehr als 40 Millionen Erwerbspersonen auf ca. 25 Millionen Erwerbspersonen. Gleichzeitig wird der Anteil der 50- und 60-Jährigen am Erwerbspersonenpotenzial voraussichtlich deutlich ansteigen (vgl. Lehr, 2007, S. 210f.) und ansteigen müssen (vgl. Ilmarinen, 2004, S. 32), während der Anteil der jüngeren Erwerbspersonen sich weiter verringern wird.

Entsprechend der Erwerbsbevölkerung altern natürlich auch die Belegschaften. So ist in vielen Unternehmen schon jetzt festzustellen, dass die am stärksten vertretene Altersgruppe die 40- bis 50-Jährigen sind. Damit wird im Verlauf der nächsten 10 Jahre die Gruppe der 50- bis 65-Jährigen zur stärksten Altersgruppe werden. Gleichzeitig wird es immer schwieriger werden, den Ersatzbedarf an Erwerbstätigen zu decken. Betriebe stehen also nicht nur vor dem Problem,

„wie mit solchen „alten“ Belegschaften gearbeitet werden kann, sondern auch wie weiter gearbeitet werden kann, wenn diese Alterskohorte einmal innerhalb von ca. 10 Jahren in die Rente wandert bzw. 50 % der Belegschaft wegbricht“ (Langhoff, 2009, S. 56).

Viele Betriebe sind auf diese Situation kaum vorbereitet, da sie in den letzten 15 Jahren extensiv von der Möglichkeit des Vorruhestandes Gebrauch gemacht haben und nur wenig in die Älteren investiert haben.

Der demografische Wandel im Gesundheitswesen

In Unternehmen des Gesundheitswesens stellt sich die Situation ähnlich dar wie in anderen Betrieben, allerdings in bestimmten Bereichen und bestimmter Weise auch verschärft.

Zunächst wirkt sich die demografische Entwicklung auch im Gesundheitswesen so aus, dass spätestens 2020, wenn die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge aus dem Berufsleben ausscheiden, die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen spürbar sinken wird. Zwar hat sich in den letzten 10 Jahren die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um durchschnittlich 6,4 Prozent erhöht, gleichzeitig lässt

sich in dem gleichen Zeitraum eine deutliche Alterung feststellen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, 114f.). So stieg nach Angaben des genannten Sachverständigenrates über alle Berufsgruppen hinweg der Anteil der Personen, die 50 Jahre und älter sind, unter allen Beschäftigten im Gesundheitswesen von 18,3 Prozent im Jahr 1997 auf 24,8 Prozent im Jahr 2007. Gleichzeitig stellt sich auch im Gesundheitsbereich das Problem, dass die zu erwartenden Verrentungen nicht durch jüngere Beschäftigte ersetzt werden können. Je nach Berechnung fehlen zwischen 20 und 30 Prozent jüngerer Beschäftigter in den ärztlichen und pflegerischen Berufen (ebd., S. 116)³.

Für den Gesundheitsbereich ist nun in besonderem Maße kennzeichnend, dass die absehbare demografische Entwicklung mit einer merkbaren Alterung der Gesellschaft und einem deutlichen Anwachsen über 80-Jähriger (siehe oben) zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führt – bei verringertem Personalpotenzial. Gleichzeitig treten bei den zunehmend älteren Patient(inn)en Krankheitszustände auf, die zu höheren altersspezifischen medizinischen und pflegerischen Anforderungen führen:

„Hierzu gehören das Phänomen der Multimorbidität und die Polypharmazie alter, mehrfach erkrankter Menschen sowie die Pflegebedürftigkeit. Die Zahl älterer und alter Patienten mit Mehrfacherkrankungen nimmt in allen Versorgungsbereichen zu. Multimorbidität ist mehr als die Summe einzelner Erkrankungen und geht im höheren Lebensalter häufig mit Inkontinenz, kognitiven Defiziten, Immobilität, Sturzgefährdung und Schmerzen einher“ (Sachverständigenrat, 2009, S. 41).

Die Situation im Gesundheitswesen ist insofern verschärft, da eine immer ältere Belegschaft immer ältere und besonders (pflege-)bedürftige Patienten versorgen muss. Die Anforderungen an die Beschäftigten im Gesundheitswesen werden demnach merklich steigen und verlangen z. B. neue Konzepte für die Nachtarbeit, da eine Pflegekraft pro Station nicht mehr ausreichen wird, multimorbide Patient(inn)en zu versorgen.

Zudem stellt sich im Pflegebereich das Problem, dass gerade in diesem Beruf die Verweildauer vermeintlich gering und der Wunsch, aus dem Beruf auszusteigen, besonders groß ist (vgl. Hasselhorn u. a., 2005).

In der großen, von der EU geförderten Studie NEXT („Nurses Early Exit Study“) wurden im Zeitraum von 2002 bis 2005 länderübergreifend die Arbeitsbedingungen und Arbeitsmotivation in der Pflege untersucht und der Frage nachgegangen, warum Pflegekräfte frühzeitiger als andere Berufsgruppen aus dem Beruf ausscheiden (vgl. Hasselhorn u. a., 2005). Zunächst zeigte sich, dass in allen untersuchten europäischen Ländern (Polen, Niederlande, Deutschland, Slowakei, Schweden, Belgien, Frankreich, Italien, Großbritannien, Finnland) ein deutlicher Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal vorliegt, der durch den erhöhten Bedarf an Pflege, den Anteil von (aktiven) Pflegekräften in der Erwerbsbevölkerung und den finanziellen Mitteln für die Pflege und die Pflegeberufe bestimmt wird.

Die Studie ergab darüber hinaus, dass in Deutschland immerhin knapp 20 Prozent des Pflegepersonals mehrfach im Jahr erwägen, den Beruf zu verlassen. Dabei spielen das Geschlecht, das Alter, die Art der Institution, die Qualifikation, die Dauer der

³ Dies gilt allerdings nicht für den Altenpflegebereich.

Berufszugehörigkeit, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit sowie die Erschöpfung („Burnout“) eine wesentliche Rolle. Für das „Alter“ war interessant, dass jüngere Beschäftigte häufiger als ältere Beschäftigte den Wunsch hegen, aus dem Beruf auszusteigen (vgl. ebd., S. 140).

In einer weiteren – auch für das Projekt GAbi – interessanten Auswertung konnten Hasselhorn u. a. (2008) zeigen, dass die „Ausstiegsmotivation“ in bedeutender Weise von Merkmalen der Arbeit (insbesondere psychische Belastungen und Entscheidungsspielraum/Einfluss bei der Arbeit) abhängig ist. Mit diesem Ergebnis ist auch ein wesentlicher Ansatzpunkt genannt, das dringend benötigte Pflegepersonal zu halten, nämlich die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und des Arbeitsinhalts. Zu berücksichtigen sind dabei auch weitere Ergebnisse der Studie, nämlich die Bedeutung der körperlichen Belastungen, eine den Wünschen der Beschäftigten angemessene Schichtplangestaltung sowie eine befriedigende Belohnung und Anerkennung der Leistungen des Pflegepersonals (vgl. Hasselhorn u. a., 2005).

Auch wenn die Ausstiegsmotivation des Pflegepersonals in Deutschland tendenziell höher ist als in anderen europäischen Ländern, bedeutet dies noch nicht, dass das Personal auch tatsächlich ausscheidet. Neuere Studien (z. B. Behrens, Horbach & Müller, 2009) zeigen nämlich, dass es bei dem qualifizierten Pflegepersonal – auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen – kein Verweildauer-Problem gibt. Entgegen der allfälligen Meinung, dass examinierte Pflegekräfte ihren Beruf früher aufgeben, zeigte sich bei Behrens, Horbach und Müller (2009), dass Krankenpfleger(innen) tendenziell länger in ihrem Beruf verbleiben und nach einer Unterbrechung (z. B. Familienphase) auch schneller wieder in den Pflegeberuf zurückkehren. Dies gilt allerdings nicht für Krankenpflegehelfer(innen), die in der Tat deutlich früher aus dem Beruf ausscheiden. Hier zeigt sich einmal mehr, dass mit einer unzureichenden Berufsausbildung nicht nur das Risiko der Arbeitslosigkeit steigt, sondern auch die Wahrscheinlichkeit die Ausübung eines Berufes zu beenden oder in einen anderen zu wechseln.

Alten- und Sozialpflegekräfte haben eine gewisse Zwischenstellung (vgl. auch Schmid & Larsen, 2009). Auch sie haben eine deutlich höhere Verweildauer im Beruf als gemeinhin angenommen, allerdings nicht in dem Maße wie dieses bei Krankenpfleger(innen) zu verzeichnen ist.

Für Unternehmen (des Gesundheitswesens) bedeuten diese Ergebnisse, nicht nur bei der Gestaltung der Arbeit besondere Anstrengungen zu unternehmen, um das Personal zu halten, sondern auch in besonderem Maße in die berufliche Qualifizierung der Krankenpflegehelfer(innen) und der Alten- und Sozialpflegekräfte zu investieren. Dies ist schon deshalb erforderlich, weil die Arbeit in allen Bereichen der Pflege so organisiert werden muss, dass das Pflegepersonal länger als bisher im Beruf verbleibt (verbleiben kann), da der Anteil der erwerbsfähigen Jahrgänge an der Gesamtbevölkerung immer mehr abnimmt (Behrens, Horbach & Müller, 2009, S. 69).

1.3 Ältere Belegschaften und ihre Leistungsfähigkeit

Es ist mittlerweile offensichtlich und unstrittig, dass Unternehmen in Zukunft mit älteren und alten Belegschaften arbeiten müssen. Dies mag auf den ersten Blick Besorgnis erregend sein, da die meisten Unternehmen hierauf noch nicht eingestellt sind und die Befürchtung vorhanden ist, dass aufgrund der (antizipierten) mangelnden

Leistungsfähigkeit Älterer⁴ die Leistungsfähigkeit und Produktivität des Unternehmens nicht zu halten seien. Diese Befürchtung ist insofern nicht verwunderlich, da sich auch in der Wissenschaft lange das Defizitmodell des Alterns (vgl. z. B. Lehr, 2007) gehalten hat, nachdem Altern durch eine stetig fortschreitende Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit verbunden sei. Mit diesem Defizitmodell ist dann oftmals auch eine sich selbst erfüllende Prophezeiung verbunden, die bei Älteren zu entsprechenden Verzichts- und Rückzugshaltungen bzw. leistungshemmenden Überzeugungen und Erklärungen und bei Jüngeren zu Ausgrenzungen und Zurückweisungen Älterer führt (vgl. Hacker, 2004; Lehr, 2007).

Entgegen dieser Befürchtung ist zunächst einmal festzuhalten: Wenn man die berufliche Gesamtleistung betrachtet, dann gibt es – mit einigen wenigen Ausnahmen – praktisch keinen Unterschied zwischen jüngeren und älteren Beschäftigten (vgl. Lehr, 2007; Langhoff, 2009). Ältere Beschäftigte sind nicht leistungsgemindert, sondern leistungsgewandelt. Leistungseinbußen im körperlichen⁵ und geistigen⁶ Bereich werden durch Erfahrung und Expertise ausgeglichen (vgl. auch Semmer & Richter, 2004).

Und dort, wo die Leistungsfähigkeit nachweislich abnimmt, lassen sich diese Einbußen in der Regel durch entsprechende Arbeitsmittel (z. B. Hebewerkzeuge, Veränderung der Schriftgrößen) oder durch regelmäßige sportliche Betätigung (vgl. Ilmarinen, 2004) gut kompensieren oder aber sie spielen bei den meisten Tätigkeiten kaum eine Rolle, da die entsprechenden körperlichen Leistungen gar nicht gefordert sind oder aber, weil sich deutliche Leistungseinbußen erst im achten und neunten Lebensjahrzehnt feststellen lassen (dies gilt insbesondere für den geistigen Bereich). Trotzdem gilt, dass die körperliche Belastung mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen abnehmen sollte wie auch die Anforderungen an Schnellkraft und Koordination von Bewegungen (vgl. auch die Liste „alternskritischer Gefährdungen und Belastungen“ bei Langhoff, 2009, S. 143).

Es ist festzuhalten, dass es „den“ älteren Beschäftigten nicht gibt. Viele Studien haben gezeigt, dass mit zunehmendem Alter die Leistungen stärker streuen (Rowe & Kahn, 1998; Warr, 2001). Das bedeutet, dass es viele ältere Beschäftigte gibt, deren Leistungen noch ausgezeichnet sind und den Leistungen Jüngerer durchaus sogar überlegen sein können, aber auch dass es viele ältere Beschäftigte gibt, deren Leistungen geringer sind. Ursachen für diese Unterschiede finden sich in der (Schul-) Bildung, dem Gesundheitszustand, der Motivation, insbesondere aber auch durch das sogenannte „arbeitsinduzierte Voraltern“ (Hacker, 2004; vgl. auch Ilmarinen, 2004; Lehr, 2007). Mit arbeitsinduziertem Voraltern meint Hacker diejenigen Arbeitsbedingungen, die die Gesundheit gefährden und die Entwicklung der Persön-

⁴ Hacker (2004) weist darauf hin, dass nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „ältere“ Menschen zwischen 60 und 75 Jahre und „alte“ Menschen zwischen 76 und 89 Jahre sind. Im Sinne der WHO behandeln wir hier Menschen im Grenzbereich zwischen „alternden“ (45 bis 59 Jahre) und „älteren“ Menschen.

⁵ Zu nennen sind z. B. das Lungenvolumen, die Leistungsfähigkeit des Stütz- und Bewegungsapparates, die Körperkraft, aber auch Schnelligkeit, Genauigkeit und Koordination von Bewegungen, das Seh- und Hörvermögen (vgl. Ilmarinen, 2004; Langhoff, 2009; Semmer & Richter, 2004).

⁶ Hier geht es um grundlegende Funktionen der Informationsverarbeitung wie z. B. die herabgesetzte Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, beeinträchtigte Aufmerksamkeitsprozesse, verminderte Gedächtnisfunktionen (z. B. kurzzeitiges Behalten von Details) oder Beeinträchtigungen des Lernens (z. B. benötigen ältere Beschäftigte mehr Zeit und Übung).

lichkeit beeinträchtigen⁷ und damit eine Person vorzeitig altern lassen. Im Umkehrschluss gibt es natürlich auch gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Arbeitsbedingungen, die Leistungseinbußen verzögern oder abmildern und die Motivation begünstigen können. Damit kommt der Analyse und Gestaltung dieser Arbeitsbedingungen eine wichtige Rolle zu (vgl. auch Langhoff, 2009, S. 129).

Hier setzt das Projekt GAbi u. a. an, denn ein wesentliches Ziel ist es, insbesondere Krankenhäusern und Altenheimen Instrumente an die Hand zu geben, mit denen arbeitsinduziertes Voraltern erkannt und verändert werden kann. In diesem Sinne geht es in dem Projekt GAbi nicht nur um die altersgerechte, sondern auch um eine alternsgerechte Arbeitsgestaltung.

Darüber hinaus ist bei dem Vergleich Jüngerer und Älterer zu berücksichtigen, dass diese sich nicht nur durch das Alter unterscheiden, sie gehören auch – so der Fachbegriff – unterschiedlichen Kohorten an. Gemeint ist hiermit, dass die Älteren z. B. eine andere (schlechtere?) Schulausbildung hatten und unter anderen Lebensumständen (z. B. Kriegs- und Nachkriegszeit) und Belastungen leben mussten, was ebenfalls Unterschiede in der Leistung erklären kann. D. h. nicht alle Unterschiede in der Leistung zwischen Älteren und Jüngeren lassen sich auf das Alter zurückführen.

Einen Sonderfall nimmt die Bewältigung von Nacht- und Schichtarbeit für ältere Beschäftigte ein. Es kann als relativ gesichert gelten, dass die Anpassungsfähigkeit älterer Beschäftigter an Schichtarbeit sinkt und der Erholungsbedarf steigt. Neben der Verlängerung der Erhol- und Ruhezeiten ist es bei der Gestaltung der Schichtarbeit (nicht nur) für ältere Beschäftigte wichtig, kurzyklische, vorwärts rotierende Systeme (Frühschicht, Spätschicht, Nachtschicht) zu realisieren, die für die Beschäftigten längerfristig vorhersehbar sind, damit diese sich körperlich und sozial darauf einstellen können (vgl. auch Langhoff, 2009).

Leistungsvorteile Älterer

Gemeinhin verbindet man mit älteren und qualifizierten Beschäftigten besondere Stärken in Bereichen wie Erfahrungswissen, Expertise, Qualitätsbewusstsein, Loyalität, Wissen und Kenntnisse (vgl. auch Langhoff, 2009, S. 39; Semmer & Richter, 2004; Lehr, 2007, S. 216ff.).

In der Tat zeigt sich in verschiedenen Untersuchungen, dass Ältere ein größeres berufliches Engagement zeigen, über bessere soziale Kompetenzen und einen größeren Überblick verfügen und in bestimmten Bereichen „Expertenwissen“ erworben haben, das man bei Jüngeren (noch) nicht finden kann (Lehr, 2007).

In welcher Weise dieses Erfahrungs- und Expertenwissen die genannten Leistungseinbußen kompensieren kann, haben z. B. Semmer und Richter (2004, S. 101ff.) an Beispielen deutlich gemacht. Generell zeigen sie, dass sich der erfahrene Beschäftigte nicht dadurch auszeichnet, dass er schneller, sondern dass er effizienter arbeitet (vgl. auch Hacker, 1998). Der erfahrene Beschäftigte plant sein Vorgehen besser und er (er-)kennt mögliche Störungen im Arbeitsablauf früher und besser und kann so auf diese vorausschauend (re-)agieren. Störungen werden so vermieden und viele der für Ältere schwieriger zu bewältigenden Belastungen, wie z. B. schnelles Reagieren unter Zeitdruck, treten somit gar nicht auf.

⁷ Dies geschieht u. a. dadurch, dass Beschäftigte durch anspruchslöse Tätigkeiten ihre Qualifikationen und Fähigkeiten verlieren, insbesondere auch die Fähigkeit in Zukunft anforderungsreiche Tätigkeiten zu bewältigen.

Schließlich ist für Unternehmen ein nicht zu unterschätzender Vorteil, dass Ältere in der Regel loyaler gegenüber „ihrem“ Unternehmen sind und sich diesem stärker verbunden fühlen. Dies hat wiederum zur Folge, dass ältere Beschäftigte mehr mitdenken, sich mehr einsetzen und auch Dinge im Blick haben, die über die eigentliche Tätigkeit hinausgehen. Dies funktioniert allerdings nur, wenn Unternehmen ihrerseits den (älteren) Beschäftigten mit Loyalität und Wertschätzung begegnen.

1.4 Fazit

Es kann festgehalten werden, dass es in der Regel keinen Zusammenhang zwischen dem (kalendarischen) Alter und der Produktivität gibt. Nur bei Arbeitstätigkeiten, die schnelles Reagieren, schnelle Informationsaufnahme oder komplexe Sinnesleistungen verlangen, ohne dass diese durch Erfahrung und Arbeitsstrategien kompensiert werden können, könnte das Alter von Bedeutung sein (z. B. schnell aus einer Vielzahl von Signalen das relevante auswählen und darauf zu reagieren), aber nicht zwangsläufig, denn die Unterschiede zwischen den Beschäftigten (auch gleichen Alters) sind erheblich.

Die genannten möglichen Leistungseinbußen lassen sich sowohl durch Arbeitsgestaltung als auch durch Trainingsmaßnahmen kompensieren, auf jeden Fall jedoch deutlich verzögern und vermindern. Vor allem gilt hierbei, dass Maßnahmen auf einzelne Personen(-gruppen) zugeschnitten werden müssen, da es große interindividuelle Unterschiede gibt, die mit dem Alter überdies zunehmen. Neben Maßnahmen der Arbeitsgestaltung sind Bildung und körperliche Fitness wesentliche Aspekte, um dem Voraltern entgegen zu wirken. Auch hier können Unternehmen Einiges tun. Durch anspruchsvolle Aufgaben werden intellektuelle Leistungen beeinflusst und den Beschäftigten – unter anderem durch auf diese Aufgaben bezogenen Trainingsmaßnahmen – Möglichkeiten zum Erwerb berufs- und tätigkeitsspezifischer Kenntnisse und Fähigkeiten gegeben. Und schließlich können Unternehmen etwas für die körperliche Fitness ihrer Beschäftigten tun, indem sie entsprechende Programme und Zeit zur Nutzung dieser etablieren.

Zudem gilt, dass Unternehmen durch gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Arbeitsbedingungen nicht nur Leistungseinbußen verzögern oder abmildern und die Motivation begünstigen können, sondern auch einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten, unabhängig von deren Lebensalter, leisten können.

2 Projektbeschreibung und Methode

Im Vordergrund des Projekts GAbi stand die Analyse und Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Pflegeheimen. Neben dem Projekt GAbi wurden zwei weitere Projekte im Rahmen des Förderschwerpunktes 2006 „Altersgerechte Arbeitsbedingungen“⁸ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördert: Einmal das Projekt „LagO – Länger arbeiten in gesunden Organisationen“ (Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft – iso, Saarbrücken) und zum anderen das Projekt „MiaA – Menschen in altersgerechter Arbeitskultur“ (Institut für gesundheitliche Prävention – IFGP, Münster). Gemeinsamer Fokus aller drei Projekte waren typische kritische Belastungskonstellationen in Betrieben mit älteren oder altersgemischter Belegschaft, die modellhaft verändert werden sollten. Die erprobten und evaluierten Konzepte, Instrumente und Maßnahmen sollten dann für Transfer und Verbreitung anderen Organisationen und Unternehmen zur Verfügung gestellt werden.

2.1 Das Projekt

Ziel des Projekts GAbi war zunächst die Analyse und Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Pflegeheimen. Im Zuge des Projektes wurde der Fokus jedoch auf alter(n)sgerechte Arbeitsbedingungen verändert und erweitert, da sich zeigte (vgl. Kap. 3), dass kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen zu finden sind und insbesondere ältere Beschäftigte sich kaum in der Wahrnehmung und Bewertung der Arbeitssituation oder ihrem psychosozialen Befinden von jüngeren Beschäftigten unterscheiden.

Während sich die altersgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen auf ein bestimmtes Alter bezieht (z. B. Gestaltung der Arbeitsplätze der Beschäftigten über 55), wird durch die alternsgerechte Arbeitsgestaltung das gesamte Erwerbsleben in den Blick genommen. Es wurde somit der Ansatz verfolgt, möglichst frühzeitig belastende und fördernde Bedingungen zu identifizieren und zu verändern und damit dem arbeitsinduzierten Voraltern (Hacker, 1996, S. 184f.) entgegenzuwirken.

Mit dem Projektvorhaben wurden zwei grundsätzliche Zielrichtungen verfolgt. Zum einen sollten im Rahmen einer qualifizierenden Arbeitsgestaltung konkrete Maßnahmen zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg (kurz: Diako; vgl. auch Abschn. 2.3) erarbeitet werden. Zum anderen sollten die Ergebnisse so aufbereitet werden, dass die Instrumente und Ergebnisse auch in anderen Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens genutzt werden können. Dies soll nicht nur durch diesen Bericht und entsprechende Veröffentlichungen geschehen, sondern auch durch ein sogenanntes E-Learning-Tool⁹, das interessierten Beschäftigten und Entscheidungsträgern aus dem Sozial- und Gesundheitswesen ohne besondere arbeitspsychologische Vorkenntnisse erlaubt, Arbeitsbedingungen zu analysieren und altersgerecht zu gestalten.

⁸ Der Förderschwerpunkt wird fachlich begleitet durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Den Referentinnen Andrea Lohmann-Haislah und Rita Oldenbourg ist auch noch einmal an dieser Stelle für ihre Unterstützung und ihren Rat zu danken.

⁹ Das E-Learning-Tool findet sich im Literaturverzeichnis unter GAbi-E-Learning-Tool. Es ist über folgende URL zugänglich: <http://www.hsu-hh.de/ilias/> oder <http://elearn.uni-flensburg.de>, kann aber auch unter der angegebenen Adresse als CD bestellt werden.

Besonderes Gewicht sollte auf die Erprobung verschiedener Methoden gelegt werden, die einen Überblick über die im Krankenhaus und Altenheim vorhandenen spezifischen Belastungskonstellationen geben, Schwachstellen im Hinblick auf die Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze aufdecken und damit Maßnahmen zur Verbesserung einleiten können.

Konkrete Maßnahmen sollten in erster Linie in Workshops durch die Beschäftigten selbst erarbeitet werden. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass diese Workshops altersgemischt¹⁰ sind, um die Sichtweise der verschiedenen Beschäftigtengruppen, aber auch die Expertise der älteren Beschäftigten berücksichtigen zu können. Durch die Workshops sollte auch erreicht werden, dass die Beschäftigten ihre Qualifikation zur Analyse und Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen verbessern („qualifizierende Arbeitsgestaltung“). Durch die Beteiligung der Beschäftigten während der Analyse- und Umsetzungsphase sollten außerdem sogenannte Altersmythen¹¹ abgebaut werden.

Schließlich sollten die Maßnahmen in der Diako umgesetzt und ihre Umsetzung evaluiert werden.

2.2 Projektziele und Arbeitspakete

Vor dem Hintergrund der genannten grundsätzlichen Zielrichtungen ergaben sich für das Projekt folgende Ziele (vgl. auch Projektantrag S.4 f.):

1. Situationsbeschreibung

Erstes Ziel war eine gründliche Bestandsaufnahme mit verschiedenen erprobten Methoden, die einen Überblick über die im Krankenhaus bzw. Altenheim vorhandenen spezifischen Belastungskonstellationen geben, aber auch ganz konkrete Schwachstellen im Hinblick auf die Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze aufdecken sollten. Die Ergebnisse sollten zum einen eine Grundlage für die in der DIAKO zu entwickelnden Maßnahmen sein, zum anderen aber auch empirische Grundlage für die im Rahmen des Praxisleitfadens (bzw. des E-Learning-Tools) darzustellenden Arbeitstätigkeiten und ihre typischen Schwachstellen sein.

2. Qualifizierung der Beschäftigten im Hinblick auf die Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen und den Abbau von Altersmythen

Die Qualifizierung der Beschäftigten der DIAKO sollte sich durch alle Phasen des geplanten Vorhabens ziehen. Der Abbau der so genannten Altersmythen sollte insbesondere durch die fortlaufende Beschäftigung mit dem Thema gewährleistet werden. Die Qualifizierung in Hinblick auf Kriterien und mögliche Maßnahmen einer altersgerechten Arbeitsgestaltung sollten schwerpunktmäßig im Rahmen von Workshops zur qualifizierenden Arbeitsgestaltung stattfinden.

¹⁰ Das Alter variierte zwischen 25 und 60 Jahren. Die beiden größten Gruppen waren in der Regel die Gruppe der 35-44-Jährigen und die Gruppe der 45-54-Jährigen.

¹¹ Unter Altersmythen werden all diejenigen Annahmen verstanden, die Ältere letztlich als defizitäre Junge ansehen (vgl. Hacker, 2004).

3. Beteiligungsorientierte Entwicklung konkreter Maßnahmen einer altersgerechten Arbeitsgestaltung

Für die Entwicklung von Gestaltungsmaßnahmen sind die Beschäftigten auch in Hinblick auf eine altersgerechte Arbeitsgestaltung als Experten ihrer eigenen Arbeit zu verstehen. Maßnahmen sollten daher im Rahmen der Workshops zur qualifizierenden Arbeitsgestaltung in ausgewählten Gruppen gemeinsam erarbeitet werden. Auf den Einbezug älterer Mitarbeiter (55+) und ihrer Bedürfnisse und Potenziale sollte hierbei besonderer Wert gelegt werden. In den so entstehenden altersgemischten Gruppen sollten Altersunterschiede explizit berücksichtigt und die damit verbundene Diversität genutzt werden. Des Weiteren sollte auf eine Beteiligung der unterschiedlichen Berufsgruppen geachtet werden, so dass neben der altersübergreifenden Zusammenarbeit auch die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit gefördert und arbeitsorganisatorische Schnittstellen gemeinsam optimiert werden könnten.

4. Umsetzung der entwickelten Gestaltungsmaßnahmen

Die im Zuge der Workshops erarbeiteten Maßnahmen sollten erwartungsgemäß für eine altersgerechte Arbeitsgestaltung voraussichtlich sehr unterschiedlich ausgeprägt sein: sie könnten konkret einzelne Arbeitsplätze betreffen, auf ganze Abteilungen bzw. Stationen bezogen sein oder umfangreiche arbeitsorganisatorische Umgestaltungen erfordern. Die Umsetzung der Gestaltungsmaßnahmen sollte insbesondere in der Anfangsphase auf allen Ebenen durch das Projektteam der Universität Flensburg begleitet werden. Ziel war es dabei, einen fortlaufenden Prozess zu etablieren und auf diese Art und Weise belastungsarme und lernförderliche Arbeitsbedingungen vor allem für ältere Beschäftigte zu schaffen.

5. Evaluation

In der Evaluation sollte geprüft werden, ob sich durch den Prozess der qualifizierenden Arbeitsgestaltung tatsächlich Veränderungen in Hinblick auf die Qualifikation der Beschäftigten und in Bezug auf altersgerechte, d.h. belastungsarme und lernförderliche Arbeitsbedingungen ergeben haben.

6. Erstellung eines Praxisleitfadens zur altersgerechten Arbeitsgestaltung in Krankenhaus und Altenheim

Basierend auf den Ergebnissen sämtlicher Projektphasen sollte ein Praxisleitfaden (bzw. ein E-Learning-Tool) entwickelt werden, der sich an Beschäftigte, Vorgesetzte, Betriebsräte und Organisationsentwickler in Krankenhäusern und Altenheimen richtet. Diese sollten ohne die detaillierte Kenntnis arbeitswissenschaftlicher Arbeitsanalyseverfahren und ihres theoretischen Hintergrunds eingesetzt werden können und es ermöglichen, Schwachstellen im Hinblick auf eine altersgerechte Arbeitsgestaltung aufzudecken und entsprechende Maßnahmen anzuregen.

7. Systematische Aufbereitung und Veröffentlichung der Ergebnisse

Bereits während des Projektverlaufs sollten aktuelle Ergebnisse auf einer Projekthomepage, aber auch im Rahmen von Fachkongressen dargestellt werden. In der letzten Projektphase wurde zudem die Organisation einer regionalen Fachtagung geplant.

Aus den genannten Zielen und Vorgehensweisen ergaben sich die in Tabelle 1.1 genannten Arbeitspakete, deren Ergebnisse in den folgenden Kapiteln dargestellt werden (vgl. auch Tabelle 1.1, letzte Spalte).

Tabelle 1.1: Darstellung der Arbeitspakete

▶ Projektvorlauf		Dargestellt in:
Vorlauf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bildung Projektlenkungsgruppe ▪ Bestimmung Evaluationskriterien ▪ Durchführung Interviews 	<p>Abschn. 2.4.1 Abschn. 2.4.2/2.4.4 Abschn. 3.1.3</p>
▶ Bestandsaufnahme		
Arbeitspaket 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kick-Off-(Informations-)Veranstaltung ▪ Durchführung Fragebogenerhebung 	<p>Abschn. 2.4.2 Abschn. 2.4.2/3.1.2</p>
Arbeitspaket 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertung und Rückmeldung Fragebogenergebnisse ▪ Auswahl der Arbeitsplätze für die Arbeitsanalysen 	<p>Abschn. 2.4.3 Abschn. 3.1.4</p>
Arbeitspaket 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung Arbeitsanalysen 	<p>Abschn. 2.4.2/3.1.4</p>
Arbeitspaket 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertung und Rückmeldung der Arbeitsanalysen ▪ Auswahl der Gruppen zur Durchführung der „Qualifizierenden Arbeitsgestaltung“ und für den „Anerkennenden Erfahrungsaustausch“ 	<p>Abschn. 2.4.3/3.1.4 Abschn. 3.2</p>
▶ Umsetzung		
Arbeitspaket 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung der Workshops 	<p>Abschn. 3.2</p>
Arbeitspaket 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertung der Workshops ▪ Zusammenstellen eines Maßnahmenkatalogs 	<p>Abschn. 3.2 Abschn. 3.1.7/3.2</p>
Arbeitspaket 7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einleitung und Begleitung des Beginns der Maßnahmenunterstützung 	<p>Abschn. 3.2</p>
▶ Evaluation		
Arbeitspaket 8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung der Evaluation 	<p>Abschn. 2.4.4/3.3</p>
▶ Projektbegleitend		
Arbeitspaket 9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellen und Pflege einer Projekthomepage ▪ Öffentlichkeitsarbeit 	<p>Abschn. 3.4</p>
Arbeitspaket 10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentation des Projektverlaufs ▪ Erstellen des Leitfadens (bzw. des E-Learning-Tools) 	<p>Abschn. 2.2/3.4 Abschn. 3.4.1</p>

Die genannten Arbeitspakete wurden gemäß dem folgenden Zeitplan (vgl. Abbildung 1.1) bearbeitet.

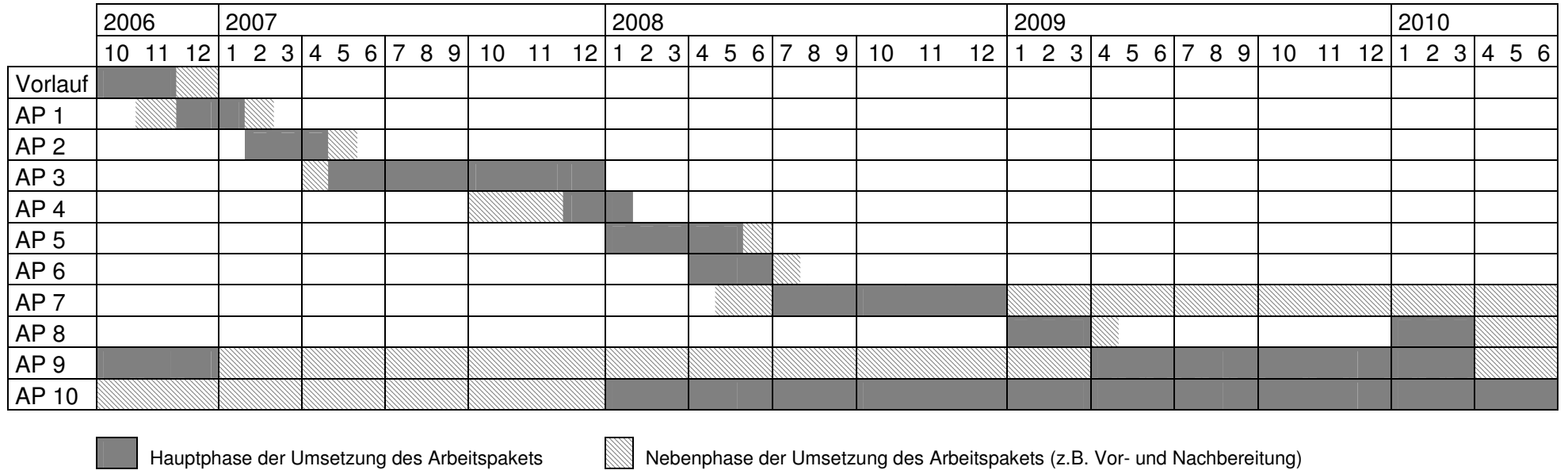


Abbildung 1.1: Zeitplan

2.3 Die Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg

Die Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg (kurz: Diako) wurde vor 136 Jahren in kirchlicher Tradition gegründet, als drei Diakonissen und sechs Probe-Schwestern ihren Dienst am Nächsten aufnahmen.

Aufgrund dieser Tradition ist die Diako nicht nur ein Zentrum für Gesundheit und Diakonie im Norden, sondern auch eine selbständige Kirchengemeinde der Nordelbischen Ev.-Luth. Kirche mit dem Auftrag, das Evangelium in Wort und Tat zu bezeugen. So werden in der Diako Gottesdienste und Seelsorge angeboten wie auch regelmäßige Veranstaltungen zu religiösen und gesellschaftlichen Schwerpunkten.

Aus der Tradition der Diako erklärt sich auch ihre besondere Organisationsstruktur. Den Vorsitz des Aufsichtsrates hat der Bischof der Nordelbischen Kirche inne, der Vorsitz des Vorstandes wird durch einen Pastor wahrgenommen.

Die Diako engagiert sich in fünf Bereichen: Kirche, Krankenhäuser, Altenpflege („Leben im Alter“), Familie und Service. Die Krankenhäuser und Altenpflege stellen die Kernbereiche der Diako dar.

Mit mehr als 20 Kliniken, Instituten und Zentren und rund 2750 Beschäftigten stellt die Diako – in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel sowie den regionalen Krankenhäusern – einen wesentlichen Faktor in der medizinischen Versorgung des Landesteils Schleswig beiderseits der deutsch-dänischen Grenze dar.

Seit 2006 findet eine enge Kooperation mit dem Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital statt. Gemeinsam versorgen die beiden Krankenhäuser jährlich ca. 32.500 stationäre und mehr als 50.000 ambulante Patient(inn)en. Sie bilden damit den drittgrößten Krankenhausstandort in Schleswig-Holstein.

Die Diako fühlt sich im besonderen Maße auch der Ausbildung und Erziehung verpflichtet: Sie bildet nicht nur in den klassischen Pflegeberufen aus, sondern auch im Bereich der Altenbetreuung und ambulanten Pflege sowie der Kindergartenerziehung. Als akademisches Lehrkrankenhaus übernimmt die Diako auch Aufgaben in der akademischen Ausbildung des medizinischen Personals.

Das christliche Selbstverständnis der Diako war sicherlich auch ein Grund, dass die Diako sich intensiv und engagiert an dem Projekt GAbi beteiligt hat. Mitarbeitervertretung und Vorstand der Diako haben von Anbeginn das deutliche Interesse bekundet, sich vor allem auch um ältere Beschäftigte und ältere Patient(inn)en zu kümmern bzw. haben auch ein klares Verständnis formuliert, dass sich Krankenhaus und Pflege mit dem demografischen Wandel bei den Beschäftigten und den Patient(inn)en (!) beschäftigen müssen.

2.4 Projektmethodik

Für das Projekt bot sich ein schrittweises Vorgehen unter Verwendung unterschiedlicher Verfahren und Instrumente an, das im Folgenden kurz dargestellt werden und aufgrund der Erfahrungen als modellhaft für vergleichbare Projekte gelten kann:

1. Projektvorlauf
 - a. Bildung einer Projektlenkungsgruppe/eines Steuerkreises
 - b. Durchführung erster orientierender Interviews
2. Bestandsaufnahme (Arbeitspakete 1 bis 4)
 - a. Information der Beschäftigten
 - b. Altersstrukturanalyse
 - c. Analyse der Arbeitssituation
 - i. Experteninterviews
 - ii. Mitarbeiterbefragungen
 - iii. Arbeitsplatzbeobachtungen
3. Umsetzung: Workshops und Maßnahmen (Arbeitspakete 5 bis 7)
 - a. Aufbereitung und Rückmeldung der Daten
 - b. Workshops mit den Beschäftigten
4. Auswertung und Evaluation (Arbeitspaket 8)
5. Transfer und Öffentlichkeitsarbeit (Arbeitspakete 9 und 10).

2.4.1 Projektvorlauf

a) Bildung einer Projektlenkungsgruppe

Für die Koordination und Begleitung der Untersuchungsschritte sollte eine Projektlenkungsgruppe (oder ein Steuerkreis) gebildet werden, dem mindestens Vertreter der Geschäftsleitung (Verwaltungsleitung), die Krankenpflegeleitung, die Leitung des Personalwesens, der oder die Qualitätsbeauftragte, der oder die Projektkoordinator(in), der Betriebsarzt/die Betriebsärztin und die Interessenvertretung angehören sollten.

Da der demografische Wandel in den Betrieben ein Thema sein wird, mit dem sich diese dauerhaft beschäftigen müssen, bietet es sich an, den Steuerkreis dauerhaft in die betrieblichen Strukturen als Teil eines umfassenden Gesundheits- und Demografiemanagements zu integrieren (vgl. auch Langhoff, 2009, S. 100ff.; siehe auch Kap. 4).

Bei der Diako wurde sowohl eine Projektlenkungsgruppe bestehend aus dem Vorstand, dem wissenschaftlichen Leiter und einem Vertreter der Mitarbeitendenvertretung gebildet sowie eine Projektkerngruppe bestehend aus den Projektmitgliedern, den internen Projektverantwortlichen sowie weiteren Mitgliedern der Mitarbeitendenvertretung.

2.4.2 Bestandsaufnahme

a) Information der Beschäftigten

Um die Beschäftigten möglichst frühzeitig in ein Demografieprojekt einzubinden und ihre Erfahrungen zu nutzen, sind ausführliche Informationen der Abteilungs- und Stationsleitungen sowie der Beschäftigten in Form von Betriebs-, Teilbetriebs- und Stationsversammlungen erforderlich.

Die Information der Beschäftigten ist nicht nur zu Beginn erforderlich. Nach wichtigen Projektphasen (z. B. breit angelegte Mitarbeiterbefragungen) sollten alle Beschäftigten schriftlich oder direkt über die Ergebnisse informiert werden. Durch die Rückmeldung der Ergebnisse an alle Beschäftigten („Survey-Feedback“) wird erreicht, dass sich diese nicht nur informiert fühlen, sondern auch angeregt werden, in ihren jeweiligen Bereichen nach weiteren Maßnahmen einer altersgerechten Arbeitsgestaltung Ausschau zu halten. Darüber hinaus sollten die Beschäftigten durch Flyer und hausinterne Medien ständig über das Projekt und den Projektfortschritt informiert werden.

Im GAbi-Projekt wurden die Beschäftigten sowohl zu Beginn als auch während des Projekts mehrfach und auf unterschiedlichen Kanälen (z. B. hausinterne Zeitung, Beschäftigtenversammlungen, Tag der offenen Tür, World-Café¹²) über das Projekt und den Projektfortschritt informiert.

b) Altersstrukturanalyse

Der demografische Wandel führt Unternehmen unweigerlich in die Situation, in Zukunft mit älteren Belegschaften zu arbeiten. Mit einer Altersstrukturanalyse kann ein Unternehmen relativ schnell erkennen, in welchem Maße es von dem demografischen Wandel betroffen ist und welche Maßnahmen erforderlich sind. Dabei reicht es meistens nicht, nur das Gesamtunternehmen zu betrachten, sondern erst genauere Analysen von Betriebsbereichen, Abteilungen, Funktions- und Tätigkeitsbereichen zeigen den eigentlichen Handlungsbedarf.

Die Altersstrukturanalyse ist ein Instrument, um folgende Grundfragen zu klären (vgl. auch z. B. Köchling, 2006; Langhoff, 2009 oder Rettke, Seemann & Gebauer, o. J.):

- Wie ist die Altersstruktur meiner Belegschaft derzeit?
- Wie sieht die Altersstruktur meiner Belegschaft zukünftig (z. B. in 5, 10, 15 Jahren) aus? Welche Zukunftsszenarien sind denkbar?
- Welchen Personal(ersatz)bedarf habe ich mittel- und langfristig?
- Welche aktuelle und zukünftige Personalstrategie folgt aus den Analysen?
- Welche Handlungs- und Problemfelder zeichnen sich ab?

Für die Altersstrukturanalyse liegt mittlerweile eine Reihe von Handanweisungen und Instrumenten vor (vgl. die Zusammenstellung bei www.inqa.de oder aber auch die weiter führenden Angaben in der oben genannten Literatur). In der Regel sind Altersstrukturanalysen jedoch häufig mit den vorliegenden betrieblichen Daten relativ leicht

¹² Bei dieser Methode erläutert eine Moderatorin kurz die Methode und das Thema. Daraufhin beginnen aufeinander folgende Gesprächsrunden an kleinen Tischen mit 5-10 Personen. Nach 20-30 Minuten wechseln die Teilnehmer(innen) an andere Tische und führen die Gespräche fort. Die Teilnehmer nutzen beschreibbare Tischdecken, um spontane Gedanken, Ideen oder Fakten und Fragmente festzuhalten und ggf. miteinander zu verbinden.

zu erstellen, sofern die richtigen Fragen formuliert und die richtigen Zukunftsannahmen aufgestellt werden.

Bei der Analyse der derzeitigen Altersstruktur wird üblicherweise nicht nur das Alter erfasst, sondern eine Reihe weiterer Schlüsselvariablen berücksichtigt (Langhoff, 2009, S. 59), die zugleich einen guten – altersbezogenen – Überblick über die Personalsituation geben. Neben allgemeinen personalen Daten wie Geschlecht, Arbeitszeit, Beschäftigungsverhältnis, Betriebszugehörigkeit sollten – orientiert an Ilmarinen (2004) Konzept der Arbeitsfähigkeit – insbesondere auch die Variablen erhoben oder berücksichtigt werden, die Informationen über die Qualifikation (formale Qualifikation, Weiterbildungstage), die Gesundheit (Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeitstage) und die Motivation (Ergebnisse aus Betriebsbefragungen) umfassen. Mit Hilfe der im Projekt GAbi entwickelten Verfahren und Instrumente können diese Aspekte differenziert erhoben und auf dieser Grundlage konkrete Gestaltungsempfehlungen für den Erhalt der Gesundheit, aber auch für die Entwicklung von Qualifikation und Wertschätzung am Arbeitsplatz nicht nur älterer Beschäftigter geschaffen werden. Darüber hinaus bietet es sich an, weitere vorhandene betriebliche Dokumente (z. B. Gefährdungsanalysen, Unfallberichte, Gesundheitsberichte etc.) heranzuziehen.

Eine Zusammenstellung der Daten in Form von Kurven oder Balkendiagrammen für das gesamte Unternehmen und die jeweiligen Unternehmensteile zeigt sehr schnell, welcher Demografiety (z. B. jugend-, mittelalter-, alterzentriert; vgl. Köchling, 2006; Langhoff, 2009) vorliegt und wie schnell das Unternehmen reagieren muss.

Die Projektion einer zukünftigen Altersstruktur ist immer von einer Reihe von Annahmen abhängig, die auch etwas damit zu tun hat, in welcher Region (z. B. mit größerem oder geringerem Potenzial an Nachwuchskräften) sich ein Unternehmen befindet. Typische Fragen sind hier u. a.:

- Soll der Personalbestand (z. B. aufgrund technischer Erneuerungen, Innovationen) abnehmen und wenn ja, um wie viel Prozent?
- Mit welchem Alter scheiden die Beschäftigten aufgrund der gesetzlichen Vorgaben aus?
- Welche Arbeitsteilzeitregelungen liegen vor und werden in welchem Maße nachgefragt?
- Wie viel Prozent der Beschäftigten scheiden vorzeitig durch Frühverrentung, Altersteilzeit, Kündigungen aus?
- Wie hoch sind Fehlzeiten und Krankenstand?
- Wie hoch ist der Anteil an Auszubildenden und Trainees für die jeweiligen Bereiche?
- Wie viele Neuanstellungen sind erforderlich und möglich?

Je nachdem wie diese Fragen beantwortet werden, ergeben sich verschiedene Szenarien und damit auch Handlungsoptionen. Grundsätzlich muss jedoch aufgrund der geschilderten demografischen Entwicklung davon ausgegangen werden, dass eine Verjüngungsstrategie, die für jeden Personalabgang einen jüngeren (25- oder 30-Jährigen) Beschäftigten einstellt, nicht mehr machbar ist, da diese jüngeren Beschäftigten aktuell und insbesondere zukünftig nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sein werden. Unternehmen müssen deshalb zu einer neuen Personalstrategie kommen, die sich durch verstärkte Ausbildung eigener Nachwuchskräfte, Neueinstellungen von älterem qualifiziertem Personal (40+ und 50+), aber auch der Pflege des eigenen „älteren“ Personals auszeichnet.

Im Zuge des demografischen Wandels müssen Unternehmen somit deutlich mehr in den Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit aller Altersgruppen, vor allem aber auch der älteren Beschäftigten investieren. Dies stellt neue (?) Herausforderungen an die Personalpolitik eines Unternehmens (vgl. Langhoff, 2009; Köchling, 2006). Köchling (2006) z. B. zeigt, dass nicht nur neue Leitbilder und Personalstrategien notwendig, sondern dass neue Strategien der Rekrutierung, Betriebsbindung, Verrentung, der beruflichen (Weiter-)Bildung, des Wissenstransfers, der Gesundheitsvorsorge und der Wertschätzung gefragt sind, um eine – auch aufgrund des demografischen Wandels erforderliche – altersausgewogene Personalsituation herzustellen.

Auch wenn bei der Diako die genannten Instrumente zur Altersstrukturanalyse noch nicht angewendet wurden, konnte durch das Projekt erreicht werden, dass über die Personalabteilung wesentliche Fragen einer Altersstrukturanalyse beantwortet werden konnten (vgl. Abschn. 3.1.1/4.3.1).

c) Analyse der Arbeitssituation

Zur Analyse alternsgerechter Arbeitsbedingungen bietet es sich an, verschiedene Methoden miteinander zu kombinieren. Mit der Kombination verschiedener Methoden wird die Idee einer „qualifizierenden Arbeitsgestaltung“ (vgl. Ulich, 2005; Frei u. a., 1996) verfolgt, indem die Beschäftigten durch die Teilnahme an Interviews, Befragungen, Arbeitsplatzbeobachtungen und Workshops und den dazugehörigen Rückmeldungen dazu angeregt werden, ihre Arbeit selbst zu analysieren und Gestaltungsvorschläge zu formulieren.

Im Folgenden werden die Verfahren und Methoden genannt, die im GAbi-Projekt auch unter praktischen Erwägungen verwendet wurden (vgl. Anhang).

i. Strukturierte Experteninterviews

Am Anfang der Analyse der Arbeitssituation standen mit Beschäftigten und Führungskräften aus allen Bereichen der Pflege durchgeführte etwa 1-stündige Interviews (Interviewleitfaden vgl. Anhang A1).

Nach Klärung des Arbeitsbereiches der interviewten Person und einiger biografischer Daten stand im Vordergrund des Interviews die Frage, ob sich alterskritische Unterschiede in Bezug auf die Qualitative und Quantitative Überforderung, den Entscheidungsspielraum, den Zeitspielraum, die Aufgabenvielfalt, die Beteiligung und die Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzten zeigten und inwieweit ggf. weitere Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Beschäftigten festgestellt werden könnten.

ii. Mitarbeiterbefragungen

Um die subjektive Sichtweise ihrer Arbeit und der Arbeitsbedingungen zu erfahren, sollten erprobte und standardisierte Fragebögen eingesetzt werden (vgl. Anhang).

Im GAbi-Projekt wurden sowohl 2007 als auch 2009 Fragebögen an alle Beschäftigten verteilt, auch mit dem Ziel, zwischenzeitliche Veränderungen zu evaluieren.

Der Fragebogen im Jahre 2007 (vgl. Anhang A2-A4) umfasste fünf Bereiche: A. Fragen zur Person und zum Beruf, B. Erwartungen an die Arbeit, C. Fragen zur Arbeitstätigkeit, D. Fragen zu den Arbeitsstrategien und E. Fragen zum psychosozialen Befinden.

Die Auswahl der Fragen wurde von dem Ziel geleitet, etwaige Unterschiede zwischen Altersgruppen und insbesondere zwischen jüngeren und älteren Beschäftigten möglichst genau abbilden zu können.

Dazu sollte zunächst gefragt werden, ob sich die Arbeitsbedingungen aus der Sicht der Beschäftigten unterscheiden. Hierzu wurde wie üblich (Leitner, 1999; Oesterreich, 1999; Richter, Nebel & Wolf, 2009) sowohl nach positiven Merkmalen der Arbeit („Ressourcen“) als auch nach negativen Merkmalen („Belastungen“) gefragt. Die Fragen und Skalen stammen aus dem SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse; Rimann & Udrys, 1997), dem TAA-KH-S (Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus; Büssing & Glaser, 1998) und dem FASS (Fragebogen zur Arbeitssituation an Schulen; Kaempf & Krause, 2004; Krause, 2004). Folgende Skalen wurden verwendet:

- Ressourcen (Handlungsspielraum Vorgehen und Zeit (TAA-KH-S), Aufgabenvielfalt (SALSA), Qualifikationsanforderung und Verantwortung (SALSA), Soziale Unterstützung Vorgesetzte und Kollegen (SALSA) und Innovation und Partizipation (FASS));
- Belastungen (Zeitdruck/Quantitative Überforderung (SALSA), Qualitative und Quantitative Überforderung (SALSA), Unsicherheit (FASS)).

Darüber hinaus lag es nahe, danach zu fragen (vgl. Kap. 1), ob sich die Beschäftigten in ihren Arbeitsstrategien (vgl. Frese, Stewart & Hannover, 1987; Schwarzer & Jerusalem, 2004) und ihren Erwartungen an die Arbeit (vgl. Peter, 2003) unterscheiden.

Schließlich wurde nach den potenziellen Wirkungen der Arbeit auf das psychosoziale Befinden der Beschäftigten gefragt, wiederum um festzustellen, ob sich Arbeitsbedingungen auf ältere Beschäftigte anders oder stärker auswirken. Folgende Merkmale wurden erhoben: Zufriedenheit mit der Arbeit (vgl. Peter, 2003), Freiburger Beschwerdeliste (vgl. Mohr, 1986), „Burnout“ mit dem Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (vgl. Hacker & Reinhold, 1999) und Work-Family-Conflict (Gutek et al., 1991).

Der Fragebogen im Jahre 2009 (vgl. Anhang A5-A6) umfasste vier Bereiche: A. Fragen zur Person und zum Beruf, B. Fragen zur Arbeitstätigkeit, C. Fragen zur Zufriedenheit mit der Arbeit und D. Fragen zum psychosozialen Befinden.

Bei diesem Fragebogen wurden die Fragen zu den Arbeitsstrategien und den Erwartungen nicht wieder gestellt, da diese keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigten und der Wunsch nach einem kürzeren Fragebogen bestand.

Allerdings wurde dieser Fragebogen um eine Kurzform zur Beurteilung des Arbeitsbewältigungsindex (vgl. Anhang A7; vgl. auch www.inga.de) ergänzt, da sich hier ggf. weitere Unterschiede zwischen den Altersgruppen hätten zeigen können.

iii. Arbeitsplatzbeobachtungen

Insbesondere wenn es um konkrete Gestaltungsmaßnahmen geht, dann sind Arbeitsplatzbeobachtungen unerlässlich, da nur durch diese bestimmte Merkmale (z. B. Belastungen) hinreichend konkret und maßnahmenorientiert erfasst werden können. Im GAbi-Projekt wurde hierfür eine für Krankenhaus und Pflegeheim angepasste Version des KABA-Verfahrens (vgl. Dunckel & Pleiss, 2007) verwendet. Die Beurtei-

lung verschiedener Arbeitsaufgaben durch externe Beobachter(innen) erfolgte anhand folgender Kriterien:

- Entscheidungsspielraum
- psychische Belastungen (insbesondere Behinderungen des Arbeitsablaufes, Unterbrechungen, Überforderungen)
- Kommunikation (intern/extern)
- Zeitspielraum
- Auftragsvielfalt
- Durchschaubarkeit und Gestaltbarkeit
- Bewegungs- und Haltungsspielraum.

Abweichend zur Norm DIN EN ISO 10075 werden in diesem Verfahren Belastungen als ausschließlich negative Merkmale von Arbeit verstanden. Belastungen werden in der Tradition der arbeitspsychologischen Handlungsregulationstheorie aufgabenbezogen untersucht. Aufgabenbezogene psychische Belastungen entstehen, wenn konkrete Arbeitsbedingungen oder Ereignisse die Arbeitsausführung behindern, ohne dass die arbeitende Person diesen Bedingungen effizient begegnen kann. Solche Behinderungen können ungünstige Umgebungsbedingungen sein, aber auch arbeitsorganisatorische Probleme wie etwa Zeitdruck, ständige Unterbrechungen, unvollständige oder widersprüchliche Informationen, unzureichende oder fehlende Hilfsmittel. In der Regel verursachen derartige Behinderungen Zusatzaufwand (bzw. zusätzliche Zeit) bei der arbeitenden Person, der betrieblicherseits nicht vorgesehen ist, da die Behinderungen kompensiert werden müssen (indem z. B. Arbeitsschritte wiederholt werden müssen, durch zusätzliche Nachfragen oder Suchaktivitäten lückenhafte Informationen vervollständigt werden müssen).

2.4.3 Umsetzung: Workshops und Maßnahmen

a) Aufbereitung und Rückmeldung der Daten

Nach der (statistischen) Auswertung der Untersuchungsergebnisse sollten diese so aufbereitet werden, dass sie auf unterschiedlichen Wegen an die Beschäftigten zurückgemeldet werden können, im GAbi-Projekt z. B. in Informationsversammlungen, durch Vorträge, in Druckmedien und in Workshops, aber auch beim Tag der offenen Tür (der Diako). Dort, wo die Anonymität der Daten gesichert werden konnte, wurden abteilungs- und bereichsspezifische Berichte angefertigt und an die jeweiligen Leitungen zurückgemeldet und diskutiert. Darüber hinaus unterstützten die Projektmitarbeiter(innen) die jeweiligen Führungskräfte bei der Umsetzung abteilungs- und bereichsspezifischer Lösungen (z. B. bei der Verminderung des Lärms, der Verringerung der Belastungen oder bei Maßnahmen zur Verringerung von Rückenbeschwerden; vgl. auch Abschn. 3.2 bzw. 4.3).

Es zeigte sich hierbei, dass viele (kleinere) organisatorische Mängel schon durch die Analyse vor Ort als Problem erkannt und verbessert oder aber durch die Rückmeldungen angegangen wurden (z. B. unmittelbarer Austausch oder Reparatur defekter Betten oder Geräte, Neuorganisation von Verantwortlichkeiten, Organisation fester Gesprächstermine zwischen Berufsgruppen, Aufbau eines administrativen Kerndienstes auf den Stationen).

b) Workshops mit den Beschäftigten

Workshops haben unterschiedliche Funktionen. Zum einen dienen sie der konkreten Rückmeldung von (bereichs- oder berufsspezifischen) Untersuchungsergebnissen. Zum anderen sind sie entweder eine Form der Umsetzung von Maßnahmen (z. B. Workshop zum anerkennenden Erfahrungsaustausch zwischen Jung und Alt) oder aber, der Workshop dient der Ableitung und Vorbereitung von Maßnahmen (z. B. Workshops zum Abbau von Belastungen).

Im GAbi-Projekt wurden 18 ein- und mehrtägige Workshops mit verschiedenen Berufsgruppen und Bereichen durchgeführt. Die Themen ergaben sich aus der vorangegangenen Analysephase. Im Vordergrund standen Maßnahmen zum Abbau von Belastungen („Stolpersteinen“), zur Bekämpfung von Stress („Stress lass nach“) sowie Maßnahmen zur Bekämpfung von Rückenbeschwerden („Projekt Rücken“) und zum Abbau von Lärmbelastungen („Schluss mit dem Lärm“). Weitere Themen waren der Informationsfluss, der Wissenstransfer zwischen Jung und Alt, aber auch die Verbesserung des Informationsflusses, die Motivation sowie bereichsspezifische Probleme.

Auch wenn die Inhalte der Workshops verschieden waren und weitgehend von den Themen bestimmt wurde, gab es doch eine ähnliche Vorgehensweise, indem folgende Fragen mit verschiedenen Moderationsmethoden bearbeitet wurden:

- Was ist das Problem? („Diagnose“)
- Wann und wodurch ist es entstanden? („Anamnese“)
- Wie kann das Problem gelöst werden? („Therapie“).

Darüber hinaus gab es noch mehrere Informationsveranstaltungen mit jeweils 50 bis 100 Teilnehmer(innen) mit anschließender Diskussion in kleineren workshopähnlichen Gruppen. So trug Ursula Lehr im April 2008 zum Thema „Der demografische Wandel – eine Herausforderung für jeden Einzelnen und die Gesellschaft“ vor und Heiner Dunckel informierte im September 2009 die Belegschaft über das Thema „Leistungsminderung im Alter – Tatsache oder Mythos“.

2.4.4 Evaluation

Bei der Evaluation unterscheidet man zwischen der Evaluation des Prozesses und der Evaluation der Ergebnisse. Im GAbi-Projekt stand die Prozessevaluation im Vordergrund, d. h. in allen Phasen des Prozesses wurden Ergebnisse an den Steuerkreis, aber auch an die Beschäftigten, zurückgemeldet und diskutiert. Zum Abschluss des Projektes wurden die bereichsspezifisch zusammengefassten Ergebnisse noch einmal in den Bereichen diskutiert und der Krankenhausleitung präsentiert. Während kleinere organisatorische Mängel umgehend behoben werden konnten, bedurften größere organisatorischer Lösungen (z. B. die Einführung der elektronischen Patientenakte oder die Schaffung eines Patienten-Administrations-Manager (vgl. Peter & Ulich, 2003)) der gesonderten Planung und eigener Projekte.

2.4.5 Transfer und Öffentlichkeitsarbeit

Basierend auf den Ergebnissen des Projektes wurde ein E-Learning-Tool entwickelt (vgl. GAbi-E-Learning-Tool; Abschn. 3.4.1). Es richtet sich an Beschäftigte, Vorgesetzte, Betriebsräte und Organisationsentwickler in Krankenhäusern und Altenhei-

men und erlaubt, Schwachstellen im Hinblick auf eine altersgerechte Arbeitsgestaltung aufzudecken und entsprechende Maßnahmen anzuregen.

Schließlich ist es für ein erfolgreiches (Betriebs-)Projekt erforderlich, nicht nur die Betriebsöffentlichkeit beständig über das Projekt zu informieren, sondern auch die weitere Öffentlichkeit zu erreichen. Die Verbreitung der Projektergebnisse und -erfahrungen geschah im Rahmen von Vortragstätigkeiten über das Projekt sowie mit Hilfe einer Projekthomepage¹³.

¹³ Vgl. www.gabi-projekt.de

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse des Projekts – orientiert an den Arbeitspaketen – dargestellt:

In Abschnitt 3.1 werden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme (Arbeitspakete 1 bis 4) dargestellt. Im Zentrum steht hier die Analyse der Arbeitssituation anhand der Befragung der Beschäftigten in den Jahren 2007 und 2009 (Abschn. 3.1.2), der Experteninterviews (Abschn. 3.1.3) und der Tätigkeitsbeobachtungen (Abschn. 3.1.4). Darüber hinaus werden Ergebnisse der Altersstrukturanalyse (Abschn. 3.1.1) sowie der Pflegehilfsmittelanalyse (Abschn. 3.1.4) und der Lärmquellenanalyse (Abschn. 3.1.5) ausgeführt, die nicht explizit Gegenstand des Projektantrags waren, sich jedoch im Projektverlauf als wichtige Themen herausgestellt haben.

In Abschnitt 3.2 werden die Umsetzungsmaßnahmen, insbesondere die Workshops zusammengefasst (Arbeitspakete 5 bis 7).

In den darauf folgenden Abschnitten werden schließlich Ergebnisse der Evaluation (Abschn. 3.3, Arbeitspaket 8) und Transfermaßnahmen (Abschn. 3.4, Arbeitspakete 9 und 10) dargestellt.

3.1 Bestandsaufnahme

3.1.1 Altersstrukturanalyse

Ursprünglich war nicht beabsichtigt und beantragt, ausführlichere Analysen der Altersstruktur der Diako zu machen. Es zeigte sich jedoch, dass diese für den Projekteinstieg außerordentlich sinnvoll sind, um insbesondere das Management von einer demografieorientierten Sichtweise bzw. den anstehenden demografischen Herausforderungen zu überzeugen.

Mit Unterstützung des Projekts wurden zunächst Personallisten erstellt, die dann ausführlicher entsprechend den oben genannten Fragen (vgl. Abschn. 2.4.2) ausgewertet wurden. Dabei wurde nicht nur die Altersstruktur der gesamten Belegschaft festgestellt, sondern auch Analysen der Altersstruktur für verschiedene Berufsgruppen und Bereiche durchgeführt.

Schon auf den ersten Blick sind demografiebedingte personelle Risiken erkennbar. Wie die Abbildung 3.1 zeigt, befindet sich die Diako auf dem Weg von einem mittelalterzentrierten zu einem alterzentrierten Demografietypp mit der Folge, dass es mittel- und langfristig zu einem hohen Personalersatzbedarf kommen wird (2015: 215 Personen, 2025: 406 Personen). Dieser kann – insbesondere im ärztlichen Bereich – nur durch Neueinstellungen erreicht werden. Dies wiederum stellt sich aktuell (z. B. im Bereich der Pathologie und in bestimmten Bereichen der Chirurgie), aber auch zukünftig als schwierig dar, da der hohe Personalersatzbedarf der Diako in eine Phase fällt, in der die Zahl der (potenziellen) Erwerbstätigen im Gesundheitswesen spürbar sinken wird (vgl. Abschn. 1.2).

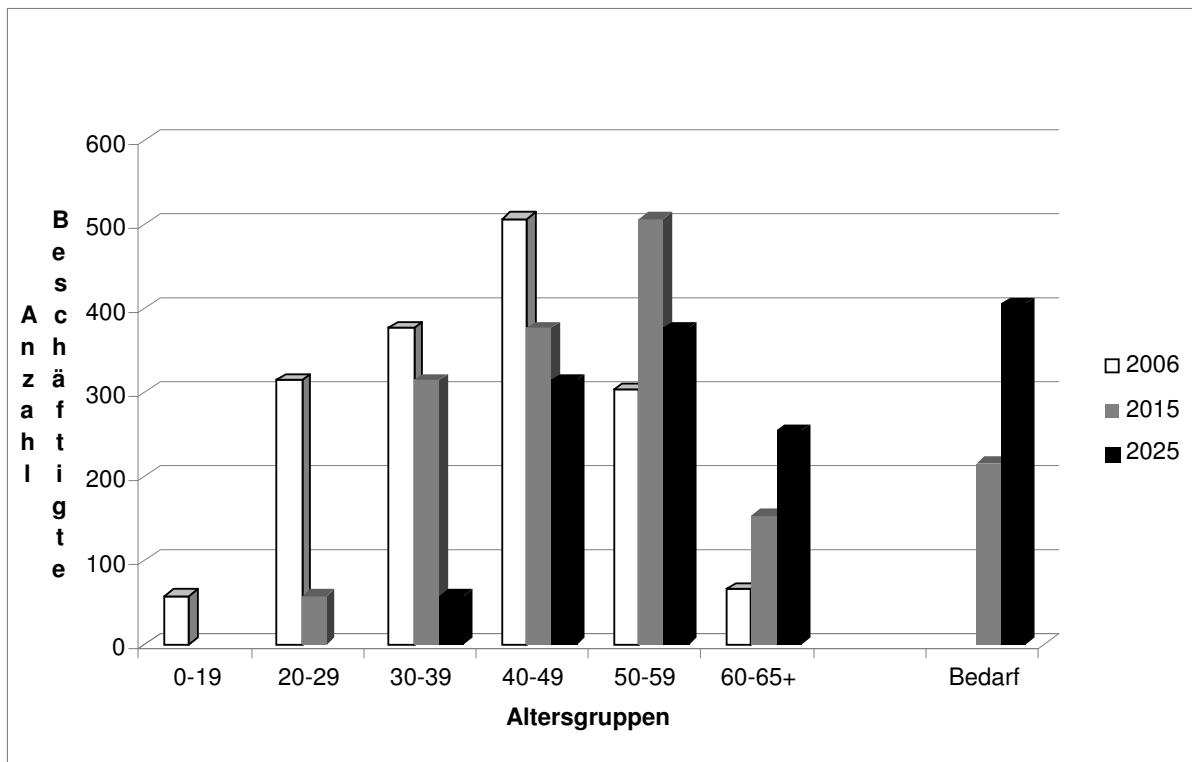


Abbildung 3.1: Altersstruktur Diako 2009

3.1.2 Beschäftigtenbefragung

Die Beschäftigten der Diako wurden zu zwei Zeitpunkten befragt, und zwar im Februar 2007 und im September 2009. Im Februar 2007 wurden 1522 Fragebögen an die Beschäftigten der Diako verteilt und mit einem Freiumschlag versehen. Insgesamt 880 Beschäftigte schickten den Fragebogen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 58 Prozent. In einem zweiten Durchlauf wurden im September 2009 1566 Fragebögen verteilt, die an zentralen Ein- und Ausgangsbereichen der Diako in Sammelkästen („Wahlurnen“) zurückgegeben werden konnten. Hier betrug die Rücklaufquote 36 Prozent, d. h. 571 Beschäftigte füllten den Fragebogen aus.

208 Personen nahmen an beiden Untersuchungen teil, so dass hier ein direkter Vergleich der beiden Erhebungen möglich ist.

Im Folgenden werden zunächst die beiden Erhebungszeitpunkte getrennt betrachtet. Zu Beginn wird jeweils die Stichprobe kurz gekennzeichnet. In einem nächsten Schritt werden dann die Ergebnisse über alle Berufsgruppen hinweg betrachtet, in der Regel differenziert nach Altersgruppen. Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob sich in den Daten altersspezifische Effekte finden lassen. Im Anschluss daran wird dann unter altersspezifischen Gesichtspunkten auf ausgewählte Berufsgruppen eingegangen.

Abschließend werden die Ergebnisse der beiden Befragungszeitpunkte verglichen sowie auf die spezielle Situation in der Altenpflege eingegangen.

3.1.2.1 Beschäftigtenbefragung 2007

Stichprobe

Die Stichprobe der Beschäftigtenbefragung 2007 lässt sich wie folgt kennzeichnen:

- Es haben 668 *Frauen* (76 Prozent) und 202 *Männer* (24 Prozent) geantwortet¹⁴.
- 65 Prozent der Beschäftigten arbeiteten *Schichtdienst*, davon 44 Prozent mit Nachschicht/Nachtwache, 21 Prozent ohne Nachtschicht.
- Es wurden alle *Berufsgruppen* des Krankenhauses und der Altenpflegeeinrichtungen berücksichtigt. Wenn man diese Berufsgruppen grob in Altenpflege und Hospizarbeit (Altenheime und Hospiz), Gesundheits- und Krankenpflege (Stationen und Kliniken) sowie unterstützende/ambulante Bereiche¹⁵ unterteilt, dann verteilen sich die Berufsgruppen wie folgt:
 - Altenpflege und Hospizarbeit (8,2 Prozent)
 - Gesundheits- und Krankenpflege (50,3 Prozent)
 - Unterstützende und ambulante Bereiche (41,5 Prozent).
- Die *Altersverteilung* der Stichprobe setzt sich folgendermaßen zusammen:
 - bis 24 Jahre: n=84 (9,6 Prozent)
 - 25-34 Jahre: n=147 (17,0 Prozent)
 - 35-44 Jahre: n=279 (31,7 Prozent)
 - 45-54 Jahre: n=269 (30,6 Prozent)
 - über 55 Jahre: n=95 (10,8 Prozent).

Die Altersverteilung dieser Stichprobe entspricht dabei weitgehend der Alterszusammensetzung der Diako.

¹⁴ Differenzen zu den abgegebenen 880 Fragebögen ergeben sich, wenn keine Angaben gemacht wurden.

¹⁵ Hierzu gehören die Anästhesie, Dialyse, EKG, Radiologie, Labor, Kreißsaal, Operationsbereiche, Zentrale Notaufnahmen, Therapeutische Funktionsbereiche, Tagesklinik, Seelsorgen, aber auch die verwaltenden Bereich sowie die Wirtschafts- und Versorgungsabteilung.

Belastungen

Die Beschäftigten schätzten ihre Belastungen anhand der oben genannten Skalen des SALSA, des TAA-KH und des FASS wie folgt ein:

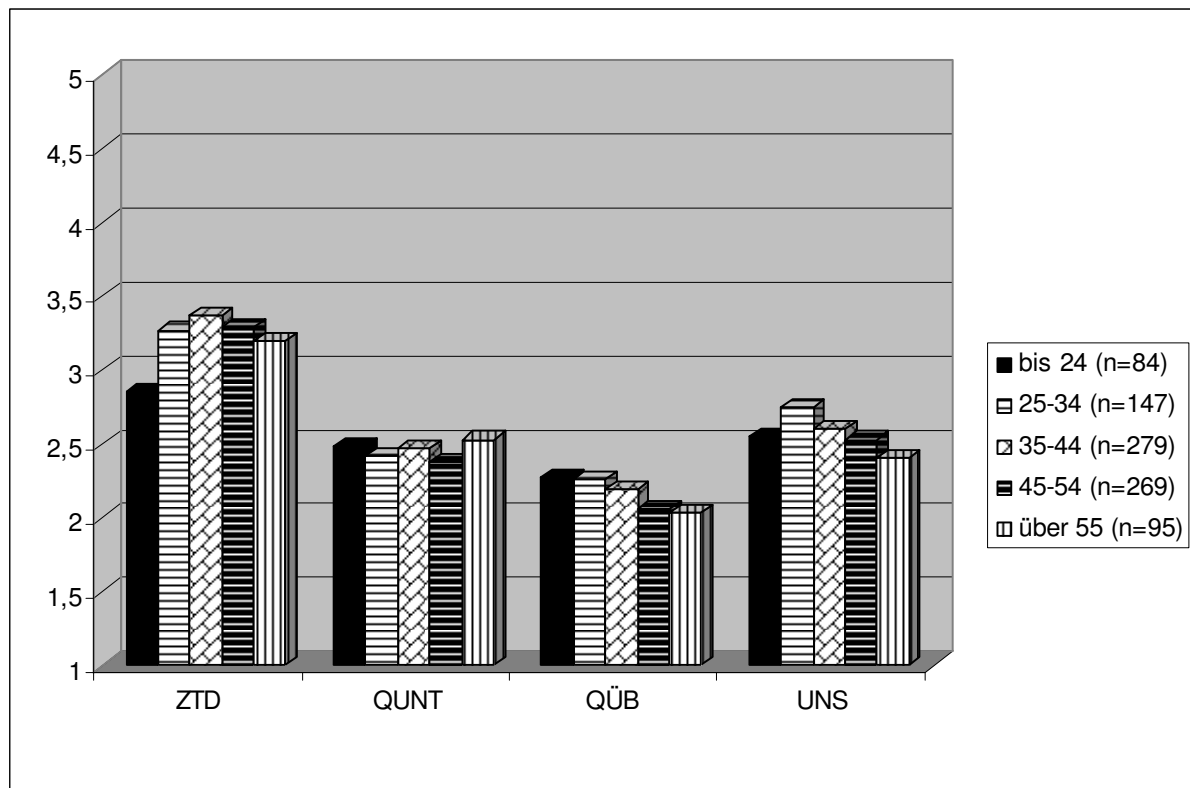


Abbildung 3.2: Belastungen 2007

Legende: 5-stufige-Skalen, 1=trifft nicht zu/keine Belastung, 5=trifft sehr zu/hohe Belastung; ZTD=Zeitdruck, QUNT=Qualitative Unterforderung, QÜB=Qualitative Überforderung, UNS=Unsicherheit.

Wenn man als kritischen Bereich die Werte oberhalb „3“¹⁶ nimmt, dann zeigen sich hier nur leicht kritische Werte beim *Zeitdruck* (vgl. Abb. 3.2). Statistisch bedeutsame Unterschiede¹⁷ zwischen den Altersgruppen lassen sich ebenfalls nur beim *Zeitdruck* finden¹⁸. In der Tendenz zeigen sich hier Unterschiede zwischen den Altersgruppen eher in die Richtung, dass ältere Beschäftigte weniger Belastungen angeben (vgl. auch Abschn. 2.4.2).

Insgesamt ist auffällig, dass mehr als 20 Prozent der Beschäftigten sich durch Lärm (23,4%), unangenehme Temperatur (21,6%), die Klimaanlage (20,9%), die räumliche Enge (33,5%) und mangelnde Arbeitsplatzgestaltung (24,4%), aber auch durch ständig wechselnde Arbeitszeiten (24,0%) und den Schichtdienst (25,8%) ziemlich bzw. sehr stark belastet fühlten. Allerdings scheinen die älteren Beschäftigten in Bezug

¹⁶ Der Wert „3“ ist bei der 5-stufigen Skala der Skalenmittelpunkt mit der Ausprägung „trifft mittelmäßig zu“.

¹⁷ Wenn im Folgenden von „statistisch bedeutsamen Unterschieden“ gesprochen wird, dann werden in der Regel die Ergebnisse einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit dem Scheffé-Test berichtet mit einem α von mindestens 5 Prozent.

¹⁸ Die jeweiligen Mittelwerte (aM=arithmetisches Mittel jeweils in den Klammern) für den *Zeitdruck* für die Altersgruppen sind: bis 24 (aM=2,85); 25-34 (aM=3,27); 35-44 (aM=3,37); 54-54 (aM=3,29); über 55 (aM=3,2).

auf die Arbeits- und Schichtzeiten weniger belastet; nur 17% fühlten sich durch wechselnde Arbeitszeiten und nur 15% durch den Schichtdienst ziemlich stark bis sehr stark belastet.

Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass in der Diako Gestaltungsbedarf auch im Bereich der Arbeitsplatz- und Arbeitsumgebungsgestaltung besteht.

Ressourcen

Die Ressourcen wurden von den Beschäftigten anhand der Skalen des SALSA, des TAA-KH und des FASS wie folgt eingeschätzt:

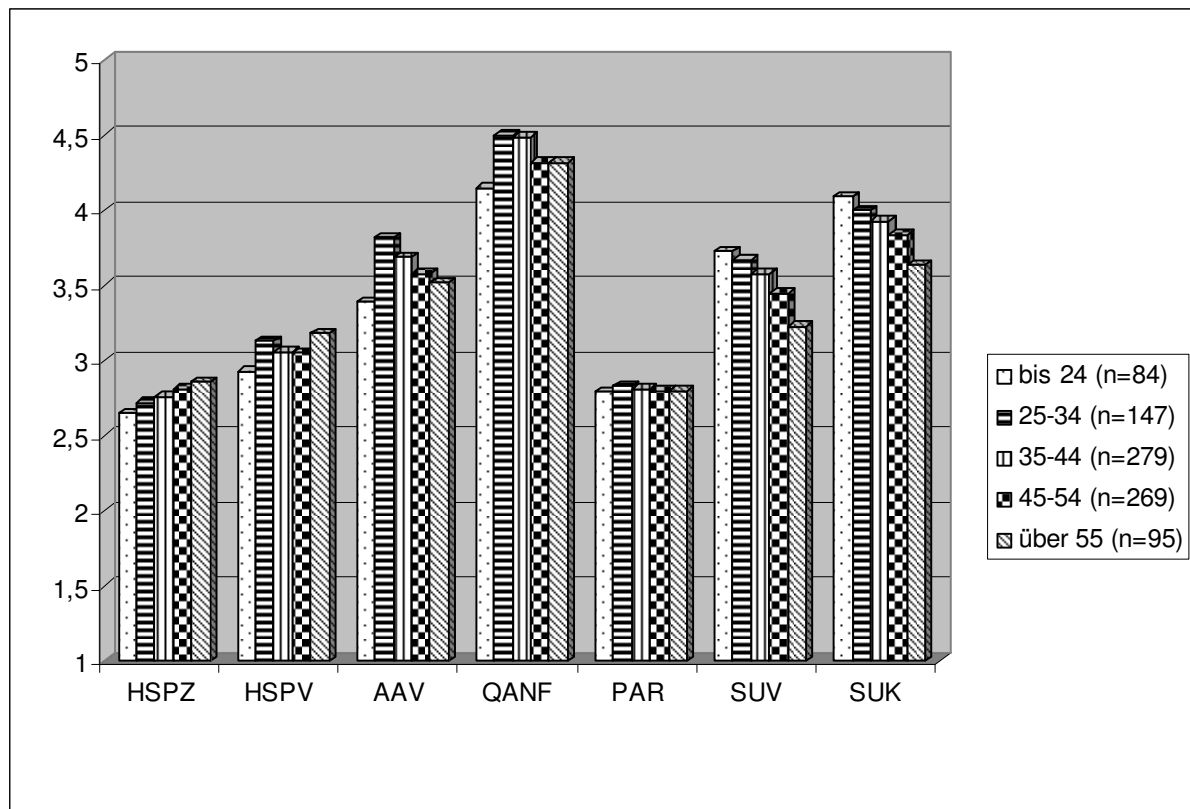


Abbildung 3.3: Ressourcen 2007

Legende:

5-stufige-Skalen, 1=trifft nicht zu/geringe bis keine Ressourcen, 5=trifft sehr zu/hohe Ressourcen; HSPZ=Handlungsspielraum Zeit, HSPV=Handlungsspielraum Vorgehen, AAV=Aufgabenvielfalt, QANF=Qualifikationsanforderungen, PAR=Beteiligung, SUV=Soziale Unterstützung Vorgesetzte, SUK=Soziale Unterstützung Kollegen.

Im Gegensatz zu den *Belastungen* gilt für die *Ressourcen*, dass hohe Ausprägungen einen positiven Wert darstellen. Insofern wären als kritische Werte die Werte anzusehen, die unterhalb des Wertes „3“¹⁹ liegen.

Zunächst zeigt sich generell (vgl. Abb. 3.3), dass die Arbeit in Krankenhäusern und Altenheimen qualitativ anspruchsvoll und vielfältig ist und sowohl durch Vorgesetzte als auch durch die Kolleg(inn)en unterstützt wird. Jedoch könnten der zeitliche Hand-

¹⁹ Der Wert „3“ ist bei der 5-stufigen Skala der Skalenmittelpunkt mit der Ausprägung „trifft mittelmäßig zu“.

lungsspielraum und die Beteiligungsmöglichkeiten ausgebaut werden. Beide zeigen Handlungsbedarf.

Altersspezifische Unterschiede zeigen sich uneinheitlich. Während die soziale Unterstützung mit zunehmendem Alter (statistisch bedeutsam) abnimmt²⁰, nehmen ältere Beschäftigte ihre Handlungsspielräume²¹ eher größer wahr.

Befinden

In diesem Bereich sollten die Beschäftigten ihr psychosoziales Befinden einschätzen, um die potenziellen Wirkungen der Arbeit auf das psychosoziale Befinden der Beschäftigten – insbesondere von älteren Beschäftigten – zu erfassen.

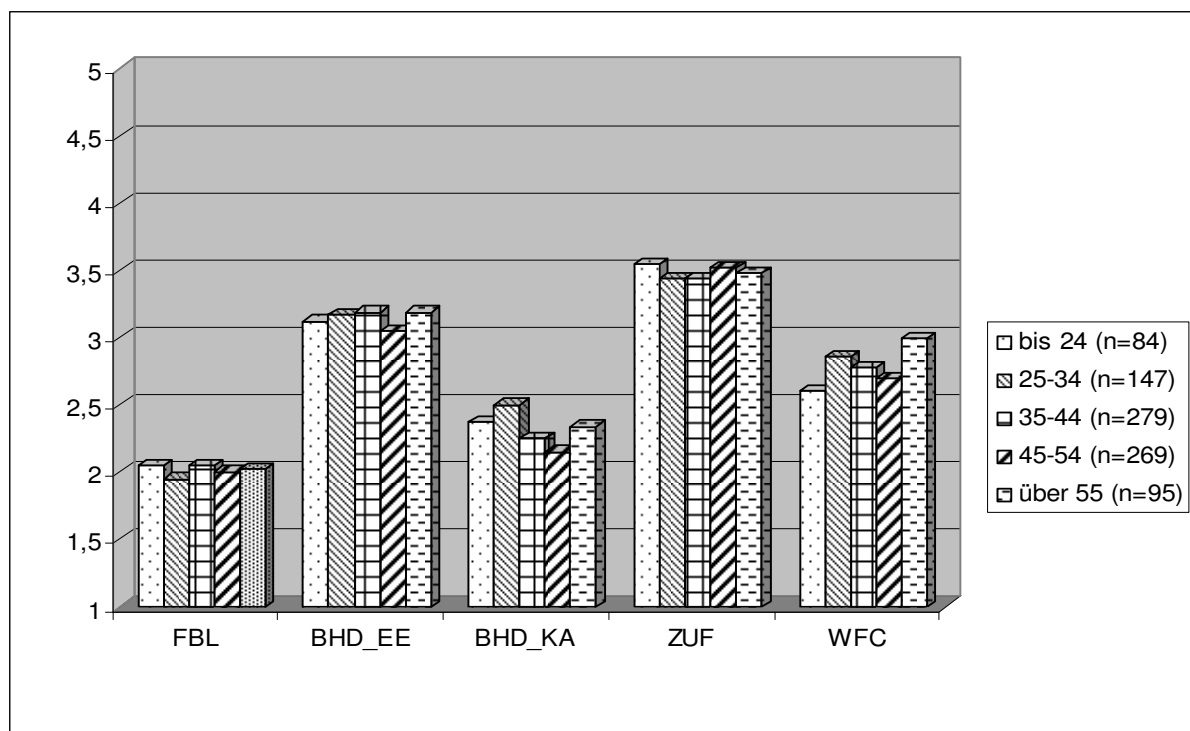


Abbildung 3.4: Befinden 2007

Legende:

FBL=Freiburger Beschwerdeliste (5-stufige-Skala, Auftreten psychosomatischer Beschwerden, 1=nie, 5=fast täglich);

BHD=Beanspruchungsscreening für Humandienstleistungen (EE=Emotionale Erschöpfung; KA=Klientenaversion; 7-stufige-Skala, 1=völlig unzutreffend, 7=völlig zutreffend; n=731)²²;

ZUF=Arbeitszufriedenheit (5-stufige-Skala, 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden);

WFC=Work-Family-Conflict (5-stufige-Skala, 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu).

²⁰ Die Mittelwerte (jeweils in Klammern) der *sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte* (SUV) für die Altersgruppen sind: bis 24 (aM=3,73); 25-34 (aM=3,67); 35-44 (aM=3,58); 45-54 (aM=3,45); über 55 (aM=3,23). Die Mittelwerte der *sozialen Unterstützung durch Kollegen* (SUK) sind: bis 24 (aM=4,09); 25-34 (aM=4,00); 35-44 (aM=3,93); 45-54 (aM=3,84); über 55 (aM=3,64).

²¹ Die Mittelwerte für den *zeitlichen Spielraum* (HSPZ) für die Altersgruppen sind: bis 24 (aM=2,65); 25-34 (aM=2,72); 35-44 (aM=2,76); 45-54 (aM=2,81); über 55 (aM=2,86). Beim *Spielraum Vorgehen* (HSPV) sind die Mittelwerte für die Altersgruppen: bis 24 (aM=2,93); 25-34 (aM=3,13); 35-44 (aM=3,06); 45-54 (aM=3,05); über 55 (aM=3,18).

²² Da bei dieser Skala die Werte nicht über „5“ gingen, wurden diese Werte hier aus Darstellungsgründen auf einer „5-stufigen Skala“ abgetragen.

In der Auswertung der Befindensdaten ergibt sich ein tendenziell positives Bild (vgl. Abb. 3.4). Die *psychosomatischen Beschwerden* sind insgesamt eher gering ausgeprägt, die durchschnittliche *Arbeitszufriedenheit* wird mit eher zufrieden angegeben und der *Konflikt Beruf-Familie* wird ebenfalls als tendenziell gering angegeben. Allenfalls die *Emotionale Erschöpfung* ist etwas höher ausgeprägt und deutet Handlungsbedarf an. Da dieser Aspekt des Burnouts auch in den vorliegenden Daten bedeutsam mit dem *Zeitdruck* ($r=.55^{23}$) und den *anderen Belastungsdimensionen* (Qual. Überforderung $r=.41$, Unsicherheit $r=.37$, Qual. Unterforderung $r=.25^{24}$) korreliert, ist hier die Richtung einer notwendigen Veränderung angebbbar, nämlich wesentlich der Abbau des Zeitdrucks.

Bei genauerer Betrachtung der *psychosomatischen Beschwerden* zeigen sich jedoch Auffälligkeiten.

So klagten fast 30 Prozent der Beschäftigten alle paar Tage oder täglich über *Rückenschmerzen* (vgl. Abb. 3.5; Datenreihe „Total“). Besonders deutlich zeigen sich diese Beschwerden bei den Altenpfleger(inne)n und -pflegehelfer(inne)n, aber auch bei den Hebammen, Krankenpflegehelfer(inne)n und Arzthelfer(inne)n (vgl. Abb. 3.4). Hier klagen zum Teil mehr als 50 Prozent über Rückenschmerzen zumindest alle paar Tage. Dies ist – mit Ausnahme der Besonderheit der Hebammen – nicht verwunderlich, da diese Berufsgruppen im Rahmen der allgemeinen Pflege insbesondere mit den körperlich beanspruchenden Aufgaben wie Umbetten, Mobilisieren etc. der Patient(inn)en betreut sind.

²³ „r“ steht für Produkt-Moment-Korrelation.

²⁴ Die Korrelationen sind bei $n=870$ hochsignifikant ($p=.000$).

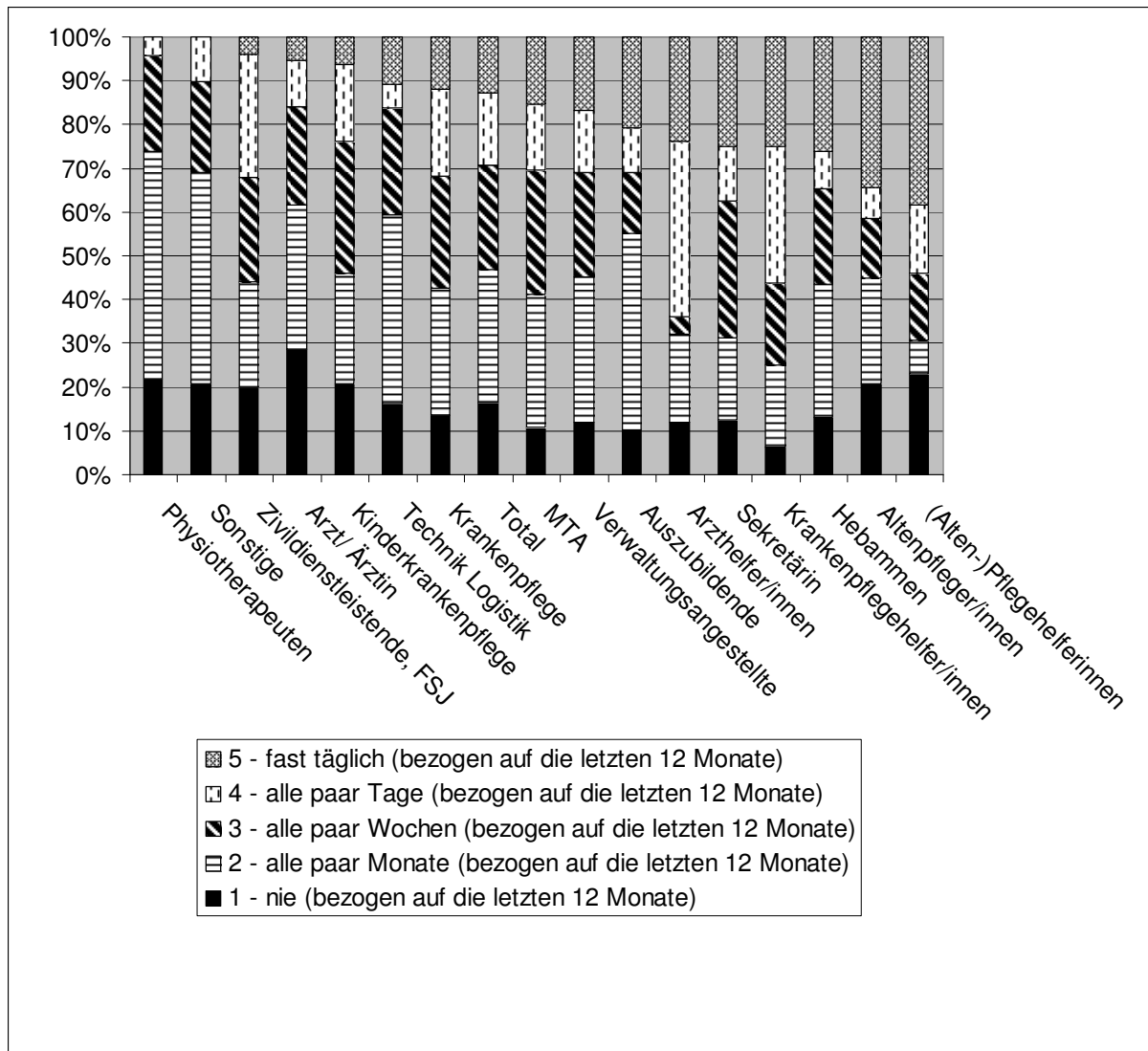


Abbildung 3.5: Rückenbeschwerden bei verschiedenen Berufsgruppen

Darüber hinaus haben weitere Auswertungen gezeigt, dass mehr als 30 Prozent der Beschäftigten sich fast täglich oder alle paar Tage (den Tag über) müde und zerschlagen fühlten und mehr als 25 Prozent der Beschäftigten berichteten über tägliche oder häufigere Schlafstörungen. Bei den älteren Beschäftigten über 55 Jahre waren diese Beschwerden sogar noch stärker ausgeprägt und erreichten in allen Fällen Werte deutlich über 30 Prozent.

Alterspezifische Effekte lassen sich in den Befindensdaten wiederum kaum feststellen. Nur bei dem *Konflikt Beruf-Familie* zeigen sich etwas höhere (statistisch bedeutsame) Werte bei den Beschäftigten über 55 Jahre²⁵. Hier ließe sich vermuten, dass diese zunehmend für die Betreuung der Elterngeneration herangezogen werden.

²⁵ Die Mittelwerte bei dem *Konflikt Beruf-Familie* für die jeweiligen Altersgruppen sind: bis 24 (aM=2,60); 25-34 (aM=2,86); 35-44 (aM=2,78); 45-54 (aM=2,70); über 55 (aM=2,99).

Altersunterschiede bei verschiedenen Berufsgruppen

In den bisherigen Auswertungen konnten nur wenige statistisch abgesicherte altersspezifische Effekte festgestellt werden und wenn, dann sind diese kaum in die Richtung zu werten, dass ältere Beschäftigte insgesamt mehr Belastungen oder eine schlechtere psychosoziale Gesundheit aufweisen. Ältere Beschäftigte nehmen in der Tendenz ihre Arbeit nicht als belastender wahr, die Ressourcen werden – mit Ausnahme der sozialen Unterstützung – eher höher eingeschätzt und das Befinden entspricht in etwa dem der jüngeren Beschäftigten.

Dabei ist allerdings einschränkend zu berücksichtigen, dass in unseren Untersuchungen der so genannte „Healthy-Worker-Effect“ nicht kontrolliert werden konnte, d. h. wir wissen nicht, ob und wie viele Beschäftigte schon aus dem Erwerbsleben (bzw. bei der Diako) ausgeschieden sind mit der Folge, dass sich bei den älteren Beschäftigten nur noch die gesünderen und belastungsresistenteren Beschäftigten finden.

Dieses Fazit bestätigt sich im Übrigen auch, wenn man sich die Erwartungen und die Arbeitsstrategien der Beschäftigten ansieht. Hier gibt es nur wenige statistisch abgesicherte und letztlich kaum bedeutsame Unterschiede: So legen jüngere Beschäftigte erwartungsgemäß mehr Wert auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wohingegen ältere Beschäftigte ihre Arbeitsstrategien günstiger einschätzen (indem sie etwa angeben, dass ihnen eher Alternativen einfallen, wenn es bei der Arbeit nicht so gut läuft).

Um das genannte Fazit abzusichern, wurden in einem weiteren Schritt detaillierte Analysen für die Bereiche *Krankenpflege* und *ärztliche Tätigkeiten* gemacht, da diese hinreichend groß waren, um ggf. statistisch abgesicherte (Alters-)Gruppeneffekte nachzuweisen. Auch bei diesen Analysen zeigten sich keine klaren altersspezifischen Effekte. In der Tendenz²⁶ ergab sich das gleiche Bild wie es sich auch schon über alle Berufsgruppen gezeigt hatte.

Bei den Krankenpflegern und Krankenschwestern (n=339) war im Vergleich zum Gesamtergebnis bei den jüngeren und den älteren Beschäftigten die *Emotionale Erschöpfung* etwas höher (aM=3,5 bei den jüngeren und aM=3,4 bei den älteren); die *Belastungen* entsprachen weitgehend dem Bild des Gesamtergebnisses. Bei den *Ressourcen* bewerteten die älteren Beschäftigten im Vergleich zu dem Gesamtergebnis sowohl den Handlungsspielraum (Zeit: aM=3,0 und Vorgehen: aM=3,15) als auch die Aufgabenvielfalt (aM=4,18) und die Beteiligung (aM=3,01) höher.

Bei den Ärzt(inn)en (n=94) entsprach das *psychosoziale Befinden* weitgehend dem Gesamtergebnis. Die *psychosomatischen Beschwerden* wurden etwas geringer (FBL aM=1,8), die *Emotionale Erschöpfung* (aM=3,5) sowie der *Konflikt Beruf-Familie* (WFC aM=3,5) wurden demgegenüber etwas höher eingeschätzt. Ältere Beschäftigte bewerteten die *Patientenaversion* niedriger (aM=2,23), dafür den *Konflikt Beruf-Familie* etwas höher (aM=3,5). Bei den *Belastungen* bewerteten die jüngeren Ärzte/Ärztinnen die *qualitative Überforderung* (aM=2,78) und die *Unsicherheit* (aM=3,17) etwas höher, wohingegen die älteren Ärzte/Ärztinnen bei den *Ressourcen* mehr Spielraum (HSPV aM=3,47) und qualitative Anforderungen (aM=4,77) im Vergleich zu dem Gesamtergebnis sehen.

²⁶ Die genannten Unterschiede lassen sich nur ausnahmsweise auch statistisch nachweisen.

3.1.2.2 Beschäftigtenbefragung 2009

Stichprobe

Die Stichprobe der Beschäftigtenbefragung 2009 lässt sich wie folgt kennzeichnen:

- Es haben 447 *Frauen* (78 Prozent) und 123 *Männer* (22 Prozent) geantwortet²⁷.
- 68 Prozent der Beschäftigten arbeiteten *Schichtdienst*, davon knapp 50 Prozent mit Nachtschicht/Nachtwache oder ausschließlich Nachtschicht.
- Es wurden wiederum alle *Berufsgruppen* des Krankenhauses berücksichtigt. Aufgrund organisatorischer Veränderungen konnten allerdings die Berufsgruppen in der Altenpflege und Hospizarbeit nur am Rande einbezogen werden, so dass hier die Ergebnisse nur mit Vorsicht interpretiert werden können.
- Die *Altersverteilung* der Stichprobe ist wie folgt:
 - bis 24 Jahre: n=32 (5,6 Prozent)
 - 25-34 Jahre: n=103 (18,0 Prozent)
 - 35-44 Jahre: n=176 (30,8 Prozent)
 - 45-49 Jahre: n=104 (18,2 Prozent)
 - 50-54 Jahre: n=79 (13,8 Prozent)
 - über 55 Jahre: n=76 (13,3 Prozent).

Im Vergleich zur Befragung 2007 konnten in dieser Untersuchung die Altersgruppen differenzierter untersucht werden, da die Betriebsparteien auch einer altersdifferenzierteren Betrachtung zustimmen konnten. Darüber hinaus konnte auch das Jobalter erfasst werden. Die Beschäftigten dieser Studie waren durchschnittlich knapp 16 Jahre in dem Beruf bzw. mit dieser Tätigkeit beschäftigt.

Die Altersverteilung dieser Stichprobe entspricht ebenfalls weitgehend der Alterszusammensetzung der Diako.

²⁷ Differenzen zu den abgegebenen 571 Fragebögen ergeben sich wieder, wenn keine Angaben gemacht wurden.

Belastungen

Auch bei dieser Untersuchung wurden die schon genannten Skalen verwendet (vgl. Kap. 3.1.1).

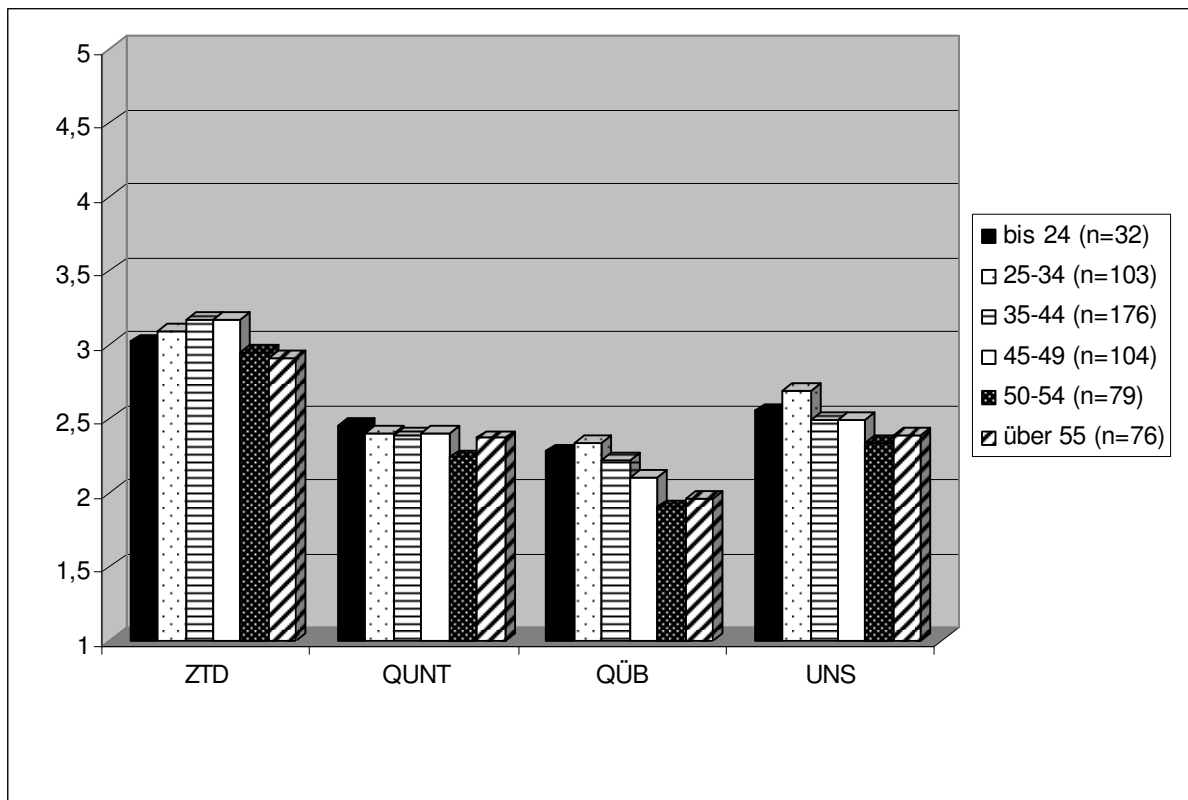


Abbildung 3.6: Belastungen 2009

Legende:

5-stufige-Skalen, 1=trifft nicht zu/keine Belastung, 5=trifft sehr zu/hohe Belastung;
ZTD=Zeitdruck, QUNT=Qualitative Unterforderung, QÜB=Qualitative Überforderung,
UNS=Unsicherheit.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen weitgehend die Ergebnisse der Befragung 2007. So ist beispielsweise auch 2009 der *Zeitdruck* kritisch zu sehen, wenn gleich sich hier keine bedeutsamen Unterschiede mehr zwischen den Altersgruppen zeigen. Darüber hinaus gaben in beiden Befragungen ältere Beschäftigte tendenziell weniger Belastungen an²⁸.

Ressourcen

Ähnlich wie im Jahr 2007 bleibt bei der Befragung 2009, dass die Arbeit im Krankenhaus von den Beschäftigten als anspruchsvoll und vielfältig eingeschätzt und die soziale Unterstützung durch Kolleg(inn)en und Vorgesetzte als hoch bewertet wird.

Die altersspezifischen Aspekte sind auch hier uneinheitlich. Tendenziell zeigt sich eine leichte Abnahme bei den älteren Beschäftigten, die sich aber nicht wirklich statistisch absichern lässt.

²⁸ Wenn es nicht anders angegeben oder formuliert wird, dann sind die berichteten Unterschiede in der Regel statistisch nicht bedeutsam.

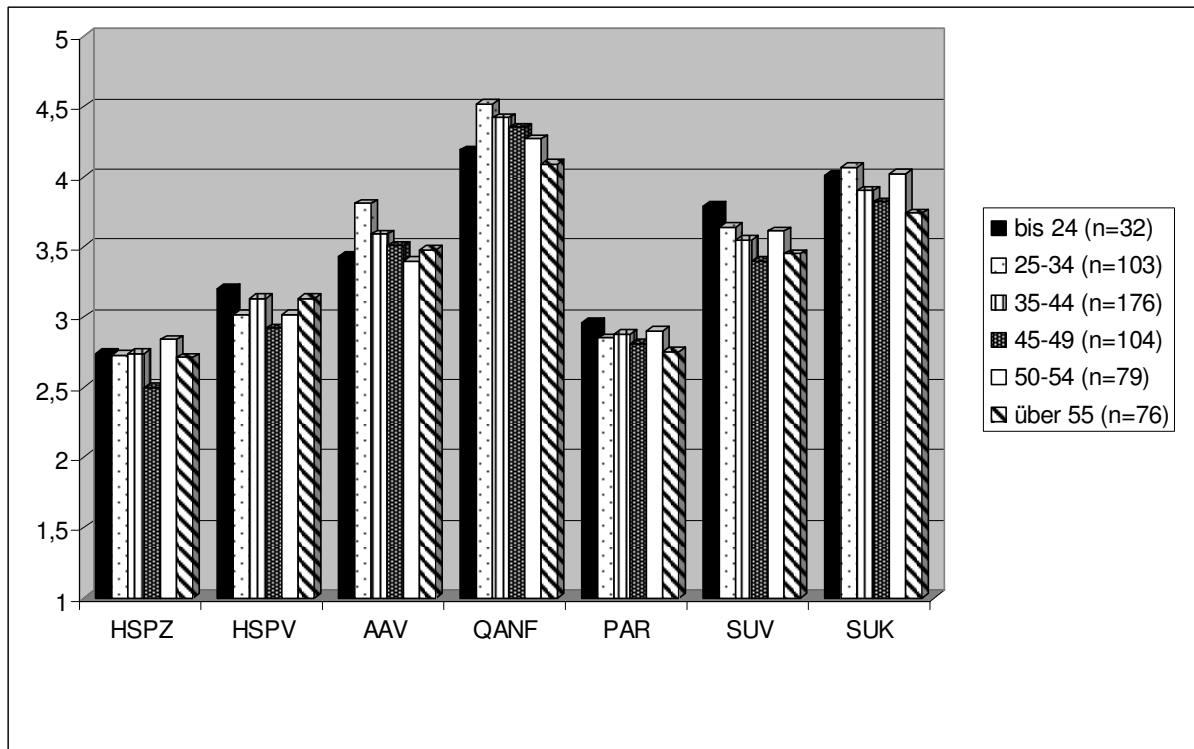


Abbildung 3.7: Ressourcen 2009

Legende:

5-stufige-Skalen, 1=trifft nicht zu/geringe bis keine Ressourcen, 5=trifft sehr zu/hohe Ressourcen; HSPZ=Handlungsspielraum Zeit, HSPV=Handlungsspielraum Vorgehen, AAV= Aufgabenvielfalt, QANF=Qualifikationsanforderungen, PAR=Beteiligung, SUV=Soziale Unterstützung Vorgesetzte, SUK=Soziale Unterstützung Kollegen.

Befinden

Das Befinden wurde mit den gleichen Skalen wie 2007 gemessen. Hinzu genommen wurde aber eine Kurzfassung des Arbeitsbewältigungsindex (vgl. Anhang A7), da mit diesem Konzept und Index erhofft wurde, weitere Veränderungen im Laufe des Arbeitslebens feststellen zu können (vgl. z. B. Ilmarinen, 2004).

Auch 2009 zeigt sich ein grundsätzlich positives Bild. Die *psychosomatischen Beschwerden* sind nach wie vor gering und die *Zufriedenheit* eher positiv ausgeprägt.

Das Ausmaß der *Emotionalen Erschöpfung* entspricht dem der ersten Befragung, befindet sich also erneut auf einem gestaltungsbedürftigen Niveau.

Darüber hinaus zeigen sich sowohl bei der *Vereinbarkeit von Beruf und Familie (WFC)* – im Unterschied zur Befragung 2007 – als auch beim *Arbeitsbewältigungsindex (ABI)* altersspezifische Effekte. Mit zunehmendem Alter sinkt (erwartungsgemäß) der *Konflikt von Beruf und Familie*²⁹. Gleiches trifft für die *Fähigkeit zur Bewältigung der Arbeit*³⁰ zu. Diese sinkt ebenfalls mit zunehmendem Alter, wobei sie bei den Personen über 55 Jahre auf einem guten Niveau bleibt. Dies gilt auch für die von den

²⁹ Die Mittelwerte der *Konflikts Beruf-Familie (WFC)* sind für die jeweiligen Altersgruppen: bis 24 (aM=1,93); 25-34 (aM=2,93); 35-44 (aM=2,77); 45-49 (aM=2,71); 50-54 (aM=2,72); über 55 (aM=2,69).

³⁰ Die Mittelwerte des *Arbeitsbewältigungsindex (ABI)* für die jeweiligen Altersgruppen: bis 24 (aM=1,93); 25-34 (aM=1,61); 35-44 (aM=1,77); 45-49 (aM=1,79); 50-54 (aM=1,69); über 55 (aM=2,15).

Befragten eingeschätzte Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Nacht- und Schichtarbeit. Auf einer 5-stufigen Skala (1=sehr schlecht, 5=sehr gut) schätzen die über 55-Jährigen ihre Fähigkeit zur Bewältigung der Nacht- und Schichtarbeit (aM=2,89) schlechter ein als die Jüngeren (bis 24 Jahre aM=3,65, bis 34 Jahre aM=3,61). Die generellen Empfehlungen insbesondere zur Gestaltung der Nachtarbeit (vgl. Beermann, 2005; Sczesny, 2007) gelten hiermit vor allem für ältere Beschäftigte.

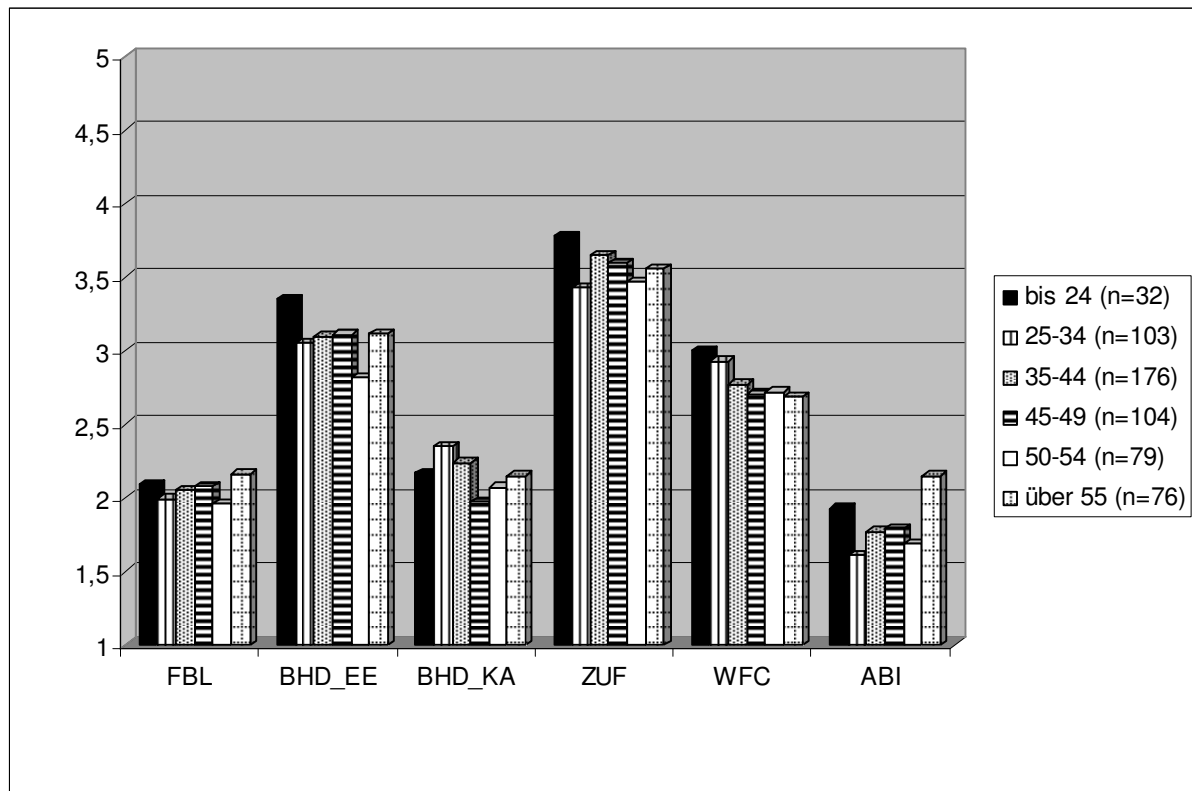


Abbildung 3.8: Befinden 2009

Legende:

FBL=Freiburger Beschwerdeliste (5-stufige-Skala, Auftreten psychosomatischer Beschwerden, 1=nie, 5=fast täglich);

BHD=Beanspruchungsscreening für Humandienstleistungen (EE=Emotionale Erschöpfung; KA=Klientenaversion; 7-stufige-Skala, 1=völlig unzutreffend, 7=völlig zutreffend; n=491)³¹;

ZUF=Arbeitszufriedenheit (5-stufige-Skala, 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden);

WFC=Work-Family-Conflict (5-stufige-Skala, 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu);

ABI=Arbeitsbewältigungsindex (1=sehr gut, 2=gut, 3=Mäßig, 4=Kritisch).

Altersunterschiede bei verschiedenen Berufsgruppen

Bei beiden Untersuchungen (2007, 2009) konnten keine eindeutigen altersspezifischen Effekte festgestellt werden. Dies zeigt sich im Wesentlichen bei den detaillierten Analysen für die Bereiche *Krankenpflege* und *ärztliche Tätigkeiten*.

Im Vergleich zum Gesamtergebnis sind bei der Untersuchung 2009 bei den Krankenpflegern und Krankenschwestern (n=219) über 55 Jahre die *Psychosomatischen Beschwerden* (FBL aM=2,4) sowie die *Emotionale Erschöpfung* (aM=3,4) etwas hö-

³¹ Da bei dieser Skala die Werte nicht über „5“ gingen, wurden diese Werte hier aus Darstellungsgründen auf einer „5-stufigen Skala“ abgetragen.

her als bei den jüngeren Beschäftigten³². Dies gilt gleichermaßen für den *Arbeitsbewältigungsindex* (aM=2,4); hier zeigt sich ebenfalls ein statistisch bedeutsamer Effekt, d. h. ältere Beschäftigte unterscheiden sich von jüngeren Beschäftigten durch eine leicht verschlechterte Arbeitsbewältigung³³. Die *Belastungen* entsprechen wiederum weitgehend dem Bild des Gesamtergebnisses. Bei den *Ressourcen* bewerten die älteren Beschäftigten im Vergleich zu dem Gesamtergebnis – und im Gegensatz zur Befragung 2007 – den *Handlungsspielraum* (Zeit: aM=2,4 und Vorgehen: aM=2,8) und die *Beteiligung* (aM=2,6) niedriger³⁴.

Bei den Ärzt(inn)en (n=66)³⁵ ist das *psychosoziale Befinden* tendenziell besser als bei der Gesamtstichprobe. Die *Psychosomatischen Beschwerden* (FBL aM=1,8) einschließlich die *Emotionale Erschöpfung* (aM=3,1) wurden etwas geringer und die *Arbeitsfähigkeit* (aM=1,75) günstiger eingeschätzt. Bei den *Belastungen* geben Ärzte/Ärztinnen im Altersbereich von 35-49 Jahren höheren *Zeitdruck* (aM=3,2 bzw. aM=3,5) an³⁶; bei älteren Beschäftigten finden sich ebenfalls geringere Werte bei den anderen drei Skalen (Qualitative Unter- und Überforderung, Unsicherheit). Bei den *Ressourcen* entsprechen die Ergebnisse bei den Ärzt(inn)en weitgehend der Gesamtstichprobe, wobei tendenziell die *Ressourcen* von den Ärzt(inn)en etwas höher eingeschätzt werden; im Gegensatz dazu bewerten jüngere Ärzt(inn)en allerdings ihre *Handlungsspielräume* im Vergleich zur Gesamtstichprobe und im Vergleich zu den älteren Ärzt(inn)en als etwas geringer ein.

Exkurs: Motivation älterer Beschäftigter

In der Befragung 2007 zeigten sich nur wenige Unterschiede in den *Erwartungen* und der *Motivation der Beschäftigten*. In einer weiteren kleinen Studie³⁷ wurde mit einer etwas anderen Methodik überprüft, ob die Motivation älterer Beschäftigter nicht doch Unterschiede aufweist. Anlass hierzu waren die Arbeiten von Ilmarinen (2004) bzw. Ilmarinen und Tempel (2002), die der Motivation eine wesentliche Rolle für die Arbeitsfähigkeit eines Individuums beimessen und die Arbeit von Kanfer und Ackermann (2004), die darauf hingewiesen haben, dass sich mit zunehmendem Alter die Motivation verändert, indem Ziele reorganisiert werden und sich die Bedeutung der Motive verändert. Auch wenn die Motivation sich insgesamt nicht verändert, kommt es zu einer Verschiebung: einzelne Motive verlieren, andere gewinnen an Gewicht.

Darüber hinaus gab es auch in den Untersuchungen des GAbi-Projektes immer wieder (unsystematische) Hinweise, dass bei älteren Beschäftigten weniger das Problem darin besteht, ob sie eine Arbeit ausführen können, sondern eher, ob sie diese

³² Die entsprechenden Werte bei den jüngeren Beschäftigten (bis 24 bzw. 25-34 Jahre) sind: *FBL* aM=1,80 bzw. aM=2,01; *Emotionale Erschöpfung* aM=3,15 bzw. aM=3,10; *ABI* aM=1,75 bzw. 1,70.

³³ Dieses Ergebnis entspricht den Ergebnissen der NEXT-Studie (z. B. Hasselhorn & Müller, 2004). Auch hier geht die Arbeits(bewältigungs)fähigkeit im Altersverlauf zurück. Berger und Zimmer (2004) zeigen dabei für den Bereich der Altenpflege, dass dieses jedoch nur dann gilt, wenn die Arbeitssituation als „unterdurchschnittlich“ bewertet wird.

³⁴ Die Ergebnisse für die jüngeren Beschäftigten (bis 24 bzw. 25-34 Jahre) sind hier: *Handlungsspielraum Zeit* aM=2,52 bzw. aM=2,92; *Handlungsspielraum Vorgehen* aM=3,33 bzw. aM=3,11; *Beteiligung* aM=3,37 bzw. aM=2,92.

³⁵ Die folgenden Aussagen sind insofern mit Vorsicht zu interpretieren, da die jeweiligen Altersgruppen relativ klein sind. So finden sich in der Gruppe der 45-49-jährigen nur 11 Personen, in der Gruppe der 50-54-jährigen 7 und in der letzten Altersgruppe lediglich 4 Arbeitende.

³⁶ Bei den älteren Beschäftigten über 50 Jahre ist der *Zeitdruck* nur aM=2,50.

³⁷ Die Daten basieren auf der Masterarbeit von Julia Büttner.

unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen (z. B. Schichtarbeit) noch ausführen wollen³⁸.

Im Rahmen des GAbi-Projektes wurden 17 Krankenpflegekräfte (unterschiedlicher Stationen) deshalb ausführlicher hinsichtlich ihrer Arbeitsmotivation befragt. Nach der Dauer ihrer Berufserfahrung wurden die Personen in drei verschiedene Gruppen eingeteilt³⁹, um in der Auswertung mögliche altersspezifische Unterschiede feststellen zu können.

Den Interviewpartnern wurden zunächst 12 „Motive“⁴⁰ – visualisiert auf Tonpapierkarten – in zufälliger Reihenfolge vorgestellt und erläutert. Im Anschluss daran wurden sie gebeten, die drei für sie persönlich wichtigsten Motive auszuwählen. Von den 17 Befragten wurden die drei Motive *Kollegen/Team*, *Arbeitsklima im Unternehmen* und *Tätigkeit* insgesamt am häufigsten genannt (absolute Nennungen). Offensichtlich spielen für alle Befragten die sozialen Bedingungen am Arbeitsplatz und in der Organisation eine ebenso große Rolle wie die Tätigkeit selbst.

Mit Blick auf die unterschiedlichen Gruppen zeigen sich aber auch interessante Unterschiede, die zwar nicht überinterpretiert werden sollten, aber dennoch Tendenzen zeigen (vgl. Abb. 3.9).

³⁸ Eine Ärztin drückte dieses in einem Workshop folgendermaßen aus: „20 Jahre Schichtarbeit sind genug. Ich kann das zwar noch, aber ich will das eigentlich nicht mehr!“

³⁹ Gruppe 1: Berufserfahrung 1 bis 3 Jahre nach Ausbildungsende (5 Personen); Gruppe 2: Berufserfahrung 8 bis 12 Jahre (6 Personen); Gruppe 3: mindestens 15 Jahre Berufserfahrung und Lebensalter über 55 Jahre (6 Personen).

⁴⁰ Bei den 12 Motiven handelt es sich um 1. Kollegen/Team, 2. Arbeitszeit, 3. Arbeitsklima, 4. Identifikation mit dem Unternehmen, 5. Tätigkeit selbst, 6. Vorteile/Vergünstigungen, 7. Anerkennung durch den Vorgesetzten, 8. Entwicklungsmöglichkeiten, 9. Mitbestimmung, 10. Gehalt, 11. Spielraum, 12. Rahmenbedingungen.

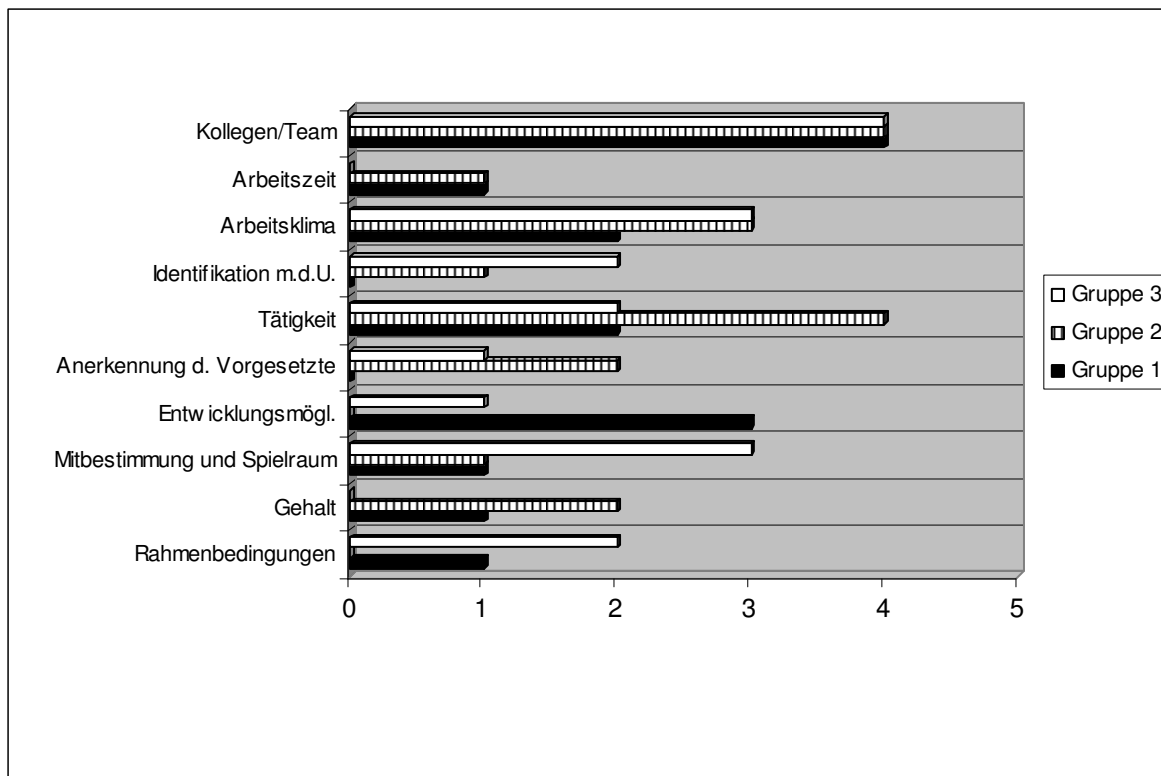


Abbildung 3.9: Motive verschiedener Altersgruppen

Legende:

Auf der x-Achse sind die Anzahl der Nennungen abgetragen. In der Abbildung sind nur 10 Motive abgetragen, da *Vergünstigungen* überhaupt keine Rolle spielten und *Mitbestimmung und Spielraum* von den Befragten als gleich angesehen wurden. Zu den Gruppen siehe Text.

Interessant ist, dass die dritte Gruppe mit viel Erfahrung offensichtlich dem *Arbeitsklima*, *Mitbestimmung und Spielraum*, der *Identifikation mit dem Unternehmen* und den allgemeinen *Rahmenbedingungen* einen größeren Bedeutung für ihre Motivation beimessen, während *Arbeitszeit* und *Gehalt* nicht (mehr) im Vordergrund stehen.

Über die derzeitigen Arbeitsmotive hinausgehend wurden die Interviewpartner auch nach ihren Beweggründen für die einstige Berufswahl und über mögliche Beweggründe für einen Arbeitgeberwechsel bzw. Berufswechsel (*Ausstiegsmotivation*) befragt. Zunächst gaben die Befragten an, dass die persönlichen Motive, die sie einst zu der Wahl des Berufes bewegten, auch heute noch von Bedeutung sind und sie bestärken, in dem Beruf zu bleiben (*Bleibemotivation*): Diese sind *sozialer Kontakt* (Umgang mit Patient(inn)en und Kolleg(inn)en), *Bestätigung durch die Dankbarkeit der Patient(inn)en*, *Gefühl der Sinnhaftigkeit* sowie die *Vielseitigkeit der Tätigkeit*.

Als mögliche Beweggründe zu einem Arbeitgeberwechsel bzw. Berufswechsel (*Ausstiegsmotivation*) wurden *Stress* („immer mehr Patient(inn)en in ganz kurzer Zeit“), *Personalmangel*, „heimlicher“ *Personalabbau*⁴¹, die *körperliche Belastung* und *Zusatzbelastungen* (vorwiegend der angestiegene Betreuungsumfang der Angehörigen) genannt. Die Ergebnisse entsprechen der NEXT-Studie (vgl. Hasselhorn et al., 2005), die Gründe für die *Ausstiegsmotivation* von Pflegekräften untersucht hat. Neben der mangelnden professionellen Perspektive werden hier die *Arbeitsorganisation*

⁴¹ Gemeint ist hier, dass freie Stellen einfach nicht nachbesetzt werden.

und die Gesundheit als wesentliche Gründe für die Ausstiegsmotivation genannt. Bei den Ergebnissen des GAbi-Projektes zeigt sich im Übrigen auch, dass die Probleme und die Ausstiegsmotivation eher von Beschäftigten mit wenig und mittlerer Erfahrung thematisiert wurden.⁴²

Im weiteren Verlauf der Untersuchung wurde schließlich den 17 Interviewpartnern die Frage gestellt, was an ihrem Arbeitsplatz konkret verändert werden müsste, um ihre Motivation zu steigern. Erstaunlich war hierbei, dass die Befragten eine Vielzahl belastungsreduzierender Maßnahmen nannten (z. B. Verbesserung der Personalsituation, Verringerung der Störungen durch Bündelung administrativer und organisatorischer Aufgaben, Reduktion von Störquellen), die sie gleichzeitig als motivationssteigernd ansahen. Damit zeigt sich erneut die besondere Bedeutung, die der Gesundheit für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Motivation beigemessen wird.

3.1.2.3 Vergleich der beiden Befragungen

Vergleicht man die beiden Befragungen (2007, 2009) miteinander, dann zeigen sich zu beiden Zeitpunkten weitgehend übereinstimmende Bilder. Nur beim „Zeitdruck“ hat eine leichte Veränderung von $aM=3,26$ im Jahr 2007 zu $aM=3,08$ im Jahr 2009 stattgefunden. Zu beiden Zeitpunkten zeigen sich kaum – statistisch abgesicherte – altersspezifische oder -kritische Effekte⁴³. In der Tendenz wird deutlich, dass ältere Beschäftigte eher weniger *Belastungen* und mehr *Ressourcen* angeben. Beim psychosozialen Befinden zeigen sich nur beim *Arbeitsbewältigungs-Index* altersspezifische Effekte in der Richtung, dass ältere Beschäftigte ihre Arbeitsfähigkeit etwas schlechter als jüngere Beschäftigte einschätzen. Aber auch hier dürfte das kalendarische Alter nur eine untergeordnete Rolle spielen, da beim *Arbeitsbewältigungs-Index* die Belastungsdimensionen deutlich mehr Varianz aufklären als das kalendarische Alter⁴⁴.

Die Ergebnisse bestätigen sich auch, wenn man die Personen ($n=208$) betrachtet, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben. Auch hier zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Veränderungen.

Kritisch muss somit festgehalten werden, dass die Ergebnisse keine wesentlichen Veränderungen über den Projektverlauf zeigen, so dass keine positiven Effekte der von dem Projekt initiierten Maßnahmen festgestellt werden können. Dies liegt zum einen daran, dass Maßnahmen nicht oder nur zögerlich angegangen werden konnten bzw. sich derzeit noch in der Umsetzung befinden. Zum anderen liegt es daran, dass die Ausgangssituation im Jahr 2007 in Bezug auf Belastungen, Ressourcen und das

⁴² Hierfür gibt es unterschiedliche Erklärungsmöglichkeiten. Im Sinne eines „Healthy worker effects“ könnte dies dadurch erklärt werden, dass erfahrenere Pflegekräfte, die sich noch in der Institution befinden, auch bessere Arbeitsbedingungen haben oder dass die verbleibenden Pflegekräfte die Gesünderen sind, während die weniger Gesunden ausscheiden. In Bezug auf die Ausstiegsmotivation kann auch ein Selektionseffekt vorliegen, wenn die Dienstälteren mit einer hohen Ausstiegsmotivation inzwischen Wege und Mittel für den Ausstieg aus dem Beruf aufgetan haben..

⁴³ Auch hier lässt sich noch einmal der Bezug zu Berger und Zimber (2004) herstellen, die ebenfalls auf verschiedenen Dimensionen zeigen konnten, dass das Lebensalter nur eine untergeordnete Rolle spielt. Vor größerer Bedeutung sind zumindest in der Altenpflege die Qualität der Arbeitssituation und das Jobalter.

⁴⁴ Bei einer schrittweisen Regression mit den Prädiktoren *Zeitdruck*, *Qual. Unterforderung*, *Qual. Überforderung*, *Unsicherheit* und *Alter* und *ABI* als Kriterium ergibt sich für die Variablen *Zeitdruck*, *Qual. Überforderung* und *Alter* ein $R=.413$, wobei sich durch die Aufnahme des Alters nur noch eine Veränderung von $R=.371$ auf $R=.413$ zeigt.

Befinden eher als günstig bezeichnet werden kann, wodurch deutliche Verbesserungen nur schwer zu erzielen sind.

3.1.2.4 Situation in der Altenpflege

Auch wenn es nicht möglich ist, altersspezifische Effekte im Bereich der Altenpflege festzustellen, so soll dennoch kurz auf die besondere Situation in der Altenpflege eingegangen werden.

Vergleicht man die Ergebnisse der Altenpfleger(innen) und Altenpflegerhelfer(innen) mit der Gesamtstichprobe⁴⁵, so zeigen sich in beiden Untersuchungen Abweichungen. Zu beiden Befragungszeitpunkten sind beispielsweise die *Belastungen* (Zeitdruck, qualitative Unterforderung, qualitative Überforderung) etwas höher, während die *Aufgabenvielfalt* und die *soziale Unterstützung* durch Vorgesetzte und Kollegen geringer angegeben werden. Auch die emotionale Erschöpfung scheint in den Altenheimen leicht erhöht gegenüber der Gesamtstichprobe⁴⁶.

3.1.3 Interviews betrieblicher Expert(inn)en

Im Jahr 2007 wurden 20 Personen in Leitungs- und Schlüsselpositionen interviewt, die in der Regel über langjährige Erfahrungen in der Diako und über einen entsprechenden Überblick nicht nur ihres jeweiligen Arbeitsbereiches verfügten. Das Interview wurde als halbstrukturiertes Interview mit einem entsprechenden Interviewleitfaden geführt (vgl. Anhang A1) und dauerte jeweils ca. 45 Minuten. Das Interview wurde aufgenommen und verschriftlicht; parallel dazu wurde ein Interviewprotokoll erstellt.

Der Interviewleitfaden beinhaltete – mit besonderem Blick auf ältere Beschäftigte – neben einleitenden und abschließenden Anmerkungen zum Interview und den Rahmenbedingungen folgende Fragebereiche:

- Einstiegsfragen zum Arbeitsbereich
- Qualitative Überforderung (hier insbesondere alterskritische Tätigkeiten, die durch ältere Beschäftigte nicht ausgeführt werden können)
- Quantitative Überforderung/Zeitdruck (z. B. Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Beschäftigten)
- Alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung (z. B. unterschiedliche Leistungsfähigkeit, unterschiedliche Erwartungen, Zusammenarbeit jung/alt)
- Abschlussfragen zur Person.

Sofern noch Zeit zur Verfügung stand, konnten zusätzlich die folgenden Fragebereiche angesprochen werden: Entscheidungsspielraum, Handlungsspielraum, Aufgabenvielfalt, Partizipation, soziale Unterstützung.

Ziele der Interviews waren:

⁴⁵ In der Beschäftigtenbefragung 2007 nahmen 42 und in der Beschäftigtenbefragung 2009 nahmen 21 Altenpfleger(innen) und -helfer(innen) teil.

⁴⁶ Altenpflege 2007/Gesamtstichprobe 2007/Altenpflege 2009/Gesamtstichprobe 2009: *Zeitdruck* aM=3,48/3,26/3,34/3,08, *Qual. Unterforderung* aM=2,86/2,44/2,84/2,37, *Qual. Überforderung* aM=2,62/2,16/2,39/2,15, *Aufgabenvielfalt* aM=3,12/3,63/3,30/3,57, *Soziale Unterstützung Vorgesetzte* aM=2,93/3,53/2,92/3,55, *Soziale Unterstützung Kolleg(inn)en* aM=3,46/3,90/3,55/3,92, *Emotionale Erschöpfung* aM=3,57/3,14/3,31/3,07.

- Betriebliche Akteure für das Thema einer altersgerechten Arbeitsgestaltung zu sensibilisieren und diese um ihre Einschätzungen zur Situation der älteren Beschäftigten zu bitten.
- Überblick über den jeweiligen Bereich zu bekommen, insbesondere auch unter dem Aspekt einer altersgerechten Arbeitsgestaltung.
- Die bereits erhobenen Daten inhaltlich-qualitativ zu ergänzen und zu vertiefen.
- Arbeitsbereiche, Arbeitsplätze und/oder Arbeitsaufgaben zu identifizieren, die arbeitswissenschaftlich als problematisch angesehen werden.
- (Erste) Vorschläge zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen zu erarbeiten.

Darüber hinaus sollten Personen der mittleren Führungsebene in die Analyse der Arbeitssituation einbezogen werden, da diese bei den Arbeitsanalysen nicht berücksichtigt wurden.

Stichprobe

Die 20 interviewten Personen im Alter von 20 bis 65 Jahren⁴⁷ setzten sich wie folgt zusammen:

- ärztlicher Bereich: 1 Chefarzt, 1 Oberärztin;
- medizinischer Bereich: 3 Personen aus den Bereichen Geburtshilfe, Radiologie, Medizintechnik;
- pflegerischer Bereich (Krankenhaus): 1 Krankenpfleger(in), 1 Auszubildende;
- pflegerischer Bereich (Altenheim): 4 Pflegekräfte (z. T. mit Leitungsaufgaben) aus verschiedenen Altenheimen, 1 Hauswirtschaftsleitung, 1 Seelsorge/Hospizarbeit;
- technisch-administrativer Bereich: 7 Personen aus den Bereichen Verwaltung, Technik, Logistik, EDV und Hauswirtschaft.

Ergebnisse

Bei den *altersbezogenen Themen* war zunächst erstaunlich, dass überwiegend die Leistungsvorteile älterer Beschäftigter hervorgehoben wurden. Ältere Beschäftigte zeichnen sich demnach durch eine größere Verlässlichkeit, Zuverlässigkeit sowie Pflicht- und Verantwortungsbewusstsein aus. Sie hätten mehr Weitblick, könnten besser Prioritäten setzen und zeigten mehr Gelassenheit in kritischen Situationen.

Bei der (salutogenetischen) Frage, was Beschäftigte auszeichnet, die seit Jahren gesund und zufrieden ihre Arbeit verrichten, wurden folgende Faktoren genannt⁴⁸:

- Distanzierungsfähigkeit („abschalten können“)
- Erholungsfähigkeit („sich erholen können“)
- Rückhalt im Privatleben (insbesondere auch bei der Schichtarbeit)
- guter Kontakt mit den Kolleg(inn)en
- sportlicher Ausgleich
- interessante Arbeit
- positive Einstellung zur Arbeit

⁴⁷ Das Interview mit einer 20-Jährigen Vertreterin der Auszubildenden war die Ausnahme; ansonsten waren die interviewten Personen zwischen 25 und 65 Jahren, die Mehrheit der Interviewten war älter als 50 Jahre.

⁴⁸ Häufig wurde hier mit Negativbeispielen geantwortet. Die folgenden Maßnahmen entstanden durch Umkehr der Negativbeispiele.

- Arbeitszufriedenheit
- berufliche Anerkennung und Wertschätzung.

Beim Einsatz neuer Techniken und Methoden fühlten sich ältere Beschäftigte den jüngeren unterlegen. Demnach sahen ältere Beschäftigte in diesem Bereichen einen höheren Zeit- und Lernbedarf. Ferner gaben die interviewten Experten bezüglich ihrer eigenen Situation an, dass sie gegenüber früher an Schnelligkeit und Leistungsfähigkeit verloren hätten, dieses jedoch durch ihre Erfahrung und eine andere Arbeitsweise gut kompensieren könnten.

Das Verhältnis zwischen älteren und jüngeren Beschäftigten wurde als entspannt beschrieben. Jüngere Beschäftigte würden geschätzt, da sie neues Wissen und neue Fertigkeiten mitbrächten und man so wechselweise voneinander lernen könnte.

Bei den Fragen zur altersgerechten Arbeitsgestaltung wurde nur wenig genannt. Ältere Beschäftigte wünschten sich kürzere Dienstphasen (nicht länger als 5 Tage), um sich besser erholen zu können und sie wünschten sich mehr Investitionen in eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung (z. B. hydraulisch verstellbare Betten und Arbeitsflächen), von der auch jüngere Beschäftigte profitieren könnten.

Bei den *Belastungen* zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei den Beschäftigtenbefragungen:

- Als zentrales Problem wurde der *Zeitdruck* angegeben, der in vielen Bereichen des Krankenhauses und der Altenheime zu verzeichnen sei. Dieser würde durch eine Vielzahl von Nebentätigkeiten bedingt, was vielfach zu dem Lösungsvorschlag führte, Entlastungen durch Verlagerung dieser Tätigkeiten auf anderes Personal (z. B. Dokumentationsassistent, Stationshilfe, feste Anlaufstelle für Patienten und Angehörige) zu realisieren. Eine negative Folge des Zeitdruckes zeigte sich im Pausenmanagement – Pausen würden verkürzt, verschoben oder gänzlich weggelassen.
- Die *mangelnde Planbarkeit der Tätigkeiten* wurde ebenfalls als großes Problem angesehen. Bei hoher Leistungsdichte führe diese zu einer großen psychischen Belastung. Auch hier kam der Vorschlag, durch zusätzliches Personal („Springer“) kurzfristig und zeitlich begrenzt Belastungsspitzen abzufangen.
- *Organisationslücken* wie unklare Zuständigkeitsbereiche (z. B. Hausmeister dient als Ansprechpartner für Altenwohnheimbewohner), häufige Unterbrechungen der eigentlichen Arbeit durch Angehörige, Patient(inn)en und andere Beschäftigte sowie unklare Kommunikationswege, Informationsflüsse und Missverständnisse zwischen einzelnen Abteilungen und Kliniken wurden mehrfach genannt.
- Darüber hinaus wurde die *schwere körperliche Belastung* durch das Bewegen von Lasten (z. B. Betten, Essenswagen) hervorgehoben, ebenso wie die Versorgung sowie Umlagerung der Patient(inn)en, für die nur unzureichende oder mangelhafte Hilfsmittel zur Verfügung stünden bzw. eingesetzt würden. Dementsprechend wurden nicht nur ausreichende und geeignete Arbeits- und Hilfsmittel gefordert, sondern ebenfalls besondere Maßnahmen zur Vorsorge von Rückenbelastungen und -beschwerden.
- Sowohl jüngere als auch ältere Beschäftigte empfänden *Wechsel- und Nachtschichten* als große Belastung. Wenngleich der Schichtdienst von allen Interviewten als notwendig angesehen wurde, so wird dennoch die Meinung vertreten, dass die Akzeptanz bei jüngeren Beschäftigten höher sei und mit dem

Alter bzw. bei Beschäftigten mit Familien abnimmt. Bei der Schichtplangestaltung wird der wöchentliche Wechsel zwischen Früh-, Spät- und ggf. Nachtschicht bevorzugt; ein häufigerer Wechsel zwischen den Schichten wird auf Dauer als besondere Belastung eingestuft.

- Kritisch wird auch gesehen, dass es durch die zunehmende *Spezialisierung* einerseits zu einem Kompetenzverlust käme und andererseits die Vertretung eines Beschäftigten erschwert würde.
- Schließlich äußerten die älteren Interviewten selbst die Befürchtung, dass ihr *Arbeitsplatz gefährdet* sei, wenn sie nicht die „volle Leistung“ der jüngeren Kolleg(inn)en erbringen könnten.

3.1.4 Tätigkeitsbeobachtungen

Im Jahr 2007 wurden an 68 Arbeitsplätzen der Diako ausführliche Tätigkeitsbeobachtungen durchgeführt. Die Beschäftigten waren zwischen 24 und 64 Jahren alt (im Mittel 47 Jahre, bei einer Standardabweichung von etwa 10 Jahren). Die Stichprobe setzte sich aus 21 Männern und 47 Frauen zusammen.

Für die Tätigkeitsbeobachtungen wurde eine für Krankenhaus und Pflegeheim angepasste Version des KABA-Verfahrens (vgl. Dunckel & Pleiss, 2007) verwendet (s. Anhang A8). Auch im KABA-Verfahren wird nach positiven Merkmalen der Arbeit (*Ressourcen*) und negativen Merkmalen (*Belastungen*) gefragt (vgl. auch Abschn. 2.4.2).

Das KABA-Verfahren zielt darauf ab, die Angemessenheit der Arbeitsorganisation anhand von Kriterien menschengerechter Arbeitsgestaltung – sogenannter Human-kriterien – zu beurteilen. Mit dem KABA-Verfahren werden Arbeitsaufgaben beurteilt. An einigen Arbeitsplätzen wurde mehr als eine Arbeitsaufgabe untersucht, so dass insgesamt 76 Arbeitsaufgaben an 68 Arbeitsplätzen analysiert wurden.

Die Erhebungsmethode des KABA-Verfahrens ist das Beobachtungsinterview. Die zur Analyse und Bewertung eines Arbeitsplatzes erforderlichen Informationen verschafft sich ein(e) Untersucher(in) durch Nachfragen beim Beschäftigten, während er oder sie dessen Arbeitstätigkeit beobachtet. Insgesamt wurden im Projekt 13 ausführlich geschulte Untersucher(innen)⁴⁹ für die Tätigkeitsbeobachtungen eingesetzt.

Die Ergebnisse der Tätigkeitsbeobachtungen wurden an die jeweiligen Beschäftigten in einem kurzen Bericht zurückgemeldet und mit diesen besprochen sowie in wenigen Fällen korrigiert.

Bei der Auswahl der Arbeitsplätze wurde darauf geachtet, dass die Beschäftigten nicht nur berufserfahren sind, sondern auch alle Altersgruppen abdecken. Unter dem Aspekt der Altersspezifität kann ein Ergebnis schon einmal vorab festgehalten werden: Es konnten keine Unterschiede in den Arbeitsanforderungen bzw. Arbeitsaufgaben zwischen den Altersgruppen festgestellt werden. Jüngere wie ältere Beschäftigte führten dieselben Arbeitsaufgaben durch.

Die Beurteilung verschiedener Arbeitsaufgaben durch externe Beobachter(innen) erfolgte anhand folgender Humankriterien:

⁴⁹ Als Untersucher(innen) wurden wissenschaftliche Mitarbeiter(innen), Mitarbeiter(innen) der Diako und studentische Hilfskräfte eingesetzt. Teilweise wurden die Analysen mit zwei Untersucher(innen) durchgeführt.

- Entscheidungsspielraum
- Kommunikation intern
- Kommunikation extern
- Zeitspielraum
- Auftragsvielfalt
- Durchschaubarkeit und Gestaltbarkeit
- Bewegungs- und Haltungsspielraum
- psychische Belastungen (insbesondere Behinderungen des Arbeitsablaufes, Unterbrechungen, Überforderungen).

Die ersten sieben Kriterien sind den *Ressourcen* zuzurechnen. Mit dem achten. Kriterium werden *Belastungen* differenziert erfasst.

1. Entscheidungsspielraum

Beim *Entscheidungsspielraum* (ESP) geht es um das Ausmaß, in dem die arbeitende Person an ihrem Arbeitsplatz eigenständige Planungen und Entscheidungen bezüglich des Arbeitsablaufes, des Arbeitsergebnisses, zu verwendender Informationen und Arbeitsmittel vornehmen kann und muss. Der Entscheidungsspielraum wird anhand einer siebenstufigen Skala eingeschätzt. Bei der untersten Stufe 1 erfordert die Arbeit nur die Ausführung vorgegebener Vorgehensweisen, bei der höchsten Stufe 7 ist von einem Beschäftigten gefordert, gänzlich neue Vorgehensweisen zu entwickeln und dabei mehrere voneinander abhängige Entscheidungen zu treffen. Die Stufen 1 bis 3 werden als niedrige Anforderungen, die Stufen 4 und 5 als mittlere und die Stufen 6 und 7 als hohe Anforderungen bewertet. Ein niedriger Entscheidungsspielraum verweist auf möglichen Gestaltungsbedarf.

2. Kommunikation

Mit den Kommunikationserfordernissen wird erfasst, in welchem Ausmaß die Aufgabendurchführung die Abstimmung mit internen Personen (z. B. Kolleg(inn)en, Vorgesetzte) oder externen Personen (z. B. Patient(inn)en, Lieferanten) erfordert.

Die Kommunikationserfordernisse mit internen Personen (Kint) werden ebenfalls mit einer siebenstufigen Skala erfasst. Beurteilt wird hier, inwieweit mit internen Personen eine Abstimmung der durch den Entscheidungsspielraum beurteilten Planungen und Entscheidungen stattfindet. Aus diesen Gründen kann die Stufe zur Beurteilung der internen Kommunikationserfordernisse nicht höher sein als die Stufe des Entscheidungsspielraumes.

Die Stufe 1 und 2 gelten als niedrige, die Stufe 3 als mittlere und die Stufen 4 bis 7 als hohe Kommunikationserfordernisse.

Bei den Kommunikationserfordernissen mit externen Personen (Kext) wird auf einer sechsstufigen Skala bewertet, ob die Kommunikation nur der Übertragung oder Bereitstellung von Informationen dient (niedrige Kommunikationserfordernis) oder ob die Kommunikation auch die Festlegung geeigneter Handlungsmöglichkeiten behandelt (mittlere Kommunikationserfordernis) bzw., ob die Kommunikation auch der Abstimmung und Erarbeitung einer gemeinsamen Zielstellung dient (hohe externe Kommunikationserfordernis).

3. Zeitspielraum

Beim Zeitspielraum (ZSP) wird anhand einer vierstufigen Skala bewertet, inwieweit innerhalb einer Arbeitsaufgabe zeitliche Planungen erforderlich sind. Bei einer niedrigen Stufe 1 ist keine zeitliche Planung erforderlich oder möglich und Gestaltungsbedarf angezeigt; bei einem mittleren Zeitspielraum (Stufe 2) ist die zeitliche Reihenfolge zu bestimmen und bei einem höheren Zeitspielraum (Stufe 3 und 4) ist die Abfolge der Arbeitsschritte zeitlich zu planen, ggf. in mehreren Etappen.

4. Auftragsvielfalt

Hier wird beurteilt, ob die Arbeitsaufgabe unterschiedliche Arbeitsaufträge umfasst. Es wird also beurteilt, ob die Aufgabe immer gleich ist oder sich hinsichtlich verschiedener Aspekte wie z. B. benötigte Informationen, verwendete Arbeitsmittel oder Bearbeitungsdauer unterscheidet. Sind nur wenige (ein oder zwei) Aspekte unterschiedlich, dann liegt niedrige Auftragsvielfalt (AV) und damit Gestaltungsbedarf vor; drei Aspekte bedeuten mittlere und 4 bis 6 Aspekte hohe Auftragsvielfalt.

5. Haltungsspielraum

Die Beurteilung des Haltungsspielraumes (HSP) bezieht sich auf die bei der Ausführung einer Arbeitsaufgabe einzunehmende Körperhaltung. Es wird unterschieden zwischen einseitig fixierter (Stufe 1; Gestaltungsbedarf) und einseitig veränderlicher Körperhaltung (Stufe 2) sowie Haltungswechsel (Stufe 3).

6. Durchschaubarkeit

Mit der Durchschaubarkeit (DU) wird anhand von 9 Aspekten beurteilt, inwieweit die eine Arbeitsaufgabe umgebenden Bedingungen bekannt sind (z. B. ob bekannt ist, welche Patienten wann auf die Station kommen). Sind nur zwei Aspekte bekannt, dann gilt die Durchschaubarkeit als niedrig (Gestaltungsbedarf liegt vor), bei 3 und 4 Aspekten als mittel und 5 bis 9 Aspekte bedeuten eine hohe Durchschaubarkeit.

7. Gestaltbarkeit

Bei der Gestaltbarkeit (GE) wird beurteilt, ob die bei der Durchschaubarkeit beurteilten 9 Aspekte von der beschäftigten Person beeinflussbar sind. Auch hier gelten 1 bis 2 Aspekte als niedrige Gestaltbarkeit und ebenfalls gestaltungsbedürftig, 3 und 4 Aspekte als mittlere und 5 bis 9 Aspekte als hohe Gestaltbarkeit.

8. Psychische Belastungen

Objektive Belastungen entstehen und werden bei der Tätigkeitsbeobachtung ermittelt, wenn die Aufgabenerfüllung durch äußere Bedingungen behindert wird. Störende Bedingungen können a) Dauerzustände sein, z. B. ständiger Zeitdruck oder Umgebungsbedingungen wie Lärm, Hitze oder Enge oder b) Ereignisse, die die Aufgabenerfüllung erschweren, wenn z. B. für die Arbeit erforderliche Informationen nicht vorhanden bzw. schwer zugänglich sind, Arbeitsmittel fehlen oder unzureichend sind und wenn die Arbeit unterbrochen werden

muss. In allen diesen Fällen ist zusätzlicher (zeitlicher) Aufwand erforderlich⁵⁰, um die Aufgabe zu erfüllen oder die Beschäftigte handelt riskant (indem sie z. B. die Aufgabe trotz unzureichender Information fortsetzt).

Neben den Tätigkeitsbeobachtungen wurden die Beschäftigten zusätzlich am Arbeitsplatz gefragt, welche Teile ihrer Arbeit ihnen nicht mehr so leicht wie früher fallen bzw. welche sie ggf. in der Zukunft nicht mehr so gut ausführen können und wo sie sich Veränderungen wünschen.

Analysierte Arbeitsaufgaben

In der folgenden Tabelle 3.1 sind für die untersuchten Arbeitsbereiche die Aufgaben genannt, die genauer analysiert wurden. Einige dieser Aufgaben wurden mehrfach von verschiedenen Untersucher(innen) analysiert und beurteilt.

⁵⁰ Da der Zusatzaufwand in Minuten gemessen wird, ist der Gestaltungsbedarf umso höher, umso mehr Zusatzaufwand erforderlich ist.

Tabelle 3.1: Analyierte Aufgaben

Bereich	Aufgaben
Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung, Koordinierung und Dokumentation von Pflegemaßnahmen ▪ Pflege der Patient(inn)en einer Station ▪ Organisation des Stationsbetriebes und -teams ▪ spezielle Aufgaben <ul style="list-style-type: none"> ○ ganzheitliche Bezugspflege/Bezugsbetreuung ○ Vor- und Nachbereitung von OP-Patient(inn)en ○ Intensivpflege von Patient(inn)en ○ Betreuung von Patient(inn)en bei speziellen Maßnahmen (Dialyse, Narkose) ○ Instrumentieren (im OP)
Altenpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme der Hausbewohner(innen) ▪ Pflege und Betreuung der Hausbewohner(innen) ▪ Organisation der Schicht/Schichtleitung
ärztlicher Bereich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ärztliche Betreuung und Behandlung von Patient(inn)en auf der Station ▪ Behandlung von Notaufnahmen ▪ Durchführung von Operationen ▪ anästhetische Begleitung einer Operation ▪ arbeitsmedizinische Untersuchungen ▪ Anfertigen von Zu- und Schnellschnitten
unterstützende Bereiche (Medizin)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von CTs ▪ Anfertigen von Röntgenbildern ▪ Betreuung Operationsaal ▪ Erstellen von Gewebeproben ▪ physiotherapeutische Behandlungen ▪ ergotherapeutische Behandlungen ▪ Geburtshilfe
unterstützende Bereiche (Verwaltung, Technik)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sekretariatstätigkeiten ▪ Verwaltung der (Privat-)Patient(inn)en ▪ Verwaltung der Bewohnerdaten ▪ administrative Abwicklung der Patientenaufnahme und -behandlung ▪ Personalabrechnung ▪ Personalbetreuung und Personalmanagement ▪ Anlagenbuchhaltung ▪ Pflege und Wartung der Heizungs- und Lüftungsanlage ▪ Instandhaltung des Betriebes ▪ Softwarebetreuung

Ressourcen

In der folgenden Abbildung 3.10 werden die Ergebnisse in Bezug auf die *Ressourcen* für alle 76 Arbeitsaufgaben sowie für die Aufgaben in der Kranken- und Altenpflege und für den ärztlichen Bereich dargestellt.

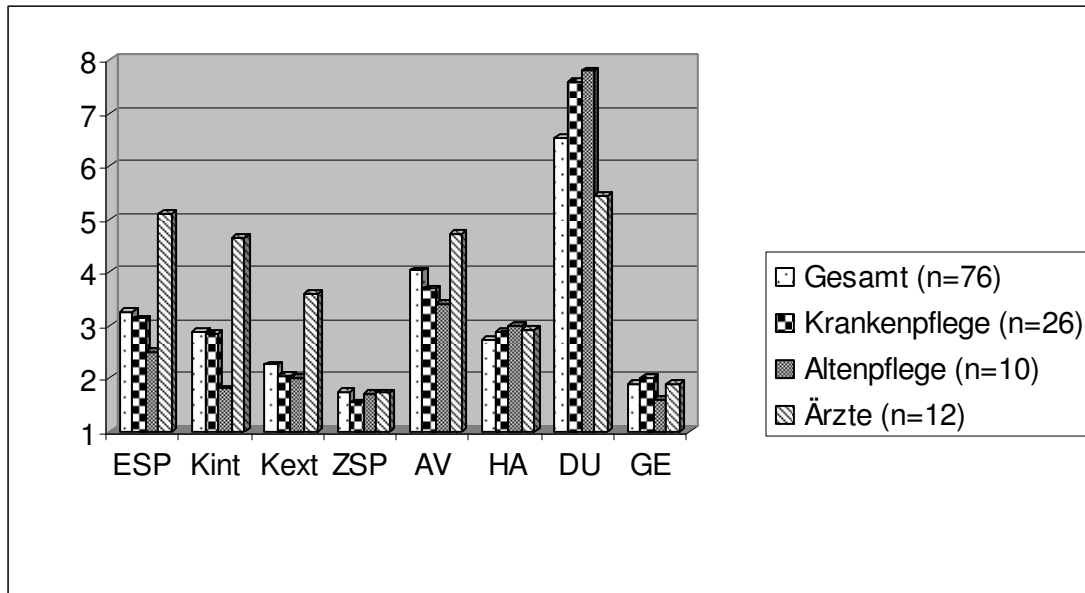


Abbildung 3.10: Arbeitsanalyse Ressourcen

Legende:

ESP=Entscheidungsspielraum (7-stufig), Kint=Kommunikation intern (7-stufig), Kext=Kommunikation extern (6-stufig), ZSP=Zeitspielraum (4-stufig), AV=Auftragsvielfalt (6-stufig), HA=Haltungsspielraum (3-stufig), DU=Durchschaubarkeit (8-stufig), GE=Gestaltbarkeit (8-stufig); weitere Erläuterungen im Text.

Zunächst ist festzustellen, dass sich alle Tätigkeiten durch vielfältigere Arbeitsaufträge und durch die Möglichkeit unterschiedlicher Körperhaltungen auszeichnen sowie ausreichend durchschaubar sind.

Bei den ärztlichen Tätigkeiten sind auch der *Entscheidungsspielraum* und die internen und externen *Kommunikationserfordernisse* positiv ausgeprägt. Bei der Kranken- und noch deutlicher bei der Altenpflege fallen diese Werte deutlich ab. Sowohl der *Entscheidungsspielraum* als auch die *Kommunikationserfordernisse* sind nur knapp befriedigend und zeigen Gestaltungsbedarf an. Dieser gilt insbesondere für die allgemeinen Pflegeaufgaben (z. B. Unterstützung bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilisierung, Ausscheidung, Krankheitsbeobachtungen, Medikation, Wundversorgung etc.). Da bei anderen Pflegeaufgaben, z. B. der Aufnahme von Patient(inn)en, der Pflegeplanung und bei der Bezugspflege, höhere Stufen zu verzeichnen sind, sollte das Ziel der Gestaltung darin bestehen, die Pflegekräfte mehr an der eigenständigen Pflegeanamnese und Pflegeplanung z. B. im Rahmen der so genannten Bezugs- oder Bezugsteampfege zu beteiligen.

Als problematisch muss angesehen werden, dass bei allen Berufsgruppen sowohl die Möglichkeit, die Arbeit zeitlich (*Zeitspielraum*) zu planen als auch den Arbeitsablauf zu beeinflussen (*Gestaltbarkeit*), gering ausgeprägt sind.

Belastungen

In der folgenden Tabelle 3.2 zeigt sich, dass bei allen Berufsgruppen der Zeitdruck und die Unterbrechungen durch Personen eine zentrale Rolle spielen. Aber auch informatorische⁵¹ und motorische⁵² Erschwerungen sind in bedeutsamen Umfang vorhanden.

Tabelle 3.2: Arbeitsanalyse Belastungen

	alle Berufsgruppen (n=76 AA)	Krankenpflege (n=26 AA)	Altenpflege (n=10 AA)	Ärzte/Ärztinnen (n=12 AA)
Zeitdruck	3,6 ⁵³	1,4	1,6	6,9
Unterbrechungen pro Tag (Anzahl)	18	24	14	15
Unterbrechungen ZA pro Woche	113	144	59	86
Erschwerungen pro Tag (Anzahl)	4	5	3	2
Erschwerungen ZA pro Woche	94 ⁵⁴	101	50	112

Legende:

AA=Arbeitsaufgabe; ZA=Zusatzaufwand in Minuten; Werte bei Zeitdruck: Prozentsatz der Arbeitszeit, während der man sich vollständig oder in *Rufbereitschaft* von der Arbeit abwenden kann.

Insbesondere in der Kranken- und Altenpflege zeigt sich hoher Zeitdruck. Es besteht nur wenig Zeit, sich von der Arbeit abzuwenden, d. h. die Beschäftigten müssen mit gleichbleibend hoher Geschwindigkeit arbeiten und präsent sein. Mehr als die Hälfte der Alten- und Krankenpflegekräfte haben praktisch keine Möglichkeit, die Arbeit zu verlangsamen oder auch nur kurze Pausen (gemeint sind hier nicht die gesetzlich geregelten Pausen) zu machen.

In der Krankenpflege kommt hinzu, dass die Pflegekräfte im Durchschnitt etwa 24mal am Tag bei ihrer Arbeit unterbrochen werden. Der Zusatzaufwand durch Wiederaufnahme der Tätigkeit oder durch das Wiedereinflinden in die Tätigkeit summiert sich über die Woche auf gut zwei Stunden (144 Minuten). Schließlich sind vor allem die Krankenpflegekräfte mit durchschnittlich fünf Erschwerungen pro Tag konfrontiert. Typische Erschwerungen sind z. B.:

⁵¹ Informatorische Erschwerungen liegen vor, wenn aktuell benötigte Informationen unvollständig, unübersichtlich, fehlerhaft, veraltet oder nicht verfügbar sind und beschafft werden müssen, um die Arbeitsaufgabe weiter und fehlerfrei auszuführen.

⁵² Motorische Erschwerungen sind Hindernisse, die die Fort- und Körperbewegung behindern oder die durch Mängel an den Arbeitsmitteln entstehen.

⁵³ Die Werte basieren zum Teil auf Schätzungen und Angaben der Beschäftigten und sind deshalb nur als Tendenzaussagen zu werten, die sich – auch aufgrund der jeweils kleinen Stichprobe – statistisch nicht eindeutig absichern lassen. Die Werte wurden jeweils ab- oder aufgerundet

⁵⁴ Die Werte ergeben sich aus den Beobachtungen und Bewertungen der Untersucher(innen).

- fehlende Medikamente,
- nicht lesbare Anweisungen,
- unerreichbare Personen,
- in der Akte fehlende Röntgenbilder etc.

Der zusätzliche Aufwand, diese kleinen, aber häufigeren Störungen des Arbeitsablaufes zu kompensieren, summiert sich hier auf gut 1,5 Stunden (101 Minuten) pro Woche.

Auch im ärztlichen Bereich sind Unterbrechungen und Erschwerungen bemerkenswert und führen in der Summe zu einem Zusatzaufwand von gut drei Stunden in der Woche. In der Altenpflege sieht es etwas günstiger aus. Hier kommen zwar ebenfalls häufigere Unterbrechungen und Erschwerungen vor, aber scheinen diese deutlich weniger Zusatzaufwand zu bedingen.

Die Ergebnisse der Tätigkeitsbeobachtungen werden weiter gestützt durch die zusätzlichen Fragen in Bezug auf Teile der Arbeit, die im Vergleich zu früher nicht mehr so leicht fallen oder in der Zukunft nicht mehr so gut ausgeführt werden können. Die Fragen richteten sich an alle Beschäftigten. Folgende Probleme wurden von den Beschäftigten mehrfach angesprochen bzw. wurden von den Beschäftigten in den Jahren vermehrt beobachtet:

- Körperliche Belastungen (insbesondere des Rückens) durch die Lagerung der Patient(inn)en und Bewohner(innen) nehmen zu.
- Unterbrechungen durch Personen werden zunehmend störender und es dauert länger, bis die Konzentration wieder da ist.
- Die Schichtarbeit, insbesondere die Nachtarbeit, fällt schwerer.
- Zeitdruck und Arbeitsdichte nehmen immer mehr zu.

3.1.5 Analyse der Pflegehilfsmittel

Schon in der ersten Beschäftigtenbefragung 2007 (vgl. Abschn. 3.1.2) zeigte sich, dass Rückenbeschwerden ein zentrales Problem sind, das sich insbesondere bei den Altenpfleger(inne)n und -pflegehelfer(inne)n, aber auch bei den Hebammen, Krankenpflegehelfer(inne)n und Arzthelfer(inne)n herausstellte, also bei denjenigen Berufsgruppen, die mit den körperlich beanspruchenden Aufgaben wie Umbetten, Mobilisieren etc. der Patient(inn)en betreut sind.

Um zu klären, inwieweit diese Beschwerden ggf. auch auf technische und organisatorische Probleme zurückgeführt werden können, wurde zusätzlich zu den genannten Analysen eine Pflegehilfsmittelanalyse im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2007 durchgeführt. Im Vordergrund stand die Frage, ob und inwieweit technische Hilfsmittel vorhanden sind, eingesetzt werden bzw. ob ein entsprechender Bedarf besteht. Als Hilfsmittel wurden hier alle Gegenstände und Geräte zum Zwecke der Mobilisation und des Transfers von Patient(inn)en bezeichnet.

Nach Maßgabe der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) wurde ein für die Diako angepasster Fragebogen (vgl. Anhang A9) entwickelt. Die Fragen bezogen sich auf die Bestandsaufnahme von Pflegehilfsmitteln sowie zur Einsatzhäufigkeit, Lagerungsort und Schulungen. In einem leitfadengestützten Interview (Dauer ca. 15-30 Minuten) wurden 22 Stations- und Bereichsleitungen der pflegerischen Stationen befragt.

Verfügbarkeit der Pflegehilfsmittel

Auf allen Stationen waren (in der Regel elektrisch) höhenverstellbare Betten vorhanden. In geringem Umfang fanden sich noch in den Altenheimen so genannte Standardbetten.

Wie die folgende Tabelle 3.3 zeigt, sind darüber hinaus in größerem Umfang Mobi-Stühle⁵⁵, Wannenlifter, Elektrische Lifter, Rutschbretter und Drehscheiben vorhanden.

Tabelle 3.3: Verfügbarkeit der Pflegehilfsmittel (absolute Nennungen; N=22 Stationen; Mehrfachnennungen möglich)

Pflegehilfsmittel	Anzahl insgesamt
Mobi-Stuhl	28
Elektrische Lifter	13
Rutschbrett	13
Wannenlifter	11
Drehscheibe	11
Gleitmatte	8
Transport- und Untersuchungsliegen	6
Rollbrett	6
Deckenlifter	3
Sonstige	3
Antirutschmatte	2
Bettleiter	2
Aufrichtrollstuhl	1
Mechanische Lifter	1
Mobile Lifter	1
Umsetzstuhl	0
Haltegürtel/Haltegurt	0
Gleitendes Hebekissen	0
Transfermatte/Hebematte	0
Duschbadewanne	0

Die folgende Abbildung 3.4 zeigt, dass (neben der selbstverständlichen täglichen Nutzung der Pflegebetten) die Pflegehilfsmittel in Abhängigkeit von den Bedürfnissen

⁵⁵ Ein Mobilisationsstuhl ist ein beweglicher Stuhl, bei dem die Liege-, Sitz- bis hin zu Stehpositionen beliebig (in der Regel elektromotorisch) eingestellt werden können.

der Patient(inn)en überwiegend auch eingesetzt werden. Dies gilt insbesondere für Wannenslifter, Rutschbrett, Rollbrett und die Gleitmatte.

Tabelle 3.4: Einsatz der Pflegehilfsmittel in den letzten 8 Wochen (N=22 Stationen; Mehrfachnennungen möglich)

Pflegehilfsmittel	Täglich	Wöchentlich	Alle 2 Wochen	Nach Bedarf/selten
Mobi-Stuhl	82			5
Elektrische Lifter	27			9
Rollbrett	9		5	18
Drehscheibe	9			5
Transport- und Untersuchungsliegen	5	5		14
Rutschbrett	5		36	14
Aufrichtrollstuhl	5			
Mechanische Lifter	5			
Wannenslifter	5		5	36
Gleitmatte				23
Bettleiter				5
Deckenslifter				5
Mobile Lifter				5
Sonstige				14
Antirutschmatte				
Duschbadewanne				
Gleitendes Hebekissen				
Haltegürtel/Haltegurt				
Transfermatte/Hebematte				
Umsetzstuhl				

Legende:
Angaben in Prozent über alle 22 Stationen.

Bei der Frage, warum Pflegehilfsmittel zu wenig oder nicht genutzt wurden, wurde am häufigsten (d.h. bei mehr als 30% der Antworten) *Kinästhetik/Bobath* genannt, d. h. Konzepte zur Mobilisierung der Patient(inn)en schließen offensichtlich die Nutzung entsprechender Pflegehilfsmittel aus⁵⁶. Sowohl *Kinästhetik* als auch *Bobath* setzen darauf, dass die Pflegekraft durch die Gestaltung der Situation und die Führung von Körperteilen oder Bewegungsabläufen Lernangebote für den Aufbau neuer Bewe-

⁵⁶ Dies gilt allerdings nicht für den Mobi-Stuhl und die Transport- und Untersuchungsliegen.

gungsmöglichkeiten oder die Wiedererlangung der „normalen“ Bewegung schafft. Der Einsatz größerer technischer Hilfsmittel ist hier in der Regel nicht vorgesehen. Darüber hinaus wurde als Grund für den mangelnden Einsatz genannt, dass entsprechende Pflegehilfsmittel nicht bzw. nicht ausreichend vorhanden sind, also auch nicht immer für jeden verfügbar sind (vgl. Abb. 3.11).

Dies mag – zusammen mit Pflegekonzepten – eine Ursache (neben weiteren) der genannten Rückenproblematik sein.

Schulungsbedarf besteht aus der Sicht der Interviewten kaum, da die Geräte entweder selbsterklärend sind oder aber ausreichend geschult wurde.

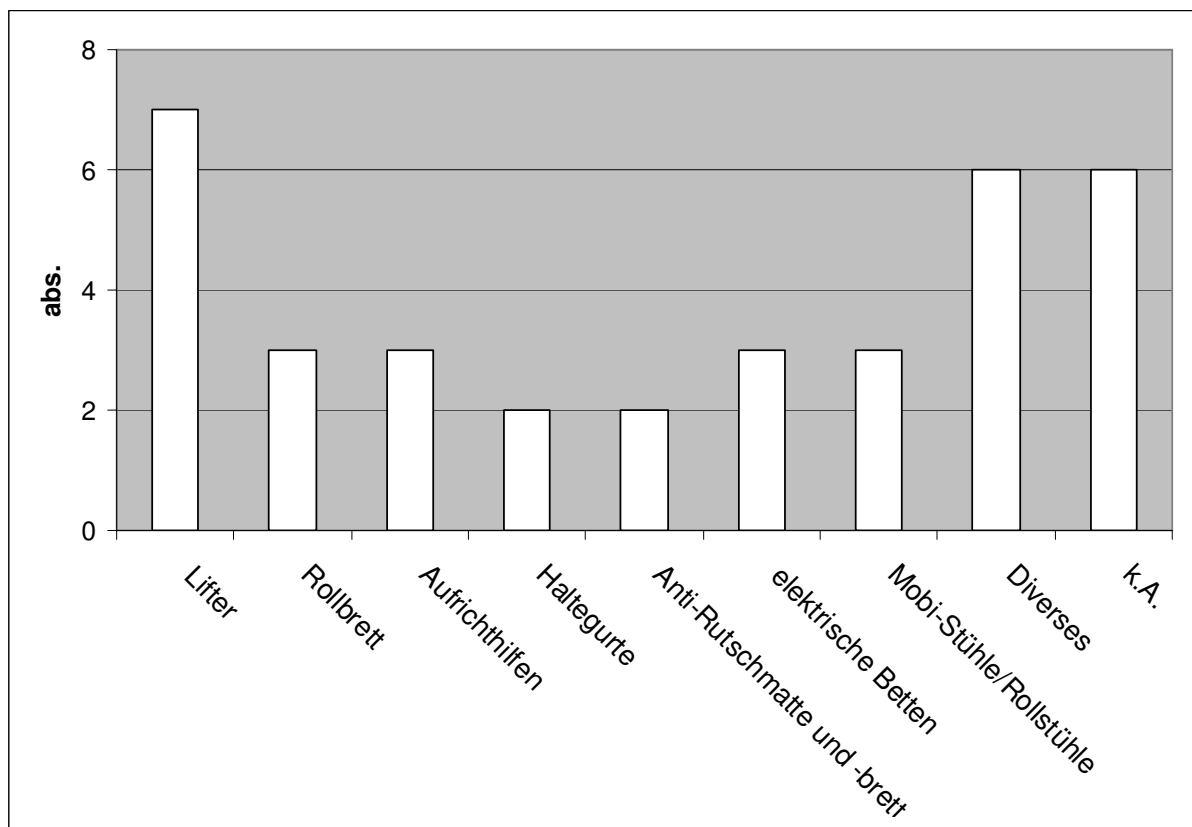


Abbildung 3.11: Nicht (ausreichend) vorhandene Pflegehilfsmittel

Legende:

Absolute Angaben, wie viele Pflegehilfsmittel auf den 22 Stationen fehlen.

Die Ergebnisse dieser Analyse sind einerseits in die Workshops eingeflossen (vgl. Abschn. 3.2.3), andererseits in der Projektlenkungsgruppe diskutiert worden mit der Entscheidung, weitere Pflegehilfsmittel zu beschaffen und die Pflegebetten sukzessive auf elektrisch verstellbare Betten umzustellen.

3.1.6 Lärmquellenanalyse

In Abschnitt 3.1.2 ist u. a. dargestellt, dass mehr als 20 Prozent der Beschäftigten sich durch Lärm belastet fühlen. Dieses erstaunt zunächst, da ein Krankenhaus oder Altenheim nicht unbedingt mit Lärm in Verbindung gebracht wird. Um die Lärmquellen zu identifizieren und ggf. auszuschalten, die als störend oder belastend erlebt werden, wurde zusätzlich eine Lärmquellenanalyse durchgeführt, die zum Ziel hatte, typische Situationen zu analysieren, in denen die Sprachkommunikation eingeschränkt wird.

Es wurden 16 Fragebögen (vgl. Anhang A10) an ausgewählte Stationsleitungen verteilt; 15 Fragebögen wurden ausgefüllt zurück gesendet.

Wie die folgende Abbildung 3.12 zeigt, ergab die Analyse, dass auf fast allen Stationen das (ständige) Telefonklingeln, (ständige) Telefongespräche, Alarm(-geräusche) bzw. Geräusche der medizinischen Geräte sowie der generelle Betrieb auf der Station in der genannten Rangfolge als belastend angesehen wurden.

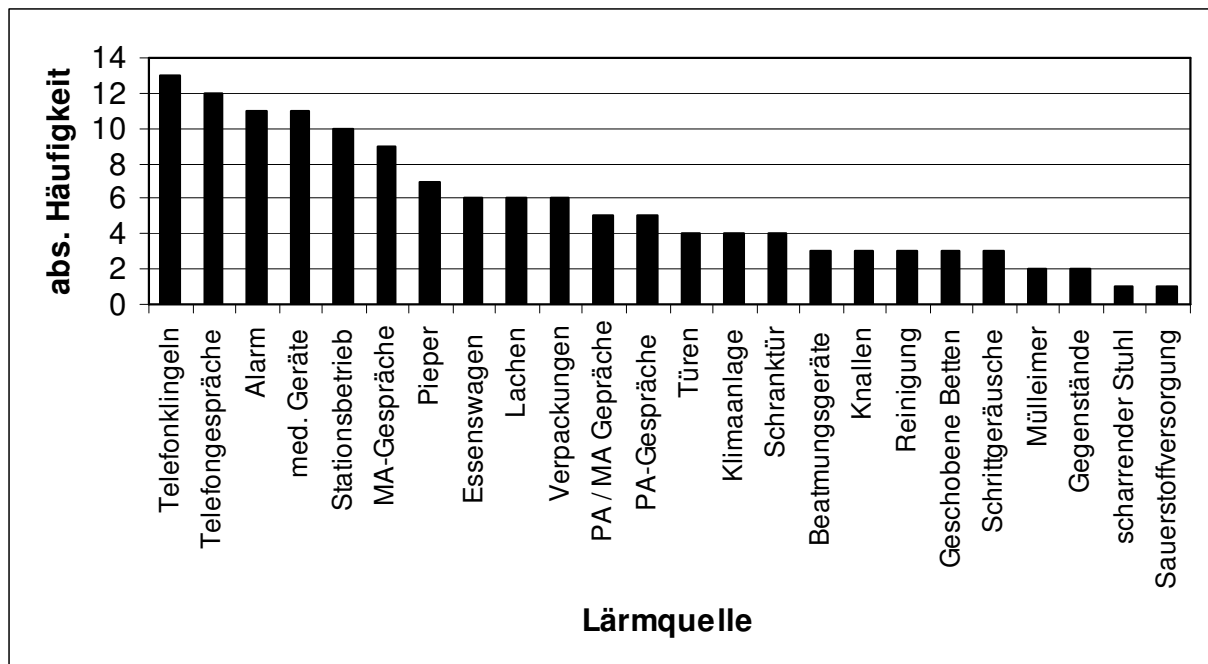


Abbildung 3.12: Lärmquellen auf ausgewählten Stationen

Die Ergebnisse der Lärmquellenanalyse sind in die Workshops „Schluss mit Lärm“ eingeflossen. Die in den Workshops entwickelten Umsetzungsmaßnahmen werden im Kapitel Ergebnisse beschrieben (vgl. Abschn. 3.2.4).

3.1.7 Fazit

Grundsätzlich kann die Arbeit in der Diako als anspruchsvoll und vielfältig angesehen werden. In den Befragungen schätzten die Beschäftigten selbst tendenziell ihre Ressourcen höher ein als die Untersucher(innen) im Rahmen der Tätigkeitsbeobachtungen. So wurden bei den Tätigkeitsbeobachtungen insbesondere in der Kranken- und Altenpflege der *Entscheidungsspielraum*, die *Kommunikationserfordernisse*, aber auch der *Zeitspielraum* und die *Gestaltbarkeit* von den Untersucher(innen) geringer bewertet als von den Beschäftigten und von Ersteren als gestaltungsbedürftig angesehen.

Bei allen drei Untersuchungsmethoden zeigen sich *Belastungen*. In Krankenhäusern und Altenheimen sind *Zeitdruck* und *Unterbrechungen der Arbeit* durch Personen wesentliche Belastungsquellen. Auch die vielen kleineren *Erschwerungen der Arbeitsausführung* sind belastend. Durch die Tätigkeitsbeobachtungen können diese aber konkreter dargestellt und damit auch leichter verändert werden. Vorrangig bei den Pflegekräften müssen somit der *Zeitdruck* abgebaut und die *Unterbrechungen* reduziert werden. Darüber hinaus werden immer wieder *körperliche Belastungen (Rückenschmerzen)* und Probleme bei der *Schichtarbeit* angegeben.

Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen sich kaum oder sind widersprüchlich. Statistisch bedeutsam ist nur, dass die eingeschätzte Arbeitsfähigkeit bei den älteren Beschäftigten leicht absinkt; dies gilt auch für ihre Fähigkeit, mit Schichtarbeitsbedingungen umzugehen. Gleichzeitig gibt es jedoch Hinweise, dass ältere Beschäftigte eher geringere Belastungen und höhere Ressourcen angeben und praktisch keine Unterschiede im psychosozialen Befinden zu den jüngeren Beschäftigten aufweisen.

In der folgenden Tabelle 3.3 sind noch einmal die zentralen Problembereiche und „erste“ Lösungsansätze aufgezeigt, die sich im Rahmen der verschiedenen Analysen ergeben haben und die in den Workshops (vgl. Kap. 3.2) aufgenommen und weiter entwickelt wurden. Darüber hinaus wird in der Tabelle 3.3 dargestellt, welche Ursachen genannt oder analysiert wurden, mit welcher Untersuchungsmethode das Problem ermittelt wurde und ob hier bestimmte Berufsgruppen besonders betroffen sind.

Tabelle 3.3: Problembereiche und Lösungsansätze

Problem	Ursache	Untersuchungsmethode	Berufsgruppe	Lösungsansatz
geringer Entscheidungsspielraum	Arbeitsorganisation	TB	KP, AP	Beteiligung an höherwertigen Aufgaben (Pflegeplanung); Bezugs- und Bezugs-teampflege
geringe Kommunikationsanfordernisse	Arbeitsorganisation	TB	KP, AP	s. o.
geringer Zeitspielraum	Arbeitsorganisation	TB	alle	s.o.
geringe Gestaltbarkeit	Arbeitsorganisation	TB Exp.Int.	alle	Springer für Belastungsspitzen
Zeitdruck	Personalmangel Vielzahl Nebentätigkeiten	Bef 2007 Bef 2009 Exp.Int. TB	KP, AP	Konzentration (administrativer) Tätigkeiten auf anderes Personal
Unterbrechungen	mangelnde Abschottung der Beschäftigten	TB LQA	KP, AP	Konzentration (administrativer) Tätigkeiten auf anderes Personal
Erschwerungen	Arbeitsorganisation	TB	alle	systematische Stations-/ Abteilungsbesprechungen
körperliche Belastungen (<i>Rückenbeschwerden</i>)	Heben und Tragen von Patient(inn)en; Bewegen schwerer Lasten	Exp.Int. TB PHA	KP, AP	Beschaffung geeigneter Arbeits- und Hilfsmittel Vorsorge von Rückenbelastungen und -beschwerden
Schicht- und Nachtarbeit	(mangelnde) Anpassungsfähigkeit	Bef 2009 TB	alle	Schichtplangestaltung (v. a. für ältere Beschäftigte)

Legende:

TB=Tätigkeitsbeobachtung; Exp.Int.=Experteninterviews; Bef 2007=Befragung 2007; Bef 2009=Befragung 2009; KP=Krankenpflege; PHA=Pflegehilfsmittelanalyse; LQA=Lärmquellenanalyse; AP=Altenpflege; alle=alle Berufsgruppen im Krankenhaus

3.2 Umsetzung: Workshops und Maßnahmen

Die im Rahmen des GAbi-Projekts durchgeführten Workshops verfolgten im Wesentlichen drei Ziele:

1. Qualifizierung der Beschäftigten im Hinblick auf die Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen und den Abbau von Altersmythen

Durch die Workshops sollte erreicht werden, dass nicht nur Führungskräfte, sondern auch die Beschäftigten aktiv in Veränderungsprozesse einbezogen werden und damit auch für die eigene Arbeit Kriterien der Beurteilung ihrer Arbeit und mögliche Maßnahmen einer alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung kennenlernen. Damit wird ein Ansatz der qualifizierenden Arbeitsgestaltung verfolgt (vgl. z. B. Ulich, 2005 oder Frei u. a., 1996), der von folgenden Voraussetzungen ausgeht: Sollen Arbeitsaufgaben und Arbeitsstrukturen verändert werden, dann setzt dieses einerseits voraus, dass sie tatsächlich veränderbar sind und andererseits, dass die Beschäftigten bereit sind, diese Veränderungen zu akzeptieren und aktiv an einer Veränderung mitzuwirken.

2. Beteiligung der Beschäftigten bei der Entwicklung konkreter Maßnahmen einer alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung

Für die Entwicklung von Gestaltungsmaßnahmen ist es wichtig, die Beschäftigten im Hinblick auf eine alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung als Expert(inn)en ihrer eigenen Arbeit zu verstehen. Ihr konkretes Wissen um Arbeitsaufgaben, Arbeitsabläufe und -strukturen ist unverzichtbar, um realistische und auf die jeweilige betriebliche Situation angepasste Veränderungsvorschläge zu erarbeiten. Durch den Einbezug älterer Beschäftigter sollen Fragen der Altersspezifität oder möglicher Altersunterschiede explizit berücksichtigt werden. Schließlich wurde darauf geachtet, dass neben der altersübergreifenden Zusammenarbeit auch die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit gefördert wird und arbeitsorganisatorische Schnittstellen gemeinsam optimiert werden können.

3. Kontinuierliche Umsetzung der entwickelten Gestaltungsmaßnahmen

Die im Zuge der Workshops erarbeiteten Maßnahmen sind (in der Regel) sehr konkret und beziehen sich entweder auf einzelne konkrete Arbeitsplätze oder auf ganze Abteilungen bzw. Stationen. Für die Umsetzung der Gestaltungsmaßnahmen ist ein fortlaufender Prozess zu etablieren, der kontinuierlich das Ziel belastungsarmer und lernförderlicher Arbeitsbedingungen zu verfolgen hilft.

Nach Abschluss der Bestandsaufnahme (Arbeitspakete 1 bis 4) wurden potenzielle Workshopthemen im März 2008 dem Krankenhausdirektorium und der Mitarbeitervertretung der Diako in einer gemeinsamen Sitzung vorgestellt. Die Themen ergaben sich wie dargestellt aus der Fragebogenerhebung, den Experteninterviews, den Arbeitsanalysen und den weiteren Analysen. Die Ergebnisse wurden anschließend in mehreren Veranstaltungen den Beschäftigten vorgestellt und weitgehend bestätigt. Darüber hinaus kamen weitere Themen hinzu: So wurde insbesondere gewünscht, dass auch die Themen „Psychische Belastungen“ und „Motivation“ berücksichtigt werden sollten. Beides ist durch die Workshops zum Abbau von Belastungen sowie die Analyse der Motivation älterer Beschäftigter (vgl. Abschn. 3.1.2.2) geschehen.

Wie die Tabelle 3.4 zeigt, wurden schließlich im GAbi-Projekt folgende 18 ein- und mehrtägige Workshops mit verschiedenen Berufsgruppen, Bereichen und thematischen Schwerpunkten durchgeführt.

Die eintägigen Workshops hatten in der Regel eine Dauer von 2 bis 5 Stunden und fanden während der Arbeitszeit statt. Aufgrund des Zeitdrucks und der häufigen Veränderungen des Personaleinsatzes wurde knapp die Hälfte der Workshops kurzfristig abgesagt; diese mussten mehrmals neu angesetzt werden. Dieses Problem zeigte sich insbesondere bei den Ärzt(inn)en. Trotz des mehrfach bekundeten Interesses des ärztlichen Bereiches an den Themen gelang es nur in einem Fall, einen Workshop mit Ärzt(inn)en durchzuführen, da diese entweder nicht abkömmlich waren oder aber immer wieder zu Notfällen gerufen wurden.

Die Themen ergaben sich zum einen aus den Ergebnissen der vorangegangenen Analyse (vgl. Kap. 3 und Tab. 3.3) und zum anderen aus den artikulierten Bedürfnissen der Beschäftigten (vgl. Anhang 11).

Insgesamt nahmen ca. 150 Personen⁵⁷ an diesen Workshops teil. Die Personen wurden im Rahmen von Informationsveranstaltungen durch die Projektmitarbeiter(innen) sowie durch die örtlichen Führungskräfte angesprochen. Nimmt man die Beteiligung der Beschäftigten an den zentralen Informationsveranstaltungen hinzu, dann kann davon ausgegangen werden, dass durch diese Veranstaltungen etwa 300 Personen oder gut 10 Prozent der Beschäftigten der Diako aktiv beteiligt waren.

Im Vordergrund standen Maßnahmen

- zum Abbau von Belastungen („Stolpersteinen“, WS 09, 11, 13, 14, zum Teil auch WS 07, 08, 16),
- zur Bekämpfung von Stress („Stress lass nach“, WS 12, 15, 17) sowie
- Maßnahmen zur Bekämpfung von Rückenbeschwerden („Projekt Rücken“, WS 01) und
- zum Abbau von Lärmbelastungen („Schluss mit dem Lärm“, WS 06).

Weitere Themen waren

- der Wissenstransfer zwischen Jung und Alt (WS 02, 03, 04, 05) und
- bereichsspezifische Probleme insbesondere in der Altenpflege (WS 07, 08, 10, 16)⁵⁸ und im ärztlichen Bereich (WS 18).

Orientiert man sich an Ilmarinens (z. B. 2004) Konzept der Arbeitsfähigkeit, dann werden mit diesen Workshops alle Säulen der Arbeitsfähigkeit angesprochen, d. h. die Workshops umfassen

- Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (z. B. Workshops zum Abbau der Belastungen),
- Veränderungen der psychosozialen (Führungs-)Organisation (Workshops zum anerkennenden Erfahrungsaustausch),
- das individuelle Verhalten (z. B. in den Workshops zum Abbau des Stress oder zur Vermeidung von Rückenbeschwerden) sowie
- ein Ansatz zur Verbesserung individueller Kompetenzen (durch die qualifizierende Arbeitsgestaltung).

⁵⁷ Einige Personen nahmen an mehreren Workshops teil.

⁵⁸ Diese Workshops stellten in der Regel eine Kombination aus Maßnahmen zum Abbau von Belastungen sowie Maßnahmen zur Reduktion der Lärmbelastungen und Rückenbeschwerden dar.

Zudem wurden mit den genannten Workshops die Bereiche bearbeitet, die immer wieder als alterskritische Anforderungen und Belastungen angesehen werden (vgl. z. B. Langhoff, 2009; Morschhäuser, 1999)⁵⁹.

⁵⁹ Eine Ausnahme bildet die Schichtarbeit, die in den Workshops nicht thematisiert wurde, wenngleich sie für die Frage der Arbeitsfähigkeit eine große Rolle spielt (vgl. auch Kap. 3 und die folgenden Empfehlungen)

Tabelle 3.4: Überblick über die Workshops

WS-Nr.	Termin	Dauer	Thema	Zielgruppe	Anzahl TN	Inhalt
WS 01	mehrere Termine in 2008 und 2009	pro Termin jeweils 2 Stunden in der Arbeitsgruppe und mehrere Termine auf den Stationen	Projekt Rücken	Pflege/Verwaltung	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensivierung der bereits vorhandenen Maßnahmen zur Bekämpfung von Rückenbeschwerden ▪ Pflegehilfsmittelanalyse zur Behebung des Einsatzes und des Bedarfs an Hilfsmitteln ▪ Arbeitsplatzberatung an den Bildschirmarbeitsplätzen durch eine Physiotherapeutin
WS 02	März 2008	eintägig	Anerkennender Erfahrungsaustausch	Sekretariate	9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung des Intergenerativen Wissenstransfers zwischen Jung und Alt ▪ Gesundheitsförderung durch Anwendung des Konzeptes „Anerkennender Erfahrungsaustausch“ nach Geißler ▪ systematische Erhebung von Belastungen und Ressourcen der Beschäftigten
WS 03	März 2008	eintägig	Anerkennender Erfahrungsaustausch	Technik	13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe WS 02
WS 04	April 2008	eintägig	Anerkennender Erfahrungsaustausch	zentrale Notaufnahme	9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe WS 02

Tabelle 3.4: Überblick über die Workshops (Forts.)

WS-Nr.	Termin	Dauer	Thema	Zielgruppe	Anzahl TN	Inhalt
WS 05	Juni 2008	eintägig	anerken- nender Er- fahrungs- austausch	medizini- sche Stati- on	11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe WS 02
WS 06	Mai 2008	eintägig	Schluss mit dem Lärm	verschiede- ne Bereiche	9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung des Lärmschutzes auf technischer, organisatorischer und individueller Ebene ▪ detaillierte Lärmquellenanalyse
WS 07	August 2008	eintägig	bereichsspez. Themen	Altenpflege- heim I	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorstellung der Ergebnisse der Bestandsaufnahme ▪ Erarbeitung eines Arbeits- und Maßnahmenplans
WS 08	August 2008	eintägig	bereichsspez. Themen	Altenpflege- heim II	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe WS 07
WS 09	September bis November 2008	mehrtägig (jeweils 2 bis 5 Stunden)	„Stolper- steine“	zentrale Not- aufnahme	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beseitigung sogenannter „Stolpersteine“ (Regulationshindernisse) in der Arbeit ▪ Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs ▪ Verfolgung der Maßnahmen
WS 10	September 2008	eintägig	Informations- fluss	Altenpflege- heime	12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung des Informationsflusses ▪ Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs
WS 11	Oktober 2008	eintägig	„Stolper- steine“	Altenpflege- heim	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe WS 09

Tabelle 3.4: Überblick über die Workshops (Forts.)

WS-Nr.	Termin	Dauer	Thema	Zielgruppe	Anzahl TN	Inhalt
WS 12	November 2008	dreitägiges Seminar	„Stress lass nach“	Pflege	12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Anti-Stress“-Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen und Beanspruchungen
WS 13	Januar 2009	eintägig	„Stolpersteine“	Altenpflegeheim III	7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe WS 09
WS 14	März 2009	eintägig	„Stolpersteine“	zentrale Notaufnahme	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe WS 09
WS 15	Mai 2009	dreitägiges Seminar	„Stress lass nach“	Pflege	13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Anti-Stress“-Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen und Beanspruchungen (Folgeworkshop)
WS 16	Mai 2009	eintägig	bereichsspez. Themen	Altenpflegeheim IV	13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erarbeitung von Maßnahmen zur Arbeitsplatzgestaltung
WS 17	März 2009	dreitägiges Seminar	„Stress lass nach“	Pflege	6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Anti-Stress“-Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen und Beanspruchungen (Folgeworkshop)
WS 18	Juni 2009	eintägig	Unterschied Alt und Jung/ Work-Life-Balance	Ärzte	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergebnisse der Bestandsaufnahme ▪ Vereinbarkeitsprobleme ▪ Erarbeitung von Maßnahmen

Im Folgenden sollen die Workshops ausführlicher beschrieben werden, die einen nachhaltigen Effekt in der Diako hatten und deren Ergebnisse sich in den Empfehlungen (vgl. Abschn. 4.3) verallgemeinern lassen. Es handelt sich hierbei um die Workshops zum Abbau von Belastungen und Stress, um die Workshops zum Anerkennenden Erfahrungsaustausch sowie die Workshops zur Vermeidung und Verminderung von Rückenbeschwerden und Lärm.

3.2.1 Workshops zum Abbau von Belastungen und alltäglichen Behinderungen („Stolpersteine“)

Bei diesen Workshops ging es darum, gemeinsam mit den Teilnehmer(inn)en Lösungen zum Abbau von Belastungen am Arbeitsplatz zu erarbeiten. Hierzu wurden zunächst von den Projektmitarbeitenden die für den jeweiligen Bereich aufbereiteten Ergebnisse aus der Analysephase präsentiert. In den Altenpflegeheimen wurden zudem die Ergebnisse einer Pflegehilfsmittelanalyse (vgl. Abschn. 3.1.5 und Anhang A12-A14) vorgestellt.

Darauf aufbauend wurden die Teilnehmer(innen) gebeten, die Ergebnisse zu ergänzen, indem sie auf vorbereiteten Karten Stellung zu zwei Fragen nehmen sollten, die zuvor kurz erläutert wurden:

1. Was motiviert mich bei der Arbeit? Was unterstützt mich, dass ich auch noch mit zunehmendem Alter in diesem Job arbeiten kann?
2. Welche „Stolpersteine“ treten an meinem Arbeitsplatz auf? Was sollte unbedingt geändert werden?

Im Anschluss an diese Sammlungsphase wurden die in der Analysephase festgestellten und von den Teilnehmer(inne)n ergänzten Belastungen zusammengefasst. Jede/r Teilnehmer(in) konnte dann mit drei farbigen Klebepunkten entscheiden, welche der genannten Belastungen besonders wichtig sind und somit vorrangig verändert werden sollten. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass die Lösungsvorschläge nicht diejenigen Aspekte beeinträchtigen sollten, die als motivierend und unterstützend angesehen wurden (vgl. Frage 1).

Für die priorisierten Belastungen wurden dann spontane Lösungsvorschläge entwickelt, deren Entwicklung u. a. durch Brainstorming-Methoden unterstützt wurde. Die Lösungsvorschläge wurden ausführlich in Bezug auf Vor- und Nachteile, Machbarkeit, Kosten und Priorität der Umsetzung diskutiert und bewertet. Ferner wurden Personen benannt, die sich um die Umsetzung kümmern sollten. Da auch die örtlichen Führungskräfte, insbesondere in den Workshops in den Altenheimen, teilnahmen, konnte in vielen Fällen erreicht werden, dass sich diese unmittelbar mit den Lösungsvorschlägen beschäftigen konnten.

Da es sich bei den Lösungsvorschlägen um eine Vielzahl kleinerer Maßnahmen handelte (z. B. Beschaffung besonderer Pflegebetten, Veränderung der Abläufe bei der Essensausgabe, Verantwortlichkeiten bei der Wartung der Pflegehilfsmittel) ist hier keine einfache Generalisierung auf andere Bereiche oder Krankenhäuser möglich. Ein Teil der von den Beschäftigten erarbeiteten Lösungsvorschläge sind jedoch als Anregung in dem E-Learning-Tool zusammengestellt (vgl. GAbi-E-Learning-Tool; Anhang A15).

Es bestand jedoch Einigkeit darin, dass es Sinn macht, diese Workshops bzw. diese Themen in die alltägliche Stations- und Abteilungsarbeit im Sinne eines kontinuierli-

chen Gesundheitszirkels aufzunehmen (vgl. auch Abschn. 4.3.3). Dies ist auch in einzelnen Stationen und Kliniken mit Erfolg aufgegriffen und realisiert worden. Von der neuen Krankenhausleitung ist geplant, diesen Ansatz zu vertiefen und zu verbreitern.

Im Rahmen der Evaluation bewerteten die Teilnehmer(innen) die Workshops als positiv, abwechslungsreich und effektiv und als gute Möglichkeit, sich mit anderen Beschäftigten auszutauschen.

3.2.2 Workshops „Stress lass nach“

Diese Workshops wurden durch eine Arbeitsgruppe vorbereitet, die sich aus Beschäftigten der Diako (Betriebsärztin und Projektverantwortlicher), der Mitarbeitendenvertretung sowie dem Leiter des „Zentrums für Spiritualität und gesundes Leben“ und den Projektmitarbeiter(innen) des GAbi-Projekts zusammensetzte.

Ziel war es, durch Überlastung/Stress besonders gefährdete Beschäftigte aller Berufsgruppen aus dem Krankenhaus und den Pflegeheimen, überwiegend aus der Altersgruppe über 55 Jahre, die Möglichkeit zu geben, Stresssituationen besser bewältigen zu können.

In zwei zusammengehörenden Workshops à drei Tagen, die in einem halbjährlichem Abstand stattfanden, wurden positive wie auch belastende Faktoren des Berufslebens bearbeitet und verschiedene Entspannungstechniken eingeübt.

Wissenswertes zu Themen wie Stress, Überlastung und dem konstruktiven Umgang damit wurden vorgestellt, um anschließend dieses (theoretische) Wissen auf die konkreten Arbeitssituationen anzuwenden.

Im Anschluss an den Workshop sollten mögliche Lösungen zu den belastenden Faktoren des Berufslebens in Workshops/Arbeitsgruppen weiter bearbeitet werden, um diese in einem Folgeworkshop weiter zu konkretisieren (vgl. Ablaufplan im Anhang A16-A17). Auch diese Workshops wurden von den Beschäftigten als hilfreich für die Bewältigung von Stress angesehen, so dass diese Workshops fest in das Programm übernommen werden sollen.

3.2.3 Workshops zum Anerkennenden Erfahrungsaustausch

Der *Anerkennende Erfahrungsaustausch (AE)* wurde ursprünglich von Geißler u. a. (2003, 2007) als ein Führungsinstrument auf gesundheitswissenschaftlicher Grundlage konzipiert. In einem strukturierten Anerkennungsgespräch zwischen einer Führungskraft und Leistungsträger(inne)n des Unternehmens werden (gesundheitswirksame) Stärken und Schwächen der Arbeitsbedingungen eines Unternehmens und die Stärken einer Person thematisiert. Getragen wird dieses Gespräch durch die Anerkennung als „Hinwendung und ernsthaftes Interesse an den MitarbeiterInnen, an deren Leistungen, Einschätzungen und Vorschlägen“ (Geißler & Geißler-Gruber, 2002, S. 404).

Vor dem Hintergrund dieses Konzeptes wurde – mit Beteiligung von Heinrich Geißler – ein Workshop konzipiert, in dem durch den Austausch von jüngeren und älteren Beschäftigten insbesondere die Älteren die ihnen gebührende Anerkennung erfahren sollten, was sich sowohl motivational als auch gesundheitlich positiv auswirken kann (vgl. Geißler u. a., 2003, S. 112 ff.).

Darüber hinaus sollte dieser Workshop auch dem intergenerativen Wissenstransfer dienen, da durch das Ausscheiden (älterer) Beschäftigter auch ein hohes Maß an – für das Gesundheitswesen typischem – Erfahrungswissen verloren geht.

Der Workshop umfasste folgende Schritte:

1. Projektmitarbeitende zeigten zunächst anhand von Altersstrukturdaten auf, wie sich die demografische Entwicklung der Diako im Allgemeinen und der jeweiligen Station oder Abteilung im Besonderen darstellt. Hiermit sollten die Teilnehmer(innen) vor allem für das Thema der Kooperation zwischen den Generationen bzw. intergenerativer Wissenstransfer sensibilisiert werden.
2. In einer ersten Übung sollten sich die Teilnehmer(innen) vorstellen, wie sie sich ein gemütliches Zuhause vorstellen und dieses kurz notieren. Hier sollte deutlich werden, dass unterschiedliche Personen (unterschiedlichen Alters) deutlich voneinander unterscheidbare Vorstellungen haben. Schon hier wurde deutlich, dass sich die Vorstellungen von Person zu Person unterscheiden, auch wenn diese sich nicht eindeutig auf das Alter beziehen liessen.
3. In einer daran anschließenden „Selbst-Reflexion“ sollte jede/r Teilnehmer(in) folgende Fragen beantworten:
 - Worauf bin ich stolz, was bedaure ich?
 - Wie hat mir die Kooperation jung/alt zu Beginn meiner Tätigkeit geholfen?
 - Was hat mir in jungen Jahren gefehlt (bzw. was fehlt mir)?
4. In einem vierten Schritt sollte sich jede/r Teilnehmer(in) persönlich vorstellen: Name, Tätigkeit, Betriebszugehörigkeit, Geburtsjahr.
5. Anschließend sollten in einem Zweier-Dialog zwischen jüngeren und älteren Beschäftigten folgende Fragen geklärt werden:
 - Jüngere fragen Ältere: Was würdest du bei deiner Tätigkeit beibehalten wollen, was ändern?
 - Ältere fragen Jüngere: Was läuft in Bezug auf deine Tätigkeit gut, was brauchst du noch?

Die Antworten wurden auf Kärtchen geschrieben mit unterschiedlichen Farben für Stärken oder positive Antworten und Schwächen oder negative Antworten.

6. Im Plenum sollten schließlich die Antworten dahingehend bewertet werden, ob die Stärken und Schwächen nur für die Jüngeren oder die Älteren oder für alle von Bedeutung sind und entsprechend auf verschiedenen Pinnwänden fixiert werden.
7. Nachdem die Teilnehmer(innen) die für sie jeweils wichtigsten Stärken und Schwächen⁶⁰ mit jeweils drei Punkten priorisieren konnten, wurden schließlich Maßnahmen diskutiert und festgehalten, wie die Stärken der Kooperation gestärkt und Schwächen verbessert werden können.

⁶⁰ So wurden als Schwächen, die alle betreffen, genannt: Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, zu wenig Zeit für Patienten und Dokumentation, Ordnung. Als Stärken wurde genannt: Klima und Zusammenarbeit, Orientierung am Patienten. Als besondere Schwäche Älterer wurde hervorgehoben, dass diese häufiger „ausgepowert“ seien.

Die anschließende Evaluation dieses Workshops ergab unter anderem, dass die Teilnehmer(innen) den Austausch mit anderen Beschäftigten positiv erlebten und als eine neue Form wahrnahmen, Probleme anzusprechen. Gleichzeitig zeigte sich jedoch auch, dass es keine grundlegenden Probleme in der Kooperation zwischen den Generationen bei der Diako gibt.

Ebenfalls zeigte sich auch bei diesen Workshops, dass die Stärken und Schwächen (der Tätigkeit und der Organisation) nicht altersspezifisch gesehen wurden, sondern für alle Altersgruppen gleichermaßen gelten.

3.2.4 Workshop zur Vermeidung von Rückenbeschwerden

Ausgangspunkt dieses Workshops war das Ergebnis, dass etwa 30 Prozent der Beschäftigten der Diako alle paar Tage oder fast täglich über (chronische) Rückenschmerzen klagen (vgl. Abschn. 3.1.2). In der Diskussion dieser Ergebnisse wurde – wesentlich von der Betriebsärztin und der Mitarbeitervertretung angeregt – eine Projektgruppe mit etwa zehn Mitgliedern etabliert, die sich systematisch mit diesem Problem beschäftigten.

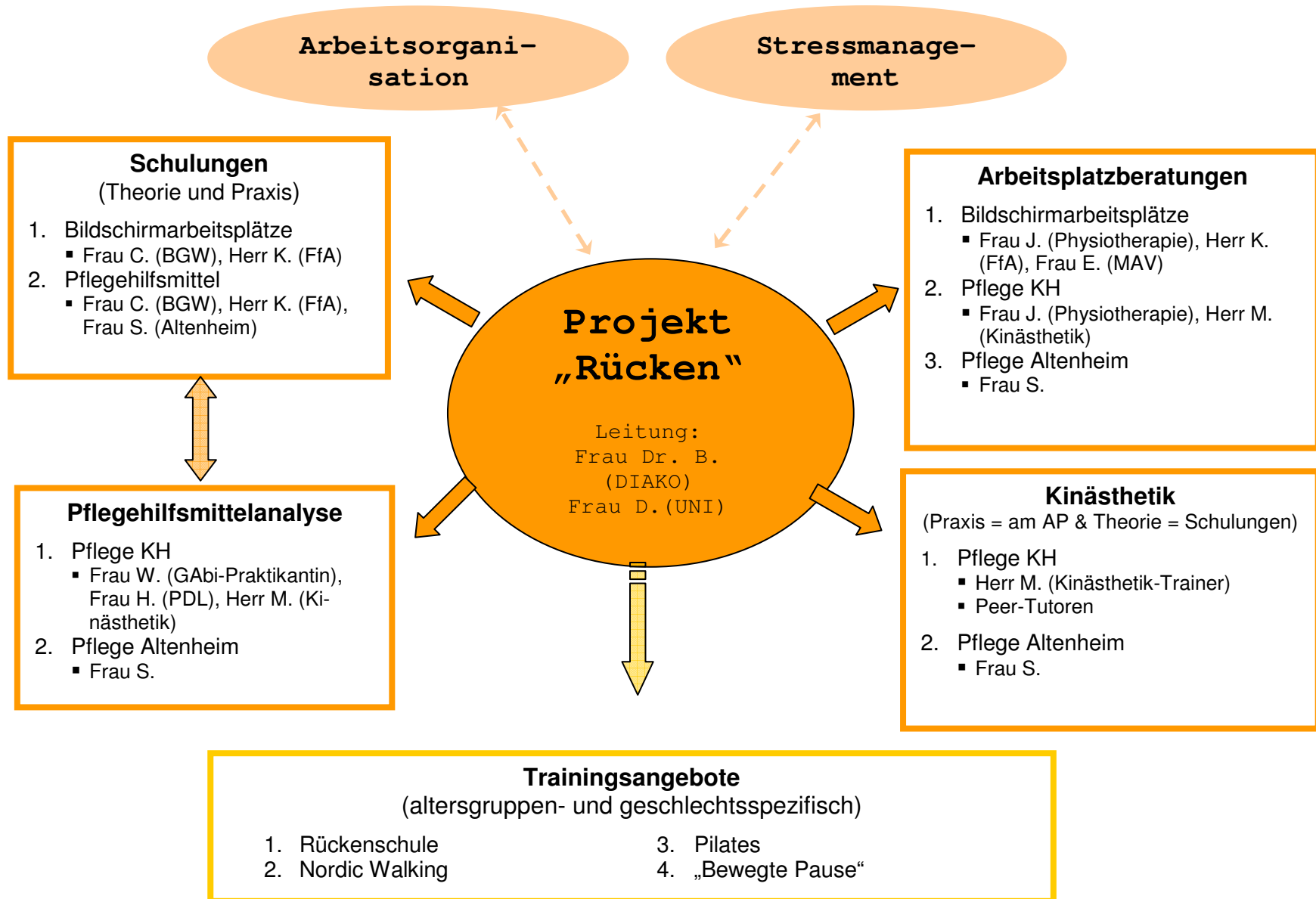
In der Diskussion dieser Projektgruppe zeigte sich, dass die Rückenbeschwerden nur durch eine ganze Reihe von Maßnahmen zu vermindern sind, die in der folgenden Abbildung 3.13 zusammenfassend genannt ist. Rückenbeschwerden lassen sich hiernach nur vermindern, wenn sowohl die organisatorischen als auch die individuellen Voraussetzungen geschaffen werden.

Durch Schulungen, Beratungen und Übungen am Arbeitsplatz wurden rüchenscho-nende Maßnahmen vermittelt und geübt. Darüber hinaus konnten durch organisatori-sche Maßnahmen technische und organisatorische Rahmenbedingungen verbessert werden. Entscheidend war, dass für die jeweiligen Maßnahmen klare personelle Verantwortlichkeiten hergestellt werden konnten. Trotzdem ist es nicht gelungen, die Verantwortlichen aus den unterschiedlichen Bereichen und Organisationen zu klaren Dokumentationen ihrer Aktivitäten zu bewegen. So lässt sich nur schätzen, dass zwischen 2008 und 2009 mehr als 100 Beschäftigte an den verschiedenen Maßnahmen teilgenommen haben.

Die organisatorischen und technischen Maßnahmen wurden u. a. durch eine Pflegehilfsmittelanalyse angestoßen, die im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2007 durchgeführt wurde (vgl. Abschn. 3.1.5). Im Ergebnis zeigte sich, dass einige Hilfsmittel (Lifter, Rollbrett, Aufrichthilfen, Mobi-Stühle) nicht (ausreichend) vorhanden sind, die nach Auffassung der Stationsleitungen die Arbeit bei der Mobilisation und Umlagerung von Patient(inn)en erleichtern.

Kritisch muss allerdings gesehen werden, dass die genannten Maßnahmen zum Zeitpunkt der zweiten Beschäftigtenbefragung noch nicht so gewirkt hatten, dass sie sich deutlich in den Ergebnissen hätten niederschlagen können. Obwohl sich im Jahre 2009 eine leichte Verbesserung andeutete, bleibt das Niveau der Rückenschmerzen hoch: Nach wie vor klagen gut 27 Prozent der Beschäftigten über tägliche oder alle paar Tage über Rückenschmerzen und in besonderem Maße gilt dieses wieder für Altenpfleger(innen) und -pflegehelfer(innen), aber auch bei Hebammen, Krankenpflegehelfer(inne)n und Arzthelfer(inne)n. Schließlich gilt auch hier: Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sind deutlicher als die Unterschiede zwischen den Altersgruppen, da sich bei den Altersgruppen allenfalls ein leichter Anstieg der Beschwerden bei den über 55-jährigen feststellen lässt.

Abbildung 3.13: Maßnahmen zur Verminderung von Rückenbeschwerden



3.2.5 Workshop „Schluss mit dem Lärm“

In Kapitel 3 ist u. a. dargestellt, dass mehr als 20 Prozent der Beschäftigten sich durch Lärm belastet fühlen. Dieses erstaunt zunächst, da ein Krankenhaus oder Altenheim nicht unbedingt mit Lärm in Verbindung gebracht wird. Das genannte Ergebnis war wiederum Anlass, Maßnahmen zur Verminderung des Lärms in einem Workshop zu erarbeiten, da Lärm als eine erhebliche Gefährdung für die Gesundheit und Belastung der Leistungsfähigkeit gilt, wobei schon geringe Lärmpegel als unangenehm und beeinträchtigend erlebt werden (vgl. z. B. Ising, Sust & Plath, 2004).

Auch wenn in der Diako die gemessenen Schallpegel in der Regel weit unter den zulässigen Höchstgrenzen liegen, fühlen sich die Beschäftigten – insbesondere auch die älteren – durch die zahlreichen Lärmquellen im Krankenhaus in ihrer Tätigkeit gestört und sie empfinden den fast ständig vorhandenen Lärmteppich als starke Belastung.

Die Belastung liegt also nicht in der Ausprägung des Schallpegels, sondern in der Störung der Arbeitsabläufe durch den auftretenden Lärm begründet; gleichzeitig wird die Konzentrationsfähigkeit durch den vorhandenen Lärmteppich vermindert. Davon ist vor allem der Bereich der Sprachkommunikation betroffen, da es für eine funktionierende Sprachverständigung notwendig ist, dass der Schallpegel der Sprache mindestens 10 dB über dem Störgeräusch liegt.

Um die Lärmquellen zu identifizieren und ggf. auszuschalten, die als störend oder belastend erlebt werden, wurde eine Lärmquellenanalyse (vgl. Abschn. 3.1.6) durchgeführt, die zum Ziel hatte, typische Situationen zu analysieren, in denen die Sprachkommunikation eingeschränkt wird, um für diese Probleme in den Workshops Lösungen zu finden. Die Analyse ergab, dass auf fast allen Stationen das (ständige) Telefonklingeln, (ständige) Telefongespräche, Alarm(-geräusche) bzw. Geräusche der medizinischen Geräte sowie der generelle Betrieb auf der Station in der genannten Rangfolge als belastend angesehen wurden.

In dem Workshop wurden schließlich für zwei Problembereiche Lösungsvorschläge erarbeitet, nämlich die Geräuschkulisse durch Telefonate und Gespräche und der Umgang mit Alarmgeräuschen. Die Lösungsvorschläge bewegten sich auf drei Ebenen:

- organisatorische Lösungen (z. B. Gespräche mit den Ärzten, dass diese ihre Telefonate im Arztzimmer führen; Schaffung einer neuen Funktion der Stationsassistentin, die Telefonate etc. führt)
- technische Lösungen (z. B. neue Schallisolierung der Räume; andere Etikettendrucker; neue Geräte, die differenzierter auf Krankensituationen reagieren und damit seltener Alarm anzeigen)
- individuelle Lösungen (z. B. weniger Überstunden, um gelassener zu reagieren; Entspannungsübungen).

Im Vordergrund der Umsetzungen standen zunächst die *organisatorischen Lösungen*. So wurden im Workshop Verantwortliche benannt, die Gespräche mit den Ärzten führten und diese davon überzeugen konnten – wo räumlich möglich – Telefonate und Gespräche im Arztzimmer zu führen. Darüber hinaus wurden in mehreren Kliniken und Stationen – begleitet durch das Projekt – die Funktion einer Stationsas-

sistentin⁶¹ eingeführt, die u. a. die Aufgabe hat, Telefonate zu führen. Hierdurch soll sich die Lärmbelastung für die anderen Pflegekräfte vermindern (vgl. auch Abschn. 4.3.3.2).

Technische Lösungen wurden zwar mehrfach – auch mit der Krankenhausleitung – diskutiert, aber während der Projektlaufzeit nicht wirklich realisiert. So besteht z. B. auf der Intensivstation nach wie vor eine Geräuschkulisse durch technische Geräte (Lüfter an Geräten, (schnell reagierende) Alarmsignale, Geräusche durch die Geräte selbst (z. B. Absaugung)), für die bislang keine befriedigende Lösung gefunden werden konnte.

Individuelle Lösungen konnten vorangetrieben werden, indem mehrere Workshops zum Thema „Stress lass nach“ (vgl. Tabelle 3.4) angeboten wurden, die u. a. das Ziel hatten, den Teilnehmern andere Formen im Umgang mit Belastungen zu vermitteln.

3.3 Evaluation

Im Rahmen des Projektes kamen sowohl Formen der summativen oder Ergebnisevaluation als auch der formativen oder Prozessevaluation zur Anwendung. Die summative Evaluation erfolgt, nachdem eine Maßnahme abgeschlossen ist, bei der formativen oder begleitenden Evaluation wird die Durchführung einer Maßnahme und deren Wirkung fortlaufend während des Prozesses kontrolliert (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 109).

3.3.1 Längsschnittanalyse: Beschäftigtenbefragung zu zwei Zeitpunkten

Ursprünglich war für die summative Evaluation geplant, neben der ersten eine zweite Befragung der Beschäftigten durchzuführen sowie weitere psychologische Arbeitsanalysen zu realisieren (vgl. Projektantrag und dritter Sachbericht).

Im fünften Sachbericht wurde demgegenüber argumentiert, dass eine zweite Befragung der Beschäftigten nicht sinnvoll wäre, da mit wenig konkreten Ergebnissen zu rechnen wäre, u. a. weil die in den Workshops erarbeiteten Maßnahmen nicht in der Geschwindigkeit und Konsequenz von und in der Diako durchgeführt werden konnten, wie dieses zu erwarten und zu wünschen gewesen wäre (vgl. auch Abschn. 4.2.2).

Auf Wunsch der Diako wurde von dieser Position abgewichen, da die Entscheidungsträger der Diako viel Wert auf eine zweite Befragung legten und wenig Sinn in weiteren Arbeitsanalysen und Tätigkeitsbeobachtungen sahen. Als zentrales Argument wurde angeführt, dass Wirkungen von Maßnahmen weniger auf der Ebene der Tätigkeiten, sondern eher bei den Merkmalen zu erwarten wären, die durch die Befragung abgedeckt wurden.

Das Projekt folgte schließlich dem Wunsch der Diako und führte im Jahr 2009 eine zweite Befragung der Beschäftigten durch, die im Vergleich zur veränderten und abgestimmten Planung als erheblich aufwändiger angesehen werden kann und zudem erlaubte, eine Längsschnittanalyse zu realisieren.

Im Rahmen der summativen Evaluation wurden 208 Personen zweimal (2007 und 2009) mit den in den Abschnitten 2.4.2 dargestellten Fragebögen befragt. Ziel war,

⁶¹ Diese Funktion wurde unterschiedlich bezeichnet: Administrator, Kernteam, Schreibdienst.

die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen auf die Wahrnehmung der Arbeitssituation der Beschäftigten zu überprüfen. Erwartet wurde, dass durch das Projekt und die entsprechend initiierten Maßnahmen eine Verbesserung der Arbeitssituation feststellbar würde.

Wie in Abschnitt 3.1 dargestellt, konnte eine derartige Verbesserung statistisch nicht nachgewiesen werden, d. h. weder in der Wahrnehmung der Arbeitssituation noch bei den Merkmalen des psychosozialen Befindens zeigten sich Veränderungen oder Verbesserungen. Als Gründe hierfür kann vermutet werden:

- Die Arbeitssituation in der Diako ist insgesamt gesehen und im Vergleich mit anderen Unternehmen des Gesundheitswesens eher als günstig zu bezeichnen. Die Arbeit ist zwar belastend, gleichzeitig aber auch anspruchsvoll und weitgehend zufriedenstellend.
- Wie schon erwähnt, konnten größere (und ggf. wirkungsvollere) Maßnahmen in der Projektlaufzeit noch nicht realisiert werden oder aber die Wirkungszeit ist noch zu gering (z. B. bei den Maßnahmen zur Verminderung der Rückenbeschwerden), da die Maßnahmen gerade begonnen wurden.
- In den letzten Jahren war die Diako – wie vergleichbare Krankenhäuser auch – gezwungen, sich den veränderten gesetzlichen und finanziellen Bedingungen anzupassen. Dies hat zu grundlegenden Organisationsänderungen, aber auch zu Wechsel in der Leitung geführt, die nicht nur zu einer Verunsicherung bei den Beschäftigten beigetragen haben könnten, sondern auch die Wirkungen der vom Projekt initiierten Maßnahmen verpuffen ließen.

3.3.2 Evaluation klinikspezifischer Berichte

Zum Ende des Projekts wurden in allen Kliniken und Stationen, in denen mehrere Tätigkeitsbeobachtungen durchgeführt wurden und in denen damit die Anonymität der Daten gesichert werden konnte, abteilungs- und bereichsspezifische Berichte angefertigt. Es handelte sich dabei um die folgenden Kliniken und Stationen: Anästhesie/Operative Intensivmedizin, Intensivstation, Gefäßchirurgie, Hand- und Plastische Chirurgie, Medizinische Klinik, Nephrologie, Neurochirurgische Klinik, Psychiatrische Klinik, Unfallchirurgie/Orthopädie, Zentrale Notaufnahme.

Die Ergebnisse wurden entlang der Dimensionen der Tätigkeitsbeobachtungen zusammengefasst, wobei insbesondere die Belastungen und mögliche Gestaltungsvorschläge ausführlicher dargestellt wurden.

Die jeweiligen Berichte wurden der Pflegedirektion, den Stationsleitungen und ausgewählten Pflegekräften übergeben und mit diesen ausführlich besprochen. Es zeigte sich, dass die Ergebnisse insbesondere der Tätigkeitsbeobachtungen weitgehend geteilt wurden und dass kleinere – aus den Analysen und Workshops sich ergebende – Maßnahmen schon umgesetzt wurden (z. B. Absprachen mit Kolleg(inn)en wegen ungeordneter Infusionskabel, Entleerung von Mülleimern, Anmeldung von Patient(inn)en etc.; Bereitstellung neuer Betten; Aufbau von Kernteams; Veränderung der EDV; Organisation eines Lagerraums).

Skeptisch äußerten sich die befragten Personen allerdings bezüglich der Einschätzung des Entscheidungsspielraumes, da dieser nach Meinung der Befragten höher ist als dieses in den Tätigkeitsbeobachtungen deutlich wird. Angeführt wurde, dass die Pflegekräfte nur allgemeine Vorgaben bekommen und die Reihenfolge und

Schwerpunkte der Pflege dann selbständig bestimmt werden kann, so dass wenigstens ein mittlerer Entscheidungsspielraum festzustellen wäre.

3.3.3 Workshopevaluation

Am Schluss eines Workshops wurden die Teilnehmer(inn)en gebeten, diesen anhand eines kurzen Evaluationsbogens zu bewerten (vgl. Anhang A18).

Die Teilnehmer(inn)en der Workshops stammten überwiegend aus der Gruppe der 35- bis 54-Jährigen (ca. 60 %). Im pflegerischen und ärztlichen Bereich beteiligten sich überwiegend Frauen, in den technischen Bereichen waren praktisch nur Männer beteiligt.

Wie die folgende Abbildung 3.14 zeigt, waren die Teilnehmer(innen)⁶² in der Regel mit der Durchführung und den Ergebnissen der Workshops zufrieden (bis sehr zufrieden).

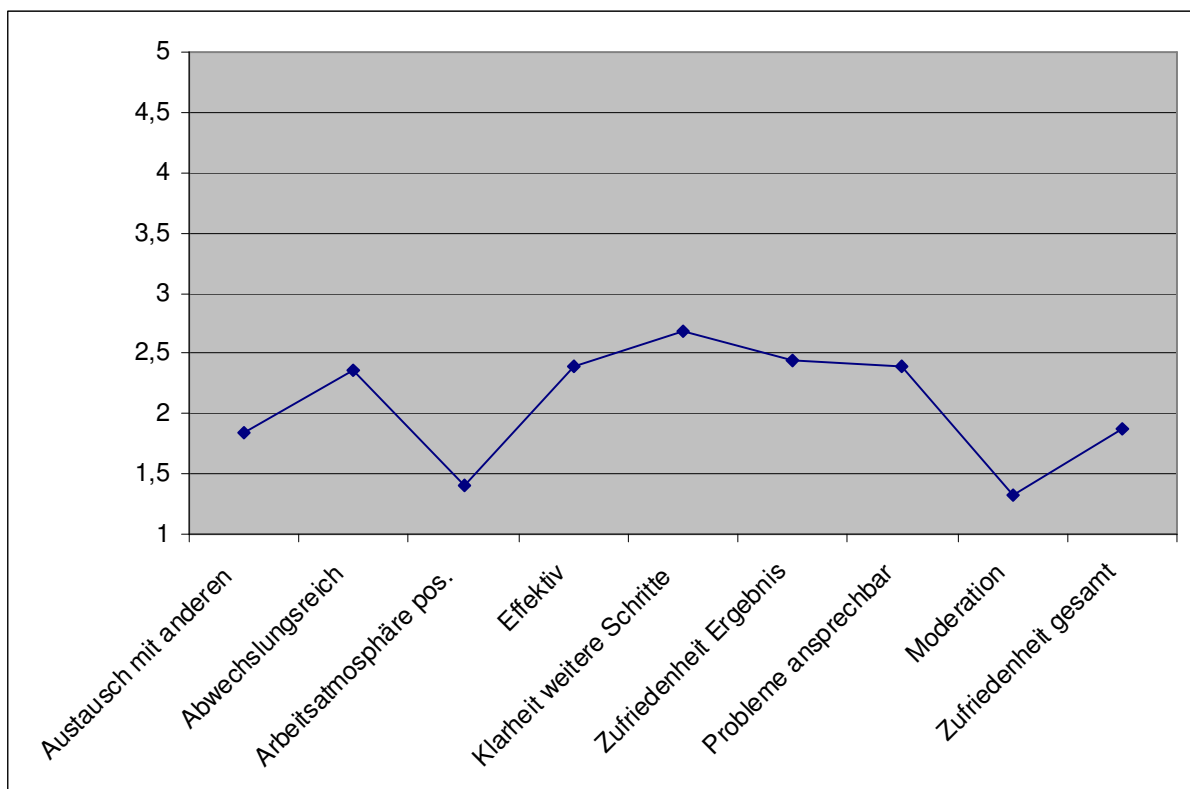


Abbildung 3.14: Ergebnisse der Workshopevaluation

Legende:

Auf der X-Achse sind die Merkmale des Fragebogens abgetragen; auf der Y-Achse die Werte: 1=trifft völlig zu, 5=trifft gar nicht zu.

⁶² Da nicht alle Teilnehmer(innen) den Fragebogen ausfüllten ist das N hier kleiner als die Gesamtzahl der 150 Teilnehmer(innen).

3.3.4 Evaluation der Implementierung und Sicherung der Nachhaltigkeit

Am Schluss eines jeden Workshops wurden Aktivitäten und Zuständigkeiten vereinbart und in einer Tabelle aufbereitet (vgl. Anhang A19). Von den Projektmitarbeiter(inne)n wurde dann verfolgt, in wie weit die Aktivitäten zu dem vereinbarten Termin und mit welchem Ergebnis abgeschlossen werden konnten. Die Ergebnisse wurden den Teilnehmer(innen) zur Verfügung gestellt und ggf. vor Ort weiter bearbeitet mit dem Ziel, eine noch nicht beendete Aktivität doch noch zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen.

Die zentralen Ergebnisse und Maßnahmen wurden schließlich der Krankenhausleitung, der Pflegedirektion und der MAV im Rahmen eines Audits im Februar 2010 in aggregierter Form dargestellt. Diese fanden weitgehend Zustimmung und nach ausführlicher Diskussion wurde beschlossen, die folgenden Maßnahmen (vgl. auch Abschn. 4.3) mit klaren Verantwortlichkeiten in der Diako weiter zu entwickeln:

1. Demografie-Management (*Personalabteilung*⁶³)
 - Systematische Altersstrukturanalyse
 - Führungskräftebildung
2. Informatorische Erschwerungen/ Informationsprobleme vermindern
 - Elektronische Patientenakte (*Leitung Pflege*)
 - Abstimmung Dienstpläne (der Berufsgruppen) (*Leitung Pflege und Physio*)
3. Zeitdruck/zunehmende Arbeitsbelastungen
 - Gestaltung von Arbeitspausen (regelmäßige Kurzpausen!) (*Krankenhausleitung*)
 - Schichtplangestaltung für Ältere (*Krankenhausleitung*)
4. Unterbrechungen verringern/ administrative Aufgaben verlagern
 - Patientenadministrator(in) („Bürodienst“ durch qualifizierte Pflegekraft) (*Krankenhausleitung, MAV*)
5. Stolpersteine/Organisatorische Probleme verringern (*Chefärzte/ Bereichsleitungen*)
 - Regelmäßige (1 x pro Monat) Gesprächsrunden zu „Stolpersteinen“ (Kummerkasten und „Qualitätszirkel“)
6. Übergänge gestalten (flexible Altersgrenzen, gleitende Übergänge) (*Personalabteilung*)
7. Erhalt der körperlichen Fitness und Gesundheit (*Betriebsärztin*)
 - Belastungsabbau
 - Fitnessangebote
 - Gesundheitsgespräche
8. Lebenslanges Lernen (*Personalabteilung*)
 - Lernförderliche Arbeitsbedingungen
 - Systematische Fort- und Weiterbildung.

3.3.5 Prozessbegleitung

Die Prozessbegleitung und damit verbunden die Vermittlung von Prozess- und Steuerungswissen, aber auch die Aufnahme von Restriktionen und Widerständen bei der Durchführung von Maßnahmen erfolgte auf verschiedenen Ebenen:

⁶³ In Klammern sind jeweils die Verantwortlichen bzw. die verantwortlichen Bereich genannt.

- durch die Beteiligung der Projektmitarbeitenden an der Projektorganisation und den betrieblichen Arbeitsgruppen,
- durch die ständige Rückmeldung der Projektergebnisse in die Projektlenkungsgruppe und in das Projektkernteam,
- durch Präsentation der Ergebnisse auf mehreren Informationsveranstaltungen,
- durch stationsspezifische Aufbereitungen und Dokumentationen der Analyse- und Workshopergebnisse
- sowie durch Vorträge der Projektmitarbeitenden.

Mit dieser Prozessbegleitung konnten einerseits eine Reihe von Maßnahmen auf den Stationen, aber auch Maßnahmen oder Projekte wie das „Projekt Rücken“ oder das „Seminar ‚Stress lass nach‘“ erfolgreich unterstützt werden. Andererseits zeigte sich auch, welche Grenzen für die Umsetzung von Maßnahmen vorlagen (vgl. auch das folgende Kapitel).

3.4 Transfer und Öffentlichkeitsarbeit

Ein wesentliches Ziel des Projekts und des Modellvorhabens lag darin, aktuelle Ergebnisse zeitnah sowohl betriebsintern als auch darüber hinaus zu veröffentlichen. Die Öffentlichkeitsarbeit im Projekt umfasste folgende Maßnahmen:

1. Es wurde eine Projekthomepage⁶⁴ erstellt, um über die aktuellen Projektentwicklungen und Ergebnisse zu berichten.
2. Es wurden mehrere Projektflyer erstellt (vgl. Anhang A20-A23), die über den Projektstand berichteten und die Beschäftigten der Diako zur Mitarbeit an bestimmten Projektphasen einluden.
3. Zu Beginn und während des Projekts wurden die Beschäftigte mehrfach und auf unterschiedlichen Kanälen (z. B. Beschäftigtenversammlungen, Tag der offenen Tür, World-Café) über das Projekt und den Projektfortschritt informiert (vgl. auch Abschn. 2.4.2).
4. Insbesondere die hausinterne Zeitung der Diako „akut“ wurde genutzt, um auf das Projekt und die Ergebnisse aufmerksam zu machen (vgl. Anhang A24-A25).
5. Im Projektbeirat wurde über das Projekt berichtet. Die Diskussionen und Vorschläge wurden in die laufende Projektarbeit übernommen.
6. Schließlich wurde das Projekt auf mehreren Veranstaltungen und Kongressen öffentlich vorgestellt (vgl. Anhang 26), wobei das Projekt durchweg positiv und mit großem Interesse aufgenommen wurde.
7. Von zentraler Bedeutung war für das Projekt die Entwicklung eines E-Learning-Tools, das verschiedene Akteure bei der Analyse und Gestaltung alternsgerechter Arbeit unterstützt (vgl. GAbi-E-Learning-Tool; Abschn. 3.4.1).

⁶⁴ Vgl. www.gabi-projekt.de

3.4.1 GAbi-E-Learning-Tool

Das im Rahmen des Projekts entwickelte E-Learning-Tool basiert auf den Erfahrungen und Ergebnissen der Tätigkeitsbeobachtungen und der Workshops zum Abbau von Belastungen.

Eine Anwendung des E-Learning-Tools ist dann sinnvoll, wenn sich Probleme bei der Arbeitsorganisation zeigen, z. B. hoher Krankenstand, hohe Fehlzeiten, hohe Fluktuation (häufiger Wechsel der Beschäftigten, häufige Kündigungen), Unzufriedenheit bei (älteren) Beschäftigten oder den Patient(inn)en oder häufige Fehler im Arbeitsablauf.

Das E-Learning-Tool richtet sich an Fachkräfte für Arbeitssicherheit, betriebsärztliche Dienste, Sicherheits- und Arbeitsschutzbeauftragte, betriebliche Interessenvertretung und andere Akteure betrieblicher Gesundheitsförderung. Aber auch Vorgesetzte und Beschäftigte werden angeleitet, Schwachstellen der Arbeitsorganisation im Bereich der Krankenpflege aufzudecken und Maßnahmen zur Verbesserung zu entwickeln. Dabei werden die Erfahrungen und erprobten Maßnahmen der Diako so verarbeitet, dass sie auch für andere Organisationen nutzbar werden. Für die Nutzung des E-Learning-Tools sind lediglich gute Kenntnisse der zu analysierenden Arbeitstätigkeit erforderlich. Weitere besondere Kenntnisse benötigt man nicht.

Das jetzt vorliegende E-Learning-Tool ist vorrangig ein Instrument zur (beteiligungsorientierten) Arbeitsanalyse und Arbeitsgestaltung und damit im Vergleich zur ursprünglichen Planung in seiner Geltung eingeschränkter. Ursprünglich sollten auch Inhalte und Vorgehensweisen der Workshops aufgenommen werden, doch erwiesen sich diese als nicht geeignet für das Medium des E-Learning.

Mit dem E-Learning-Tool können konkrete pflegerische Arbeitstätigkeiten und -bedingungen dahingehend beurteilt werden, inwieweit sie eigene Planungen und Vorgehensweisen erlauben (*Entscheidungsspielraum*) und inwieweit die Arbeit durch ungünstige Arbeitsbedingungen behindert bzw. belastet wird (*Belastungen*). Diese beiden Merkmale oder Merkmalsgruppen stehen deshalb im Vordergrund, weil deren Zusammenhang mit (psychosozialer) Gesundheit wissenschaftlich gut untersucht und belegt ist (vgl. Leitner u.a., 1993; Leitner & Resch, 2005; Oesterreich, 1999).

Mit dem E-Learning-Tool können

- Arbeitsaufgaben erfasst werden
- der *Entscheidungsspielraum* bewertet und
- Maßnahmen zur Erwertung des *Entscheidungsspielraumes* entwickelt werden
- konkrete *Belastungen* am Arbeitsplatz identifiziert
- und Lösungsvorschläge zur Verminderung dieser bestimmt werden.

Wichtig ist dabei, dass dieses konkret und beispielhaft mit entsprechenden Übungen geschieht. Hierdurch wird eine Grundlage geschaffen, konkrete Arbeitstätigkeiten im Bereich der Pflege mit arbeitspsychologischen Kriterien zu bewerten und zu gestalten.

4 Zusammenfassende Bewertung des Projekts

Mit dem GAbi-Projekt wurde eine Reihe von Zielen verfolgt (vgl. auch Abschn. 2.2). Anhand dieser Ziele sollen im Folgenden zunächst zusammenfassend die wesentlichen Ergebnisse festgehalten und die jeweilige Zielerreichung bewertet werden. Darauf aufbauend werden dann Rahmenbedingungen diskutiert (vgl. Abschn. 4.2), die als förderlich oder hinderlich für den Erfolg eines derartigen Projektes angesehen werden können.

4.1 Projektziele: Zentrale Ergebnisse und Zielerreichung

4.1.1 Situationsbeschreibung

Am Anfang des Projekts stand eine gründliche Bestandsaufnahme mit verschiedenen erprobten Methoden: Experteninterviews, Befragungen der Beschäftigten und Tätigkeitsbeobachtungen. Die Bestandsaufnahme sollte einen Überblick über die im Krankenhaus bzw. Altenheim vorhandene Arbeitssituation, aber auch Schwachstellen im Hinblick auf die Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsplätze aufdecken.

Bei allen drei Untersuchungsmethoden zeigte sich mit leichten Unterschieden, dass die Arbeitsplätze im Bereich der Pflege und Medizin durch die Kombination von höheren Ressourcen und hohen Belastungen gekennzeichnet werden können. Als besonders problematisch zeigen sich hier die Belastungen in der Kranken- und Altenpflege; insbesondere der Zeitdruck, ständige Unterbrechungen der Arbeit, aber auch körperliche Belastungen (Rückenschmerzen) und Probleme bei der Schichtarbeit sind hier zu nennen.

Als für die Projektfragestellung zentrales Ergebnis kann festgehalten werden, dass es kaum statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Altersgruppen in der Bewertung der Arbeitssituation gibt wie auch, dass keine Unterschiede im psychosozialen Befinden zwischen den älteren und den jüngeren Beschäftigten festzustellen sind.

Die Untersuchungen gaben wichtige Hinweise, welche Arbeitsbedingungen unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsschutzes und der Förderung der Arbeitsfähigkeit nicht nur für die älteren Beschäftigten verändert werden müssen. In Krankenhäusern und Altenheimen sind vorrangig der *Zeitdruck* und *Unterbrechungen der Arbeit* durch Personen als wesentliche Belastungsquellen zu nennen. Darüber hinaus werden immer wieder *körperliche Belastungen (Rückenschmerzen)*, Probleme bei der *Schichtarbeit*, aber auch Probleme durch eine (unangenehme) *Geräuschkulisse* angegeben.

Mit dem Ziel einer möglichst gründlichen Bestandsaufnahme konnten mehr als zwei Drittel der Beschäftigten der Diako mit verschiedenen Methoden über den Projektzeitraum erreicht und mit dem Projekt und seinen Fragestellungen bekannt gemacht werden. Darüber hinaus ergab die ständige Rückmeldung der (Zwischen-)Ergebnisse des Projekts an die Beschäftigten, die Mitarbeitervertretung und die Leitung der Diako, dass das Thema „demografischer Wandel“ stärker im Bewusstsein der Diako verankert werden konnte. Allerdings war es bislang nicht möglich, dieses Bewusstsein auch in betriebliches Handeln umzusetzen, indem z. B. ein systematisches Demografiemanagement aufgebaut wird.

Die Bedeutung der Bestandsaufnahme lässt sich jedoch daran festmachen, dass der (neue) ärztliche Direktor nach der Abschlusspräsentation noch einmal erklärt hat, dass die Diako eine weitere Reorganisation vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse anstrebt und realisieren wird.

4.1.2 Qualifizierung der Beschäftigten

Die Qualifizierung der Beschäftigten zog sich durch alle Phasen des Projekts. Aktiv beteiligt waren ca. 300 Beschäftigte der Diako (vgl. auch Abschn. 3.2).

Durch die Beteiligung an den Untersuchungen, an Informationsveranstaltungen, insbesondere aber auch an den Workshops konnten die Beschäftigten erkennen, dass problematische Arbeitsbedingungen durch die Beschäftigten selbst veränderbar sind und dass sie in diesem Prozess aktiv mitwirken können. Insbesondere in den Workshops ist dieses auch erreicht worden, da diese von den Beschäftigten nicht nur aktiv gestaltet, sondern auch mehrheitlich als effektiv und abwechslungsreich bewertet wurden.

Der angezielte Abbau von Altersmythen spielte insofern nur eine untergeordnete Rolle, da diese Altersmythen in der Diako (z. B. auch in den Workshops zum Anerkennenden Erfahrungsaustausch) kaum eine Rolle spielten bzw. nicht thematisiert wurden.

4.1.3 Beteiligungsorientierte Entwicklung konkreter Maßnahmen einer altersgerechten Arbeitsgestaltung

Im Rahmen einer beteiligungsorientierten Arbeitsgestaltung hatten die Beschäftigten in den Workshops die Gelegenheit, ihre Gestaltungsvorschläge einzubringen. Etwa 300 Personen unterschiedlicher Alters- und Berufsgruppen haben diese Möglichkeit genutzt und in den Workshops und Veranstaltungen Maßnahmen entwickelt, die zum Teil kurzfristig (z. B. Austausch defekter Arbeitsmittel, Beschaffung neuer Arbeitsmittel)⁶⁵, zum Teil auch nur mittel- bis langfristig umsetzbar sind (z. B. Reorganisation einer Station, Schaffung einer administrativen Stelle auf der Station).

Erreicht werden konnte in etwa der Hälfte der Workshops, dass die alters- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit gefördert wurde. Allerdings ist es nicht gelungen, die Zusammenarbeit zwischen Pflege und ärztlichem Bereich in den Workshops angemessen zu bearbeiten. Zwar wird diese Zusammenarbeit in der Diako von den Berufsgruppen und der Leitung als gut beschrieben, trotzdem konnten wir bei der Analyse der Belastungen insbesondere informatorische Erschwerungen feststellen, die auf Probleme in der Zusammenarbeit verweisen (z. B. unzureichende Anweisungen, Unterlagen/Akten, die einfach mitgenommen werden).

Schließlich ist festzuhalten, dass schon die Rückmeldung spezifischer abteilungs-, stations- und berufsspezifischer Befragungsergebnisse nicht nur zu einer höheren Aufmerksamkeit des Projektes führte, sondern auch zu weiter gehenden Diskussionen und Maßnahmen (z. B. zwischen Klinikleitung und Mitarbeitervertretung), ohne dass das Projekt hier noch weiter involviert wurde.

⁶⁵ Diese Maßnahmen wurden in der Regel auch umgesetzt, da schon mit der Benennung des Problems die Lösung auf der Hand lag und mit geringen Mitteln realisiert werden konnte.

4.1.4 Umsetzung der entwickelten Gestaltungsmaßnahmen

Es ist schon erwähnt worden, dass in den (Gestaltungs-)Workshops unterschiedliche Maßnahmen entwickelt wurden, die sich auf einzelne Arbeitsplätze, ganze Abteilungen bzw. Stationen bezogen und/oder umfangreiche arbeitsorganisatorische Umgestaltungen erforderten und erfordern.

Auch wenn in der Projektlaufzeit eine Vielzahl (kleinerer) Maßnahmen initiiert und realisiert werden konnte, sind umfangreichere organisatorische Veränderungen in der Projektlaufzeit nur ansatzweise realisiert worden. So ist es bis zum Ende des Projekts über erste Ansätze hinausgehend nicht gelungen,

- klarere Verantwortlichkeiten für das Demografiethema im Management zu etablieren („Demografiemanagement“)
- den Zeitdruck sowie die Belastungen (insbesondere in der Pflege) *nachhaltig* durch andere Personaleinsatz- und Organisationskonzepte (u. a. Schaffung von Mikropausen, neue administrative Funktionen auf den Stationen⁶⁶) zu vermindern
- die Spielräume der Beschäftigten (insbesondere in der Pflege) durch neue Aufgabenzuschnitte (z. B. der Bezugspflege) zu erweitern und
- für die älteren Beschäftigten neue Arbeitszeitmodelle bzw. altersgerechte Schichtpläne umzusetzen.

Allerdings stehen diese Themen durch die Projektarbeit jetzt auf der Agenda der Diako und haben – wie schon erwähnt – den ärztlichen Direktor veranlasst, diese Themen über das Projekt hinausgehend weiter zu bewegen.

Andere Workshops (Anerkennender Erfahrungsaustausch, Vermeidung von Rückenbeschwerden, Stress lass nach, Informationsfluss) können demgegenüber direkt als Umsetzung bzw. Lösung von in der Bestandsaufnahme erkannten Problemen angesehen werden.

- So ging es bei den Workshops „Stress lass nach“ darum, belastende Faktoren in der Arbeit zu identifizieren und z. B. durch Entspannungstechniken die Beanspruchung zu senken.
- In den Workshops zum „Anerkennenden Erfahrungsaustausch“ lernten die Beschäftigten neue Formen, Probleme anzusprechen und zu bearbeiten, wengleich sich zeigte, dass es keine grundlegenden Probleme in der Kooperation zwischen den Generationen bei der Diako gibt.
- In den Workshops und dem sich anschließenden Projekt konnten durch Schulungen, Beratungen und Übungen am Arbeitsplatz rückenschonende Maßnahmen vermittelt und geübt werden und durch technische und organisatorische Maßnahmen unterstützt werden.

⁶⁶ Auch wenn auf ersten Stationen und Kliniken derartige Funktionen eingeführt wurden, ist doch festzustellen, dass in der Regel für diese Funktionen keine zusätzlichen Stellen geschaffen wurden.

4.1.5 Evaluation

Im Rahmen des Projektes kamen sowohl Formen der summativen oder Ergebnis-evaluation als auch der formativen oder Prozessevaluation zur Anwendung.

Es konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse valide und die abgeleiteten Maßnahmen nachvollziehbar sind, so dass die Krankenhausleitung entschieden hat, weitere und nachhaltigere Maßnahmen in Angriff zu nehmen.

Auch wenn eine Vielzahl kleinerer Maßnahmen initiiert oder auch umgesetzt wurden, ließen sich Verbesserungen allerdings nicht wirklich statistisch nachweisen (vgl. auch Abschn. 3.3.1).

4.1.6 Erstellung eines Praxisleitfadens zur altersgerechten Arbeitsgestaltung in Krankenhaus und Altenheim

Im Laufe der Projektarbeit wurde in Abstimmung mit der BAuA entschieden, den ursprünglich geplanten Praxisleitfaden nicht weiter zu verfolgen und die Projektergebnisse und -erfahrungen in einem E-Learning-Tool zusammen zu fassen, das erlaubt, Schwachstellen der Arbeitsgestaltung (insbesondere in der Pflege) zu erkennen und die Entwicklung entsprechender Lösungsvorschläge anzuregen.

Das E-Learning-Tool (vgl. GAbi-E-Learning-Tool) liegt vor und wurde in mehreren Entwicklungsphasen mit Beschäftigten der Diako entwickelt und verbessert⁶⁷.

Das E-Learning-Tool ist vorrangig ein Instrument zur (beteiligungsorientierten) Arbeitsanalyse und Arbeitsgestaltung und damit im Vergleich zur ursprünglichen Planung in seiner Geltung eingeschränkter, da sich u. a. die Inhalte und Vorgehensweisen der Workshops als nicht geeignet für ein E-Learning-Tool erwiesen haben.

Für die Nutzung des E-Learning-Tools sind lediglich gute Kenntnisse der zu analysierenden Arbeitstätigkeit erforderlich. Weitere besondere Kenntnisse benötigt man nicht

4.1.7 Systematische Aufbereitung und Veröffentlichung der Ergebnisse

Während des Projektverlaufs wurden die Projektergebnisse auf verschiedenen Fachkongressen vorgestellt und dort in der Regel mit Interesse aufgenommen. Gleichzeitig hat sich durch die Projektarbeit und die Präsenz auf den Fachkongressen ein Netzwerk gebildet, durch das die Projektergebnisse weiter getragen werden konnten. Dies hat u. a. zur Folge, dass es mehrfache und andauernde interessierte Nachfragen zum Projekt und den Ergebnissen gab.

4.1.8 Bezug zu den förderpolitischen Zielen des Modellprogramms

Gemäß der Ausschreibung des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen vom 6. Juni 2006 war es das Ziel, „... für Betriebe mit altersgemischter und/oder einer durchschnittlich älteren Belegschaft Konzepte zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der heute älteren Erwerbstätigen (zu) entwickeln und in der Praxis (zu) erproben“ (vgl. ebd. S. 1). Die (aktuellen)

⁶⁷ Simon Fietze ist hier insbesondere für die technische und organisatorische Umsetzung zu danken.

arbeitswissenschaftlichen Konzepte sollten darüber hinaus in der Praxis modellhaft erprobt und in ihrer Wirksamkeit anhand validierter Methoden überprüft werden, wobei die Modellhaftigkeit und Nachhaltigkeit besonders auszuweisen sind.

Vor dem Hintergrund dieser Anforderungen des Modellvorhabens kann behauptet werden, dass das Projekt seine Ziele erreicht hat:

1. Auf der Grundlage alterspsychologischer Konzepte und eines Ansatzes altersinduzierten Voralterns (vgl. Abschn. 1.3) konnte methodisch abgesichert und mit etablierten Methoden gezeigt werden, dass ältere und jüngere Beschäftigte sich kaum in ihrer Arbeitssituation und in ihrer Wahrnehmung und Verarbeitung dieser unterscheiden. Für *alle* Beschäftigten gilt somit, dass die Arbeit so gestaltet werden muss, dass Entscheidungsspielräume erhalten und erweitert und Belastungen vermieden werden und insbesondere (Schicht-)Arbeitszeiten vorausschauend gestaltet werden müssen. Damit wird der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit aller Beschäftigten und somit auch der älteren Beschäftigten gedient und den Folgen arbeitsinduzierten Voralterns entgegengewirkt.
2. In Workshops und Veranstaltungen wurden Maßnahmen entwickelt, die ansatzweise auch praktisch erprobt und umgesetzt wurden, allerdings nicht in der Geschwindigkeit und Stringenz, wie dieses zu wünschen wäre. Gründe von allgemeiner Bedeutung für diese Einschränkungen sind benannt (vgl. Abschn. 4.2.2) und können somit bei vergleichbaren Projekten berücksichtigt werden. Damit konnte auch die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen nur ansatzweise festgestellt werden. Die verschiedenen Rückmeldungen, aber auch die Entscheidung der Leitung der Diako, die Maßnahmen fortzusetzen, zeigen jedoch, dass diese aus betrieblicher Sicht sinnvoll und wirksam sind.
3. Durch die Entwicklung eines E-Learning-Tools werden die Ergebnisse und Maßnahmen des Projekts einer breiteren Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt, so dass interessierte Personen (insbesondere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, betriebsärztliche Dienste, Sicherheits- und Arbeitsschutzbeauftragte, betriebliche Interessenvertretung und andere Akteure betrieblicher Gesundheitsförderung) in die Lage versetzt werden, Schwachstellen der Arbeitsorganisation insbesondere im Bereich der Krankenpflege aufzudecken und Maßnahmen zur Verbesserung zu entwickeln. Damit trägt das Projekt durch dieses Tool dazu bei, dass die Ergebnisse auch in anderen Organisationen des Gesundheitswesens nachhaltig genutzt werden können. Ergebnisse und Maßnahmen bleiben somit nicht auf eine bestimmte Organisation begrenzt, sondern können auf andere Organisationen übertragen werden.
4. Schließlich wurde durch die breite Mitwirkung der Beschäftigten an dem Projekt erreicht, dass diese nicht nur ein klareres Verständnis über den demografischen Wandel entwickelt konnten, sondern auch Kompetenzen bei der Analyse und Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen erwarben.

4.2 Rahmenbedingungen

Im Folgenden sollen Rahmenbedingungen diskutiert werden, die für den Erfolg eines Projektes zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen förderlich oder hinderlich sein können.

4.2.1 Förderliche Bedingungen

Für das Gelingen eines demografieorientierten Projektes wie z. B. dem GAbi-Projekt ist eine wesentliche Voraussetzung die Unterstützung und das aktive Engagement der Krankenhausleitung und der Mitarbeitervertretung.

Das schon angedeutete christliche Selbstverständnis der Diako war dabei sicherlich ein förderlicher Grund, dass sich die Diako als Organisation intensiv und engagiert an dem Projekt GAbi beteiligt hat und dass sich Vorstand und Mitarbeitervertretung aktiv in das Projekt eingebracht haben. Beide Betriebsparteien waren darüber hinaus davon überzeugt, dass es sinnvoll ist, in die Gesundheit und Perspektive der Belegschaft zu investieren.

Darüber hinaus zeigte sich auch in der Diako, dass der demografische Wandel eine Realität ist, der sich zukunftsfähige Unternehmen zu stellen haben. Nicht nur Rekrutierungsprobleme bei den Beschäftigten (insbesondere im ärztlichen Bereich), sondern auch durch die Tatsache, dass sich das Gesundheitswesen (Krankenhaus und Altenheim) zunehmend und merklich um ältere Patient(inn)en mit veränderten Krankheitsbildern zu kümmern hat, machten dieses immer wieder unmittelbar erfahrbar. Schon aus diesem Grund hatte der Vorstand von Anfang an beschlossen, dass Projekt auch durch eigene Beschäftigte und Ressourcen zu unterstützen.

Schließlich war allen Beteiligten vom Ansatz klar, dass eine altersgerechte Arbeitsgestaltung möglichst frühzeitig belastende und fördernde Bedingungen der Arbeit identifizieren und ggf. verändern muss, damit die Beschäftigten langfristig gesund und motiviert arbeiten können.

4.2.2 Hinderliche Bedingungen

Auch wenn das Projekt auf einem grundsätzlich positiven Grund und Akzeptanz aufsetzen konnte, zeigte sich doch eine Reihe von kritischen Bedingungen, die auch erklären könnten, warum einige der erforderlichen und sinnvollen Maßnahmen noch nicht realisiert werden konnten.

- Als zentrales Problem muss sicherlich gesehen werden, dass die personelle Situation und der bei allen Berufsgruppen zu verzeichnende Zeitdruck eigentlich kaum Spielräume für eine aktive Beteiligung der Beschäftigten an demografieorientierten und gesundheitsförderlichen Maßnahmen erlaubten. Umso erstaunlicher ist, dass es Vorstand, örtliche Führungskräfte und Mitarbeitervertretung immer wieder gelang, die Beschäftigten zur Teilnahme an dem Projekt zu motivieren. Allerdings bedurfte dieses immer wieder erheblichen Aufwandes und der wiederholten persönlichen Ansprache und es gelang nicht immer nachhaltig, diese Motivation zu erhalten. Insbesondere im ärztlichen Bereich ist es nicht hinreichend gelungen, eine nachhaltige Beteiligung zu erhalten, da die Dienstpläne dieses kaum erlaubten (so dass z. B. Termine und Workshops vor Ort mehrfach verschoben werden mussten oder nicht zustande kamen) und das Demografiethema immer

wieder hinter den Alltagsproblemen (z. B. Notfälle, Dienstaustausch) zurückstehen musste. Hinzu kam, dass die Beschäftigten durchaus skeptisch waren, ob sie durch eigene Aktivitäten (z. B. die Teilnahme an den Workshops) wirklich Veränderungen erzielen könnten.

- Schon die ersten Projektergebnisse zeigten, dass in der Diako nicht wirklich ein Demografieproblem in dem Sinne vorliegt, dass man sich besonders um die älteren Beschäftigten zu kümmern hätte. Insofern bestand vordergründig keine Notwendigkeit für besondere oder besonders eilige Maßnahmen, so dass man sich hier auf die „normalen“ Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung zurückziehen konnte.
- Obwohl die Diako Personen und Ressourcen für das Projekt bereitgestellt hatte, stellte sich als weiteres Problem, dass die Diako noch keine nachhaltige Managementstruktur aufgebaut hatte, die sich systematisch mit Fragen der Gesundheit (Gesundheitsmanagement) und der Demografie (Demografiemanagement) beschäftigt. Viele der am Projekt engagiert mitarbeitenden Personen konnten dieses nur zeitlich befristet und nur mit einem begrenzten Anteil ihrer Arbeitszeit tun und ohne dass dieses immer hinreichend koordiniert werden konnte.
- Da Maßnahmen in vielen Fällen mehrere Bereiche und Stationen betrafen, war es häufig sehr schwierig und aufwändig, diese zeitlich und räumlich zu koordinieren. Diese führte zu erheblichem Aufwand der betrieblichen Projektkoordinator(inn)en, die hierfür nur ein begrenztes zeitliches Budget zur Verfügung hatten.
- Eine Organisation wie die Diako steht im ständigen Wandel mit der Folge, dass die Organisation und damit auch Ansprechpartner und Zuständigkeiten im Management sich häufiger ändern. Insbesondere im Bereich der Altenheime ist es aufgrund organisatorischer Veränderung deshalb nicht immer gelungen, nachhaltigere Projektstrukturen aufzubauen und zu erhalten.
- In jedem betrieblichen Projekt ist eine Reihe von Akteuren eingebunden, die neben den Projektzielen weitere Ziele und Interessen besitzen. So standen für einige Akteure bestimmte Themen (z. B. Arbeitszeitprobleme) im Vordergrund, die man möglichst schnell mit Hilfe des Projektes angehen wollte, obwohl diese Themen im Projekt nicht vorrangig und auch nicht kurzfristig behandelt werden konnten. Dabei konnte vom Projekt z. B. nicht immer vermittelt werden, warum eine ausführliche Bestandsaufnahme und Evaluation erforderlich ist, wo die Probleme doch „offensichtlich“ sind. Einmal mehr ist auch in diesem (Forschungs-) Vorhaben die „Projektlogik“ auf die Praxislogik eines Unternehmens gestoßen.
- Auch wenn die Diako ausgesprochen offen und interessiert an dem Projekt war, scheint die Bedeutung und Brisanz des demografischen Wandels noch nicht wirklich in die betriebliche Realität eingedrungen zu sein. Nicht nur, dass erst zögerlich entsprechende Verantwortlichkeiten im Management benannt wurden, zeigt dieses, sondern auch, dass nach wie vor weitgehend übliche Wege der Personalrekrutierung und –betreuung gegangen werden, die aus der Sicht des Projekts (und der Literatur) in der nahen Zukunft nicht mehr ausreichend sein dürften.
- Schließlich muss noch erwähnt werden, dass jüngere und unerfahrene Projektmitarbeiter(innen) in bestimmten Bereichen der Diako nicht immer einen leichten Stand hatten, so dass hier ein unerwartet hohes Engagement der Projektleitung erforderlich wurde.

4.3 Empfehlungen und Ausblick

Sowohl die Analysen als auch die Workshops haben gezeigt, dass die Arbeit in Krankenhaus und Altenheim zumindest in den pflegerischen und medizinischen Bereichen vielfältig und anforderungsreich ist, aber auch durch hohe Belastungen gekennzeichnet ist.

Eine alternsgerechte Arbeitsgestaltung muss deshalb möglichst frühzeitig belastende und fördernde Bedingungen der Arbeit identifizieren und ggf. verändern, damit die Beschäftigten langfristig gesund und motiviert arbeiten können und dem arbeitsinduzierten Voraltern (vgl. Kap. 1) entgegengewirkt werden kann. Eine so verstandene alternsgerechte Arbeitsgestaltung ist auch altersgerecht, da sie nicht nur die Arbeitsplätze der älteren Beschäftigten im Blick hat, sondern schon frühzeitig präventiv Arbeitsbedingungen schafft, die die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit für alle Beschäftigten bis ins Alter erhalten.

Eine alternsgerechte Arbeitsgestaltung ist aber auch deshalb erforderlich, weil Unternehmen und Organisationen zunehmend auf ältere Beschäftigte angewiesen sind (vgl. auch Kap. 1) und eine mangelnde Arbeitsgestaltung mit hohen Kosten verbunden ist (vgl. auch Zimmer, Teufel & Berger, 2005).

Im Folgenden sollen die wesentlichen und verallgemeinerbaren Ergebnisse der Workshops, aber auch der verschiedenen Analysephasen in Form von Empfehlungen zusammengefasst werden. Dabei ist jedoch zu bemerken, dass diese Empfehlungen im Projektzusammenhang nicht systematisch erprobt werden konnten.

4.3.1 Den demografischen Wandel gestalten

Das GAbi-Projekt hat am Beispiel der Diako gezeigt und zum Teil bewirkt, dass in den Krankenhäusern und Altenheimen ein zunehmendes Bewusstsein über den demografischen Wandel entstanden ist.

Was allerdings noch fehlt ist die Umsetzung dieses Bewusstseins in betriebliches Handeln.

Vorrangig ist, dass die demografische Entwicklung im Unternehmen durch eine Altersstrukturanalyse systematisch und kontinuierlich fundiert und begleitet wird. Viele Unternehmen glauben, dass sie einen guten Überblick über die Altersstruktur haben, indem sie einfache Personaldaten nutzen und unterschätzen dabei das Potenzial und die Möglichkeiten einer *systematischen Altersstrukturanalyse* (vgl. Köchling, 2006; Langhoff, 2009). Die systematische Altersstrukturanalyse ist deshalb erforderlich, um die eigene demografische Situation besser zu verstehen, strategische Ziele zu bestimmen und vor diesem Hintergrund zukünftige Entwicklungen abschätzen zu können. Dabei ist entscheidend, dass die systematische Altersstrukturanalyse sich nicht nur auf die Gesamtorganisation, sondern auch auf Teilbereiche, bestimmte Berufsgruppen etc. beziehen muss. Schon einfache Auswertungen bei der Diako haben den Wert einer systematischen Altersstrukturanalyse gezeigt, aber auch die Notwendigkeit, diese strategisch einzubinden und als eine Managementaufgabe – als Teil eines *Demografiemanagements* (vgl. Langhoff, 2009) – zu begreifen⁶⁸. Dies bedeutet nicht nur, dass eine (dauerhafte) Projektstruktur und Verantwortlichkeiten im Mana-

⁶⁸ Vor dem Hintergrund des Projekts wurde zum Ende des Projekts eine Person der Leitung mit den Aufgaben des Demografie- und Gesundheitsmanagements beauftragt.

gement hergestellt werden müssen, sondern auch, dass verschiedene betriebliche Handlungsfelder wie Arbeitsgestaltung, Gesundheitsmanagement, Führung und Motivation, Qualifizierung sowie der gesamte Bereich der Personalrekrutierung, -auswahl, -bindung und -entlassung aufeinander bezogen werden müssen.

Dabei reicht es nicht aus, etwa eine Person (im Vorstand) für Demografiefragen abzustellen. Demografie ist eine „integrative Querschnittsaufgabe“ (Langhoff, 2009, S. 99), die alle Führungskräfte angeht, d. h. jede betriebliche Entscheidung muss mit der „demografischen Brille“ (vgl. ebd.) betrachtet werden⁶⁹. Somit ist es erforderlich, alle Führungskräfte (Chefärzte/Chefärztinnen, Oberärzte/Oberärztinnen, Pflegedienst- und Stationsleitungen, Verwaltungsleitungen) nicht nur mit den Ergebnissen der systematischen Altersstrukturanalyse bekannt zu machen, sondern im Rahmen von Präsentationen und *Führungskräfte*schulungen zu vermitteln, wie sie den demografischen Wandel in ihrem Bereich gestalten können (z. B. auch durch systematische „Anerkennungsgespräche“ mit älteren Beschäftigten).

Betriebe müssen in Zukunft mit älteren Belegschaften arbeiten und es ist eine Frage der Zeit, dass das Pensions- und Rentenalter heraufgesetzt wird. Darüber hinaus sprechen die großen interindividuellen Unterschiede in der Leistungsfähigkeit dafür, Altersgrenzen flexibel zu gestalten (vgl. auch Semmer & Richter, 2004). Es wird deshalb in Zukunft darum gehen, *Übergänge von der Arbeit in den Ruhestand flexibler zu gestalten*. Insbesondere im ärztlichen Bereich der Diako ist z. B. mehrfach der Wunsch oder das Angebot formuliert worden, unter bestimmten Bedingungen⁷⁰ auch über das gesetzlich vorgeschriebene Renteneintrittsalter hinaus tätig zu bleiben. Es gibt bislang nur vereinzelte Modelle, wie diese Flexibilisierung realisiert werden könnte – sie setzen allerdings entsprechende gesetzliche Regelungen voraus. Ulich (2005, S. 617f.) schlägt z. B. ein *Stafettenmodell* vor, in dem ältere Beschäftigte in mehreren Schritten und sukzessive die Wochenarbeitszeit reduzieren und somit in den Ruhestand „gleiten“, während jüngere Beschäftigte sukzessive die entsprechenden Aufgaben übernehmen. Vereinzelt hat die Diako auch schon das Modell erprobt, dass ältere Ärztinnen/Ärzte mit finanzieller Unterstützung des Krankenhauses Aufgaben der Primärversorgung übernehmen, d. h. teilweise im Krankenhaus (beratend) tätig bleiben und gleichzeitig Aufgaben in einer Privatpraxis übernehmen.

4.3.2 Entscheidungsspielräume schaffen

Eine zentrale menschliche Fähigkeit besteht darin, sich eigenständig komplexe Ziele zu setzen und diese unter sich verändernden Bedingungen zu erreichen. Arbeitstätigkeiten mit hohen Entscheidungsspielräumen fordern und fördern diese Fähigkeit, während Arbeitstätigkeiten mit niedrig ausgeprägten Spielräumen lediglich das Ausführen festgelegter Vorgehensweisen verlangen, ohne dass dabei Überlegungen angestellt, geplant oder entschieden werden müsste (vgl. z. B. Dunckel u. a., 1993).

Mittlerweile ist in zahlreichen Studien nachgewiesen worden, dass anspruchsvolle Aufgaben, die eigenständige Entscheidungen und Planungen verlangen und ermöglichen, sowohl das Hinzulernen neuer Kenntnisse und Fertigkeiten als auch den Erhalt

⁶⁹ So mag vielleicht eine neue Arbeitszeit- oder Pausenregelung auf den ersten Blick „teuer“ erscheinen, auf den zweiten demografischen Blick sichert diese jedoch, dass ältere Beschäftigte länger im Unternehmen verbleiben.

⁷⁰ So wurde z. B. genannt: weniger Schichtarbeit, nicht mehr Vollzeit arbeiten, kein Wochenenddienst.

der Leistungsvoraussetzungen gegen ihren altersbedingten Verlust sichern, d.h. sie wirken sich positiv auf die Kompetenz und Motivation der Beschäftigten aus und bieten die vielfach geforderten Chancen zur individuellen Weiterentwicklung (vgl. Haselhorn u. a., 2005). Darüber hinaus motivieren und befähigen Tätigkeiten mit einem hohen Maß an Entscheidungs- und Planungserfordernissen im Arbeitsleben auch zur Bewältigung komplexer Anforderungen außerhalb der Erwerbsarbeit, was zur Stärkung des Selbstvertrauens und zum Wohlbefinden des Beschäftigten beiträgt (vgl. Leitner, 1993; Oesterreich, 1999).

Durch die Schaffung höherer Entscheidungsspielräume kann also arbeitsorganisatorisch dazu beigetragen werden, Berufsverläufe so zu gestalten, dass Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten geboten sind und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten langfristig erhalten bleibt.

Als eine Perspektive kann hier die Gestaltung von Gruppenaufgaben gelten, die nicht nur das Erleben ganzheitlicher Arbeit, sondern auch ein höheres Maß an Entscheidungsspielräumen und sozialer Unterstützung in der Gruppe bedeuten (vgl. Ulich, 2005). In der Altenpflege können z. B. – nach dem Vorbild anderer Kliniken der Diako – Bezugspflegeteams aufgebaut werden, die nicht nur die Pflegeabläufe gemeinsam planen, sondern auch eine zuverlässige und kontinuierliche Beziehung der Pflegekräfte mit den Pflegenden bzw. Hausbewohner(innen) bedeuten (vgl. auch Berger, Kämmer & Zimmer, 2006).

Im GAbi-Projekt wurde deshalb ein E-Learning-Tool entwickelt (vgl. GAbi-E-Learning-Tool), das Vorgesetzte (z. B. Stationsleitungen) – ggf. in Zusammenarbeit mit einem Beschäftigten – Fachkräfte (z. B. Fachkraft für Arbeitssicherheit, betriebsärztlicher Dienst), aber auch die Beschäftigten selbst dazu anleiten soll, eine Arbeitstätigkeit u. a. dahingehend zu beurteilen, welchen Spielraum diese für eigenständiges Denken und Handeln bietet.

Die Notwendigkeit ergibt sich schon aus der Tatsache, dass im Bereich der Kranken- und Altenpflege eine Reihe von Arbeitsaufgaben zu finden sind, die nur geringen Entscheidungsspielraum aufweisen.

4.3.3 Belastungen abbauen

Die Untersuchungen im Rahmen des GAbi-Projekts haben gezeigt, dass insbesondere die pflegerischen Berufe durch eine Reihe von Belastungen am Arbeitsplatz behindert werden. Bei diesen Belastungen handelt es sich um störende Bedingungen („alltägliche Ärgernisse“), die unmittelbar bei der Arbeit wirken und die Ausführung der Arbeitsaufgaben behindern.

Um störende Arbeitsbedingungen aufzufinden und angemessene Maßnahmen zu ihrer Beseitigung vorschlagen zu können, wurden im Rahmen des GAbi-Projekts typische Beispiele psychischer Belastungen beschrieben, die bei Arbeitstätigkeiten in Krankenhaus und Altenheim auftreten. Vor diesem Hintergrund wurden Verbesserungsvorschläge entwickelt und erprobt, die als Anregung zum Entwickeln geeigneter Maßnahmen genutzt werden können. Sie sind in dem E-Learning-Tool zusammengetragen worden.

Im Rahmen des GAbi-Projekts wurden folgende Belastungen festgestellt (vgl. auch Kap. 3): Zeitdruck, Unterbrechungen (hauptsächlich durch Personen), Informativische und motorische Erschwerungen („Stolpersteine“) und körperliche Belastungen

(insbesondere Rückenbeschwerden) sowie Belastungen durch die ständige Geräuschkulisse.

Zur Reduzierung dieser Belastungen wurde einerseits eine Vielzahl „kleinerer“ organisatorischer Maßnahmen entwickelt (vgl. auch Abschn. 3.2.1). Gleichzeitig wurde angeregt, den „alltäglichen“ Belastungen mehr Aufmerksamkeit zu schenken und sie systematisch bei Stations- und Abteilungsbesprechungen zu berücksichtigen (vgl. auch den folgenden Abschn. 4.3.3.4). Für die Verminderung von Zeitdruck und Unterbrechungen bietet es vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Diako an, insbesondere administrative Tätigkeiten auf eine gesonderte Stelle („Stationsassistentin“, „Service-Stelle“) zu konzentrieren (vgl. auch Abschn. 4.3.3.1/4.3.3.2), um somit die anderen Beschäftigten von diesen Tätigkeit zu entlasten und dabei gleichzeitig Lärmquellen zu verringern (vgl. Abschn. 3.2.5). Schließlich ist auf die körperlichen Belastungen (insbesondere der Minderung von Rückenbeschwerden) besonderes Augenmerk zu legen. Hier sind sicherlich Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen erforderlich (vgl. Abschn. 3.2.4/4.3.5).

4.3.3.1 Zeitdruck verringern

(Objektiver) Zeitdruck entsteht, wenn ein Beschäftigter mit gleichbleibend hoher Arbeitsgeschwindigkeit arbeiten muss und damit kaum oder keine Möglichkeiten hat, sich von der Arbeit abzuwenden.

Eine Ursache des Zeitdrucks ist sicherlich, dass die *enge Personalsituation* der Pflege und im ärztlichen Bereich zunehmend auf (ältere) Patient(inn)en stößt, die einen höheren Pflegebedarf haben. Eine Vielzahl von (Neben-)Tätigkeiten, aber auch die (zeitliche) Bewältigung der ständigen Unterbrechungen und Erschwerungen sind weitere Ursachen für den Zeitdruck.

Als zentrale Maßnahme bietet sich hier an, das Personal durch eine zusätzliche *Service-Stelle* von einem Teil der *administrativen Aufgaben* zu entlasten⁷¹. Zu diesen Aufgaben gehören z. B.: Patientenakte/-ordner pflegen, fehlende Unterlagen bestellen, Kontrolle der Unterlagen, Informationsweitergabe, Ablage von Befunden, Anmeldung und Verfolgung von Untersuchungen einschließlich der Transporte, Anrufe von Angehörigen, Ärzten u. a. entgegennehmen, Sprechstunden organisieren etc.

In vielen Bereichen des Krankenhauses und der Altenheime bestehen nur wenig Möglichkeiten, Pausen zu machen. Diese (Kurz-)Pausen spielen jedoch gerade unter dem Aspekt älter werdender Beschäftigter eine wichtige Rolle, um die Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten. Eine zweite Maßnahme ist deshalb die Gestaltung von *Kurzpausen*⁷². Arbeitswissenschaftlich werden im Allgemeinen viele und kurze (stündliche) Pausen gegenüber langen Pausen bevorzugt (vgl. Ulich, 2005). Entscheidend ist hierbei, dass der oder die Beschäftigte sich wirklich von der Arbeit abwenden und den Arbeitsplatz verlassen kann und dass Pausenzeiten nicht

⁷¹ In einigen Kliniken und Stationen der Diako (Neurochirurgie, Gefäßchirurgie, Medizinische Klinik, Psychiatrie) ist dieses mittlerweile eingeführt; die entsprechenden – überwiegend administrativen – Aufgaben werden rotierend von einer qualifizierten Pflegekraft ausgeführt. Allerdings konnte nicht immer eine zusätzliche Stelle zur Verfügung gestellt werden; zum Teil wurde diese Funktion durch Umverteilung der Aufgaben realisiert. Die Stelle hat eine gewisse Ähnlichkeit mit dem von Peter und Ulich (2003, S. 82f.) berichteten Patienten-Administrations-Manager (PAM), der ebenfalls die Funktion hat, das ärztliche Personal wie auch das Pflegepersonal zu entlasten.

⁷² Das Beispiel der Raucher(innen) zeigt übrigens, dass es sehr wohl möglich ist, stündlich Pausen zu machen und sich kurzfristig abzuwenden.

mit Übergabezeiten, Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft vermischt werden. Auch wenn dieses in einigen Bereichen der Diako schon mit Erfolg erprobt wird (und das Beispiel der Raucher zeigt, dass eine Abwendung von dem Arbeitsplatz/der Station möglich ist), so ist auch für die Diako hier eine grundsätzliche Lösung erforderlich.

4.3.3.2 Unterbrechungen verringern

In Abschnitt 3.1 hat sich gezeigt, dass ständige Unterbrechungen den Alltag in Krankenhaus und Altenheim kennzeichnen. Die Verringerung dieser Unterbrechungen hängt natürlich wesentlich davon ab, wodurch diese Unterbrechungen entstehen (z. B. technische oder organisatorische Probleme, Unterbrechung durch Personen; vgl. auch das E-Learning-Tool). Ganz wesentlich scheint jedoch die Unterbrechung durch andere Personen (z. B. Angehörige, Kolleg(inn)en) zu sein, die wiederum zum Teil durch organisatorische Mängel bedingt ist (z. B. ist ein Arbeitsmittel nicht verfügbar, Unterlagen in der Patientenakte fehlen). Aus diesem Grund bietet sich auch hier die arbeitsorganisatorische Lösung an, die schon genannte Service-Stelle zu schaffen, da diese einen Teil der durch organisatorische Mängel bedingten Unterbrechungen abfangen kann.

4.3.3.3 Erschwerungen abbauen

Die Tätigkeitsbeobachtungen (vgl. Abschn. 3.1.4) haben ebenfalls gezeigt, dass die Arbeit in Krankenhaus und Altenheim durch (motorische und informatorische) Erschwerungen behindert wird. Im Vordergrund stehen dabei informatorische Erschwerungen, d. h. für die Arbeitsausführung erforderlichen Informationen sind aktuell nicht verfügbar, unvollständig oder fehlerhaft oder nicht verarbeitbar/leserlich. Die Folge ist, dass der oder die Beschäftigte sich diese Informationen besorgen oder ergänzen muss, um die Arbeit ordnungsgemäß auszuführen. Dies ist mit zusätzlichem Aufwand und Wartezeiten verbunden, was wiederum den Zeitdruck erhöhen kann. Auch hier gilt, dass es sehr unterschiedliche Erschwerungen gibt und Lösungsansätze sich hieran orientieren müssen (vgl. auch das E-Learning-Tool).

Grundsätzlich bietet es sich – sofern noch nicht vorhanden – an, über die Möglichkeit einer sogenannten *elektronischen Patientenakte*⁷³ nachzudenken, da diese alle erforderlichen Informationen an verschiedenen Arbeitsplätzen verfügbar macht.

Zudem bietet es sich an, die Dienstpläne und Erreichbarkeiten der verschiedenen Berufsgruppen abzustimmen (oder zumindest bekannt zu machen), da einige der informatorischen Erschwerungen auch dadurch verursacht sind, dass z. B. Ärzte für das Pflegepersonal nicht erreichbar sind (und umgekehrt; vgl. Abschn. 3.3.3).

4.3.3.4 Qualitätszirkel einführen

Keine Organisation kann organisatorische Probleme („Stolpersteine“) auf Dauer ausschließen; sie treten immer wieder auf und müssen immer wieder von Neuem gelöst werden. Dabei handelt es sich meistens um kleinere, alltägliche Probleme, die auch vor Ort in den Stationen und Abteilungen mit geringem Budget bewältigt werden können.

Aus diesem Grund ist es sinnvoll, dass die Beschäftigten einer oder mehrerer Stationen oder Bereiche regelmäßig (etwa alle 4 Wochen) und ggf. im Rahmen der „nor-

⁷³ Von der Leitung der Diako ist mittlerweile beschlossen, ein entsprechendes Projekt in Auftrag zu geben (vgl. auch Abschn. 3.3.3).

malen“ Stationsbesprechungen zu einer Art *Qualitätszirkel*⁷⁴ zusammenkommen, um Fragen der täglichen Arbeit zu diskutieren und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Moderiert werden sollten diese Qualitätszirkel durch Führungskräfte des „mittleren Managements“ (z. B. Bereichsleitung, Pflegedienstleitung, Stations- und Oberärzte/-ärztinnen; vgl. auch Abschn. 5.1.1), da sie damit nicht nur deutlich machen, dass ihnen die Gestaltung der Arbeit am Herzen liegt, sondern auch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Lösungsvorschläge umgesetzt werden.

Die Einführung von Qualitätszirkel im GAbi-Projekt konnte nur in wenigen Stationen vom Projekt angestoßen werden, indem Projektmitglieder auf den Stationen die Ergebnisse konkret zurückmeldeten und entsprechende Diskussionen im Sinne eines Qualitätszirkels anregten, die dann in einzelnen Stationen weitergeführt wurden. Allerdings reichte die Projektzeit nicht, Qualitätszirkel bei der Diako systematisch zu etablieren, obwohl hier seitens der Diako ein deutliches Interesse bestand und besteht.

Als ein positives Beispiel kann hier jedoch das durch das Projekt initiierte „Projekt Rücken“ (vgl. Abschn. 3.2.3) genannt werden, da hier über einen längeren Zeitraum ca. 10 Beschäftigte sich intensiv mit dem Problem der Rückenbeschwerden auseinandergesetzt haben und Lösungsvorschläge erarbeitet haben.

4.3.4 Arbeitszeit gestalten

Die Ergebnisse der Untersuchungen (vgl. Abschn. 3.1) verweisen darauf, dass ältere Beschäftigte die Folgen der Schichtarbeit weniger gut bewältigen können und wollen.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird das Durchschnittsalter der Beschäftigten weiter steigen. Damit nimmt auch der Anteil der Älteren zu, die in der Schichtarbeit tätig sind bzw. sein müssen. Die Gestaltung der Schichtarbeit wird in den Betrieben nicht nur deshalb zu einer erheblichen Herausforderung für die betriebliche Praxis werden. Sie ist auch deshalb erforderlich, da mehr als Dreiviertel der Beschäftigten im medizinischen und pflegerischen Bereich Schicht arbeitet und etwa jede(r) zweite Beschäftigte in der Pflege im Nachtdienst den Dienst versieht.

Vorausschauend gestaltete betriebliche Arbeitszeitregelungen sind eine geeignete Maßnahme, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Neben der Einführung von Langzeitkonten, mit denen Unternehmen ihr Arbeitskräfteangebot langfristig besser auf die jeweiligen Bedürfnisse abstimmen können, hat die Organisation der wöchentlichen Arbeitszeiten einen starken Einfluss auf die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und die Motivation der Mitarbeitenden (Schilling, 2008, S. 89 f.), aber auch auf die sogenannte „Work-Life-Balance“ (Resch & Bamberg, 2005), also auf das Verhältnis von Erwerbsarbeit und anderen Lebensbereichen.

Zu beachten sind deshalb die generellen Empfehlungen zur Gestaltung der Schicht- und Nachtarbeit (vgl. Beermann, 2005; Resch, 2006; Sczesny, 2007), insbesondere für ältere Beschäftigte, da diese auch nach den Untersuchungen des GAbi-Projekts weniger gut diese Arbeitsbedingungen bewältigen können (vgl. Abschn. 3.1.2; vgl. auch Beermann, 2008).

⁷⁴ Qualitätszirkel sind „... kleine Gruppen von Mitarbeitern, die sich regelmäßig auf freiwilliger Grundlage treffen, um selbst gewählte Probleme aus ihrem Arbeitsbereich zu bearbeiten“ (Bungard & Antoni, 2004, S. 447).

4.3.5 Rückenbeschwerden mindern

Nicht nur die Untersuchungen des GAbi-Projekts haben gezeigt (vgl. Abschn. 3.1.2), dass bei den physischen Belastungen unter den Gesundheitsberufen vor allem auf die körperlichen Belastungen der Pflegekräfte zu achten ist. Langes Stehen, schweres Heben und Zwangshaltungen kommen hier häufig vor und können besonders auf längere Dauer zu deutlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen führen (vgl. auch BIBB-BAuA-Erwerbstätigenbefragung, 2006) – häufig werden hier Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen genannt.

Rückenschmerzen stellen dabei nicht nur für den Betroffenen selbst starke Beschwerden dar, sondern sind gleichzeitig auch auf anderer Ebene schädlich für den Betrieb. Rückenschmerzen sind nämlich auch „die teuerste Volkskrankheit in Deutschland“ (Kohlmann & Schmidt, 2005). 25,8 % aller Arbeitsunfähigkeitstage gehen zurück auf Muskel- und Skeletterkrankungen, von denen die meisten Rückenschmerzen sind. Zudem vermindert sich die Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Einige Aufgaben, wie z. B. die Mobilisation eines Patienten, können gar nicht mehr bzw. nur mit Unterstützung der Kolleg(inn)en übernommen werden. Im Hinblick auf den demografischen Wandel ist zudem noch eine Verschlechterung der Situation zu erwarten, da die Häufigkeit des Auftretens von Rückenbeschwerden mit zunehmendem Alter steigt (vgl. auch die BKK Bevölkerungsumfrage zum Thema „Rückenschmerzen“ 2008)⁷⁵.

Das Ausmaß der Rückenproblematik verlangt von Betrieben und Organisationen Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen (vgl. auch Abschn. 3.2.3, Workshops zur Vermeidung von Rückenbeschwerden). Im Rahmen der Primärprävention sollte die Entstehung von Risikoverhalten bzw. Symptomen entgegengewirkt werden (z. B. durch Schulung von rüchenschonendem Arbeitsmethoden), bei der Sekundärprävention geht es um eine möglichst frühe Erfassung zu beobachtender Risiken bzw. Symptome (z. B. durch Arbeitsplatzbegehungen) und die Tertiärprävention hat – nach erfolgter Krankheit – die Linderung und Rehabilitation zum Ziel (z. B. Einsatz von speziellen Hilfsmitteln wie z. B. Hebehilfen).

Die wichtigste Maßnahme neben der Unterstützung durch Kolleg(inn)en bei der Ausführung von körperlich schweren Arbeiten ist die professionelle Anwendung von technischen Pflegehilfsmitteln. Diese müssen im ausreichenden Maße und in guter Qualität zur Verfügung stehen (vgl. Abschn. 3.1.5/3.2.3).

Im Rahmen des GAbi-Projekts wurde dazu eine Pflegehilfsmittelanalyse (PMA) durchgeführt (PMA-Bögen, siehe Anhang A9, A12-A14). Unter Pflegehilfsmitteln werden dabei alle Gegenstände und Geräte verstanden, die zum Zwecke der Mobilisation und des Transfers von Patienten dienen. Folgende Kriterien wurden bei der PMA erfasst:

- Welche Pflegehilfsmittel gibt es?
- In welchen Arbeitsbereichen sind diese vorhanden?
- Wie ist der Zustand der Pflegehilfsmittel?
- Wie ist der Schulungsgrad der Beschäftigten?
- Wie häufig und an welchem Ort werden die Pflegehilfsmittel angewendet?

⁷⁵ Allerdings ist auch hier zu vermuten, dass die „Einwirkzeit“ der physischen Belastungen eine größere Rolle spielt als das Lebensalter.

Aus den Ergebnissen kann erarbeitet werden, welcher Bedarf an Neuanschaffungen sowie an Schulungen besteht. Daneben kann der beste Lagerungsort und der Wartungsbedarf für die jeweiligen Hilfsmittel ermittelt werden. Durch die Erfassung aller Pflegehilfsmittel im Betrieb wird zudem die Möglichkeit für einen hausinternen Austausch geschaffen. Mit der PMA können die vorhandenen Hilfsmittel somit optimal genutzt werden und die Kosten für Neuanschaffungen reduziert werden.

Neben der optimierten Anwendung von Pflegehilfsmitteln stehen die Gesundheitsförderung, hier besonders Kursangebote zum rüchenschonenden Arbeiten und Maßnahmen zur Stärkung der körperlichen Fitness (zum Beispiel durch Betriebssport), die sogar durch die gesetzliche Krankenversicherungen gefördert werden können (vgl. Sozialgesetzbuch V §20a). Hier lohnt sich eine Kooperation.

In dem im Rahmen des GAbi-Projekts untersuchten Krankenhaus wurden und werden im Bereich rüchenschonendes Arbeiten erfolgreich Anfänger- und Aufbaukurse in Kinästhetik und Pilates-Kurse angeboten. Zur Steigerung der körperlichen Fitness gibt es umfangreiche Betriebssportangebote (z. B. eine hauseigene Fußballmannschaft und mehrere Nordic-Walking-Gruppen), Aquafit-Kurse (angeboten durch die Physiotherapeutische Abteilung) und betriebssportliche Ereignisse wie Fußballturniere und Ruderwettkämpfe, die zur Motivation und Information der Beschäftigten genutzt werden. Als Maßnahme zur Tertiärprävention bietet das Haus vergünstigte Massagebehandlungen in der eigenen Physiotherapeutischen Abteilung an. Diese Angebote werden von den Beschäftigten genutzt, auch wenn zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Erfolg der Maßnahme(n) noch nicht systematisch festgestellt werden kann.

4.3.6 Körperliche und geistige Fitness und Gesundheit erhalten

Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen (z. B. Ilmarinen, 2004; Rowe & Kahn, 1998; Warr, 1995), dass körperliche Fitness und Gesundheit mit besseren geistigen Leistungen einhergehen. Starke (berufliche) Belastungen sowie eine ungesunde Lebensweise vermindern diese und beschleunigen damit Altersprozesse. Auch aus dieser Sicht ist somit der Abbau beruflicher Belastungen sinnvoll und erforderlich.

Aber auch berufliche Erfahrung und Ausbildung wirken dem vorzeitigem Altern entgegen, da gute Bildungsgrundlagen eine Voraussetzung sind, mit Neuem besser klar zu kommen und dieses besser aufzunehmen und zu verarbeiten (vgl. Semmer & Richter, 2004). Hier sind die Unternehmen gefordert, durch anspruchsvolle Aufgaben, die eigenständige Entscheidungen und Planungen erfordern und ermöglichen (vgl. Abschn. 5.2), Möglichkeiten zur geistigen Auseinandersetzung und zum Lernen in der Arbeit zu geben.

Darüber hinaus können Unternehmen zu einer Kultur der permanenten Weiterbildung beitragen, indem sie die (zeitlichen und organisatorischen) Voraussetzungen schaffen und die Führungskräfte die Beschäftigten darin bestärken, sich beständig weiter zu bilden, um damit die Lern- und Leistungsfähigkeit auch im höheren Alter zu erhalten.

Natürlich können und müssen die Beschäftigten auch selbst ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit schützen. Betriebe können dieses wiederum auf vielfältige Weise unterstützen z. B. durch betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnungsprogramme, Stressbewältigung, Fitnessangebote, Nut-

zen von Hilfsmitteln (vgl. Zimber, Teufel & Berger, 2005; vgl. auch Kap. 4, Workshops zu Rückenbeschwerden und „Stress lass nach“), aber auch gesundheitsbezogene Zielvereinbarungsgespräche sind hier sinnvoll.

Für alle diese Maßnahmen gilt: Je früher man damit anfängt (und nicht aufhört), um so mehr erhält man seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Alter.

5 Literatur

- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.) (1998). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung: Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Beermann, B. (2005). *Leitfaden zur Einführung und Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit* (9. Aufl.). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Beermann, B. (2008). *Nacht- und Schichtarbeit – ein Problem der Vergangenheit?* Veröffentlichung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Behrens, J., Horbach, A. & Müller, R. (2009). *Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb)*. Berichte aus der Pflege Nr. 12. Rheinland-Pfalz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen.
- Berger, G. & Zimber, A. (2004). *Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege*. Stuttgart: Equal-Gemeinschaftsinitiative.
- Berger, G., Kämmer, K. & Zimber, A. (Hrsg.)(2006). *Erfolgsfaktor Gesundheit*. Hannover: Vincentz Network.
- BIBB-BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 – Arbeit und Beruf im Wandel, Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen. Online verfügbar unter: www.bibb.de/arbeit-im-wandel [Datum des letzten Zugriffs: 24.07.2009].
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1998). *Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus – Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S)*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bungard & Antoni, C. (2004). Gruppenorientierte Interventionstechniken. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (3. Aufl.). Bern: Huber (S. 439-473).
- Ducki, A., Niedermeier, R., Pleiss, C., Lüders, E., Leitner, K., Greiner, B. & Volpert, W. (1993). *Büroalltag unter der Lupe. Schwachstellen von Arbeitsbedingungen erkennen und beheben – ein Praxisleitfaden*. Göttingen: Hogrefe.
- Dunckel, H. & Pleiss, C. (2007). *Kontrastive Aufgabenanalyse – Weiterentwicklungen und Anwendungserfahrungen*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Dunckel, H., Volpert, W., Zölch, M., Kreutner, U., Pleiss, C. & Hennes, K. (unter Mitarbeit von R. Oesterreich & M. G. Resch). (1993). *Kontrastive Aufgabenanalyse im Büro. Der KABA-Leitfaden*. Zürich: vdf.
- Frei, F., Hugentobler, M., Alioth, A., Duell, W. & Ruch, L. (1996). *Die kompetente Organisation*. Zürich: vdf.
- Frese, M., Stewart, J. & Hannover, B. (1987). Goal Orientation and Planfulness: Action Styles as Personality Concepts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 6, 1182-1194.
- GAbi-E-Learning-Tool unter URL: <http://www.hsu-hh.de/ilias/> oder <http://elearn.uniflensburg.de> (Stand: 31.07.2010).

- Geißler, H., Bökenheide, T., Geißler-Gruber, B., Schlünkes, H. & Rinninsland, G. (2003). *Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung*. Frankfurt: campus-Verlag.
- Geißler, H., Bökenheide, T., Schlünkes, H. & Geißler-Gruber, B. (2007). *Faktor Anerkennung. Betriebliche Erfahrungen mit wertschätzenden Dialogen*. Frankfurt: campus-Verlag.
- Geißler, H. & Geißler-Gruber, B. (2002). Anerkennungsgespräch – ein Instrument gesundheitsförderlicher Führung. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 33, 4, S. 403-417.
- Gutek, B., Searle, S. & Klepa, L. (1991). Rational versus gender role explanations for work-family -conflict. *Journal of Applied Psychology*, 76, 4, 560-568.
- Hacker, W. & Reinhold, S. (1999). *BHD-System. Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen*. Frankfurt/M.: Swets Test Services.
- Hacker, W. (1996). *Erwerbsarbeit der Zukunft – Auch für "Ältere"?*. Zürich: VDF.
- Hacker, W. (1998). *Allgemeine Arbeitspsychologie*. Bern: Huber.
- Hacker, W. (2004). Leistungs- und Lernfähigkeiten älterer Menschen. In Cranach, M. v., Schneider, H.-D., Ulich, E. & Winkler, R. (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken und Modelle*. Bern: Haupt (S. 163-172).
- Hasselhorn, H.-M. et al. (2008). Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession – results from the longitudinal European nurses' early exit study. *SGWEH Suppl*, 6, 75-82.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B.H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Ilmarinen, J.E. (2004). Älter werdende Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. In Cranach, M. v., Schneider, H.-D., Ulich, E. & Winkler, R. (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken und Modelle*. Bern: Haupt (S. 29-47).
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (Hrsg.) (2002). *Arbeitsunfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Ising, H., Sust, C.A. & Plath, P. (2004). *Lärmwirkungen: Gehör, Gesundheit, Leistungen* (11. Aufl.). Dortmund: baua (Quartbroschüre: Gesundheitsschutz, Gs 4).
- Kaempff, S. & Krause, A. (2004). Gefährdungsbeurteilungen zur Analyse psychischer Belastungen am Arbeitsplatz Schule. In W. Bungard, B. Koop & C. Liebig (Hrsg.), *Psychologie und Wirtschaft leben – Aktuelle Themen der Wirtschaftspsychologie in Forschung und Praxis* (S.314-319). München: Rainer Hampp.
- Kanfer, R. & Ackermann, P. L. (2004). Aging, adult development, and work motivation. *Academy of Management Review*, 29, 3, S. 440-458.
- Kleinbeck, U. (1996). *Arbeitsmotivation: Entstehung, Wirkung und Förderung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Köchling, A. (2006). *Projekt Zukunft. Leitfaden zur Selbstanalyse altersstruktureller Probleme im Unternehmen* (3. Aufl.). Dortmund: GfAH.
- Kohlmann, T. & Schmidt, C.O. (2005). „Volkskrankheit“ in Zahlen. Rückenschmerzen in Deutschland – eine epidemiologische Bestandsaufnahme. *Orthopädie und Rheuma*. Heft 1.

- Krause, A. (2004). Arbeitsanalyse und Organisationsdiagnose in Schulen: Analyse psychischer Belastungen und Ressourcen von Lehrerinnen und Lehrern als Grundlage für Schulentwicklungsprozesse. In W. Böttcher & E. Terhart (Hrsg.), *Organisationstheorie in pädagogischen Feldern – Analyse und Gestaltung* (S. 123-141). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Langhoff, T. (2009). *Den demographischen Wandel im Unternehmen erfolgreich gestalten. Eine Zwischenbilanz aus arbeitswissenschaftlicher Sicht*. Berlin: Springer.
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns* (11. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lehr, U. (2008). *Der demografische Wandel – eine Herausforderung für jeden Einzelnen und die Gesellschaft*. Vortrag an der Universität Flensburg und der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt (Diako) zu Flensburg am 28. April 2008.
- Leitner, K. & Resch, M.G. (2005). Do the effects of job stressors on health persist over time? A longitudinal study with observational stressor measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 1, 18 –30.
- Leitner, K. (1993). Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 47, 98-107.
- Leitner, K. (1999). Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit – Was schädigt, was fördert die Gesundheit? In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.). *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern: Huber (S. 63-139).
- Leitner, K., Lüders, E., Greiner, B., Ducki, A., Niedermeier, R. & Volpert, W. (1993). *Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büro-Verfahren. Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Luczak, H. (1998). *Arbeitswissenschaft*. Berlin: Springer Verlag.
- Mohr, G. & Semmer, N. (2002). Arbeit und Gesundheit: Kontroversen zu Person und Situation. *Psychologische Rundschau*, 53 (2), 77-84.
- Mohr, G. (1986). *Die Erfassung psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern*. Frankfurt: Lang.
- Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2005). Irritation - ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext. Skalen- und Itemparameter aus 15 Studien. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 1, 44-48.
- Morschhäuser, M. (1999): Grundzüge altersgerechter Arbeitsgestaltung. In: M. Gussone, A. Huber, M. Morschhäuser & J. Petrenz (Hrsg.), *Ältere Arbeitnehmer. Altern und Erwerbsarbeit in rechtlicher, arbeits- und sozialwissenschaftlicher Sicht* (Handbücher für die Unternehmenspraxis). Frankfurt/Main (S. 101-185).
- Neuberger, O. (1985). *Arbeit: Begriff – Gestaltung – Motivation - Zufriedenheit* (Basistexte Personalwesen, Bd. 5). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Oesterreich, R. (1999). Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern: Huber (S. 141-215).
- Peter, S. (2003). *Wertorientierte Arbeitsgestaltung am Beispiel von Arbeitszeiten*. Universität Potsdam: Dissertationsschrift.

- Peter, S & Ulich, E. (2003). Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis*. Bern: Huber (S. 75-98).
- Resch, M.G. & Bamberg E. (2005). Work-Life-Balance – Ein neuer Blick auf die Vereinbarkeit von Beruf- und Privatleben? *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 171-175.
- Resch, M.G. (2006). Erfahrungen mit dem KABA-Leitfaden im Gesundheitswesen. In H. Dunckel & C. Pleiss (Hrsg.), *Kontrastive Aufgabenanalyse – Grundlagen, Entwicklungen und Anwendungserfahrungen*. Neuausgabe (S. 147-165). Zürich: vdf, Stuttgart: Teubner.
- Resch, M.G. (2006). Humane und familiengerechte Arbeitswelt. In GfA (Hrsg.), *Innovation für Arbeit und Organisation* (S. 329-332). Dortmund: GfA Press.
- Rettke, U., Seemann, S. & Gebauer, G. (o. J.). *Wettbewerbsfähig bleiben im demografischen Umbruch. Eine Werkzeugsammlung für Personalverantwortliche in mittelständischen Unternehmen*. Bremen: Gesellschaft für Projektentwicklung und Innovation (GPI).
- Richter, G. (2000). *Psychische Belastung und Beanspruchung – Streß, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung* (3. Auflage). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsanwendungsbericht. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Richter, P., Nebel, C. & Wolf, S. (2009). Jenseits von Kontrolle und Belohnung – Moderne arbeitspsychologische Ansätze zur Bewertung und Gestaltung von Arbeit. *Arbeit – Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 18, 4, S. 265-281.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York, NY: Dell Publishing.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Gutachten Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Sondergutachten Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Schilling, G. (2008). Alternsgerechte Arbeitszeitgestaltung. In F. Lorenz & G. Schneider (Hrsg.), *Alternsgerechtes Arbeiten – Der demografische Wandel in den Belegschaften* (S. 89-123). Hamburg: VSA-Verlag.
- Schmid, A. & Larsen, c. (2009). *Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern*. Goethe-Universität Frankfurt am Main: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK).
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2004). General self-efficacy scale. In S. Salek (Ed.), *Compendium of quality of life instruments* (CD-publication; Vol. 6, Section 2A:1). Cardiff, Wales: Centre for Socioeconomic Research, Cardiff University. Haslemere, England: Euromed Communications.
- Sczesny, C. (2007). *Gestaltung der Arbeitszeit im Krankenhaus* (5. Aufl.). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

- Semmer, N. & Jacobshagen, N. (2003). Selbstwert und Wertschätzung als Themen der ar-beitspsychologischen Stressforschung. In K.-C. Hamborg & H. Holling (Hrsg.), *Innovative Personal- und Organisationsentwicklung* (S. 131-155). Göttingen: Hogrefe.
- Semmer, N. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Streßforschung. *Psychologische Rundschau*, 52, 3, 150-158.
- Semmer, N. & Richter, P. (2004). Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit älterer Menschen. In: M. v. Cranach, H.-D. Schneider, E. Ulich & R. Winkler (Hrsg.). *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken und Modelle*. Bern: Haupt (S. 95-116).
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie* (6. Aufl.). Zürich und Stuttgart: vdf und Schäffer-Poeschel.
- Udris, I. & Rimann, M. (1999). SAA und SALSA: Zwei Fragebögen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 397-419). Zürich: vdf.
- Warr, P. (2001). Age and work behaviour: Physical attributes, cognitive abilities, knowledge, personality traits and motives. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 16, 1-36.
- Zimber, A., Teufel, S. & Berger, G. (2005). *Alter(n)gerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege*. Stuttgart: EQUAL-Projekt „Dritt-Sektor Qualifizierung in der Altenpflege“.

6 Anhang

Der Anhang befindet sich aufgrund des Umfangs auf einer gesonderten CD und beinhaltet folgende Teile:

- A1: Interviewleitfaden
- A2: Fragebogen 2007
- A3: Fragebogen 2007 – Anschreiben
- A4: Fragebogen 2007 – Skalen- und Variablenübersicht
- A5: Fragebogen 2009
- A6: Fragebogen 2009 – Skalen- und Variablenübersicht
- A7: Arbeitsbewältigungsindex – Fragen und Auswertungsschema
- A8: Übersicht Interviewergebnisse
- A9: Arbeitsplatzbeobachtung – Beispiel einer Arbeitsplatzanalyse
- A10: Fragebogen Pflegehilfsmittelanalyse
- A11: Fragebogen Lärmquellenanalyse
- A12: Übersicht Workshopthemen
- A13: Pflegehilfsmittel – Ergebnisse I
- A14: Pflegehilfsmittel – Ergebnisse II
- A15: Pflegehilfsmittel – Ergebnisse III
- A16: Belastungen in der Krankenpflege – Lösungsvorschläge
- A17: Ablaufplan Stressseminar I
- A18: Ablaufplan Stressseminar II
- A19: Fragebogen Workshopevaluation
- A20: Beispiel Workshop-Auditierung
- A21: GAbi Projektflyer I
- A22: GAbi Projektflyer II
- A23: GAbi Projektflyer III
- A24: GAbi Projektflyer IV
- A25: GAbi akut 32
- A26: GAbi akut 41
- A27: Präsentation GAbi auf Veranstaltungen und Kongressen

7 Zusammenfassende Darstellung des Projekts