
**Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Gerontologie
an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation

Erfolgreich Altern (auch) im Beruf

Die Situation professionell Pflegender in ambulanten und stationären Bereichen

vorgelegt von
Joachim Conrad

Jahr der Einreichung
2013

Dekan: Herr Prof. Dr. Klaus Fiedler
Berater: Herr Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse

Mit der Reife wird man immer jünger

„Das Altwerden ist ja nicht bloß ein Abbauen und Hinwelken,
es hat, wie jede Lebensstufe,
seine eigenen Werte,
seinen eigenen Zauber,
seine eigene Weisheit,
seine eigene Trauer,
und in Zeiten einer einigermaßen blühenden Kultur
hat man mit Recht dem Alter eine gewisse Ehrfurcht erwiesen,
welche heut von der Jugend in Anspruch genommen wird.
Wir wollen das der Jugend nicht weiter übernehmen.
Aber wir wollen uns doch nicht aufschwätzen lassen,
das Alter sei nichts wert.“

MICHELS, V. (2003), Hrsg.: Hermann Hesse. Mit der Reife wird man immer jünger.
Betrachtungen und Gedichte über das Alter. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 54

Vorwort und Danksagung	6
1. Intention dieser Arbeit	9
2. Ausgangssituation: Leistungsverdichtung in den Pflegeberufen	14
2.1. Demografischer Wandel	14
2.1.1. Bevölkerungsentwicklung in Deutschland	15
2.1.2. Ältere MitarbeiterInnen in der Arbeitswelt	19
2.1.3. Kompetenzen und Potenziale älterer MitarbeiterInnen	20
2.2. Pflegende und Zu-Pflegende: Zahlen, Daten, Trends	22
2.2.1. Datenlage in der ambulanten und stationären Pflege	23
2.2.2. Datenlage in der Krankenhaus-Pflege	24
2.2.3. Einrichtungsspezifische Vollkräfteentwicklung	25
2.2.4. Personalentwicklung in den Pflegeberufen	27
3. Alter(n)sbilder und „erfolgreiches Altern“	33
3.1. Alter(n)sbilder der Gesellschaft und Wissenschaft	36
3.1.1. Altersbilder im Überblick	37
3.1.2. Defizit-Modelle	38
3.1.3. Kompetenz-Modelle	40
3.2. Alter(n) in der Arbeitswelt	45
3.2.1. Arbeitsfähigkeitsindex (Work Ability Index: WAI)	47
3.3. Alter(n) in den Pflegeberufen	50
3.4. Ein psychologisches Modell für erfolgreiches Altern Selektion, Optimierung, Kompensation – SOK	52
3.5. Das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC) Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit	55
3.6. Generativität und Kreativität	58
3.6.1. Die Salienz der Generativität in der Pflege	60
4. Empirische Untersuchung zum erfolgreichen Altern im Pflegeberuf.	63
4.1. Methodik und Studiendesign	63
4.1.1. Forschungsfragen	65
4.1.2. Fokussierte Interviews	66
4.1.3. Stichprobe	67
4.1.4. Rahmenbedingungen	67

4.1.5. Qualitative Inhaltsanalyse	67
4.2. Interviewleitfaden	68
4.3. Soziodemografische Daten	69
4.4. Attribuierung eines „Erfolgsprofils“	70
4.4.1. Analyse der Alter(n)sbilder konstituierenden Statements der Probandinnen	71
4.4.2. Berufliche Lebensläufe und Entwicklungen der InterviewpartnerInnen	92
4.5. Detail-Ergebnisse	100
4.5.1. Ressourcen älterer PflegerInnen	101
4.5.2. Persönliche positive Perspektiven	106
4.5.3. Konkretisierung der persönlichen Vorteile	109
4.5.4. Negative persönliche Aspekte	113
4.5.5. Persönlicher/institutioneller Ressourcen-Horizont	119
4.5.6. Konkrete Konzepte am Arbeitsplatz (realisiert/geplant)	123
4.5.7. Sinnhaftigkeit und Bedingungen bei der Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen	127
4.5.8. Miteinander in altersgemischten Teams	132
4.5.9. Offener Abschluss, persönliche Statements	137
4.6. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	140
4.7. Überprüfung der Forschungsfragen	148
5. Das Erfolgsmodell für Alter(n) im Pflegeberuf	151
5.1. Interesse, Fokussieren, Spezialisieren, (Re)Organisation (IFSO)	151
5.1.1. Interesse	154
5.1.2. Fokussieren	155
5.1.3. Spezialisieren	156
5.1.4. (Re)Organisation	158
6. Zusammenfassung	160
6.1. Ausblick	163
<hr/>	
Literaturverzeichnis	166
Tabellenverzeichnis	179
Abbildungsverzeichnis	180
Abkürzungsverzeichnis	181
Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) und c) der Promotionsordnung der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften	183

Anhänge

A) Pflegebedürftigkeit 2009, Statistik	184
B) Krankenhausberechnungstage und Alter der PatientInnen (2009)	186
C) Beschäftigte im Gesundheitswesen im zeitlichen Verlauf (ab 2000).....	188
D) Bundesagentur für Arbeit: Schwerpunkte im Haushalt 2012	191
E) Pflegekomplexmaßnahmen Score (PKMS)	193
F) Die sieben Dimensionen des Work Ability Index (WAI)	194
G) Statistische Auswertung der Interviewdaten	
a. Technische und soziodemografische Daten sowie Sonstiges	195
b. Anzahl der Nennungen innerhalb der einzelnen Kategorien	196
H) Transkription der Interviews	197
Lebenslauf	337

Vorwort und Danksagung

Die professionelle Pflege steht permanent in Wechselbeziehung zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die sich in den letzten Jahren vor allem durch den demografischen Wandel zu verändern beginnen. Nach KRILLA (2000) gehören zu den Rahmenbedingungen „die jeweiligen gesellschaftlichen Werte und Normen, die Sozialpolitik, das ökonomische System und die Entwicklungen von tätigkeitsbezogenem Wissen bzw. Wissenschaft“ (ebd.: 90). Die berufliche Sozialisation vollzieht sich innerhalb dieser Rahmenbedingungen, die unter Umständen zu extremen Belastungen führen können, die jedoch andererseits auch ein gelingendes Altern im Pflegeberuf ermöglichen sollte.

In den Medien wurde die Begrifflichkeit „demografischer Wandel“ verstärkt aufgegriffen und einer breiten Öffentlichkeit in vielen Facetten präsentiert. So schaffte es beispielsweise SCHIRRMACHERS populärwissenschaftliches Buch „Das Methusalem-Komplott“ (2004) auf Platz 1 der Spiegel Bestseller Liste der Sachbücher und erhielt im gleichen Jahr den internationalen CORINE Sachbuchpreis. Bereits der Klappentext entwirft ein nicht gerade zuversichtliches Szenario: „Unsere Gesellschaft wird schon in wenigen Jahren ihre Alterung als einen Schock erfahren, der mit dem der Weltkriege vergleichbar ist. Nur eine militante Revolution unseres Bewusstseins kann uns wieder verjüngen. Anhand neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellt dieses Buch eine erschreckende Diagnose unserer Gesellschaft und ruft zu einem Komplott gegen den biologischen und sozialen Terror der Altersangst auf. Noch bleibt uns eine Chance“ (ebd.). Trotz vieler Spekulationen, Vereinfachungen und Verzerrungen ist es dem Autor gelungen, aus populärwissenschaftlicher Perspektive auf die Thematik „demografischer Wandel“ aufmerksam zu machen; FELTES (2004) bezeichnet das Werk sogar „pseudowissenschaftlich“, [...] „plakatativ und platt“, bestätigt jedoch die Aussage Schirmachers, dass „ganze Völker in nie gekanntem Ausmaß altern und deren individuelles Schicksal zum politischen und ökonomischen Schicksal fast aller Staaten der Erde wird“ (ebd.).

Als die Bundesregierung am 1. Januar 2008 die Regelaltersgrenze für die Regelaltersrente auf das 67. Lebensjahr (SGB VI, § 35) angehoben hatte, wurde deutlich, dass der demografische Wandel zunehmend auch in die Arbeitswelt hineinwirkt. Die R+V erklärt dazu auf ihrer Homepage: „Die Erhöhung des Renteneintrittsalters ist nach Ansicht der

Regierung notwendig, vor dem Hintergrund einer steigenden Lebenserwartung und sinkender Geburtenzahlen. Denn durch diese demografische Entwicklung verändert sich das Verhältnis von Beitragszahlern zu Rentenempfängern drastisch. Die Rente mit 67 soll eine generationengerechte Alterssicherung sicherstellen“ (NIES 2011). Der Altenquotient – das Verhältnis der erwerbsfähigen zu der nicht mehr erwerbsfähigen Bevölkerung – quantifiziert diese Aussage: „[Er] lag in Deutschland im Jahr 2009 bei 34,1. [...] Nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird sich die steigende Tendenz des Altenquotienten fortsetzen. Unter den dort getroffenen Bedingungen könnte er bis zum Jahr 2060 einen Wert von über 67 erreichen“ (BiB 2011).

Der ehemalige rheinlandpfälzische Ministerpräsident Kurt Beck (SPD) äußerte sich zum Thema laut SPIEGEL ONLINE (2006) in der BILD AM SONNTAG: "Ich kann einen Dachdecker mit 67 nicht mehr auf dem Dach arbeiten lassen' [und] 'Wir müssen differenzieren, wir müssen das wirkliche Leben sehen.' Auch für Krankenschwestern und andere Schichtarbeiter müsse es differenzierte Lösungen geben, 'und das sind nur Beispiele'" (ebd.).

Unter anderem durch diese Kontexte sensibilisiert und inspiriert, entstand die nachfolgende Inaugural-Dissertation. Sie trägt der demografischen Entwicklung mit der einhergehenden Zunahme der Pflegebedürftigkeit insofern Rechnung, als die professionelle Pflege mit dem „originär[en] Betreuen, Begleiten und Beraten [...] ein[en] gesellschaftlichen Auftrag [darstellt]. Es wird erwartet, daß die Angehörigen des Pflegeberufs den in der Gesellschaft vorhandenen Bedarf an pflegerischen Leistungen erbringen“ (Robert Bosch Stiftung 2010).

Sozial- und gesundheitspolitisch Verantwortliche mögen durch die vorliegende Arbeit Optimierungspotenziale für ihre Arbeits- und Diskussionsebenen ableiten und sich von den vielfältigen Optionen inspirieren lassen, dringend erforderliche Veränderungen einzuleiten und/oder durchzusetzen. Pflegenden ein erfolgreiches berufliches Altern zu ermöglichen wäre für die Betroffenen und ihre bedeutsame Arbeit ein Zeichen großer Wertschätzung. Professionell Pflegende entdecken möglicherweise einen Gegenentwurf zu ihrer eigenen aktuellen Situation, gelangen idealerweise zu neuen Erkenntnissen oder werden in den eigenen bestätigt. Pflegende in leitender Position sollten sensibilisiert und ermutigt werden, dem demografischen Wandel gestaltend zu begegnen und die Potenziale ihrer älter werdenden Belegschaft angemessen wertzuschätzen und für das Wohl

ihrer KollegInnen¹ und PatientInnen beziehungsweise BewohnerInnen nutzbar zu machen.

Mein besonderer Dank gilt den engagierten, motivierten und an der Thematik sehr interessierten KollegInnen, die mir sehr geduldig als InterviewpartnerInnen zur Verfügung standen und mich stets bereitwillig unterstützten. Ohne die Artikulation ihrer Perspektiven, Gedanken, Sorgen, kreativen Ideen und Lösungsvorschläge wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Die Interviews konnten dank des großen Verständnisses und Entgegenkommens ihrer Vorgesetzten überwiegend während der Arbeitszeit in den jeweiligen Einrichtungen störungsfrei durchgeführt werden.

Meine liebe Frau, Maria Feuerhack-Conrad, möchte ich in diesen Dank mit einschließen. Ohne ihre gerontologische Expertise, ihr kritisches Korrekturlesen, ihr Verständnis und ihre nahezu unerschöpfliche Geduld für die großen Zusammenhänge und die vielen kleinen Details hätte die vorliegende Arbeit nicht auf diese Weise realisiert werden können.

Heidelberg, 24. Oktober 2013

Joachim Conrad

¹ Im gesamten Text wird, wenn möglich, das große „I“ oder „R“ innerhalb der Worte verwendet, um die weibliche und männliche Form parallel zum Ausdruck zu bringen.

1. Intention dieser Arbeit

Angehörige von Pflegeberufen treten traditionell selten in der Öffentlichkeit in Erscheinung um eigene Forderungen, wie etwa höhere Gehälter oder Verbesserungen der Arbeitsbedingungen zu artikulieren. Einzelbeispiele werden in den Massenmedien als Sensationsmeldungen präsentiert, wie beispielsweise der Fall der Berliner Altenpflegerin Brigitte Heinisch, den die BERLINER MORGENPOST am 21.07.2011 meldete: Die Altenpflegerin brachte die Missstände in einem Pflegeheim bis vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, nachdem ihr wegen der Veröffentlichung der Personal- und Versorgungsengpässe der Einrichtung, in der sie tätig war, gekündigt worden war. 2007 wurde die Rechtmäßigkeit der Kündigung vom Landesarbeitsgericht festgestellt und vom Bundesarbeitsgericht bestätigt, so dass nun das Urteil aus Straßburg überraschte: Frau Heinisch wurde die Verletzung ihrer Meinungsfreiheit bestätigt sowie eine Entschädigung von € 15.000 durch den Bund zugestanden (vgl. BRZOSKA 2011 und DPA 2011).

Sporadisch wird jedoch die Personalsituation in den Pflegeberufen derart prekär, dass unter dem Schlagwort „Pflegetotstand“ die Aufmerksamkeit der breiten Bevölkerung in den Massenmedien erregt wird. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe bezweifelt in seiner Presseerklärung im Kontext der seit dem 1. Mai 2011 bestehenden vollen Arbeitnehmerfreizügigkeit auch für die beigetretenen Staaten der EU-Osterweiterung „eine Entspannung des Fachpersonalmangels in der Pflege [...]“ (DBfK 2011a). Daneben legt der Berufsverband in einer weiteren Erklärung dar, dass „ein Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal in Deutschland besteht, der sich auf Grund der demografischen Entwicklung weiter zuspitzen wird [...] Der demografische Wandel ist kein deutsches Phänomen, sondern betrifft ganz Europa. [...] Der Versuch, dem Mangel an Fachpersonal durch die Beschäftigung von unqualifiziertem Personal in der Pflege zu begegnen [...] ist besorgniserregend und kennzeichnet die Hilflosigkeit der Politik“ (DBfK 2011b).

Zusätzlich zu diesem Mangel kommt ein vorzeitiger Ausstieg aus dem Pflegeberuf, der europaweit in der NEXT-Studie untersucht worden ist (vgl. SIMON et al. 2005). Die Ursachen für einen Ausstieg waren sehr vielschichtig und je nach Einrichtung unterschiedlich akzentuiert. So konnten bei einer Stärke/Schwäche Analyse für Deutschland im Krankenhausbereich bei den Schwächen die Infektionsgefährdung, Lärm, gefährliche Stoffe

(Intensivstation), quantitative Anforderungen (Normal- und Intensivstation), Heben und Tragen (Normalstation), interpersonelles Konfliktpotenzial (zwischen Hierarchien), eine niedrige Bindung an die Einrichtung (v.a. in großen Institutionen) sowie die Arbeitsorganisation (Informationsfluss, Arbeitsanweisungen) festgestellt werden.

Bei den Alten- und Pflegeheimen wurden als Schwächen die quantitativen Anforderungen, Heben und Tragen, der Umgang mit aggressiven und unfreundlichen BewohnerInnen, der [geringe] Einfluss auf die Dienstplangestaltung und Burnout identifiziert. Auch bei den ambulanten Diensten wurden der geringe Einfluss bei der Arbeit sowie der unbefriedigende Einfluss auf die Dienstplangestaltung als Schwächen genannt (vgl. ebd.: 53-55). Das ermittelte Aussteigerpotenzial der Befragten war hoch: „29% im Krankenhausbereich, 28% in der ambulanten Pflege und 25% in den Alten- und Pflegeeinrichtungen. Auch wenn die Absicht, die Einrichtung zu verlassen, nicht gleich bedeutend ist mit einer tatsächlichen Kündigung: darüber denkt zumindest jeder Vierte nach“ (a.a.O.: 52).

Wie erfolgreiches Altern im (Pflege)Beruf gelingen könnte und damit auch ein Verbleiben im Beruf, soll in der vorliegenden empirischen Untersuchung aus Sicht der ArbeitnehmerInnen gezeigt werden. Der Autor befragte Pflegende nach ihren Einschätzungen und Meinungen in der Annahme, dass die Betroffenen ihre Situation sehr genau kennen, sie ihre Belastungen artikulieren können und darüber hinaus in der Lage sein könnten, Hinweise zu geben oder Perspektiven aufzuzeigen, wie erfolgreiches Altern in ihrem Beruf möglich ist.

Das aktuelle Interesse und die Bemühungen der Betriebe um ältere und alternde MitarbeiterInnen ist nicht nur eine Frage der Wertschätzung der ArbeitnehmerInnen, sondern könnte auch ein wichtiger Aspekt der Nutzung ihres ökonomischen Potenzials sein. PAHL (2007) argumentiert branchenübergreifend, dass „durch die zunehmende Ausgrenzung älterer Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt viele Potenziale [...] ungenutzt [bleiben] und deren über Jahre angesammeltes wertvolles Wissen und Erfahrung [...] den Unternehmen verloren [geht]. Das gesellschaftliche Verhalten gegenüber älteren Menschen ist nicht nur unter ethischen Gesichtspunkten äußerst fragwürdig, sondern führt auch unter betriebswirtschaftlichen Aspekten zu der Frage, ob die Unternehmen es sich auch zukünftig leisten können, auf ältere Arbeitnehmer zu verzichten, oder ob es sinnvoller ist, in Zusammenarbeit mit den älteren Mitarbeitern den künftigen demografischen Herausforderungen zu begegnen“ (ebd.: 1). Diese Aussagen treffen auch auf die Pflegeberufe zu, wobei ge-

rade dort dem „Erfahrungswissen“ aus der Praxis ein hoher Stellenwert zukommt. Die zunehmende Integration neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in dieses wertvolle Erfahrungswissen ist bezeichnend für die aktuelle Entwicklung in den Pflegeberufen: „Bezüglich der Verwendung von Forschungsergebnissen können Pflegende jedoch keinen konservativen Standpunkt einnehmen, sondern sie müssen handeln, auch wenn noch keine schlüssigen Ergebnisse vorhanden sind“ (KÄPPELI 2003).

Im Weiteren bezieht sich PAHL auf den demografischen Wandel in der Bevölkerung und in der Belegschaft der Unternehmen, sie fokussiert nicht auf die Kunden der Betriebe. Die empirische Untersuchung des Autors hingegen zeigte, dass gerade in der Kundenbeziehung im Pflegebereich sehr große Veränderungen stattfinden. Im Pflegeberuf ist die Dyade Kunde/Dienstleister oder genauer Zu-Pflegende(r)/Pfleger(r) konstitutionell für eine professionelle Tätigkeit, die die Bedürfnisse und Fähigkeiten der PflegerezipientIn nach ganzheitlichen Aspekten betrachtet und für die eine (gute) Beziehung zum Gegenüber unabdingbar ist.

Soll Altern im Pflegeberuf erfolgreich gelingen, ist eine ausgeprägte Sozialkompetenz und ganzheitliche Sichtweise für diese Beziehungsarbeit obligatorisch. KROHWINKEL definierte bereits 1993 als „Ausgangspunkt des pflegerischen Handlungsprozesses [...] die Bedürfnisse/Probleme und Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen und ihre Auswirkungen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden [...]. Diese Bedürfnisse und Fähigkeiten werden ganzheitlich gesehen. Dies bedeutet, sie können *nicht fragmentiert* werden in *physikalisch-funktional, willentlich-emotional, kulturell oder sozial*, sondern *jedes Bedürfnis* ist [...] *in allen anderen Komponenten mit enthalten*“ (ebd.: 21). KROHWINKEL erweiterte ihr AEDL-Pflegemodell (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens) einige Jahre später um die Dimension „Beziehungen“, die den herausragenden Stellenwert der fördernden Prozesspflege zum Ausdruck bringen soll. Diese Erkenntnisse wurden 1999 auf dem internationalen Therapiekongress in Nürnberg vorgestellt und werden seitdem als ABEDL-Modell bezeichnet (vgl. KROHWINKEL 2008:206). Darüber hinaus sollte auch sprachlich die elementare Bedeutung der „Beziehungen“ zwischen Pflegenden und Pflegerezipienten zum Ausdruck gebracht werden und daher statt der wenig wertschätzenden Begrifflichkeit „Pflegekraft“ jetzt „Pflegerperson“ verwendet werden (vgl. GODO-SYSTEMS). In dieser „Kunden“-Beziehungsebene spielen darüber hinaus die Angehörigen eine nicht unerhebliche Rolle.

Nach KRILLA ist „die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Angehörigen [...] ein wichtiger Aspekt professioneller Pflege. Die wirkungsvolle familiäre Unterstützung für den Patienten ist sowohl im Akutkrankenhaus als auch in der Rehabilitation und ganz besonders in der ambulanten Pflege von großer Bedeutung“ (a.a.O.: 94). Diese Zweier- oder häufig auch Dreierbeziehungen zwischen Pflegenden, Zu-Pflegenden und Angehörigen sind möglicherweise konstitutionell für gelingende professionelle Pflege und wie die Untersuchung des Autors zeigt, mitunter Quell zusätzlicher Belastung oder aber auch Entlastung, wenn diese Beziehungsarbeit entsprechend wertgeschätzt werden kann.

Demnach könnten Strategien gefunden werden erfolgreich im Beruf zu altern, sofern subjektive Aspekte wie „Freude an der Arbeit“, „Spaß bei der Arbeit“ sowie eine optimistische Grundeinstellung dazu als Indikatoren akzeptiert werden. Diese Annahme wurde in den einzelnen Interviews näher analysiert und ausgewertet. Die Ergebnisse werden im Kapitel 4, Empirische Untersuchung zum erfolgreichen Altern im Pflegeberuf, detailliert dargestellt.

Vorausgesetzt, bestimmte allgemein anwendbare Strategien für erfolgreiches Altern lassen sich identifizieren, könnten diese Erkenntnisse in die Pflege-Ausbildung aufgenommen werden und die berufliche Sozialisation bereichern. Möglicherweise ließen sich damit auch Ansätze finden, um die „gesellschaftliche, politische und unternehmerische Missachtung des hohen Stellenwerts der Pflege, die mangelnde Anerkennung und Wertschätzung, unter der viele Pflegende leiden“ (HIEN 2009: 14) zu beeinflussen, indem der Berufsstand selbst die Missstände, die die Pflege und damit auch die Pflegenden abwerten, an die Öffentlichkeit bringt. Berufspolitische Aktivitäten der Verbände und künftiger Pflegekammern – so sie installiert werden können – könnten ebenfalls darauf einwirken und Konzepte entwickeln oder Impulse setzen, um das Image der Pflegeberufe attraktiver zu machen und damit dem Fachkräftemangel in diesem sensiblen Segment entgegenzuwirken.

Nicht zuletzt könnten auch die Personalverantwortlichen der Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär) und der Kliniken – und damit auch die Einrichtungen selbst – von erfolgreich alternden Pflegenden profitieren – ökonomische und ethische Aspekte kämen dadurch zum Tragen. Das gesamte Potenzial der älteren MitarbeiterInnen stünde zur Verfügung (von breitem Erfahrungswissen, über das hohe Maß an Verantwortungsbeusstsein, bis hin zur Loyalität dem Arbeitgeber gegenüber), so dass das gesamte Un-

ternehmen im Wettbewerb mit Konkurrenzbetrieben, die ohne diese wertschätzenden Personalentwicklungsoption agieren, eindeutig im Vorteil wäre (vgl. IAB-BETRIEBSPANEEL 2002).

Rahmenbedingungen

Auf weitere sehr bedeutsame Aspekte im Kontext professioneller Pflege wurde in der vorliegenden Arbeit aufgrund der thematischen Fokussierung nicht eingegangen: Die Rahmenbedingungen, unter denen Pflegende ihre Tätigkeiten verrichten und unter denen erfolgreiches Altern ermöglicht werden soll. Trotz aller Optimierungsansätze müssen dringend parallel zu allen Bemühungen vor allem diese kritischen Rahmenbedingungen für die Pflegenden verändert werden, damit der aktuelle und künftig rapide ansteigende Bedarf gedeckt werden kann. Dies betrifft die Ausbildung, die Personalentwicklungsmöglichkeiten (Karriere, Studium, Weiterqualifikationen), die Vergütung, die Arbeitszeitmodelle, die Arbeitsinhalte und die berufsständische Interessensvertretung. Letztere könnte durch die Errichtung von Pflegekammern auf Länderebene analog anderer Kammer-Professionen (z.B. der Ärztekammer) realisiert werden. Dies könnte sich auch positiv auf das Image des Berufsstandes auswirken. Die bestehenden Pflegeberufsverbände sind für tiefgreifende Reformen zu mitgliederschwach und in ihren Zielrichtungen zu inhomogen. Der Deutsche Pflegerat vertrat 2008 mit zwölf verschiedenen Berufsorganisationen und ihren Partikularinteressen etwa 100.000 Pflegende, das waren 8,3% (!) der professionell Pflegenden (vgl. DEUTSCHER PFLEGERAT 2008).

2. Ausgangssituation: Leistungsverdichtung in den Pflegeberufen

Bedingt durch den demografischen Wandel wird es im Rahmen der professionellen Pflege in den nächsten Jahren zu einer extremen Leistungsverdichtung kommen, sofern keine Gegenregulationen wirksam werden. Die Auslöser sind folgende:

- a) Steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und damit korrespondierende Zunahme von Pflegebedürftigkeit und Demenz (vgl. DESTATIS 2009 und SÜTTERLIN et al. 2011: 20)
- b) Absoluter und relativer Zuwachs des Bevölkerungskusters über 66 Jahre bis 2060 (Steigerung um 12 Prozentpunkte bzw. + 4,9 Mio. Menschen) mit einer weiteren Zunahme von pflegebedürftigen Menschen und von Menschen mit Demenz (vgl. DESTATIS 2009)
- c) Geringe Anreize zur Nachwuchsgewinnung (Imageverlust) und abnehmende Verweildauer im Pflegeberuf (Belastungssituation, Gratifikationsfrustration) verschärfen die oben beschriebenen Effekte (vgl. SIMON et al. 2005 sowie HIEN 2009)
- d) Abnahme des Clusters der unter 20-Jährigen (potenzielle Auszubildende für die Pflegeberufe) um 32% bis 2060 (siehe Tab. 2) mit zu erwartendem Nachwuchsmangel in den Pflegeberufen.

2.1. Demografischer Wandel

In Deutschland vollzieht sich der demografische Wandel in deutlich quantifizierbaren Dimensionen: Die Alterscluster < 20 Jahre, 20-66 sowie 67+ werden sich nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung erheblich verändern. Neben der Absolutzahl werden sich auch die Relationen der einzelnen Altersgruppen verändern, wobei insbesondere im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit das Cluster der über 67-Jährigen relevant ist, denn „Die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Menschen pflegebedürftig werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Von den über 80-Jährigen waren im Jahr 2007 rund 31% pflegebedürftig. Zwar ist der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit

nicht ganz so ausgeprägt, doch auch hier zeigt sich bei vielen Krankheitsbildern ein enger Zusammenhang zwischen Alter und Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen“ (STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER 2010:5). Diese Zusammenhänge verdeutlichen noch einmal die Faktoren, die für die Pflegenden und die Zu-Pflegenden sowie deren Angehörige große Herausforderungen darstellen.

2.1.1. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND

Die nachfolgend definierten Grenzen für das Segment der erwerbstätigen Bevölkerung (20-66 Jahre) unterstellt das veränderte Renteneintrittsalter als perspektivisch reale Größe, die schrittweise angestrebt werden wird. Unter dieser Prämisse liegt der Altenquotient (AQ) im Jahr 2011 bei 30 (d.h., auf 100 Erwerbstätige kommen 30 Menschen des Altersclusters 67+).

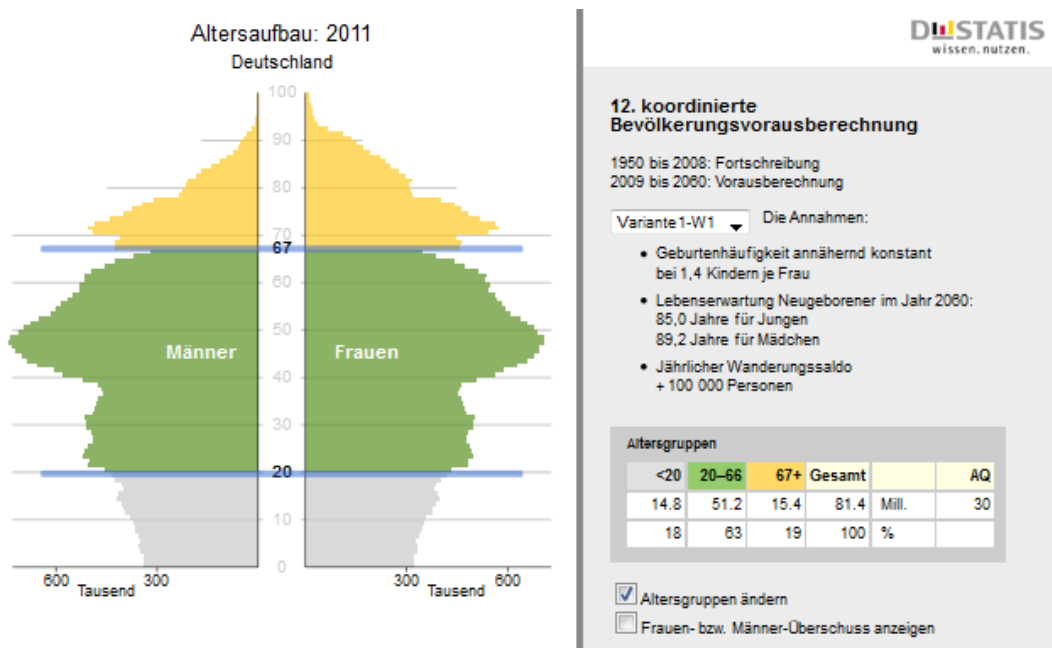


Abb. 1: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands 2011, Quelle: Destatis 2009

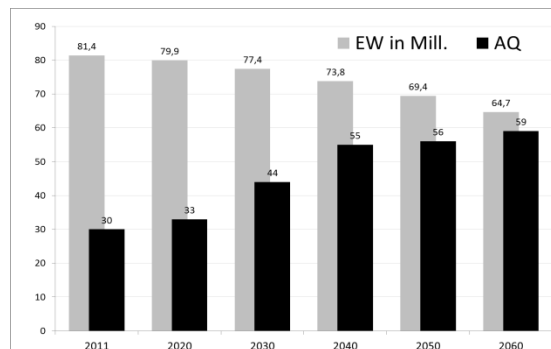
Professionell Pflegende rekrutieren sich aus der Alterskohorte „20-66 Jahre“, die 2011 eine Größe von 51,4 Millionen Menschen oder 64% der Bevölkerung (Abb. 1) darstellt. Die Zu-Pflegenden, ambulant und (teil)stationär (Pflegeheime), kamen 2009 zu 92% (Absolutzahl 1.198.380) aus dem Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen, wohingegen bei den Krankenhauspflege-/Berechnungstagen der Anteil der über 65-Jährigen bei 52%

(Absolut: 73.773.640 Pflege-/Berechnungstage) lag (vgl. DESTATIS 2009, sowie Anhänge 1 und 2).

Die Diskrepanz zwischen der „Zunahme der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung“ einerseits und der „Abnahme der Anzahl professionell Pflegenden“ andererseits wird zunehmend deutlicher (siehe Kapitel 2.2. Pflegenden und Zu-Pflegende: Zahlen, Daten, Trends), so dass die resultierende Leistungsverdichtung schlussendlich ein bedeutsamer und kritischer Faktor beim erfolgreichen Altern darstellen wird, sofern sich die Rahmenbedingungen, insbesondere aber die Relation Pflegenden zu PflegeempfängerInnen, nicht beeinflussen lassen.

Altersgruppen und Altenquotient

	< 20		20-66		67+	
	Mill.	%	Mill.	%	Mill.	%
2011	14,8	18	51,4	63	15,4	19
2020	13,6	17	49,7	62	16,6	21
2030	12,9	17	44,8	58	19,7	25
2040	11,8	16	40,0	54	22,0	30
2050	10,7	15	37,6	54	21,2	30
2060	10,1	16	34,2	53	20,3	31



Tab.1 und Abb. 2: Bevölkerungs-/Altenquotiententwicklung, Quelle: DESTATIS 2009

Während die Gruppe der unter 20-Jährigen bis zum Jahr 2060 um 2 Prozentpunkte und die Gruppe der 20-66-Jährigen um 10 Prozentpunkte abnimmt, so nimmt die Bevölkerungsgruppe der über 66-Jährigen um 12 Prozentpunkte zu (siehe Tab. 1), bei gleichzeitigem Rückgang der Gesamtbevölkerung um 16,7 Millionen (- 20,5%).

Die Relation der Erwerbstätigen zu den nicht mehr Erwerbstätigen entwickelt sich dabei umgekehrt proportional (Abb. 2). Der resultierende Altenquotient von 30 (im Jahr 2011) wird daher auf fast das Doppelte – auf 59 – ansteigen. Dies wäre bei unveränderten Finanzierungskonzepten und Pflegeleistungen mit einem drastischen Einbruch der Einkommenssituation der Erwerbstätigen vergesellschaftet, da die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entsprechend angepasst werden müssten. Ebenso müssten alle anderen Sozialversicherungsbeiträge steigen, in deren Folge auch die Lohnnebenkosten um diesen Betrag wüchsen. Die Bevölkerungsentwicklung der nächsten fünf Dekaden

zeigt neben der kontinuierlichen „Verschlankung“ des unteren und mittleren Teils der Pyramide, die ihre Ursache im Bevölkerungsrückgang hat, eine pilz- oder glockenförmige Verdickung der Spitze, als Korrelat der Zunahme der Bevölkerungsgruppe der über 66-Jährigen. 2011 erzeugen die Jahrgänge 1963/1964 noch die größte Amplitude der Pyramide, sowohl bei den Männern (linke Seite) als auch bei den Frauen (rechte Seite).

„In Deutschland lassen sich nach dem Zweiten Weltkrieg zwei Phasen eines Geburtenanstiegs beobachten: die Jahre unmittelbar nach dem Krieg, die eine Kompensation der unter Kriegsbedingungen nicht stattgefundenen Geburten darstellten und der eigentliche „Babyboom“, der erst deutlich später einsetzte. Die Zeitangaben für diesen „Babyboom“ in Deutschland schwanken je nachdem, welche Kriterien angenommen werden. Setzt man für den Babyboom die Periode des Anstiegs der Geburtenzahlen an, so ist er etwa Mitte der 1950-er Jahre bis zur Mitte der 1960-er Jahre zu verorten“ (NOWOSSADECK 2010: 4).

Für die Thematik „Pflege“ ergibt sich daraus zum einen ein noch relativ großes Potenzial erwerbsfähiger Menschen für die Pflegeberufe, bei jedoch zunehmend ansteigender Zahl pflegebedürftiger Menschen. Diese Alterskohorte der Babyboomer verlässt zum anderen aber spätestens ab etwa 2015 den Arbeitsmarkt, wobei keine Nachrücker-Kohorte folgt und die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigt (Abb. 1).

Im Ergebnis führt diese Entwicklung, sollten keine wirksamen Gegenmechanismen zum Tragen kommen oder gefunden werden, zu einer desaströsen Situation: Dem Anstieg der Zu-Pflegenden steht ein Mangel an Pflegenden gegenüber. In einem Status-Quo-Szenario wird davon ausgegangen, dass die Pflegebedürftigen in Deutschland von 2.247.000 im Jahr 2007 auf 3.371.000 im Jahr 2030 ansteigen werden – ein Plus von 50% (vgl. STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER 2010: 29). Gleichzeitig sinkt die Gesamt-BewohnerInnenzahl in diesem Zeitraum von 82,2 Millionen (2007) auf 77,4 Millionen (2030), bei einem Anstieg des Altenquotienten von 33 auf 53. Die Erwerbstätigenquote (Altergruppe 20-64 Jahre), aus der sich die professionell Pflegenden rekrutieren, sinkt in diesem Zeitraum von 61% auf 54% (vgl. DESTATIS 2009, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W1).

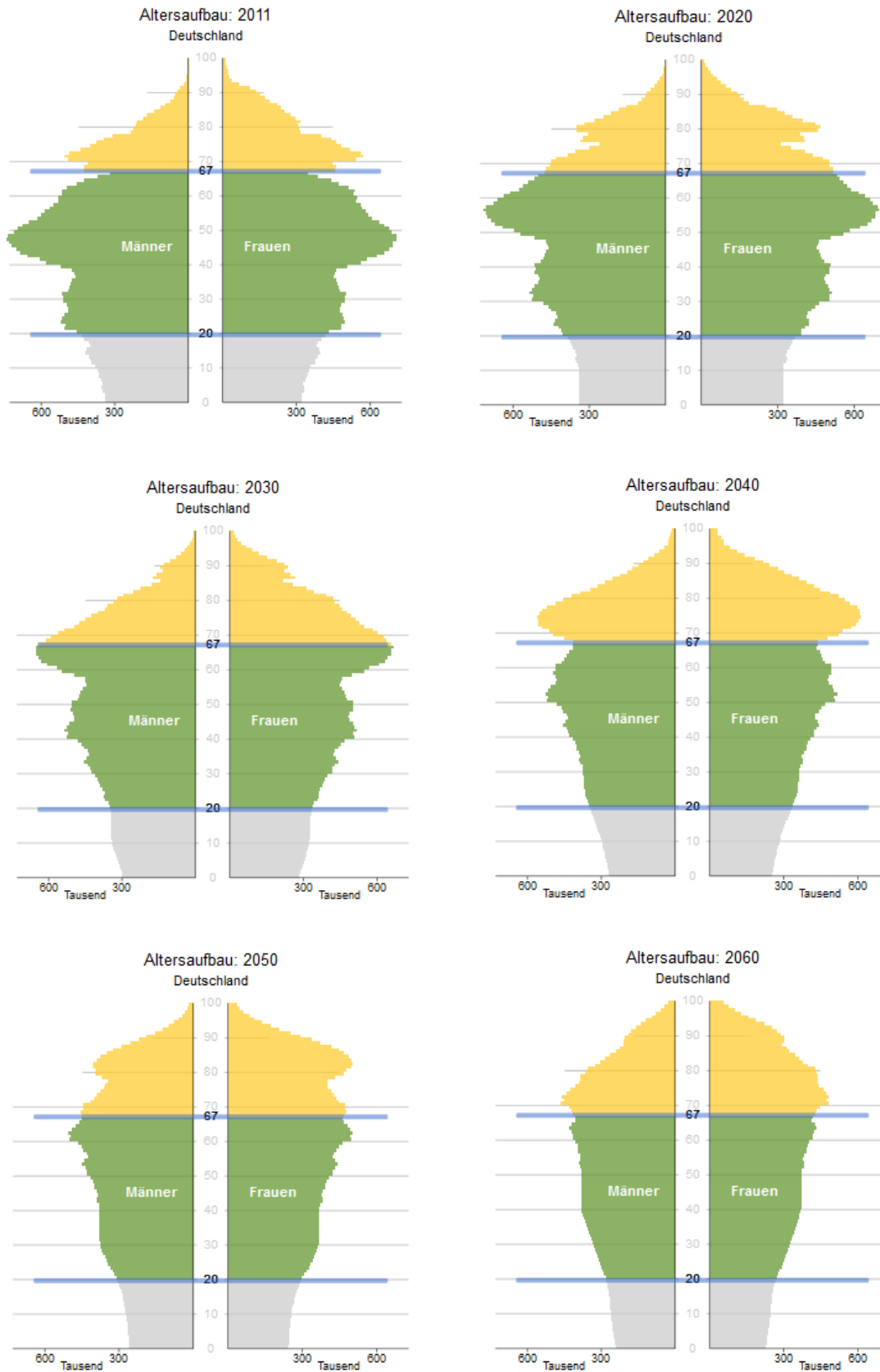


Abb. 3: Bevölkerungsentwicklung 2011 bis 2060
 Quelle: DESTATIS 2009, Screenshots der animierten Darstellungen

2.1.2. ÄLTERE MITARBEITERINNEN IN DER ARBEITSWELT

Die BFZ (berufliche Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft gGmbH) beschreiben in ihrem regionalen Projekt „fünfzig PLUS arbeit“ (Projektlaufzeit 2005-2007, verlängert bis 2009) die Entwicklung der Situation für ältere Menschen auf dem Arbeitsmarkt als dramatisch: „Weniger als die Hälfte aller Unternehmen beschäftigt noch Mitarbeiter, die älter als 50 Jahre sind. [...] Vor dem Hintergrund der schrittweisen Anhebung des Renteneintrittalters auf 67 Jahre ist dringend Handlungsbedarf geboten“ (BFZ undatiert).

Die aktuelle Arbeitsmarktsituation ist in vielen Branchen geprägt vom Mangel an Arbeits- und Fachkräften. Die bisher praktizierten „Verjüngungsstrategien“ der Betriebe mit entsprechenden Rekrutierungs- beziehungsweise Ausgliederungskonzepten Jüngerer respektive Älterer müssten rasch modifiziert werden, wenn zu den jetzt schon konstatierten Defiziten ab etwa 2015 nach und nach die Kohorte der bereits erwähnten „Babyboomer“ hinzukommt (vgl. SPORKET 2009a), die dann nach NAEGELE/SPORKET (2009) aus den Unternehmen ausscheiden und die bestehende Situation weiter verschärfen.

Dazu titelte TAGESSCHAU.DE am 15.05.2011 „Regierung setzt auf Mütter und Ältere“ und führte im entsprechenden Beitrag weiter aus: »Um die Folgen des Fachkräftemangels abzufedern, setzt die Bundesregierung offenbar künftig verstärkt auf Frauen und ältere Arbeitnehmer. Einem Bericht der "Süddeutschen Zeitung" zufolge hofft die Koalition darauf, durch bessere Angebote für die Kinderbetreuung und Modelle zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf 1,2 Millionen zusätzliche Arbeitskräfte zu gewinnen. Dies betrifft Mütter und Frauen, die bisher nicht oder nicht in Vollzeitstellen arbeiten. Hier lägen "erhebliche, auch kurzfristig zu mobilisierende Potenziale"« (TAGESSCHAU.DE).

In einer Presseerklärung vom 11.11.2011 teilt die BA (Bundesagentur für Arbeit) mit, dass: „Zur Bekämpfung des Fachkräftemangels [...] Arbeitslose ohne Berufsabschluss sowie WiedereinsteigerInnen nach längerer Familienphase im Jahr 2012 verstärkt gefördert [werden]. Für die Initiative der BA zur Flankierung des Strukturwandels stellt der Haushalt 400 Millionen Euro bereit – 100 Millionen Euro mehr als im laufenden Jahr. Das Programm für die Fortbildung geringqualifizierter und älterer Beschäftigter wird mit 280 Millionen Euro weitergeführt. Außerdem hat der Verwaltungsrat beschlossen, für präventive Maßnahmen für Jugendliche erneut 90 Millionen Euro in den Haushalt einzu-

stellen sowie für die Erprobung innovativer Ansätze der aktiven Arbeitsförderung 25 Millionen Euro vorzusehen“ (BA 2011, vollständiger Text in Anlage 3).

In dieser insgesamt angespannten Personalsituation kommen Firmen mit Fachkräfteschwund bei gleichzeitig schrumpfendem Nachwuchskräfteangebot schnell in einen Wettbewerbsnachteil. Eine Konzentration auf die noch beschäftigten alternden oder älteren MitarbeiterInnen mit „Investitionen in die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit („employability““ (NAEGELE/SPORKET 2009) könnte sich, nicht nur betriebswirtschaftlich gesehen, rechnen. Je nach Branche könnte hier ein bisher noch nicht genügend beachtetes ökonomisches Potenzial erschlossen werden. Der Begriff „Work-Age-Paradox“ erfasst prägnant den widersinnigen Effekt, dass ganze Kohorten qualifizierter und gesunder Menschen mit einer noch hohen Lebenserwartung sich immer früher in den Ruhestand begeben, und somit auch mit ihrem wertvollen Erfahrungswissen nicht mehr zur Verfügung stehen (vgl. WALKER 2006 in: NAEGELE/SPORKET 2009). Doch könnten nach WILD-WALL et al. (2009) die Stärken älterer ArbeitnehmerInnen in den sozialen und wissensbasierten Kompetenzen beispielsweise durch Jobrotation und individuelle Trainingsmaßnahmen (leistungsoptimierende Lernbedingungen) durch die Betriebe erhalten und optimiert werden. Schwächen in fluiden Fähigkeiten (Problemlösung, Lernen, Mustererkennen) und Kontrollfunktionen hingegen, die individuell und zum Beispiel durch arbeitsbedingte Faktoren schwanken können, können im Arbeitsalltag unter Umständen durch die MitarbeiterInnen mit erhöhten Anstrengungen kompensiert werden (vgl. WILD-WALL 2009 und ZIMPRICH 2004: 298).

2.1.2. KOMPETENZEN UND POTENZIALE ÄLTERER MITARBEITERINNEN

Kompetenzen und Potenziale älterer MitarbeiterInnen korrespondieren direkt mit ökonomisch-betrieblichen Interessen, ob und wenn ja wie die Unternehmen von der älteren Belegschaft profitieren können (vgl. BÖRSCH-SUPAN/WEISS 2010).

Der demografische Wandel und die damit verknüpften Auswirkungen auf die Betriebe werden im Personalmanagement inzwischen sehr genau wahrgenommen und als Themen von hoher Priorität erkannt (vgl. MAHLAU 2005). Die O & P BEFRAGUNG (2006) kam zu einem ähnlichen Ergebnis: 98% der Befragten gaben an, dass das Thema „Personal-

entwicklung und ältere MitarbeiterInnen“ an Bedeutung gewinnen wird. BLANCK-KÖSTER (2013) konstatiert dagegen, dass „viele Unternehmen momentan [auf den demografischen Wandel] noch gar nicht vorbereitet [sind], da sie das Problem für sich nicht wirklich erkannt haben“ (ebd.). Sie prognostiziert bis 2050 einen Mangel an 500.000 Stellen in der Pflege und ein aktuelles Defizit an Altenpflegepersonen im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich von 30.000 Arbeitsplätzen. Die Autorin schlägt innovative Age-Management-Strategien vor, mit Integration der „Generation 50plus“, um den „Kampf gegen den Pflegenotstand zu gewinnen“ (a.a.O.). Das angeführte „Age-Bundle“ als Managementgrundlage beinhaltet vor allem eine Analyse der betrieblichen Altersstruktur, eine Demografie sensible Unternehmenskultur, die Arbeitsorganisation, den Wissenstransfer zwischen Alt und Jung sowie Weiterbildungen für Ältere.

Darüber hinaus können zahlreiche Chancen für die Unternehmen aufgezeigt werden, ältere MitarbeiterInnen weiter zu beschäftigen: Neben den im IAB-BETRIEBSPANEL (2002) dargestellten Eigenschaften, die eher bei älteren ArbeitnehmerInnen zutreffen wie Erfahrungswissen, Arbeitsmoral, Qualitätsbewusstsein und Loyalität konnten in einer eigenen Untersuchung weitere Kompetenzen wie Flexibilität, profundere Prozesskenntnisse sowie eine höhere Belastbarkeit identifiziert werden (vgl. CONRAD 2006).

Die Frage, ab welchem Alter ArbeitnehmerInnen als „älter“ bezeichnet werden, wurde in der o.a. Arbeit mit einer großen Streuung beantwortet: Bereits ab Ende 37 im Krankenhaus (in der Pflege), oder aber erst ab 60 im Angestelltenbereich im Fahrzeugbau. Im Median lag die Antwort bei 51 Jahren und entsprach damit auch in etwa den Ergebnissen der O & P BEFRAGUNG 2006.

Strategische Ansätze, die die Altersstrukturen eines Unternehmens mitberücksichtigen sollen, erfordern eine detaillierte Analyse der Verteilung der Jahrgänge im Vorfeld. Konkrete Fördermaßnahmen für ältere MitarbeiterInnen in den Bereichen Unternehmenskultur, Arbeitsorganisation, Arbeitsplatzgestaltung, präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Personalentwicklung, wurden in der erwähnten Arbeit nur vereinzelt gefunden. So wurden beispielsweise Programme für ältere Führungskräfte aufgelegt, Rentnertreffen und Jubilarfeiern, das Weiterentwickeln von Gruppenarbeit mit Älteren, sowie allgemeine Maßnahmen, die bei gesundheitlichen Einschränkungen oder zur Arbeitserleichterung eingeführt werden können (beispielsweise werden Hebevorrichtungen für

schwere Lasten genannt oder Umsetzungen von Außendienst zum Innendienst). Altersspezifische Ansätze waren dabei nur ausnahmsweise erkennbar.

Die untersuchte Potenzialanalyse Älterer entsprach den Literaturangaben (vgl. u.a. INQA 2006, PACK et al. 2000, FRANCHISE-NET 2006): Wissen/Know-how, Erfahrung und Konfliktfähigkeit dominierten, gefolgt von Gelassenheit, Teamfähigkeit und Loyalität. Geschlechtsspezifische Aspekte und daraus ableitbare Personalentwicklungsmaßnahmen konnten in der Untersuchung des Autors nicht gefunden werden.

2.2. Pflegende und Zu-Pflegende: Zahlen, Daten, Trends

Gesundheitspolitische Aktivitäten der letzten Jahre zielten unter anderem darauf ab, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen. Das Stichwort »Kostenexplosion« wurde zu einem „populäre[n] Begriff, der die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschreiben soll: Die Kosten steigen hier seit langem schneller, als es der Wachstumsrate des Nationaleinkommens entspricht. Dies wird bes. am [kontinuierlich steigenden, Anm. JC] Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung deutlich“ (GABLER undatiert).

Da im Dienstleistungssektor (alle Bereiche der professionellen Pflege) die Personalkosten mit etwa zwei Drittel (wie am Beispiel Krankenhaus) der Gesamtkosten kalkuliert werden können (vgl. KEUN/PROTT 2008: 169), liegt es nahe, dass an dieser Stelle zuerst Optimierungspotenziale gesucht werden. Das bedeutet vor allem Stellenreduktion und Stellenabbau, der im ungünstigsten Fall zu einer weiteren Arbeitsverdichtung der Restbelegschaft führt. Die nachfolgend dargestellten Entwicklungen der Personalzahlen im ambulanten und stationären Pflegebereich können nur im Zusammenhang mit der korrespondierenden Entwicklung der PflegerezipientInnen interpretiert werden und belegen damit die einrichtungsübergreifend von den Leistungserbringern häufig artikulierten Personalengpässe. Gleichzeitig belasten Gehaltsforderungen anderer Berufsgruppen in der Gesundheitsbranche die Budgets erheblich, so zuletzt im November 2011, als die Ärztegewerkschaft „eine lineare Anhebung der Ärzte-Gehälter um 5% [forderte]“ (ZEIT ONLINE 2011).

2.2.1. DATENLAGE IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGE

Nach den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE 2011a) stieg die Gesamtzahl der pflegebedürftigen Menschen von 2001 bis 2009 um insgesamt 14,63% (298.472 Personen). Die Pflegeintensität entwickelte sich dabei wie folgt: Pflegestufe I +27%, Pflegestufe II +2%, Pflegestufe III +6% und „bisher keine Pflegestufe“ +2%.

Den Definitionen der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes gemäß bedeutet PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT:

„Erfasst werden Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Generelle Voraussetzung für die Erfassung als Pflegebedürftiger ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschließlich Härtefälle).

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI)“ (GBE 2011a).

PFLEGESTUFE I: „Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens 90 Minuten betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen“ (a.a.O.);

PFLEGESTUFE II: „Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens 3 Stunden betragen, hierfür müssen auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen“ (ebd.); und

PFLEGESTUFE III: „Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens 5 Stunden betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen“ (GBE 2011a).

Von den 2009 insgesamt 2.338.252 Pflegebedürftigen wurde ein Viertel ambulant, knapp ein Drittel stationär und nahezu die Hälfte von ihren Angehörigen zu Hause betreut (ebd.)

2.2.2. DATENLAGE IN DER KRANKENHAUS-PFLEGE

In der Krankenhauspflege kann ebenfalls eine kontinuierliche Leistungsverdichtung dokumentiert werden: Die Fallzahlen nahmen von 2001 bis 2009 um ca. 3% zu bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer um 1,4 Tage (Median 2001: 9,4 und 2009: 8,0 Tage).

Diese Leistungen wurden 2001 in 2.240 Einrichtungen erbracht, mit 4% weniger Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (und 19% mehr Vollkräfteäquivalenten im hauptamtlichen ärztlichen Dienst).

Die aufgestellten Betten in den Kliniken wurden um 9% abgebaut, die Belegungs-/Berechnungstage sanken um 13% (GBE 2011b).

Zu dieser rein statistischen Entwicklung kam Anfang des neuen Jahrtausends die Gesundheitsreform mit umfassenden Auswirkungen auf die Krankenhäuser zum Tragen (wie beispielsweise ambulantes Operieren im Krankenhaus, Qualitätssicherung bei zugelassenen Kliniken [§§ 137; 137 c, d, e SGB V] oder die Integrierte Versorgung).

Hinzu kam die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems [§ 17b KHG], das sich an international bereits eingesetzten Vergütungssystemen orientierte, den sogenannten Diagnosis Related Groups (kurz DRG). Damit wurden die bis dato gültigen tagesgleichen Pflegesätze abgelöst und eine Vielzahl neuer organisatorischer und administrativer Herausforderungen kamen für die MitarbeiterInnen der Pflege, den ärztlichen Dienst und die Verwaltung hinzu (vgl. FLEBA 2010: 136).

2.2.3. EINRICHTUNGSSPEZIFISCHE VOLLKRÄFTEENTWICKLUNG

Die Personalentwicklung in den verschiedenen Einrichtungen gestaltete sich in den Jahren 2001 bis 2009 sehr inhomogen, wie in den folgenden Abschnitten separat dargestellt wird (vgl. GBE 2012, Daten: Siehe Anhang 3).

Die Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger wurde nicht berücksichtigt, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird vom statistischen Bundesamt nicht gesondert ausgewiesen.

Ambulante Pflege und stationäre Pflege in den (Alten)Pflegeheimen

Im ambulanten Sektor kann ein Anstieg der Beschäftigungsverhältnisse aller Pflegeberufe um 57% dokumentiert werden, bei den Gesundheits- und KrankenpflegehelferInnen (GKPH) um ein Fünftel und bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (GKP) um 55%, bei den AltenpflegerInnen (AP) um zwei Drittel. In diesem Bereich dominierte 2009 die Berufsgruppe der GKP mit 51%.

Im stationären Bereich überwiegt zahlenmäßig die Berufsgruppe der Altenpflege (Anteil 2009: 72%). Sie nahm in den letzten neun Jahren um 45% zu, der Anteil der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen stieg im gleichen Zeitraum hier um 21% an, während die Anzahl der Gesundheits- und KrankenpflegehelferInnen um 10% abnahm (Tab. 1 und 2). 2001 kamen auf 1,00 Vollkraftäquivalent in der Pflege 4,94 ambulante und 3,32 stationäre pflegebedürftige Menschen, 2009 veränderte sich das Verhältnis in 4,34 (ambulant) und 3,24 (stationär).

Diese rein statistischen Relationen erlauben jedoch keine direkten Rückschlüsse auf die tatsächlichen Belastungen der Pflegenden (GBE 2011a, c), da der Grad der jeweiligen Pflegeintensität dabei nicht berücksichtigt ist.

Krankenhauspflege

Im Krankenhausbereich korrespondiert dagegen die oben beschriebene Leistungsverdichtung ab 2001 mit einer Stagnation des Gesamtpersonalbestandes (dezentale Steigerung um 1,35%), wobei in der dominierenden Berufsgruppe, der der Gesundheits- und

Krankenpflege, die Veränderung marginal war (+ 1,76%). Die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse der GKPHs nahm um 17,54% ab, bei gleichzeitigem Anstieg der Quote der AltenpflegerInnen um 50%.

Die Absolutzahlen machen deutlich, dass im Klinikbereich die Personalsituation in den Pflegeberufen prekär geworden ist: Dem Leistungsanstieg steht lediglich ein Plus von 8.000 Beschäftigungsverhältnissen (Pflegepersonen) gegenüber. Auf der einen Seite ist ein Zuwachs von 9.000 beziehungsweise von 10.000 MitarbeiterInnen in der Berufsgruppe der GKP respektive AP zu verzeichnen, auf der anderen Seite eine Reduktion von 11.000 MitarbeiterInnen in der Berufsgruppe der KPH, wobei diese Zahlen lediglich statistische Parameter darstellen, die unter anderem weder die Schweregrade der Erkrankungen noch die Komorbiditäten noch die Pflegebedürftigkeit der PatientInnen berücksichtigen (vgl. Tab. 2; GBE 2011b; GBE 2012). Von 2003 bis 2008 sank die Beschäftigungszahl der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sogar ab, zeitgleich mit der Einführung der DRG-Regelung (siehe unten).

Dieser Trend der Berufsgruppe Gesundheits- und KrankenpflegerInnen wurde in der bereits erwähnten NEXT Studie auch in anderen europäischen Ländern festgestellt (vgl. SIMON et al. 2005).

Die Bundesregierung reagierte darauf mit dem sogenannten Pflegeförderprogramm. Im Krankenhausentgeltgesetz § 4 Abs. 10 wird die Höhe der Förderung festgelegt: „Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz [Gesundheits- und KrankenpflegerIn; Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn; Krankenschwestern und -pfleger, die Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes sind; Anm. JC] zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 % finanziell gefördert [...]“ (KHEntgG).

Da diese Fördergelder zweckgebunden sind, muss die Klinik, die eine Förderung beantragt hat, die Verwendung belegen (vgl. a.a.O.). In seinem Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit stellt dazu der GKV-Spitzenverband fest: „Insgesamt ist in den ersten beiden Förderjahren das Pflegesonderprogramm durch die Krankenhäuser in hohem Umfang in Anspruch genommen worden. Sowohl die getroffenen Vereinbarungen als auch erste Ist-Daten sprechen für einen deutlichen Zuwachs an Pflegekräften in den am

Programm teilnehmenden Krankenhäusern. Es ist darauf hinzuweisen, dass die derzeitige Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen eine Hilfskonstruktion war, um die Situation hochaufwendiger Pflege zu verbessern [...]“ (GKV 2011).

Nach dem Jahr 2011, dem Ende des Förderprogramms, sollen Förderungen für aufwändige Pflege (vor allem zusätzliches Personal) analog der DRG-Systematik definiert werden, dazu heißt es im KHEntgG im § 4, 10, letzter Satz: „Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“

Unter Federführung des Deutschen Pflegerates wurde dazu der Pflegekomplexmaßnahmen Score (PKMS) entwickelt (siehe Anhang 5). Durch dieses Instrument wird – so die Intention – hochaufwändige Pflege ausgewiesen und der personelle Mehrbedarf objektiviert. Der damit verknüpfte zusätzliche Dokumentationsaufwand wurde von den PflegepraktikerInnen sehr skeptisch betrachtet, so dass Überarbeitungen der ursprünglichen Version notwendig wurden (vgl. DKG 2011).

2.2.4. PERSONALENTWICKLUNG IN DEN PFLEGEBERUFEN

Über alle Berufsgruppen gesehen war im ambulanten Bereich mit einem Zuwachs von 57% der höchste Personalanstieg zu verzeichnen, im stationären Bereich mit 34% ebenfalls ein deutliches Plus, während im Krankenhausbereich die Beschäftigtenzahl in den Pflegeberufen mit + 1% stagnierten (Tab. 3).

	ambulant		stationär		Krankenhaus		Σ	Σ	Δ
	2001	2009	2001	2009	2001	2009	2001	2009	%
GKPH	10	12	20	18	63	52	93	82	-11,83
GKP	71	110	52	63	511	520	634	693	9,31
AP	56	93	145	210	20	30	221	333	50,68
Σ	137	215	217	291	594	602	948	1.108	16,88

Tab. 2: Beschäftigungsverhältnisse in 1.000, Einrichtungs- und Berufsgruppen bezogen Vergleich 2001 und 2009 – Quelle: GBE 2012 und eigene Berechnungen

	ambulant	stationär	Krankenhaus
	Veränderungen 2009 zu 2001 in %		
GKPH	20	-10	-17
GKP	55	21	2
AP	66	45	50
Ges.	57	34	1

Tab. 3: Veränderungen 2009 im Vergleich zu 2001 in % (aus Tab. 2)

In den letzten neun Jahren haben die Beschäftigungsverhältnisse der Pflegenden über alle Einrichtungen in Summe zwar um etwa 17% zugenommen, jedoch ausschließlich in den außerklinischen Bereichen:

Am deutlichsten in der ambulanten Pflege (57%) sowie in der stationären Pflege (34%). Im Klinikbereich blieb die Zahl, wie bereits dargestellt, mit +1% nahezu unverändert. Die Anteile veränderten sich in der Gesamtschau von 2001 bis 2009 wie folgt (in Klammern die Absolutzahlen): Gesundheits- und KrankenpflegehelferInnen um -11,83% (11.000), Gesundheits- und KrankenpflegerInnen um +9,31% (59.000) und AltenpflegerInnen um +50,68% (112.000) (vgl. GBE 2012 und Tab. 2 und 3).

In den drei Bereichen ambulante Pflege, stationäre/teilstationäre Pflege und Kliniken waren 2009 in Summe 1.108.000 Pflegepersonen beschäftigt (davon 693.000 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, ohne Hebammen und Entbindungspfleger, 333.000 AltenpflegerInnen und 82.000 KrankenpflegehelferInnen; etwa ein Drittel der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und KrankenpflegehelferInnen arbeiteten in Teilzeit, bei den AltenpflegerInnen war es knapp die Hälfte) (GEB 2011d, e; GBE 2012; BMG 2011).

Die Personalentwicklung der Pflegeberufe im Gesundheitswesen verzeichnete in den Jahren 2007 bis 2009 einen Anstieg um insgesamt 6,2% in allen Bereichen. Die Anzahl der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (GKP) stieg mit 4,07% am geringsten, gefolgt von den Gesundheits- und KrankenpflegehelferInnen (GKPH) mit 7,95%. Der weitaus größte Personalzuwachs lag bei der Altenpflege (AP) mit 9,60%, darunter betrug der Frauenanteil bei den GKPH 70,54%, bei den GKP 85,61% und bei den AP 86,86% (vgl. a.a.O.). Diese Daten bestätigen den Trend der Jahre 2001 bis 2009. Nach der letzten Datenaktualisierung des Statistischen Bundesamtes vom 22.07.2011 beziehungsweise vom 15.12.2011 für die Zahlen aus 2010 setzt sich die beschriebene Entwicklung fort.

Die Berufsgruppe der ÄrztInnen, hier nur die im klinischen Bereich tätigen, nahm bezüglich der Personalzahlen eine andere Entwicklung: Im Vergleichszeitraum von 2001-2009 stieg ihre Beschäftigtenzahl um 16,13% (absolut: +20.000).

Nach den aktuellen Daten (DESTATIS 2013, s. Anhang C) veränderten sich in den Krankenhäusern die Personalzahlen in den letzten 10 Jahren (2002-2012) wie folgt: Gesamtbeschäftigungsverhältnisse +1%, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (ohne Hebammen und Entbindungspfleger) +4%, Gesundheits- und KrankenpflegehelferInnen -11% und AltenpflegerInnen (inklusive AltenpflegehelferInnen) +45%, ÄrztInnen +22%. Dies ist insofern beachtlich, als dem in Kapitel 2.2.2. dargestellten Leistungsanstieg lediglich die Personalentwicklung der MedizinerInnen folgte, während in den Pflegeberufen keine vergleichbare Stellenanpassung stattfand (der Zuwachs von 45% der AltenpflegerInnen entspricht lediglich einer Absolutzahl von +10.000, die +22% ÄrztInnen entspricht absolut 28.000 Beschäftigungsverhältnissen).

Parallel zu den dargestellten Veränderungen der Personalzahlen veränderte sich mit Einführung des Fallpauschalensystems auch die Verweildauer der PatientInnen in den somatischen Krankenhäusern durch Festlegung von Behandlungszeitkorridoren (untere Grenzverweildauer, mittlere Verweildauer und obere Grenzverweildauer) der einzelnen DRG's definiert (vgl. KEUN/PROTT 2008: 116f), so dass diesbezüglich der Entscheidungsspielraum – besonders hinsichtlich des Entlassungszeitpunktes – des therapeutischen Teams (MedizinerInnen und Nicht-MedizinerInnen) kleiner geworden ist. Der daraus resultierende geringer werdende Einfluss der Pflegenden bei Entscheidungen – hier zum Thema Entlassungsmanagement – könnte ebenso wie zahlreiche andere Faktoren der dokumentierten geringen Arbeitszufriedenheit, zur Erhöhung der Aussteigerquote in den Kliniken beitragen. Ein Teilergebnis der Next-Studie bezieht sich konkret auf die Einflussmöglichkeiten bei der Arbeit: „Personen, die in der Befragung niedrige Werte für *Einfluss bei der Arbeit* hatten [...], wollten deutlich häufiger die Pflege verlassen (jede/r Dritte). Zudem besteht ein klarer, linearer Zusammenhang zur Identifikation mit dem Unternehmen: je größer der Einfluss bei der Arbeit, umso größer ist die Bindung an die Einrichtung [...]" (SIMON et al. 2005: 23).

Inwieweit die gegenwärtig von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ (unter der gemeinsamen Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) entwi-

ckelten Eckpunkte zu wesentlichen Aspekten eines neuen Pflegeberufgesetzes (Ziele: generalistische Pflegeausbildung [Zusammenfassung der Altenpflege-, Gesundheits- und Krankenpflege- und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung] und parallel dazu eine akademische Ausbildung) dem Ausstiegstrend entgegenwirken können, indem das Berufsbild an Attraktivität zugewinnen soll, bleibt abzuwarten. Grundlegende Aspekte, wie beispielsweise die Übertragung bestimmter Tätigkeiten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde, sollen ebenso dazu beitragen wie die EU-Kompatibilität der beruflichen Pflege (vgl. BMG 2012).

Veränderten Versorgungsanforderungen aufgrund der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen sowie der strukturellen Weichenstellungen soll mit dem Eckpunktetpapier ebenso Rechnung getragen werden wie dem dynamischen Arbeitsmarkt in der Dienstleistungsbranche Pflege. Konkret werden folgende Veränderungen in der Versorgung angeführt (vgl. ebd.):

- a) Steigende Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland mit absolutem Anstieg der Zahl älterer Menschen und erheblichem Anstieg des relativen Anteils dieser Gruppe an der Gesamtbevölkerung
- b) Zunahme chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und demenziell erkrankter Menschen
- c) Trend zur Singularisierung mit zunehmendem Bedarf professioneller Unterstützung
- d) Arbeitsverdichtung und veränderte Anforderungen an die Tätigkeiten Pflegenden in den Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen
- e) Zunahme älterer Menschen in den Kliniken mit spezifischen physischen und psychischen Erfordernissen
- f) Stärkere Berücksichtigung chronisch kranker Jugendlicher in der Adoleszenz
- g) Verweildauerverkürzung in den Krankenhäusern mit Verlagerung komplexer Pflegeleistungen in außerklinische Einrichtungen (ambulante Pflegedienste, Pflegeheime)

h) Übergreifende Qualifikationen Pflegender für alle Altersgruppen der Pflegezepi-entInnen in modernen Versorgungsstrukturen.

Besonders die Punkte d), g) und h) entwickelten sich in der letzten Dekade als bewusst gewollte Konsequenz durch die Einführung der DRGs (s.o.).

Zum dynamischen Arbeitsmarkt, der im Segment professionelle Pflege zu den Wachstumsbranchen gezählt wird, führt die Arbeitsgruppe aus, dass

- im Pflegebereich in allen Sektoren eine hohe Nachfrage nach Fachkräften besteht (in den ambulanten und stationären Bereichen)
- neue Aufgabenfelder hinzukommen, beispielsweise im Bereich Beratung (Pflegestützpunkte, MDK, usw.)
- eine Komplexitätszunahme des Tätigkeitsspektrums mit stärkeren wissenschaftlichen Kompetenz-Erfordernissen stattfindet.

Die benannten Effekte, sowohl die Versorgungsänderung als auch die Situation auf dem Arbeitsmarkt, machen deutlich, dass der Pflegeberuf künftig noch an Bedeutung hinzugewinnen wird, so dass gesundheitspolitische Aktivitäten mit hoher Priorität erforderlich scheinen. In diesem Kontext wird auch evident, dass bei heute bereits festgestelltem Fachkräftemangel ältere Pflegende unverzichtbar sind.

Ein wesentlicher Punkt, der auf Bundes- und Länderebene noch zu klären ist, ist die Finanzierung, die diese skizzierten Optionen realisierbar machen. Auf eine Erläuterung dieses Aspektes soll hier verzichtet werden, es würde den Rahmen der Thematik übersteigen.

Zu einer graduellen Entschärfung der sich abzeichnenden Engpässe könnte erfolgreiches Altern und damit auch ein Verbleib im Pflegeberuf mit einer Leistungsbereitschaft und -fähigkeit bis zum regulären Renteneintritt gerade der Schlüssel sein. Konzepte, die auf reine Arbeitszeitreduktion abstellen, würden allerdings zu kurz greifen. Zudem fänden die damit einhergehenden Einkommenseinbußen vermutlich keine breite Resonanz. Das Personalmanagement der Betriebe ist gefordert, die Arbeitsfähigkeit und Motivation der älteren MitarbeiterInnen zu erhalten.

Handlungsempfehlungen, wie anlässlich des Symposiums „Ältere Mitarbeiter in der Kommune und im öffentlichen Dienst“ am 15./16. November 2012 in der Körber-Stiftung in Hamburg erarbeitet (vgl. KRUSE, A. & KOLLEWE, C. 2013), müssten in den Unternehmen zeitnah und mit hoher Priorität diskutiert werden und in entsprechende Konzepte einfließen:

- Zeitsouveränität fördern
(z.B. mehr Flexibilisierung, ggf. Jahresarbeitszeitkonten)
- Fort- und Weiterbildung für Ältere vermehrt anbieten
(die Bereitschaft dazu ist meist vorhanden)
- Gesundheitsangebote direkt im Betrieb darstellen
(z.B. Sport- und Entspannungsangebote)
- Altersgemischte Teams fördern
(hier kann gerade im Pflegebereich Erfahrungswissen weitergegeben werden)
- Alter langfristig in den Blick nehmen
(z. B. auch durch Initiativen wie „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“)
- Sensibilisierung der Führungskräfte zum Thema Alter(n)
(gerontologisch fundierte Alter(n)sbilder wären als Basis begrüßenswert)

Zu ähnlichen Empfehlungen kam ein Projekt in der Altenpflege „Balance in der Altenpflege“ (BidA) in der Diakonie Neuendettelsau (160 Einrichtungen mit 6.500 MitarbeiterInnen) im Rahmen des Modells „Demografischer Wandel in der Pflege“ vom November 2009 bis November 2012. Die Projektschwerpunkte waren hier: Sensibilisierung für die eigene Gesundheit, ein individuelles Gesundheitsprogramm speziell für die MitarbeiterInnen, Schulungen der Führungskräfte, Reduktion der Arbeitsbelastungen sowie Etablierung eines persönlichen Gesundheitsbudgets als Anreizsystem. In einem weiteren Projekt in Brandenburg (Seniorenzentrum „Martha Piter“) konnte man sich auf folgende Interventionen einigen: Körperlich schwere Arbeit wurde zeitlich gleichmäßig verteilt, Überstundenreduktion und mehr Freischichten, Einführung von Minipausen, Fortbildungen zum Thema Heben und Tragen, Führungskräftequalifikation zum Thema Alter(n), gesundheitsfördernde Maßnahmen (z.B. Rückenschulen), Optimierung der Ergonomie an den Arbeitsplätzen, Beteiligung der KollegInnen bei der Dienstplan- und Pausengestaltung, Arbeitsablaufoptimierung sowie ein Konzept bei kurzfristigem Ausfall von MitarbeiterInnen (vgl. BLANCK-KÖSTER 2013).

3. Alter(n)sbilder und „erfolgreiches Altern“

Die auch heute noch weit verbreiteten Alter(n)sbilder, die häufig von Vorgenerationen tradiert werden (soziokulturelle Stereotypen), sind nicht selten defizitär konnotiert und fokussieren auf Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Verfall. SCHMITT definiert Altersbilder als „auf das Alter, Altern und ältere Menschen bezogene Meinungen und Überzeugungen, die kontextspezifisch, in Abhängigkeit von Person- und Umweltmerkmalen, aktualisiert werden und spezifische Deutungen, Wertungen, Emotionen und Verhaltenstendenzen nahelegen können“ (SCHMITT 2012:3). Demnach konstituieren Altersbilder Einstellungen sowie persönliche und situative Deutungsmuster als internalisierte Konzepte, die das jeweilige Urteilen, Handeln und Reagieren erklären können, wobei durchaus unterschiedliche, sich zum Teil sogar widersprechende Altersbilder koexistent sein können (vgl. ebd.).

MARWEDEL (2004:45-49) zeigt anschaulich an einem konstruierten Beispiel, wie individuelle Alltagserfahrungen die subjektive Sichtweise prägen können: In einem fiktiven Gespräch lässt sie zwei erwachsene Männer über deren Erfahrungen mit ihren Großmüttern berichten. Die eine ist 76 Jahre alt und „vergesslich und verkalkt“ („das normale Altern“), wohingegen die andere mit 79 „sehr unternehmungslustig“ ist und noch „Englisch lernt“. MARWEDEL kontrastiert aus didaktischen Gründen sehr plakativ das Defizit- mit dem Kompetenz-Modell. Auszubildende in Pflegeberufen erfahren am Beispiel solcher „Alltagsweisheiten“ kritische Reflektion mit fundierter (Gegen)-Argumentation, wie beispielsweise wissenschaftlich unzulässige Verallgemeinerung eines Einzelfalls; ein einzelnes Beispiel zur Regel bzw. Ausnahme machen; ungenaue/unkonkrete Beobachtungen.

Im Rahmen wissenschaftlicher Herangehensweisen zum „Altersbild“ macht SCHMITT (2004) andererseits darauf aufmerksam, dass „Forschungen zum «Altersbild» [...] – wenn man nach angloamerikanischen Äquivalenten sucht – dem in bewusster Analogie zu Rassismus und Sexismus postulierten «Ageism» häufig deutlich näher [stehen] als neueren sozialpsychologischen Ansätzen der Erforschung von Stereotypen, Einstellungen oder sozialen Kognitionen“ (ebd.:136). In seinen weiteren Ausführungen verdeutlicht SCHMITT, dass mit dem Terminus „Alter(n)sbild“ eine „Homogenität der Sichtweisen von Alter, Altern und älteren Menschen (im Sinne eines «positiven» oder «negativen» Alters-

bildes) [...]“ (ebd.: 136) zum Ausdruck gebracht wird, in dem eine Vielzahl komplexer Einzelphänomene in einer einzigen Begrifflichkeit subsummiert wird. Bei Diskussionen zu «Ageism» im Kontext einer gesellschaftlichen Ablehnung und Diskriminierung älterer Menschen kann zwischen Meinungen und Überzeugungen einerseits und Einstellungen („evaluative Dimension“) andererseits differenziert werden. Während die ersteren – so SCHMITT weiter – prinzipiell argumentativ („konfrontativ“) widerlegt werden können, befinden sich letztere mit ihrer ethischen Dichotomie gut/schlecht auf einer anderen Ebene und entziehen sich daher einer Bewertung nach „richtig“ oder „falsch“. Einstellungen und Verhalten gegenüber älteren Menschen im Sinne von «Ageism» konnten empirisch widerlegt werden (vgl. a.a.O.: 136f).

Alter(n)sbilder werden sowohl durch individuelle (inter- und intraindividuell (in bestimmten Lebensaltersphasen)) als auch durch gruppenspezifische Perspektiven konstituiert. SCHMITT verweist auf Untersuchungen von TAJFEL ET AL. (1971), die sozialpsychologische Belege für Ingroup-Favoritism beziehungsweise Outgroup-Discrimination lieferten und zitiert eigene Arbeiten, die zu einem ähnlichen Ergebnis kommen: Zu drei Altersgruppen (45-57 Jahre, 58-64 Jahre und 65-75 Jahre) wurden Werte zu den Dimensionen „Entwicklungsgewinne und Chancen“ sowie „Entwicklungsverluste und Risiken“ ermittelt. Die Hypothesen, dass die älteste Gruppe die höchsten Werte in der Dimension „Entwicklungsgewinne und Chancen“ und die niedrigsten zu „Entwicklungsverlusten und Risiken“ aufweist und damit ihre Sichtweisen der „selbstwertdienlichen Verzerrung“ und „selbstwertdienlichen Leugnung oder Verdrängung“ zum Ausdruck kommen, konnten nicht bestätigt werden. Signifikante Ergebnisse gab es lediglich bei der mittleren Altersgruppe in der Dimension „Entwicklungsgewinne und Chancen“, die Werte lagen hier höher als bei den beiden anderen Gruppen (vgl. SCHMITT 2004). SCHMITT schlussfolgert, dass sich „Menschen in allen Altersgruppen erheblich in ihren objektiv bestehenden und subjektiv perzipierten Lebensbedingungen unterscheiden [...], [und] dass sich die Wahrnehmung von positiven und negativen Aspekten des Alter(n)s nicht auf der Grundlage des Lebensalters vorhersagen lässt“ (ebd.).

Der Sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (BMFSFJ 2010a) – kurz: SECHSTER ALTENBERICHT – thematisiert die Altersbilder unserer Gesellschaft. So wird bereits in der Einführung darauf hingewiesen, dass „Der individuel-

le und gesellschaftliche Umgang mit den Aufgaben und Anforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens [...] nicht zuletzt durch Altersbilder bestimmt [ist]“ (a.a.O.: 23).

Demnach ist das individuelle Alter(n)sbild konstituierend für das eigene erfolgreiche Altern (auch im Beruf).

Der Sechste Altenbericht bietet einer überwiegend negativen Konnotation einen wissenschaftlich belegten Gegenentwurf an, der vor allem die Potenziale der älteren Menschen betont und lebenslanges Lernen hervorhebt. Des Weiteren stellt er die soziale, medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen im hohen Alter dar. In der Stellungnahme der Bundesregierung wird betont, dass „Individuelle, negative Altersbilder drohen, zu selbst erfüllenden Prophezeiungen zu werden, wenn nicht gegengesteuert wird“ (BMFSFJ 2010b: XI).

Diese Gegensteuerung kann auf der individuellen Ebene stattfinden, zum Beispiel durch „zielgruppenspezifische Bildungsangebote“ oder auf der gesellschaftlichen Ebene, wie beispielsweise durch politische Aktivitäten „Bildung und Aktivierung Älterer“ mit hoher Priorität in der Agenda der Bundesregierung (vgl. ebd.).

Das Phänomen, dass Altersbilder „auch zur Etablierung und Verstetigung institutioneller Praktiken bei[tragen], die – häufig ohne dies zu beabsichtigen – ungerechtfertigte und unangemessene Meinungen, Überzeugungen, Einstellungen und Ungleichbehandlungen stützen und begründen“ (a.a.O.: 24) gilt so-zu-sagen als Sensibilisierung dafür, die jeweils zugrunde liegenden Altersbilder stets auf Aktualität und Sachlichkeit zu durchleuchten und gegebenenfalls auf überholte Stereotypen hinzuweisen und zu korrigieren.

Alter(n)sbilder können, wenn sie weder die Stärken und Potenziale noch die Probleme und Risiken in der öffentlichen Diskussion fokussieren, zu mehr Solidarität und Akzeptanz zwischen den Generationen beitragen (vgl. SCHMITT 2004). Eine Polarisierung in die eine oder andere Richtung steht hingegen im Widerspruch zur Realität und ist in Diskussionen kontraproduktiv.

Ob Altern – berufliches oder außerberufliches – schlussendlich als erfolgreich wahrgenommen wird, ist möglicherweise nur im Kontext des jeweils zugrunde liegenden Alter(n)sbilds subjektiv und individuell beurteilbar.

3.1. Alter(n)sbilder der Gesellschaft und der Wissenschaft

Alter und Altern sind Begriffe, die sich bestens vermarkten lassen, wenn suggeriert wird, dass die vermeintlich negativen Auswirkungen wie nachlassende körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, Vergänglichkeit der Schönheit, der Jugend, der Attraktivität, der Libido, der sozialen Vernetzung usw. durch den Konsum oder die Anschaffung bestimmter Artikel, Produkte oder Dienstleistungen aufgehalten oder gar rückgängig gemacht werden können.

Das sogenannte Seniorenmarketing umfasst „Marketingstrategien für die ertragsstarken Altersgruppen ab 50 Jahren. Allgemeine Marketingmaßnahmen favorisieren noch weitgehend die jüngeren Zielgruppen, obwohl die ab 50-Jährigen sowohl nach ihrem Bevölkerungsanteil wie auch nach ihrer Kaufkraft die attraktivste Käufergruppe geworden sind. Seniorenmarketing konzentriert sich allerdings nicht auf eine bestimmte Zielgruppe, sondern auf eine Vielfalt der unterschiedlichsten Kundensegmente. Senioren sind eine heterogene Kundengruppe. So unterteilt sich die Zielgruppe der Senioren in folgende unterschiedliche Alterssegmente: [...] Die »Jungen Alten« [...] Die über 60-Jährigen [...] [und] Die ab 70-Jährigen“ (WIRTSCHAFTSLEXIKON24 2010).

Die Unterschiedlichkeit des Alterns wurde bereits vor über 85 Jahren wie folgt beschrieben: GIESE (1928) beispielsweise fand interindividuell sehr variable Verlaufs- und Äußerungsformen von Altern. Aus seinen Untersuchungen gingen erste subjektive Alternserfahrungen schon bei 18-Jährigen, aber auch bei bereits 80-Jährigen hervor (vgl. WAHL/HEYL 2004: 19). Nach GIESE ist die Gruppe der alten Menschen äußerst inhomogen. Vom „subjektiven Erleben von Alternsanzeichen“ bis hin zu quantifizierbaren Indikatoren (z.B. Zeitmessung bei Test-Aufgaben) sind die Unterschiede hier so groß wie in keiner anderen Altersgruppe, so dass der Begriff „Die Alten“ lediglich eine „komplexitätsreduzierende soziale Repräsentation“ darstellt (a.a.O.: 20). „Während Ende der 1920er-Jahre Altern auch im Alltagswissen noch primär als biologisches Schicksal begriffen wurde, setzte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mehr und mehr die Einsicht durch, dass auch gesellschaftliche Einflüsse die individuelle Ausgestaltung von Altern wesentlich mitbestimmen“ (ebd.). Diese „komplexitätsreduzierende“ Begrifflichkeit der „Alten“ muss in der Gerontologie wieder diversifiziert werden, damit die Individualität und Variabilität des Alterns einer wissenschaftlichen Untersuchung zugänglich werden.

3.1.1. ALTERSBILDER IM ÜBERBLICK

Den bis dahin dominierenden Defizitmodellen, die an funktionellen biologischen Determinationen des Alter(n)s anknüpften, stellt LEER (2003) die neueren psychosozialen Theorien des Alterns in sechs Gruppen gegenüber, beginnend mit den frühen (heute noch zum Teil aktiven) Defizitmodellen bis hin zu den komplexen interaktionistischen Modellen der Bedingungen von Langlebigkeit und Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden. Im Folgenden werden ihre Ausführungen näher dargestellt.

Defizitmodelle

Defizitbasierte Sichtweisen wurden beispielsweise bestärkt durch die US-Army, die 1917, im Kontext des ersten Weltkrieges, Eignungstests für Rekruten der Offizierslaufbahn entwickelte. Die Ergebnisse dieser Army-Tests wurden 1921 von JERKES publiziert: Sie zeigten einen altersassoziierten Intelligenzabfall (der Autor warnte jedoch vor allgemeinen Interpretationen).

Qualitative Verlaufsmodelle

Es folgten qualitative Verlaufsmodelle, wie beispielsweise das „Lebensphasenmodell“ von ERIKSON (1950) [vgl. BOEREE 1997] oder HAVIGHURSTS (1953) „developmental tasks“, wonach Entwicklung das Resultat charakteristischer Interaktionen aus speziellen Herausforderungen in gewissen Lebensphasen darstellt. Während GUTMANN (1975) „geschlechtsspezifisches Altern“ im Zusammenhang mit der Elternrolle formulierte, fundierte SCHROOTS (1995) seine Theorie der „Gerodynamik“ auf der Chaostheorie.

Theorien zum erfolgreichen Altern

Theorien zum erfolgreichen Altern wie die „Aktivitätstheorie“ (TARTLER 1961), die „Disengagement-Theorie“ (CUMMING und HENRY 1961), die „Kontinuitätstheorie“ (ATCHLEY 1989) und das „SOK-Modell“ (BALTES und BALTES 1989) fokussieren auf Lebenszufriedenheit als Parameter einer stimmigen Anpassung an den individuellen Alter(n)sprozess.

Wachstumstheorien

Wachstumstheorien, wie die „Individuation“ (JUNG 1946), das „Grundbedürfnis nach Selbstverwirklichung im hohen Alter“ (GOLDSTEIN 1940) oder die „Gerotranszendenz“ (TORNSTAM 1989) repräsentieren einen Gegenentwurf zu den Defizitmodellen und akzentuieren dementsprechend Entwicklung, Reife und Weisheit des Alters.

Kognitive Theorien

Kognitive Theorien, wie die „Theorie der Anpassung an das Alter“ (THOMAE 1970) postulieren vor allem, dass die subjektive Wahrnehmung und Interpretation einer Situation für eine entsprechende Reaktion entscheidend ist.

Kulturanthroposophische Alternstheorien

„Kulturanthroposophische Alternstheorien“, wie die „Modernisierungstheorie“ von COWGILL und HOLMES (1972) zeigen eine mit fortschreitender Modernisierung korrespondierende Verschlechterung älterer Menschen bezüglich ihres Status und ihrer Behandlung auf.

Interaktionistisches Modell der Bedingungen von Langlebigkeit und Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden

Als letztes Modell sei das Interaktionistische Modell der Bedingungen von Langlebigkeit und Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden erwähnt, das dem multifaktoriellen komplexen Zusammenwirken zahlreicher Komponenten Rechnung trägt (u.a. Persönlichkeit, Bildung, Ernährung, körperliche Aktivitäten, vgl. LEHR 1982, THOMAE 1993 und MARTIN, POON et al. 1996), die möglicherweise ebenso bedeutsam sind wie genetische, physiologische und biologische Einflüsse (vgl. LEER 2003).

Aufgrund der heute bisweilen noch anzutreffenden Defizitmodelle soll im Weiteren näher darauf eingegangen werden. Die Kompetenzmodelle, besonders aber die Modelle des erfolgreichen Alterns, waren für die vorliegende Arbeit von herausragendem Interesse, so dass diese nachfolgend detaillierter dargestellt werden.

3.1.2. DEFIZIT-MODELLE

Negativ konnotierte, mechanistische Altersmodelle werden vor allem von der biologisch-physiologischen Interpretation geleitet, wonach Altern im Grunde genommen die Phase darstellt, die dem Tod vorausgeht und die von „Natur gegebenen“ nachlassenden Fähigkeiten, Leistungsverlusten und Verfall geprägt ist. „In biologischer Sicht ist Altern ein zusammenfassender Begriff zur Umschreibung zeitabhängiger, irreversibler und vorhersehbarer Veränderungen in Organismen, die »in einem fortschreitenden Funktionsverlust

aller Gewebe« bestehen und »letztendlich zum Tod« führen (DANNER & SCHRÖDER 1994: 96)“ (LEHR 2003: 47).

So konnte man vor 60 Jahren zu „Altern“ im Lexikon Folgendes nachlesen: „Das **Altern**, bedingt durch allmähl. Verlust der Fähigkeit der Zellen, sich zu vermehren u. ihre biochem. Bestandteile zu erneuern, äußert sich in der Minderung der Spannkraft des Körpers, mangelhafter Ausnutzung der Nährstoffe, Nachlassen bestimmter hormonaler Drüsenfunktionen, körperlichem und geistigem Leistungsschwund, verringerter Widerstandskraft gegen äußere Krankheitseinflüsse, in Abmagerung und Schwäche (A.sichtigkeit, Arterienverkalkung, Schlaganfall, Krebs u. a.)“ (HERDER 1951: 81). Diese Definition entsprach dem Defizitmodell und wurde durch vorausgegangene Untersuchungen gefestigt.

1934 stellte COX MILES ein altersassoziiertes Absinken der Intelligenztest-Leistungen fest, das jedoch durch Erfahrung, Sicherheit und Lerntechnik teilweise kompensiert werden könne; sie bezog sich dabei auch auf die Ergebnisse von YERKES 1921: „On the basis of the largest collection of such data, in the U.S. Army investigations under Professor Yerkes' chairmanship, the investigators hesitated to posit an age-score decline. Rather it was suggested that the phenomenon might be accounted for by factors of differential selection and not by age as such“ (COX MILES 1934).

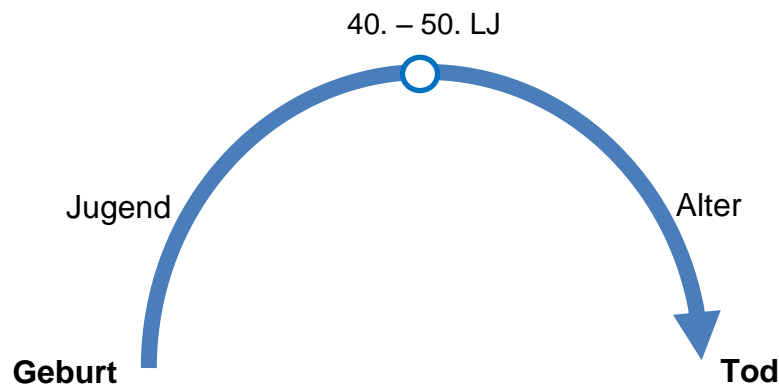
WECHSLER (1944) entwickelte eine standardisierte Intelligenzskala, die es ermöglichte, länderübergreifende Ergebnisse zu vergleichen – im Ergebnis war ein deutlicher Abfall der getesteten Intelligenz in der 5. Dekade erkennbar.

JONES (1959) diskutierte eine Interaktion zwischen endogenen und exogenen Faktoren (physische und psychische Ursachen sowie sozioökonomische Bedingungen).

KAY (1959) brachte die altersbedingten Veränderungen im Lernen mit biologischen Zusammenhängen in Verbindung, während WELFORD (1959) eine genetische Determination für altersbedingte Veränderungen der Psychomotorik postulierte.

BIRREN und MORRISON (1961) hingegen untersuchten erstmals auch Zusammenhänge der Leistungsveränderung Älterer außerhalb des permanent mitschwingenden biologischen Defizitmodells, wie zum Beispiel den Einfluss der Dauer der Schulbildung der Testpersonen auf die Ergebnisse der Intelligenztests (vgl. LEHR 2003: 52). Selbst in professionellen, helfenden Berufen sind noch hin und wieder Halbkreismodelle des Lebens-

laufs (siehe Abb. unten) präsent, die den Scheitelpunkt des Lebens bei 40-50 Jahren definieren, wonach dann – als Pendant des „Aufstiegs“ in den frühen Lebensphasen – ein schicksalhafter „Abstieg“ im Alter resultiert (vgl. HEUFT 2000:37). Nach dieser Perspektive ist Alter geprägt von Defiziten, Defekten, Funktionsverlusten, Abbau und nahem Tod und verschließt sich völlig den aktuellen gerontologischen Forschungserkenntnissen des lebenslangen Lernens, der Kompetenz und der Entwicklungspotenziale bis in hohe Alter.



Lebenslauf als Halbkreismodell

3.1.3. KOMPETENZ-MODELLE

Zahlreiche Widersprüche im bis dato dominierenden Defizitmodell führten in den 1960er Jahren zu weiteren Untersuchungen: So konnten LEHR und THOMAE in der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA, **B**onn **L**ongitudinal **S**tudy of **A**ging, 1965-1981) vor allem interindividuelle Unterschiede der Altersvorgänge darstellen. Das Studiendesign lässt sich folgendermaßen beschreiben: „Längsschnittdesign, Kohortenansatz. Mit den Geburtsjahrgängen 1890-1895 und 1900-1905 wurden zwei Kohorten kontrastierend einander gegenüber gestellt. Während die älteren Studienteilnehmer bereits seit etwa 5-10 Jahren im Ruhestand waren, befand sich die jüngere Kohorte zum ersten Zeitpunkt der Untersuchung im Übergang in den Ruhestand. Zusätzlich zu diesen unterschiedlichen Phasen im Lebenslauf lag eine grundsätzlich verschiedene historische Einbettung beider Kohorten vor. Angehörige der älteren Kohorte waren während des 1. Weltkrieges bereits jüngere Erwachsene und teilweise Kriegsteilnehmer – die jüngere Kohorte befand sich zu diesem Zeitpunkt im Kindes- oder jugendlichen Alter und machte

ihre Kriegserfahrungen im zweiten Weltkrieg, den die Älteren bereits in der zweiten Lebenshälfte erlebten“ (MOTEL-KLINGEBIEL et al. 2003). Im Untersuchungszeitraum zwischen 1965 und 1984 wurden 1.042 Studienteilnehmer aus dem nördlichen Ruhrgebiet, aus dem Bonn/Kölner Raum und aus dem Raum Rhein-Main-Neckar eingeschlossen (vgl. a.a.O.). Es zeigte sich auch in der BOLSA deutlich, dass „eine Reihe von Faktoren, wie Schulbildung, Ausgangsbegabung, berufliches Training, stimulierende Umgebung, die bisherige Lebensführung und eine Vielzahl sozialer wie auch ökologischer Bedingungen zu Verhalten und Erleben eines Menschen in engerer Beziehung stehen, als das kalendarische Alter“ (vgl. LEHR, 1972, 1979; LÖWE 1983 in: LEHR & THOMAE 1987: 39). Der Ansatz der differentiellen Gerontologie wurde dabei detailliert untersucht: unterschiedliche intraindividuelle Entwicklungen, die vom jeweiligen Bedingungssetting abhängig sind (Biografie, aktuelle Situation sowie Zukunftsperspektiven) (vgl. LEHR & THOMAE 1987: 40).

Die Theorien des erfolgreichen Alterns

Das „erfolgreiche Altern“, beschrieben als Herstellung des Gleichgewichts zwischen der Bedürfnislage der Individuen und den Anforderungen der jeweiligen Lebenslage. Nach LEHR (2003: 56ff) ein von HAVIGHURST 1963 als „innerer Zustand der Zufriedenheit und des Glücks umschrieben“, wobei möglicherweise der Übergang in ein höheres Alter eine Destabilisierung der inneren oder äußeren Situation auslöst und die Lebenszufriedenheit hierbei als Indikator für eine gelungene Anpassung an den Alternsprozess zu sehen ist. Die Regulierung des Ungleichgewichts wird als „normale“ Reaktion des Individuums betrachtet. Dem älteren Menschen werden dabei Kompetenzen zugeschrieben, die in keinem früheren Lebensalter in dieser Ausprägung vorhanden waren. Zum Erreichen eines Höchstmaßes an Zufriedenheit wurden unter anderem zwei diametral entgegengesetzte Theorien postuliert: Die AKTIVITÄTS-THEORIE und die DISENGAGEMENT-THEORIE.

AKTIVITÄTSTHEORIE

Die Aktivitätstheorie (HAVIGHURST, TARTLER) geht davon aus, dass „höhere Aktivität im höherem Lebensalter zu höherer subjektiver Lebenszufriedenheit und zu einer allgemein besseren Anpassung führt als geringere Aktivität“ (WAHL/HEYL 2004:149). Es handelt sich dabei eher um Verhaltensmuster, die den individuellen Lebensstil einer Person prägen,

als um allgemeine Verhaltensweisen (HAVIGHURST 1963 in: MARTIN 2000). Die körperlichen Aktivitäten, aber auch Rollenaktivitäten und kognitive Herausforderungen kompletieren das Aktivitätsspektrum. Somit wäre eine größtmögliche Bewahrung dieses Verhaltensrepertoires bis ins Alter eine gute Voraussetzung späteren Wohlbefindens. Vice versa würden Aktivitätsreduktionen beziehungsweise Rollenaufgaben oder Rollenverluste eine entsprechend negative Auswirkung zeitigen. Dies brachten ROWE und KAHN (1998) als Ergebnis ihrer Untersuchungen so auf den Punkt: „Use it or lose is a mental, not just a physical, phenomenon“ (MARTIN 2000:175).

DISENGAGEMENT-THEORIE

Die Disengagement-Theorie (CUMMING UND HENRY 1961) postuliert dagegen einen „mit Altern verknüpften Rückzug, insbesondere den Rückzug aus sozialen Kontakten bzw. sozialen Rollen“ (WAHL & HEYL 2004: 128f) mit folgenden Kernaussagen:

- Wechselseitige Beziehungsabbrüche alternder Menschen durch universelle Todeserwartung und Fähigkeitsverluste
- Interaktionsreduktion mit zunehmender Freiheit im Alltagsverhalten alter Menschen durch Wegfall der Normen konstituierenden Funktion sozialer Interaktionen
- Genderspezifika durch Unterschiede im Rollenverhalten
- Lebenslaufveränderungen mit Abnahme von Fähigkeiten und Kenntnissen sowie Entlassung aus dem Arbeitsleben und/oder aus gesellschaftlichen Rollen in den Ruherstand beim Erreichen von Alterngrenzen. Selbst- oder gesellschaftsinduziertes Disengagement
- Persönliche und besonders gesellschaftliche Erwartungen zum (Dis-)Engagement prägen die individuellen Verhaltensmuster
- Rollenaufgaben und damit einhergehende Sozialraumreduktionen führen zu krisenhaften Erfahrungen mit Lebenszufriedenheitseinbußen, bis dem Disengagement entsprechende Pendanten gefunden werden
- Endlichkeitsbewusstsein, Realisierung des reduzierten Sozialraums und Erschöpfung begünstigen Disengagement-Strategien
- Die quantitative Abnahme zentraler sozialer Rollen und Interaktionen ermöglicht einen Perspektivenwechseln zur Qualität mit positiven Beziehungsaspekten

- Disengagement ist ein interkulturelles Konzept, jedoch mit kulturspezifischen Ausprägungen (vgl. ebd.).

Der oben ausgeführte Disengagement-Ansatz formuliert quasi eine Passung zwischen individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnissen. Darüber hinaus auch eine zunehmende horizontale Solidarität (gegenseitige Unterstützung im Alter) bei gleichzeitiger Abnahme der vertikalen Solidarität (zwischen den Generationen). Die Disengagementtheorie schafft zudem eine Korrespondenz der individuellen Ebene mit der gesellschaftlichen sowie der biologischen (altersbedingte Funktionsverluste) Ebene mit der sozialpsychologischen (Rollen- und Interaktionsänderungen) und hat somit eine multidisziplinäre Ausrichtung. CUMMING und HENRY eigneten erstmals mit der Disengagement-Theorie dem Alter einen eigenen Sinngehalt zu (vgl. a.a.O.).

STRESSTHEORIEN

Die STRESSTHEORIEN beschreiben als Konzeptualisierung die Situation des älteren Menschen in einer durch mehrfache Belastungen gekennzeichneten Lage. LAMPRECHT (2003: 59) formulierte die Position der Stresstheorie folgendermaßen: „Diese Theorie von *Thomae* [(1968) die kognitive Persönlichkeitstheorie des Alterns, Anm. JC] kann in den Zusammenhang mit der kognitiven Stresstheorie gestellt werden, die *Lazarus* und *Cohen* (1976) auch auf Probleme der Anpassung an das Alter anwandten (*transaktionales Stressmodell*). Primäre und sekundäre Bewertungsprozesse in Reaktion auf die Stresssituationen haben als Informationsverarbeitungsvorgang eine Rückwirkung auf die Bewertung der eigenen Kompetenz. LAZARUS untersucht die kognitive Repräsentation nach erfahrenen Bedrohungen, Herausforderungen oder Verlusten [...]. Ungewissheit unterbindet direkte Aktion und steigert die Informationssuche. Extrem empfundene Bedrohung kann Panik auslösen, während die Überzeugung, der Situation gegenüber hilflos zu sein, totale Immobilisierung und Depression hervorrufen kann“ (ebd.).

SOZIALE KOMPETENZ

Das Konstrukt der SOZIALEN KOMPETENZ oder das KOMPETENZMODELL verdeutlicht als angemessener Index die Anpassung des älteren Menschen an seine Situation, als eigentlicher motivierender Faktor bei der Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Lebenssituation. THOMAE führt dazu aus, dass „Der Begriff ‚Kompetenz‘ in der sozialen Ge-

rontologie meist als Substitut für jenen der Intelligenz gebraucht [wird]. Die Ursprünge der ‚Kompetenztheorien des Verhaltens‘ sind jedoch in der Auseinandersetzung mit dem Anspruch homöostatischer Theorien auf generelle Gültigkeit zu suchen.“ Und weiter „[...] Ziel des Verhaltens sei danach nicht Ruhe und Ausgeglichenheit, sondern Erfahrung der eigenen Kompetenz im aktiven Umgang mit der Umwelt“ (LEHR/THOMAE 1987:178ff).

Nach KALBERMATTEN (2004: 121) bedeutet „Kompetenz“ eine Lebenshaltung, die bewusst Handlungsräume und Entwicklungspotenziale des Alters anwendet und sich mit den typischen Anforderungen – wie beispielsweise den Abbauprozessen im körperlichen Bereich und der Endlichkeit menschlichen Lebens – auseinandersetzt. Kompetenz ist dabei wertneutral und individuell zu verstehen, so dass beispielsweise auch die Grenzen einer Kompensation von Defiziten erkannt und akzeptiert werden können. WITTERSTÄTTER (2003: 46f) spricht vor allem von „Problemlösungskompetenz“, die viele Menschen im Alter durch mobilisiertes Erfahrungswissen gewinnen, nachdem die körperlichen Fähigkeiten abnehmen. Die Problemlösungsfähigkeit, so WITTERSTÄTTER, ist umso stärker ausgeprägt, je eher eine Verantwortungsübernahme im Erwachsenenalter für andere ausgeübt wurde (a.a.O.). WITTERSTÄTTER spricht von „Problemlöse-Kompetenz“, die den sich verringern den körperlichen Fähigkeiten durch „mobilisiertes Erfahrungswissen“ gegenübersteht (ebd.).

KONTINUITÄTSTHEORIE

Die KONTINUITÄTS-THEORIE nach ATCHLEY (1989) legt zugrunde, dass Menschen die Anwendung vertrauter, erinnelter Strukturen in vertrauter Umgebung als Anpassungsstrategien nutzen, wobei dazu die Bewahrung der eigenen Identität trotz äußerer Veränderungen unabdingbar ist (vgl. LEHR 2003). Es ist damit weder Starrheit noch Monotonie beim Übergang in ein höheres Lebensalter gemeint, sondern Kohärenz und Konsistenz in den Lebensmustern. Demnach bedeutet die Bewahrung internaler (Werte, Emotionen, kreatives Denken) und externaler (Rollen, Funktionen, soziokulturelle Bezüge) Kontinuität ein wichtiges Element zum guten Altern (vgl. WAHL/HEYL 2004: 149)

An dieser Stelle sollen die zitierten Theorien nicht weiter ausgeführt werden. Sie sollen lediglich mögliche Perspektiven oder Dimensionen verdeutlichen, die zum Alterungsprozess im gerontologischen Kontext diskutiert worden sind und weiterhin diskutiert werden.

Wurde „erfolgreiches Altern“ bislang eher auf die nachberufliche Phase fokussiert, soll im Folgenden Altern in der beruflichen Phase dargestellt werden.

3.2. Alter(n) in der Arbeitswelt

Nachdem sich die Arbeitsmarktsituation radikal verändert hat und der Fach- und Arbeitskräftemangel evident geworden ist (vgl. GFAH in PAHL 2007: 12), zeigt sich, dass sich die Personalstrategien der Betriebe bereits diesen neuen Situationen anpassen: SPORKET (2009a) konstatiert, dass „bis vor einiger Zeit noch, ein gesellschaftlicher Konsens zur Frühverrentung [herrschte] [NAEGELE 2004]“ und dass es „heute erklärtes Ziel [ist], ältere Menschen länger und in größerem Ausmaß als bisher in das Erwerbssystem zu integrieren“ (a.a.O.: 292).

Die bis vor kurzem noch gängige „Verjüngungs-Praxis“ der Unternehmen „hat nicht nur zu einer geringen Erwerbsbeteiligung älterer Menschen geführt, sondern darüber hinaus bereits existierende negative Altersbilder in der Arbeitswelt verfestigt. Ältere, so die simple wie demütigende Botschaft dieser Praxis, werden nicht mehr gebraucht [KRUSE/SCHMITT 2005; FILIPP/MAYER 2007; SPORKET 2009b]“ (ebd.: 293).

Ein Strategiewandel in den Unternehmen mit gezieltem Alternsmanagement steht vor einigen Herausforderungen: „Viele Beschäftigte erreichen das Rentenalter nicht in Arbeit – sie sind vorzeitig verschlissen und scheiden irgendwann in den besten Jahren gesundheitsbedingt aus dem Erwerbsleben aus. Verantwortlich dafür ist in aller Regel nicht das Alter selbst, sondern die Bedingungen, unter denen Arbeit jahrzehntelang verrichtet wurde. Nach wie vor werden viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einseitig und damit fehlbelastet. Das gilt für das Marathon-Sitzen vor dem Computerbildschirm ebenso wie für monotone Überwachungsaufgaben oder auch für eine Arbeit, zu der ständig schweres Heben und Tragen gehört. Wer immer das gleiche macht, wessen Arbeit keine Abwechslung bietet, wer ständig körperlich und geistig über- oder unterfordert ist, wird auf Dauer krank und das Rentenalter wahrscheinlich nicht in Erwerbstätigkeit erreichen“ (INQA 2011: 9).

Eine Studie zum Thema „Demographische Fitness“ (ADECCO 2005), in der 695 MitarbeiterInnen in 13 Betrieben befragt wurden, belegt, dass in den Unternehmen eine Tendenz

besteht, ältere MitarbeiterInnen schlechter einzuschätzen als jüngere. Diese negative Einschätzung entspricht nicht der Realität, wie die Studie nachwies: Es konnte kein direkter Zusammenhang zwischen Alter und Arbeitsbelastung hergeleitet werden, die Motivation war bei Jüngeren und Älteren gleich. Darüber hinaus ließ sich ein Anstieg der Arbeitszufriedenheit mit zunehmendem Alter nachweisen, ebenso die Verbundenheit mit dem Unternehmen (signifikante positive Korrelation).

Beim Übertragen der oben dargestellten gerontologischen Erkenntnisse auf die betriebliche Realität ist davon auszugehen, dass sich auch der Alterungsprozess der Belegschaft individuell und kontinuierlich entwickelt.

Der Perspektivenwechsel von defizitorientierten Modellen hin zu Kompetenzmodellen eröffnet neue Gestaltungsmöglichkeiten im Arbeitsleben: Würden ältere KollegInnen nicht mehr danach beurteilt, was sie nicht mehr können, sondern nach ihrem Potenzial und ihren Stärken, könnte es am ehesten gelingen deren Ressourcen zu aktivieren und durch die so gezeigte Wertschätzung voneinander zu profitieren.

Der Ansatz, Altern im Berufsleben als Entwicklungs- und Lernprozess zu verstehen, als eine aktive situative Auseinandersetzung des Individuums mit Anforderungen und Anregungen der jeweiligen (Arbeits-)Umwelt, kann im Hinblick auf das Defizitmodell als Paradigmenwechsel gesehen werden, mit der Chance für die Unternehmen, quasi als Nebeneffekt beziehungsweise mit betriebswirtschaftlicher Optimierungskomponente, gerade durch ältere MitarbeiterInnen Wettbewerbsvorteile hinzuzugewinnen (vgl. Mahlau 2005: 36ff). Lernfähigkeit, körperliche Belastbarkeit, Lernbereitschaft, Flexibilität und Kreativität kommt bei Jüngeren deutlicher zum Ausdruck, während Erfahrungswissen, Arbeitsmoral, -disziplin, Qualitätsbewusstsein und Loyalität mehr bei Älteren dominiert.

Bei den Kriterien Teamfähigkeit, psychische Belastbarkeit und theoretisches Wissen sind keine sehr großen Differenzen zwischen Alt und Jung erkennbar (vgl. INQA 2006).

PAHL (2007) formuliert erfolgreiches Altern im Beruf branchenneutral als »innerer Zustand der Zufriedenheit und des Glücks« und postuliert „wenn wir die einzelnen Lebensphasen als Chance begreifen, dann können wir ein Umfeld schaffen, das die Wertschätzung eines Menschen nicht anhand seines Alters bemisst, sondern an seinen Taten, Tugenden und Fähigkeiten. Diese Sichtweise fördert nicht nur die Beschäftigungsfähigkeit von älteren Menschen und damit unsere gesellschaftliche Zukunft, sondern auch die

Wertschätzung eines jeden Menschen“ (ebd.: 68). Diese Einstellung ist nur mit Alter(n)sbildern kompatibel, die ressourcen- und kompetenzorientiert sind. Wenn diese wertschätzende Einstellung Bestandteil einer Unternehmenskultur geworden ist, könnte dies wiederum auch die Motivation der Belegschaft (vor allem der älteren) steigern.

3.2.1. ARBEITSFÄHIGKEITSINDEX (WORK ABILITY INDEX: WAI)

Die Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen ist im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung im Allgemeinen und der Situation in der professionellen Pflege im Besonderen ein immer bedeutsamer werdender Parameter.

Anfang der 1990er Jahre gaben in einer finnischen Repräsentativstudie der Bevölkerung (Mini-Suomi study) 11% der Männer und 6% der Frauen zwischen 30 und 64 Jahren an, dass sie völlig arbeitsunfähig seien (vgl. ILMARINEN/TEMPEL 2001: 163). Eine parallel durchgeführte ärztliche Bewertung ergab fast identische Werte: circa 10% völlige Arbeitsunfähigkeit bei den Männern und 7% bei den Frauen. Weiterhin ermittelte die Studie eine eingeschränkte Arbeitsbewältigungsfähigkeit bei über 30% der Männer und 27% der Frauen. Aufgrund der sehr hohen Übereinstimmung zwischen der Selbstbewertung und der ärztlichen Expertise wurde auf dieser Datenbasis 1981 der Arbeitsbewältigungsindex (ABI) oder Work Ability Index (WAI) entwickelt: Ein Fragebogen, der sowohl für Forschungszwecke als auch für den Praxiseinsatz im betrieblichen Gesundheitsmanagement von Nicht-Medizinern anwendbar ist (vgl. a.a.O.).

Der in der vorliegenden Arbeit nicht weiter vertiefte Aspekt gesundheitlichen Kontexte, wie beispielsweise die Anwendung des Arbeitsbewältigungsindex, findet in der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA 2011) herausgebrachten Schrift „Why WAI“ große Beachtung. Der WAI ist dabei das zentrale Instrument: „Er besteht aus einem Fragebogen, der von den Beschäftigten selbst oder gemeinsam mit einer dritten Person, z.B. dem Betriebsarzt, bearbeitet wird. Im deutschsprachigen Raum wird der WAI auch als >Arbeitsfähigkeitsindex< oder >Arbeitsbewältigungsindex<, kurz >ABI< bezeichnet“ (vgl. a.a.O., ausführlich im Anhang 4).

Im Work Ability Index sind zwischen 7 und 49 Punkte erreichbar. WAI-Punkt-Werte von 7-27 gelten als „schlecht“, 28-36 als „moderat“ oder „mäßig“, 37-43 als „gut“ und 44-49

als „sehr gut“. Aus den ermittelten Werten lassen sich einzuleitende Maßnahmen ableiten, die darauf abzielen, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, zu unterstützen, zu verbessern oder unter Umständen wieder herzustellen (vgl. BAuA 2011: 10). „In zahlreichen multidisziplinären klinischen Längsschnittstudien ist der WAI in den 1980/90er in Finnland validiert worden. In einer 11 Jahre laufenden Follow-up-Studie bei über 6.000 finnischen Kommunalangestellten konnte z.B. belegt werden, dass der WAI ein geeignetes >Frühwarninstrument< für vorzeitigen Erwerbsausstieg sowie Sterblichkeit darstellt“ (ebd.: 13). Nach der Ermittlung des WAI können in vier Handlungsfeldern Aktivitäten abgeleitet werden, um die individuelle Arbeitsfähigkeit zu verbessern:

1. Individuelle Gesundheit
2. Belastungen, Beanspruchungen und Anforderungen bzgl. Arbeitsinhalten und Arbeitsumgebung (auch das soziale Arbeitsumfeld)
3. Ausbildung, Qualifikation und Weiterbildung
4. Arbeitsorganisation und Führung (vgl. BAuA 2011)

SIMON et al. (2005) kamen in der NEXT-Studie bezüglich des Arbeitsfähigkeitsindex zu folgenden Ergebnissen: „Der Arbeitsfähigkeitsindex liegt im Krankenhaus bei 38,3 (n=2.536), in ambulanten Diensten bei 36,8 (n=332) und in den Alten-/Pflegeheimen bei 36,4 (n=498)“; „[...] der Anteil derjenigen mit „schlechtem“ WAI [ist] in ambulanten Diensten und Alten-/Pflegeheimen mit 11% etwa doppelt so hoch wie in den Krankenhäusern mit 7%“ (a.a.O.: 45 und s. Abb. 5, vgl. HASSELHORN et al., undatiert).

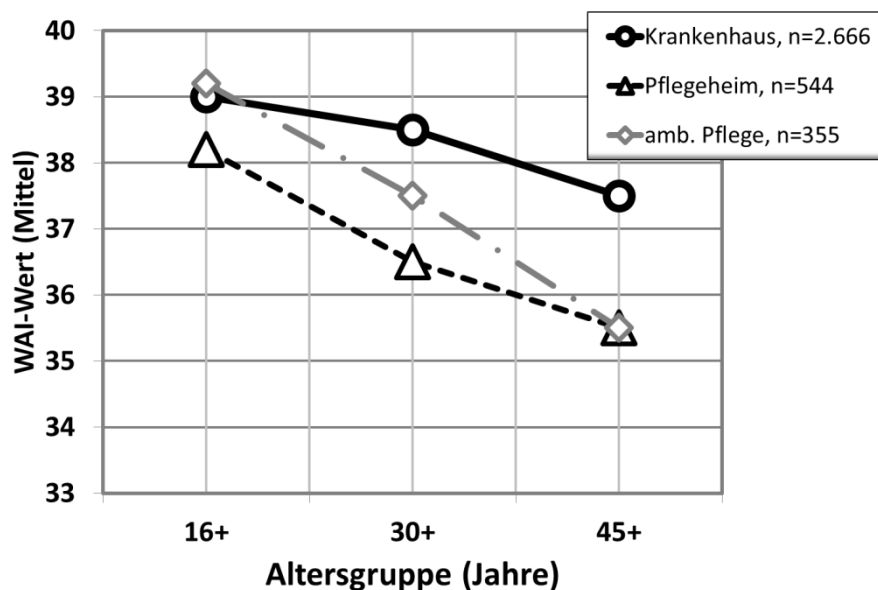


Abb. 4 WAI-Mittelwerte Pflegenden aus 75 Einrichtungen in Deutschland (Daten-Quelle: NEXT-Studie in: Hasselhorn et al., undatiert [höhere „n“ Werte als in SIMON et al. 2005])

Die WAI-Werte fallen im Alterscluster nach 35+ bis 45+ deutlich ab und liegen in den Bereichen Pflegeheime und ambulante Pflege erkennbar unter denen der Krankenhäuser. Dieses Phänomen korrespondiert nicht mit den Ergebnissen zum „erfolgreichen“ Altern der explorativen Studie des Autors, wobei zu beachten ist, dass die letztgenannte Erhebung etwa fünf Jahre später durchgeführt wurde und als reine qualitative Studie keinen Repräsentativcharakter aufweist. Darüber hinaus gibt es (noch) keine Hinweise auf eine positive Korrelation zwischen WAI und „erfolgreichem“ Altern.

Die Werte 36,4 - 38,3 liegen nicht weit auseinander und entsprechen einem „mäßig“ bis „gut“ und würden analog der BAuA 2010 Empfehlungen eine „Verbesserung“ oder „Unterstützung“ der Arbeitsfähigkeit in bis zu vier Handlungsfeldern erfordern: individuelle Gesundheit, Arbeitsinhalt und -umgebung, professionelle Kompetenz und Arbeitsorganisation und Führung. Die Autoren der NEXT-Studie fanden deutliche Zusammenhänge zwischen der Arbeitsfähigkeit und Burnout ($r = -0,57$, $p < 0,01$), dem Konflikt zwischen Arbeit und Familie ($r = -0,35$, $p < 0,01$) sowie der Absicht, den Beruf zu verlassen ($r = -0,31$, $p < 0,01$) (vgl. ebd.).

Im internationalen Vergleich der NEXT-Basiserhebung (2002/2003) waren die WAI-Werte Pfleger aller Altersgruppen in Polen, Frankreich und Deutschland am niedrigsten, wohingegen in Norwegen und in den Niederlanden die höchsten Werte ermittelt wurden. In Finnland, mit dem höchsten Anteil älterer Pfleger ($> 30\%$ > 50 Jahre alt), war zwar der WAI eher im Mittelfeld, dennoch war die Arbeitszufriedenheit hoch und der Aufstiegswunsch aus dem Beruf eher selten. Ursächlich könnte dies auf ein Pro-Alter(n)-Arbeitsklima zurückzuführen sein – möglicherweise gefördert durch ein entsprechendes Programm der 1990er Jahre, „FinnAge – respekt for the ageing“ (vgl. ebd.: 28f sowie ILMARINEN/TEMPEL 2001).

In anderen Berufsgruppen mit vorwiegend psychischen Belastungen fanden SEIBT/SPITZER (2007) WAI-Werte von 37,6 ($\pm 6,9$) bei Lehrerinnen und 40,9 ($\pm 4,1$) bei Bürofachkräften. Neben dem WAI wurden als arbeitsbezogene Faktoren berufsanamnestische Daten, Arbeitsintensität, Tätigkeitsspielraum und Effort-Reward-Imbalance und personenbezogene Faktoren wie Erholungsfähigkeit, Lebensgewohnheiten sowie der gesundheitliche Zustand eruiert. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass hohes Bildungsniveau und anspruchsvolle berufliche Tätigkeit einen förderlichen Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit haben, wobei jedoch bei der signifikant niedrigeren WAI-Differenz bei Lehrerinnen von einer 1,6fach höheren Wahrscheinlichkeit für verminderte Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (vgl. ebd.).

Pflegende und Lehrerinnen befinden sich demnach auf einem vergleichbaren WAI-Niveau mit 36,4 - 38,3 beziehungsweise 37,6 Punkten, so dass in beiden Berufsgruppen mit einem gesundheitsbedingten vorzeitigen Ausscheiden gerechnet werden muss.

3.3. Alter(n) in den Pflegeberufen

In Unterschied zu den meisten anderen Branchen ist in den Pflegeberufen der Frauenanteil besonders hoch. Nach GOESMANN/NÖLLE (2009) beträgt er im Krankenhausbereich 86%, in Pflegeheimen 85% und in den ambulanten Pflegediensten fast 90%. Die Autorinnen berichten dabei über deutliche Ungleichheiten in den Verdienststrukturen zwischen AltenpflegerInnen und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie zwischen Männern und Frauen: Vollzeitbeschäftigte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen haben demnach im Durchschnitt ein um 12,2% höheres monatliches Bruttogehalt als die KollegInnen in der Altenpflege. In der Krankenpflege verdienen die Frauen 11% weniger als ihre Kollegen; in der Altenpflege wurde eine Differenz von 12,7% gefunden (angegebene Datenquelle: Destatis 2007).

Ein weiteres bedeutsames Thema, das schon aus der NEXT-Studie bekannt ist, ist die mangelnde Wertschätzung der Pflegepersonen (vgl. SIMON et al. 2005). GOESMANN/NÖLLE (2009) verweisen auf den Zusammenhang zwischen dem Ansehen eines Berufes und der geschlechtsspezifischen Beschäftigungsstruktur (Pflegeberufe mit einer Frauen-Quoten von > 80%), der inzwischen als erwiesen dargestellt wird (ebd. mit Hinweis auf TEUBNER 2004: 433 und WETTERER 2002: 79f). Die Autorinnen schlussfolgern, dass »der Einfluss der Variablen „Arbeitgeber“ auf den Berufsausstieg von Pflegekräften nachgewiesen [ist]« und dass »eine Einrichtung, die ihr Personal wertschätzt und es halten will [...] gut Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen [schafft]« (a.a.O.).

Die Szenarien in den Pflegeberufen sind heute geprägt von personellen Engpässen und hohen physischen und psychischen Belastungen. „Insbesondere ältere Pflegekräfte können [...] dem geforderten Tempo kaum noch standhalten. Im Gefolge dessen steigen seit

Jahren die gesundheitsbedingten Frühberentungsquoten beim Pflegepersonal an und haben – bei Krankenschwestern – mittlerweile die 40-%-Marke überschritten. [...] Es ist nicht verfehlt, von einem Phänomen des kollektiven Burnout zu sprechen“ (HIEN 2009: 32-33). Den durchschnittlich 11,8 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) aller Berufsgruppen stehen nach GOESMANN/NÖLLE (2009) 14,6 AU-Tage der Pflegeberufe gegenüber.

Dennoch, und das zeigte auch die empirische Untersuchung des Autors (siehe Kapitel 4), gibt es Pflegende, die in diesem Setting engagiert und zufrieden altern können. Entsprechende Hinweise fanden sich auch in den repräsentativen Befragungen im Auftrag des Deutschen Gewerkschaftsbundes (2007-2008), die von der TNS-Infratest Sozialforschung durchgeführt und fachlich vom Internationalen Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES) begleitet wurden (Abb. 4; vgl. VERDI 2008a,b).

Dabei wurden die Angaben der Berufsgruppen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (GKP, N=467) und AltenpflegerInnen (AP, N=166) mit anderen abhängig Beschäftigten in Deutschland (Vergleich D, N=13.174) verglichen. Lediglich 7% der befragten GKP vergaben ein „gut“ für ihre Arbeit(ssituation). Damit waren die Arbeitsbedingungen, wie umfassende Entwicklungs- und Einflussmöglichkeiten, gute soziale Beziehungen, eine berufliche Zukunftssicherheit, nicht belastende Arbeitsanforderungen sowie die Einkom-

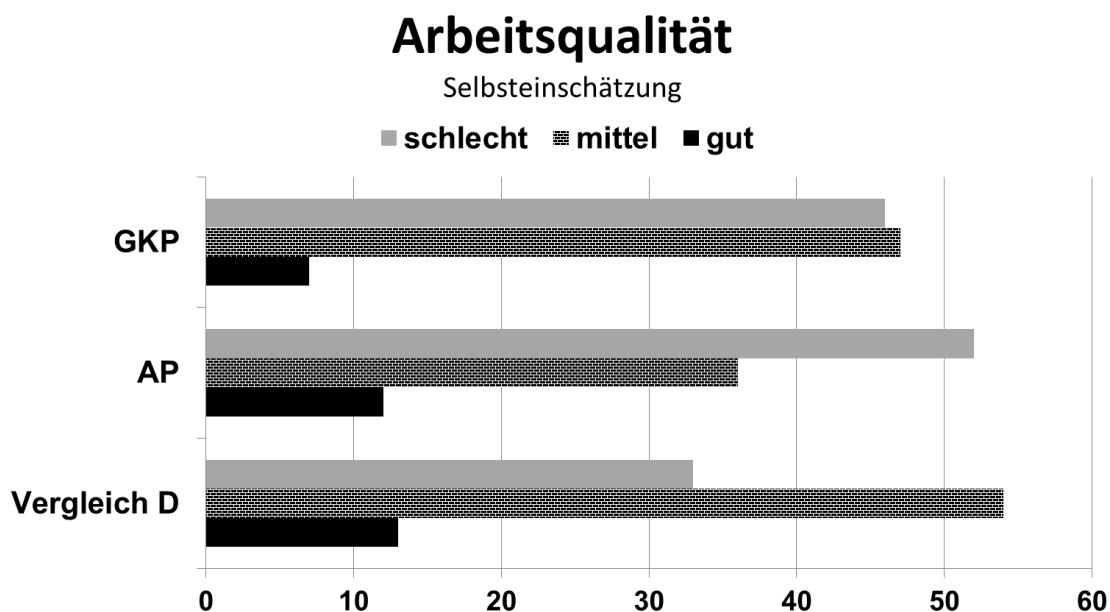


Abb. 5: Arbeitsqualität (eigene Darstellung und Verdi 2008 a,b)

mensbedingungen gemeint. In der Gruppe der AP war dieser Anteil mit 12% deutlich

höher und entsprach damit fast dem Rest der übrigen Beschäftigten, hier lag die Quote bei 13%. Eine „schlechte“ Einschätzung der Arbeit(ssituation) artikulierten 46% der GKP und 52% der AP. Damit lagen beide Berufsgruppen deutlich über der übrigen Beschäftigten, die „schlecht“ zu 33% vergaben.

Obzwar diese Ergebnisse sehr ernüchternd klingen – 88% respektive 93% schätzen ihre Arbeitsqualität lediglich „mittel“ oder sogar „schlecht“ ein – sind 7% (GKP) beziehungsweise 12% (AP) dennoch ein deutlicher Hinweis, dass zumindest einige professionell Pflegende durchaus auch positive Erfahrungen in ihrer Arbeitssituation machen.

Es wäre möglicherweise erhellend diese Gruppe genauer zu analysieren, um gegebenenfalls daraus weitere Strategien zu entwickeln.

Die Einschätzung „schlecht“ in beiden Berufsgruppen ist jedoch alarmierend hoch im Vergleich zur Votierung anderer Beschäftigter, so dass aus diesem Trend bereits großer Handlungsbedarf der Arbeitgeber, Ausbilder, Berufsverbände und Politiker abgeleitet werden kann, um einerseits eine weitere Abwanderung der Pflegenden aus dem Beruf zu verhindern und um andererseits potenzielle Nachwuchskräfte zu akquirieren.

3.4. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns Selektion, Optimierung, Kompensation – SOK

Nach dem von Paul und Margret BALTES entwickelten SOK-Modell (**S**elektion, **O**ptimierung, **K**ompensation) kann der Einzelne selbst zu seinem gelingenden Altern beitragen, wenn er die Strategie der Optimierung durch Selektion und Kompensation anzuwenden weiß. Alternde Menschen erzielen eher weiterhin zufriedenstellende Ergebnisse (Optimierung), wenn sie sich auf bestimmte Lebensbereiche konzentrieren (Selektion) und sich diesen intensiv widmen, wobei in anderen Bereichen eventuell Unterstützung notwendig werden kann (Kompensation), wenn diese nicht mehr vollständig bewältigt werden können (vgl. BALTES/BALTES 1989).

Ein Paradebeispiel dieser Konzeption: Der bereits betagte Arthur Rubinstein (1887-1982) wurde in einem Interview gefragt, wie es ihm gelinge, ein noch immer hervorragender Pianist zu sein. Als Erklärung gab er an, sein Repertoire verringert zu haben »Selektion«,

die Auswahl intensiver zu üben als früher »Optimierung« und vor besonders schnellen Passagen ein leichtes Ritardando einzuführen; der Kontrast lasse das Nachfolgende schneller wirken »Kompensation« (vgl. ebd.).

Im beruflichen Kontext zeigt ein Beispiel bezüglich Kompensation, wie ältere MitarbeiterInnen – hier Maschinen schreibende Sekretärinnen (SALTHOUSE 1985) – ihre nachlassende Schreibgeschwindigkeit etwa durch Vorauslesen des zu tippenden Textes ausgleichen konnten (vgl. BALTES/BALTES 1989).

Bereits 1964 wurde „erfolgreiches Altern“ von WILLIAMS/WIRTHS als psychologisches Konzept beschrieben und detailliert durch BALTES/BALTES (1989) der Fachöffentlichkeit vorgestellt: Die Autoren vermuten zur Erfassung der Komplexität „erfolgreichen Alterns“ neben der puren Lebensdauer eine Vielfalt weiterer Kriterien wie psychische und physische Gesundheit, psychosoziales Bewirkungsvermögen, Handlungskontrolle und Lebenszufriedenheit. Subjektive Kriterien wie Maßstäbe für Lebenszufriedenheit, das Selbstkonzept, das Selbstwertgefühl und die Kontrollwahrnehmung sind dabei ebenso von Bedeutung wie Plastizität, Anpassungs- und Kompensationsfähigkeit. Als ergänzende objektive Kriterien werden normative Setzung eines Idealzustandes und Adaptivität postuliert. Gegen die normative Setzung sprechen die Prämissen von „Normalbiografien“ in „genormten Gesellschaften“, die nie allen sozialen Schichten gerecht werden können (Akzentuierung der Prioritäten und Werte der Mittel- und Oberschicht). Adaptivität, Anpassungsfähigkeit oder Verhaltensplastizität sind dagegen nicht durch Prämissen festgelegt, so dass individuelle Indikatoren wie Denken, Erinnern und Stressbewältigung zur Verfügung stehen.

Zusammenfassend kann hier „erfolgreiches Altern“ als die Synthese objektiver Aspekte der medizinischen, psychologischen und sozialen Stabilität mit subjektiven Aspekten wie Lebensqualität und Lebenssinn definiert werden. BALTES/BALTES (1989) formulieren sechs Thesen für das Konzept des erfolgreichen Alterns:

1. Normales, optimales und krankes Altern
2. Heterogenität (individuelle Variabilität) des Alterns
3. Ausgeprägte „stille Reserve“ (Plastizität)
4. Altersbedingte Verluste in der Nähe der Leistungsreservegrenzen
5. Zunehmend negative Bilanz von Entwicklungsgewinn und -verlust

6. Intaktes Selbstbild bis ins hohe Alter

- ad 1) Normal im Sinne von gesund; optimal als Utopie unter entwicklungsfördernden und altersfreundlichen Bedingungen; krank nach medizinischer Definition.
- ad 2) Große interindividuelle Variabilität als individueller und differenzieller Prozess im geistig-seelischen Bereich, Verhaltens- und Sozialbereich mit dem biologischen und kulturellen „genetischen Hintergrund“ und ausgeprägter „phänotypischer“ Individualität und Variabilität.
- ad 3) Ausgeprägte Plastizität (Selbsthilfe, Sozialverhalten, Kontrollwahrnehmung und Intelligenz) mit Kapazitätsreserven (mit ungenutztem, entwicklungsfähigem Leistungspotenzial) sowie Mobilisationsmöglichkeiten für Reserven adaptiver Fähigkeiten (Erwerb, Aufrechterhaltung und Transformation von Expertenwissen im späten Berufsleben).
- ad 4) Besonders bei zeitkritischen Informationsverarbeitungen lässt sich ein altersbedingter Potenzialabfall nachweisen (SALTHOUSE 1985) – vermutlich sind die kognitiven Kapazitätsreserven altersbegrenzt.
- ad 5) Entwicklung bedeutet Gewinn und Verlust sowie adaptive Spezialisierung. Im Alter verändern sich die Adaptionfähigkeiten negativ, so dass sich auch die „Bilanz“ aufgrund der begrenzten Kapazitätsreserven zum Negativen entwickelt.
- ad 6) Multiple Selbstbilder zur Anpassung an unterschiedliche Lebenslagen, die Veränderung von Zielen und Anspruchsniveaus sowie der soziale Vergleich bewirken im Laufe des Lebens eine Anpassung an neue Ziele und Erwartungen und führen zu einer korrigierten Neueinschätzung der Lebenssituation und des Selbst.

Strategien um Altern erfolgreich zu gestalten beinhalten demnach eine gesunde Lebensführung (Krankheitsprophylaxe); die Stärkung der Kapazitätsreserven durch Weiterbildung, gesundheitsorientiertes Verhalten, Bildung und Pflege sozialer Netzwerke; die Anpassung an die „objektive“ Realität mit der Akzeptanz von Verlusten; ein gesellschaftlicher Gesamtprozess mit Berücksichtigung der interindividuellen Heterogenität und Variabilität.

Am Beispiel der Intelligenzforschung werden im Kontext zum Altern differenzierte Entwicklungen beschrieben. So wird als „allgemeines Merkmal lebenslanger Entwicklung [..]

eine altersabhängige zunehmende Spezialisierung (Selektion) der motivationalen und kognitiven Ressourcen und Fertigkeiten [postuliert]“ (BALTES/BALTES 1989). Zwei Hauptmerkmale beziehungsweise Systeme konnten dazu identifiziert werden, die sich gegenseitig beeinflussen: Die „fluide“ Mechanik (weitgehend wissensunabhängig) und die „kristalline“ Pragmatik (wissensassoziiert) der Intelligenz. Vergleichbar mit Hardware und Software der Computertechnologie. Die Mechanik – Effizienz von Intelligenz und Gedächtnis – unterliegt möglicherweise altersbedingter Effizienz- und Geschwindigkeitseinbußen, wohingegen die Pragmatik – spezielle Denkstrategien und konkrete Wissenssysteme – stabil bleibt und sich darüber hinaus noch weiter entwickeln kann (vgl. a.a.O.).

In ihrer Zusammenfassung verweisen die Autoren BALTES/BALTES (1989) auf die konstituierende Charakteristik des SOK-Modells und damit auf die Gültigkeit für jede Lebensphase, betonen aber seine besondere Bedeutung für die späte Lebensphase und unterstreichen den eigenen Beitrag zum erfolgreichen Altern.

3.5. Das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC)

Verstehbarkeit, Handhabbarkeit (Bewältigbarkeit) und Sinnhaftigkeit (Bedeutsamkeit)

Als Erfolgsmodell im (pflege)beruflichen Altern ist ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl (sense of coherence: SOC) aus ANTONOVSKYS ([1987]1997) salutogenetischem Ansatz ableitbar: Die drei zugrundeliegenden zentralen Komponenten „Verstehbarkeit“ (comprehensibility), „Handhabbarkeit“ (manageability) und „Bedeutsamkeit“ beziehungsweise Sinnhaftigkeit (meaningfulness) eignen sich zur Analyse beruflicher Kontexte und identifizieren dort möglicherweise Strategien für „erfolgreiches Altern“.

ANTONOVSKY definiert „Verstehbarkeit“ als das „Ausmaß, in welchem man interne [...] und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information“ (a.a.O.: 34). Der Autor führt aus, dass Personen mit stark ausgeprägter „Verstehbarkeit“ künftige Stimuli vorhersehen oder überraschend auftretende (auch unerwünschte wie Versagen oder Kriege) zumindest einordnen und erklären können.

Die Komponente „Handhabbarkeit“ ist „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, daß man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen“ (ebd.:

35). Diese Ressourcen unterstehen entweder der eigenen Kontrolle oder der von Vertrauenspersonen (Ehepartner, Kollegen usw.). Sie ermöglichen es, die jeweiligen Situationen zu bewältigen.

Die „Bedeutsamkeit“ schließlich repräsentiert das „motivationale Element“. Personen mit einem starken SOC benannten dazu die ihnen wichtigen Lebensbereiche, „die ihnen sehr am Herzen lagen“, die „Sinn machten“ (kognitiv und emotional). Anforderungen und Probleme in diesen Bereichen wurden eher als Herausforderungen gesehen, für die man sich einsetzt und verpflichtet fühlt. (vgl. ebd.).

ANTONOVSKY (1997; 1987) fasst das Kohärenzgefühl (SOC) als „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, [so zusammen] daß

1. Die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. Einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. Diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (a.a.O.: 36).

Die Ausprägungen der Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Bedeutsamkeit“ sind dabei sehr verschieden, so dass in ihrem Zusammenwirken unterschiedliche Konstellationen entstehen. Aus der dynamischen Wechselbeziehung zueinander und der jeweiligen Ausprägung der drei Komponenten hat ANTONOVSKY acht Typen differenziert beschrieben, die sich bezüglich einer Vorhersage charakteristisch verhalten:

Typus	SOC-Komponente			Vorhersage
	Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Bedeutsamkeit	
1	hoch	hoch	hoch	stabil
2	niedrig	hoch	hoch	selten
3	hoch	niedrig	hoch	Veränderung nach oben
4	niedrig	niedrig	hoch	Veränderung nach oben
5	hoch	hoch	niedrig	Veränderung nach unten
6	hoch	niedrig	niedrig	Veränderung nach unten
7	niedrig	hoch	niedrig	selten
8	niedrig	niedrig	niedrig	stabil

Tab. 4: SOC-Kombinationen und Vorhersagen (Quelle: ANTONOVSKY 1997: 37)

Die Typen 1 und 8 sind aufgrund identischer Ausprägung stabil: Es wird entweder alles verstanden und sämtliche zur Verfügung stehenden Ressourcen werden bei höchster Motivation genutzt oder das genaue Gegenteil ist der Fall. Eine Motivation zur Veränderung fehlt.

Die Typen 2 und 7 werden als selten eingestuft, da für die Handhabbarkeit ein Mindestmaß an Verstehbarkeit notwendig erscheint.

Die Typen 3 bis 6, mit Veränderungspotenzial, lassen den zentralen Stellenwert der Komponente „Bedeutsamkeit“ erkennen: Hohe Werte in diesem Bereich nehmen steigenden Einfluss auf niedrige Werte bei den anderen beiden Komponenten; vice versa: Ein geringes Interesse ist nicht dazu in der Lage, die Handhabbarkeit oder die Verstehbarkeit zu optimieren (vgl. a.a.O.).

ANTONOVSKY (1997) fand auch Konstellationen starker SOC-Ausprägungen bei begrenztem Kohärenz-Horizont und schloss daraus, dass bestimmten Lebensbereichen individuelle Bedeutung beigemessen wird mit bewusstem Verzicht auf eine Globalperspektive, jedoch mit Berücksichtigung der eigenen Gefühle, der unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, der wichtigsten eigenen Tätigkeit sowie existentieller Fragen (Tod, Scheitern, Konflikte, Fehler, Isolation). Im beruflichen Kontext scheint hier erheblich, dass über ein starkes Kohärenzgefühl auch dann verfügt werden könnte, wenn die Arbeit zwar keine Freude bereitet, ihr aber eine wichtige Bedeutung beigemessen wird.

Die Stressorvariable „Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt“ (a.a.O.: 43), wird mit übergeordneten generalisierten Widerstandsressourcen/-Widerstandsdefiziten (generalized resistance resource - generalized resistance deficit [GRR-GRD]) in Zusammenhang gebracht. Reduzierte GRR können demnach zu einem Stressor werden, im Sinne von Inkonsistenz, Unter-/Überforderung und fehlender Teilhabe an Entscheidungsprozessen. Als Stressoren am Arbeitsplatz konnten die vier Subkategorien hoher Arbeitsdruck, starke Kontrolle durch Vorgesetzte, fehlende Autonomie und fehlende Klarheit durch die Forschungen von BILLINGS und MOSS (1982) identifiziert werden. Als Ressourcen wurden „Berufsinvolviertheit, Zusammenhalt unter den Kollegen und Unterstützung durch Vorgesetzte“ gefunden. Es konnte ein positiver beziehungsweise negativer Zusammenhang der Stressoren oder der Ressourcen auf das persönliche Funktionieren belegt werden – „darüber hinaus federn

die Ressourcen die Wucht der Arbeitsstressoren ab“ (ANTONOVSKY 1997: 46). SIMON (2005) kommt in der Auswertung der NEXT-Studie bezüglich der fehlenden Autonomie in den Pflegeberufen zu einem ähnlichen Ergebnis: „Personen, die in der Befragung niedrige Werte für *Einfluss bei der Arbeit* hatten [...], wollten deutlich häufiger die Pflege verlassen (jede/r Dritte)“ (SIMON et al. 2005: 23).

3.6. Generativität und Kreativität

Generativität als Bedürfnis, noch über das eigene Leben hinaus auf familiärer und gesellschaftlicher Ebene zu wirken, stellt KRUSE (2011) als „interpersonales Konzept“ dar, als „Passung zwischen Person und sozialem Umfeld oder zwischen Person und Gesellschaft“ (a.a.O.: 156). Möglicherweise lassen sich bereits in der beruflichen Phase bei älteren MitarbeiterInnen in der Pflege generative Ansätze erkennen, in dem Sinne, dass die Weitergabe von Erfahrungswissen für einige Pflegenden einen sehr hohen persönlichen Stellenwert hat, wenn das Ende ihrer professionellen Tätigkeit und damit das Ausscheiden aus dem Beruf bevorsteht. Dieser Aspekt wurde in der vorliegenden Arbeit aufmerksam untersucht, weil gelingende intergenerative Dialoge bedeutende Komponenten zum erfolgreichen Altern im Beruf sein könnten. Wissen- und Erfahrungsweitergabe an jüngere KollegInnen, die Interesse zeigen und damit auch ihre Wertschätzung gegenüber den älteren zu Ausdruck bringen, würde somit über die rein funktionale Ebene hinaus sinnstiftend den beruflichen Ausklang bereichern.

Darüber hinaus können in der Dyade Pflegenden/Zu-Pflegenden wechselseitige generative Konstellationen auftreten, insbesondere bei sehr lang bestehenden Beziehungen, wie beispielsweise in Pflegeheimen. Die seelisch-geistige und sozialkommunikative Kompetenzzunahme älterer Pflegenden (vgl. ebd., EXPERTENKOMMISSION 2005, KRUSE 2009 sowie POHLMANN 2005) ist eine bedeutsame Komponente generatives Agierens sowohl in der Arbeit mit PflegeempfängerInnen als auch innerhalb des Kollegiums zu ermöglichen, sodass diese Aspekte vom Autor in der Interviewanalyse berücksichtigt worden sind.

Andererseits muss Generativität als Erfahrungs- und Wissensweitergabe in den Pflegeberufen auch immer kritisch hinterfragt werden. So wurden in der Vergangenheit auch Irrwege beschritten, indem Mythen und unsinnige Rituale tradiert wurden, bevor pflege-

wissenschaftliche Erkenntnisse Klarheit brachten. Ein inzwischen sehr bekanntes Paradebeispiel war ein „Standard“ der Dekubitusprophylaxe durch Eisen und Föhnen, die bis weit in die 1990er Jahre praktiziert wurde. Gezielte Untersuchungen wiesen nach, dass diese Methode nicht nur ineffizient war, sondern sogar Schäden anrichten konnte (vgl. SCHLÖMER 2000).

Systematische Pflegeforschung hat in Deutschland noch keine lange Tradition: In West-Deutschland begann in den 1990er Jahren die Akademisierung der Pflege mit der Einführung eines pflegewissenschaftlichen Regelstudiums an der Osnabrücker Fachhochschule und Universität (vgl. ROBERT-BOSCH-STIFTUNG 1996). Erst mit dieser Entwicklung wurde es möglich, Pflege in Deutschland wissenschaftlich fundiert zu erforschen und tradiertes Erfahrungswissen zu untersuchen und zu begründen, beziehungsweise, wie an dem o.a. Beispiel gezeigt, zu korrigieren.

Pflegende in Führungsfunktionen benötigen in der Personalentwicklung älterer MitarbeiterInnen häufig kreative Lösungen, um die KollegInnen analog ihrer jeweiligen Stärken in speziellen Arbeitsfeldern einzusetzen. Die zentralen Voraussetzungen für Kreativität sind dabei „Fähigkeiten und Fertigkeiten der Wahrnehmung, Problemdefinition, Einsicht, Induktion, Bildung von Analogien und ungewöhnlichen Assoziationen, der Bewertung von Ideen und [...] [der] Organisation von Wissenssystemen“ (KRUSE/SCHMITT 2011: 16).

Kreative Potenziale finden sich idealerweise auf allen Hierarchieebenen. Das Ausmaß der Realisierung ist dabei abhängig von der Bereitschaft des jeweiligen Unternehmens und der Fähigkeit zur Artikulierung und Argumentation des Impulsgebers/der Impulsgeberin, wie die vorliegende Arbeit belegt.

Offenheit, nach KRUSE (2011) die „bejahende Einstellung zu Welt und Mensch“ als „Fähigkeit und Bereitschaft [...] sich von der Welt berühren, beeindruckt, ergreifen zu lassen [...] Verantwortung für diese zu übernehmen [...]“ (a.a.O.: 153) und Plastizität als „Eigendisposition mit aller inneren Aktivität“ (STERN (1923) in KRUSE 2011: 154) lassen sich möglicherweise auch im Kontext des beruflichen Alterns erkennen.

Das Engagement älterer MitarbeiterInnen bei der aktiven Mitgestaltung kreativer Veränderungen von Arbeitssituationen und -prozessen ist umso größer, je höher die Akzeptanz und Wertschätzung wahrgenommen wird, die ihnen entgegengebracht wird. Werden ältere KollegInnen dagegen mehr als störend oder primäre Belastung empfunden, wird ihr

Engagement und damit ihre Kreativität vermutlich verkümmern. Dieses Phänomen wurde von KRUSE & SCHMITT (2011) beim Engagement älterer Menschen in der Gesellschaft beschrieben (vgl. KRUSE/SCHMITT 2011: 40f). Die Interviews wurden vom Autor explizit auch auf diese Aspekte hin analysiert.

Wird MitarbeiterInnen kein Raum zur Verwirklichung ihrer Potenziale geschaffen oder gelassen, ist als Konsequenz ein Berufsausstieg oder ein Burn-Out Syndrom vorstellbar.

3.6.1. DIE SALIENZ DER GENERATIVITÄT IN DER PFLEGE

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend führt in seiner Schrift „Generationenbeziehungen – Herausforderungen und Potenziale“ aus, dass Generationsbeziehungen auf der Bereitschaft und Fähigkeit basieren, Familien zu gründen und Verantwortung für die Kinder zu übernehmen. Diese Bereitschaft entspricht dem menschlichen Bedürfnis nach Generativität, wobei über die eigene Existenz hinaus das „soziokulturelle Erbe“ tradiert wird, „insbesondere in Form von als tragfähig erkannten Wissensbeständen und Werthaltungen, die das Leben der Einzelnen und des Gemeinwesens sichern [...]. Dazu gehört, dass der Zeithorizont der erlebten Verantwortlichkeit die Lebensspanne des Einzelnen überdauert und wegen seiner Einbettung in das gesellschaftliche Leben die Belange der Mitmenschen zeitgleich einschließt. [...] Generativität schließt diese Verpflichtung für jede Einzelne und jeden Einzelnen wie auch für soziale Institutionen und das Gemeinwesen insgesamt ein.“ (BMFSFJ 2012: 6f).

Bezogen auf die Arbeitswelt, beziehungsweise auf das Berufsleben, wären Analogien vorstellbar. Besonders Erfahrungswissen und soziale Kompetenzen älterer MitarbeiterInnen (siehe dazu 2.2.1. „Kompetenzen und Potenziale älterer MitarbeiterInnen“) wären als „tragfähig erkannte Wissensbestände“ beziehungsweise „Wertehaltungen“ im oben angeführten Sinne bedeutsame individuelle Inhalte, die durch die Möglichkeit der Weitergabe an jüngere KollegInnen dem Generativitätsaspekt sehr präzise entsprechen und somit einen herausragenden Beitrag zur Zufriedenheit und damit zum erfolgreichen Altern im Beruf leisten könnten.

Analog der Theorie der Persönlichkeitsentwicklung, die von Erik Homburger ERIKSON (1902-1994) als lebenslanger Prozess formuliert wurde, wobei Lebenskrisen zu bewäl-

tigen sind, um „erfolgreich“ zu altern, stellt die Generativität eine typische Herausforderung im mittleren Erwachsenenalter dar (vgl. WAHL / HEYL 2004:105-106 sowie SCHMIDT 2012:11ff). Neben der „Sorge für die eigenen Kinder [ist auch] [...] die Sorge für nachfolgende Generationen [gemeint]“ (ebd.). Diesem mittleren Erwachsenenalter entspricht in der vorliegenden Arbeit die Kohorte der älteren Pflegenden, die in den Interviews einerseits sehr häufig ihre Verantwortung bei der Wissens- und Erfahrungsweitergabe an jüngere KollegInnen artikulierten sowie andererseits ihre ausgeprägte Empathie zu den älteren PatientInnen oder BewohnerInnen.

Neben Empathie, Sozialkompetenz und Kreativität war die Salienz der Generativität erst in der späteren inhaltlichen Analyse der Interviews deutlich geworden. Sie scheint auch im Arbeitsleben bei der überwiegenden Mehrheit der Befragten ein Grundbedürfnis darzustellen, das für erfolgreiches berufliches Altern möglicherweise konstitutiv ist. Generativität wird nach dem Verständnis von McADAMS und ST. AUBIN (1992) auf vier Ebenen evident (s. Abb.):

1. Motivationsebene

Individuelle Anliegen und Bedürfnisse (Wunsch nach symbolischer Unsterblichkeit, Wunsch von andern gebraucht zu werden) sowie kulturelle Anforderungen (soziale Rollen und Normen)

2. Gedanken und Pläne

Verbundenheit mit nachfolgenden Generationen, Ausmaß erlebter Verpflichtung (im Sinne relevanter Ziele und Entscheidungen) und allgemeine Meinungen/Überzeugungen (bezogen auf menschliches Zusammenleben)

3. Verhalten / erbrachte Leistung

4. Sinnebene

Relevante Erfahrungen, Bewertungen und Erwartungen konstituieren als Generativitätsskript teilweise die narrative Identität des Individuums (vgl. KRUSE et al. 2012: 45)

In der vorliegenden Untersuchung konnten diese Ebenen bei den älteren MitarbeiterInnen sehr gut identifiziert werden, wobei die Akzentuierung der einzelnen Bereiche individuelle Unterschiede zeigte. Wenn der Wunsch gebraucht zu werden mit der Erfahrung entgegengebrachter Wertschätzung (durch das Kollegium) übereinstimmte, konnte eine besonders hohe Motivation generativer Aspekte berichtet werden und vice versa, im Sinne von Wissens- und Erfahrungstransfer an jüngere KollegInnen. Führungspersonen und MitarbeiterInnen mit einer langen Betriebszugehörigkeit vermittelten häufig Pflichtbewusstsein und Verantwortlichkeit für ein hohes Qualitätsniveau ihrer Arbeit und ihrer Leistungsbereitschaft. Diese Pflegepersonen waren sich ihrer Vorbildfunktion für die nächste Generation (für das jüngere Kollegium) bewusst und brachten das auch in den Interviews zum Ausdruck.

Generativität	Motivation → entgegengebrachte Wertschätzung
	Gedanken und Pläne → Kreativität
	Verhalten / erbrachte Leistung → Wissenstransfer an Jüngere
	Sinn → Vorbildfunktion

Abb. 6: Die Ebenen der Generativität und ihre Entsprechung (→) bei älteren Pflegenden

4. Empirische Untersuchung zum erfolgreichen Altern im Pflegeberuf

Die Definition für »Gerontologie« von BALTES/BALTES (1992): „Gerontologie beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von altersrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen“ (WAHL/HEYL 2004: 35) war Ausgangspunkt der nachfolgend dargestellten empirischen Untersuchung.

Die Arbeit oder den Beruf als altersrelevante und alternskonstituierende Umwelt und soziale Institution zu analysieren ist möglicherweise ein erster Schritt, um aus einer IST-Situation entsprechend den zu erwartenden Veränderungen in der Altersstruktur mögliche SOLL-Szenarien ableiten zu können. Im Kontext der Verlängerung der Lebensarbeitszeit (bzw. der Erhöhung des Renteneintrittalters) und der bereits dargestellten Auswirkungen der demografischen Entwicklung entsteht eine interessante Herausforderung sowohl für ArbeitnehmerInnen als auch für ArbeitgeberInnen.

4.1. Methodik und Studiendesign

In einer empirischen Untersuchung sollte geklärt werden, wie „erfolgreiches Altern“ in den Pflegeberufen aussehen könnte. Vorliegende Studien und Erhebungen, wie beispielsweise die NEXT-Studie oder die DGB-Befragung (vgl. SIMON et al. 2005 und VERDI 2008 a, b), zeigen eher negative Szenarien in der professionellen Pflege, die von chronischen Überlastungen und Ausstieg aus dem Beruf gekennzeichnet sind. Strategien zum Thema „erfolgreiches Altern“ wurden bisher meist ausgeblendet. Die in der NEXT-Studie relativ geringen positiv konnotierten beruflichen Perspektiven und Einflussmöglichkeiten inspirierten den Autor zu untersuchen, in wie weit Pflegepersonen in ihrem Beruf motiviert und engagiert sind, was möglicherweise die entscheidende Voraussetzung für „erfolgreiches“ Altern in der professionellen Pflege darstellt. Darüber hinaus sollte eruiert werden, ob die Befragten bereits selbst teilweise Erfolgsstrategien und -konzepte kennen und anwenden, die möglicherweise auch von anderen KollegInnen übernommen werden können.

Der qualitative Forschungsansatz wurde gewählt, weil verbalisierte Erfahrungsrealitäten in individuellen Berichten die Fragestellungen detailreicher beantworten können als vorgegebene Standards und offene Fragen dem Gegenüber großen Spielraum beim Antworten lassen.

Zur Vorbereitung wurde zunächst der inhaltliche Rahmen definiert. Das zentrale Thema „Erfolgreich Altern (auch) im Beruf“ sollte mögliche Ressourcen der Pflegenden identifizieren, die Ist-Situation erfassen und Zukunftsperspektiven ausloten. In fokussierten Interviews sollten etwa je acht Personen aus den Einrichtungen ambulanter Pflegedienst, Pflegeheim und Krankenhaus befragt werden, wobei maximal drei Personen aus der gleichen Einrichtung kamen, damit vielfältige Perspektiven zustande kommen konnten.

Terminabsprachen wurden über die jeweilige Einrichtungsleitung getroffen oder, wo es sich anbot, direkt mit den TeilnehmerInnen. Neben dem Interviewleitfaden kam lediglich ein digitales Aufzeichnungsgerät zum Einsatz. Die Vorgesetzten richteten es jeweils so ein, dass die Befragungen störungsfrei in einem angenehmen Ambiente durchgeführt werden konnten. Vor Interviewbeginn wurden das Forschungsprojekt und die Intention des Autors dargestellt, die Anonymisierung sowohl des/der InterviewpartnerIn als auch der Einrichtung und die Beachtung des Datenschutzes versichert sowie die Erlaubnis zur Aufzeichnung eingeholt.

Zum warming-up und zur Gewöhnung an die Interview-Situation wurden zunächst soziodemografische Daten erhoben und Besonderheiten der beruflichen Entwicklung erfragt. Die meisten ProbandInnen berichteten auch etwas ausführlicher ihr berufliches Curriculum. Die Charakteristik der offenen Fragen gestattete es gelegentlich ergänzende und vertiefende Exkurse zu ermöglichen ohne sich zu weit vom Thema zu entfernen. Zuweilen war es eine Herausforderung, die Balance zwischen direktivem und nondirektivem Stil mit einer angemessenen Interviewdauer zu halten, besonders bei sich emotional zu spitzenden Themen wie Personalengpässe oder Arbeitsverdichtung. Nach der reinen Aufzeichnungsphase wurden – sofern gewünscht – die zuvor angerissenen Exkurse vertieft und für eventuelle Rückfragen oder Ergänzungen eine Kontaktmöglichkeit zum Autor genannt. Einige der Befragten kamen erst durch die Interviews auf interessante Ideen, die sie gerne weiterverfolgen oder umsetzen wollten (vgl. BORTZ/DÖRING 1995: 271-325).

4.1.1. FORSCHUNGSFRAGEN

Grundlage der explorativen Studie des Autors waren folgende vier Forschungsfragen, die Konzepte erfolgreichen Alterns in Pflegeberufen identifizieren sollten:

Frage I: Sind Pflegende mit positiver Einstellung zum Beruf eine exotische Randerscheinung?

Im Gegensatz zu den Statements der NEXT-Studie oder zu Feststellungen wie »Die Pflegenden befinden sich in einem „kollektiven Burnout“« (HIEN 2009: 32-33) wird vermutet, dass die Mehrheit der Pflegenden eine zwar kritische aber durchaus positive Einstellung zu ihrem Beruf hat.

Frage II: Verfügen Pflegende selbst – zumindest ansatzweise – über „Erfolgsstrategien“ und/oder „-konzepte“ ihres Alterns und wenden sie sie auch an?

Annahme: Pflegende können durchaus aktiv und kreativ ihr Altern im Beruf erfolgreich gestalten, sie haben eigene Vorstellungen davon, die individuell aussehen und artikuliert werden – unreflektiertes „Durcharbeiten bis zur Rente“ kennzeichnet eher die „nicht erfolgreich“ Alternden.

Frage III: Lassen sich „Erfolgsstrategien“ Einzelner aufzeigen zeigen und gibt es gemeinsame Handlungsmuster?

Annahme: Es gibt Parallelen und Übereinstimmungen in den jeweiligen Individualkonzepten, die aufgrund der ähnlichen beruflichen Sozialisation nicht weit auseinanderliegen.

Frage IV: Können identifizierte individuelle „Erfolgsstrategien“ vollständig oder teilweise von der gesamten Berufsgruppe übernommen werden?

Annahme: Individuelle Konzepte lassen sich möglicherweise verallgemeinern und können auf diese Weise eine Basis für alle Pflegenden bzw. MitarbeiterInnen in Pflegeberufen darstellen.

4.1.2. FOKUSSIERTE INTERVIEWS

Zur Überprüfung dieser Annahmen wurde die fokussierte Interviewform gewählt. Die Hinweise nach MERTON und KENDALL (1979: 178f, in: BORTZ/DÖRING 1995: 292) erwiesen sich dabei als überaus sinnvoll:

- Keine Beeinflussung der Reaktionen der GesprächspartnerInnen (nondirektive Gesprächsführung)
- Situative Gesprächsführung (mit Nachfrageoption: Aufforderung zur retrospektiven Introspektion)
- Raum für unerwartete Reaktionen (evtl. neue Forschungsfragen bzw. Hypothesengenerierung)
- Stimulation (und Dokumentation) selbstenthüllender Kommentare der Befragten bei affektiven Reaktionen.

Aus drei narrativen Interviews mit älteren, berufserfahrenen Pflegenden wurde ein Interview-Leitfaden für nachfolgende Experteninterviews der explorativen Studie konzipiert. Die vorausgegangenen Interviews sowie die berufliche Sozialisation des Autors ermöglichten die oben erwähnten Forschungsfragen zu generieren. Die nondirektive Gesprächsform gestattete den Befragten zu jedem Zeitpunkt eine individuelle Interpretation der Impulsfrage.

Die ProbandInnen verdeutlichten ihre Ausführungen häufig an persönlichen Beispielen und erlebten Situationen. Abweichungen vom Interviewleitfaden sowie Exkurse zu themenverwandten Ereignissen bereicherten die Gespräche zusätzlich. Die Gesprächssituationen waren stets konzentriert und teilweise emotional durchdrungen, vielfach wurde insbesondere die mangelnde Wertschätzung des Berufs und die prekäre Personalsituation beklagt (vgl. BORTZ 1984: 231ff).

4.1.3. STICHPROBE

Um mögliche Unterschiede innerhalb der drei Bereiche professioneller Pflege (1. ambulante Pflegedienste und stationäre Pflege, 2. (Alten)Pflegeheime und 3. Krankenhäuser) zu identifizieren, wurde mit MitarbeiterInnen aus eben diesen Arbeitsfeldern von 2008 bis 2011 die zugrunde liegenden Interviews durchgeführt.

Die Akquise der ProbandInnen erfolgte direkt und indirekt über bestehende regionale und überregionale persönliche Netzwerke des Autors. Einrichtungsleitungen oder MitarbeiterInnen wurden gebeten, MitarbeiterInnen oder KollegInnen, die an diesem Thema interessiert sind, anzusprechen und nach ihrer Bereitschaft zu fragen, als InterviewpartnerIn zur Verfügung zu stehen.

4.1.4. RAHMENBEDINGUNGEN

Die Wahrung der Anonymität von Person und Einrichtung wurde zugesichert. Der entwickelte Interview-Leitfaden bestand aus acht offenen Fragen, die es jederzeit ermöglichten, spontan aus der Interviewsituation heraus Fragen und Themen einzubeziehen, die bei der Leitfadiskonzeption nicht antizipiert wurden. Zusätzlich wurden die soziodemografischen Angaben dokumentiert.

Die Gespräche wurden elektronisch zur späteren Transkription aufgezeichnet. Die Gesprächsdauer betrug in der Regel etwa eine Stunde. Die Einrichtungsleitungen beziehungsweise die jeweiligen Vorgesetzten der ProbandInnen waren über die Absicht der Befragung am Arbeitsplatz informiert. Sie zeigten ausnahmslos großes Interesse an der Erhebung und ermöglichten die Durchführung während der Arbeitszeit der TeilnehmerInnen.

4.1.5. QUALITATIVE INHALTSANALYSE

Die Auswertung erfolgte nach den Grundlagen und Techniken der Qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (vgl. ebd. sowie MAYRING 2010). Nach der wörtlichen Transkription der Interviews wurden in einem ersten Schritt die Texte zunächst zusammengefasst und reduziert, ohne die wesentlichen Inhalte zu verändern. Redundanzen und weitschweifige Ausführungen wurden sinnerhaltend abstrahiert, thematisch irrelevante Sätze wurden

ausgeklammert. Nach einer weiteren Materialreduktion konnten die Darlegungen zu den jeweiligen Fragen beziehungsweise die Statements dazu fast immer in einem Begriff kristallisiert werden. Diese Begriffe wurden strukturiert, kategorisiert und den Bereichen ambulante Pflege, stationäre Pflege sowie Krankenhauspflege zugeordnet.

Bereits während der Befragung zeichnete sich ein Muster ab, das eine vorläufige Einteilung der ProbandInnen in „erfolgreich alternde Pflegende“ und „nicht erfolgreich alternde Pflegende“ zuließ: Die „erfolgreiche“ Gruppe zeichnete sich durch intensiveres Nachdenken zu den einzelnen Fragen und facettenreichere Antworten aus. Des Weiteren waren ein deutliches persönliches Interesse und eine Betroffenheit erkennbar. Dies wurde auch gelegentlich zum Ausdruck gebracht. Diese Gruppe verzichtete nahezu vollständig auf Stereotype, Allgemeinplätze und Phrasen. Sie hielten es für sehr bedeutsam, das Altern „ihrer“ Berufsgruppe mit seinen Auswirkungen wissenschaftlich zu untersuchen und selbst einen wesentlichen Beitrag dazu leisten zu können. Die Befragung bedeutete für sie Wertschätzung ihrer Arbeit und ihrer Person. Die abschließenden Statements waren ausnahmslos positiv.

4.2. Interviewleitfaden

Mit acht offenen Fragen sowie einem abschließenden persönlichen Statement sollte die aktuelle Situation der Pflegenden im ambulanten und stationären Bereich – [(Alten)Pflegeheim und Krankenhaus] – im Hinblick auf erfolgreiches Altern im Beruf geklärt werden. Vor den eigentlichen Fragen bekamen die ProbandInnen die Gelegenheit, ihre berufliche Laufbahn, wichtige Ereignisse und Besonderheiten im thematischen Kontext zu berichten. Folgende Items wurden als offene Fragen und Abschluss formuliert:

1. Ressourcen älterer KollegInnen:
Welche positiven Effekte sehen Sie in der Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen (über 45, 50 Jahre) in der professionellen Pflege?
2. Persönliche positive Perspektiven:
Bringt Ihnen persönlich das Alter Vorteile?
3. Konkretisierung der persönlichen Vorteile:
Fallen manche Dinge leichter mit zunehmendem Alter?

4. Negative persönliche Aspekte:
Was belastet Sie mit zunehmendem Alter besonders?
5. Persönlicher und/oder institutioneller Ressourcen-Horizont:
Welche entlastenden Möglichkeiten können Sie sich vorstellen?
6. Konkrete Konzepte am Arbeitsplatz (realisiert/geplant):
Gibt es in Ihrem Bereich altersspezifische Angebote (welche)?
7. Sinnhaftigkeit und Bedingungen bei der Beschäftigung Älterer:
Ist die Beschäftigung älterer Pflegender (über 45, 50 Jahre) sinnvoll und wenn ja, unter welchen Bedingungen?
8. Miteinander in altersgemischten Teams:
Wie stellt sich die Zusammenarbeit zwischen jungen und älteren MitarbeiterInnen dar, wie zwischen älteren und älteren?
9. Offener Abschluss, persönliche Statements:
Gibt es darüber hinaus – zum Thema erfolgreiches Altern im Pflegeberuf – Aspekte, die wichtig und bedeutsam sind, aber bisher noch nicht angesprochen wurden?

4.3. Soziodemografische Daten

Insgesamt wurden 24 Personen aus 11 unterschiedlichen Einrichtungen befragt: Acht ProbandInnen aus dem ambulanten Bereich, neun aus dem stationären (Alten)Pflegeheim und sieben aus dem Krankenhausbereich. Die Einrichtungsträger waren kommunal, konfessionell (katholisch und evangelisch), Stiftungen und privat (s. Anlage 7, A).

Der Altersmedian der ProbandInnen lag bei 49 Jahren (MW: 48,3 Jahre, STA: 7,74 Jahre), die/der jüngste Pflegende war 23, die/der älteste 62 Jahre alt.

Drei Viertel der Interview-TeilnehmerInnen waren weiblich, ein Viertel männlich. Knapp zwei Drittel waren verheiratet, vier Fünftel hatten Kinder.

Zum höchsten Bildungsabschluss gab etwas mehr als die Hälfte Mittlere Reife an, ein Viertel Hauptschulabschluss, die übrigen Fachhochschulreife, Abitur oder abgeschlossenes Studium (Pflegemanagement, Krankenhaus-Betriebs-wirtschaftslehre und Gerontologie).

Das berufliche Qualifikationsprofil setzte sich zu drei Fünfteln aus Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und zu knappen zwei Fünfteln aus AltenpflegerInnen zusammen. Lediglich eine Person gab an, keine formale Ausbildung zu besitzen (Pflegehelferin).

Zwei Drittel der Pflegenden verfügte über eine Zusatzqualifikation (Weiterbildung zum/zur MentorIn, Leitung eines Wohnbereichs oder einer Station, Pflegedienstleitung, Anästhesie- und Intensivpflege, Gemeindekrankenpflege).

Drei Fünftel der ProbandInnen hatte eine Führungsposition inne, verteilt auf alle Hierarchieebenen, von Einrichtungsleitung bis Teamleitung.

Drei der Befragten gaben ein Teilzeitbeschäftigungsverhältnis an, die übrigen arbeiteten in Vollzeit.

Die Verweildauer im Beruf betrug im Median 26 Jahre (MW: 23,0 Jahre, STA: 8,65 Jahre), die Beschäftigungszeit in der momentanen Einrichtung lag im Median bei 13 Jahren (MW: 15,3 Jahre, STA: 9,49 Jahre). Vier ProbandInnen hatten einen Migrationshintergrund (Rumänien, Portugal, Türkei und Italien).

4.4. Attribuierung eines „Erfolgsprofils“

Erfolgreiches Altern im Pflegeberuf könnte wie folgt definiert werden: Freude an der Arbeit, Zufriedenheit und bewältigbare Herausforderungen, analog zu HAVINGHURSTS(1963) *successful aging* als ein „innerer Zustand der Zufriedenheit und des Glücks“ [Lehr 2003:56]. Eine Analyse der Interviews nach den jeweils identifizierbaren Alter(n)sbildern (BewohnerInnen, PatientInnen, ältere KollegInnen und eigenes Alter(n)) und Aussagen zur Zufriedenheit im Beruf, ermöglichten eine Einschätzung, ob die ProbandInnen der Gruppe der „erfolgreich alternden“ Pflegenden zugeordnet werden können. In der weiteren Feinanalyse wurden zusätzliche Details – wie beispielsweise die Generativität – gefunden, die möglicherweise charakteristisch für die jeweilige Gruppe sind und die die verinnerlichten Alter(n)sbilder wiederum konkretisieren.

4.4.1. ANALYSE DER ALTER(N)SBILDER KONSTITUIERENDEN STATEMENTS DER PROBANDINNEN

Nachfolgend wurden die Interviews auf implizit oder explizit artikuliert Alter(n)sbilder untersucht, mit der Intention, dass internalisierte, nicht defizitäre, wertschätzende Alter(n)skonzepte reflexiv das eigene berufliche Altern positiv im Sinne von „erfolgreich“ beeinflussen. Analog zu Ergebnissen empirischer Untersuchungen, die dafür sprechen, „dass die in einer Gesellschaft dominanten Altersbilder nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung von individuellen Kontrollüberzeugungen haben können (Chasteen, 2000; Mirowsky & Ross, 1998)“ (in: SCHMITT 2012) und dass „Altersbilder nicht selten [...] in das Selbstbild integriert [werden] und so zahlreiche Parameter erfolgreichen Alterns [...] beeinflussen [können] (vgl. Levy, 2003)“ (in: ebd.). Entsprechende Hinweise fanden sich unter den Oberbegriffen Empathie, Respekt, Statements zum Kollegium/Team, Selbstbild, Akzeptanz, Kompetenz, Motivation, Initiativen/Ideen, Interesse, Zweifel, Ängste, Privates, Ökonomie, Risiko, Einrichtung, Altern, Leistung, Familie, Freude, Negatives, Defätismus, Ausstieg, Generativität, Grenzen, Beratung, Perspektive, Praxis sowie Potenziale. In einem abschließenden kurzen Resümee wurden die Statements positiven oder negativen Alter(n)sbildern zugeordnet. Sodann wurden die ProbandInnen, die überwiegend positive Statements abgaben – im Sinne von wertschätzend, empathisch, Potenzial orientiert u.ä. – vorläufig der Gruppe der „erfolgreich“ Alternden zugeordnet und die übrigen, mit überwiegend negativen Statements – im Sinne von pessimistisch, ablehnend, problematisierend, angstbesetzt usw. – kamen vorläufig in die Gruppe der „nicht-erfolgreich“ Alternden.

Interview Nr. 1

Empathie: „Feingefühl, man muss sensibel sein für manche Dinge, die man in der Pflege tut und wie man auf die Bewohner eingeht, da braucht man ein bestimmtes Fingerspitzengefühl; denn wir haben ja mittlerweile solche hochgradigen dementen Leute und da braucht man viel Zeit und Fingerspitzengefühl.“

„Beim Kochen erzählen sie [die BewohnerInnen, JC], wie es früher beim Kochen einmal war. Sie sind richtig motiviert und begeistert und essen auch anschließend ihr Gericht.“

„Das ist nicht einfach bloß `ne Arbeit, man hat's mit Menschen zu tun, mit alten Menschen, mit kranken Menschen und da ist es ganz wichtig, `ne gewisse Sensibilität und Einfühlungsvermögen mitzubringen.“

„Also ick weiß, dass es zum Leben dazu gehört [das Sterben, JC], dass die Leute, die hierher kommen [ins Altenpflegeheim, JC], ihren letzten Lebensabend haben, den wir ihnen so angenehm wie möglich gestalten.“

Respekt: „Eigentlich muss man mit Hochachtung reden mit den älteren Leuten, ne, und warum wir jetzt drauf eingehen in diese Welt, um sie zu verstehen, muss man denen erklären, ne – beim Validieren.“

Resümee: Überzeugende Statements für die besondere Bedeutung des Berufs und hohe Wertschätzung des alten Menschen.

Interview Nr. 2

Empathie: „Man [ältere Pflegende, JC] kann sich vielleicht schon ein Stückweit eher in die Situation von den älteren Menschen `reinversetzen, man hat vielleicht selber schon diese eine oder andere Schwierigkeit gesundheitlich – äh – ja, man hat in der Regel eigentlich auch ein Stück weit mehr Geduld, ist nimmehr so ungestüm, wie man das am Anfang war.“

„Manche Dingen fallen einfach, wenn man älter ist, auf der zwischenmenschlichen Beziehung leichter, wie's bei Jungen.“

Kollegium: [Mögliche Perspektive, die Kompetenz der älteren KollegInnen wertzuschätzen, JC]

„Beratung, ja, um zu sagen, ist da noch eine Versorgung zu Hause gewährleistet, wie kann man die gewährleisten, braucht es eine Heimunterbringung oder andere ambulante Angebote wie Betreutes Wohnen oder ähnliches.“

„Die Älteren [KollegInnen, JC] sind ein Stück weit ruhiger, sie sind ausgeglichener, sie haben größeres Wissen, sie sind ein Stück weit einfach auch an der Lebenswelt der Patienten näher dran – sie haben oft eine größere Toleranz, größeres Verständnis [...]“

Team: „Ich erlebe die Zusammenarbeit mit jüngeren KollegInnen, wenn man dazu auch die SchülerInnen zählen darf, schon als sehr fruchtbar. In der Regel ist das Wissen, das man weitergeben kann, für die eigentlich schon auch immer sehr wichtig. Ich erlebe auch Dankbarkeit für die Tipps und Erfahrungen.“

Selbstbild: „Vieles was ich heute tue, sehe ich schon auch unter dem Blickwinkel, wie würde ich das mal gerne haben, wenn ich in diese Situation reinkomme. Wie wünsch ich's mir für mich.“

Resümee: Der Beruf „Altenpflege“ wird als wichtig eingeschätzt, die das Alter(n) wertschätzenden empathischen Einstellungen wirken authentisch.

Interview Nr. 3

Akzeptanz: „Man gibt denen dann auch, denk ich, ein Stück weit Sicherheit – den Angehörigen wie den Patienten.“

Respekt: „Man weiß, [dass] es einem vielleicht auch mal so [geht], ne, dann will ich auch, dass derjenige mit Dir normal spricht und Dich jetzt nicht behandelt wie ein kleines Kind und Dich respektiert so wie Du bist.“

Team: „Wir sind wie gesagt ein relativ altes Team und haben keinen so hohen Krankenstand. Und ich denke, das ist auch von Team abhängig. Wir sind ein tolles Team. Das Team denke ich, spielt eine sehr große Rolle.“

„Wir haben auch Schüler, die sagen – und das ist auch wirklich so – es ist toll hier zu arbeiten, weil das ein tolles Team ist, ja und dann spielt Alter keine Rolle.“

Resümee: Hoch motiviert und positive Einstellung sowohl zum Alter(n) als auch zum älteren Kollegium.

Interview Nr. 4

Team: „Dass die Älteren, also zwischen 40 und 50, belastbarer sind als die Jungen, das erlebe ich tagein, tagaus.“

„Mich belasten besonders diese Konflikte, die zwischen Jung und Alt ausgetragen werden müssen und ausgetragen werden. Oft nonverbal, oft verbal oder überhaupt nicht, oder wirklich unerschwinglich, das belastet mich kolossal.“

„Der jüngere Mensch [hier der/die ArbeitskollegIn, JC] nimmt ungern vom älteren Mensch was an und – – der ältere Mensch hat Angst vor Repressalien.“

Zur Arbeitsbelastung junge vs. Ältere MitarbeiterInnen: „Ja, die Älteren machen mehr, würde ich schon meinen.“

„Ich fühle mich oft als Leitung so ein bisschen außen vor. Ich hab über 10 Jahre diese Lehre erteilt gekriegt, dass ich distanziert – damals war dieses Team orientiert, war ein bissele, damals gab es halt diese Hierarchien und das wird auch so von den Vorgesetzten gefordert und ich hab mich sehr dann zurückgezogen und ich mach im Grund auch noch – bin – aber jetzt – mitunter sehr einsam [verlegen, Anm. JC] – und, weil im Team, man muss sehr aufpassen, was man sagt, zu wem man was sagt und das ist, denk ich, sehr sehr wichtig für mich jetzt. Und nicht nur für mich, also, weil die Wände haben Ohren [...].“

„Die Jungen gehen miteinander fort, die gehen ein Bier trinken, die gehen auf die Pirsch, aber wir Älteren gehen in die Familien und nehmen es [die Probleme und Konflikte der Arbeit, JC] mit nach Hause [...].“

Respekt: [Einschätzung der älteren KollegInnen, JC] „Wertschätzung auf jeden Fall; wertorientiert, was bei der Jugend im Moment so ein bissl wegbricht.“

Resümee: Kritische Einstellungen zum Alter(n). Als Leitungsperson relative Isolation vom Team, was bedauert wird („einsam“) und darüber hinaus mangelndes Vertrauen zu den MitarbeiterInnen („die Wände haben Ohren“). Belastend empfundene „Konflikte“ zwischen jungen und älteren KollegInnen. Berufliche Probleme werden unbewältigt mit nach Hause genommen.

Interview Nr. 5

Kompetenz: „An der Geschwindigkeit, wie diese Beziehung [zu Patienten von älteren MitarbeiterInnen im ambulanten Pflegedienst, JC] aufgebaut wird. Das ist dann eine Sache von Minuten, das geht ganz schnell, das ist meistens schon klar beim ersten Besuch, ob das funktioniert oder nicht und – an dem Blick für die Situation. Das Erfassen, nicht nur das Patienten orientierte, sondern mit wachsender Erfahrung, Lebenserfahrung komme ich herein und sehe nicht nur den Patienten, die Wohnung, die Angehörige, das ganze Umfeld, die Nachbarschaft und wenn's dann ganz gut wird, die Integration in die Gemeinde. Das ist die Art, wie er lebt – das schafft am Anfang keiner, aber je älter die Mitarbeiter sind, desto eher gelingt es ihnen.“

„Ich kann mir keine 60jährige in der ambulanten Pflege vorstellen. Aber das Modell der Altersteilzeit ist sehr teuer für's Unternehmen.“

Team: „Es entstehen Probleme, wenn ältere Mitarbeitern jüngeren weniger zutrauen. Junge Mitarbeiter müssen sich in den älteren Teams – Durchschnittsalter 50 – einsam fühlen.“

„Eine Teamsituation existiert hier nur alle 14 Tage für ein bis zwei Stunden, zu Besprechungen und Fortbildungen. Hierbei wird Erfahrungswissen von Alt nach Jung weitergegeben, auf sehr wertschätzende Art.“

Resümee: Kritische, Ressourcen orientierte Einschätzung des älteren Kollegiums mit wertschätzendem Umgang zwischen Jung und Alt. Ganzheitlich, empathische Sichtweise gegenüber den PatientInnen.

Interview Nr. 6

Krankheitsbedingter Wechsel (Bandscheibenvorfall) vom Krankenhaus, Intensivstation, in ein Altenpflegeheim, nach Weiterbildung zur Pflegedienstleitung. Vertritt die Ansicht, dass ihre Mitarbeiter „pflegebedürftig“ wären:

„Jetzt, wo ich selber nicht mehr pflegen kann, sind eigentlich meine Mitarbeiter die zu Pflegenden. Ich nehme mir immer Zeit und höre mir die Probleme an, die es so gibt. Bei mir ist die Bürotür nie zu, wenn irgendwas ist, kann immer jemand reinkommen.“

Team: „Aus meiner Erfahrung heraus, fallen die älteren Mitarbeiter seltener aus als die jungen [...].“

„Wir haben eine Computer gestützte Dokumentation (mit vorformulierten Textbausteinen), die sie [die MitarbeiterInnen, JC] im Büro eingeben können, wo einfach die Älteren sagen, ach nee, das trage ich lieber von Hand ein, das geht schneller und ist für mich einfacher.“

Motivation: „Der zunehmende Zeitdruck. Dass es immer mehr Aufgaben werden, die man übernehmen muss und im Grunde genommen immer weniger Zeit dafür zur Verfügung steht.“

„Das belastet sie eigentlich weniger [die körperliche Belastung, JC] als wirklich der Papierkrieg. Das belastet meine Mitarbeiter, die älteren, am meisten (das sind gesetzliche Vorgaben, Anm. JC). Ich habe einige ältere Mitarbeiter, die sagen, früher, bevor es diesen ganzen Mist gab, hatten wir mehr Zeit für die Leute.“

Resümee: In diesem Interview wurden die MitarbeiterInnen als „pflegebedürftig“ bezeichnet, als Patientenersatz. Ältere KollegInnen haben zwar wenig Fehlzeiten, haben aber den Wandel in der Pflege (besonders die Dokumentation) der letzten Jahre ausgeblendet. Kreative Reorganisationspotenziale und Motivationsbemühungen für das Kollegium (vor allem das ältere) unterbleiben aufgrund zunehmender Überforderungen und nicht nachvollziehbarer Sinnhaftigkeit für Arbeitsinhalte (hier: Dokumentationen („Papierkrieg“ und „Mist“)). Es entsteht ein Teufelskreis: Geringe Motivation, als sinnlos emp-

fundene Tätigkeiten (Dokumentation), die die Zeit für die „eigentliche“ Pflege aufbrauchen, dadurch noch weniger Zeit und weiter sinkende Motivation.

Interview Nr. 7

Kollegium: „Zudem sind die Mitarbeiter, die jetzt 55 und älter sind auch nicht unbedingt mehr die Mitarbeiter, die Neuerungen zugetan sind. Das fängt mit dem Computer an und geht über Änderungen von Standards bis hin zu neuen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, die entsprechend umzusetzen sind.“

Wie äußert sich das Erfahrungswissen der 40 – 55jährigen?

„Sie kennen die Abläufe und verweigern sich auch nicht Neuerungen, ja – und durch diesen großen Erfahrungsschatz können sie einfach vieles schon im Vorfeld abschätzen, wie es läuft. Sie sind nicht mehr so unbedacht und unerfahren, sie sind halt schon deutlich vorausschauender.“

„Ältere Pflegende ab wann? Ab 45. – – also ich könnte jetzt locker ja, es ist natürlich sinnvoll, ja, aber wüsste nicht, wann ich einen über 45 eingestellt hätte.“

Initiativen: Wie arbeiten die heutigen 45-Jährigen in 15 Jahren? „Also ich hab jetzt noch nichts Spezielles entwickelt. Wie gesagt, ich habe schon mal den Vorschlag gemacht, dass man sich damit hier in der Klinik auseinandersetzt [...], wobei das bisher noch nicht weiterverfolgt wurde.“ Wer hatte damit wem diskutiert? „Ich hatte damals mit dem Geschäftsführer darüber gesprochen.“ Und das ist vertagt worden? „Ja.“ Wie positioniert sich die Personalvertretung zu diesem Thema? „Gar nicht.“

Interesse: „Es wäre interessant zu wissen, was andere machen, mit diesen älter werden Mitarbeitern, die schon an ihre physischen Leistungsgrenzen kommen. Wie gehen die damit um, was macht man mit diesen Mitarbeitern, die eben irgendwann 55 plus sind, wie setzt man die ein? Und das denke ich, ist dringendst in die Hand zu nehmen, solche Sachen eben auch. Solche Sonntagssprüche dann wie: „Wir integrieren die und leben vom Erfahrungsschatz“ und was weiß ich was alles, sind meines Erachtens nach Worthüllen. Das muss irgendwie mal gefüllt werden. Dann gilt es wirklich mal zu evaluieren, ob das tatsächlich dann auch greift.“

Resümee: Ältere KollegInnen, besonders die über 55-jährigen, werden als innovationsresistent gesehen – die 40-55-jährigen dagegen sind (noch) die tragenden Säulen (erfahren, bedacht, vorausschauend. Kreative Ansätze zum Thema „älter werden im Pflegeberuf“ werden im Unternehmen weder initiiert noch unterstützt, weder von der Unternehmensleitung noch von der Personalvertretung. Ob diese Bedingungen als zusätzliche Herausforderung angenommen werden können oder eher zur Resignation des Betroffenen führen

werden, kann an dieser Stelle nicht eingeschätzt werden. Insgesamt überwiegt jedoch eine positive Einstellung mit persönlichem Engagement.

Interview Nr. 8

Kollegium: „Meine Erfahrung ist, dass die älteren Mitarbeiter, egal in welcher Hierarchieform, ab 45 bis 50, mit die stabilsten sind. Die jüngeren sind – eher gefühlt – häufiger krank und die darüber wieder.“

„Ein ganz großes Problem sind die 59 bis über 60. Wenn die in einer Position sind oder einem Berufszweig der Pflege, wo die Arbeitsbelastung nicht mehr körperliche ist, dann sind die fit, wenn die Arbeitsbelastung über körperliche geht, so richtig am Patientenbett, mit allem was dazugehört, dann sind die Berufskrankheiten doch eher im Vordergrund. Was dann natürlich wieder zu der Überlegung führt, was machen wir mit den Mitarbeitern in der Zukunft, wo setzen wir die ein?“

„Also ich hab einige, die in dem Alter sind [über 55 Jahre, JC]. Die flüchten in die Krankheit, oder hohe Ausfallzeiten, oder sie schaffen den Absprung, oder wir suchen ein anderes Einsatzgebiet.“

Ideen: „Wie könnte man ältere MitarbeiterInnen fördern? „Das Fördern der Kompetenzen wäre ein ganz wichtiger Punkt und das Weitervermitteln von Berufserfahrung. Was die nicht gelernt haben ist, dass sie vermitteln.“

Zweifel: „Es wird immer jemand geben, der besser ist, wie man selbst und diese Konkurrenzdiskussion und dieses Durchhalten. Also, wie lange kann man [...] diesen Job eigentlich machen, wann ist eigentlich Ende? Weil eins möchte ich nicht: Geduldet werden. So unter dem Motto: Komm, er geht ja bald in Rente. Ich hoffe, dass es mir gegeben ist, irgendwann zu sagen, o.k. und Verhandlungen zu führen, dass man eine Tätigkeit machen kann, die leistungsmäßig auch anerkannt wird, die nicht unbedingt der Job sein muss, den man jetzt macht. Ich sag mal mit 55 plus wird die Position [...] schwierig, weil, wie gesagt, die von uns im Prinzip ja auch gewollten Studienabgänger kommen werden und diese Jobs machen und die werden gute sein, die wollen ja was und da ist mit Erfahrung nicht mehr viel zu machen. Die werden einfach mehr Statistik, mehr Potenzial bringen, denen wird's leichter fallen, schnell ein Konzept zu entwerfen [...]. Und wenn einem das nicht gelingt, weil die Entwicklung plötzlich anders läuft, dann würde ich auf jeden Fall, nach einer gewissen Zeit, abtreten. Das würde ich mir nicht geben bis zum Rentenalter. Die letzten 10 Jahre muss man nicht mit vielen Blessuren und vielleicht mit einem Burnout, oder was auch immer hier rausgehen.“

- Privates: „Der Freundeskreis, den meine Frau noch eher pflegen kann als ich, da be-
geb ich mich da gerne rein.“
- Ökonomie: „Der Mitarbeiter selbst und die Kollegen müssen es [den Einsatz älterer
MitarbeiterInnen, JC] akzeptieren. Hier ist letztendlich eine entsprechende
Kultur notwendig, die aber schwierig in die Leute hineinzubringen ist. Ich
hab ganz große Probleme damit, wenn auch Vorgesetzte sich hinsetzen
und sagen: Ich hab ja lauter Alte und deswegen ist mein Budget so aus
dem Ruder. Oder: Ich hab lauter Alte, die nicht mehr können.“
- Risiko: „Wenn sich ältere Pflegende bewerben, muss sehr genau hingeschaut wer-
den. Hier wäre eine Hospitation auch ganz wichtig, grad bei Wiedereinstei-
ger bis hin zur Bereitschaft, vielleicht 14 Tage, drei Wochen sogar umsonst
zu machen, um einfach zu beweisen, was er noch kann und was nicht.“
- Resümee: Besonders kritisch die über 55-jährigen, die häufiger krank und leistungs-
gemindert sind. Potenziale älterer MitarbeiterInnen (z.B. Wissensvermitt-
lung) werden erkannt, zurzeit aber noch nicht befriedigend gefördert. Es
wird zunehmend persönliche Konkurrenz im Führungsbereich durch die
Akademisierung vermutet mit bedrohlicher Dimension, bis hin zum mögli-
chen Verdrängen aus der Position oder sogar aus dem Arbeitsverhältnis.
Durch das hohe berufliche Engagement kann der Freundeskreis nur noch
durch die Aktivitäten der Ehefrau gepflegt werden. Die KollegInnen und
Vorgesetzte sind von älteren Mitarbeitern offenkundig nicht begeistert: sie
„müssen“ akzeptiert werden. Das hohe Risiko bei der Neueinstellung älterer
MitarbeiterInnen kann nach Ansicht des/der Befragten genauer abgeschätzt
werden, wenn sie vorher zwei oder drei Wochen umsonst Probe arbeiten.

Interview Nr.9

- Empathie: „Ältere Mitarbeiter können sich auch besser in ältere Patienten versetzen“
- Kollegium: „Ältere Mitarbeiter, insbesondere in der Pflege, die unter hohen Belastun-
gen arbeiten sind natürlich auch selbst anfälliger frühzeitiger zu erkranken,
denke ich mal.“

„Wenn beide [junge und alte KollegInnen, JC] ernsthaft, seriös und gut mit-
einander umgehen, dann gibt's einen ganz tollen Synergieeffekt. Das sehe
ich positiv.“
- Ängste: „Durch meine persönliche Situation [Krankheit, Anm. JC] ist jetzt die Angst,
nicht mehr bis zum Rentenalter durcharbeiten zu können. Deswegen sag
ich ganz ehrlich, ich hab nichts dagegen, wenn ich schon mit 63 in Ruhe-
stand gehen kann, das sag ich ganz offen. Ich hab halt schon die Befürch-

tung, wenn ich früher in Rente gehen muss, diese Schieflage – Altersarmut.“

Resümee: Zwar wird älteren KollegInnen durchaus ein hohes Maß an Empathie attestiert, aber auch eine erhöhte Verletzlichkeit (sie sind „anfälliger“) und geringere Resilienz. Das persönliche berufliche Altern wird ausschließlich an die körperliche Stabilität, die in der Vergangenheit bereits erschüttert worden war, gekoppelt. Die Motivation des Weiterarbeitens folgt der Parole „Durchhalten bis zur Rente“, sonst droht möglicherweise die Altersarmut.

Interview Nr. 10

Respekt: „Ich erwarte auch den Respekt und den fordere ich auch ein von Patienten, Angehörigen genauso wie von Mitarbeitern, meinen Kollegen, aber halt in Ruhe, dann wird halt drüber gesprochen, und manchmal muss man auch schärfere Mittel ergreifen, aber in aller Regel erst konstruktiv und eben im Gespräch, dass das dann alles auch so gemacht wird.“

Betrieb: „Die Identifikation mit dem Betrieb steigt natürlich auch mit zunehmendem Lebensalter oder Verweildauer, die man da ist. Das hängt einmal von der eigenen intrinsischen Motivation ab, ich denke, die bring ich jetzt ziemlich stark mit, aber natürlich auch von den Rahmenbedingungen.“

Team: „Die Alten [sind] Vorbild [...] und denen [müssen] die Jungen auch Respekt zeigen [...] und dass das eben auch eingefordert wird, da seh` ich eine gute Zusammenarbeitsmöglichkeit, aber wie gesagt, viele junge Leute kommen im Moment, entweder sind sie von der Ausbildung her nicht so stark oder wenn sie stark sind, dann vielleicht mit Ansprüchen „jetzt hab ich zwei Wochen gearbeitet, jetzt kann ich ja eigentlich schon Verantwortung tragen“. Wichtig wäre zu vermitteln, dass es immer noch ein Gefälle in der Station gibt und dass man sich von unten nach oben arbeitet und nicht von oben nach unten, so was geht nicht. Also wenn jemand kommt, dann hat er hat sich erst mal unten anzustellen und wenn er sich paar Jahre bewährt hat, kann man über alles reden. Aber viele kommen und wollen nach zwei Wochen hier schon uns Alten sagen, wie wir zu arbeiten haben und Respekt und diese Dinge und auch mal was leisten über längere Zeit und nicht hoppladihopp Erfolg haben [...]“

Altern: „Ich denke natürlich, jetzt mit 40 geht`s noch, aber in zehn oder 20 Jahren – ich seh`s ja an den älteren Kollegen, da ist natürlich auch der Körper irgendwann mal teilweise verschlissen [...]“

Leistung: „Aber viele kommen und wollen nach zwei Wochen hier schon uns Alten sagen, wie wir zu arbeiten haben und Respekt und diese Dinge und auch

mal was leisten über längere Zeit und nicht hoppladihopp Erfolg haben, das ist was, was ein allgemeines Problem ist und ich denk, das steckt nicht nur in der Pflege, sondern allgemein in der nächsten Generation.“

„Ich möchte mir ein zweites Standbein aufbauen [...]. Ich möchte nicht ganz raus aus der Pflege, aber so kreative Ideen, Projekte, diese Dinge, dass ich da irgendwie mitreden kann oder meine Ideen einbringen könnte [...].“

Resümee: Respekt ist nicht immer selbstverständlich, sondern wird von PatientInnen, Angehörigen und KollegInnen unter Umständen auch mit Nachdruck („schärfere Mittel“) eingefordert. Es besteht nach eigenen Angaben eine sehr hohe Identifikation mit der Einrichtung, weil die Rahmenbedingungen gut sind, die ihrerseits – so das Interview – ein maximales persönliches Engagement induzieren. Junge KollegInnen müssen sich erst einmal bewähren und den älteren Respekt zollen. Sie müssen sich erst von unten nach oben hocharbeiten und über einen längeren Zeitraum etwas leisten. Die alten MitarbeiterInnen haben Vorbildfunktion („Lokomotiven“), was für Auszubildende und neue MitarbeiterInnen von Bedeutung ist. In der persönlichen Weiterentwicklung des/der Probanden/Probandin werden auch Perspektiven außerhalb der direkten Pflege artikuliert.

Interview Nr. 11

Familie: „Ich komme ja aus einer Familie, wo eine Oma noch dabei war und ein Opa, das war ein Zusammenleben, ein wunderschönes, das bring ich auch mit. Verständnis, Liebe.“

Team: „Mein Wissen verschenken, das mach ich gern, und was mich so positiv beeindruckt, ist die Zusammenarbeit, ich bin mit jüngeren Kollegen auch per Du, automatisch kommt das auch aus meinem früheren Leben, da war man ja auch alle per Du, und dann die Freundlichkeit, die Nähe, ich bin da für Dich, wenn Du mich brauchst, auch privat, wenn es sein soll, also mein Ohr steht offen. Ich mach es gern mit jungen Leuten [...].“

Freude: „Wie gesagt, ich hab viel Spaß [bei der Arbeit, JC], und solange ich noch Mut habe und so eingestellt bin, wie ich jetzt bin, ich bin gesellig, ich mach es gern, ich bin kommunikativ und wie gesagt, ich mach es gern, solange ich kann.“

Resümee: Die Liebe zum und Freude am Beruf wurde durch familiäre Strukturen mitgeprägt (Leben zusammen mit der Großmutter). Die Zusammenarbeit mit jüngeren KollegInnen wird sehr positiv geschildert, ebenso die Wissensweitergabe (Generativität).

Interview Nr. 12

- Empathie: „Vom Sozialen her, man hat selber viel erlebt, man kann mitfühlen oder man kann auch die Bewohner verstehen.“
- „Man muss sich da schon auch ein bissl mit reinfühlen [in die Altenpflege, JC], man muss ja nachdenken, warum der Mensch jetzt traurig ist, man kann nicht einfach sagen, ich kann da auch nix dazu oder ich hab jetzt keine Zeit, dafür bin ich keine Altenpflegerin. Altenpfleger war mein Traumberuf.“
- Team: „Wenn man [die jüngeren KollegInnen, JC] unter Druck steht, dass man dann bissl ausflippt. Die flippen dann halt ein bissele aus und die tut man dann wieder runter und dann klappt das wieder. Und die sind eigentlich dankbar dafür. Oder man gibt ihnen Ratschläge, [...] dafür sind die einem eigentlich auch dankbar. Die kommen auch und fragen, wie würdest du das machen.“
- „Wenn jemand zum Beispiel frisch von der Altenpflegeschule kommt, die kann man dann fragen, du wie ist es denn jetzt, also das mach ich auch die ganzen drei Jahre durch, was habt Ihr denn jetzt gelernt, gibt's Veränderungen, oder wenn die sagen ich hab das so und so gelernt, da kann man nur wieder von Neuem draus lernen.“
- Resümee: Den älteren KollegInnen wird ein hohes Maß an Empathie gegenüber den BewohnerInnen attestiert. Außerdem ein wertschätzender Umgang vor allem mit jüngeren KollegInnen und Freude an der Wissensweitergabe (Generativität) und am Beruf („Traumberuf“).

Interview Nr. 13

- Negatives: „Ich seh` da eigentlich gar keine positiven Effekte [Aspekte beim Altern im Beruf, JC], wenn ich so meine älteren Kollegen angucke, die haben Schmerzen, gehen zu den Ärzten, nehmen Tabletten, also ich seh` bis jetzt nix Positives.“
- Team: „Die Jüngeren sehen das, wenn ältere Kollegen Hilfe brauchen und die gehen dann hin und helfen auch. Die kriegen auch mehr Hilfe wie wir Jüngeren.“
- „Die älteren Kollegen die sind halt genervt, man merkt es dann schon an der Ausdrucksform, dass halt Kollegen dann genervt sind [...],“
- „Ja, ich habe das Gefühl, dass teilweise die jüngeren Leute viel mehr Arbeit aufgehalst bekommen oder machen wie die Älteren.“

„Also es gibt positive Mitarbeiter, die mir viel beigebracht haben und noch beibringen, die sich aber auch sehr viel von mir annehmen.“

„Ich hab auch schon oft zu hören bekommen, auch wenn`s nur Spaß war, du bist jünger wie ich, du kannst mal laufen, auf die Klingel gehen und da denk ich mir auch, das muss eigentlich nicht sein.“

„Und dann gibt`s halt Kollegen, die lassen sich nichts annehmen, wenn man`ne Veränderung reinbringen möchte, was weiß ich, mit irgendeiner Tabelle oder so, da heißt es „nee, machen wir nicht, das ist so, das bleibt so“. Dieser Spruch, der ist Standard. Es ist wirklich so, es ist wirklich schwierig auch Vorgesetzten gegenüber, was Positives manchmal zu vermitteln. Also Veränderungen zu vermitteln [...].“

„Ja ich denk, die Jüngeren sind halt nicht so aufgeschlossen wie die Älteren.“

Defätismus: „Altern ist für mich genauso was wie Geburt und Sterben, man wird geboren und man muss halt sterben, man ist so alt wie man sich fühlt, und das sag ich zu meinen Kollegen, die sagen, Gott, bin ich alt, man ist so alt wie man sich fühlt, ne.“

Resümee: Diese/r noch sehr junge Proband/in zeigt ein Defizit dominiertes Bild der älter werdenden KollegInnen. Sie sind möglicherweise chronisch überfordert („ständig genervt“) und arbeiten nach Ansicht der/des Kollegen/Kollegin weniger als die jüngeren. Es gibt aber auch Ausnahmen: „positive“ Mitarbeiter, die ihr Wissen weitergeben und Neues annehmen können. Die Reflexion zum Thema Alter(n) bleibt an der Oberfläche.

Interview Nr. 14

Ausstieg: „Also ich muss eher sagen, dass mittlerweile ich dann schon mal ausbalancieren muss, sagen, was könnte ich alternativ noch machen, weil -- -- verstehen Sie? Also in Richtung anderer Beruf, Ausstieg, so was? Ausstieg aber dann was? Das ist schon ziemlich so bissl ein Problem in dem Beruf, wenn man das schon jahrelang macht, dann ist es gar nicht so einfach, umzudenken bzw. auszusteigen, weil dann ist die große Frage, was mach ich dann?“

Ängste: „Da ist aber der Knackpunkt so aber auch wirklich dann 40 Jahre, 50 Jahre, 65 Jahre, weil da wird die Schneide immer kritischer. [...] Das Programm (Renteneintrittsalter, JC) geht bis 67. Richtig. Je nachdem. Wenn es so noch bleiben sollte wie im Moment, also so die 40, wenn man die voll hat, ob das dann bis 65 noch geht - also ich hätte die auf jeden Fall voll, weil ich nämlich schon seit 16 Jahren arbeite. [...] Deswegen tröste ich mich damit,

und sag gut, also mit 67 in dem Beruf arbeiten, also das kann ich mir ehrlich gesagt nicht vorstellen. Also da hab ich bissl Angst, das sag ich Ihnen ehrlich. Ich bin jetzt 41 und kann mir das noch vorstellen, klar, auf jeden Fall noch zehn Jahre, vielleicht auch noch 15 Jahre, wie das dann wirklich ist in 20, wenn ich dann 61 bin, kann ich Ihnen jetzt wirklich nicht sagen. [...] da könnte ich mir als Arbeitgeber leichter vorstellen, wenn jemand kommt, gut der ist jetzt 40, das geht, wenn jetzt jemand 50 ist, das ist halt so, irgendwann fangen dann die Krankheiten an, und das ist beim Arbeitgeber immer so der Hintergedanke, lohnt sich das jetzt noch in dem Beruf [...]"

Kollegium: „Wir haben sogar welche, die jetzt so sich in dem Alter sich bewegen [55 und älter, JC]. Die eine Kollegin die fehlt schon, o Gott, aber die kann ja nix dazu, aber es ist halt mal so. Und die ist auch nicht mehr so belastbar.“

Resümee: Deutliche Formulierung der beruflichen Unzufriedenheit mit konkreten Ausstiegswünschen und diffusen Überlegungen zu Alternativen. Defizit geprägtes Bild vom beruflichen Altern.

Interview Nr. 15

Respekt: „Für mich sind alte Menschen anders, für mich bedeutet mit alten Menschen mit große Erfahrung zu tun, Weisheit und ein bestimmter Grad von Respekt.“

Empathie: „Die vielleicht fünf, sechs, zehn Jahre bei uns leben, ein bestimmter Aspekt von Beziehung wird aufgebaut, und das tagtäglich mit diesem Mensch und dieser Mensch kann uns nicht gleichgültig sein. Wenn das passiert, dann muss ich diesen Beruf aufgeben.“

Generativ: „Weil das ist nicht nur die Fachqualifikation, wodurch diese Fähigkeit entsteht, das Menschlich, das Zusammenleben, und das kann man nur aufgrund von Leben, Erfahrung auch weitergeben [an jüngerer KollegInnen, JC].“

„Man kann auf diesen Mensch [BewohnerIn, JC] freier zugehen, ohne Angst find ich schon, weil das was ich gelernt habe, kann ich dann weitergeben oder so gezielt beibringen, ja, auch Schülerin oder auch anderen Mitarbeitern aufgrund meiner Erfahrung [...].“

Motivation: „Diese Menschlichkeit, diese Wärme, diese – auf Alte zugehen, ohne dass man sich schlecht fühlt oder sonst was, ich hab da kein Problem, ich liebe alte Menschen, deswegen mache ich auch diesen Beruf, weil ich habe sehr sehr gute Erfahrung gehabt mit meinen Großeltern.“

„Ich arbeite sehr gern, ich mache meine Arbeit sehr gern, auch von der Organisation.“

Team: „Ich kann z.B. sagen [zum/zur älteren MitarbeiterIn, JC], heute machst Du nur das oder das, man kann das so teilen, weil es gibt immer Aufgaben zu machen. Das ist nicht nur das Waschen von einem Bewohner, das Heben oder auf Toilette bringen, es gibt andere Tätigkeiten, es gibt Speisekarten, die man ausfüllen kann, es gibt Einlageverteilung, es gibt am Tisch, es gibt einfach ein Gespräch führen, einfach mit den Bewohnern sitzen, Essen reichen, es gibt so viele Sachen zu tun, wo körperlich nicht so belastbar sind, die entsprechend auch zugeteilt werden kann.“

„Ich muss sagen, dass ich in diesem Haus immer gute Erfahrungen gehabt habe mit etwas älteren Mitarbeitern [...].“

Resümee: Die wertschätzende Einstellung zu alten Menschen wird in der Pflege als Dyade PatientIn/Pflegeperson betrachtet. Die Weitergabe von Wissen und Erfahrungen an jüngere KollegInnen und Auszubildende wird als generatives Element, quasi als innerer Drang, sehr authentisch dargestellt. Die Freude am Pflegeberuf, die hohe Motivation bei der Arbeit und die positive Einstellung zum Altern im Beruf eröffnen auch kreative Möglichkeiten für andere, ältere und zum Teil körperlich weniger belastbare KollegInnen.

Interview Nr. 16

Team: „Weil man [als ältere/r MitarbeiterIn, JC] doch vielleicht öfter mal von Kollegen um Rat oder Tat oder eben eine Beurteilung gefragt wird [...].“

„Wenn wieder von unserem Qualitätsmanagement neue Dinge anstehen oder so was, sind's eigentlich wirklich oft die Älteren, die dann sagen, also da hätte ich gerne mal noch so 'ne Schulung da drauf oder könnten wir uns da noch mal zusammensetzen oder so was in der Richtung. Also das wird sowieso eigentlich immer mehr von den Älteren angenommen.“

Ältere KollegInnen sind „die grauen Panther, wie man so sagt, die bringen auch so'n bisschen die Stabilität und die Ruhe rein. Also im Team an sich und wie ich schon gesagt hab', dieser Erfahrungswert, der ist halt nicht außer Acht zu setzen, ja.“

Generativ: „Also, ich denke mir zwischen Jung und Alt, also, überhaupt von dem Team als solches, hab' ich bis dato nur positive Punkte kennengelernt, weil, das ist ein so gut gemischter Haufen, will ich mal sagen, von dem jeder in irgendeiner Form profitiert. Und es gibt sowohl die jüngeren Mitarbeiter werden von uns angenommen, weil sie einfach frisch von der Schule, oder eben noch nicht so weit davon entfernt sind und mit diesen gravierenden Neue-

rungen schon Kontakt hatten, die werden sehr gern von den älteren Kollegen angesprochen: Helf mir mal, oder wie sieht das aus, oder was ist da jetzt der neuste Stand oder wie macht man's eigentlich. Und die jüngeren Kollegen äh sind sehr gerne immer mit Fragen bereit an die älteren, wenn's einfach auch um Erfahrungswerte geht [...].“

Grenzen: „Ja, manchmal habe ich so den Eindruck, dass wir Kollegen haben, der älteren Version, die sich halt mit diesen schnelllebigen Änderungen im administrativen Bereich [schwer tun, JC] [...]. Das ist ja so `n Knackpunkt [..]. [...] da kommen ja ständig immer neue Auflagen, es wird ja ständig was Neues verlangt und es wird ständig ein neuer Ablauf dahingehend irgendwie bearbeitet.“

Resümee: Ältere KollegInnen werden wertgeschätzt. Ihr Erfahrungswissen wird von jüngeren MitarbeiterInnen gerne angefordert und ihre Gelassenheit stabilisiert die Arbeitsatmosphäre. Die intergenerative Zusammenarbeit ist geprägt von gegenseitiger Achtung und Wissensaustausch. Das Altern im Beruf wird zwar durchaus kritisch, aber überwiegend positiv und handhabbar dargestellt.

Interview Nr. 17

Respekt: „Ich würd' sagen, die Akzeptanz bei den zu Pflegenden und bei den Angehörigen ist bei einer älteren Schwester größer. Wenn die alte Schwester was sagt, dann hat das Hand und Fuß. Auch bei den Ärzten, ja.“

Empathie: „Die Schwester Christel, das ist meine Schwester [Sichtweise der Patienten, JC] [..]. Die kommt zu mir und da ist schon `ne Beziehung gewachsen und wenn da die Leute gehen [sterben, JC], wo's dann auch an die Substanz geht, wo ich dann also auch drei vier Tage auch rumhäng' und denk scheiß [...] oder ich hab' ich find se morgens tot wo ich denk, scheiße, jetzt ist sie Mutterseelen alleine gestorben, keiner war da. Das sind so Sachen, wo mich dann trotz allem noch belasten, trotz meiner Erfahrung und Abgeklärtheit.“

Grenzen: „Also ich muss gucken, dass ich überleb, ich bin keine 20, ich bin keine 40, ich bin kein 50, ich bin 62, ich muss noch drei Jahre in dem Job arbeiten und da muss ich gucken, dass ich da überleb', ja. Also ich mach und ich hab' auch meine Spezialpatienten, wo nix in Ordnung ist, wo ich dann schon kuck zu organisieren und dass es halt' irgendwo im Rahmen meiner Möglichkeiten läuft, ja, also was ich vertreten kann.“

„Ich hab‘ Patienten, die wohnen im siebten OG und da laufe ich hoch, Ende. Und da hat’s bisher noch keiner geschafft, kein Schüler vom Klinikum oder was, so schnell oben zu sein wie ich [lacht, JC].“

„Ich gehöre nicht zu den Schwestern, also ich hass‘ es, wenn mir irgendjemand sagt, das haben wir schon immer so gemacht. Weil, ich denke Pflege ist ein Prozess, der verändert sich. Ich muss gucken, was gibt’s Neues, da kümmer‘ ich mich drum und ich bin auf dem neuesten Stand. Das ist für mich das A und O.“

Beratung: „Also die [Patienten und Angehörige, JC] setzen halt auch die Fachkompetenz voraus. Wir machen ja nur einen Teil der Pflege, den Rest machen ja die Angehörigen und dann sind die auch dankbar, wenn man ihnen was zeigt, ja und erklärt und warum [..].“

Generativ: „Die Akzeptanz von den Jungen ist da. Die kommen auch mal, was ist denn das und das, was soll ich da? Die kommen, fragen und [...] schätzen oder akzeptieren meine Fachkompetenz.“

Resümee: Selbstbewusste Darstellung der Kompetenzen und ausgeprägte Empathie älterer KollegInnen. Körperliche Grenzen des (eigenen) Alterns werden wahrgenommen und mit ironischen Durchhalteparolen („ich muss überleben“) teilweise überspielt. Auf der kognitiven Ebene wird dagegen stringent das Pflege-Knowhow kontinuierlich durch Fortbildungen aktualisiert. Durch die Beratungsfunktion bei Angehörigen und Patienten wird Wertschätzung und Anerkennung der Kompetenzen erlebt, ebenso durch den intergenerativen Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen jungen und alten MitarbeiterInnen. Insgesamt sind in diesem Beispiel die Alter(n)bilder Kompetenz und Empathie geprägt; das ältere Kollegium erfährt von vielen Seiten eine Bestätigung für die Bedeutsamkeit seiner Tätigkeit und große Achtung für seine Person.

Interview Nr. 18

Kollegium: „Der Vorteil liegt vor allen Dingen darin, dass diese Kollegen [die älteren, JC] sehr erfahren sind und man immer wieder auf denen ihr Wissen zurückgreifen kann und dass sie in manchen Situationen belastbarer sind.“

„Ich erlebe hier, dass die Älteren sehr wohl darauf bedacht sind, sich weiterzubilden und das neue Wissen auch zu haben und das haben sie auch.“

Team: „Die Jüngeren stocken in ihrem Arbeiten, die arbeiten nicht effizient genug und das können die Älteren.“

„50 ist für uns kein Problem. 50 – wir stellen Mitarbeiter mit 50 ein, die werden auch weiterentwickelt, das ist für uns o.k.“

„Ich hab’ auch kein Problem mit 50-Jährigen. Ich hab’ `n Problem mit ab 55-Jährigen. Weil, das ist ganz häufig ein Alter, wo wir dann merken, dass die, die wir haben, alle Probleme kriegen und das kommt aber dann ganz spezifisch auf den an, der sich dann bewerben würde.“

Generativ: „Wobei es superhäufig so ist, dass die Älteren dann eher gerufen werden [von den jungen MitarbeiterInnen, JC].“

„Ich hab’ jetzt nicht das Gefühl, dass vor allen Dingen alt-alt sucht, sondern ich denk’, es ist immer so, dass die Älteren mit den Jüngern zusammen sind und die geben ihr Wissen auch gerne weiter und es gibt Junge, die da auch ganz froh drum sind.“

Perspektive: Wie könnte es bei Ihnen persönlich in 10 Jahren aussehen? „Aus meiner Sicht würde ich das machen, was meine Kollegin macht: Die gibt nach und nach an mich ab. Das würde ich auch machen, wenn ich weiß, das ist ein Nachfolger, den du früh genug nachziehst. So nach und nach, dann bist du langsam drin und ich mache die Dinge, die mir nicht mehr so schwer fallen.“

„Ich denke es gibt im Pflegeberuf, wenn man es gut organisiert, sicherlich Möglichkeiten [für den Einsatz ältere MitarbeiterInnen, JC]. Nach den Pflegegesetzen Beratung, Schulung, et cetera – sicherlich nicht für alle, weil da gehört natürlich auch noch ein bestimmter pädagogischer Hintergrund dazu. Ich denke das ist Kreativität gefordert, diese Leute da einzusetzen, wo sie nicht diesen körperliche Belastungen ausgesetzt sind.“

Resümee: Die Motivation und die Effizienz der Arbeit wird bei älteren MitarbeiterInnen deutlicher wahrgenommen als bei jüngeren. Ab einem Alter von 55 Jahren wird es jedoch kritisch gesehen; hier überwiegt jetzt das Defizit Modell des Alter(n)s. Der intergenerative Wissenstransfer wird als sehr wichtiges Element dargestellt. Das eigene berufliche Altern wird wahrgenommen und kritisch reflektiert: Ein persönliches Konzept für die nächsten zehn Jahre nimmt bereits Konturen an.

Interview Nr. 19

Praxis: „Ich kann mit älteren Mitarbeitern gut arbeiten, ich sag mal, o.k., der soll bestimmte Standards entwickeln, die man auf jeden Fall braucht im Einarbeitungskonzept, man kann ihn gut in der Fort- und Weiterbildung gebrauchen, weil aufgrund dessen, dass sich die Techniken so schnell verändern, die OP-Techniken, letztendlich man auch viel mehr Weiter- und Fortbildungen [...]“

- Generativ: „Wir haben im Moment Praxisanleiter in der Richtung, kombiniert Ältere mit Jüngeren – und dann gibt's `nen Ober-Praxisanleiter, der kontrolliert was die Jüngeren machen.“
- Team: „In meinen Bewerbungsgesprächen sag' immer zu den Jungen, ich erwart' von ihnen, dass Sie drei Schritte schnell laufen, auf der einen Seite und das Alter schätzen und dem entsprechend eine Wertschätzung rüberbringen und der alte Mitarbeiter muss lernen, dem jungen sein Wissen weiter zu geben und zu kapieren, dass er nicht so schnell laufen kann.“
- Potenziale: „Also ich guck schon, sag' ich einmal, ähm wo wo finde ich einfach noch Potenziale ältere Mitarbeiter mit einzubinden. [Zusammenfassend: Experten für Prothetik, Unfallchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Gefäße, Thoraxeingriffe – ältere Mitarbeiter, die hier ihr Wissen an jüngere weitergeben. Am Tisch immer in der Kombination Alt / Jung.]“
- „Morgen stell' ich zum Beispiel `ne Mitarbeiterin ein mit 52 – ähm 17 Jahre Hartz IV, ungelernte Kraft, Mutter von fünf Kindern, alleinerziehend, total super, hab' ich als 1-Euro-Jobberin für zwei Monate erlebt. Die hat `n Superjob gemacht und jetzt hab' ich die Möglichkeit gehabt und hab' sie eingestellt und ich glaub' nicht, dass ich mir der auf die Schnauz' fall.“
- „Nur mit Älteren, auch auf Station, [ist] äußerst schwierig in innovativen Blickwinkeln zu arbeiten.“
- Resümee: Die Freude an der Arbeit mit und das Interesse an älteren MitarbeiterInnen ist deutlich erkennbar. Das Identifizieren und Ausloten von Potenzialen Älterer wird zur Chefsache deklariert und kreativ umgesetzt. Der intergenerative Wissenstransfer wird nicht dem Zufall überlassen, sondern konzeptuell in die interne Fort- und Weiterbildung integriert. Auf die wechselseitigen Stärken im Kollegium (jung/alt) wird bereits im Bewerbungsgespräch deutlich hingewiesen, ebenso auf die entsprechende Erwartungshaltung der Vorgesetzten.

Interview Nr. 20

- Kollegium: „Wenn ich an die anderen Kollegen denke, dass sie da Rheuma oder Arthritis haben und und viele bedauern mich, weil ich so lange im Beruf bin und pflege. [...]. Also Freundinnen, die von Pflege nix, äh – Ach Du arme, seit 30 Jahren – das könnt ich nicht. [...]. Aber mir macht das immer noch Spaß, aber trotz allem will ich früher, mit 60, in Rente.“
- Team: „Die Älteren sind ja alle PflegehelferInnen jetzt, also die machen da mehr die Pflege, die Jüngeren, die gehen mehr an die Schreibarbeiten, das fällt denen sehr leicht. Viele sagen auch: ‚Bitte, mich jetzt nicht irgendwo schrei-

ben lassen, ich mach' auch alles, auch Deine Arbeit, Hauptsache ich muss nicht viel schreiben.' Also, das sagen viele Ältere, auch ausgelernete Schwestern.“

„Es müsste mehr Personal sein [...]. Könnte jetzt für unsere Station jemand sein, der Frühstück serviert oder solche Arbeiten. Service. [...] Dann könnten viele Schwestern mehr, also mit dem Pflege besser, besser. Ja, mehr Zeit haben für Bewohner.“

Generativ: „Man braucht wirklich alle, die Jüngeren und auch die Älteren. Die Zusammenarbeit muss einfach sein. Das klappt gut.“

Resümee: Das Defizit geprägte Alter(n)sbild des älteren Kollegiums überwiegt. Obzwar Freude an der Arbeit berichtet wird, besteht der Wunsch, bereits früher – mit 60 – in Rente zu gehen. Professionelle Pflege wird in der Hierarchie der beruflichen Tätigkeiten hinter den administrativen Schreibtischtätigkeiten angesiedelt, so dass paradoxerweise die weniger qualifizierten Pflegehelferinnen und die älteren Pflegefachpersonen im Kerngeschäft – „Pflege“ – wirken, während sich die jüngeren, höher qualifizierten Pflegefachkräfte daraus zurückziehen. Die Zusammenarbeit zwischen jungen und alten KollegInnen „muss“ sein, da es wohl wenig Personal gibt.

Interview Nr. 21

Motivation: „Ich schaue, dass ich schnell Wünsche erfüllen kann, auch wenn ich wenig Zeit habe, statt zu denken: Oh, ich hab' keine Zeit, ich geh' mal zu andere. O.K., ich denke, ich mache lieber schnell, auch wenn ich mehr bewege oder renne, aber ich mache diese Wünsche für diese Person jetzt, damit sie sich auch wohlfühlt. Nicht weil ich mich jetzt über diese Bewohner schön machen möchte, nein, ich möchte was für sie gut tun.“

„Wenn jetzt jemand käme und würde fragen: Willst Du so weitermachen, würde ich sagen: Ja, es macht mir Spaß.“

Team: „Die Leute haben gearbeitet wie eine Familie – ist heute noch bei uns, ich meine. Wenn eine diese Einstellung hat, also äh, man bringt auch in den Arbeitsplatz diese Einstellung, wo man sagt, so komm, wir arbeiten alle zusammen, weil es ist schließlich das ist unsere Bewohner und nicht meine Bewohner, Deine Bewohner, das sind unsere Bewohner.“

Generativ: „Wir freuen uns auch für diese jüngeren Leut', weil, es ist sehr schön, wenn eine junge Arbeitskollegin diese Interesse hat, eine ältere Mensche zu pflegen, weil, ich meine, wir werden alle älter [lacht].“

Resümee: Im Vordergrund steht die Begeisterung am Beruf und am Helfen. Das Kollegium wird wie eine Familie beschrieben, die Bewohner (fast) wie Familienmitglieder, die von allen umsorgt werden. Die Zusammenarbeit mit jungen Pflegenden mit Interesse am Beruf wird sehr begrüßt und positiv bewertet.

Interview Nr. 22

Kollegen: „Ein älterer Kollege, der schon in der Pflege gearbeitet hat äh meist äh Gefühl für ältere Menschen. [...] Wenn ich jetzt `ne ältere Person [...] anlernen muss, die Pflegehelfer ist, würd' ich wahrscheinlich besser fahren mit einer älteren Person, weil sie diese [...] diese Kompassion [hat], sie hat schon Lebenserfahrung, wo jüngere vielleicht auch Kompassion hat, aber keine Lebenserfahrung.“

Motivation: „Ich bin 56 und wir haben Bewohner hier, die sind genauso alt wie ich, die sind wie Freunde.“

Team: „Wir haben das 30 Jahre so gemacht, des ist Gottes Gesetz: Rüttel nicht dran! Sobald du dran rüttelst, bist du dann – ja – dann hast du `n harten Stand, bis es dann irgendwann – äh – also so seh' ich des – also ein Team ganz alt könnt' ich mir nicht vorstellen.“

„Der Mix [junge und ältere MitarbeiterInnen, JC] muss da sein, weil der junge Mitarbeiter, der jetzt grad von er Schul kommt, der ist hoch motiviert [...].“

Resümee: Die Zusammenarbeit mit älteren KollegInnen wird sehr geschätzt. Die BewohnerInnen, manchmal sogar gleichaltrig, sind wie Freunde. Als theoretisches Risiko einer sehr alten „Kollegiumsfraktion“ wird eine Innovationsblockade unterstellt. Der Teammix (junge und ältere Pflegende) wird als hoch bedeutsam eingestuft.

Interview Nr. 23

Kollegium: „Stichpunkt „Selbstpflege“ – das habe ich mit unserer Kollegin besprochen, die eben auch zu den älteren Arbeitnehmern gehört, dass wir einfach gelernt haben, also sie als Pflegekraft – nicht als PDL, gelernt haben auf uns selbst zu achten.“

„Dieser Club [die älteren MitarbeiterInnen, JC] ist sehr vertrauensvoll miteinander und was die oft zusammenschweißt, die haben ähnliche Probleme, sowohl im Privaten als auch während der Arbeit,

- Motivation: „Es ist jetzt Freitagmittag, [...] und dann tobt hier [...] hier das Chaos: Neue Patienten, zack aus dem Krankenhaus entlassen und das muss ich regeln, das stört mich überhaupt nicht [...] und so viele Personen zu versorgen noch schnell anrufen, Erklärungen abgeben, Patienten aufnehmen – das macht mir gar nichts, das ist mein Job, das macht mir Spaß.“
- Generativ: „Die Jungen bringen eben viel Schwung und Elan und – äh – neue Ideen rein und die Älteren haben eben, stehen auf der anderen Seite mit ihrer Ruhe und Erfahrung und Gelassenheit [...]. Die Zusammenarbeit klappt sehr gut [...].“
- „Diese Krankenpflegeschülerinnen, wenn die aus dem Krankenhaus kommen, die sind dann so 19, 20, dass die natürlich tot umfallen, wenn sie sehen, dass sie mit so `ner Alten da los müssen und in der Regel [...] sind die nach zwei Wochen völlig begeistert und sagen, so viel hätten sie sich überhaupt nie vorgestellt, dass sie lernen [...].“
- Resümee: Eigene Grenzen erkennen und beachten, als ein Konstrukt der „Selbstpflege“, ist besonders bei älteren MitarbeiterInnen bedeutsam. Die Freude am Beruf wird besonders deutlich, in dem die gerade aktuelle, arbeitsdichte Situation (Freitagnachmittag mit zahlreichen Klärungen zum Wochenende im ambulanten Pflegedienst) als handhabbare Herausforderung geschildert wird, die die persönlichen Kompetenzen bestätigt. Der intergenerative Wissenstransfer wird von allen KollegInnen hoch geschätzt und von den älteren MitarbeiterInnen mit großem Selbstverständnis gelebt.

Interview Nr. 24

- Kollegium: Ältere MitarbeiterInnen haben „`ne größere Arbeitsmoral und `ne höhere Disziplin, die haben ein anderes Qualitätsbewusstsein.“
- „Der Sinn und die Wichtigkeit von Qualität wird meiner Ansicht nach von älteren Mitarbeitern eher erkannt.“
- „Ich hab’ den Eindruck, dass die Älteren bei uns durchaus erkannt haben, dass die Jungen unsere Zukunft sind, dass wir sie brauchen und dass wir sie hegen und pflegen müssen, auf dass sie uns erhalten bleiben.“
- Generativ: „Da sind die älteren Mitarbeiter in meinen Augen, das was ich mitkriege, durchaus akzeptiert und werden auch gerne dazu geholt von den jüngeren Kollegen.“
- „Die älteren Mitarbeiter [verfügen] auf jeden Fall über Erfahrung [...] und klar kann ich auch nur für meinen Bereich sprechen, ich hab’ durchaus den Ein-

druck, dass die Erfahrung von den jüngeren Mitarbeitern geschätzt wird und auch gerne angenommen wird [...].“

Motivation: „Ich sehe, dass diese älteren Mitarbeiter sich auch eher durchsetzen, auch gegenüber Vorgesetzten, weil einfach, sag' ich jetzt mal, diese Angst – die ist nicht mehr da.“

Resümee: Die Arbeit mit älteren KollegInnen wird als bereichernd berichtet, sie sind hoch motiviert, diszipliniert und qualitätsbewusst. Die intergenerative Zusammenarbeit ist erkennbar durch ausgeprägte gegenseitige Wertschätzung, Akzeptanz sowie Wissens- und Erfahrungsweitergabe. Darüber hinaus zeichnen sich die älteren KollegInnen durch ein respektables Standing aus: Besonders im Umgang mit Vorgesetzten ist eine emotionsarme Argumentation im Kommunikationsverhalten evident.

Zwischenergebnis

Die ProbandInnen unterschieden sich erwartungsgemäß deutlich in der Beantwortung der einzelnen Fragen. Bei Zwei Drittel der Befragten war es möglich, nach der Inhaltsanalyse ein „Alter(n)s-Erfolgsprofil“ zu attribuieren.

4.4.2. LEBENSLÄUFE UND ENTWICKLUNGEN DER INTERVIEWPARTNERINNEN

Während die artikulierten impliziten und expliziten Alter(n)sbilder eine vorläufige Zuordnung der ProbandInnen zu „erfolgreich“ oder „nicht-erfolgreich“ Alternden ermöglichten, konnte die Identifikation von vier Feldern in den beruflichen und außerberuflichen Lebensläufen und Entwicklungen diese erste Einschätzung erhärten:

1. Interessenschwerpunkte
2. Fokussierung
3. Spezialisierung
4. (Re)organisation

Die Analogien einerseits zum psychologischen SOK-Modell (BALTES/BALTES 1989) und andererseits zu ANTONOVSKYS salutogenetischem SOC-Konzept waren offensichtlich und fanden ihre jeweilige Entsprechung in den genannten Feldern. Interessenschwerpunkte waren für die Pflegepersonen von großer Bedeutsamkeit (SOC), die Fokussierung ent-

sprach der Selektion und Kompensation (SOK), die Spezialisierung konnte mit der Handhabbarkeit, dem Verstehen und der Optimierung (SOC + SOK) verglichen werden und schlussendlich fand eine berufliche und/oder private (Re)organisation als Ergebnis der beruflichen Entwicklung statt. Nachfolgende Übersicht fasst die Ergebnisse der Interviewanalyse schlagwortartig zusammen und weist die ProbandInnen in der letzten Spalte den beiden Gruppen „erfolgreich“ alternde Pflegende („E“) und „nicht-erfolgreich“ alternde („O“) zu.

Interview-Nr.	Bereich	Interessenschwerpunkte Bedeutsamkeit	Fokussierung Selektion + Kompensation	Spezialisierung Handhabung + Verstehen + Optimieren	(Re)organisation (beruflich/außerberuflich) bzw. negative Ergebnisse	E = „Erfolgs-Profil“ O = kein „Erfolgsprofil“
1	PH	Sterben	Sterbebegleitung	Hospizbeauftragte	Freizeitaktivitäten	E
2	AP	Patientenzentrierte Pflege	ganzheitliche Pflege	KH → AP bewusster Wechsel in die amb. Pflege	Politisch aktiv, Ideen: Pflegeberatung u.a.	E
3	AP	„klinische Pflege“	außerklinische Pat.versorgung	KH → AP	Arbeitsplatzwechsel	E
4	KH	Führung	?	?	Einsamkeit, wenig Vertrauen zum Kollegium	O
5	AP	Leitung	arbeiten am/mit Patienten	Leitung	Führungsposition	E
6	AP	Leitung	Führung	WB: PDL	Bandscheibenvorfall. Jetzt evt. Überforderung	O
7	KH	Leitung	Führung und Organisation	WB: PDL und Anästhesie und Intensivpflege Einzel-Coaching	Seminar-Leitung für nichtinvasive Beatmung, Sport, Familie	E

Interview-Nr.	Bereich	Interessenschwerpunkte Bedeutsamkeit	Fokussierung Selektion + Kompensation	Spezialisierung Handhabung + Verstehen + Optimieren	(Re)organisation (beruflich/außerberuflich) Freude am Beruf bzw. negative Ergebnisse	E = „Erfolgs-Profil“ O = kein „Erfolgsprofil“
8	KH	Leitung	Führung und Organisa- tion	WB: PDL	Ängste in der Führungsposi- tion	0
9	KH	Medizin	Intensiv- station	Leitung, Führung	Wirkt überfor- dert, möchte aber bis zur Rente durchhal- ten	0
10	KH	Extremes Enga- gement auf vielen Feldern	?	Vor Jahren WB als Stationslei- tung und Mentor	Sehr hohe Iden- tifikation mit der Einrichtung – Tendenz: weg von der direkten Pflege	0
11	PH	Beziehungsauf- bau zu den Be- wohnerInnen	Bezugs- pflege	Generativität: Wissens- und Erfahrungswei- tergabe	Hohe Motivati- on und Freude bei der Arbeit	E
12	PH	Empathie	Dyade Bewohne- rIn/Pflege nde	Beratung und Deeskalation	Freude an der Arbeit (Traum- beruf)	E
13	PH	?	?	?	Negatives Bild von älteren Kol- legInnen	0
14	PH	Leitung, Führung	?	?	„Ausstiegsfanta- sien“, Angst vorm Älterwer- den	0

Interview-Nr.	Bereich	Interessenschwerpunkte Bedeutsamkeit	Fokussierung Selektion + Kompensation	Spezialisierung Handhabung + Verstehen + Optimieren	(Re)organisation (beruflich/außerberuflich) bzw. negative Ergebnisse	E = „Erfolgs-Profil“ O = kein „Erfolgsprofil“
15	PH	Leitung, Führung	Organisation	WB: SL und PDL	WBL, Teamplayerin, Engagement	E
16	AP	Wissens- und Erfahrungsvermittlung	professionelle Lehrpraktikerin	Mentorin, motiviert ältere MA	Pragmatismus, erkennt größere Zusammenhänge (beruflicher Kontext)	E
17	AP	Altern	Beratung	WB: SL und (neu) Expertenstandard „Ernährung“	Anwendung neuer Erkenntnisse (→ Ernährung), lernbegeistert	E
18	AP	Leitung	Führung	Palliativ Care Studium: Pflegemanagement	Einrichtungsleitung nach dem Studium, realistische Situationseinschätzung	E
19	KH	Leitung, Organisation, Personalentwicklung	Führung, Organisation	Studium: Krankenhaus-BWL WB: SL	Führungsposition mit kreativer Personalentwicklung, eigene FB-Aktivitäten, Reisen, usw.	E
20	PH	Leitung	Führung	WB: WBL	Defizit geprägtes Alter(n)sbild des Kollegiums	0

Interview-Nr.	Bereich	Interessenschwerpunkte Bedeutsamkeit	Fokussierung Selektion + Kompensation	Spezialisierung Handhabung + Verstehen + Optimieren	(Re)organisation (beruflich/außerberuflich) bzw. negative Ergebnisse	E = „Erfolgs-Profil“ O = kein „Erfolgsprofil“
21	PH	Großes Bedürfnis alten Menschen zu helfen	Empathie	Wissensweitergabe an jüngere KollegInnen	Freude am Beruf	E
22	PH	Individuelle Pflege	Empathie „Kompassion“	WB: WBL, Mentorin, PDL	Hat für sich trotz der Leitungs-WB eine „Nische“ im PH in der direkten BewohnerInnenzuwendung gefunden	E
23	AP	Leitung	Führung, Organisation	Studium: Gerontologie (ohne formalen Abschluss) WB: PDL	Einrichtungsleitung, Weitblick (keine Fixierung auf den Arbeitsplatz)	E
24	KH	Leitung, Organisation, Wissens- und Erfahrungswertgabe	Intensivpflege	WB: Anästhesie- und Intensivpflege sowie SL	Nach Jahren im Bereich Verantwortungsübernahme als SSL, Familie, Freundeskreis	E

Tab. 5: Entwicklungsprofile der InterviewpartnerInnen

Zu den „?“ in den jeweiligen Feldern wurden keine Angaben gemacht oder es lagen keine weiteren Informationen vor.

Zusammenfassend ergaben sich folgende Konstellationen bei der Zuordnung „erfolgreich“ und „nicht erfolgreich“ Altern im Beruf:

Quantitative Ergebnisse der Analyse

weiblich		männlich		Leitung	
E	0	E	0	E	0
14	4	2	4	8	6
nach Einrichtung					
AP		KH		PH	
E	0	E	0	E	0
7	1	3	4	6	3

Abb. 7: Erfolgreich/nicht erfolgreich alternde ProbandInnen (Ergebnis aus Tab. 5)

E= Profil „erfolgreich altern“ / 0= nicht „erfolgreich“ altern

AP = ambulanter Pflegedienst / KH = Krankenhaus / PH = Pflegeheim

Von den 24 befragten Pflegenden konnten zwei Drittel (14w/2m) der Gruppe der Erfolgreichen zugeordnet. Die überwiegende Mehrheit der „Erfolgreichen“ war weiblich, bei den Männern war es ein Drittel, bei Leitungspersonen etwas mehr als die Hälfte der ProbandInnen. Einrichtungsbezogen konnte die meisten „Erfolgreichen“ dem ambulanten Pflegedienst zugeordnet werden (fast alle!), an zweiter Stelle folgten die MitarbeiterInnen der Pflegeheime. Im Klinikbereich waren die beiden Gruppen nahezu gleich.

Biografisch fanden sich bei den „Erfolgreichen“ in der Regel:

- präzise Interessenschwerpunkte in der beruflichen Tätigkeit (beispielsweise wurde „Leitung“ und „Führung“ genannt oder großes Interesse am Thema „Alter[n]“)
- die Fokussierung auf ein bestimmtes Fachgebiet (beispielsweise Sterbebegleitung oder eine berufliche Ausrichtung auf die Intensivpflege)
- häufig eine weitere Spezialisierung (so zur Hospizbeauftragten oder Pflegedienstleitung)
- eine berufliche Reorganisation (wie die Übernahme einer Führungsaufgabe, ein Wechsel des Arbeitsbereiches [etwa von stationär zu ambulant])
- darüber hinaus:

- außerberufliche Aktivitäten (wie politisches Engagement, Sport, Reisen oder umfangreiche Weiterbildungsaktivitäten, die bewusst oder unbewusst zum Ausgleich der beruflichen Beanspruchungen gewählt wurde)
- kreative Impulse, konkret für den Arbeitsplatz oder den Beruf (beispielsweise kreative Personalentwicklung in einer Führungsposition, unter individueller Potenzialnutzung der nachgeordneten MitarbeiterInnen)

Drei Viertel der „erfolgreich“ alternden Pflegenden hatte eine Leitungsposition inne (alle drei aus dem Krankenhausbereich, drei von vier aus dem Bereich Pflegeheim und zwei von fünf ProbandInnen des ambulanten Pflegedienstes). Die „erfolgreich“ alternden Führungskräfte und MitarbeiterInnen zeichneten sich durch einen Überblick in ihrer Einrichtung aus, sie vermittelten den Eindruck, über die Abläufe bestens informiert zu sein, alle wichtigen Akteure zu kennen und zu wissen, welche Möglichkeiten bestehen und realisierbar sind. Sie sehen einen Sinn in ihrer Arbeit und verstehen größere Zusammenhänge, die demografische Entwicklung, die Profession und die Einrichtung betreffend. Ein/e ProbandIn äußerte sich dazu folgendermaßen:

„So kommt es auch vor, dass Bewohner aus Heimen wieder nach Hause gehen und dort mit Unterstützung der Sozialstation zurechtkommen. Ich denke, in diesem Rahmen gibt's einen Riesenbedarf an Beratung in Zukunft, wo man grad ältere, erfahrende Pflegekräfte eigentlich gut brauchen könnte, um Situationen besser einzuschätzen“ (Interview Nr. 2).
und auch

„Der Bedarf an 24-Stunden Betreuung immer größer und wird zu einem ganz großen Teil mit osteuropäischen Kräften abgedeckt, das ist nicht nur bei uns so, sondern scheint weltweit in der Diskussion zu sein. Ich könnte mir ganz gut vorstellen, dass man so eine 24-Stunden Betreuung hinkriegen könnte mit drei Leuten, die sich abwechseln in Schichten von drei mal acht Stunden“ (a.a.O.).

Ein/e Kollege/in aus dem ambulanten Pflegedienst in leitender Position sieht im Kontext des demografischen Wandels der Belegschaft auch die Situation der jüngeren MitarbeiterInnen mit familiärem Hintergrund:

„Wir haben jetzt grad familienfreundliche Arbeitszeiten eingeführt, weil wir einfach merken, wir brauchen die Jungen wieder, die kommen jetzt alle nach der Elternzeit wieder, aber können natürlich um sieben oder wann anfangen, geben denen be-

sondere Bedingungen; theoretisch müsste ich mir dann auch überlegen, was mache ich mit unseren Älteren“ (Interview Nr. 18).

Dieser Aspekt, attraktivere Arbeitszeiten auch für junge KollegInnen, die Kinder erziehen und sich in Teilzeitmodellen einbringen möchten/können anzubieten, könnte zur Personalakquise und längerfristigen Personalbindung beitragen. Einerseits wird durch das oben angeführte Statement deutlich, dass eine quantitative Reduktion der Arbeit (Arbeitszeit) mit konsekutiver Einkommensanpassung nicht immer gewünscht ist, da die verbleibenden Einkünfte häufig zu gering ausfallen. Andererseits wird auch aufgezeigt, welche Auswirkungen qualitative Ansätze, wie das Ändern von Arbeitsinhalten, haben können: Ein unkritisches Umverteilen der zu leistenden Arbeiten auf andere (jüngere) Teammitglieder könnte negative gruppensdynamische Prozesse auslösen. Im Ergebnis würde möglicherweise die intendierte Arbeitserleichterung durch Reaktionen sich benachteiligt fühlender KollegInnen zu Diskriminierungen der älteren MitarbeiterInnen führen und damit letztendlich die gesamte Konzeption konterkarieren.

Die Altersteilzeit dagegen stellt ausschließlich auf die Arbeitsquantität ab ohne zunächst Arbeitsinhalte oder Arbeitsorganisation zu berühren. „Wer das 55. Lebensjahr vollendet und in den letzten 5 Jahren vor der Altersteilzeit mindestens 3 Jahre sozialversicherungspflichtig gearbeitet hat, kann – theoretisch – Altersteilzeit in Anspruch nehmen. Einen gesetzlichen Rechtsanspruch auf Altersteilzeit gibt es nicht! [...] Bei gleichmäßiger Reduzierung der Arbeitszeit gilt: Diese Form der Altersteilzeit kann jederzeit mit dem Arbeitgeber vereinbart werden. Ein Tarifvertrag oder eine Betriebsvereinbarung ist nicht erforderlich. Irrigerweise meinen viele, dass Altersteilzeitgesetz sei Ende 2009 ausgelaufen und Altersteilzeit sei seitdem nicht mehr möglich. Das ist nicht der Fall! Ende 2009 lief die Förderung der Arbeitgeber durch die Bundesagentur für Arbeit für neue Altersteilzeit-Verträge aus. Altersteilzeit kann nach wie vor vereinbart werden.“ (VERDI 2013). Wie bei allen andern Teilzeitmodellen stellt sich bei KollegInnen der Pflegeberufe immer primär die Frage, ob die resultierende Gehaltseinbuße nicht doch zu drastisch ist, so dass eine Einschränkung der Lebensqualität letztendlich die Konsequenz wäre. Bei AlleinverdienerInnen scheidert diese Version oft an der finanziellen Dimension.

4.5. Detail-Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen einrichtungsbezogen dargestellt, sodann die Aussagen der ProbandInnen hinsichtlich ihrer Einstellung zum erfolgreichen beruflichen Alter(n) analysiert. In der Detaildarstellung der Ergebnisse wurden die Nennungen gruppiert und nach den einzelnen Kategorien [K1.1. – K9.5.] sortiert. Die Antworten, die ausschließlich in der „Erfolgsgruppe“ vorkamen, wurden **fett gedruckt**, Formulierungen, die lediglich von der „Nicht-Erfolgsgruppe“ verwendet wurden, sind flächig **markiert**, Nennungen beider Gruppen wurden nicht hervorgehoben. Die Zahlenangaben in Klammern nach den Stichpunkten beziehen sich auf die jeweiligen Nummern der Interviews. Es konnten zu den neun Fragen insgesamt 49 Kategorien gebildet werden. 849 Statements wurden zugeordnet, wobei die „Erfolgsgruppe“ mit 47% knapp die Hälfte der Beiträge lieferte, die Quote der „Nicht-Erfolgsgruppe“ lag bei 34%, die restlichen 19% bildeten Aussagen, die von Mitgliedern beider Gruppen getroffen wurden (siehe Anlage 7, B). Große Übereinstimmungen (> 6 Nennungen) gab es besonders bei der

- ersten Frage nach den **POSITIVEN EFFEKTEN BEI DER BESCHÄFTIGUNG ÄLTERER MITARBEITERINNEN IN DER PROFESSIONELLEN PFLEGE** in den Kategorien K1.1. „**physische Stabilität**“, K1.3. „**Professionalität**“, K1.4. **Empathie**“ und K1.5. „**Sozialkompetenz**“
- vierten Frage **WAS BELASTET SIE MIT ZUNEHMENDEM ALTER BESONDERS** in der Kategorie K4.1. „**physische Belastungen**“
- fünften Frage nach **ENTLASTENDEN MÖGLICHKEITEN** in der Kategorie K5.1. „**körperliche Entlastungen**“
- sechsten Frage nach **ALTERSSPEZIFISCHEN ANGEBOTEN** in der Kategorie K6.4.r. „**Sonstiges, realisiert**“ (hier wurden alle Nennungen ‚*keine Angebote*‘ zusammengefasst)
- siebten Frage **IST DIE BESCHÄFTIGUNG ÄLTERER PFLEGENDER SINNVOLL** in der Kategorie K7.4. „**Organisation**“ sowie bei der
- achten Frage zur **ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN DEN ALTERSGRUPPEN** in der Kategorie K8.3. „**Gute Zusammenarbeit**“.

4.5.1. RESSOURCEN ÄLTERER PFLEGENDER:

Welche positiven Effekte sehen Sie in der Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen (über 45 bzw. 50 Jahre) in der professionellen Pflege?

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K1.1. Psychische Stabilität		
<ul style="list-style-type: none"> - Gelassenheit (16, 22,3) - Ruhiger (3) - Ausgeglichenheit (17) - Geduld (2, 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Freude am Beruf (19) - Selbstsicher in der Arbeit (19) - Beständigkeit (8) - Arbeitsweise: konzentriert (10) - Hierarchie-Stabilität (8) - Impulsivität geringer (4) - Souveränität (8, 10) - Gelassenheit (11, 24) - Ruhe, weniger impulsiv (4, 19, 24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstbewusstsein (15) - Ruhig, gelassen (11, 21) - Ausgeglichenheit (12) - Geduld (12, 14, 21)
K1.2. Physische Stabilität		
<ul style="list-style-type: none"> - Ausfallquote gering (6) - Belastbarkeit (psychisch) (18) - Krankenstand: geringer (6, 23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausdauer (4) - Belastbarkeit (4) - Krankenstand: geringer (8) 	
K1.3. Professionalität ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Fachwissen (2, 17, 18) - Kompetenz (17) - Pragmatisch (erst mal „Bordmittel-Einsatz“) (23) - Prioritätensetzung (z.B. in Notfällen) (18) - Professionalität (16) - Routine (18) - Situativer Überblick vor Aktionismus + Übersicht (23) - Erfassung der gesamten PatientInnensituation mit (sozialem) Umfeld (inkl. Gemeinde) (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analytisch (19) - Erfahrungsschatz (7) - Qualitätsbewusstsein (Patient und Arbeitsergebnis) (24) - Routine-Beherrschung (7) - Wissen aktualisiert (19) - Expertenwissen (10) - Hilfsmittel Kenntnisse (10) - Arbeitsdisziplin: hoch (10, 24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualifikation: fachlich (15) - Weisheit (15) - Zeit (viel) nehmen (1) - Erfahrung: Beruf (1, 11, 13, 14, 15, 20, 22)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
... K1.3. Professionalität		
<ul style="list-style-type: none"> – Differenzierung komplexer Situationen (18) – Erfahrung: Beruf (3, 6, 16, 18, 23) (z.B. Notfälle) (16) 	<ul style="list-style-type: none"> – Erfahrung: Beruf (4, 8, 9, 10, 19, 24) – Vorausschauend (7, 10) 	
K1.4. Empathie		
<ul style="list-style-type: none"> – Akzeptanz bei den Zu- Pflegenden, Angehörigen und ÄrztInnen (17) – Akzeptanz bei den Klienten (23) – Empathie (2, 3) 	<ul style="list-style-type: none"> – Empathie (9) – Wertschätzend (den/die PatientIn) (4, 19) 	<ul style="list-style-type: none"> – Feinfühligkeit (1, 15) – Kompassion (22) – BewohnerInnen: Kenntnis über sie und ihre Besonderheiten (z.B. Krankheiten) (21) – Liebe und Zuneigung geben (11) – Empathie (11, 12, 13, 15)
K1.5. Sozialkompetenz		
<ul style="list-style-type: none"> – Persönliche Verhältnisse stabil (familiäre) (2) – Sicherheit: fachlich, sozial (6) – Beziehungsaufbau gelingt schnell zu PatientInnen (5) – Erfahrung: Leben (2, 5, 17, 18) – Reife (3, 18) 	<ul style="list-style-type: none"> – Diplomatisch (19) – Höflicher (4) – Erfahrung: Leben (8, 9, 24) 	<ul style="list-style-type: none"> – Kenntnisse aus früheren Zeiten [Spiele, alte Worte, Kochen, Kleidung] (1, 15) – Respekt (15) – Bezugspflege (wie Familie) (11) – Erfahrung: Leben und Sterben (11) – Generationennähe (12, 14, 15, 22) – Erfahrung: Leben (11, 14, 22)
K1.6. Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme ...		
<ul style="list-style-type: none"> – Unterstützung der Führenden (18) – Weiterbildungsengagement (18) – Zuverlässigkeit (23) 	<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsweise: verantwortlich + interessiert (24) – Anleitung für Junge (Inhalte, Strukturen) (19) – Arbeitsmoral: hoch (24) 	<ul style="list-style-type: none"> – Wissensweitergabe (20) – Anleitung/Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen (20)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
... K1.6. Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme		
	– Wissensweitergabe (8, 19)	
K1.7. Sonstiges		
	– Frauen werden nicht mehr schwanger (8)	– Keine (13) – Schmerzen der Kollegen (gehen zu Ärzten, nehmen Tabletten) (13)

Tab. 6: Ressourcen älterer Pflegender

Aus den Ausführungen lassen sich sieben Kategorien generieren, die die positiven Effekte des Alterns im Beruf folgendermaßen charakterisieren:

Psychische [K1.1.] und physische Stabilität [K1.2.]: In allen drei Bereichen bestand Konsens bezüglich der psychischen Stabilität, die übereinstimmend als Ressource gesehen wird. Ruhe, Gelassenheit, Geduld und Souveränität waren die Stichworte dazu. Physische Stabilität sahen die MitarbeiterInnen der Pflegeheime im Gegensatz zu ihren KollegInnen aus der Klinik und dem ambulanten Pflegedienst jedoch nicht. Mehrere Pflegende aus dem ambulanten und Krankenhausbereich nahmen bei den älteren KollegInnen eine geringere Krankheitsausfallquote wahr.

Professionalität [K1.3.] wurde am häufigsten in der ambulanten Pflege genannt, wobei in den übrigen Bereichen auch immer wieder auf Erfahrung und fachliche Qualifikation als positiver Alterseffekt hingewiesen wurde. Im ambulanten Einsatz hat offenbar der Überblick über komplexe Sachverhalte (Pflegesituationen) und das Setzen von Prioritäten einen hohen Stellenwert. Berufs- und Lebenserfahrung, als Voraussetzung für diese Fähigkeiten – besonders auch in Notfallsituationen – wurden mehrfach erwähnt. Bei den „Erfolgreichen“ im ambulanten Pflegedienst wurde Pragmatismus als besondere Stärke hervorgehoben:

„Dass sie einfach, einfach äh, die neigen vielleicht einfach nicht so zu sofortigem Aktionismus, sondern sehen erst mal, versuchen die Situation, die neue Situation

beim neuen Klienten einzuschätzen – äh – und sehen dann, wie sie mit Bordmitteln eine unverhoffte Situation ähm geregelt bekommen. Ja ich finde sie sind einfach gelassener“ (Interview Nr. 23).

Empathie [K1.4.], Wertschätzung und Feinfühligkeit wurde im ambulanten und den beiden stationären Bereichen ebenso wie Sozialkompetenz [K1.5.] und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme [K1.6.] angegeben. Letztere bezog sich sowohl auf die Verpflichtung zur eigenen Weiterbildung und Wissensweitergabe als auch auf die konkrete Arbeit an sich. In der Kategorie Sonstiges [K1.7.] fand es ein/e Proband/in erwähnenswert, dass ältere Kolleginnen nicht mehr schwanger werden können. Ein/e Befragte/r konnte keine Ressourcen finden und schilderte stattdessen seinen/ihren subjektiven Eindruck dahingehend, dass ältere KollegInnen vermehrt krank seien.

Zusammenfassend dominierten in der ambulanten Pflege und im Krankenhaus in den Nennungen die Kategorie „Professionalität“, in den Pflegeheimen dagegen die Cluster „Empathie“ und „Sozialkompetenz“. Als Erklärung hierfür wäre möglicherweise die unterschiedliche Kontaktdauer der professionellen Interaktionen denkbar: Die MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste sind in der Regel einmal pro Schicht bei ihren KlientInnen, im stationären Bereich finden dagegen Kontakte während der gesamten Schichtzeit statt, so dass der Empathie dort möglicherweise ein höherer Stellenwert beigemessen wird.

Die Sozialkompetenz dagegen scheint eher im ambulanten und Pflegeheimsegment als Schlüsselkompetenz angesehen zu werden als in der Klinik, wobei auch da in dieser Rubrik „Diplomatie“ und „Lebenserfahrung“ genannt wurden. Pflege hat im Krankenhaus einen anderen Stellenwert: Sie muss unter anderem häufig zwischen den verschiedenen Professionen vermitteln, sei es durch Erklärungen, Beratungen und Organisation des Behandlungsablaufs:

„Heute mach‘ ich`s ein bisschen diplomatischer und hab‘ natürlich davon sehr viel mehr Erfolge, weil, mit dem Kopf durch die Wand ist halt meistens immer mit der Brechstange und das hinterlässt halt ganz schöne viele Beulen. Man erreicht vielleicht dann zwar sein Ziel, aber nicht so schnell, wie wenn man es diplomatisch angeht und da hab‘ ich mir einfach ein paar Techniken angewöhnt und davon profitiere ich natürlich schon. [...] also – im Umgang mit Ärzten zum Beispiel“ (Interview Nr. 19).

Der Beziehungsaufbau Pflegende/r ↔ Zu-Pflegende/r wird im Krankenhaus von weiteren Situationen und Akteuren geprägt. Neben den Interaktionen mit ÄrztInnen, Physio-, Ergo-

therapeutInnen, LogopädInnen, Röntgen-MitarbeiterInnen usw. finden zahlreiche Untersuchungen, Behandlungen (z.B. Operationen) statt. Die „erfolgreichen“ KlinikerInnen nannten daher auch „diplomatisch“ als kennzeichnend für die Stärke ihrer spezifischen Sozialkompetenz. Die Gruppe der „Erfolgreichen“ stellte darüber hinaus sehr deutlich „Professionalität“ heraus, im Sinne von ausgeprägter Fachkompetenz, Qualitätsbewusstsein und Souveränität. Im ambulanten Pflegedienst werden die Einsätze in der Regel allein, das heißt ohne KollegIn, geleistet, daher ist Pragmatismus vor Ort hier eine wichtige Ressource, über die vornehmlich die älteren MitarbeiterInnen – so die Befragungsergebnisse dieser Gruppe – verfügen. In den Interviews sagte eine Probandin dazu:

„Sie können einfach sofort differenzieren, ich muss hier als erstes nicht sofort mit dem Angehörigen reden, wenn ich `ne Notfallsituation hab', sondern ich muss als erstes gucken, wie sind die Vitalzeichen, wie ist das und das. Sie hat einfach `ne Ruhe in der Situation und weiß es, weil er die Erfahrung in vielen anderen Situationen gemacht hat. Das andere ist, er ist natürlich aufgrund dieser Erfahrung – auch komplexe Situationen, da kann er ganz anders damit umgehen, weil er besser differenzieren kann“ (Interview Nr.18).

In der Kategorie K 1.6. „Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme“ nannten vor allem die „Erfolgreichen“ Aspekte wie Anleitung für junge KollegInnen, Zuverlässigkeit und Wissensweitergabe. Ein/e Mitarbeiter/in aus der Klinik berichtete diesen Aspekt folgendermaßen:

„Ja, die [Beschäftigung Älterer, JC] ist ganz bestimmt sinnvoll. [...], da ist mir dann schon dazu eingefallen, dass die älteren Mitarbeiter auf jeden Fall über Erfahrung verfügen und klar kann ich auch nur für meinen Bereich sprechen, ich hab' durchaus den Eindruck, dass die Erfahrung von den jüngeren Mitarbeitern geschätzt wird und auch gerne angenommen wird, in der Regel gerne angenommen wird [...] und Bedingungen [...], dass man für ältere Mitarbeiter Beschäftigungsmöglichkeiten im Sinne von Seniortrainern nachdenken kann, dass die halt tatsächlich ihre Erfahrung sowohl in der Pflege, medizinischem Bereich, als auch durchaus im zwischenmenschlichen Bereich weitergeben und dass da Teams davon profitieren können“ (Interview Nr. 24).

Die „Nicht-Erfolgreichen“ konnten in dieser Kategorie keinerlei Ansätze sehen. Sie blieben bei ihren Ausführungen meist an der Oberfläche, beließen es in der Regel bei der Nennung einzelner Schlagworte wie beispielsweise „Empathie“ oder „Berufserfahrung“, ohne nähere Ausführungen oder Erklärungen dazu abzugeben.

4.5.2. PERSÖNLICHE POSITIVE PERSPEKTIVEN:
Bringt Ihnen persönlich das Alter Vorteile?

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K2.1. (Fach)Kompetenz		
<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrung: in der Arbeit (23) - Kompetenz: fachlich (17) - Krankenbeobachtung (16) - Wissensweitergabe: von AZUBIs an ältere KollegInnen (23) - Auf-den-ersten-Blick-Erfassen (16) - Wissen: breit (23) - Sicherheit: situativ (16) - Qualifikation: hoch, viele Pflegefachkräfte (23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualifikation: hoch (24) - Familiär: keine kleinen Kinder + Konzentration auf den Beruf (9) - Erfahrung (7, 10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation (20) - Erfahrung: Beruf (22) - Fachsprache (20) - Professionalität, Fortschritte in den letzten Jahren (20) - Erfahrung: Pflege, Sozialbereich (12) - Erfahrung: Evtl. Ansammlung in den nächsten Jahren (13)
K2.2. Persönliche Reife		
<ul style="list-style-type: none"> - Generationennähe als Kommunikationsvorteil bei Angehörigen (17) - Ruhe (17) - Toleranz (17) - Gelassenheit (5, 18, 23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelassenheit (24) - Offenheit, grundsätzlich (7) - Ruhe (24) - Emotionale Stabilität (10) - Reife (10) - Menschenkenntnis (10) - Vorbildfunktion (10, 24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Diplomatie (22) - Geduld (20, 22) - Mutterschaft als persönliche Erfahrung (15) - Toleranz (1) - Verständnis z.B. bei Inkontinenz (1) - Liebe zu alten Menschen (15) - Menschlichkeit (15) - Wärme (15) - Lernmöglichkeiten: eigene (21) - Weitblick (14) - Verständnis (21)
K2.3. Soziale Kompetenz ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrung: Leben (23) - Kenntnisse: Kultur + Soziales (23) - Selbstpflege (weniger Burnout) (23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Empathie (7) - Kenntnisse: soziale Komponenten (23) - Rückendeckung durch direkte Vorgesetzte mit Sozialkompetenz (24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrung: Eigene Großeltern (15) - Erfahrungsweitergabe an jüngere KollegInnen (1)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
... K2.3. Soziale Kompetenz		
<ul style="list-style-type: none"> - Präventivkenntnisse zu Burnout (17) - Zusammenarbeit mit SchülerInnen (wechselseitiger Wissenstransfer) (23) - Vernetzung (23) - Kenntnisse zu Burnout (17, 23) - Pragmatismus (16) 	<ul style="list-style-type: none"> - Zuverlässigkeit (7) - Kenntnisse: Betriebsinterna und Mitarbeiter (8) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nähe/Distanz-Gespür (1) - Sensibilität (1) - Vertrauen zueinander (20) - Zugang zu allen sozialen Schichten (22) - Gleichaltrige BewohnerInnen (sind dann wie Freunde) (22) - Zusammenarbeit Alt/Jung (11) - Empathie (12, 21) - Erfahrung: Sterben + Tod (1, 11) - Erfahrung: Leben (11, 22)
K2.4. Selbstbewusstsein ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Argumentationsfähigkeit (16) - Karriere (eigene) (16) - Spaß am Beruf (23) - Wertschätzung durch ältere BewohnerInnen (2) - Zielstrebigkeit (16) - Zeitsouveränität (6) - Akzeptanz hoch, z.B. bei Angehörigen (3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz: bei Jüngeren (24) - Akzeptanz: interprofessionell (7) - Autorität: Kollegium, PatientInnen, ÄrztInnen (24) - Selbstsicherheit hoch durch hohe Qualifikation (24) - Selbstvertrauen (10) - Souveränität (8) - Leitungsfunktion, nur da evtl. Vorteile (4) - Durchsetzungsfähigkeit (10) - Respektforderung: PatientInnen, Angehörige und Kollegium (10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationskompetenz (mit den Ärzten) (20) - Sicherheit: bei emotionalen Herausforderungen (z.B. demenzkranke Menschen: Validation, Snoezelen) (1) - Sicherheit im Beruf (20) - Kultur: Portugiesische (15) - Wertschätzende Atmosphäre (21) - Parallele Tätigkeiten möglich (14) - Spaß an der Arbeit (21)
K2.5. Sonstiges		
<ul style="list-style-type: none"> - Belastbarkeit, körperlich: starke Abnahme (18) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation mit dem Betrieb (10) - Keine (4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausstiegsüberlegungen, Resignation, Frustration (14) - Familiäres Setting der Einrichtung (21)

Tab. 7: Persönliche positive Perspektiven

Zu diesem Komplex ließen sich fünf Kategorien [K2.1-K2.5] bilden:

(Fach)Kompetenz [K2.1.], persönliche Reife [K2.2.], erneut soziale Kompetenz [K2.3.], Selbstbewusstsein [K2.4.] und Sonstiges [K2.5.]. Unter „Sonstiges“ vertrat ein/e ProbandIn in leitender Funktion aus dem ambulanten Bereich die Auffassung, die abnehmende physische Belastbarkeit älterer KollegInnen sei ein besonders sensibler Aspekt („Fettnäpfchen“); aus dem Klinikbereich konnte ein/e KollegIn dem beruflichen Altern keine positive Perspektiven abgewinnen; aus dem Pflegeheimbereich wurde einerseits große Unzufriedenheit durch Aussteigerüberlegungen berichtet, andererseits aber auch Zufriedenheit wie in einem familiären Setting.

In allen Bereichen wurden (Fach)Kompetenz, persönliche Reife, soziale Kompetenz und Selbstbewusstsein als positive Aspekte des Alter(n)s benannt. In dieser Frage ist insbesondere die Zurückhaltung bzw. die Beinahe-Absenz der „Nicht-Erfolgreichen“ evident. Einerseits ein denkbarer Beleg für eine erst zaghafte gedankliche Auseinandersetzung mit der Thematik und andererseits die Bestätigung der vorgenommenen Attribuierung „erfolgreich“ und „nicht erfolgreich“: Es ist geradezu konstitutiv für erfolgreiches Altern, dass positive persönliche Perspektiven und Vorteile erkannt und benannt werden können. „Symptomatisch“ für „nicht erfolgreiches“ Altern war hingegen die unter der Kategorie „Sonstiges“ geäußerte Resignation und Ausstiegsüberlegung:

„Was könnte ich alternativ noch machen, weil -- -- verstehen Sie? [...] Ausstieg aber dann was? Das ist schon ziemlich so bissl ein Problem in dem Beruf, wenn man das schon jahrelang macht, dann ist es gar nicht so einfach, umzudenken bzw. auszusteigen“ (Interview Nr. 14).

4.5.3. KONKRETISIERUNG DER PERSÖNLICHEN VORTEILE:

Fallen manche Dinge leichter mit zunehmendem Alter?

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K3.1. Empathie		
<ul style="list-style-type: none"> - Beziehungen, gewachsene (17) - Respekt vorm Alter (3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Generationennähe (10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Empathie, bes. bei demenzkranken BewohnerInnen (22) - Kompetenzen der BewohnerInnen beachten (22) - Sterbebegleitung (1) - Tod und Sterben (1, 22) - Empathie (21)
K3.2. Kommunikation		
<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation (23) - Kritik üben (6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Argumentationsstärke (24) - Durchsetzungsvermögen gegenüber Vorgesetzten (24) - Sprechen vor Gruppen (7) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kollegialer Erfahrungsaustausch (viele Fachkräfte) (20) - Menschenkenntnis (15) - Kommunikation (11, 22) - Konfliktmanagement (13)
K3.3. Zeitsouveränität		
<ul style="list-style-type: none"> - Selbstorganisation (6) - Zeitmanagement (6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Souveränität: Zeit, Abläufe (24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Zeiträume schaffen, ausreichende (22)
K3.4. Praktische Fähigkeiten ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Arbeiten: Effizienter (18) - Flüssigere Arbeitsweise (16) - Beratung der KollegInnen (16) - Konfliktfähig (23) - Körperschonendes Arbeiten (2) - Professionelle Herangehensweise (2) - Routine: Mobilisation (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Intuitives Erfassen kritischer Situationen auf einen Blick (24) - Komplexe Abläufe (Trainingseffekt, z.B. Notfälle) (24) - Notfallmanagement (19, 24) - Supervision von jüngeren KollegInnen (bes. Notfälle) (19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation (20) - Erfahrung. Beruf (1, 15) - Fort- und Weiterbildungen (1) - Hilfsmittel (20) - Mobilisation (20) - Ressourcen der BewohnerInnen beachten (22) - Routine (15)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
... K3.4. Praktische Fähigkeiten		
<ul style="list-style-type: none"> - Routinierter: arbeiten (2, 16, 18) - Arbeiten: Schneller (18) - Schneller: entscheiden (23) - Komplexe Situationen werden besser eingeschätzt (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrung: Leben (10) - Erkennen von Risiken (10) - Hilfsmittel anwenden (10) - Lebensweisheit: Zunahme (9) - Situationen einschätzen (10) - Routine (7, 9, 19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Achtsamkeit i. S. v. Krankenbeobachtung (21) - Hebetekniken, Knowhow beim Transfer (14) - Hilfe von Jüngeren?! (13)
K3.5. Emotionale Stärke		
<ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz des Todes (17) - Selbstbewusstsein (23) - Sicherheit (23) - Toleranz gegenüber anderer Meinungen der KollegInnen (16) - Psychisches (3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Stresstabil (24) - Emotionale Stabilität (9) - Fehler eingestehen (8) - Gelassenheit (9) - Weniger impulsiv (8) - Warten, mal nicht gleich entscheiden (8) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherheit (15) - Angehörige: schwierige (22) - Gelassenheit (12)
K3.6. Sonstiges		
	<ul style="list-style-type: none"> - Nichts (4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Schonung: evtl. werden Ältere von den Jüngeren geschont (13)

Tab. 8: Konkretisierung der persönlichen Vorteile

Zu dieser Frage konnten sechs Antwortcluster [K3.1. - K3.6] gefunden werden:

Empathie [K3.1.], wie bereits unter „positive Effekte“ [K1.4.], Kommunikation [K3.2.], Zeitsouveränität [K3.3.], praktische Fähigkeiten [K3.4.], emotionale Stärke [K3.5.] sowie Sonstiges [K3.6.]. Wie bereits bei der ersten Frage wurde auch hier von den („erfolgreichen“) MitarbeiterInnen aus den Pflegeheimen sehr deutlich die Empathie hervorgehoben als altersspezifischer persönlicher Vorteil, vor allem im Kontext der Pflege dementiell Erkrankter, Tod und Sterben. Im ambulanten Bereich wurde die „gewachsene Bezie-

hung“ als besonderer Aspekt hervorgehoben, in der Klinik dagegen die Generationennähe. Kommunikationsstärke wurde in der ambulanten Pflege und in Pflegeheimen vor allem in der Begegnung mit den Zu-Pflegenden thematisiert, während in den Kliniken zusätzlich die interprofessionellen Dialoge genannt wurden (besonders mit den ÄrztInnen) sowie die Besprechungen mit Vorgesetzten:

„Das fällt leichter und natürlich auch die Kommunikation mit Vorgesetzten, mit Mitarbeitern allgemein im Leben, es fällt leichter, wenn man da schon Lebenserfahrung hat, dass man da mehr Ruhe bewahrt auch wenn's mal brenzlich wird, aber auch dass man klipp und klar sagt, bis hierher und nicht weiter. Und dazu gehört eben auch Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein und das muss auch erst über die Jahre reifen, das ist meine eigene persönliche Erfahrung. Es gibt Leute, die wirken sehr selbstbewusst, aber manchmal ist es einfach nur 'ne große Klappe“ (Interview Nr. 10).

Zeitsouveränität war in allen Bereichen eine altersassoziierte Ressource, die mit der einhergehenden Routine durch viele Berufsjahre erklärbar ist:

„Wie bekommt man das hin, wenn man in der ganzen Hektik feststellt, ich habe jetzt plötzlich einen zusätzlichen Zeitbedarf, für einen Patienten, der einfach mal Trost braucht, als älterer Mitarbeiter mit der Souveränität in der Situation [JC]? Ich glaube, dass unsere älteren Mitarbeiter sich da auch ganz souverän durchsetzen und sich das nehmen, versuchen irgendwie zu nehmen. Weil sie mittlerweile gemerkt haben, wir haben jetzt gerade eine ganz schwierige Zeit hinter uns, wo jetzt dann auch zurückkommt, dass sie gemerkt haben, es geht ihnen schlecht, wenn man eben so unter Druck gesetzt wird, einfach von diesen äußeren Umständen, die auf uns treffen und wo ich dann jetzt auch immer erlebt habe, ganz gezielt auch in der größten Hektik, dass sie sich zurücknehmen, sich die fünf Minuten für irgendwas nehmen und dann weitermachen“ (Interview Nr. 24).

Ein weiterer persönlicher Vorteil wurde in den „Praktischen Fähigkeiten“ gesehen. Zu letzteren wurde auch übereinstimmend Körper schonendes Arbeiten und der Einsatz von Hilfsmitteln genannt (beispielsweise Hebehilfen und -techniken), besonders detailliert von den „Erfolgreichen“.

Zur emotionalen Stärke zählten Befragte aus dem ambulanten Sektor die Akzeptanz des Todes ebenso wie die Sicherheit und das Selbstbewusstsein, das seinen Ausdruck unter anderem auch in der Toleranz gegenüber anderen Meinungen der KollegInnen fand. In der Klinik wurde „Stressstabilität“ hervorgehoben, bei den KollegInnen der Pflegeheime „Sicherheit bei der Ausübung der Pflegetätigkeiten“ und im Umgang mit schwierigen An-

gehörigen. Die „Nicht-Erfolgreichen“ blieben bei ihren Aussagen eher diffus (u.a. wurde „Gelassenheit“ und „Psychisches“ angegeben).

Unter „Sonstiges“ [K3.6.] wurde von eine/r ProbandIn (es war die/der jüngste Interviewpartner/in: 23 Jahre alt) zunächst die Vermutung geäußert, dass Ältere von Jüngeren geschont würden. Allerdings wurde diese Aussage später wieder von der/dem gleichen Pflegenden relativiert:

„Ja, ich habe das Gefühl, dass teilweise die jüngeren Leute viel mehr Arbeit aufgehalst bekommen oder machen wie die Älteren. Das ist schon teilweise so. Viele denken, die Jüngeren sind belastbarer wie die älteren Kollegen. Ich meine, ich mach das gern, ich hab` kein Problem damit, aber es bleiben halt Überstunden, wenn man`s nicht schafft“ (Interview Nr. 13).

Diese Bemerkung von dem/der jüngsten Probanden/innen wurde nicht weiter konkretisiert. Sein/Ihr Alter(n)sbild war überwiegend defizit-orientiert geprägt:

„Ich seh` da eigentlich gar keine positiven Effekte [des Alters, JC], wenn ich so meine älteren Kollegen angucke, die haben Schmerzen, gehen zu den Ärzten, nehmen Tabletten, also ich seh` bis jetzt nix Positives.“ (ebd.).

Ergänzend wurde die Möglichkeit berichtet, bei körperlichen Anstrengungen zu unterstützen:

„Die Jüngeren sehen das, wenn ältere Kollegen Hilfe brauchen und die gehen dann hin und helfen auch“ (a.a.O.).

Perspektivisch wurde der weitere berufliche Verlauf auch sehr skeptisch bis pessimistisch betrachtet:

„Ich weiß [...] nicht ob ich mit 50 überhaupt noch in dem Beruf bin – weil, wenn ich manche Kollegen sehe mit ihren Rückenschmerzen und – da frag ich mich, schaffe ich das überhaupt, weil ich muss noch so so lange arbeiten gehen [...]“ (ebd.).

Der Schwerpunkt lag bei dieser Frage übereinstimmend bei den „praktischen Fähigkeiten“ – hier korrespondieren ganz offensichtlich die langen Berufsjahre (Beherrschung der Routine) mit der Erfahrung der älteren Pflegenden. Durch jahrelanges Praktizieren wird ein Höchstmaß an Sicherheit in den Arbeitsabläufen erreicht, das als persönlicher Vorteil in allen Bereichen gesehen wurde.

4.5.4. NEGATIVE PERSÖNLICHE ASPEKTE:

Was belastet Sie mit zunehmendem Alter besonders?

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K4.1. Physische Belastungen ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Administrative Tätigkeiten, Bürokratie (2) - Belastung: gesundheitlich, bes. Rücken und Gelenke (16) - Dienste: Wochenende, Feiertage, Rufdienste, Wechseldienste (2, 17, 23) - Räumliche Verhältnisse, beengte (bei d. KlientInnen) (18) - Familiäre Zusatzbelastungen (Kinder, zu pflegende Eltern o.ä.) (18) - Haltung: wenn keine Rücken schonende Arbeitsweise möglich ist (16) - Heben (16, 18) - Hitze: im Sommer (17) - Mobilisieren (16) - PatientInnen: gehbehindert, schwergewichtig (16) - Regenerationszeiten: verlängert (23) - Springereinsatz (23) - Treppensteigen (16, 18) - Dienste: Spät (5) - Tourenfahren (5) - Dokumentation (Papierkram) (6) - Arbeitszyklen: lang, 12 T (2, 5, 17) - Belastbarkeit: körperlich (5, 18, 23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitstempo: langsamer → Depressionen, Rückenschmerzen, Herzrhythmusstörungen, Hörsturz, Burnout (19) - Arbeitszeiten: allgemein (24) - Dienste: Wochenenden (24) - Psychosomatische Reaktionen: Burnout, Rücken- und Herzschmerzen usw. (19) - Belastung: körperlich (8) - Dienste: Schichtdienste (10) - Dienste: Nachtdienste (9, 24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsbedingungen: schwierig (14) - Belastungen: körperliche nehmen zu (11) - Personalmangel (12, 14) - Arbeitszyklen: zu lang (12 T) (14, 20)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegerheime
K4.2. Psychische Belastungen ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Angst vor abnehmender Flexibilität bzgl. Informationsverarbeitung (18) - Begleitung von Carcinom-Patienten und deren Angehörigen (16) - Demenzkranke: hoher Anteil, oft mit zusätzlich zu betreuenden Angehörigen (18) - Familiäre Zusatzbelastungen (Kinder, zu pflegende Eltern o.ä.) (18) - Kollegen-Fluktuation (16) - PatientInnen-Fluktuation (16) - Identifikation mit dem/der PatientIn (v.a. bei jüngeren) (18) - PatientInnen: Vereinsamung (16) - Sterbebegleitung (16) - Tod und Sterben (23) - Aufgabenzuwachs (6) - Leistungsfähigkeit: Rückgang (5) - Leitungsfunktion belastend (5) - Betreuung psychisch Kranker (3) - Zeitdruck (6) - Belastung: Psyche (3, 5, 23) - Geschwindigkeit (der Arbeit): Abnahme (5, 23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitstempo: langsamer → Depressionen, Rückenschmerzen, Herzrhythmusstörungen, Hörsturz, Burnout (19) - Einzelschicksale (altersunabhängig) (7) - Führungsposition per se ist kein Schonarbeitsplatz (7) - Konkurrenz: Ältere schauen akribisch auf die Fehler der Jüngeren (19) - Konsensfindung (z.B. mit Betriebsrat) (7) - Jüngere sind schneller (19) - Stress: negativer, durch chronische Spannungen mit dem ärztlichen Dienst) (24) - Problemanlaufstelle (7) - Psychosomatische Reaktionen: Burnout, Rücken- und Herzschmerzen usw. (19) - Alt/Jung: Brücke bilden (19) - Angst: Altersarmut bei vorzeitiger Berentung, Berufsunfähigkeit (9) - Angst vor Berufsunfähigkeit (10) - Angst vor Repressalien (4) - Finanzielle Begrenzungen (10) - Konflikte im Kollegium zwischen Alt und Jung (4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Angehörige: allgemein (15, 20) - BewohnerInnen: Nähe (15) - Dienste: Schichtdienst (20) - Innovationskritische ältere KollegInnen (20) - Jüngere: hören ihre Musik ohne Rücksicht (1) - Jüngere: lassen BewohnerInnen vor TV sitzen (1) - Mitarbeiterprobleme als Vorgesetzte/r (1, 15, 20) - Tod und Sterben (15, 20, 22) - Konfliktverarbeitung (20) - BewohnerInnen: emotional, verbal aggressiv und unzufrieden (14) - BewohnerInnen: neue relativ alt, launisch, psychisch belastet, bettlägerig, manchmal sterbend (11) - BewohnerInnen zunehmend (hoch)alt(rig) (11) - Dienste: Dienstpläne allgem. (11) - Desillusionierung/Enttäuschung: Große Theorie/Praxis Diskrepanz (12, 14) - Fort-/Weiterbildungen nach Vorgaben des Arbeitgebers (11) - Krankheiten nehmen zu (11) - Zeitdruck (12) - Dienste: Schaukeldienste (11, 20)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
... K4.2. Psychische Belastungen		
	<ul style="list-style-type: none"> - Konkurrenz von Jüngeren (Studienabgänger) (8) - Jüngere nehmen ungern etwas von Älteren an (4) - Sorge um die MA und die gesamte Berufsgruppe (8) 	
K4.3. Kognitive Anforderungen		
<ul style="list-style-type: none"> - Computer (18) - Flexibilität: Rückgang (23) - Komplexe Vorgänge erfassen (18) - Entscheidungen, schnelle (18) - Pflegedokumentation (2) - Technik: Neues, v.a. PC (16) - Wundprotokolle (2) - Gedächtnisleistung: Rückgang (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Angst, Unsicherheit, Frustration: vor neuen Techniken (PC) (19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation: allgemein (20, 22) - Administratives (12) - Computereinsatz: Ängste (14) - Dokumentation: Pflegeplanung (12, 22) - Neues: kritisch (12, 20)
K4.4. Ethische Konflikte ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsbegrenzung (Module) durch Kostenträger bzw. finanzielle Möglichkeiten (17) - PatientInnen: hilfebedürftig, ohne Betreuung (16) - Sozialschwache, verwahrloste PatientInnen (16) - Angehörige, untätige (16) 		<ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmittel: Anschaffung schwierig, rigide Krankenkassen (20) - Frühstücksausgabe: Dauer ca. 2 Stunden, Zeit fehlt in Pflege (22) - Angehörige: kümmern sich nicht mehr (11) - Demenzkranke mit Weglauftendenzen und vermehrtem Zuwendungsbedarf (13) - Empathie: fehlt bei älteren KollegInnen (13) - Unzufriedenheit: zu wenig Zeit für zufriedenstellende Arbeit (12)

Tab. 9: Negative persönliche Aspekte

Zum Thema „Belastungen“ gab es aus allen Bereichen zahlreiche Schilderungen. Vier Kategorien konnten gebildet werden: Physische [K4.1.] und psychische Belastungen [K4.2.], kognitive Anforderungen [4.3.] und ethische Konflikte [4.4.]. Bei den physischen Belastungen [K4.1] gaben die „Nicht-Erfolgreichen“ vor allem die direkten hohen körperlichen Beanspruchungen, den Schichtdienst und Personalmangel (Pflegeheim) an. Die „Erfolgreichen“ berichteten in den Pflegeheimen interessanterweise nicht über physische Belastungen, bei ihnen lag der Schwerpunkt auf den psychischen. Die „Erfolgreichen“ nannten in den anderen Bereichen zusätzlich eigene familiäre Belastungen, zu kurze Regenerationszeiten, psychosomatische Zusammenhänge und zu hohes Arbeitstempo – von („erfolgreichen“) MitarbeiterInnen der Pflegeheime wurden keine physischen Belastungen angegeben. Die Angaben hierzu aus den Kliniken waren zahlenmäßig auch eher gering.

Die umfangreichsten Angaben wurden in der Kategorie „psychische Belastungen“ gemacht. Aus allen Bereichen wurden von der Gruppe der „Nicht-Erfolgreichen“ insbesondere die Arbeitsverdichtung, im Klinikbereich die Konkurrenz mit den Jüngeren und im Pflegeheimsegment die Problematiken mit den BewohnerInnen (z.B. Aggressivität, Hochaltrigkeit) genannt. Die Erfolgreichen thematisierten dagegen die Belastungsfaktoren Tod und Sterben und den Umgang mit Klienten/BewohnerInnen und deren Angehörigen – mit Ausnahme der KrankenhauskollegInnen; dort überwogen die Konkurrenzsituation zwischen Jung und Alt sowie reaktive (zunehmendes Arbeitstempo) psychosomatische Symptome (z.B. Burnout). Bei den kognitiven Anforderungen wurden unisono die Dokumentation bzw. der Computereinsatz oder andere neue Technologien als kritisch gesehen. Die diesbezüglichen Ausführungen waren bei den „Erfolgreichen“ dezidierter und klangen weniger resignativ. Sie konnten zu speziellen Problemen Bewältigungsstrategien aufzeigen. Ein/e KollegIn aus dem Pflegeheim berichtete dazu etwa folgendes:

„ein älterer Mitarbeiter hat gesagt, weiß Du was, ich versteh nix von Computer, oder wir haben jetzt neues System, was die Pflegeplanung angeht, und der ist schon sehr sehr lang aus die Schule raus, seit 22 Jahren, und der Junge hat gleich gesagt, kein Problem, ich zeig Dir wie`s geht, ja, und der hat gesagt, weiß Du was, Du zeigst mir das und dafür mach` ich Dir was anderes fertig oder sonst was. Die tun sich praktisch revanchieren [...]“ (Interview Nr. 15).

Im Cluster „kognitive Anforderungen“ finden sich besonders aus den ambulanten Pflegediensten aus den Reihen der „Erfolgreichen“ Bemerkungen zu administrativen Tätigkei-

ten wie Pflegedokumentation und Wundprotokolle sowie zu den Technikthemen rund um den „Computer“. In den beiden stationären Segmenten wurden „Computer“ und neue Technologien ebenfalls angegeben:

„Ich denke, die Kräfte, Unsicherheit und Frustration bei den älteren Mitarbeitern ist einfach diese Ängste, die sie entwickeln, weil sie einfach die Techniken, mit denen die Jungen aufwachsen, nicht kennen, sondern sie einfach im Alter erlernen mussten, zum Beispiel der PC und durch diese Schnelllebigkeit in der die Jungen aufgewachsen sind, also die, die jetzt grade dran sind, haben die natürlich auch zum Teil eine ganz andere Arbeitstechnik, ja - und bisweilen sind sie einfach schneller in ihren Aktionen, also wenn sie gut sind“ (Interview Nr. 19, Klinik).

und auch

„Zum Beispiel bei uns ist jetzt der PC am Kommen, ne, und da gibt's mittlerweile so viele Buttons, soviel Sachen zum Anklicken, also das ist auch nicht so mein Ding, das kommt natürlich auch noch mit dazu und da bedarf es auch bissl mehr am Eingebundenwerden, bei uns macht das speziell auch die Stationsleitung und wenn die nicht da ist, dann stehen wir alle miteinander da. Wir wissen jetzt mittlerweile ihr Passwort, dass wir reinkommen, aber da sind, ich sag mal so viele Buttons, da ist das anzuklicken und da sieht man das oder das, und da muss man da rein und da, und da da abspeichern, also das ist was, wo wir, aber nicht nur wir, sondern auch andere Kolleginnen, allerdings sind das die, die auch schon bissl älter sind. Also da sind da die Jüngeren, die sagen zack zack zack und ich hab schon wieder fast ... Probleme, sag ich Ihnen, gell. Also ich hab auch einen Computer daheim, aber das ist mal so bisschen zum Surfen, mal zum Gucken, ne, das geht“ (Interview Nr. 14, Pflegeheim).

Ethische Konflikte wurden fast ausschließlich vom ambulanten Pflegedienst berichtet. Große Sorge bereitet hier die Leistungsbegrenzung (Modules System) durch die Kostenträger. Pflegende sehen einerseits großen Handlungsbedarf bei ihren KlientInnen können aber andererseits aus Gründen der definierten Kostenbegrenzung nicht in dem Umfang tätig werden, der ihrer Ansicht nach geboten wäre:

„Und es muss nicht einmal der Krankheitsfaktor belastend sein, es kann auch die Umgebung belastend sein, ja – sozialschwache – Patienten haben wir ja auch ganz viele, [...], weil äh – die Angehörigen wollen da keine Versorgung und es ist auch niemand, der da noch einschreiten kann und das Krankenhaus musste auf eigenen Wunsch auch wieder entlassen, weil da ist man einfach nicht weiter gekommen und man sieht dann so gewisse Dinge, man kann dann noch die Beratungsstelle mit einschließen, aber auch da sind einem wieder Grenzen gesetzt, bis das vielleicht

nach 'nem ganz langen Prozedere doch zu `ner Betreuung kommt oder so was alles, ja“ (Interview Nr. 16).

Ein weiterer Punkt war die Untätigkeit der Angehörigen zu erleben (wie bereits von Pflegenden der Pflegeheime berichtet). Die professionell Pflegenden sahen manchmal keine Möglichkeiten die Angehörigen zur Unterstützung zu motivieren. Die „Nicht-Erfolgreichen“ aus den Pflegeheimen nannten des Weiteren den vermehrten Zuwendungsbedarf bei dementiell Erkrankten mit Weglauftendenz, zu wenig Zeit zu haben für eine zufriedenstellende Arbeit und fehlende Empathie bei älteren KollegInnen. Die „erfolgreichen“ KollegInnen fanden dagegen Möglichkeiten, trotz knapper Zeitressourcen die Anforderungen zu bewältigen. Ein/e Kollege/in der ambulanten Pflege formulierte es so:

„Ja, die Routinearbeiten macht man halt wie das Autofahren, nebenher und da muss man nicht mehr nachdenken. Früher musste man beim Autofahren auch nachdenken – heute läuft's nebenher. Viele Dinge laufen einfach von der Hand. Man arbeitet schneller, obwohl man vielleicht körperlich nicht mehr so belastbar ist, aber man arbeitet trotzdem nicht langsamer. [...] Die Jüngeren stocken in ihrem Arbeiten, die arbeiten nicht effizient genug und das können die Älteren“ (Interview Nr. 18).

Aus einem Pflegeheim wurde berichtet, dass kostbare „Pflegetzeit“ durch unqualifizierte Tätigkeiten (Frühstücksausgabe) vergeudet werde. Umorganisationen wurden von der Einrichtung (bisher) nicht akzeptiert:

„Diese Frühstücksausgabe – äh – das sind zwei Stunden so ungefähr, mit Pausen, die wir dann machen, die eigentlich weg sind von meiner Pflege. Eineinhalb, so zwei Stunden sind weg. Und das für jeden auf der Station. Zu viert, man teilt Frühstück aus, man teilt die Flaschen, Medikamente und so weiter. Das ist weg. Warum kann das nicht – und das ist auch teuer, wenn die Stationsleitung da steht, ich bin ja nicht in der leitenden Funktion, aber wenn die Stationsleitung da steht und Brötchen schmiert – äh – mit drei, äh, zwei Examinieren – äh – und einer Nicht-Examinieren, das ist ein teures Frühstück“ (Interview Nr. 22).

Aus den klinischen Bereichen kamen keine konkreten Aussagen zu ethischen Konflikten – die physischen und vor allem die psychischen Belastungen standen hier im Vordergrund und wurden entsprechend dargestellt.

4.5.5. PERSÖNLICHER / INSTITUTIONELLER RESSOURCEN-HORIZONT:

Welche entlastenden Möglichkeiten können Sie sich vorstellen?

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K5.1. Physische Entlastungen		
<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsweise: Kinästhetik und Rücken schonend (16) - Kontrollbesuche: durch ältere MitarbeiterInnen, zurzeit nur PDL (2) - Regenerationsphasen: verlängern (16, 17) - Rückenschonende Arbeitsweise und Kinästhetik, jedoch schwer realisierbar (16) - Hilfsmittel: fehlen oft (3, 18) - PatientInnen: weniger oder geringerer Pflegeaufwand (6, 16) 	<ul style="list-style-type: none"> - Betten: elektrohydraulische (24) - Fortbildungen zum Einsatz von Hilfsmitteln (4) - Hilfsmittel: Einsatz und Einweisungen (4, 10, 24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmittel (11, 12, 13) besonders am Wochenende (11) - Kinästhetik (13) - Krankengymnastik, (Rücken)-Massage (11) - Rücken schonende Techniken, u.a. Bobath (13)
K5.2. Psychische Entlastungen		
<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen (16) - Kollegiale Gespräche sofort, statt Supervision irgendwann (18) - Kollegialer Austausch (18) - Rückendeckung: durch Vorgesetzte (18) - Supervision: Angebot, wurde jedoch nicht angenommen (18) 	<ul style="list-style-type: none"> - Coaching: Einzelcoaching (7), extern, Gruppe (24) - Selbstmotivation (19) - Selbstorganisation (19) - Supervision: Jüngere werden von Älteren supervidiert (19) - Supervision: professionelle, Anlass bezogen (24) - Konfliktbearbeitung: Deeskalation (8) - Motivation: Förderung durch Vorgesetztengespräche (10) - Supervision (8) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgesetzte, unterstützend (20) - Entspannung: Snoezelen-Raum für MitarbeiterInnen nutzen, spezielle Übungen (ggf. mit Musik) (1) - Deeskalationsstrategien für die BewohnerInnen (14) - Kollegialer Austausch (21) - Prävention: Burnout durch Yoga, Autogenes Training u.ä. (13) - Entspannung: Yoga, autogenes Training (11,13)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K5.3. Organisatorische Entlastungen		
<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsinhalte: ändern (Beratung, AZUBI-Anleitung; Aufnahmegespräche, ggf. 1 T/W) (17) - Arbeitsinhalte: Mix körperlich schwere/leichte Tätigkeiten (23) - Arbeitszeit: Zyklen zu lang, Regenerationsphasen zu kurz (17) - Dienste: am WE ändern (2) - Dienste: weniger Rufdienste (23) - Dienste: weniger Wochenend- und Spätdienste (16) - Dienstpläne: ausgewogener (17) - Freie Tage zusätzlich: nach freiem Wochenende (23) - Pflegedokumentation: delegieren, an ältere Kollegen mit Berufserfahrung (2) - Pflegevisiten: regelmäßig (2) - SozialarbeiterInnen: gute Zusammenarbeit (16) - Touren: kleiner (16) - Überstunden-: Abbau (17) - Admin. Tätigkeiten: Übernahme durch jüngere MitarbeiterInnen oder KollegInnen aus der Verwaltung (6) - Altersteilzeit (5) - Arbeitsinhalte: ändern (neu: Mentor, QMB u. ä.) (5) - Ehrenamtliche, unterstützend (5) - Arbeitszeit: weniger u. weniger Geld (5, 23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dienste: Nachtdienste, weniger (24) - Dienste: Wochenenden, weniger (24) - Tätigkeitsfelder: neu erschließen, z.B. TrainerIn in Lernwerkstätten (19) - Unterstützung: junge PC-Experten unterstützen Pflegende (19) - Kollegiale Unterstützung: Jung/Alt (10) - Angehörige: in die Pflege einbeziehen (9) - Arbeitsabläufe: überprüfen (4) - Arbeitssicherheit (10) - Arbeitszeit: Lebensarbeitszeitkonten (9) - Arbeitszyklen: kürzen (8, 9, 10) - Berufsfremde Tätigkeiten: delegieren (9) - Dienstpläne: Qualität/Quantität (8) - Patientenbegleitdienste einführen (4) - Regenerationsphasen: mit Sport und bes. Ernährungsaspekten (10) - Dienstpläne: MA-Wünsche berücksichtigen (10, 19, 24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsinhalte: auf Führungsebene umverteilen der Aufgaben (15) - Arbeitsinhalte: Tätigkeitsverlagerungen an Jüngere (15) - Arbeitsinhalte: Umorganisation (15) - Arbeitszeit: kürzen, wenn situativ möglich (1) - Dokumentation: PC Einsatz (22) - Fortbildung: PC-Schulungen (14) - Fortbildung: Rücken schonende Arbeitsweisen (13) - Schreibarbeit: reduzieren (12) - Hilfskräfte zum Spaziergehen mit Demenzkranken (13) - Arbeitszeit: ändern z.B. Einführung der 5 ½-T-W → mehr Frei (14) - Arbeitszeit: regulär, kein Schaukeldienst (11), weniger/keine Nachtdienste (13) - Dienste: Nachtdienste weniger (13)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K5.4. Interventionen des Arbeitgebers oder der Politik		
<ul style="list-style-type: none"> - Einrichtung: ausreichende finanzielle Ausstattung → weniger Leistungsdruck auf MA (18) - Teilzeitkräfte: zusätzlich (16) - Personal: mehr (16) 	<ul style="list-style-type: none"> - Projekteinsätze: u.a. QM, DRG-CodiererIn, Controlling (19) - Arbeitgeber: Schaffung von Rahmenbedingungen (10) - Personal: mehr (4, 10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfspersonal: u.a. „Frühstück“ (22) - Personal: Pool für Ausfälle (14) - Zeit: Mehrbedarf (12) - Aushilfen: einstellen, z.B. 1-Euro-Jobber (13) - Personal: mehr (1, 12, 13, 14)
K5.5. Privater Ausgleich außerhalb der Arbeitsstelle (Freizeitaktivitäten)		
<ul style="list-style-type: none"> - Selbstpflege: u.a. sinnvolle Freizeitaktivitäten zur Regeneration (23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Religiöse Motivation (19) - Team: Altersmix (10) - Wertschätzung (8) - Familie: u.a. Kinder (8) - Freundeskreis (8) - Hobby: z.B. Garten (8) - Sport (7, 10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Familie (20) - Freizeitaktivitäten: Garten, Fahrrad, u.ä. (1) - PartnerIn, der/die zuhört (1) - Privatleben als Ausgleich (1) - Keine (11, 22)

Tab. 10: Ressourcen-Horizont (persönlich/institutionell)

Fünf Kategorien konnten diesen Aussagen zugeordnet werden: Physische [K5.1.] und psychische [K5.2.] Entlastungen, organisatorische Entlastungen [K5.3.], Interventionen des Arbeitgebers bzw. der Politik [K5.4] sowie private Ausgleichsmöglichkeiten außerhalb des Arbeitsplatzes [K5.5.]. „Physische Entlastung“ wurde in allen Bereichen durch die Anschaffung und den Einsatz von Hilfsmitteln gesehen sowie durch das Praktizieren Rücken schonender Arbeitsweisen; darüber hinaus wurden in diesem Zusammenhang von KollegInnen aus den Kliniken die Anschaffung elektrohydraulischer (vor allem höhenverstellbarer) Betten genannt. Im ambulanten Bereich wurden von den „Erfolgreichen“ längere Regenerationsphasen und / oder reduzierter körperlicher Einsatz vorgeschlagen – umsetzbar durch Reorganisationsmaßnahmen (z.B. Pflege-Kontrollbesuche besonders durch ältere MitarbeiterInnen).

In der Kategorie K5.2. „Psychische Entlastungen“ sahen die „Erfolgreichen“ vor allem aus der ambulanten Pflege und aus den Kliniken kollegiale Gespräche und Supervision, die KollegInnen der Pflegeheime nannten unterstützende Vorgesetzte und unmittelbar reali-

sierbare Entspannungsmöglichkeiten wie Yoga oder autogenes Training. Die größten Möglichkeiten wurden auf der Organisationsebene (Kategorie 5.3.) von allen Einrichtungen aufgezeigt. Sehr viele Vorschläge bezogen sich auf die Arbeitszeit und die Dienste an Wochenenden. Aus den Kliniken kamen Hinweise auf die Nachtdienste sowie die Arbeitsinhalte. So präsentierte ein/e Kollege/in in leitender Position aus der Klinik eine kreative Option:

„Meine Idee ist, in diesen Bereichen [Operationsdienste, JC] vermehrt ältere Mitarbeiterinnen einzusetzen, die dann die Arzthelferinnen bewachen bzw. supervidieren. [...] Das zweite [...] ist so eine Art Werkstatt zu haben, eine Lernwerkstatt, wo man dann Mitarbeiter in einem dezentralen Bereich an Instrumententischen trainieren kann, auch für Lagerungstechniken der Intensivstationen, Beatmungsgeräte; wie kommt ein Patient von A nach B; weil ich mir davon einfach erhoffe, dass da der Mitarbeiter da nochmal konzentrierter drangeht, da hilft mir dann auch die Berufserfahrung, ja“ (Interview Nr. 19).

Aus dem Pflegeheimbereich kam beispielsweise folgende Organisationsvariante:

„Das ist nicht nur das Waschen von einem Bewohner, das Heben oder auf Toilette bringen, es gibt andere Tätigkeiten, es gibt Speisekarten, die man ausfüllen kann, es gibt Einlageverteilung, es gibt am Tisch, es gibt einfach ein Gespräch führen, einfach mit den Bewohnern sitzen, Essen reichen, es gibt so viele Sachen zu tun, wo körperlich nicht so belastbar sind, die entsprechend auch zugeteilt werden kann“ (Interview Nr. 15).

Ein/e KollegIn der ambulanten Pflegedienste machte einen Vorschlag zur Organisationsoptimierung:

„Kontrollbesuche für die Pflegestufe, ja. Also die Leute, die ja Pflegegeld bekommen, aber keine Dienste in Anspruch nehmen, müssen ja in regelmäßigen Abständen besucht werden. Das macht bei uns Pflegedienstleitung mit. [...] Würde es sich rechnen [...] dass man sagt, irgendjemand von den älteren Kollegen übernimmt das, anstatt dass er ein bestimmtes Patientenkontingent hat, das er versorgt, oder vielleicht dafür etwas weniger macht und dafür mehr Kontrollbesuche oder so was macht [...]. In der ambulanten Pflege könnte ich mir so was zum Beispiel noch recht gut vorstellen“ (Interview Nr. 2).

Die Umsetzung dieses Vorschlages würde neben einer Entlastung der körperlichen Arbeit der/des älteren MitarbeiterIn zusätzlich Freiräume für die Pflegedienstleitung schaffen, die für weitere Organisationsoptimierungen nutzbar wäre.

4.5.6. KONKRETE KONZEPTE AM ARBEITSPLATZ (REALISIERT/GEPLANT):

Gibt es in Ihrem Bereich altersspezifische Angebote (welche)?

Hierbei wurde differenziert zwischen bereits realisierten und vorstellbaren Angeboten.

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
Bereits vorhanden / realisiert		
K6.1.r. Physische Ebene		
	<ul style="list-style-type: none"> – Hilfsmittel: Einsatz und Anwendungsschulung (10) – Fortbildung: Rückenschule (10) 	
K6.2.r. Psychische Ebene		
<ul style="list-style-type: none"> – Supervision: extern (23) 	<ul style="list-style-type: none"> – Mitarbeitergespräche: rechtzeitig beratend durch Vorgesetzte (19) 	<ul style="list-style-type: none"> – Gesprächsrunden: kollegiale (20)
K6.3.r. Organisatorische Interventionen		
<ul style="list-style-type: none"> – Altersteilzeit (17) – Arbeitgeberzuschuss: Mitgliedschaft im Fitnessstudio (23) – Dokumentation: Einführung PC-gestützter Doku. (23) – Erfahrungen der Älteren können bei Fragestellungen genutzt werden (23) – Fort- und Weiterbildung: altersunabhängig (23) – Spezialisten: Wundmanagerin (23) – Wiedereinsteigerinnen-Programm (nach Mutterschutz) (6) 	<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsplatzwechsel: ermöglichen (19) – Fortbildungen: Tai Chi, Kinästhetik, Arbeitssicherheit, Pain-Nurse, Wundmanagement, Gerätebeauftragte/r, Stressbewältigung (19) – Mitarbeiterpool für 3 Intensivstationen mit selbstbestimmten Arbeitszeiten (24) – Spezialisten: für Prothetik, Unfallchirurgie usw. mit Wissenstransfer Alt/Jung (19) – Arbeitgeberzuschuss: Mitgliedschaft im Fitnessstudio (10) 	<ul style="list-style-type: none"> – Aktivitäten, gemeinsame: außerhalb der Einrichtung, z.B. essen gehen (15) – Betriebsausflüge (15) – BewohnerInnen: mit ihnen täglich spazieren gehen (1)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
Bereits vorhanden / realisiert		
K6.4.r. Sonstiges, realisiert		
<ul style="list-style-type: none"> - Altersspezifische Angebote: eher diskriminierend (16, 18) - Fort-/Weiterbildungen: Kosten-/Nutzen-Analyse (18) - Keine (2, 3, 5, 16, 17, 18) 	<ul style="list-style-type: none"> - Chor (10) - Walkinggruppe (10) - Keine (4, 7, 8, 9, 24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation: Jüngere für den Beruf begeistern (21) - Keine (11, 12, 13, 14, 20, 21, 22)
Vorstellbar / gewünscht / denkbar		
K6.1.v. Physische Ebene		
<ul style="list-style-type: none"> - Rückenschulen (3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Entspannung: Massagen, Laufband (19) - Fortbildung: Rückenschule (7) - Nordic Walking (7) 	<ul style="list-style-type: none"> - Fitness-Training: gemeinsam (13) - Fortbildung: praxisrelevante Rückenschule (12, 14) - Laufgruppen (13) - Sport für Ältere (14)
K6.2.v. Psychische Ebene		
<ul style="list-style-type: none"> - Entspannung: Massagen, Aromatherapie (16) 	<ul style="list-style-type: none"> - Chi Gong (7) - Entspannung: Frühsport, Yoga (10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Entspannung: evtl. mit Musik nach asiatischem Vorbild (11) - Fortbildungen: für Geist und Seele (11)
K6.3.v. Organisatorische Interventionen ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitgeberzuschuss: Sport, Rückengymnastik, Chi Gong u.ä. (16) - Arbeitszeit: Gleitzeit (16) - Arbeitszeiten: familienfreundlich wie bei Wiedereinsteigern → Risiko: Unzufriedenheit im Rest-Team (18) - Fortbildung: richtig heben, Kinästhetik (16) 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeiten: z.B. verkürzte Schichten, Teilzeit, Rotationen (24) - Fortbildung: für Angehörige durch ältere MA (z.B. Medizin-Geräte) (19) - Gesundheitsvorsorge: allgemein für alle MA (7) - Arbeitszeiten: ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortbildung: Computer-Dokumentation (22) - Stationshilfe: u.a. Frühstück (22) - Basteln, Emaillieren, Töpfern, Holzsägen, abends, nach der Arbeit, mit Anleitung (22) - Fortbildung: Computer-Aufbaukurs (14) - Boni: z.B. für Luisenpark, ...

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
Vorstellbar / gewünscht / denkbar		
... K6.3.v. Organisationale Interventionen		
<ul style="list-style-type: none"> Touren: ggf. Verkürzung, weniger PatientInnen oder geringerer Pflegeaufwand (6) 	<ul style="list-style-type: none"> ... ArbeitnehmerInnen freundlicher (10) – Ernährung: Angebote vom AG, z.B. Obst für die MA, gesunde Getränke, bes. im Sommer (10) – Früher: Schonarbeitsplätze (Säuglings-, Verbandzimmer, ZSVA, „Feierabend“-Station) (4) 	<ul style="list-style-type: none"> ... Aquadrom, Schwimmbad, Sauna (14) – Entspannungsübungen (würden voraussichtlich nicht angenommen (?)) (14)
K6.4.v. Sonstiges, vorstellbar		
<ul style="list-style-type: none"> Pflegeberatungsdienst: ist auf kommunaler Ebene geplant (2) 		

Tab. 11: Konkrete Konzepte

Vier Kategorien konnten in zwei Phasen identifiziert werden: bereits realisierte (Zusatz „r.“) und vorstellbare (Zusatz „v.“) Konzepte: Angebote, bezogen auf die physische [K6.1.] und psychische [K6.2.] Ebene, organisatorische Interventionen [K6.3.] sowie Sonstiges [K6.4.].

Zu der „physischen Ebene“ wurde nur aus den Kliniken über realisierte Angebote berichtet: Hilfsmiteileinsatz und Fortbildungen zum Thema „Rückenschule“. In der Kategorie „psychische Ebene“ wurde ebenfalls nur über einzelne Angebote berichtet: Supervision im ambulanten Pflegedienst sowie Mitarbeiterberatung durch Vorgesetzte in der Klinik beziehungsweise kollegiale Gesprächsrunden in den Pflegeheimen. Im Cluster „organisatorische Ebene“ gab es die meisten Ausführungen, fast ausschließlich von den „erfolgreichen“ ProbandInnen. Neben Fort- und Weiterbildungen gab es auch individuelle Einzelaktivitäten: Im Krankenhaus wurde für den Intensivbereich ein Mitarbeiterpool eingerichtet, im ambulanten Pflegedienst gab es einen Arbeitgeberzuschuss für die Mitgliedschaft im Fitnessstudio und ein/e Pflegenden/r aus dem Pflegeheim berichtete über ge-

meinsame außerdienstliche Aktivitäten. Darüber hinaus wurde unter „Sonstiges“ aus dem ambulanten Sektor darauf hingewiesen, dass altersspezifische Angebote unter Umständen auch diskriminierend sein könnten:

„Gibt es auch das Umgekehrte, dass ältere Mitarbeiter kommen und sagen, ich würd' gern diese Fort- oder Weiterbildung machen und man muss ihnen sagen, Du hör' mal, Du bist jetzt so alt, das ist betriebswirtschaftlich nicht mehr sinnvoll [JC]? Natürlich, das gibt es schon und das ist ganz böse. Natürlich das ist für denjenigen – äh diskriminierend, definitiv. Da kann ich ihm ganz viel erklären und sagen, das hat nichts mit Dir zu tun, ich weiß, es ist so und so, aber überleg, Du bist noch zwei Jahre im Dienst, oder drei und wenn Du jetzt den Kurs machst, der dauert jetzt mindestens anderthalb Jahre, dann stehst Du uns noch anderthalb Jahre zur Verfügung, ich würde gerne `nen Jüngeren nehmen, der unserer Einrichtung sein Wissen mir noch länger präsentieren kann“ (Interview Nr. 18).

In der Phase „vorstellbare Angebote“ wurde übereinstimmend aus allen Bereichen für den physischen und psychischen Bereich vor allem „Entspannung“ genannt: z.B. Sport, Massagen oder Yoga.

Organisatorische Ansätze wurden im ambulanten und klinischen Bereich besonders in den Arbeitszeiten gesehen: Flexibilisierung, Teilzeitmöglichkeiten und familienfreundliche Dienstzeiten. Weitere Wünsche waren Fortbildungen (Hebetechniken, Kinästhetik, u.a.) und im ambulanten Pflegedienst Tourverkürzung und Verringerung der Arbeitsintensität. In der Kategorie „Sonstiges“ wurde aus dem ambulanten Pflegebereich über ein kommunalpolitisches Projekt berichtet, das möglicherweise in der nächsten Zeit realisiert werden und attraktiv für ältere Pflegenden mit einer entsprechenden Qualifikation sein könnte:

„Die Stadt M. richtet ja jetzt diesen Fachdienst ein, in dem man sagt, man guckt einfach mal bei den Menschen, die Leistungen dann auch noch über die Stadt beziehen für ihre Pflege, inwieweit oder was für Strukturen braucht der und wo, um gut untergebracht zu sein.

Es geht natürlich ein ganzes Stück weit um Ambulanz, ja, was kann man ambulant für diese Menschen noch machen, um sie zu Hause zu stützen. Solche Sachen denke ich, wäre für ältere Mitarbeiter 'n recht interessante Geschichte. Als Berater [JC]? Als Berater, ja [...], um zu sagen, ist da noch eine Versorgung zu Hause gewährleistet, wie kann man die gewährleisten, braucht es eine Heimunterbringung oder andere ambulante Angebote wie betreutes Wohnen oder ähnliches. [...] Das wäre für Ältere, die lange in der Pflege sind, sicherlich eine Chance, da noch mit am Patienten zu sein, mit in der Betreuung drin zu sein“ ((Interview Nr. 2).

4.5.7. SINNHAFTHIGKEIT UND BEDINGUNGEN BEI DER BESCHÄFTIGUNG ÄLTERER MITARBEITER-INNEN:

Ist die Beschäftigung älterer Pfleger (über 45, 50 Jahre) sinnvoll und wenn ja, unter welchen Bedingungen?

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
Beschäftigung sinnvoll: Bedingungen		
K7.1. Berufserfahrung		
<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrung (16) - Ergänzung und Ausgleich (17) - Größeres Wissen (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungsweitergabe (24) 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitstempo: „Die beste Arbeit ist nicht die schnellste Arbeit“ (21)
K7.2. Risiko		
<ul style="list-style-type: none"> - Kritisch: Pflegeplanungen und die vielen Neuerungen (MDK) (16) - Risiko (18) - Probleme ab 55, außer bei guter Qualifikation (18) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anforderungen: körperlich geringer (nicht geistig!) (4) - Qualifikation muss den Anforderungen entsprechen (10) - Unternehmenskultur muss dazu passen (8) 	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsfähigkeit muss noch vorhanden sein (11) - Jüngere bekommen mehr Arbeit „aufgehalst“ (13) - Kritisch ab 40, 50 Jahre (14) - Gesundheitszustand: gut (14) - Ausfallzeiten: wenn diese zunehmen (14) - Kritisch ab 40, 50 Jahre (14)
K7.3. Arbeitszeiten ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszeit: Reduktion der täglichen Arbeitszeit (2, 18) - Arbeitszeiten: klar, fest (17) - Arbeitszeiten: reduziert, mit Einkommenseinbußen schwer realisierbar (18, 23) - Lebensarbeitszeitkonten (2) - Urlaubsanspruch: erweitert (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Altersteilzeit ermöglichen (9) - Dienste: Ab 50 kein Nachtdienst (4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Urlaub: mehr Tage (fünf) (1)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
Beschäftigung sinnvoll: Bedingungen		
... K7.3. Arbeitszeiten		
– Arbeitszeit: 5-Tage-Woche (5)		
K7.4. Organisation		
<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsinhalte: gerechte Verteilung auf Alt und Jung (17) – Fort-/Weiterbildungen: vermehrt (23) – Erholungsphasen: längere (2, 17) – Sonderfunktionen: Beratung, Palliativpflege (23) – Technische Hilfemittel zur Entlastung (2) – Sonderfunktionen: MentorIn, Hygienefachkraft, WundmanagerIn, QMB, Palliativ-Fachkraft (6) 	<ul style="list-style-type: none"> – Sonderfunktion: „Seniortrainer“ (Erfahrungswertübergabe im Pflege-, medizinischen und zwischenmenschlichen Bereich) (24) – Sonderfunktionen: z.B. im Aufwachraum, in „Pflegehotels“ oder im Service ähnlich wie „Grüne Damen“ (4) – Zusatzunterstützung: Schwesternhelferinnen oder KPHs (4) – Personal: ausreichender Schlüssel (4) – Spezielle Bereiche: bei entsprechender Erfahrung und Qualifikation (7, 9, 19) 	<ul style="list-style-type: none"> – Hilfsmittel müssen verfügbar sein (15) – Arbeitsvolumen: kleiner, d.h. für weniger BewohnerInnen zuständig (15) – Zusatzunterstützung: Hilfen, z.B. für's Frühstück servieren (20) – Organisationsfrage (15) – Mehr Zeit zur Verfügung stellen (12) – Zusatzunterstützung: evtl. durch Langzeit-Arbeitslose für Essenreichen, Spazierengehen, Brote schmieren u.ä. (12, 15) (von 100 vielleicht einer geeignet (15)) – Personal: ausreichende Besetzung (12, 15, 20)
K7.5. Team		
<ul style="list-style-type: none"> – Stabilitäts-Garanten (16) – Ruhe (16) – Ruhiger, ausgeglichener (2) – Alters-Mix: „gesund“ zwischen Alt/Jung (5) – Team spielt große Rolle (3) 	<ul style="list-style-type: none"> – Lokomotiven für andere, Vorbild (10) 	<ul style="list-style-type: none"> – Altersmix: ausgewogen (15) – Ausfälle: geringer, weil keine kleinen Kinder mehr da sind (22) – Kleinere Einheiten von Zu-Betreuenden (15)
K7.6. Sonstiges ...		
<ul style="list-style-type: none"> – Generationennähe (2) – Toleranz (2) – Verständnis (2) 	<ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung (beruflich) und aktuelle Einstellung sind wichtig (8) 	<ul style="list-style-type: none"> – Gehalt: mehr (2-3%) (1) – Motivation: gegenseitiges Lob und ..

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
Beschäftigung sinnvoll: Bedingungen		
... K7.6. Sonstiges		
		... Anerkennung (11) – Verbesserungen allgemein (13)
Nicht sinnvoll/Vorbehalte		
– Unvorstellbar, mit 60 noch in der ambulanten Pflege (5 unter 5.5), sonst ja – Arbeit bis 67 nicht vorstellbar, körperliche Belastung zu hoch (3, 18)		– Pflegende sollten mit 60 in Rente gehen können (20 unter 20.8) – Arbeit mit 65 nicht vorstellbar (11, 9, 12, 14, 21)

Tab. 12: Sinnhaftigkeit und Bedingungen bei der Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen

Sechs Kategorien konnten zugeordnet werden, die sich mit Ausnahme der letzten Position „Sonstiges“ für die Beschäftigung älterer KollegInnen aussprachen:

Berufserfahrung [K7.1.], Risiko [K7.2.], Arbeitszeiten [K7.3.], Organisation [K7.4], Team [K7.5.] sowie Sonstiges [K7.6.].

Neben einer Bereicherung der Belegschaft durch die zusätzliche Berufserfahrung [K7.1.], die ältere MitarbeiterInnen einbringen, wurde auch in allen drei Einsatzorten auf Risiken [K7.2.] hingewiesen, die sich auf die Qualifikation (sind die Kenntnisse noch auf dem neusten Stand), die körperliche Leistungsfähigkeit und den Gesundheitszustand bezogen. So wurde aus einem Pflegeheim von einem/einer noch relativ jungen Pflegenden gesundheitliche Bedenken geäußert, die perspektivisch zu Einschränkungen führen könnten, so dass ein erfolgreiches berufliches Altern von dieser Person schon heute bezweifelt wird:

„also mit 67 in dem Beruf arbeiten, also das kann ich mir ehrlich gesagt nicht vorstellen. Also da hab ich bissl Angst, das sag ich Ihnen ehrlich. Ich bin jetzt 41 und kann mir das noch vorstellen, klar, auf jeden Fall noch zehn Jahre, vielleicht auch noch 15 Jahre, wie das dann wirklich ist in 20, wenn ich dann 61 bin, kann ich Ihnen jetzt wirklich nicht sagen. Man weiß ja auch nicht was gesundheitlich kommt [...]“ (Interview Nr. 14).

Bezüglich der Arbeitszeiten [K7.3.] kam vom ambulanten Pflegedienst und aus dem Pflegeheimsektor der Vorschlag mehr Urlaub zu gewähren oder die Arbeitszeit zu reduzieren, Lebensarbeitszeitkonten einzuführen sowie erweiterte Urlaubsansprüche. Den Befragten war durchaus bewusst, dass eine Reduktion der Arbeitszeit nur mit einer entsprechenden Einkommensminderung gegenfinanziert werden kann. Im Klinikbereich sollte auf Nachtdienste verzichtet werden.

Die organisatorischen Bedingungen [K7.4.], die genannt wurden, waren vielfältig: So wurden beispielsweise aus dem ambulanten und klinischen Bereich Sonderfunktionen vorgeschlagen wie eine Spezialisierung auf Palliativpflege, MentorIn, Hygienebeauftragte/r, WundmanagerIn oder in der Beratung:

„Gut, Mentoren, nee, da haben wir jetzt eine Ältere und eine junge, die jetzt diese Ausbildung macht, aber auch in Punkto Beratung sind die Älteren natürlich ganz gut, also Beratungsgespräche für Menschen, die zu Hause gepflegt werden, diese 37, 3 Gespräche [SGB XI, JC]“ (Interview Nr. 23).

Den MitarbeiterInnen der Pflegeheime waren Entlastungen wichtig, besonders bei nicht originären Pflegetätigkeiten wie Frühstück servieren oder mit den BewohnerInnen spazieren gehen. Pflegendes des klinischen Bereichs formulierten sogar konzeptuelle Ansätze, die die Ressourcen der älteren Beschäftigten sinnvoll zur Geltung bringen könnten:

„Dass man für ältere Mitarbeiter über Beschäftigungsmöglichkeiten im Sinne von Seniorentainern nachdenken kann, dass die halt tatsächlich ihre Erfahrung sowohl in der Pflege, medizinischem Bereich, als auch durchaus im zwischenmenschlichen Bereich weitergeben und dass da Teams davon profitieren können“ (Interview Nr. 24).

In der Kategorie „Team“ [K7.5.] wurde auf die Vorbildfunktion älterer KollegInnen hingewiesen, auf ihre ausgleichende Ruhe und auf einen ausgewogenen Altersmix im Team.

Zum Punkt „Sonstiges“ [K7.6.] wurde im ambulanten Pflegedienst neben Toleranz und Verständnis die Generationennähe der älteren MitarbeiterInnen zu den KlientInnen angemerkt, sowie aus dem Krankenhaus Wertschätzung und Anerkennung:

„[Man müsste, JC] Plätze schaffen, wo der ältere Mensch nicht so körperlich arbeiten muss, also schon geistig, aber nicht körperlich. Weil, das Körperliche ist das, was belastet. Oder man müsste zusätzliche Einrichtungen schaffen, wie so ein „Pflegehotel“ (lacht, Anm. JC) oder Service. Ähnlich wie die „Grünen Damen“, das wäre wertschätzend, z.B. im Aufwachraum sitzen“ (Interview Nr. 4).

Bei „Sonstiges“ [K7.6.] konnten sich gut zwei Drittel der ProbandInnen die Beschäftigung älterer KollegInnen vorstellen – das übrige Drittel sah allerdings häufig Altersobergrenzen zwischen 60 und 65 Jahren, so beispielsweise aus einem Pflegeheim:

„Man sollte wirklich mit 60 aufhören. Das ärgert mich, dass wir jetzt bis 65 – früher hat man immer gesagt, Pflegekraft ist so verbraucht, dass sie mit 60 in Rente gehen sollte und jetzt müssen wir plötzlich bis 66, 67 – also und dann, wenn man 40 Jahre in dem Beruf ist, ist mal genug – 60. Auch wenn ich jetzt fit wäre, aber ich will ja auch – vielleicht sterbe ich früher, also, man meint zwar nicht. Also 60 wäre eigentlich optimal für Pflegekraft, wo so lange im Beruf ist“ (Interview Nr. 20, unter 20.8).

Ein Statement aus dem ambulanten Pflegedienst ging in eine ähnliche Richtung:

„Ich kann mir keine 60-Jährige in der ambulanten Pflege vorstellen. Aber das Modell der Altersteilzeit ist sehr teuer für's Unternehmen. Die Vorstände sind nur äußerst schwer dazu zu gewinnen, einem Mitarbeiter Altersteilzeit zu gestatten. Ich werde mit 60 eine Imbissbude aufmachen. Die Arbeitsinhalte könnten sich ändern: Mentor, Qualitätsmanagementbeauftragte/r, Wundmanagement, Unterstützung der Ehrenamtlichen. Weniger Arbeitszeit – mit weniger Geld – ist für viele ältere Mitarbeiter gut vorstellbar“ (Interview Nr. 5, unter 5.5).

ebenso

„Es kommt immer drauf an, was man unter älteren – also ich hab' kein Problem mit 45-Jährigen, die stellen wir sehr oft ein. Ich hab' auch kein Problem mit 50-Jährigen. Ich hab' `n Problem mit ab 55-Jährigen. Weil, das ist ganz häufig ein Alter, wo wir dann merken, dass die, die wir haben, alle Probleme kriegen und das kommt aber dann ganz spezifisch auf den an, der sich dann bewerben würde“ (Interview Nr. 18).

Aus dem Klinikbereich kamen keine Plädoyers gegen eine Beschäftigung älterer KollegInnen, möglicherweise der aktuell als sehr kritisch empfundenen Personalsituation geschuldet (siehe dazu Kapitel 2.2.4. Personalentwicklung in den Pflegeberufen).

4.5.8. MITEINANDER IN ALTERSGEMISCHTEN TEAMS:

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen jungen und älteren MitarbeiterInnen, wie zwischen älteren und älteren?

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K8.1. Probleme in der Zusammenarbeit ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Ausgewerte Ältere können problematisch sein (2) - Praktikanten, Pflegeassistenten, problematisch, aufgrund der schwierigen Motivation und Voraussetzungen (23) - Einsamkeit für Jüngere in älteren Teams (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alt/Alt-Team: kritisch, innovationsresistent (19) - Junge kommen mit Defiziten von Ausbildungsstätten (Umgangsformen, -ton, Teamfähigkeit) (19) - Führungsebene: frostig (8) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alt/Alt-Team: veränderungsresistent, bes. wenn dies von Jungen ausgeht (22) - Alt/Jung-Team: Konkurrenz, Ältere brauchen länger (15) - Jung/Jung-Team: funktioniert nicht, zu verspielt, kritisch: Verantwortungsübernahme) (15) - Junge sind hochmotiviert, werden aber „ins kalte Wasser geschmissen“ (22) - Junge: „stromlinienförmig“, wollen gar keine Altenpflege, streben eher früh Führungspositionen an (22) - Mann: überhäufige Unterstützungsanfragen (Kraft) (14) - Alt/Alt-Teams: manchmal Frust (private Ursachen, Zeitdruck), Rückenschmerzen, Wehwechen (12) - Ältere (Vorgesetzte) spielen ihre Macht aus (13) - Hilfeanforderung: bei Älteren zögerlich, dann aber hinterher Klagen (14) - Schwierig, wenn sich ...

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
... K8.1. Probleme in der Zusammenarbeit		
		... Ältere von Jüngeren nichts sagen lassen wollen („Besserwisser von der Schule“) → Ängste vor Veränderung (13, 15, 22)
K8.2. Indifferente, unproblematische Zusammenarbeit		
<ul style="list-style-type: none"> - Leistungen: Ältere müssen sie ohne Abstriche erbringen (17) - Gering: alle 14 Tage Teambesprechung und einmal pro Monat Supervision (6) - Teamabhängig (3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Entspannt: überwiegend (24) - Erkenntnis der Älteren: Die Jungen sind unsere Zukunft (24) - Jung/Jung-Team: mit Coaching möglich (19) - Gruppenspezifisch (19) - Ältere müssen Vorbild sein (10) - Mittelalt/Mittelalt-Teams laufen am besten, bei entsprechender Qualifikation und Motivation (10) - Respekt vor den Älteren (10) - Senioritätsprinzip: Wer schon lange da ist, hat etwas zu sagen (10) - Leitungsebene: entspannt (8) - Alterskohorten spezifische Gemeinsamkeiten/Aktivitäten (8, 9) - Unterschiedlich, Sympathie abhängig (4, 10) - Gesamtteam (Mix) entscheidend (7, 8, 10, 19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ältere sind meist Pflegehelferinnen und in der Pflege, Jüngere machen eher Schreibarbeiten (20) - Unproblematisch, Arbeitsteilungen (einer macht gerne Maniküre usw.) (20) - Ältere ruhiger, angenehmer mit Jüngeren gut, aber andere Kommunikation (14) - Mann: im Team dadurch ausgleichender Pol („Gender“) (14) - Pflegeschlüssel muss realistisch angepasst werden (politische Ebene) (12) - Sprachprobleme mit Jüngeren mit Migrationshintergrund (Iran, Russland, Türkei) – die Sprache ist das A und O der Kommunikation (11) - Teils/Teils (13)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K8.3. Gute Zusammenarbeit ...		
<ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz der Jungen ist da, kommen und fragen (17, 18, 23) - Alle profitieren: Jüngere bringen Neues ein, Ältere geben bereitwillig ihr Erfahrungswissen weiter (16, 18) - Altersmix: Vorteilhaft (16) - Alt/Alt Kombination: vertrauensvolle Zusammenarbeit, ähnliche Probleme beruflich und privat (schnelle Erschöpfbarkeit und renitente Kinder) (23) - AZUBIS sind erst skeptisch, dann begeistert (23) - Erfahrung, Ruhe, Gelassenheit durch Ältere (23) - Individuell verschieden, Trend: gut (18) - Jüngere sind dankbar für Tipps und Erfahrungsweitergabe (2) - Mutter-Tochter-Beziehungen im besten Sinne (100% Frauenanteil) (23) - Schwung, Elan und neue Ideen durch Junge Springer: Sonderfunktion (Kontrolle und Feedback) (18) (23) - Wissensweitergabe (2) - Zutrauen der Älteren für Jüngere wichtig (5) - Gut (3, 18) 	<ul style="list-style-type: none"> - Junge tragen neues Wissen ins Team, z.B. bei Rotation in der Fachweiterbildung (24) - Akzeptanz, gegenseitig: wichtig (9) - Alt/Alt: Vieles geht ohne Worte, weil man schon sehr lange zusammengearbeitet hat (9) - Ältere geben Erfahrung weiter (10) - Generationsspezifische Gesprächsinhalte (Ältere: Kindererziehung / Jüngere: Disco) (9) - Junge MA unterstützen ältere (z.B. bei Computerarbeit) (4) - Alt/Alt: sehr gut (10, 19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Junge geben z.B. Computerkenntnisse weiter (15) - Alte geben Jungen Ratschläge und Junge geben ihr neues Wissen aus der Ausbildung an Alte weiter (12, 21) - Kritische Situationen: Ältere haben da mehr Erfahrung (13) - Sehr gut (21) bzw. gut (11, 12) - Wissensweitergabe von Alt zu Jung (11, 12, 21) - Altersmix: ideal (20, 21, 22)

Tab. 13: Miteinander in altersgemischten Teams

Die Zusammenarbeit konnte in drei Kategorien gefasst werden:

Probleme in der Zusammenarbeit [K8.1.], indifferente/unproblematische [K8.2.] und gute Zusammenarbeit [K8.3.]. Während im Krankenhaus die Zusammenarbeit der Altersgruppen eher indifferent bis gut eingeschätzt wurde – ebenso in den ambulanten Pflegediensten – wurde aus den Pflegeheimen die Zusammenarbeit häufiger als problematisch eingestuft, sowohl von den „Erfolgreichen“ als auch von den „nicht Erfolgreichen“. Ein/e Proband/in berichtete dazu aus einer Konstellation mit jungen KollegInnen, die neue Ideen einbringen möchten und unter Umständen auf innovationsresistente, ältere MitarbeiterInnen treffen:

„Des hawwe wir dohin schon dreißig Johr so gemacht' – un jetzt kommst Du, grad aus der Schul' kummscht un sagscht mir, dass ich das die gonz Zeit falsch gemacht hab'. Was, ich soll do Algoplaque droff mache [moderner Hydrokolloidal-Wundverband, Fa. Urgo Medical, Anm. JC], wo ma noch föhnt un eist?“ Des des passiert nämlich auch. Wir haben das 30 Jahre so gemacht, des ist Gottes Gesetz: Rüttel nicht dran! Sobald du dran rüttelst, bist du dann – ja – dann hast du `n harten Stand, bis es dann irgendwann – äh – also so seh' ich des – also ein Team ganz a l t könnt' ich mir nicht vorstellen. Da hätt' ich nix mehr zu lachen“ (Interview Nr. 22).

oder auch:

„Diese jungen Pfleger, die kommen von der Schule und haben alles Mögliche an Erfahrung, äh, nee, alles Mögliche gelernt und – es ist ja auch richtig, ich habe ja auch gelernt, aber ich war auch älter in der Schule. Die sind stromlinienförmig, das geht zack, zack, ähm, es geht nur noch – äh – um – also, die, die möchten, die möchten lieber, so seh' ich des, die wollen eigentlich gar keine Altenpfleger sein, manche. Die sinn, die hab'n diese Schule gemacht, dann wird gleich weitergebildet, äh – zur WBL [Wohnbereichsleitung, JC] und so weiter. Die wollen gar nicht. Die meisten wollen gar nicht – pflegen“ (ebd).

Die erste persiflierte, fiktive Version wurde nicht etwa resignativ vorgetragen, sondern sollte als Indiz für eine intergenerative Kommunikation stehen, die mit einer gewissen Beharrlichkeit von Seiten der jüngeren Pflegenden durchaus konstruktiv werden kann. Im zweiten Statement kommt Kritik an den jungen, karriereorientierten KollegInnen deutlich zum Ausdruck, die nach Meinung der/des Probanden auch nicht ernsthaft in der Pflege arbeiten möchten, den KollegInnen dann aber später unter Umständen als Vorgesetzte gegenüberstehen.

Im ambulanten Pflegedienst überwog die positive Bewertung der Zusammenarbeit der Altersgruppen, besonders auch von Pflegenden der „Erfolgsgruppe“ vorgetragen. Mehrfach wurde auch über gegenseitiges Profitieren durch Wissenstransfer berichtet: Die Jüngeren bringen neuste Erkenntnisse aus der Ausbildung ein, die Älteren geben ihre reichhaltigen Erfahrungen weiter:

„Das ist ein so gut gemischter Haufen, will ich mal sagen, von dem jeder in irgendeiner Form profitiert. Und es gibt sowohl die jüngeren Mitarbeiter werden von uns angenommen, weil sie einfach frisch von der Schule, oder eben noch nicht so weit davon entfernt sind und mit diesen gravierenden Neuerungen schon Kontakt hatten, die werden sehr gern von den älteren Kollegen angesprochen: Helf mir mal, oder wie sieht das aus, oder was ist da jetzt der neuste Stand oder wie macht man's eigentlich. Und die jüngeren Kollegen äh sind sehr gerne immer mit Fragen bereit an die älteren, wenn's einfach auch um Erfahrungswerte geht, ja, wo die sagen: Hör mal zu, ich hab' da jemanden, wie könnt' ich denn das jetzt deichseln, dass ich den vernünftig aus dem Rollstuhl krieg oder ich hab' da ein Wundverhältnis oder so was. Sag mir doch mal, wo könnt' ich jetzt da noch ansetzen, was würdest Du denn in dem Fall tun, oder so was“ (Interview Nr. 16).

Hier wird eine Zusammenarbeit der Generationen beschrieben, die auf Gegenseitigkeit setzt. Jede Altersgruppe kann profitieren – Erfahrungswissen der älteren KollegInnen wird weitergegeben, Neues aus der Ausbildung wird von den jüngeren KollegInnen berichtet.

Ein/e ProbandIn aus dem Krankenhaus vermittelte eine generative Perspektive zum Thema Zusammenarbeit der Altersgruppen:

„Ich hab' den Eindruck, dass die Älteren bei uns durchaus erkannt haben, dass die Jungen unsere Zukunft sind, dass wir sie brauchen und dass wir sie hegen und pflegen müssen, auf dass sie uns erhalten bleiben“ (Interview Nr. 24).

Eine Argumentation, die motivierend die Zusammenarbeit in den Teams fördern könnte. Ein Hinweis auf eine Unternehmenskultur – zumindest im Bereich der/des ProbandIn – die wertschätzend miteinander umzugehen weiß.

4.5.9. OFFENER ABSCHLUSS, PERSÖNLICHE STATEMENTS:

Gibt es darüber hinaus – zum Thema erfolgreiches Altern im Pflegeberuf – Aspekte, die wichtig und bedeutsam sind, aber bisher noch nicht angesprochen wurden?

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
K9.1. Organisationsverbesserungen		
<ul style="list-style-type: none"> – Angebote vom AG: z.B. andere Module; Entlastungen (17) – Konzept für die komplette Einrichtung entwickeln (es werden nicht nur 1 oder 2 MA alt) (18) – Besetzung aller Altersklassen (18) – Wiedereingliederung nach Schwangerschaft mit Sonderregelungen → für ältere MA gibt es nur die Altersteilzeit (17) – Angebote vom Arbeitgeber nötig (16) 		<ul style="list-style-type: none"> – Abschaffung unsinniger Arbeitsabläufe (Badetage, kompletter Wäschewechsel an bestimmten Tagen) (20) – Fort- und Weiterbildungen (20) – Hilfsmittel sowie der Einsatz hydraulischer Betten (20)
K9.2. Eigene kritische Reflexionen zum Thema ...		
<ul style="list-style-type: none"> – Alter: Über das eigene Alter, evtl. Pflegebedürftigkeit und Wohnsituation wird nachgedacht (2) – Alternativen: Beratung, Schulungen (evtl. pädagogischen Hintergrund nachholen) (18) – Fortbildung: „Hospiz“ abgelehnt, zu alt (62 Jahre) (17) – Perspektive in 10 Jahren: Nachfolger einarbeiten und zurückziehen (18) – Pflegende müssen bis zum Schluss die Leistung bringen (18) – Politisch aktiv werden (18) 	<ul style="list-style-type: none"> – Anekdote: Bei Umsetzung in der gleichen Einrichtung wurde MA indirekt vermittelt er sei zu alt (24) – Erkenntnisse aus anderen Betrieben (7) – Skepsis, z.B. Neuerungen, Computereinsatz, Standards, pflegewissenschaftl. Erkenntnisse (7) – PDL sollte Stationsleitung coachen (19) – Perspektive, persönlich: Projektmanagement und Fort- und Weiterbildungen mitgestalten (10) 	<ul style="list-style-type: none"> – (Ältere) Pflegehelferin beklagt sich, dass sie „pflegen“ muss, während höher qualifizierte junge Kollegin „immer“ am Schreibtisch sitzt (20) – Bericht über Amerika-Erfahrungen in anderen Pflegeheimen: u.a. konnte die Kollegin ihre kleine Tochter zur Fortbildung mitbringen (Aufsicht organisiert); Kopfgeld für das Anwerben neuer MA (22) – Politik: muss handeln (15)

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
... K9.2. Eigene kritische Reflexionen zum Thema		
<ul style="list-style-type: none"> - Sterben: Im Alter setzt man sich damit mehr auseinander (2) - Junge sollten auch befragt werden (6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision (4) - Demografie-Daten, aktuelle (8) - Dialog im Team und mit Vorgesetzten(4) - Fluktuationswerte aus der Pflege, Benchmark (8, 9) - Fördern und fordern (10) - Gesprächsrunden: externe Moderation (4) - Individualität und die soziale Komponente: hoher Wert (10) - Kollegialer Austausch (4) - MA-Führung: Authentizität zwischen Arbeit und Führung (10) - Menschenwürde beachten (10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Beruf: würde ihn nicht noch einmal erlernen → Theorie / Praxisdesillusionierung (12) - BewohnerInnen: Trend zu jüngeren und schwergewichtigeren Menschen (13) - Konfliktmanagement: pessimistische Einschätzung (13) - Schreibarbeit: muss weniger werden (11) - Computereinsatz: Vorbehalte (14)
K9.3. Ethische Aspekte ...		
		<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation wichtiger als Pflege → MDK-Auflagen (15) - Ressourcenverbrauch für Administration (MDK) (15) - Demenz: Verkennung des Zeitbedarfs (12) - KollegInnen: emotionsarm und abgestumpft (13) - Unzufriedenheit mit der Begrenztheit eigener Möglichkeiten – man will es doch den BewohnerInnen recht machen (12) - Demenzkranke: Kein ...

ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	Pflegeheime
... K9.3. Ethische Aspekte		
		... Einsatz von unqualifizierten, ungeschulten Hilfskräften (14)
K9.4. Gesundheitsaspekte		
<ul style="list-style-type: none"> – Kondition: Treppensteigen und Herz- / Kreislauf (3) – Prävention: Rückenleiden (3) 		<ul style="list-style-type: none"> – Kinästhetik (20) – Rücken schonende Arbeitsweise (20)
K9.5. Zukunftsperspektiven		
	<ul style="list-style-type: none"> – Perspektive: in 20 Jahren KollegInnen (kostengünstiger) aus Osteuropa, weniger dreijährige und wieder mehr einjährige (KPH, JC) oder vier-Wochen Ausbildung (4) 	<ul style="list-style-type: none"> – Beruf: muss attraktiver gemacht werden (11) – Plädoyer für die Pflege (21) – Persönliche Perspektive der nächsten 10/30 Jahre: Keine Strategie/pessimistisch (12, 13)

Tab. 14: Persönliche Statements

Die Ergänzungen der Befragten lassen sich in fünf Kategorien einteilen:

Organisationsverbesserungen [K9.1.], eigene kritische Reflexionen zum Thema [K9.2.], ethische Aspekte [K9.3.], Gesundheitsaspekte [K9.4.] sowie Zukunftsperspektiven [K9.5.].

Zusätzliche Ansätze zu Organisationsverbesserungen kamen aus der ambulanten Pflege und den Pflegeheimen: Forderungen nach Arbeitgeberangeboten, Personalentwicklungskonzepte, Prozessoptimierungen, Fortbildungen sowie die Anschaffung hydraulischer Betten. Alle Vorschläge kamen von den „erfolgreichen“ Pflegenden. In der kritischen Reflexion machten sich die ProbandInnen Gedanken zum eigenen (beruflichen) Altern, manche zum ersten Mal. An dieser Stelle wurden auch zahlreiche Erlebnisse geschildert, die mit dem Thema Altern in Verbindung standen. Die meisten Pflegenden fanden die Thematik hoch interessant und würden sich gerne weiterhin mit Fragen zum be-

ruflichen Altern befassen. Insgesamt wurde der Interviewleitfaden als sehr umfassend und nahezu vollständig eingeschätzt.

4.6. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die Einschätzungen und Statements der Befragten waren zum Teil sehr kontrovers. Zu den positiven Aspekten in der Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen in der Pflege wurde jedoch aus allen Einrichtungen übereinstimmend die psychische Stabilität der älteren KollegInnen genannt. Physische Stärken sahen nur die Befragten der ambulanten Pflegedienste und der Kliniken. Professionalität und hohe fachliche Qualifikation älterer KollegInnen wurde aus allen Bereichen angegeben. Die Gruppe der „Erfolgreichen“ betonte jedoch besonders die Professionalität und zusätzlich die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme.

Persönliche Vorteile des Alters (Ressourcen)

Die persönliche Vorteile des Alters wurden sehr deutlich von den „erfolgreich“ alternden ProbandInnen geschildert: Kompetenzzunahmen (fachlich und sozial), persönliche Reife und Stärken im Selbstbewusstsein. Der letzte Aspekt wurde auch von den „Nicht-Erfolgreichen“ so dargestellt.

Entlastungen mit zunehmendem Alter

Die positiv formulierte Frage, was mit zunehmendem Alter leichter falle, überraschte offensichtlich einige der Befragten. Bei den Angaben dominierte zahlenmäßig deutlich die Gruppe der „Erfolgreichen“: Sie nannten Empathie, Kommunikationskompetenz, Zeitsouveränität und vor allem auch Aspekte aus der Praxis, wie beispielsweise effizientere, flüssigere und professionellere Arbeitsweise, aber auch emotionale Stärke. Aus der Gruppe der „Nicht-Erfolgreichen“ wurde weniger deutlich über ähnliche positive Effekte berichtet.

Belastungen mit zunehmendem Alter

Die Berichte über die zunehmenden Belastungen waren lang und detailreich. Neben den Kategorien der physischen und psychischen Belastungen mit umfangreichen Schilderungen nahmen sich die Angaben in den Clustern „kognitive Anforderungen“ und „ethische

Konflikte“ vergleichsweise kurz aus. In einigen Gesprächen musste bei der Frage nach Belastungen eine Zäsur gemacht werden, da die Gefahr bestand, dass sich der thematische Anschluss verlor. Bis auf „ethische Konflikte“, zu denen die Pflegepersonen aus den Kliniken keinen Beitrag leisteten, waren in allen Bereichen Statements beider Gruppen gleichermaßen präsent.

Entlastende Möglichkeiten

Bei der Frage nach „entlastenden Möglichkeiten“ wurden zahlreiche Vorschläge zu den physischen und psychischen Belastungen aus allen Bereichen gemacht. Der Schwerpunkt lag hier auf dem Cluster „Organisatorische Entlastungen“. Optimierungen der Arbeitszeiten, vor allem mit längeren Regenerationsphasen und Veränderungen der Arbeitsinhalte wurden angeführt. Ebenso wurde der Einsatz von Hilfsmitteln genannt, die oft nicht einmal zur Verfügung standen. Interventionen des Arbeitgebers, wie ausreichende finanzielle und personelle Ausstattung sowie der Einsatz von zusätzlichen Pflegehilfskräften wären vorstellbar. Sinnvolle Freizeitaktivitäten zur Regeneration, wie Sport, Gartenarbeit und das Pflegen sozialer Kontakte rundeten diesen Themenkomplex ab. Die „Nicht-Erfolglichen“ der ambulanten Pflegedienste und Pflegeheime lieferten dazu keine Beiträge.

Konkrete altersspezifische Konzepte am Arbeitsplatz

Die bereits vorhandenen altersspezifischen Angebote wurden fast ausschließlich von den „Erfolglichen“ berichtet: Auf der „physischen Ebene“ nannte lediglich der Krankenhausbereich Fortbildungen zum Hilfsmiteleinsatz sowie zur Rückenschule. Angebote auf der „psychischen Ebene“ waren spärlich und erschöpften sich in Supervision, Mitarbeitergesprächen durch Vorgesetzte und kollegialen Gesprächsrunden. Auf der organisatorischen Ebene gab es zahlreiche Ansätze, von Arbeitgeberzuschüssen zur Mitgliedschaften in Fitnesszentren bis hin zur Einrichtung eines MitarbeiterInnenpools in den hochspezialisierten klinischen Intensivbereichen. Die Mehrzahl der Befragten gab ein Fehlen altersspezifischer Angebote an ihrer Arbeitsstelle an. Zur Frage nach Wunschangeboten kamen Vorschläge in Richtung Sport und Entspannung; organisatorische Wünsche betrafen die Arbeitszeiten (Gleitzeit, familienfreundlich, verkürzte Schichten), diverse Fortbildungen (z.B. Kinästhetik, Computer-Dokumentation) und Handwerken in Freizeitgruppen zur Entspannung. Eine Kollegin berichtete von einem geplanten kommunalen Projekt,

das Pflegeberatung anbieten wird. Dies wäre ihrer Meinung nach gegebenenfalls ein ideales Betätigungsgebiet für ältere, erfahrene Pflegende.

Sinnhaftigkeit der Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen

Mit der Frage nach der Sinnhaftigkeit und den Bedingungen einer Beschäftigung älterer Pfleger sollte die Einschätzung der ProbandInnen für konkrete Situationen eruiert werden. Knapp zwei Drittel der ProbandInnen sprachen sich mit geringen Vorbehalten für eine Beschäftigung älterer KollegInnen aus, das restliche Drittel konnte sich nur sehr schwer vorstellen mit über 60-jährigen KollegInnen (oder selbst noch in diesem Alter) zu arbeiten. In der Pro-Begründung wurden die Berufserfahrung und das Fachwissen genannt, sowie Stabilisatoren im Team. Als Risiko wurden die körperliche Leitungsfähigkeit, der Gesundheitszustand und der Wissensstand genannt. Optimal wäre, so die Befragten, ein erweiterter Urlaubsanspruch und reduzierte Arbeitszeiten (die bei angepasster Vergütung als schwer umsetzbar eingeschätzt wurde).

Zusammenarbeit zwischen Alt und Jung

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Altersgruppen in Teams wurde sehr heterogen beschrieben: von guter, problemloser Zusammenarbeit bis hin zu sehr schwierigen Konstellationen, unabhängig von der Einrichtungsart oder der Zugehörigkeit zur „Erfolgsgruppe“ oder „Nicht-Erfolgsgruppe“. Interessanterweise wurde aus dem ambulanten Segment mit der geringsten Teamausprägung über die beste Zusammenarbeit der Altersgruppen berichtet – dieses Mal jedoch fast ausschließlich von Mitgliedern der „Erfolgsgruppe“.

Persönliche Statements

Im offenen Abschluss mit persönlichen Statements wurde über Erfahrungen berichtet, über Wunschvorstellungen zu Organisationsverbesserungen, über ethische Aspekte (z.B. „Die Dokumentation hat einen höheren Stellenwert als die Pflege“) sowie über Zukunftsperspektiven (z.B. „Image-Problem der Pflegeberufe“, „persönliche pessimistische Einstellung“).

In den gesamten Interviews konnten die „Erfolgreichen“ ohne Zögern positive Aspekte des Alterns im Beruf benennen, durchaus auch mit kritischen Implikationen. Sie identifizierten eigene Vorteile ihres Alter(n)s und verknüpften diese Erkenntnisse mit entspre-

chenden Anmerkungen in der Frage, was ihnen konkret leichter falle. Belastungen wurden auch benannt, jedoch war bei diesen Pflegenden kein resignativer Defätismus führend, vielmehr ein objektives Statement mit Ansätzen zu einem kreativen Veränderungspotenzial. Bei der Frage nach Entlastung wurde in ihren Bemerkungen ein weiter Ressourcenhorizont sichtbar, der von individueller Kreativität und Weitblick geprägt war. Die Angaben der konkreten Angebote unterschieden sich deutlich in den beiden Gruppen: Während die „Erfolgreichen“ spontane Ideen und konsequente realitätsnahe Veränderungen aus den zuvor formulierten Belastungen ableitete, kamen von der Gruppe der „Nicht-Erfolgreichen“ kaum Impulse. Ebenso wurde auch die Einschätzung, ob eine Beschäftigung älterer KollegInnen in der Pflege sinnvoll sei und falls ja, unter welchen Bedingungen, von der „Erfolgs-Gruppe“ überwiegend positiv formuliert, jedoch mit dem Hinweis, dass fachliche Qualifikation und eine (altersentsprechende) Leistungsfähigkeit vorauszusetzen ist. Bei der Frage nach der Zusammenarbeit in altersgemischten Teams unterschieden sich die beiden Gruppen nicht grundlegend, ebenso wenig bei dem letzten, offenen Item, bezüglich möglicher weiterer Aspekte zur Thematik.

Ein eventueller Genderaspekt bezüglich der Zuordnung „Erfolgreich“ oder „Nicht-Erfolgreich“ konnte nicht analysiert werden, da die Grundgesamtheit der Befragten durch den qualitativen Charakter der Studie nicht repräsentativ war.

Die Salienz der Generativität

Die Salienz der Generativität konnte in der empirischen Studie des Autors belegt werden. Am Ende der beruflichen Phase lassen sich generative Settings nachweisen und werden nachfolgend durch entsprechende Zitate aus der Befragung dargestellt. Ein/e Proband/in aus der ambulanten Pflege berichtete beispielsweise:

„Also ich erlebe die Zusammenarbeit mit jüngeren KollegInnen, wenn man dazu auch die SchülerInnen zählen darf, schon als sehr fruchtbar. In der Regel ist das Wissen, das man weitergeben kann, für die eigentlich schon auch immer sehr wichtig. Ich erlebe auch Dankbarkeit für die Tipps und Erfahrungen“ (Interview Nr. 2).

und

„ [...] diese Krankenpflegeschülerinnen, wenn die aus dem Krankenhaus kommen, die sind dann so 19, 20, dass die natürlich tot umfallen, wenn sie sehen, dass sie mit so `ner Alten da los müssen und in der Regel – also ich kann mich an keine an-

dere erinnern – sind die nach zwei Wochen völlig begeistert und sagen, so viel hätten sie sich überhaupt nie vorgestellt, dass sie lernen [...]“ (Interview Nr. 23).

Generativitätsaspekte zwischen PflegeheimbewohnerInnen und Pflegepersonen wurden auch berichtet. In einem der Interviews kam dies folgendermaßen zum Ausdruck:

„Weil das ist dann meine Eltern- oder Großelterngeneration, von denen weiß ich auch selber noch was, oder über Geschichte oder über eigene Bildung, dass man das auch einfach einordnen kann, was für einen Lebenshorizont die Menschen haben und damit auch besser mit ihnen umgehen kann, auch wenn sie verwirrt sind, auch bei Demenz kann man an alte Sachen gerade gut anknüpfen. Das fällt leichter und natürlich auch die Kommunikation mit Vorgesetzten, mit Mitarbeitern allgemein im Leben, es fällt leichter, wenn man da schon Lebenserfahrung hat, dass man da mehr Ruhe bewahrt auch wenn's mal brenzlich wird, aber auch dass man klipp und klar sagt, bis hierher und nicht weiter. Und dazu gehört eben auch Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein und das muss auch erst über die Jahre reifen, das ist meine eigene persönliche Erfahrung“ (Interview Nr. 10).

Sozialkompetenz

Eine leitende Mitarbeiterin aus dem Klinikbereich ist der Auffassung, dass die Sozialkompetenz der unmittelbaren Vorgesetzten eine herausragende Rolle spielt:

„[...] ich denk', wenn man sich die Alterspyramide anguckt ist die Zukunft, sind ja die älteren Mitarbeiter und ich denke, dass man – wie soll ich sagen – deren Kompetenzen, jetzt mal von den fachlichen Kompetenzen abgesehen, die menschlichen Seiten unbedingt pflegen muss“ (Interview Nr. 24).

Für die jüngeren MitarbeiterInnen hat die Sozialkompetenz (und dadurch größere Empathie) ihrer älteren KollegInnen im Umgang mit den Zu-Pflegenden Vorbildcharakter. Die eigene Lebenserfahrung spiegelt sich in der folgenden Aussage wider:

„Vom Sozialen her, man hat selber viel erlebt, man kann mitfühlen oder man kann auch die Bewohner verstehen. [...] Man muss sich da schon auch ein bissl mit reinfühlen, man muss ja nachdenken, warum der Mensch jetzt traurig ist, man kann nicht einfach sagen, ich kann da auch nix dazu oder ich hab jetzt keine Zeit, dafür bin ich keine Altenpflegerin“ (Interview Nr. 12).

und

„Man kann auf diesen Mensch [Bewohner oder Bewohnerin z.B. nach Schlaganfall, JC] freier zugehen, ohne Angst find ich schon, weil das was ich gelernt habe, kann ich dann weitergeben oder so gezielt beibringen, ja, auch Schülerin oder auch anderen Mitarbeitern aufgrund meiner Erfahrung, aufgrund jedes Jahr, wo ich weiter

arbeite, da sammel` ich jedes Mal und immer mehr und immer mehr, ja, dann kann ich immer besser anbringen, das was ich lerne“ (Interview Nr. 15).

Freude am Beruf als „Erfolgsparameter“

Es konnten Strategien gefunden werden erfolgreich im Beruf zu altern, sofern subjektive Aspekte wie „Freude an der Arbeit“, „Spaß bei der Arbeit“ sowie eine optimistische Grundeinstellung dazu als Indikatoren akzeptiert werden. Diese Annahme wurde in den einzelnen Interviews näher analysiert und ausgewertet. So wurde beispielsweise von einer 48-jährigen Probandin artikuliert:

„Wie gesagt, ich hab viel Spaß, und solange ich noch Mut habe und so eingestellt bin, wie ich jetzt bin, ich bin gesellig, ich mach es gern, ich bin kommunikativ und wie gesagt, ich mach es gern, solange ich kann“ (Interview Nr. 11).

Eine 51-jährige Altenpflegerin, die in einem Pflegeheim beschäftigt ist, berichtete:

„Also Freundinnen, die von Pflege nix [*verstehen*, Anm. JC], äh – ach Du Arme, seit 30 Jahren – das könnt ich nicht. So lange nicht. Mit älteren Leuten, also das können sie gar nicht verstehen. Und sie wundern sich, dass ich immer noch normal bin [...], sie denken, dass ich jetzt wirklich krabbelnd zur Arbeit gehe, weil ich schwer arbeite. Viele stellen das schwer hin. Aber mir macht das immer noch Spaß [...]“ (Interview Nr. 20).

Fort- und Weiterbildung

(Berufs)lebenslanges Lernen, etwa durch aktive kontinuierliche Fortbildungen, ermöglichen bei Pflegenden bis zum Eintritt in den Ruhestand konstant positive Entwicklungsmöglichkeiten (Plastizität). Vice versa könnten eher passive Einstellungen und Haltungen zum Erstarren in Denkmustern mit konsekutiver reduzierter Performanz führen (vgl. KRUSE 2011). Eine Pflegedienstleitung berichtete folgende Erfahrung:

„Ich glaube, das allergrößte Problem ist, dass die Pflegedienstleitung die Stationsleitung nicht richtig coacht. Also wenn ich jemanden in die Funktion *Leitung* nehme, muss ich ihn ein bis eineinhalb Jahre begleiten, muss ihm zeigen, zu schauen, wo sind bei den Mitarbeitern die Stärken und die Schwächen, wie kannst Du ihn fördern und und und“ (Interview Nr. 19).

Offenheit, Interesse und Verantwortungsübernahme

Offenheit und Interesse sind möglicherweise ebenso bedeutsam für die persönliche Entwicklungsfähigkeit bis zum Ende der Erwerbstätigkeit. Ein Pfleger aus dem Bereich der Rehabilitationsgeriatrie unterstrich die große Vorbildfunktion älterer KollegInnen und sagte dazu:

„Fortbildungen [...], die ziehen an bei uns seit ein, zwei Jahren. Vorher war eigentlich immer ich derjenige, der sich als Erster draufgeschrieben hat oder bei betriebsinternen Veranstaltungen oder wenn wir gemeinsam mit Station was unternehmen. Ich versuch mich immer als erstes auf die Liste zu setzen, nicht um mich aufzustellen, sondern einfach um zu sagen, hier, ich bin da, wer macht mit“ (Interview Nr. 10) des Weiteren ...

„Es gibt [junge, Anm. JC] Leute, die haben schon ihre Energie, aber die streut sich halt in alle Richtungen, die brauchen halt Führung, Vorbild, die brauchen einen Rahmen, in dem sie sich bewegen, das muss kanalisiert werden in Richtung Betrieb, bissl Disziplin, damit sie sich an den Stationsablauf halten und von den Älteren aber auch was annehmen wollen und das auch tun, und zwar dauerhaft [...]“ (ebd.).

Die positive Einstellung und Bereitschaft zur Verantwortung lassen sich möglicherweise auch im Kontext des beruflichen Alterns erkennen. So offenbarte sich die Bereitschaft der Verantwortungsübernahme älterer MitarbeiterInnen beispielsweise in der Teamzusammenarbeit mit jüngeren KollegInnen und wurde in der Befragung des Autors wie folgt zum Ausdruck gebracht:

„wenn ein älterer Mitarbeiter dabei ist, dann sind sie [die jüngeren KollegInnen, Anm. JC] verantwortlicher und nehmen die Sache ernst. Und dann bin ich als Stationsleitung auch sicher, dass die Sachen auch mit Verantwortung gemacht werden“ (Interview Nr. 15).

Eine Probandin aus dem Klinikbereich berichtete über eigendispositive innere Aktivitäten durch Impulse außerhalb des beruflichen Umfeldes:

„Also, ich denke, man muss halt im Alter wirklich versuchen, dass man aus dieser normalen Schiene einfach rauskommt und sich einfach selber nochmal neue Perspektiven zu schaffen. Und ich denke, das ist mir, glaube ich, auch ganz gut gelungen. Im Moment fühle ich mich relativ stabil, auch wenn es viele Probleme gibt. Also ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass man äh zumindest – als ich mach das mindestens zweimal im Jahr, manchmal sogar dreimal – äh – extern – außerhalb vom Krankenhaus. Ich mach' meine Seminare in der Regel alle bei Tempus, die

haben so ein bissl religiösen Hintergrund, dahingehend, dass man einfach überlegt, wie guckt man, dass der Alltag und das Privatleben einfach zusammenkommt“ (Interview Nr. 19).

Problemlösungskompetenz und Kreativität

Problemlösungskompetenz und Kreativität wurde bei Pflegenden besonders in Führungsfunktionen berichtet, vor allem in der Personalentwicklung bei älteren KollegInnen:

„Man muss mit den Mitarbeitern in den Dialog gehen und sie fragen, was sie bereit sind zu opfern, damit sie bis 65 im Team bleiben können. Auch Teilzeitmöglichkeiten können genutzt werden, so haben Mitarbeiter, die auf 80% reduzieren, einen freien Tag in der Woche mehr, der Verdienstverlust ist dann nicht so hoch. Aber auch das muss man mit den Mitarbeitern besprechen, dass man nicht alles alles haben kann und auf der anderen Seite zu sagen, ich bin der arme alte Mitarbeiter und mir tun alle Knochen weh, ich hab' dicke Füß' und was auch immer, ja. Da muss man also rechtzeitig in den Dialog gehen und sagen, ich bin bereit, Dir ein Stück weit entgegen zu kommen, aber auch Du musst Dich bewegen. Ja, auch wenn's dann heißt, o.k., ich habe jetzt für Dich einen Arbeitsplatz von Montag bis Freitag, dezentrale Aufnahme, geht von Montag bis Freitag, hast das Wochenende frei, hast keinen Spätdienst, heißt natürlich nicht, dass Du Deine Bereitschaftsdienstgeldnummer noch hast, ja“

und auch

„Wundmanagement ist auch etwas, das ein älterer Mitarbeiter gut machen kann, Erfahrungen weitergeben, wie muss es gepflegt werden, dokumentiert werden und und und. Da ist ein älterer Mitarbeiter sehr gut zu gebrauchen“ (Interview Nr. 19).

Kreative Potenziale

Kreative Potenziale wurden unabhängig von Hierarchieebenen dargestellt. Häufig wurden von Seiten der MitarbeiterInnen Impulse oder konkrete Maßnahmen formuliert beziehungsweise – in entsprechender Führungsposition – auch umgesetzt:

„Ja ich denk, der Mitarbeiter ist gefordert, der Arbeitgeber ist gefordert und ich denk als Team kann man die Herausforderung Alter und demografischer Wandel am besten lösen, wenn man im Gespräch bleibt und beide willens sind, da auch ihren Teil dazu beizutragen“ (Interview Nr. 10).

sowie

„Also ich kuck schon, sag‘ ich einmal, ähm wo wo finde ich einfach noch Potenziale ältere Mitarbeiter mit einzubinden. [Zusammenfassend: Experten für Prothetik, Unfallchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Gefäße, Thoraxeingriffe – ältere Mitarbeiter, die hier ihr Wissen an jüngere weitergeben]“ Interview Nr. 19).

Ein Interviewauszug aus dem Krankenhausbereich belegt eindrücklich den Drang, kreativ tätig zu werden und Ideen umsetzen zu können:

„Ich möchte nicht ganz raus aus der Pflege, aber so kreative Ideen, Projekte, diese Dinge, dass ich da irgendwie mitreden kann oder meine Ideen einbringen könnte in so einer Form, das könnte ich mir gut vorstellen und das möchte ich auch unbedingt. Meins ist es jetzt nicht, so ein Projekt unbedingt zu leiten, mitarbeiten ja gern, ich bin eher der Typ, der kurzfristig Ideen bringt, etwas anstößt, etwas in die Wege leitet, quer denkt, moderne Dinge einbringt, so was wie jetzt langfristig an einer Arbeit nur zu bleiben und diese über viele Jahre zu verfolgen, das ist nicht so mein Ding, aber Leute begeistern für etwas aufschließen, neue Dinge einbringen, strategische Entwicklungen, so was traue ich mir durchaus zu, wobei mir natürlich der betriebswirtschaftliche Hintergrund fehlt. Aber ich denke, ich bin ein sehr kreativer, ideenreicher Mensch und möchte das unbedingt auch zur Verfügung stellen, da brauche ich natürlich auch die richtigen Leute, die das möchten, die einen fördern, fordern und so weiter“ (Interview Nr. 10).

Diese Passage dokumentiert sowohl den Wunsch, unter Umständen die direkte Pflege zu verlassen, als auch eine latente Frustration, da die artikulierten Wünsche offenbar (bislang) nicht realisierbar waren. Wird für diesen Mitarbeiter/diese Mitarbeiterin kein Raum zur Verwirklichung geschaffen, ist als Konsequenz ein Berufsausstieg oder Burn-Out Syndrom vorstellbar.

4.7. Überprüfung der Forschungsfragen

Frage I: Sind Pflegende mit positiver Einstellung zum Beruf eine exotische Randerscheinung?

In dieser qualitativen Erhebung mit einer Grundgesamtheit von 24 ProbandInnen konnte bei der Hälfte der Befragten eine eher positive Einstellung zum Beruf im Allgemeinen sowie zum Altern im Beruf im Speziellen festgestellt werden. Dieses Ergebnis zeigt einen Trend an,

der bei den meisten Pflegenden eine optimistische Einstellung vermuten lässt.

Frage II:

Verfügen Pflegende selbst – zumindest ansatzweise – über „Erfolgsstrategien“ und/oder „-konzepte“ ihres Alterns und wenden sie sie auch an:

Die vorliegende Studie identifizierte eine Vielzahl von „Erfolgsstrategien“ Einzelner. KollegInnen berichteten sowohl über kleine Projekte, die sie in bescheidenem Umfang umsetzen konnten, als auch über komplexe Konzepte, die eine ganze Einrichtung betrafen. So berichtet beispielsweise ein Kollege über die Etablierung eines Punktesystems für Fortbildungsveranstaltungen, um MitarbeiterInnen altersunabhängig zu Weiterqualifikationen zu motivieren und um darüber hinaus den damit erreichten Qualifikationsstand zu dokumentieren (Interview Nr. 7). Eine andere Kollegin, Wohnbereichsleitung in einem Pflegeheim, legte ihren Schwerpunkt auf die „schöne“ Gestaltung der letzten Lebensphase der BewohnerInnen (Interview Nr. 15).

Frage III:

Zeigen „Erfolgsstrategien“ Einzelner ein gemeinsames Muster, das sich kategorisieren lässt:

Wie in Kapitel 4.4. unter >Attribuierung eines „Erfolgsprofils“< dargelegt, konnten gemeinsame Muster in der „Erfolgs-Gruppe“ aufgezeigt werden: Das IFSO-Profil (Interesse, Fokussierung, Spezialisieren und (Re)Organisieren, siehe dazu das folgende 5. Kapitel) war bei all diesen Pflegenden – jeweils in individueller Ausprägung – identifizierbar.

Frage IV:

Identifizierte individuelle „Erfolgsstrategien“ können vollständig oder teilweise von der gesamten Berufsgruppe übernommen werden:

Dazu wäre der Effekt nach Publikation der vorliegenden Arbeit ein wichtiger Parameter, oder auch die Multiplikationswirkung kleiner Projekte aus der Praxis – in den Fachzeitschriften veröffentlicht – die die zunehmende Kreativität Pflegender zum Thema „Älter werden“

aufzeigen. So stellte beispielsweise MAIER (2011) im CNE.magazin die Projekte zweier Kliniken vor, die für die „Generation 50 plus“ aufgelegt wurden: Individualberatung Älterer, Lebensphasen gerechtes Arbeiten, Entlastung durch administrative Tätigkeiten, Stationspartnerschaften älterer Pfleger und vieles andere (vgl. ebd.). Realisierbare kleine Projekte sind ein erster wichtiger Schritt in Richtung erfolgreiches Altern auch im Beruf.

5. Das Erfolgsmodell für Alter(n) im Pflegeberuf

Wie bereits in der ersten Zuordnung innerhalb der beschriebenen Studie in Kapitel 4.4. aufgezeigt werden konnte, erwiesen sich die beschriebenen Phasen des Interesses, Fokussierens, Spezialisierens und (Re)Organisierens auch bei der Detailanalyse als konstituierend für ein „erfolgreiches“ berufliches Altern in den Pflegeberufen, unabhängig vom Tätigkeitssegment ambulante oder stationäre Einrichtung.

5.1. Interesse, Fokussieren, Spezialisieren, (Re)Organisation: IFSO

Analogien zu Paul und Margret BALTES psychologischem Modell erfolgreichen Alterns auf der einen Seite und zu ANTONOVSKYS „Sense of coherence“ auf der anderen Seite sind evident (vgl. Kap. 3.4 und 3.5) und belegen, dass sich für erfolgreiches Altern im Erwerbsleben Pflegenden bereits Parallelen zur späteren nachberuflichen Phase nachweisen lassen:

Baltes/Baltes	Conrad	Antonovsky	
SOK	IFSO	SOC	
Selektion	Interesse	Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness)	sense of coherence
	Fokussieren		
Optimierung	Spezialisieren	Handhabbarkeit, Bewältigbarkeit (sense of manageability)	
Kompensation	(Re)Organisation	Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)	

Tab. 15: SOK, IFSO, SOC – Gegenüberstellung

Der SOK-Dimension „Selektion“ einerseits sowie dem SOC-Element „Sense of meaningfulness“ andererseits kann ein früher Interessenschwerpunkt aus dem gesamten Pflege-tätigkeitsbereich zugeordnet werden, der für den/die jeweilige/n Pflegenden/n von großer Bedeutung (oder Sinnhaftigkeit) war und der im weiteren beruflichen Curriculum zu einer Auswahl beziehungsweise einer Konzentration (oder Fokussierung) auf diesen Punkt oder dieses Feld führte. Eine konsekutive Spezialisierung durch Weiterqualifikationen verbessert die Fähigkeiten (SOK: Optimierung) im ausgewählten Gebiet, erzeugt ein tie-

feres Verständnis und verstärkt somit auch die Handhabbarkeit (SOC-Komponente) durch eine Vergrößerung des Handlungsrepertoires für Routine- und Ausnahmesituationen. Die Phase der abschließenden Organisationsveränderung betrifft zumindest das eigene Arbeitsfeld (Wechsel in eine andere Position oder Funktion) und/oder wirkt sich auf die gesamte Einrichtung aus (Reorganisation von Arbeitsabläufen oder Schwerpunkten) als Resultat des vertieften Verständnisses (SOC: Verstehbarkeit) aus den vorangegangenen Phasen. Da relevante Pflegemaßnahmen mit anderen Schwerpunkten auch weiterhin durchgeführt werden müssen, ist eine Kompensation (SOK-Komponente) erforderlich, die durch eine Umverteilung der Aufgaben auf Andere erfolgen kann (z.B. HelferInnen, SpezialistInnen, KollegInnen, Angehörige) oder durch eine Verschiebung der Priorität.

Diese Phasen ließen sich in der Untersuchung des Autors bei den Mitgliedern der „erfolgreichen“ Gruppe identifizieren. Darüber hinaus konnten diese häufig über kreative Ansätze berichten, die aus ihrer Motivation und Identifikation mit der Organisation resultierten. Die „Nicht-Erfolgreichen“ wiesen dagegen eine oder mehrere Lücken im beschriebenen Verlauf auf und berichteten kaum über neue Ideen.

Ausgewähltes Beispiel:

Ein/e Vertreter/in der „erfolgreichen“ Gruppe (55 Jahre alt, Interview Nr. 2), der/die ursprünglich aus dem klinischen Bereich kam, dann aber großes Interesse am selbstständigen Arbeiten entwickelte und aus dieser Motivation heraus in den ambulanten Pflegebereich wechselte (Fokussierung: „ambulante Pflege“), machte die Erfahrung, dass die Pflege hier seiner/ihrer eigenen Vorstellung am nächsten kam (Spezialisierung: „ganzheitliche Pflege“), in dem der Klient ganzheitlich begriffen wird, mit Nähe- und Kontaktaufbaumöglichkeiten. Neben dem Arbeitsbereich selbst hat der/die ProbandIn zudem sein/ihr Arbeitsvolumen reorganisiert (75% Teilzeitbeschäftigung) und engagierte sich außerberuflich in der Kommunalpolitik (mit kreativen Ansätzen für die Anliegen aus dem Pflegebereich). Er/Sie antwortete auf die Frage nach Vorteilen im Alter:

„Ich erlebe es oft von Patienten, die dann zu mir sagen, wenn ich das erste Mal hin-
komme, dass sie es eigentlich als angenehm empfinden, wenn jemand zu ihnen
kommt, den sie auch schon als älter einschätzen, dem sie a) sicherlich mehr Le-

benserfahrung zutrauen und b) natürlich auch fachlich größeres Wissen zutrauen“ (Interview Nr. 2).

Für diese/n Pflegende/n ist die Beschäftigung älterer KollegInnen im Beruf keine Frage:

„Ich habe schon vorher an sehr vielen Stellen gesagt, die Älteren sind ein Stück weit ruhiger, sie sind ausgeglichener, sie haben größeres Wissen, sie sind ein Stück weit einfach auch an der Lebenswelt der Patienten näher dran – sie haben oft eine größere Toleranz, größeres Verständnis – klar, es ist auf jeden Fall sinnvoll [die Beschäftigung Älterer in der Pflege, JC] und ich denk in Zukunft wird es sowieso darauf hinauslaufen, dass Ältere noch wesentlich länger in diesem Beruf drin [sein werden, JC]“ (ebd.).

Ein in allen Punkten durchaus positives gesehenes Bild vom Altern im Beruf, ohne Risiken und Probleme auszublenden, die, sofern identifiziert, als gestaltbar betrachtet werden. Dazu aus der gleichen Quelle ein Statement zur Gestaltung der Arbeitszeit in den verschiedenen Phasen beruflicher Aktivitäten:

„Also, wenn ich bei uns gucke, wie oft wir, wenn eine Kollegin ausfällt oder so, Überstunden machen, dass man diese Zeit einfach auch ansammeln kann und dann irgendwann, wenn man 60 ist, oder über 60, zu sagen, dann arbeitet man von dieser Zeit, die man da irgendwo angespart hat, dann einfach ein Stück weit ab und sagt, über diesen Ausgleich, dann denk ich, wird's oftmals nicht so wahnsinnig viel teurer werden oder wird letztendlich auch am Lohn nicht ganz so viel wegnehmen. Wo man dann einfach sagen kann, es gibt Zeiten, da sind wir jung, da kriegen wir das besser hin, da können wir etwas mehr ranklotzen und es gibt dann Zeiten, da können wir dann von dem zehren, was wir da angespart haben“ (a.a.O.)

Die nach den drei Schritten (Interesse, Fokussierung, Spezialisierung) erkennbare Organisation beziehungsweise Reorganisation der Arbeitsinhalte erfolgte entweder durch die Übernahme einer neuen Position im Führungsbereich oder durch die Expertise innerhalb des alten Tätigkeitsbereichs. In beiden Fällen ist die (Re)organisation häufig verknüpft mit neuen kreativen Ideen:

„So kommt es auch vor, dass Bewohner aus Heimen wieder nach Hause gehen und dort mit Unterstützung der Sozialstation zurechtkommen. Ich denke, in diesem Rahmen gibt's einen Riesenbedarf an Beratung in Zukunft, wo man grad ältere, erfahrene Pflegekräfte eigentlich gut brauchen könnte, um Situationen besser einzuschätzen“ (Interview Nr. 2).

oder auch:

„Ich bin jetzt dabei Low-Care / High-Care Bereiche zu machen und im Low-Care Bereich wird dann eine ältere Mitarbeiterin [aus dem Pflegebereich, Anm. JC] arbeiten, die hat dann aber dabei nicht mehr Krankenschwestern sondern Arzthelferinnen, und da guck ich dann wieder, welche Operationen passen denn dazu, dass `ne Arzthelferin machen kann. In der Kommunikation, dass eine, die da drüber wacht. Damit schaufle ich mir natürlich Budgetgelder wieder frei und hab' dann letztendlich `ne zusätzliche vielleicht `ne Kraft, die halt `ne minderwertige Qualifikation hat. [...] Meine Idee ist, in diesen Bereichen vermehrt ältere Mitarbeiterinnen einzusetzen, die dann die Arzthelferinnen bewachen bzw. supervidieren“ (Interview Nr. 19).

Dieses Beispiel belegt ein Kreativpotenzial, das aus hohem Engagement und Identifikation mit dem Pflegeberuf entstand, aus einem ausgeprägten Interesse, subjektiv bedeutsame Ideen zu realisieren.

5.1.1. INTERESSE

Die Setzung eines Interessensschwerpunktes ist eine frühe Vorauswahl (Selektion) aus dem Gesamtspektrum des professionellen Pflegeportfolios.

Ähnlich ANTONOVSKYS „Bedeutsamkeit“ konnte von den meisten Pflegenden der „Erfolgsgruppe“ ein bestimmter (beruflicher) Interessensschwerpunkt angegeben werden, der für sie persönlich von hoher Bedeutung war. In der Regel war dies bei Pflegenden in leitenden Positionen „Führung“ und „Organisation“ – für sie auch eine Grundvoraussetzung für professionelle und den eigenen Ansprüchen gerecht werdende Pflege. Ein/e Pflegende aus der Klinik rekapitulierte dazu:

„Früher hatten wir [...] einen Chef, der da auch eher hinter dem Personal stand, ich denk, das das wirkt sich noch einfach aus. Weil, ich denk', das wird auch schon von denen, die das erlebt haben, die so groß geworden sind, weitergetragen und ich glaube, dass da gerade diese älteren Mitarbeiter sich sehr sicher fühlen einfach in ihrem beruflichen Stand und auch Status“ (Interview Nr. 24).

Und:

„Das ist so mal gelebt worden und man hat das übernommen und es wird weiter gelebt. Wohl ein lang anhaltender Effekt“ (ebd.).

Bei Personen, die keine leitenden Funktionen innehatten, wurde beispielsweise die Bedeutsamkeit der ganzheitlichen beziehungsweise patientenzentrierten Pflege, die Anleitung von Auszubildenden (Mentor/in) oder die Sterbebegleitung erwähnt.

Die beiden letztgenannten Schwerpunkte finden eine Entsprechung in der Generativität, die „das Bedürfnis [darstellt, JC], einen über die Begrenztheit des eigenen Lebens hinausgehenden Beitrag zu leisten [...] im familiären wie auch im gesellschaftlichen Kontext“ (ERIKSON 1966 und McAdams 2009, in: Kruse 2011:156). Im Kontext des „Lebens“ ist in diesem Fall das „Berufsleben“ zu verstehen, das durch den Renteneintritt zeitlich begrenzt ist und in diesem Sinne wahrgenommen wird.

5.1.2. FOKUSSIEREN

Ein zweiter wesentlicher Baustein für erfolgreiches berufliches Altern ist die Fokussierung auf ein Teilgebiet oder eine Tätigkeit, der Bedeutsamkeit zugeschrieben wurde. Diese Fokussierung bedingt eine Selektion bedeutsamer und weniger bedeutsamer Aspekte. Zwei Beispiele dazu aus dem Management eines ambulanten Pflegedienstes:

„Ich hab’ zum Beispiel im laufenden Monat eine Kollegin im Überschuss da. Weil auf einmal da ist kein Urlaub eingetragen, da ist also – sie sind alle gesund, sie sind alle da, mein Personalspiegel ist also so üppig – will ich mal sagen – jetzt, dass ich also diese Planungen machen kann. Dass ich also zwei Kollegen außer der Reihe für fünf Tage in ihr Überstundefrei planen kann [...]“ (Interview Nr. 16),

oder

„[...] Aufnahmegespräche [...] ich bin der Profi, ich weiß, was ist notwendig, was ist machbar. Ich guck auch gleich, da müssen wir noch da und da eingreifen, wen muss ich dazu tun, Sozialdienst et cetera pp, muss da noch hauswirtschaftliche Versorgung gemacht werden und dann kann ich auch gucken. Ich seh’ nach fünf Minuten schon, ist das eigentlich das, was ich will, das was man bräuchte da, kann man das eigentlich bezahlen und können’s die Leute bezahlen und dann fallen ja auch die Pläne zusammen, wenn ich als manchmal Aufnahmen kriege, also Patienten, die aufgenommen worden sind, so eine Litanei“ (Interview Nr. 17).

Im Beispielinterview Nr. 16 (siehe oben) nutzt die verantwortliche Pflegedienstleitung eine günstige Personalkonstellation (Urlaubs- und Krankheitsausfall), ändert flexibel die Vorplanung, um bei MitarbeiterInnen kumulierte Überstunden wieder abzubauen – zuvor durch Mehrarbeit kompensierte Ausfälle werden dadurch ausgeglichen. Die Fokussierung auf die Arbeitszeit triggerte die flexible Umplanung der Dienste.

Im Interview Nr. 17 wird hingegen beim Erstkontakt mit den Kunden (Klienten) deutlich, wie eine Fokussierung der älteren Pflegenden auf Realisierbarkeit relevante Aspekte der Gesamtsituation erfasst und ganz gezielt multidisziplinäre Vernetzung initiiert. Der bewusste Fokus der/ des Pflegenden auf das individuell Bedeutsame blendet alles Übrige partiell aus. Das Ausgeblendete, fachlich jedoch nicht Irrelevante, muss kompensiert werden, um eine professionelle Pflege zu gewährleisten (Übernahme durch andere Personen oder Ausführung zu einem späteren Zeitpunkt; Nichtrelevantes entfällt vollständig). Kompensationen durch Übernahme bestimmter Tätigkeiten durch Team-KollegInnen, vorzugsweise ältere, wären beispielsweise denkbar für Medizin-Geräte-Einweisungen in der Ausbildung. Als erfahrene SpezialistInnen besitzen ältere Pflegenden exzellente Detailkenntnisse, die sie an Jüngere weitergeben können. In dieser Ausbildungsphase könnten sie außerhalb ihres üblichen Einsatzorts (beispielsweise Operationssaal) eingesetzt werden. Sie können sich in separaten Schulungsräumen auf die Unterweisung konzentrieren. Dazu erläuterte eine/r der Befragten aus dem OP-/Anästhesiebereich eines Krankenhauses in der Studie:

„so eine Art Werkstatt [...], eine Lernwerkstatt, wo man dann Mitarbeiter in einem dezentralen Bereich an Instrumententischen trainieren kann, auch für Lagerungstechniken der Intensivstationen, Beatmungsgeräte [...]“ (Interview Nr. 19).

Diese Lehrtätigkeit könnten für ältere MitarbeiterInnen auch eine temporäre Entlastung in ihrer sonst körperlich anstrengenden Routinetätigkeit bedeuten sowie ein hohes Maß an Wertschätzung durch die Weitergabe ihres Erfahrungswissens und ihrer Routine.

5.1.3. SPEZIALISIEREN

Eine Spezialisierung der Mitglieder der „Erfolgsgruppe“ auf das zuvor fokussierte Thema kann an den entsprechend angegebenen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten direkt nachvollzogen werden. Pflegenden in Führungspositionen qualifizierten sich in der Regel durch passgenaue Stations- oder Wohnbereichsfortbildungen oder Weiterbildungen zur Pflegedienstleitung; zunehmend auch in akademischen Entsprechungen und Vertiefungen, den relevanten Studiengängen wie beispielsweise Pflegemanagement. MitarbeiterInnen in nicht leitender Funktion bildeten sich dagegen unter anderem zum/zur MentorIn, WundmanagerIn, in Palliativcare, Anästhesie- und Intensivpflege oder zum/zur Hospizbeauftragten weiter.

Neben reinen Managementspezialisierungen ist das Spektrum der angebotenen Zusatzqualifikationen außerordentlich breit, sowohl im akademischen als auch im nicht-akademischen Segment. Spezialisierung wird damit zum Synonym der Optimierung der fokussierten Thematik, zur Basis der Verstehbarkeit und konstitutiv zur Handhabbarkeit. Durch diese vielfältigen Möglichkeiten werden jedoch auch Ängste bei Stelleninhabern erzeugt, die über eine (vermeintlich) geringere Qualifikation verfügen. In den Befragungen wurde diese Perspektive sehr deutlich artikuliert:

„Ich sag mal mit 55 plus wird die [Führungs-, Anm. JC] Position [...] schwierig, weil, wie gesagt, die von uns im Prinzip ja auch gewollten Studienabgänger kommen werden und diese Jobs machen und die werden gut sein, die wollen ja was und da ist mit Erfahrung nicht mehr viel zu machen. Die werden einfach mehr Statistik, mehr Potenzial bringen, denen wird's leichter fallen, schnell ein Konzept zu entwerfen oder wie auch immer und es wird unser Geschick sein, die wir in Verantwortung sind, uns diese Personen entweder zu Nutze zu machen, praktisch einen Stab zu bilden, der das macht, der aber nicht als Stab irgendwo sitzt, sondern wirklich gut gesetzt und miteinander arbeiten. Und wenn einem das nicht gelingt, weil die Entwicklung plötzlich anders läuft, dann würde ich auf jeden Fall, nach einer gewissen Zeit, abtreten“ (Interview Nr. 8).

Mit diesem Statement enthüllt der/die Sprecher/in Risiko und Chance zugleich, die ein Spezialistentum durch ein Studium induziert: Es wird künftig „schwierig“ werden in der Führungsposition zu bestehen, wenn StudienabgängerInnen kommen, die möglicherweise qualifizierter und unter Umständen motivierter sind, wobei eine mögliche Zusammenarbeit nicht ausgeschlossen wird.

Eine andere Sichtweise, hier aus der Gruppe der „Erfolgreichen“. Ein/e MitarbeiterIn des ambulanten Pflegedienstes wählte zum Ausgleich der praktischen Tätigkeiten ein Studium aus, das zudem Bezüge zu seiner/ihrer Tätigkeit hatte:

„Ja, zum Stichwort „Selbstpflege“, dass man wirklich andere Sachen macht, die nichts mit dem Dienst zu tun haben, einfach um wieder frei zu sein. Das muss ja nicht immer gleich Sport oder ein Hobby sein, aber dass man sich überhaupt noch anderen Aufgaben stellt. Für mich war das zum Beispiel dieses Gerontologiestudium: Einfach rauskommen und andere sehen, von neuen Dingen hören und auch dieser Kreis von den Mitstudenten, das fand ich natürlich auch - das war toll“ (Interview Nr. 23).

5.1.4. (RE)ORGANISATION

Die Phase nach der Spezialisierung war bei den meisten ProbandInnen der „Erfolgsgruppe“ durch eine Veränderung ihrer beruflichen Organisation geprägt. Management-spezialisierungen im Sinne von Führungsbildung (z.B. einschlägige Weiterbildungen oder Studium) gingen in der Regel einer Übernahme von Leitungspositionen voraus. Vielfach sind diese Qualifizierungen auch formale Voraussetzung zur Übernahme von Führungspositionen, besonders im Topmanagement. Führungsbildung zielt nach BECKER (2005) „auf Verhaltensänderung bzw. Verhaltensstabilisierung von Führungskräften. Führungskräfte stellen den Personenkreis dar, der die dispositive Verantwortung für das Geschehen im Unternehmen trägt. Ihre Leistung besteht darin, durch Planung, Entscheidung, Delegation, Koordination und Erfolgskontrolle die Unternehmensziele effizient und effektiv unter Einbezug der Mitarbeiter zu erreichen. [...] Individuelle Ziele der Führungskräfte sind [...] das Aneignen von Führungs-, Informations-, Kommunikations- und Konfliktlösungstechniken“ (BECKER 2005: 210).

Typische Leitungsfunktionen nach den entsprechenden Qualifikationen waren laut Befragung Stations-, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung. Die genuinen Pfl egetätigkeiten an PatientInnen oder BewohnerInnen treten dabei, je nach Hierarchieebene und Betriebsorganisation, mehr oder weniger in den Hintergrund. Anders bei Spezialisierungen innerhalb der originären Pflege: Pflegende, die keine Führungs- oder Leitungspositionen innehatten oder anstrebten, organisierten sich – meist nach Zusatzqualifikationen – in neuen Tätigkeitsfeldern. Als ExpertInnen (WundmanagerInnen, Hygienefachkräfte, ErnährungsberaterInnen, Palliativ Nurses u.a.) intensivieren sie mitunter den Kontakt zu den PflegerezipientInnen und werden von ihnen als sehr kompetent wertgeschätzt; das wiederum wirkt sich positiv auf die ihre Zufriedenheit aus und lässt sie das eigene Wirken als Erfolg erleben. Ein/e Mitarbeiter/in aus dem ambulanten Bereich brachte dieses Feedback zum Ausdruck:

„Aber in der ambulanten Pflege erlebe ich es eigentlich sehr oft, oder es wird uns auch von Patienten wieder so signalisiert, dass es angenehm ist, dass es erfahrene Schwestern sind, ältere Schwestern, die in der Regel dann auch zu den Patienten kommen“ (Interview Nr. 2).

Pflegende, die sich für den hochspezialisierten klinischen Intensivpflegebereich entschieden und eine zweijährige Zusatzqualifikation erworben haben, wirken als ältere KollegIn-

nen selbstsicher und stabilisieren mit ihrem breiten Erfahrungswissen das altersgemischte Team. Ein/e MitarbeiterIn berichtete:

„Ich glaube, dass gerade in unserem Bereich aufgrund der – sag’ ich jetzt mal – hochqualifizierten Ausbildung, dass da auch `ne relativ hohe Selbstsicherheit ist und die strahlen jetzt diese älteren Mitarbeiter, für die ich sprechen kann, auf jeden Fall mal aus. [...] ich hab’ durchaus den Eindruck, dass die Erfahrung [der älteren KollegInnen, JC] von den jüngeren Mitarbeitern geschätzt wird und auch gerne angenommen wird“ (Interview Nr. 24).

Nach der (Re)Organisationsphase wird im Idealfall ein Niveau großer Zufriedenheit bei der/dem MitarbeiterIn erreicht. In dieser Phase der Souveränität, des Verstehens und des Überblicks werden nicht selten wertvolle kreative Impulse generiert, wie im Kapitel zuvor beschrieben. Wird in der Arbeitswelt, im unmittelbaren Team, der/die ältere KollegIn als hochkompetent und primär als Chance und nicht als Belastung wahrgenommen, engagieren sich diese Menschen auch vermehrt; Akzeptanz und Wertschätzung wirken gleichermaßen als Motor und Erfolgsindikator, ähnlich wie KRUSE/SCHMITT (2011) dies für das höhere Lebensalter beschreiben (a.a.O.: 41). In der Befragung des Autors schilderte die Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes sehr anschaulich diesen Aspekt (siehe das Beispiel dazu in Kapitel „Generativität und Kreativität“ aus Interview N. 23):

„ [...] diese Krankenpflegeschülerinnen, wenn die aus dem Krankenhaus kommen, die sind dann so 19, 20, dass die natürlich tot umfallen, wenn sie sehen, dass sie mit so `ner Alten da los müssen und in der Regel – also ich kann mich an keine andere erinnern – sind die nach zwei Wochen völlig begeistert und sagen, so viel hätten sie sich überhaupt nie vorgestellt, dass sie lernen [...]“.

6. Zusammenfassung

Der demografische Wandel mit seiner vierfachen Auswirkung auf die Pflegesituation – Zunahme der pflegebedürftigen Menschen durch die älter werdende Bevölkerung, älter werdende Zu-Pflegende, älter werdende Angehörige/Bezugspersonen und älter werdende Pflegende – sowie der aktuelle Fachkräftemangel machen deutlich, dass ein möglichst langer Verbleib der Pflegenden im Beruf anzustreben ist. Eine hohe Arbeitszufriedenheit verringert die Ausstiegstendenz und kann schlussendlich wesentlich zu einem erfolgreichen Altern im Beruf beitragen. Auch könnte dadurch die nächste Generation Pflegender vom Erfahrungswissen und der Sozialkompetenz ihrer älteren KollegInnen profitieren. Obwohl eine Vielzahl ungünstiger Rahmenbedingungen das Altern in den Pflegeberufen erschwert, sind auf individueller Ebene Strategien erfolgreichen Alterns vorhanden.

Die allgemeine Personalsituation der Pflegeberufe korrespondiert mit der Entwicklung anderer Fachberufe: Fachkräfte fehlen oder nehmen kontinuierlich ab, Nachwuchskräfte sind rar. Einrichtungsspezifische Trends zeigen, dass in den letzten Jahren in den ambulanten Pflegediensten der höchste Personalzuwachs Pflegender zu verzeichnen war, im Klinikbereich trotz Leistungsverdichtung und -zunahme dagegen der geringste. Effekte neuester politischer Aktivitäten zur Gegensteuerung, wie die Initiative der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“, bleiben abzuwarten.

Alter(n)sbilder der Gesellschaft und individuelle Sichtweise prägen das subjektive Erleben des Alterns in den Pflegeberufen: Kompetenzorientierte Ansätze identifizieren Potenziale und Ressourcen und begünstigen durch eine wertschätzende Perspektive erfolgreiches Altern.

Die veränderte Arbeitsmarktsituation (offene Stellen können nicht mehr besetzt werden) führt häufig zu Strategieänderungen der Unternehmen – ebenso auch der Pflegeeinrichtungen: Die (Weiter)Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen ist eine ökonomische Notwendigkeit geworden, um Pflege-Dienstleistungen noch bedarfsgerecht anbieten zu können. Untersuchungen zur Arbeitsfähigkeit älterer MitarbeiterInnen in der Pflege (z.B. NEXT-Studie) belegen ein altersassoziiertes Abfallen der entsprechenden Indizes (WAI)

und zeigen Handlungsfelder auf, die dem entgegenwirken können (beispielsweise Arbeitsorganisation und Führung).

In ihrem psychologischen Modell zu erfolgreichem Altern zeigte das Ehepaar BALTES an den Strategien Selektion, Optimierung und Kompensation wie altersbedingte Veränderungen individuell modifiziert werden können. Als bedeutsame Faktoren werden unter anderem eine gesunde Lebensführung, Bildung und die Pflege sozialer Netzwerke genannt. BALTES und BALTES verwiesen auf die Gültigkeit ihres Modells für jede Lebensphase, betonten jedoch die besondere Bedeutung für die späte Lebensphase.

Erfolgreiches Altern mit gesunder oder Gesundheit erhaltender Lebensführung lässt sich im Kontext ANTONOVSKYS Salutogenese erklären: Arbeitsbedingungen oder -situationen, die vom Mitarbeiter beziehungsweise von der Mitarbeiterin weitgehend verstanden und bewältigt werden und zudem sinnvoll erscheinen, können am ehesten motivieren und die Zufriedenheit erhöhen, so dass Altern in einer solchen Umgebung gesünder und damit erfolgreicher möglich ist.

Das Bedürfnis, über das eigene Leben hinaus zu wirken, wie für die späte Lebensphase beschrieben, kann bei älteren Pflegenden – am Ende ihrer beruflichen Phase – in dem Bemühen der Wissens- und Erfahrungsweitergabe an jüngere KollegInnen beobachtet werden. Ebenso wird Sozialkompetenz vermittelt, indem ältere MitarbeiterInnen – oft situativ – Vorbildfunktion für die jüngere Belegschaft einnehmen (beispielsweise bei Konfliktdeeskalationen). Darüber hinaus kann ein wertschätzendes Kollegium die Kreativität der älteren Pflegenden stimulieren und aus deren langjährigem Erfahrungsschatz neue Impulse bekommen.

In der explorativen Studie des Autors konnten Zusammenhänge zwischen vier individuellen Phasen der beruflichen Sozialisation und erfolgreichem Altern in den Pflegeberufen identifiziert und analysiert werden: Interesse, Fokussierung, Spezialisierung und (Re)Organisation (IFSO). Die Länge und Ausprägung dieser Phasen war individuell sehr unterschiedlich und konnte gleichermaßen für Pflegenden der ambulanten und stationären Einrichtungen gezeigt werden. Ob es möglich ist, *vive versa* gezielt diese einzelnen Phasen zu gestalten, um die Voraussetzungen für erfolgreiches Altern zu optimieren, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Es wäre jedoch vorstellbar, dass bei präziserer Beachtung der individuellen Ressourcen – aller, und nicht nur der älteren MitarbeiterIn-

nen – die Berufszufriedenheit ansteigt, die Ausstiegsquote sinkt und erfolgreicherer Altern ermöglicht werden kann.

Die Ergebnisse der vorstellten Studie des Autors unterstreichen die Kompetenz der Pflegenden in eigener Sache: Zu fast allen Fragen konnten detaillierte Antworten gegeben werden, die zum Ausdruck brachten, dass sich die ProbandInnen sehr engagiert – teilweise auch besorgt – um ihr berufliches Altern Gedanken machen. Ein übergeordnetes Muster für ein erfolgreiches Altern konnte zwar nicht abgeleitet werden, wohl aber bestimmte Phasen, die das berufliche Altern beeinflussen können. Es versteht sich von selbst, dass neben der individuellen Komponente keinesfalls die kritischen Rahmenbedingungen vergessen werden dürfen, die Pflegende nicht direkt beeinflussen können (siehe erstes Kapitel „Intention dieser Arbeit“, Seite 13).

Berufliches Altern ist somit ein sehr individueller Prozess, der unter günstigen Voraussetzungen und Bedingungen erfolgreich sein kann. Bedeutsam dabei ist, dass innerhalb der bestehenden Konditionen die Möglichkeit gegeben ist, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt aktiv die eigene Entwicklung in den beschriebenen Phasen zu übernehmen und zu gestalten. Inaktivität auf der persönlichen und berufspolitischen Ebene erschwert ebenso wie Resignation erfolgreiches Altern und blockiert kreative Impulse.

Maßgebliche Kriterien, um erfolgreich im Pflegeberuf zu altern, sind eher auf der individuellen als auf der institutionellen Ebene gezeigt worden. Ohne die bedeutsamen Auswirkungen der demografischen Entwicklung, die gesellschafts- und gesundheitspolitischen Veränderungen oder den Stellenwert der individuellen Gesundheit zu verkennen, sind die personenbedingten, subjektiv bedeutsamen Konstellationen evident.

Konkrete Optimierungsvorschläge wurden für alle Einrichtungsarten formuliert (insbesondere auf der Organisationsebene) und sollten von den Verantwortlichen auf Realisierbarkeit geprüft und unverzüglich umgesetzt werden. Zu diesem Punkt, der speziell der Frage nach altersspezifischen Angeboten nachging, trugen bezeichnenderweise die „erfolgreichen“ Pflegenden am meisten bei: Sie nahmen die bereits vorhandenen Angebote wahr und waren auch in der Lage, weitere geeignete Vorschläge zu unterbreiten.

6.1. Ausblick

Es könnte gelingen, bereits in der Berufsausbildung deutlich zu machen, dass das Altern im (Pflege)Beruf einen kontinuierlichen Prozess darstellt, der neben relativ schwer beeinflussbaren Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 6.) oder gesundheitspolitischen Entwicklungen zahlreiche Komponenten aufweist, die individuell genutzt und eigenverantwortlich gestaltet werden können. Die Zahl zufriedenerer älterer Pflegender würde dadurch möglicherweise zunehmen.

Neben persönlichen beruflichen Karriereplanungen der einzelnen MitarbeiterInnen sind die PersonalentwicklerInnen aufgerufen, Erkenntnisse der Forschung betriebs- oder abteilungsintern zu prüfen und gegebenenfalls an die spezifische Situation ihrer Einrichtung zu adaptieren. Zu beachten ist dabei jedoch, dass spezielle Arbeitgeberangebote für die Zielgruppe „40 oder 50 plus“ möglicherweise eher als diskriminierend denn als fördernd wahrgenommen werden. Dem könnte dadurch entgegen gewirkt werden, dass für alle Alterscluster die Angebote zur Verfügung stünden und das Thema „Altern“ nicht tabuisiert, sondern beispielsweise integraler Bestandteil des Unternehmensleitbildes würde. Die Leiterin eines ambulanten Pflegedienstes brachte diesen Aspekt so zum Ausdruck:

„Ja, aber ich denke, ich würde nie sagen, ich würde das [Fortbildungsangebote, Anm. JC] nur einer Altersgruppe zu Verfügung stellen. Ich würde immer, egal was für ein Angebot es wäre, sagen, das ist für die, die meinen das haben zu müssen. `nen Computerkurse kann ich auch mit 40, mit 37 oder keine Ahnung, es gibt auch da welche, die nicht mit Excel und Word umgehen können“ (Interview Nr. 18).

Gesundheitliche Kontexte, wie beispielsweise die Anwendung des Arbeitsbewältigungs- oder Arbeitsfähigkeitsindex (WAI) könnten zusätzliche Informationen liefern und Handlungsoptionen eröffnen, die neben individuellen Einschätzungen auch betriebliche Aspekte wie Arbeitsinhalte, Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation und Führung erfassen.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass in der dargestellten Studie der Anteil Pflegender in Leitungsposition mit drei Fünftel der Befragten überproportional hoch war. Möglicherweise war aufgrund der damit verbundenen großen Autonomie im eigenen Tätigkeitsbereich und der Einflussmöglichkeit auf Prozesse der gesamten Einrichtung die Quote der „Erfolgreichen“ entsprechend hoch. Künftige Untersuchungen zu dieser Thematik könnten diese These erhellen.

Es wäre darüber hinaus von hohem Interesse, in einer weiteren Forschung zu klären, wie der WAI mit „erfolgreichem Altern im (Pfleger)Beruf“ korreliert. Der Stellenwert individueller gesundheitlicher Aspekte könnte damit deutlicher analysiert werden.

Mit der Weisheit geht es uns wie dem Achilles mit der Schildkröte.

Sie ist uns immer ein Stück voraus

Zu ihr unterwegs zu sein, ihrer Anziehungskraft zu folgen,

ist dennoch ein guter Weg.

MICHELS, V. (2003), Hrsg.: Hermann Hesse. Mit der Reife wird man immer jünger.
Betrachtungen und Gedichte über das Alter. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 91

Literaturverzeichnis

- ADECCO (2005): Demographische Fitness. (K)ein Thema für Unternehmen in Deutschland? Eine Studie der Adecco Personaldienstleistungen GmbH Bereich HR-Consulting Aging Workforce in Zusammenarbeit mit der International University Bremen. http://www.job-fulda.de/service/adecco-studie_zum_thema_demographische_fitness.pdf 2011-11-23
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Dt. Übersetzung von Alexa Franke und Nicola Schulte. Tübingen: DGVT [Originalausgabe: "Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well", San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987]
- ATCHLEY, R. C. (1989): Continuity theory of normal aging. The Gerontologist 29:183-190
- BA, BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (2011): Presseinformation 068 vom 11.11.2011. Haushalt der BA für 2012 setzt wichtige Schwerpunkte. http://www.arbeitsagentur.de/nr_27008/zentraler-Content/Pressemeldungen_/2011/Presse-11-068,mode=print.html 2011-11-16
- BLANCK-KÖSTER, K. (2013) : Die Generation 50plus im Blick. Die Schwester Der Pfleger 52(2013)13 : 906-911
- BAuA, BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (2009): Demografischer Wandel in der Pflege. <http://www.baua.de/de/Ueber-die-BAuA/Modellprogramm/Demographie-Pflege.html> 2011-11-14
- BAuA, BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN, Hrsg. (2011): Why WAI. Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis
- BALTES, P. B.; BALTES, M. M. (1989): Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. In: Zeitschrift für Pädagogik, 35:85-105
- BALTES, P. B.; BALTES, M. M. (1992): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, P. B.; Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: De Gruyter
- BECKER, M. (2005): Personalentwicklung. Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis. 4., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel

- BENGEL, J.; STRITTMATTER, R.; WILLMANN, H. (1999): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 3. Auflage. Köln: BZgA
- BIRREN, J. E.; MORRISON, D. F. (1961): Analysis of the WIAS subtests in relation to age and education. Journal of Gerontology 16, 363-369
- BFZ (undatiert), berufliche Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft gGmbH: Initiative fünfzig PLUS arbeit. <http://www.fuenfzigplusarbeit.de/istsituation.html> 2011-11-17
- BIB (2011), BUNDESINSTITUT FÜR BEVÖLKERUNGSFORSCHUNG. <http://www.bib-demografie.de/nn1645598/SharedDocs/Glossareintraege/DE/A/altenquotient.html> 2011-08-02
- BILLINGS, A. S.; MOOS, R. H. (1982): Work Stress and the Stress-Buffering Roles of Work and Family Resources. Journal of Occupational Behaviour, 3:215-232
- BMFSFJ (2010a), BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das BMFSFJ. Berlin: BMFSFJ
- BMFSFJ (2010b), BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. Stellungnahme der Bundesregierung. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> 2012-06-02
- BMFSFJ (2012), BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): Generationenbeziehungen – Herausforderungen und Potenziale. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kurzfassung
- BMG (2011), BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens 2011
- BMG (2012), BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: Pflegeberufegesetz. Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier>Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf 2012 05 02
- BOEREE, C. G. (1997, 2006): Personality Theories. Erik Erikson. <http://webpace.ship.edu/cgboer/erikson.html> 2013 06 04

- BÖRSCH-SUPAN, A.; WEISS, M. (2010): Erfahrungswissen in der Arbeitswelt. In: Kruse, A. (Hrsg.): Potenziale im Altern, Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft. Heidelberg: AKA
- BORTZ, J. (1984): Lehrbuch der empirischen Forschung. Für Sozialwissenschaftler. Unter Mitarbeit von D. Bongers. Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer
- BORTZ, J.; DÖRING, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. Zweite, vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin; Heidelberg, New York: Springer
- BRZOSKA, I. (2011): Berlinerin gewinnt vor Europäischem Gerichtshof. In: Berliner Morgenpost (22.07.2011). <http://www.morgenpost.de/printarchiv/politik/article1709131/Berlinerin-gewinnt-vor-Europaeischem-Gerichtshof.html> 2011-07-26
- CHASTEEN, A. L. (2000): The role of age and age-related attitudes in perceptions of elderly individuals. *Basic and Applied Social Psychology*, 22, 147-156
- CONRAD, J. (2006): Der demografische Wandel in der Arbeitswelt. Alter(n) im beruflichen Kontext. Unveröffentlichte Masterarbeit an der Hochschule Ludwigshafen/Rh im Studiengang Sozialgerontologie
- COWGILL, D. O.; HOLMES, C. D. (Hrsg.) (1972): Aging and modernization. New York: Apleton-Century
- COX MILES, C. (1934): Influence of Speed and Age on Intelligence Scores of Adults. *The Journal of General Psychology*, Volume 10, Issue 1 sowie <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00221309.1934.9917723#.UbRqvOdM-So> 2013 06 09
- CUMMING, E.; HENRY, W. E. (1961): Growing old: The process of disengagement. New York: Basic Book Inc.
- DANNER, D. B.; SCHRÖDER, H. C. (1994): Biologie des Alterns. In: Baltes, P. B.; Mittelstrass, J.; Staudinger, U. M. (Hrsg.): Alter und Altern: ein interdisziplinärer Studententext (S. 95-123). Berlin: De Gruyter
- DBfK (2011a), DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE: Neue Arbeitnehmerfreizügigkeit wird die prekäre Situation in der Pflege nicht entschärfen. Pressemitteilung vom 28.04.2011 <http://dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=show Article&article=Pressemitteilung-zur-Arbeitnehmerfreizuegigkeit.php&navid=100> 2011-07-27
- DBfK (2011b), DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE: Arbeitnehmerfreizügigkeit: Kein Lösungspotenzial für die Pflege. Pressemitteilung vom 10.05.2011 http://www.dbfk.de/regionalverbaende/nw/presse/Mitteilungen/2011/PM_arbeitnehmerfreizuegigkeit_mai-2011pdf.pdf 2011-07-27

- DemOS, DEMENZ, ORGANISATION, SELBSTPFLEGE (ohne Jahresangabe): Das Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. <http://www.modellprojekt-demos.de/modellprogramm/> 2011-11-14
- DEUTSCHER PFLEGERAT (DPR) – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT PFLEGE- UND HEBAMMENWESEN (2008): Editorial. Rolf Höfert: Von wegen uneinig. Newsletter des DPR 03 | 2008. [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/8A7154602FA9027EC12574270046FD5E/\\$file/DPR-Newsletter%20-%20M%C3%A4rz%202008.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/8A7154602FA9027EC12574270046FD5E/$file/DPR-Newsletter%20-%20M%C3%A4rz%202008.pdf) 2012-05-30
- DESTATIS (2009), Statistisches Bundesamt Deutschland: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, interaktive Darstellungen. <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/> 2011-11-15
- DESTATIS (2013), Statistisches Bundesamt Deutschland: Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=XWD_766&OPINDEX=13&HANDLER=XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=XWD_794&D.003=1000004&D.734=4514 2013-08-09
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2011): Überarbeitung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS-E). <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/69/aid/8017> 2012-05-02
- DPA (2011): Bund muss Altenpflegerin 15.000 Euro zahlen. In: Morgenpost.de <http://www.morgenpost.de/berlin-aktuell/article1801420/Bund-muss-Alten-pflegerin-15-000-Euro-zahlen.html?print=yes&print=yes> 2011-11-18
- ERIKSON, H. E. (1950): Growth and crises of the health personality. In: M. J. Senn (Hrsg.) Symposium on the healthy personality (S. 91-146). New York: J. Macy Foundation
- ERIKSON, H. E. (1966): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp
- EXPERTENKOMMISSION (2005): Fünfter Altenbericht der Bundesregierung: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag des Alters zur Gestaltung der Beziehungen zwischen den Generationen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- FELTES, T. (2004): Das ärgerliche „Sach“-Buch: Frank Schirrmacher, Das Methusalem-Komplott. <http://www.polizei-newsletter.de/books/Schirrmacher.pdf> 2011-11-12
- FILIPP, S.-H.; MAYER, A.-K. (2007): Zur Bedeutung von Altersstereotypen. Aus: Politik und Zeitgeschichte 49/50:25-31
- FLEßA, S. (2010): Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre. 2., überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg

FRANCHISE-NET.DE (2006): Studie: Junge Unternehmer schätzen ältere Arbeitnehmer.
http://www.franchise-net.de/de/news/index_20060125135010.html 2006-07-04

GABLER Verlag (Herausgeber) (2011a), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Kostenexplosion, online im Internet: http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv_76212/kostenexplosion-v7.html 2011-11-17

GBE (2011a), GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES: Pflegebedürftige (absolut und je 100.000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORMPROC 2011-08-01

GBE (2011b), GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES: Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl) und aufgestellte Betten, Pfl egetage, Fallzahl, Durchschnittliche Verweildauer in Tagen, Hauptamtliche Ärzte (Vollkräfte), Nichtärztliches Personal (Vollkräfte) in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Zeitreihe). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Einrichtungsmerkmale http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_2/2/XWD_CUBE.DRILL/XWD_28/D.000/1540 2011-08-01

GBE (2011c), GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES: Indikator 8.2 und 8.3 des Indikatorensatzes der GBE der Länder: Vollzeitbeschäftigte (Vollzeitäquivalente) im Gesundheitswesen in 1.000 nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung, Deutschland, ab 2000. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=XWD_2&OPINDEX=10&HANDLER=XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=XWD_28&D.000=3731&D.003=1000004 2011-08-02

GBE (2011d), GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES: Indikator 8.18 des Indikatorensatzes der GBE der Länder: Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern nach Beruf, Jahr und Geschlecht, Deutschland, ab 1994. Aktualität: Die Angaben für das Jahr 2009 wurden am 22.02.2011 ergänzt. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=97768478&nummer=535&p_sprache=D&p_indsp=298&p_aid=43282939 2011-08-01

GBE (2011e), GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES GBE: Indikator 8.1 des Indikatorensatzes der GBE der Länder: Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000 (Beschäftigte insgesamt, Teilzeit), Deutschland, ab 2000. Aktualität: Die Angaben für das Jahr 2009 wurden am 15.12.2010 ergänzt. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_2/3/XWD_CUBE.DRILL/XWD_28/D.489/24174 2011-08-01

GBE (2012), GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES: Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe. Datenaktualität 22.07.2011 bzw.15.12.2011. <http://www.gbe->

bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/5/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_28/D.489/24193 2012 01 27

GFAH (Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung mbH Volkholz und Partner): Demografischer Wandel – (k)ein Problem! Werkzeuge für betriebliche Personalarbeit. Letzte Aktualisierung: 21.03.2012 <http://www.demowerkzeuge.de/index.php?si=150&li=1&lang=de&css=standard> 2012 05 03

GKV (2011): Zweiter Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 und 2010) Berlin, 30.06.2011. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Bericht_Pflegesonderprogramm_1_6902.pdf 2011-08-17

GIESE, F. (1928): Erlebnisformen des Alters: Umfrageergebnisse über Merkmale des persönlichen Verfalls. Halle: Marhold

GODO-Systems (ohne Jahresangabe): Die "Fördernde Prozesspflege" von Frau Prof. Monika Krohwinkel mit neuer Strukturierungshilfe ABEDL (früher AEDL) <http://www.godo-systems.de/info/altenhilfe/informationen--service/frau-prof-krohwinkel-neue-abedl>

GOESMANN, C.; NÖLLE, K. (2009): Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik. Technische Universität Dortmund, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Forschungsbereich Arbeitssoziologie. http://www.berufe-im-schatten.de/data/statistik_pflege_1.pdf 2011-11-23

GOLDSTEIN, K. (1940): Der Aufbau des Organismus. Den Haag: Nijhoff

GUTMANN, D. (1975): Parenthood: a key to comparative study of the life cycle. In: N. Datan & L. Ginsberg (Hrsg.) Life-span developmental psychology: Normative life crises (S. 167-184). New York: Academic Press

HASSELHORN, H.-M.; SEIBT, R.; TIELSCH, R.; MÜLLER, B. H. (undatiert): Der Work Ability Index – Fluch oder Segen? <http://www.blikopwerk.nl/wai/Work-Ability-Index/Kennis-delen/Kennis-delen-Publicaties/Publicaties-over-de-WAI/Der-Work-Ability-Index---Fluch-oder-Segen.doc> 2012 01 25

HAVIGHURST, R.J. (1953): Developmental tasks and education, 3. A. New York: David Mc Kay

HAVIGHURST, R.J. (1963): Successful aging. In: Tibbits, C.; Donahue, W. (Hrsg.): Process of aging (S. 299-320). New York: Williams

HEUFT, G.; KRUSE, A.; RADEBOLD, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München, Basel: Reinhardt

- HEYMANN, H.; SEIWERT, L. J. (1986): Aufstieg nach Plan. In: Management Wissen, H. 7, S. 58-65
- HERDER (1951): Der Neue Herder von A-Z. Erster Band: A bis Himalaja. Vierte Auflage. Freiburg: Herder
- HIEN, W. (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt am Main: Mabuse
- IAB-BETRIEBSPANEL (2002): http://doku.iab.de/ibv/2003/ibv2103_19.pdf 2013-09-06
- ILMARINEN, J.; TEMPEL, J. (2001): Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben. http://www.neue-wege-im-bem.de/sites/neue-wege-im-bem.de/dateien/download/arbeitsfaehigkeit_2010_buch.pdf 2012 01 25
- INQA (2006), INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT: Umfragen und Studien. http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Demographischer-Wandel/Fakten/_umfragen-und-studien.html 2006-07-04
- INQA (2011), INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT: Aller guten Dinge sind drei! Altersstrukturanalyse, Qualifikationsbedarfsanalyse, alter(n)sgerechte Gefährdungsbeurteilung – drei Werkzeuge für ein demographiefestes Unternehmen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund, 1. Auflage
- JONES, H. E. (1959): Intelligence and problem-solving. In: Birren, J. E. (Hrsg.): Handbook of aging (S. 700-738). Chicago: Univ. of Chicago Press
- JUNG, C. G. (1946): Seelenprobleme der Gegenwart. Zürich: Rascher
- KALBERMATTEN, U. (2004): Bildung im Alter. Das Kompetenzmodell des Alters als Bildungsleitlinie. In: Kruse, A.; Martin M. (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Hans Huber
- KÄPPELI, S. (2003): Theorie ins Erfahrungswissen integrieren. In: Managed Care 5/2003: 25-26
- KAY, H. (1959): Theories of learning and aging. In: Birren, J. E. (Hrsg.): Handbook of aging (S. 614-654). Chicago: Univ. of Chicago Press
- KEUN, F.; PROTT, R. (2008): Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung. Anpassung an neue Rahmenbedingungen. 7., überarb. Auflage. Wiesbaden: Gabler
- KHEntgG (2011): Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) geändert worden ist

- KRILLA, V. (2000): Professionelle Pflege, in: Kellnhauser, E. et al. (Hrsg.): Thiemes Pflege: entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Begr. von L. Juchli. 9., völlig neu bearb. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme
- KROHWINKEL, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranke. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozeßpflege. Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung, DBfK. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 16. Baden-Baden: Nomos
- KROHWINKEL, M. (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranke. Fördernde Prozesspflege als System. 3., durchgesehene Auflage. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- KRUSE, A.; SCHMITT, E. (2005): Zur Veränderung des Altersbildes in Deutschland. Aus: Politik und Zeitgeschichte 49/50:9-16
- KRUSE, A. (2009): Kulturelle Gerontologie: Gesellschaftliche und individuelle Antworten auf Entwicklungspotenziale und Grenzsituationen im Alter. In: Klie, T.; Kumlehn, M.; Kunz, R. (Hrsg.): Praktische Theologie des Alterns. Berlin: De Gruyter
- KRUSE, A. (2011): Offenheit, Generativität und Integrität als Entwicklungsaufgaben des hohen Alters. In: Kruse, A. (Hrsg.): Kreativität im Alter. Heidelberg: Universitätsverlag Winter
- KRUSE, A.; SCHMITT, E. (2011): Die Ausbildung und Verwirklichung kreativer Potenziale im Alter im Kontext individueller und gesellschaftlicher Entwicklung. In: Kruse, A. (Hrsg.): Kreativität im Alter. Heidelberg: Universitätsverlag Winter
- KRUSE, A.; RENTSCH, T.; ZIMMERMANN, H.-P. (2012): Gutes Leben im hohen Alter. Das Altern in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen verstehen. Heidelberg: AKA
- KRUSE, A.; KOLLEWE, C. (2013): Arbeitsfähigkeit und Motivation älterer Mitarbeiter im öffentlichen Dienst erhalten. In: MANAGEMENT | ProAlter | Mai/Juni 2013:48-53
- LAMPRECHT, A. M. (2003): Die Bedeutung und Funktion des Glaubens im Alter. Technische Universität Berlin. Dissertationsschrift. http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2003/488/pdf/lamprecht_annette.pdf 2011-11-22
- LAZARUS, R. S.; COHEN, J. B. (1976): Theory and method in the study of stress and coping in aging individuals. 5th WHO Conference on Society, Stress and Disease: Aging and Old Age, 14-19, Stockholm, Sweden
- LEHR, U.; THOMAE, H. (Hrsg.) (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie. Stuttgart: Enke

- LEHR, U. (1972): Psychologie des Alterns (5. Auflage 1984). Heidelberg: Quelle & Meyer
- LEHR, U. (1979): Gero-Intervention – Das Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen. In: Lehr, U.(Hrsg.): Interventionsgerontologie (S. 1-49). Darmstadt: Steinkopff
- LEHR, U. (2003): Psychologie des Alterns. 10., korrigierte Auflage. Wiebelsheim: Quelle und Meyer
- LEHR, U. (1982): Socio-psychological correlates of longevity. Annual Review of Gerontology and Geriatrics 3, 102-147
- LEVY, B. R. (2003): Mind Matters: Cognitive and physical effects of aging stereotypes. Journal of Gerontology, 58, 203-211
- LÖWE, H. (1983): Stand und Probleme der Psychologie des Erwachsenenalters. In: Löwe, H.; Lehr, U. und Birren, J. E. (Hrsg.): Psychologische Probleme des Erwachsenenalters –Theoretische Positionen und empirische Untersuchungsergebnisse (S. 11-23). Bern: Huber
- MAHLAU, V. (2005): Personalentwicklung und ältere MitarbeiterInnen. Der Demographische Wandel und seine Konsequenzen auf die Berufs- und Arbeitswelt. Magisterarbeit im Hauptfach Erziehungswissenschaft. Fakultät für Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg
- MAIER, Julia (2011): Generation 50 plus. In: Thieme, CNE.magazin 05|2011:22-25
- MARTIN, P.; POON, L. W.; KIM, E. & JOHNSON, M. A. (1996): Social and psychological resources of the oldest old. Experimental Aging Research 22, 121-139
- MARTIN, P. (2000): Ergebnisse zur Bedeutung „aktiven“ Alterns. In: Wahl, H. W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer
- MARWEDEL, Ulrike (2004): Gerontologie und Gerontopsychiatrie lernfeldorientiert. Haan-Guiten: Europa-Lehrmittel
- MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz
- MCADAMS, D. P. (2009): The person: An introduction to the science of personality psychology. New York: Wiley
- MERTON, R. K.; KENDALL, P. L. (1979): Das fokussierte Interview. In: Hopf, C; Weingarten, E. (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett
- MILES, C. C. (1934): The influence of speed and age on intelligence scores of adults. In: Journal of Genetic Psychology 10, 208-210

- MIROWSKY, J.; ROSS, C. E. (1998): Education, personal control, lifestyle, and health. *Research on Aging*, 20, 415-449
- MOTEL-KLINGEBIEL, A.; HOFF, A.; CHRISTMANN, S. & HÄMEL, K. (2003): Altersstudien und Studien mit alter(n)swissenschaftlichem Analysepotential. Eine vergleichende Kurzübersicht. Diskussionspapier Nr. 39. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin
- NAEGELE, G. (2004): Verrentungspolitik und Herausforderungen des demografischen Wandels in der Arbeitswelt. In: Cranach, M. V.; Schneider, H. D.; Ulrich, D.; Winkler, R. (Hrsg.): *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle*. Bern: Haupt, S. 189-219
- NAEGELE, G.; SPORKET, M. (2009): Altern in der Arbeitswelt. In: *Z Gerontol Geriat* 2009 · 42:279-280
- NIES, S. (14.02.2011): Altersvorsorge. Homepage der R+V (Raiffeisen- und Volksbanken-Versicherungsgesellschaft). http://www.ruv.de/de/r_v_ratgeber/altersvorsorge/gesetzliche_rente/2_rente_mit_67.jsp 2011-07-25
- NOWOSSADECK, S. (2011): Die Herkunftsfamilien der Babyboomer. DZA – Report Altersdaten 3/2010
- O & P BEFRAGUNG (2006): O & P Consult AG Heidelberg, Ergebnisbericht der Befragung „Personalentwicklung und ältere MitarbeiterInnen“. http://www.absolventum.de/pdf/hr_werkstatt/hr2a.pdf 2006-07-13
- PACK, J.; BUCK, H.; KISTLER, E.; MENDIUS, H. G.; MORSCHHÄUSER, M.; WOLFF, H. (2000): *Zukunftsreport demographischer Wandel. Innovationsfähigkeit in einer alternden Gesellschaft*. Bonn: BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung)
- PAHL, N. (2007): *Erfolgreich Altern im Beruf. Handlungsempfehlungen für die erfolgreiche Personalpolitik*. Saarbrücken: VDM
- POHLMANN, S. (2005): Die ethische Dimension der Generationensolidarität. In: *Z Gerontol Geriat* · 38:233-241
- ROBERT BOSCH STIFTUNG, (1996), Hrsg.: *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege*. 5. Auflage. Gerlingen: Bleicher
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (2000), Hrsg.: *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart: Schattauer
- ROWE, J. W.; KAHN, R. L. (1998): *Successful aging*. New York: Pantheon Books
- SALTHOUSE, T. A. (1985): *A Theory of Cognitive Aging*. Amsterdam: North Holland

- SCHIRRMACHER, F. (2004): Das Methusalem-Komplott. München: Blessing
- SCHLÖMER, G. (2000): Evidence-based nursing. Eine Methode für die Pflege? In: Pflege 2000; 13:47-52
- SCHMITT, E. (2004): Altersbild – Begriff, Befunde und politische Implikationen, in: Kruse, A.; Mike, M. (Hrsg.) Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber
- SCHMITT, E. (2012): Altersbilder, Altern und Verletzlichkeit. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. In: Kruse, A.; Rentsch, T.; Zimmermann, H-P (Hrsg.): Gutes Leben im hohen Alter: Das Altern in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen verstehen. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft AKA
- SCHROOTS, J. J. F. (1995): Gerodynamics: toward a branching theory of aging. Canad. Journal of Aging 14, 74-81
- SEIBT, R.; SPITZER, S. (2007): Prädiktoren der Arbeitsfähigkeit bei vorwiegend psychisch belasteten Berufsgruppen. In: Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 42, 7, 2007:376-384
- SGB VI, SECHSTES BUCH SOZIALGESETZBUCH - Gesetzliche Rentenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist
- SIMON, M.; TACKENBERG, P.; HASSELHORN, H.-M.; KÜMMERLING, A.; BÜSCHER, A.; MÜLLER, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. <http://www.next.uni-wuppertal.de> 2011-07-29
- SPIEGEL ONLINE (04.02.2006): Rente ab 67. Beck will Ausnahmen für Dachdecker. <http://www.spiegel.de/wirtschaft/a-399148.html> 2011-07-25
- SPORKET, M. (2009a): Alternsmanagement in der betrieblichen Praxis. Motive, Umsetzung und Effekte. In: Z Gerontol Geriat 2009 · 42:292-298
- SPORKET, M. (2009b): Organisationale Altersbilder. Kontexte und Differenzierungen. Expertise für den 6. Altenbericht der Bundesregierung. Unveröffentlicht, Dortmund
- STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER, Hrsg. (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- STERN, W. (1923): Die menschliche Persönlichkeit. Band 2. Leipzig: Barth

- SÜTTERLIN, S.; HOßMANN, I.; KLINGHOLZ, R. (2011): Demenzreport. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin: Berliner-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.)
- TARTLER, R. (1961): Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke
- TAGESSCHAU.DE (11.05.2011): Konzept gegen Fachkräftemangel. Regierung setzt auf Mütter und Ältere. http://www.tagesschau.de/wirtschaft/fachkraefte_118.html 2011-11-16
- TAJFEL, H.; FLAMENT, C.; BILLIG, M.; BUNDY, R. P. (1971): Social categorization and intergroup behavior. *European Journal of Social Psychology*, 1, 149-178
- TEUBNER, U. (2004): Beruf: Vom Frauenberuf zur Geschlechterkonstruktion im Berufssystem. In: Becker, R.; Kortendiek, B. (Hrsg.): *Handbuch der Frauen- und Geschlechterforschung. Theorien, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- THOMAE, H. (1966): *Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation*. Bonn: Bouvier
- THOMAE, H. (1968): *Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie*. Göttingen: Hogrefe
- THOMAE, H. (1970): Theory of aging and cognitive theory of personality; *Human Development* 13; 1-16
- THOMAE, H. (1993): Psychosocial aspects of longevity and healthy aging. In: J. L. C. Dall, M. Ermini, P. L. Herrling, U. Lehr, W. Meier-Ruge & H. B. Stählein (Hrsg.): *Prospects in aging* (S. 3-22). London, San Diego: Academic Press
- TORNSTAM, L. (1989): Gero-transcendence: a reformulation of the disengagement theory. *Aging* 1, 55-63
- VERDI (2008a): Arbeitsqualität aus Sicht der Krankenpfleger/-innen. Ergebnisüberblick DGB-Index Gute Arbeit 2007/8. http://www.verdi-gute-arbeit.de/_upload/m49d5c6613279f_verweis1.pdf 2011-11-23
- VERDI (2008b): Arbeitsqualität aus Sicht der Altenpfleger/innen. Ergebnisüberblick DGB-Index Gute Arbeit 2007/8. http://www.verdi-gute-arbeit.de/_upload/m49d5c6613279f_verweis2.pdf 2011-11-23
- VERDI (2013) Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft: Wer kann Altersteilzeit in Anspruch nehmen? <http://www.verdi.de/service/fragen-antworten/++co++77eb5dd6-ad4a-11e0-7d3a-00093d114afd> 2013-09-06
- WAHL, H.-W.; HEYL, V. (2004): *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer

- WALKER, A. (2006): Active ageing in employments: its meaning and potential. *Asia-Pacific Review* 13:78-93
- WECHSLER, D. (1944): *The measurement of adult intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins
- WELFORD, A. T. (1959): Psychomotor performance. In: Birren, J. E. (Hrsg.): *Handbook of aging and the individual* (S. 562-613). Chicago: Univ. of Chicago Press
- WETTERER, A. (2002): *Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion: "Gender at Work" in theoretischer und historische Perspektive*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft
- WILLIAMS, R. H.; WIRTHS, C. G. (1965): *Lives Through the Years. Styles of Life and Successful Aging*. New York: Atherton Press
- WILD-WALL, N.; GAJEWSKI, P.; FALKENSTEIN, M. (2009): Kognitive Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer. In: *Z Gerontol Geriat* 2009 · 42:299-304
- WIRTSCHAFTSLEXIKON24 (2010): Stichwort „Senioren-Marketing“. <http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/senioren-marketing/senioren-marketing.htm> 2011-11-21
- WITTERSTÄTTER, K. (2003): *Soziologie für die Altenarbeit – Soziale Gerontologie*. 13., völlig überarbeitete Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- YERKES, R. M. (1921): *Psychological examining in the United States Army*. National Academy of Science, Washington D. C.
- ZEIT ONLINE, dpa (05.11.2011): Ärzte bereiten sich auf Streik vor. <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2011-11/streik-uni-klinik-aerzte> 2011-11-17
- ZIMBER, A.; TEUFEL, S.; BERGER, G. (2005): *Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Eine Handreichung für Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse eines Modellprojektes im Rahmen des EQUAL-Projektes „Dritt-Sektor-Qualifizierung in der Altenhilfe in Baden-Württemberg“*. http://www.equal-altenhilfe.de/files/Arbeitsplatz_Altenhilfe/AP_04/AP_04.pdf 2011-08-06
- ZIMPRICH, D. (2004): Kognitive Leistungsfähigkeit im Alter. In: Kruse, A.; Martin M. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern: Hans Huber

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Bevölkerungs-/Altenquotiententwicklung	16
Tab. 2	Pflegende: Beschäftigungsverhältnisse, Entwicklung, absolut (2001-2009)	27
Tab. 3	Pflegende: Beschäftigungsverhältnisse, Entwicklung, relativ, Veränderungen 2009 im Vergleich zu 2001	28
Tab. 4	SOC-Komponenten, Kombinationen	56
Tab. 5	Entwicklungsprofile der InterviewpartnerInnen.....	93
Tab. 6	Ressourcen älterer Pflegender	101
Tab. 7	Persönliche positive Perspektiven	106
Tab. 8	Konkretisierung der persönlichen Vorteile	109
Tab. 9	Negative persönliche Aspekte	113
Tab. 10	Ressourcen-Horizont (persönlich/institutionell)	119
Tab. 11	Konkrete Konzepte	123
Tab. 12	Sinnhaftigkeit und Bedingungen bei der Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen	127
Tab. 13	Miteinander in altersgemischten Teams	132
Tab. 14	Persönliche Statements	137
Tab. 15	SOK, IFSO, SOC – Gegenüberstellung.....	151

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands 2011	15
Abb. 2	Bevölkerungs-/Altenquotiententwicklung	16
Abb. 3	Bevölkerungsentwicklung 2011-2060	18
Abb. 4	WAI-Werte Pflegender nach Altersgruppen und Bereichen	48
Abb. 5	Arbeitsqualität, Selbsteinschätzung	51
Abb. 6	Generativität.....	62
Abb. 7	Erfolgreich/nicht erfolgreich alternde ProbandInnen.....	97

Abkürzungsverzeichnis

ABI	Arbeitsbewältigungsindex (siehe auch WAI)
AG	Arbeitgeber/in
AN	Arbeitnehmer/in
AP	Altenpfleger/in
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DRG	Diagnosis Related Groups
DPR	Deutscher Pflegerat
FB	Fortbildung(en)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GKP	Gesundheits- und Krankenpfleger/in
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKPH	Gesundheit- und Krankenpflegehelfer/in
GRR	generalized resistance resource
GRD	generalized resistance deficit
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
M	Median
MA	Mitarbeiter/in
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MW	Mittelwert
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PC	Personal Computer
PDL	Pflegedienstleitung

PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen Score
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte/r
R+V	Raiffeisen- und Volksbanken-Versicherungsgesellschaft
SL	Stationsleitung
SSL	stellvertretende Stationsleitung
SOK	selektive Optimierung und Kompensation
STA	Standardabweichung
VK	Vollkraftäquivalent (entsprechend einer 100% tariflichen Arbeitszeit, z.B. 39 Stunden/Woche; 0,5 VK entsprächen dann 18,5 Stunden wöchentliche Arbeitszeit). Im Gegensatz dazu die Kopf- oder Personenzahl, unabhängig von Voll- oder Teilzeitverträgen.
vv	vice versa
WAI	Work Ability Index (Arbeitsbewältigungsindex)
WB	Weiterbildung
WBL	Wohnbereichsleitung (Pflegeheim)
ZSVA	Zentrale Sterilisationsgutversorgungsabteilung

Erklärung

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung
der Universität Heidelberg
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung
der Universität Heidelberg
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

Name, Vorname Conrad, Joachim

Datum, Unterschrift 24. Oktober 2013 _____

Anhang A)

Pflegebedürftige

(absolut und je 100.000 Einwohner).

Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung
(Quelle: DESTATIS 2009 und eigene Berechnungen).

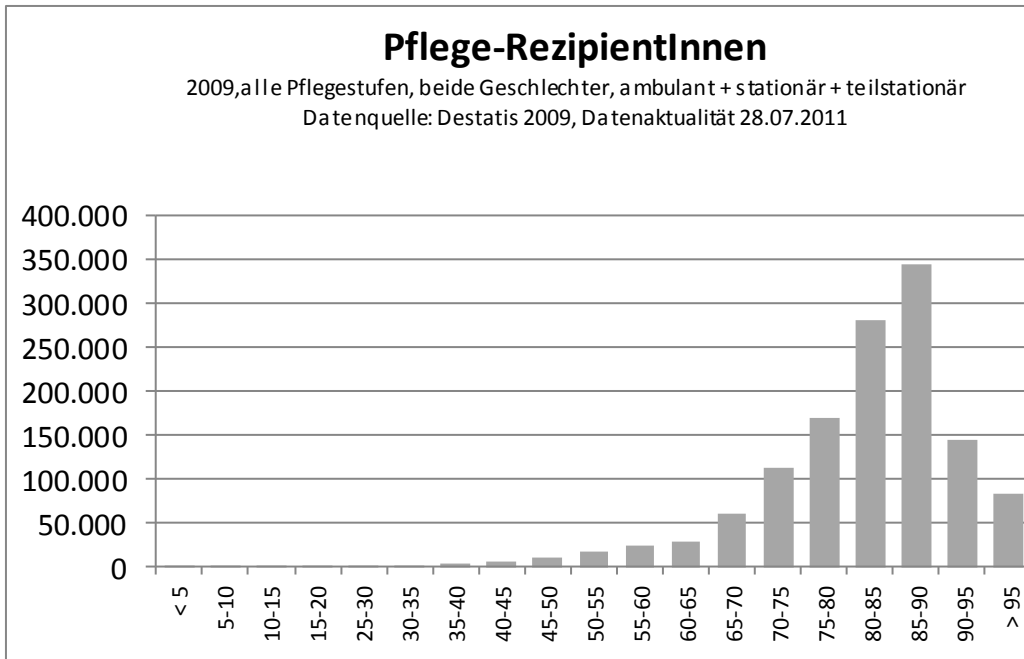
Die Tabelle bezieht sich auf:

Region: Deutschland, Pflegestufe: Pflegestufen insgesamt, Geschlecht: Beide Geschlechter, Absolut/je 100.000 Einwohner: Pflegebedürftige absolut.

Alter	ambulant	stationär	Pflegegeld	teilstat.	Summe	RezipientInnen
< 5	735	182	11.384	0	12.300	917
5-10	1.169	50	24.829	1	26.048	1.220
10-15	1.400	126	26.599	9	28.126	1.535
15-20	1.276	164	21.837	5	23.277	1.445
25-30	1.249	446	18.061	12	19.755	1.707
30-35	1.388	874	12.781	7	15.044	2.269
35-40	2.002	1.432	13.952	23	17.386	3.457
40-45	3.837	3.186	19.369	64	26.392	7.087
45-50	6.001	5.824	24.206	143	36.031	11.968
50-55	8.167	8.793	26.371	301	43.331	17.261
55-60	11.043	12.775	34.518	598	58.336	24.416
60-65	13.540	15.906	41.924	849	71.370	30.295
65-70	26.834	31.082	71.771	2.088	129.687	60.004
70-75	52.636	56.187	115.979	3.874	224.803	112.697
75-80	80.799	82.554	143.569	5.686	306.923	169.039
80-85	127.275	146.638	186.216	7.614	460.129	281.527
85-90	138.231	200.356	170.796	7.152	509.383	345.739
90-95	51.210	92.806	59.707	2.184	203.723	146.200
> 95	24.950	57.437	27.039	787	109.426	83.174
Summen	553.742	716.818	1.050.908	31.397	2.321.470	1.301.957

Pflege-RezipientInnen

2009, alle Pflegestufen, beide Geschlechter, ambulant + stationär + teilstationär
Datenquelle: Destatis 2009, Datenaktualität 28.07.2011

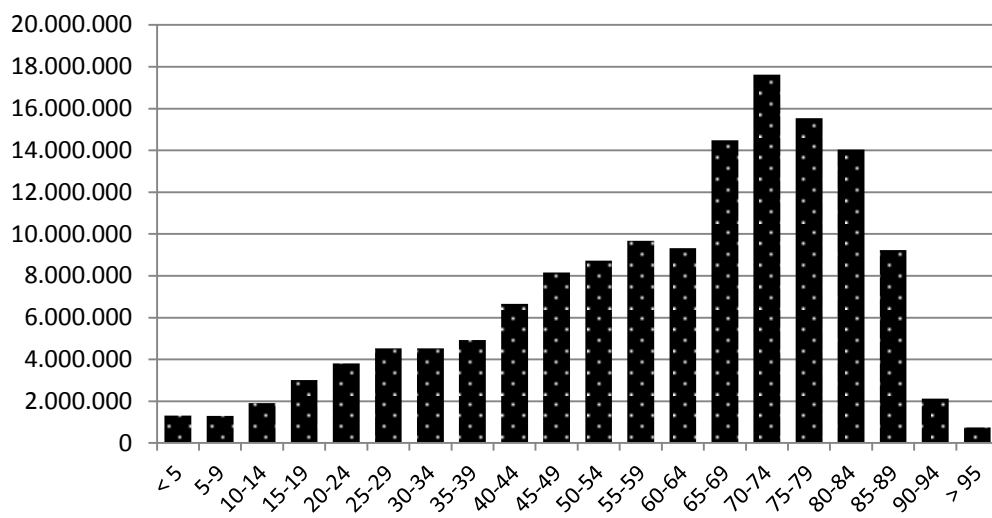


Anhang B)

Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage , durchschnittliche Verweildauer).				
Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter , Geschlecht, Fachabteilung mit der längsten Verweildauer				
Die Tabelle bezieht sich auf:				
Behandlungsort: Deutschland, Alter: Alle Altersgruppen, Geschlecht: Beide Geschlechter, Sachverhalt: Berechnungs- und Belegungstage in 2009				
Behandlungs- Tage	Belegungs- Tage			
< 5	1.315.183			
5-9	1.297.009			
10-14	1.902.134			
15-19	3.015.274			
20-24	3.805.341			
25-29	4.517.080			
30-34	4.525.291			
35-39	4.917.190			
40-44	6.657.036			
45-49	8.148.848			
50-54	8.721.831			
55-59	9.668.647			
60-64	9.314.299			
65-69	14.482.365			
70-74	17.612.023			
75-79	15.535.562			
80-84	14.038.478			
85-89	9.232.663			
90-94	2.123.414			
> 95	749.135			
Summe	141.578.803			
65+	73.773.640			
Prozent	52			

Krankenhaus Behandlungs-/Berechnungstage und PatientInnenalter 2009

Datenquelle: Destatis 2009, Datenaktualität 23.03.2011



Anhang C)

Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe

Datenaktualität 22.07.2011 (ges. Einrichtungen), bzw. 15.12.2011 (übrige)

Quelle:

http://www.gbe-bund.de/owa921-install/serMet/owa92/WS0100/ XWD_PROC? XWD 2/10/xs_standard_neu/F_IND84 2012 01 26

sowie eigene Berechnungen

Die Tabelle bezieht sich auf:

Geschlecht: Beide Geschlechter, Sachverhalt: in 1.000 Beschäftigte.

Gesamte Einrichtungen

Berufe	Jahr (absteigend)											%
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Ärzte	295	298	301	304	306	308	311	315	320	326	334	113,22
GKPH	209	214	217	225	229	232	236	239	246	261	269	128,71
GKP ohne Hebammen	702	708	715	731	737	745	753	761	775	793	806	114,81
AP	242	262	276	288	298	311	325	354	367	395	405	167,36

Summe (Ambulante Pflege + Krankenhäuser + stationäre/teilstationäre Pflege) ohne Ärzte

Berufe	Jahr (absteigend)											%
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
GKPH	96	93	93	88	85	81	79	80	81	82	84	87,50
GKP ohne Hebammen	634	634	644	654	654	664	666	676	689	693	705	111,20
AP	200	221	230	243	250	265	273	298	312	333	343	171,50
Summe	930	948	967	985	989	1.010	1.018	1.054	1.082	1.108	1.132	121,72

Ambulante Pflege

Berufe	Jahr (absteigend)											%
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
GKPH	10	10	10	10	10	9	9	10	11	12	12	120,00
GKP ohne Hebammen	72	71	73	81	85	91	93	101	107	110	114	158,33
AP	51	56	58	61	63	68	69	79	84	93	97	190,20
Summe	133	137	141	152	158	168	171	190	202	215	223	167,67

Krankenhäuser

Berufe	Jahr (absteigend)											%
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Ärzte	122	124	126	129	130	131	134	136	139	144	149	122,13
GKPH	64	63	62	59	56	53	51	51	51	52	53	82,81
GKP ohne Hebammen	509	511	516	514	509	508	506	509	513	520	527	103,54
AP	21	20	22	22	23	22	25	27	27	30	31	147,62
Summe (ohne Ärzte)	594	594	600	595	588	583	582	587	591	602	611	102,86

Stationäre/teilstationäre Pflege

Berufe	Jahr (absteigend)											%
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
GKPH	22	20	21	19	19	19	19	19	19	18	19	86,36
GKP ohne Hebammen	53	52	55	59	60	65	67	66	69	63	64	120,75
AP	128	145	150	160	164	175	179	192	201	210	215	167,97
Summe	203	217	226	238	243	259	265	277	289	291	298	146,80

Nach der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes:

Krankenhäuser sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen und in den Patientinnen und Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Sie stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leistung und sind darauf eingerichtet, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patientinnen und Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Hochschulkliniken sind hier ebenfalls enthalten.

Neben den Praxen der Ärzte, Zahnärzte sowie der sonstigen medizinischen Berufe sind es zum einen die Betriebe des Gesundheitshandwerks und zum anderen die Apotheken und der Einzelhandel, die die **ambulante Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung sicherstellen. Des Weiteren gehören hierzu Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen.

Unter den Einrichtungen der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der **stationären und teilstationären Pflege** subsumiert.

Legende GKPH = Gesundheits- und KrankenpflegehelferIn
GKP = Gesundheits- und KrankenpflegerIn
AP = AltenpflegerIn

Ausgewählte Berechnungen für den Zeitraum 2001 - 2009

Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe

Datenaktualität 22.07.2011 (ges. Einrichtungen), bzw. 15.12.2011 (übrige)

Quelle:

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/serMet/oowa/aw92/WS0100? XWD_PROC? XWD_2/10/xs_standard_neu/F_IND84 2012 01 26
sowie eigene Berechnungen

Die Tabelle bezieht sich auf:

Geschlecht: Beide Geschlechter, Sachverhalt: in 1.000 Beschäftigte.

Gesamte Einrichtungen

Berufe	Jahr (absteigend)										%	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		2010
Ärzte	295	298	301	304	306	308	311	315	320	326	334	109,40
GKPH	209	214	217	225	229	232	236	239	246	261	269	121,96
GKP ohne Hebammen	702	708	715	731	737	745	753	761	775	793	806	112,01
AP	242	262	276	288	298	311	325	354	367	395	405	150,76

Summe (Ambulante Pflege + Krankenhäuser + stationäre/teilstationäre Pflege) ohne Ärzte

Berufe	Jahr (absteigend)										%	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		2010
GKPH	96	93	93	88	85	81	79	80	81	82	84	88,17
GKP ohne Hebammen	634	634	644	654	654	664	666	676	689	693	705	109,31
AP	200	221	230	243	250	265	273	298	312	333	343	150,68
Summe	930	948	967	985	989	1.010	1.018	1.054	1.082	1.108	1.132	116,88

Ambulante Pflege

Berufe	Jahr (absteigend)										%	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		2010
GKPH	10	10	10	10	10	9	9	10	11	12	12	120,00
GKP ohne Hebammen	72	71	73	81	85	91	93	101	107	110	114	154,93
AP	51	56	58	61	63	68	69	79	84	93	97	166,07
Summe	133	137	141	152	158	168	171	190	202	215	223	156,93

Krankenhäuser

Berufe	Jahr (absteigend)										%	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		2010
Ärzte	122	124	126	129	130	131	134	136	139	144	149	116,13
GKPH	64	63	62	59	56	53	51	51	51	52	53	82,54
GKP ohne Hebammen	509	511	516	514	509	508	506	509	513	520	527	101,76
AP	21	20	22	22	23	22	25	27	27	30	31	150,00
Summe (ohne Ärzte)	594	594	600	595	588	583	582	587	591	602	611	101,35

Stationäre/teilstationäre Pflege

Berufe	Jahr (absteigend)										%	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		2010
GKPH	22	20	21	19	19	19	19	19	19	18	19	90,00
GKP ohne Hebammen	53	52	55	59	60	65	67	66	69	63	64	121,15
AP	128	145	150	160	164	175	179	192	201	210	215	144,83
Summe	203	217	226	238	243	259	265	277	289	291	298	134,10

Nach der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes:

Krankenhäuser sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen und in den Patientinnen und Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Sie stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leistung und sind darauf eingerichtet, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patientinnen und Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Hochschulkliniken sind hier ebenfalls enthalten.

Neben den Praxen der Ärzte, Zahnärzte sowie der sonstigen medizinischen Berufe sind es zum einen die Betriebe des Gesundheitshandwerks und zum anderen die Apotheken und der Einzelhandel, die die **ambulante Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung sicherstellen. Des Weiteren gehören hierzu Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen.

Unter den Einrichtungen der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der **stationären und teilstationären Pflege** subsumiert.

Legende GKPH = Gesundheits- und KrankenpflegehelferIn
GKP = Gesundheits- und KrankenpflegerIn
AP = AltenpflegerIn

Personalentwicklung, aktualisiert (2002-2011)

Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe Blattmerkmal(e) wurde(n) erfolgreich aktualisiert. Diese Tabelle bezieht sich auf: Geschlecht: Beide Geschlechter, Art der Einrichtung: Ambulante Pflege , Sachverhalt: in 1000 Beschäftigte.										
Berufe	Jahr (absteigend)									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ausblendenBerufe im Gesundheitswesen in	194	201	204	214	215	236	251	269	282	291
anzeigenÄrzte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesundheits- und Krankenpfleger (ohne He	73	81	85	91	93	101	107	110	109	108
Gesundheits- und Krankenpflegehelfe	10	10	10	9	9	10	11	12	12	13
Altenpfleger einschließlich Altenpfleg	58	61	63	68	69	79	84	93	97	107
Die Tabelle wurde am 09.08.2013 10:54 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt. http://www.gbe-bund.de/comp321.html?cs=rltcomp321:W0109_XWD_FORMPROCTARGET+PAGE_XWD_1660PINDEX1-GJMANAGER_XWD_CUBE_6ETPGSDATAcube_XWD_794HD_003-10000CHD_734-4509										
Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe Blattmerkmal(e) wurde(n) erfolgreich aktualisiert. Diese Tabelle bezieht sich auf: Geschlecht: Beide Geschlechter, Art der Einrichtung: Krankenhäuser , Sachverhalt: in 1000 Beschäftigte.										
Berufe	Jahr (absteigend)									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ausblendenBerufe im Gesundheitswesen in	1.121	1.105	1.080	1.071	1.072	1.075	1.086	1.104	1.121	1.137
anzeigenÄrzte	126	129	130	131	134	136	139	144	149	154
Gesundheits- und Krankenpfleger (ohne He	516	514	509	508	506	509	513	520	527	537
Gesundheits- und Krankenpflegehelfe	62	59	56	53	51	51	51	52	53	55
Altenpfleger einschließlich Altenpfleg	22	22	23	22	25	27	27	30	33	32
Die Tabelle wurde am 09.08.2013 11:04 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt. http://www.gbe-bund.de/comp321.html?cs=rltcomp321:W0109_XWD_FORMPROCTARGET+PAGE_XWD_1660PINDEX1-GJMANAGER_XWD_CUBE_6ETPGSDATAcube_XWD_794HD_003-10000CHD_734-4512										
Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe Blattmerkmal(e) wurde(n) erfolgreich aktualisiert. Diese Tabelle bezieht sich auf: Geschlecht: Beide Geschlechter, Art der Einrichtung: Stationäre/teilstationäre Pflege , Sachverhalt: in 1000 Beschäftigte.										
Berufe	Jahr (absteigend)									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ausblendenBerufe im Gesundheitswesen in	495	511	523	546	561	574	600	621	636	661
Gesundheits- und Krankenpfleger (ohne He	55	59	60	65	67	66	69	63	61	59
Gesundheits- und Krankenpflegehelfe	21	19	19	19	19	19	19	18	18	17
Altenpfleger einschließlich Altenpfleg	150	160	164	175	179	192	201	210	224	239
Die Tabelle wurde am 09.08.2013 11:05 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt. http://www.gbe-bund.de/comp321.html?cs=rltcomp321:W0109_XWD_FORMPROCTARGET+PAGE_XWD_1660PINDEX1-GJMANAGER_XWD_CUBE_6ETPGSDATAcube_XWD_794HD_003-10000CHD_734-4514										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ambulante Pflege										
Gesamt-Beschäftigungsverhältnisse	100	104	105	110	111	122	129	139	145	150
Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	100	111	116	125	127	138	147	151	149	148
GKP-HelferInnen	100	100	100	90	90	100	110	120	120	130
AltenpflegerInnen und -helferInnen	100	105	109	117	119	136	145	160	167	184
Krankenhaus										
Gesamt-Beschäftigungsverhältnisse	100	99	96	96	96	96	97	98	100	101
Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	100	100	99	98	98	99	99	101	102	104
GKP-HelferInnen	100	95	90	85	82	82	82	84	85	89
AltenpflegerInnen und -helferInnen	100	100	105	100	114	123	123	136	150	145
<i>ÄrztInnen</i>	100	102	103	104	106	108	110	114	118	122
stationäre/teilstationäre Pflege										
Gesamt-Beschäftigungsverhältnisse	100	103	106	110	113	116	121	125	128	134
Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	100	107	109	118	122	120	125	115	111	107
GKP-HelferInnen	100	90	90	90	90	90	90	86	86	81
AltenpflegerInnen und -helferInnen	100	107	109	117	119	128	134	140	149	159

Anhang D)

Haushalt der BA für 2012 setzt wichtige Schwerpunkte

Presse Info 068 vom 11.11.2011

Insgesamt 11 Milliarden Euro für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und der Ausbau von Sonderprogrammen – das sind zwei wichtige Eckpunkte im Haushaltsplan der Bundesagentur für Arbeit (BA) für das Jahr 2012.

Der Haushaltsplan wurde heute vom Verwaltungsrat der Bundesagentur für Arbeit (BA) festgestellt. Er berücksichtigt die ökonomischen Herbsteckwerte der Bundesregierung für das Jahr 2012, die neben einem Wirtschaftswachstum von 1,0 % von einer durchschnittlichen Arbeitslosenzahl von 2,85 Millionen ausgehen.

Der Haushalt der BA für das Jahr 2012 schließt mit einem leichten Plus in Höhe von rund 550 Millionen Euro. Von diesem Betrag werden voraussichtlich rund 470 Millionen Euro zur vollständigen Tilgung des Darlehens für das Defizit des laufenden Jahres verwendet. Die BA legt somit nach vier defizitären Haushalten erstmals nach der Finanz- und Wirtschaftskrise einen Etat mit knappem Einnahmeüberschuss vor. Allerdings geht sie aus der kräftigen wirtschaftlichen Aufschwungsphase ohne Rücklagen.

Der Verwaltungsrat der BA hat einen Haushalt mit einem Volumen (Gesamteinnahmen) in Höhe von 37,8 Milliarden Euro beschlossen, darunter rund 26,3 Milliarden Euro an Beitragseinnahmen. Daneben transferiert der Bund einen Teil des Mehrwertsteueraufkommens (rund 7,2 Milliarden Euro) zur teilweisen Kompensation der Beitragssatzsenkung im Jahr 2007 an den BA-Haushalt. Im Jahr 2011 beträgt dieser Transfer noch mehr als 8 Milliarden Euro.

Der Haushalt ermöglicht es der BA trotz eines erwarteten mäßigen Wirtschaftswachstums und unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente, wichtige Schwerpunkte zu setzen. Bewährte Sonderprogramme werden fortgeführt und zum Teil ausgeweitet:

Für die Berufseinstiegsbegleitung werden 100 Millionen Euro bereitgestellt.

Zur Bekämpfung des Fachkräftemangels werden Arbeitslose ohne Berufsabschluss sowie WiedereinsteigerInnen nach längerer Familienphase im Jahr 2012 verstärkt gefördert. Für die Initiative der BA zur Flankierung des Strukturwandels stellt der Haushalt 400 Millionen Euro bereit – 100 Millionen Euro mehr als im laufenden Jahr.

Das Programm für die Fortbildung geringqualifizierter und älterer Beschäftigter wird mit 280 Millionen Euro weitergeführt.

Außerdem hat der Verwaltungsrat beschlossen, für präventive Maßnahmen für Jugendliche erneut 90 Millionen Euro in den Haushalt einzustellen sowie für die Erprobung innovativer Ansätze der aktiven Arbeitsförderung 25 Millionen Euro vorzusehen.

Neben diesen Sonderprogrammen beträgt der von den Agenturen vor Ort geplante Teil des Eingliederungstitels rund 1,6 Milliarden Euro.

Für den Gründungszuschuss werden im kommenden Jahr trotz gesetzlicher Straffung der Anspruchsvoraussetzungen 1 Milliarde Euro veranschlagt.

Für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen insgesamt sind im Haushaltsplan Ausgaben in Höhe von rund 11 Milliarden Euro veranschlagt.

Für das Arbeitslosengeld sind rund 13,7 Milliarden Euro eingeplant. Der Eingliederungsbeitrag, mit dem die BA zur Hälfte die Eingliederungsleistungen und Verwaltungskosten der Grundsicherung für Arbeitsuchende finanzieren muss, ist mit 4,0 Milliarden Euro angesetzt.

Die geplanten Gesamtausgaben betragen rund 37,2 Milliarden Euro. So wird es möglich, das diesjährige Darlehen vom Bund, das vermutlich in einer Größenordnung von rund 470 Millionen Euro notwendig sein wird, vollständig 2012 zurückzuzahlen. Allerdings kann die BA nach diesen Planungen keine nennenswerten Rücklagen bilden und insofern keine Vorsorge für mögliche wirtschaftliche Eintrübungen treffen.

Der Haushaltsplan muss noch von der Bundesregierung genehmigt werden.



Anhang E)

Pflegekomplexmaßnahmen Score (PKMS)

Aktuelles zum Pflegekomplexmaßnahmen Score
DPR Presseinformation

Quelle (2012 01 26):

<http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/F164FBFA3F29E8DDC12577C300516EAC>

»Berlin (08. Oktober 2010) – „Mit dem OPS 9-20 wurde im G-DRG-System ein deutlicher Schritt zur Anerkennung der aufwendigen und komplexen Leistungen der Pflegenden getan“, so Andreas Westerfellhaus, Präsident des DPR. Es ist eine hohe Motivation des Pflegepersonals zu verzeichnen, sich in die weitere Ausgestaltung eines lernenden Systems einzubringen, so Westerfellhaus weiter. Aus der Praxis wurden aber auch konstruktive Handlungsbedarfe signalisiert, die einer dringenden Klärung hinsichtlich des administrativen Aufwandes und der inhaltlichen Definition des hochkomplexen Instruments Pflegekomplexmaßnahmen Scores bedurften. Kritisch hinterfragt wurde auch die Relation von Aufwand und Nutzen der Implementierung des hochkomplexen Instruments PKMS.

Die Praxisumsetzung zeigte, dass die hochaufwendige Pflegearbeit auf die Vielzahl der Erkrankungen mit dem Grundmodul des PKMS nicht alleine abdeckbar sein kann – betroffen davon sind insbesondere die Bereiche der Frührehabilitation, die Versorgung von Querschnittsgelähmten sowie die zukünftige Abbildung der Pflegeleistungen in der Psychiatrie.

Der DPR hat zur Weiterentwicklung des Pflegekomplexmaßnahmen Scores einen Lenkungsausschuss DRG unter Leitung der Vizepräsidentin des DPR, Frau Ricarda Klein, gegründet. Das Lenkungsgremium arbeitet engmaschig mit einer Expertengruppe, bestehend aus Vertretern aus der Pflegepraxis sowie Pflegewissenschaftlern, zusammen. Die Zusammenarbeit mit Frau Dr. Pia Wieteck wurde im beiderseitigen Einvernehmen im Juli 2010 gelöst.

Der DPR bewertet unverändert den OPS 9-20 als Meilenstein für die Pflege im Krankenhaus. Dies geschieht im Verständnis eines ‚lernenden Systems – wie im DRG-System insgesamt. Das heißt, Weiterentwicklung und Anpassung müssen erfolgen. Vor diesem Hintergrund besteht weiterhin Schulungsbedarf, auch wenn Inhalte der Schulungen parallel zur Weiterentwicklung ggf. angepasst werden müssen.«

Anhang F)

Die sieben Dimensionen des Work Ability Index (WAI)

Quelle: BAuA 2011:10

WAI 1 Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten:
Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?

WAI 2 Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Arbeitsanforderungen

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den psychischen Arbeitsanforderungen ein?

WAI 3 Anzahl der aktuell vom Arzt diagnostizierten Krankheiten

(Langversion=50, Kurzversion=13 Krankheiten/Krankheitsgruppen)

WAI 4 Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?

WAI 5 Krankenstand im vergangenen Jahr

(Anzahl Tage)

WAI 6 Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

WAI 7 Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?
Waren Sie in der letzten Zeit aktiv und rege? Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

Jede Antwort ist mit einem Punktwert verbunden, im Resultat ergibt sich ein WAI-Wert, der zwischen 7 und 49 Punkten liegen kann. Der so ermittelte Wert zeigt zum einen, wie hoch die eigene Arbeitsfähigkeit eingeschätzt wird, zum anderen lassen sich Ziele von einzuleitenden Maßnahmen ableiten:

Punkte	Arbeitsfähigkeit	Ziel von Maßnahmen
7-27	gering	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen
28-36	mäßig	Arbeitsfähigkeit verbessern
37-43	gut	Arbeitsfähigkeit unterstützen
44-49	sehr gut	Arbeitsfähigkeit erhalten

b) Anzahl der Nennungen innerhalb der einzelnen Kategorien

Kategorien	n Nennungen			Σ	1Σ
	E	0	E+0		
K1				132	
1.	5	13	8		
2.	0	4	3		
3.	17	3	24		
4.	3	3	10		
5.	5	4	17		
6.	7	0	3		
7.	0	3	0		
K2				101	
1.	13	3	2		
2.	15	6	5		
3.	21	4	4		
4.	13	10	0		
5.	1	4	0		
K3				76	
1.	6	3	0		
2.	6	2	2		
3.	2	2	0		
4.	25	9	3		
5.	7	7	0		
6.	0	2	0		
K4				130	
1.	21	9	10		
2.	34	27	2		
3.	10	3	4		
4.	6	4	0		
K5				123	
1.	6	8	7		
2.	13	8	0		
3.	22	24	5		
4.	5	6	4		
5.	6	5	4		
K6				76	
1.r.	1	1	0		
2.r.	3	0	0		
3.r.	13	2	0		
4.r.	3	3	18		44
1.v.	3	6	0		
2.v.	2	3	0		
3.v.	10	7	0		
4.v.	1	0	0		32
K7				72	
1.	4	1	0		
2.	3	9	0		
3.	8	3	0		
4.	11	5	8		
5.	6	3	0		
6.	4	5	2		
K8				84	
1.	9	7	3		
2.	7	14	6		
3.	17	13	8		
K9				55	
1.	8	0	0		
2.	14	18	0		
3.	2	4	0		
4.	2	2	0		
5.	0	5	0		
Σn	400	287	162	849	
%	47	34	19	100	
E = "erfolgreiche" Gruppe					
0 = "nicht erfolgreiche" Gruppe					
E+0 = beide Gruppen gemeinsam					

Anhang H)

Transkription der Interviews

Legende: PH = Pflegeheim, AP = ambulanter Pflegedienst und KH = Krankenhaus

Die neun Fragen wurden schlagwortartig zur Orientierung als Überschrift gewählt. Lange Redundanzen sowie thematisch irrelevante Exkurse wurden bereits ausgeblendet.

1. Interview, PH

1.1 Positive Effekte

Berufserfahrung, die sie mitbringen, ist sehr wichtig. Dass sie verstehen, mit älteren Menschen noch umzugehen, die Sensibilität, die sie mitbringen. *Nachfrage: Sensibilität?* Feingefühl, man muss sensibel sein für manche Dinge, die man in der Pflege tut und wie man auf die Bewohner eingeht, da braucht man ein bestimmtes Fingerspitzengefühl; denn wir haben ja mittlerweile solche hochgradigen dementen Leute und da braucht man viel Zeit und Fingerspitzengefühl. Berufserfahrung in dem Sinne, weil sie diese Zeit schon vorher gearbeitet haben oder gelernt haben oder wie auch immer; beschäftigen sich mit den Leuten intensiver. Ist ja nicht bloß satt und sauber, diese Pflege ist ja auch diese, ähm – Beschäftigungszeit, die sie mit denen verbringen; dass die Leute rund um die Uhr auch was zu tun haben. *Wie kommt es, dass sich ältere Kollegen und Kolleginnen sich intensiver mit ihnen beschäftigen können; haben sie mehr Ideen was man machen kann?* Die denken immer schon aus ihrer Jugendzeit mitgebracht und in dem Alter können sie schon von sich ausgehen, welche, na – Interessen vorliegen, ne, bei manchen Bewohnern und können Spiele zum Beispiel, die andere, oder die jugendlichen [KollegInnen, Anm. JC] nicht kennen, die kennen die noch, von früheren Zeiten. *Können Sie mal Beispiele dazu nennen?* – – Beim Gedächtnistraining irgendwie Worte zusammenstellen oder solche Dinge, beim Mensch-Ärger-Dich-Nicht spielen oder Schach oder so, das kennen diese jungen Leute, denke ich mal, nicht so, ja. Diese Dinge, die sind sehr wichtig, ne, dass man da drauf eingeht und dass die eben so lang wie möglich beibehalten werden. Nee aber ich denke immer, dett macht sich da dran auch bemerkbar, auch beim Kochen zum Beispiel. Die Leute haben früher ganz anders gekocht wie die Leute heute, oder die jungen Leute. *Kochen Sie mit Ihren Bewohnern?* Äh - wir haben einmal ne die Woche unter Anleitung. Da treffen sich dann die Bewohner in der Beschäftigungstherapie, die schälen so 'n bisschen Kartoffeln und so, Gemüse putzen und machen 'n paar Handreichungen. Das sind so 'n bisschen Fittere, die können dann auch selbst be-

stimmen, die da runter gehen möchten. Das ist immer donnerstags. Die machen's dann gerne. Das sind solche ähm – zum Beispiel Kartoffel schälen: Die kriegen irgendwann kriegen sie die Fertigprodukte gar nicht mehr raus, die wird – haben die alten Leute halt noch drinne, ne. Diese Generation bringt's ja mit. Wir kochen, also wir – ich zum Beispiel koch' noch so, wie ich's gelernt hatte damals. Wenn ich aber jetzt meine Kinder ankucke, die kochen nicht mehr so; die nehmen dann schon ... Die Leute können noch selbst kochen, oder wissen zum Beispiel Gerichte anzufertigen, ne, die können sich da intensiver mit den Leuten beschäftigen. *Und wie sieht das dann aus, wenn jüngere Kollegen mit dieser Aufgabe betraut werden?* Die jüngeren Kollegen kennen zum Beispiel manche Gerichte nicht mehr, die die älteren gekocht haben, oder gehen heut zu tage mehr oder weniger über zu Fertiggerichte. Zum Beispiel Kartoffel schälen, oder äh – Gemüse putzen und so watt, das ist ja alles nicht mehr so – ja, in dieser Generation jedenfalls nicht mehr so wie et früher mal war. *Kommen die (die jüngeren Kollegen) dann zu Ihnen und fragen: Wie geht denn das?* Die Mitarbeiter kommen dann zu uns – klar fragen die denn – äh, wie Gemüse angerichtet wird oder gekocht wird, welche Zutaten dazu kommen – das wissen die ja alles gar nicht mehr. Beim Kochen erzählen sie, wie es früher beim Kochen einmal war. Sie sind richtig motiviert und begeistert und essen auch anschließend ihr Gericht. *Und die älteren Kollegen haben mehr Ideen?* Ideen, Einfälle – genau, die sie noch aus eigenen Erfahrungen aus früheren Zeiten mit einbringen können. Nicht nur beim Essen richten und Memory spielen, sondern auch andere Ideen, wie man sich zum Beispiel ooch kleidet. Das ist sehr wichtig bei den Leuten. Die Verständnis dafür zeigen, dass die ein Korsett oder so etwas tragen. Die jungen Leute sehen so etwas gar nicht mehr. Schon gar nicht mehr in Geschäften – gibt's sehr selten, ne und zeigen auch nicht so viel Verständnis dafür, warum das eben so gebraucht wird. *Und wie gehen die jüngeren Kollegen damit um?* Die fragen dann uns dann immer warum muss die dett jetzt haben, die Korsage oder Hüftgurt, für was soll dett sein – für die is dett unsinnig. Die haben 'ne Unterhose und 'nen BH und dett reicht. Aber die alten Leute brauchen das, weil – die haben da mehr Halt – mehr Sicherheit gibt dett. *Gelingt es Ihnen den jüngeren Kollegen das zu erklären?* Ja, auf jeden Fall. Zusammen, wenn's noch die Möglichkeit ist, dass der Bewohner es denen erklärt – weil, die alten Gewohnheiten wollen die beibehalten und die behalten sie bei uns auch bei. *Und – Stichwort „Erklären, Kommunikation“, spielt das auch, 'ne große Rolle?* Ja, das spielt eine große Rolle – weil, wir haben auch viele Mitarbeiter, die aus einem anderen Land kommen, die bei uns in Deutschland leben, die aber auch nicht so die Deutsche Sprache sprechen, die Umgangssprache ne, und dann kommen die oftmals und sagen, weil die älteren haben 'ne andere Aussprache manchmal, ne, dann verstehen die das nicht und dann wir müssen das übersetzen. Kommunikation ist bei uns `ne ganz ganz große Rolle - spielt, weil, man will die mehr verstehen und man muss sie verstehen um irgendwelche Dinge zu verrichten. *Sie haben einen hohen Anteil an Demenz erkrankten Bewohnern. Haben Sie da einen Vorteil als ältere Mitarbeiterin?* Ja man hat da die gewisse Sensibilität, bringt man mit und äh – wir validieren zum Beispiel mit den Bewohnern und können den jungen Mitarbeitern auch besser erklären warum und weshalb das so ist, ne. Warum wir in dieser Sprache mit denen sprechen, wobei es `ne Respektperson bis zum Schluss bleibt bei uns, ne. Also es sollt nicht verkindlicht

werden, es ist – eigentlich muss man mit Hochachtung reden mit den älteren Leuten, ne und warum wir jetzt drauf eingehen in diese Welt, um sie zu verstehen, muss man denen erklären, ne - beim Validieren. *Ist es einfach, jüngeren Kollegen so etwas beizubringen, nehmen sie das an?* Wenn sie bei uns arbeiten, nehmen sie das auch an. Wenn sie sich da wirklich dafür interessieren, für diesen Beruf, dann nehmen sie dett auch an. Weil, die können besser damit umgehen, sie sehen ja auch diese Erfolge. Wenn ich zum Beispiel einem dementen Bewohner sage, der stets und ständig `ne Unruhe hat, hin und her läuft, sie fragt mich denn, oder den festhalte, dann wird er sich wehren, ne, zum Beispiel hat er den Bewegungsdrang, wenn ich den festhalte, der wird sich wehren irgendwie; also er ist dann sehr unzufrieden und der Mitarbeiter ist dann auch sehr unzufrieden. Aber sie verstehen, wenn man sich wirklich interessiert, muss man dieses gewisse Etwas für diesen Beruf mitbringen. Deshalb sag ich ja, die Älteren verstehen's, die können besser mit umgehen. Das ist nicht einfach bloß `ne Arbeit, man hat's mit Menschen zu tun, mit alten Menschen, mit kranken Menschen und da ist es ganz wichtig, `ne gewisse Sensibilität und Einfühlungsvermögen mitzubringen.

1.2 Vorteile

Ja, auf jeden Fall. Ja, ich seh' das eigentlich positiv. Erst mal diese Berufserfahrung, die ich jetzt in diesem Alter schon habe. Ich hab' mache Dinge in jungen Jahren nicht so gesehen wie jetzt. *Können Sie das bitte konkretisieren?* Ich kann zum Beispiel mit Sterben und Tod besser umgehen wie in den jungen Jahren. Als ich jünger war und diesen Beruf gemacht habe, is mir dett – also ich kann Nähe und Distanz besser halten, für mich als Person. Also, es ist mir nahe gegangen und ick brauchte ein paar Tage um darüber hinweg zu kommen. Aber jetzt kann ick besser mit umgehen. Also ick weiß, dass es zum Leben dazu gehört, dass die Leute, die hier her kommen, ihren letzten Lebensabend haben, den wir ihnen so angenehm wie möglich gestalten und ich lass' nur so viel Nähe zu, dass ett mir auch dabei gut geht. Dass ett mich in meiner Person nicht angreift; also dass ick damit umgeh'n kann. Wir haben Vorgesetzte, sagt, wenn's einem mal wirklich ein bisselel näher geht, wenn jetzt Bewohner zum Beispiel länger bei uns sind, dass ick da auch hin geh'n kann und denn darüber reden könnte, wenn's mir einfach nicht gut geht halt. Warum und weshalb, da geht man ganz normal damit um. *Also Tod und Sterben ist bei Ihnen ein großes Thema?* Also für mich jetzt als Person – Sie haben mich jetzt gefragt? *Ja.* Um ein Beispiel zu nennen. Oh – manche, wenn die jetzt in jungen Jahren, wenn die unter sich gemacht haben, die älteren Leute zum Beispiel, haben sie das vielleicht nicht so verstanden, weil dett jetzt ist, warum können die nicht mehr sagen, dass sie auf die Toilette müssen, datt Inkontinente, ne, dass sie da das Wasser nicht mehr halten können oder eben Stuhlgang, aber man kann damit irgendwie besser umgehen, finde ick. Also man kann sich das besser erklären. Man lernt in jungen Jahren, aber man hat ja diese Berufserfahrung noch nicht. *Können sie da den jüngeren Kollegen etwas geben?* Erst mal – – was soll ich Ihnen sagen. Geben in dem Sinne, jetzt? – Dass sie sich nicht davor ekeln müssen oder so, dass das ganz normal ist, oder wie meinen Sie das? *Sie sagten auch, dass Sie eher Verständnis dafür haben – können Sie dieses Verständnis den Jüngeren vermitteln?* Ja, dass alles nachlässt, organisch, ebent, ne und ja auch dem Alter entsprechend, dass dett einfach nicht mehr geht vom Gehirn aus, dass dett ebent normal ist, dass die unter sich machen. Dass auch der Toilettengang dazu gehört, ne oder dass die nicht mehr selbständig trinken können, dass dett mit an erster Stelle steht, dass ein Mensch so viel Flüssigkeit bekommt, wie er braucht. Beschäftigung ist ebenfalls sehr

wichtig. Wenn ick demente Leute habe, je nach Grad der Demenz, dann weiß ick, dass ick zum Beispiel, bei hochgradigen Demenzen `ne Einzeltherapie, zum Beispiel Gespräche, Validieren, denn `n Snoezelen-Raum, wenn sie sehr erregt sind, wie ick damit umgehe – wie ick besser an diesen Menschen herangehe. Also es ist für mich, in meinem Alter, denke ick mal besser. Dass ich da diese Erfahrung, die ich im ganzen Leben gesammelt habe, dass ick die nutze, die natürlich auch weitergebe, und – ja und auch positiv anwende, weil ick will dann Erfolge. Erfolge in dem Sinn, dass sich die Menschen beruhigen, die da rumschreien – kommt ja auch mal vor – oder ständig diesen Bewegungsdrang haben oder – – – was machen sie noch? Die Gespräche, die Kommunikation – die Welt in der sie leben, kann ich besser verstehen. Eben durch diese Berufserfahrung.

Und wie geben Sie Ihre Erfahrung jetzt weiter?

In dem ich den Mitarbeitern datt erkläre, im direkten Gespräch, ne und dann die Fortbildungen. Wir haben regelmäßige Fortbildungen, über alles eigentlich. Über Krankheitsbilder von der Demenz, je nach Grad der Demenz, Validation haben wir da drinne, ne – denn Snoezelen, wie wir die beruhigen, wie wir mit denen umgehen, alles. Die Organisation der Fortbildungen ist in dieser Pflegekette mit drinne, entweder in unserem Haus oder in der Diakonie Haus übergreifend; da bringen wir unsere Erfahrungen mit rein und dann je nach Thema, ja. Und in diesen Fortbildungen werden ja auch immer wieder aufgefrischt, ne – die sind für uns dann Auffrischung. Aber wir können's dann auch wieder weiter verwenden, ausführen und den Mitarbeitern vermitteln, weil ja nicht alle dran teilnehmen können. Ja – so – oder direkt am Bewohner auch: Wenn der Mitarbeiter zum Beispiel steht und weiß sich nicht zu helfen. Dann erklär ich ihm, versuch's mal auf diese Art und Weise; und wenn er dann sieht, dass er Erfolg hat, nimmt er datt ja auch an, ne.

1.3 Leichter

Da habe ich noch nicht drüber nachgedacht. Der Umgang mit den Bewohnern, an und für sich, fällt mir nicht so schwer. – – – . *Sie hatten vorhin bereits das Thema Tod und Sterben erwähnt.* Ich habe eine Fortbildung gemacht, eine Woche, als Hospitzbeauftragte. Ick bin hier im Haus Hospitzbeauftragte – ja, dett hat mir auch viel gebracht, diese Fortbildung. Man kann dieses auch an die Mitarbeiter vermitteln. Ja – und wie gesagt, man hat da eine ganz andere Einstellung – zu dem ganzen Menschen, ne. *Eine andere Einstellung?* Man bringt `ne gewisse Sensibilität mit, man bringt dett Einfühlungsvermögen, dieses Feingefühl bringt man mit. Ich hab' Ihnen das vorher schon gesagt, die Nähe und Distanz ist da `ne wichtige Rolle gewesen für mich. Da kann man besser mit umgehen. Man sieht manchmal Bewohner hier, die sich wirklich quälen, um sterben zu können, ne – dann wünscht man denen, dass sie endlich erlöst werden, ne – und da kann man dann besser mit umgehen, für sich und auch für den Mitarbeiter. Man hat's in jungen Jahren, denk ich mir mal, nicht so gesehen, man hat viel mehr Nähe rangelassen, konnte damit nicht so gut mit umgehen. Mach' jetzt ähm die Sterbebegleitung – wenn ick da sitze, dann – watt soll ick sagen – is dett anders für mich ebent – – ja, da denke ich mir mal – ja, ich muss es einfach so sagen: Man hat dieses gewisse Etwas, man bringt es mit. Kann Ihnen aber jetzt nicht sagen, dett sind Berufserfahrungen, dett sind alles diese ganzen Jahre, die sich sammeln. Diese Weiter- und Fortbildungen, die man besucht; man tauscht Erfahrungen aus, man kommuniziert. Es gibt immer wieder – es ist nicht alles gleich – das sind immer wieder neue Situationen, auf die man sich wieder einstellen muss. Und da kann man dann besser mit umgehen.

1.4 Belastungen

– – – Also ich hab' für mich einen sehr guten Ausgleich. Meine Arbeit und mein Privatleben. Ich such' mir 'n Ruhepol, wenn ich nach Hause komme. Dauert schon 'n paar Kilometer, weil ich such' mir den Ruhepol, weil ich mich erst mal hinsetze, schön Kaffee trinke, manchmal noch Revue passieren lasse, hab' 'n sehr guten Lebenspartner. Gott, manche Dinge, die ich nicht so einfach hinnehmen kann, würg' datt einfach raus, der dann zuhört. Ja, er ist außen vor. – Ick hab' 'n Garten. *Sie sagten „Dinge, die ich nicht einfach hinnehmen kann“ – fällt Ihnen dazu etwas ein?* – – Ja, als Vorgesetzte gibt es da schon manchmal [*lacht, verlegen?*] Dinge, das kann ick nicht einfach so hinnehmen – mit denen Mitarbeitern führ' ich dann Gespräche. Und wenn's dann nicht fruchtet, dann wird's weiter gemeldet. Da bin ick schon [*lacht, verlegen?*] – bei manchen Dinge sind nicht so, ja – auch manche Einstellungen. *Gibt es außer dem Führungs-Fachspezifischen auch altersrelevante Beispiele: Jüngere / Ältere?* *Sie haben ja wahrscheinlich auch gemischte Teams.* Ja, zum Beispiel wenn ich jetzt höre, wenn äh – jetzt jemand mit jüngeren Jahren 'ne Musik einschaltet, die da Hipp-Hopp oder was watt weiß ick watt macht bei den alten Leuten, also da bin ick überhaupt nicht mit einverstanden. So kann's ja nicht gehen, diese Zeit, die die alten Leute nicht kennen. Ja, da bin ick dann konsequent dagegen. Soweit darf's ja nun nicht gehen. Kam auch schon mal vor und da wissen sie ganz genau Bescheid: Sie können gern Musik hören, aber die Musik für diese Generation. Disko oder Hipp-Hopp, da können die gar nicht mit anfangen. Das sind Dinge, die mich stören. Oder Leute einfach so vorm Fernseh'n sitzen lassen, die da dett gar nicht mehr mitkriegen, dass die da irgendwo im Wohnbereich oder in ihrem Zimmer sitzen und da wird jetzt 'n Bewohner hingesezt: Ja nu guck mal und sieh zu wie Du die Zeit vertriebst. Das kann's ja nicht geben. Nee, da sind wir schon aktiv im Wohnbereich und noch außerhalb des Wohnbereichs. *Das bekommen Sie aber hin, das belastet Sie nicht jetzt?* Nee, dett belastet mich nicht. Datt krieg ick alles gut in den Griff. Also belasten kann ick nicht sagen – datt mich da irgendwatt belastet. *Arbeiten Sie auch im Schichtdienst?* Nein, nicht mehr. *Sie arbeiten aber Vollzeit, acht Stunden, an fünf Tagen die Woche. Das macht Ihnen nichts aus mit zunehmendem Alter?* Datt krieg ick ganz gut in den Griff. Also datt muss ick von mir aus sagen, ja. Wie gesagt, ick habe da meine Ruhepole. Diese acht Stunden, die Vollzeit – der Vollzeitjob – kann ick jetzt nicht sagen, dass datt mich belastet.

1.5 Entlastungen

Das ist natürlich schwer zu beantworten, nachdem Sie vorher gesagt haben, dass Sie sich nicht belastet fühlen. Ich kann nicht sagen, dass dett belastend ist, wenn ick jetzt unzufrieden mal nach Hause gehen und ett nicht so geklappt hat, des ist ganz normal, des ist alltäglich. Aber denn such ick, wie gesagt, 'en Ruhepol zuhause. Ick hab' 'n Garten - schön im Sommer; fahr Fahrrad; wir gehen oft spazieren, oder in 'n Musical oder ... kann ick zwar nicht jeden Tag, aber ick such' mir meine Ruhepol – und wenn ich mich zuhause 'ne halbe Stunde nachmittags hinlege, um 'n Ausgleich zu schaffen. *Können Sie sich Möglichkeiten in der Institution vorstellen, für MitarbeiterInnen, die Belastungen wahrnehmen?* Zum Beispiel haben wir einen Snoezelen-Raum – und wenn jetzt jemand – sagen wir mal - nicht aggressiv mein ick jetzt nicht, aber sehr unruhig, sehr nervös als Mitarbeiter und dett läuft alles nicht so, wie sie's haben will, ne, dann würd' ick ihm dett anbieten. Natürlich würd' ick sagen: Hör mal zu, dett würde vielleicht gut sein, wenn Du 'ne halbe Stunde hingehst und mal drüber nachdenkst, ne, wie der Tag jetzt weiter ver-

laufen soll. Natürlich muss er die halbe Stunde hinten dran hängen oder `n nächsten Tag, weil wir haben Gleitdienst – aber ich würde es ihm, wenn et denn Mach der Möglichkeit ist, denn - sonst passiert noch irgendwas. *Haben Sie so etwas schon mal gemacht?* Nach der Arbeit haben manche dett schon mal genutzt. Dass sie sich wirklich `ne halbe Stunde nach der Arbeitszeit einfach in den Snoezelen-Raum gelegt haben und einfach entspannt dort im Bett liegen. *Und andere Möglichkeiten, gerade für ältere Mitarbeiter?* Das kommt's nicht do oft vor, dass die hibbelig sind. Die haben `n Ausgleich – ja, dass ich dann sage, wenn es möglich ist, das der dann mal `ne Stunde früher nach Hause geht oder so. Wenn es vom Ablauf geht, denn kann ick das machen. Diese Stunde kann er ja durch die Gleitzeit wieder `ranarbeiten.

1.6 Angebote

– Wir könnten zum Beispiel nutzen, mit den Bewohnern spazieren zu gehen, indem wir draußen, in der Luft, das tut uns genauso gut. Also dett können wir zu jeder Tag und – Stunde, vormittags oder nachmittags, weil wir haben Bezugspflege hier und da ist jeder Mitarbeiter für die acht bis neun Bewohner verantwortlich – und diese Bewohner, wenn sie nicht da noch mal in der Beschäftigung gerade sind, da können sie sich dann jemanden schnappen und sagen, wir gehen mal `ne halbe Stunde raus oder `ne Stunde und dann achtet der andere mit drauf, wenn die pflegerischen Tätigkeiten fertig sind.

1.7 Beschäftigung sinnvoll

– – – – Ja, ja.

Bedingungen

– – – – Zum Beispiel kann jeder vom Personal auch in die Cafeteria gehen und dann den Raum, wo sie ihre Pause machen können. Also wenn der Arbeitgeber noch mehr bietet, warum nicht. *Was würde Ihnen denn dazu einfallen?* Ja, vielleicht ein paar Tage Urlaub mehr [lacht] oder mehr Geld, dass man sich noch mal was leisten könnte, etwas Außergewöhnliches. *Was würde Ihnen denn da vorschweben?* Also fünf Tage mehr könnten es ruhig sein und vielleicht zwei, drei Prozent mehr Gehalt. *Sie sind ja nun auch Vorgesetzte. Wie viele ältere Mitarbeiter gibt es bei Ihnen?* Über die Hälfte, denk ick mir mal, ab 45 – 50. *Wie groß ist die Einrichtung?* Wie haben 100 Bewohner. *Und wie viele Mitarbeiter?* – – Oh – oh – da haben wir viele - wir müsse ja alles sehen: Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung, Küche. *Pflegemitarbeiter?* Kann ick Ihnen nich 100prozentig sagen, weil ick nich weiß wie Station1 – bei uns sind es über 20. *Ihr Wohnbereich ist wie groß?* 50 Bewohner. So genau ist es nicht.

1.8 Zusammenarbeit

Wurde hier nicht nachgefragt.

1.9 Weitere Aspekte

Es wurden keine genannt.

Nachtrag

Die Interviewpartnerin hat nur kurz als Gesundheits- und Krankenpflegerin gearbeitet, die Ausbildung war in Ost-Deutschland. Sie wechselte sehr rasch in den Bereich Pflegeheim und reiste 1989 in die BRD aus. Unter den 20 o.a. Mitarbeitern sind zwei männlich und ein AZUBI. Als weitere Entlastungsmöglichkeiten für ältere KollegInnen schlug die Interviewpartnerin vor, Wohngruppen mit BewohnerInnen und Mitarbeiterinnen ab 45 – 50 zu bilden, es sollten noch mehr Heime erreicht werden. Für ältere KollegInnen mit eingeschränkter Gesundheit gab es keine Ideen. Die Negativ-Presse bezüglich der Heime konnte die Interviewpartnerin nicht nachvollziehen: Sie hätten doch Ernährungspläne, Gewichtskontrollen und sie hätten auch die Möglichkeit bei Decubital-Ulcera externe Wundmanager hinzuzuziehen. Alles würde dokumentiert werden und das dies immer mehr zunehme, was auch belastend sei, für alle (nicht altersspezifisch). Diese Interviewpartnerin sieht den demografischen Wandel in der Arbeitswelt eher unproblematisch. Motivierend für die Arbeit sei es, dass man die BewohnerInnen sehr gut und sehr lange kennt – nicht wie z.B. in der ambulanten Pflege, das könne sie sich nicht vorstellen. Dienstzeiten: Frühdienst: 06.30 – 14.00; sehr viele Gleitdienste; von 13.30 – 20.30 Uhr den Spätdienst; 20.15 – 06.45 Uhr Nachtdienst. Die Interviewpartnerin arbeitet als Wohnbereichsleiterin ab 07.30 Uhr acht Stunden täglich.

2. Interview, AP

Nach dem Krankenpflegeexamen ca. 8 Jahre im Krankenhaus (Intensivstation). Danach Nachtdienst, überwiegend in der Chirurgie. Dann kam irgendwann der Zeitpunkt, wo die klinische Tätigkeit als äußerst unerfreulich empfunden wurde: Was ist ärztliche Tätigkeit, was die der Schwestern, wo liegt wessen Verantwortung, wo man den Patienten eigentlich ein Stück weit aus den Augen verloren hat. Hinzu kamen Schlafstörungen. Als Teilzeitmöglichkeit wurde dann die Sozialstation gefunden, die der eigenen Vorstellung von Pflege am nächsten kam (dem Menschen ganzheitlich zu begreifen, mit Nähe- und Kontaktaufbaumöglichkeiten). War zwar am Anfang eine Umstellung, weil andere Schwerpunkte gesetzt werden, die medizinische Versorgung steht hier nicht im Vordergrund, sondern wie ist der Patient versorgt, in was ist er eingebettet, wenn man das begriffen hat, dass auch nicht alles 100% sein muss, dass es für den Patient passen muss und nicht für uns, ist eine Rückkehr in die Klinik nicht mehr vorstellbar. Vor allem wird das selbstständige Arbeiten hervorgehoben.

2.1 Positive Effekte

Sie bringen einesteils, denke ich, unheimliches Fachwissen mit bis dann, wenn sie die ganze Zeit oder überwiegend in der Pflege waren. Ich denk', sie sind an einem Punkt von ihrem Leben, wo Leben eigentlich geplant ist, auch ein Stück weit gut vorstrukturiert ist. Das ist bei jungen Leute hier oft ein Stückweit schwieriger, weil – oft zieht man noch um, ist in Situationen drin mit Partnerschaften, die auch oft nicht so furchtbar halten. *Worin liegt da der Vorteil im Beruf?* Ich denk einfach `ne Pflegekraft, die in gut strukturierten, klar erkennbaren persönlichen Verhältnissen lebt, bringt auch nicht so ganz furchtbar viel Probleme von Hause mit in den Beruf rein, weil das beschäftigt einen dann an dieser Stelle doch immer recht heftig; man kann sich mehr auf die Arbeit als solche und auf den Patienten konzentrieren, wie wenn man dann 1000 Probleme von zuhause einfach noch

mitbringt – ich kann es einfach so auch bei mir an einer Situation festmachen: Mein Mann hatte – äh – irgendwann a) Krebs b) hat seine Firma damals grad zugemacht. Das hatte ich damals als sehr belastend innerhalb – äh – dieser Beruf dann, einfach auch zu sehen, man ist da, man kümmert sich um andere Menschen intensiv, aber hat selber unheimlich viel Probleme, das macht einen oft ungeduldig, das macht einen vielleicht an manchen Stellen auch ein bisschen oberflächlich, man kuckt nicht so ganz genau hin und ich denk dann immer wenn's Leben auch in ruhigen und geraden Bahnen läuft, hat man den Kopf freier, dann auch wirklich für die Pflege – äh – für den Patient selber und kann Dinge hinten anstellen, die man sicherlich hinterher noch mit sich `rumträgt, aber die dann halt einfach nett so vordringlich sind. Gerade wenn man jetzt so diese demografische Entwicklung sieht, bei älterem Pflegepersonal: Man kann sich vielleicht schon ein Stückweit eher in die Situation von den älteren Menschen `reinversetzen, man hat vielleicht selber schon diese eine oder andere Schwierigkeit gesundheitlich – äh – ja, man hat in der Regel eigentlich auch ein Stückweit mehr Geduld, ist nimmehr so ungestüm, wie man das am Anfang war. Also ich denk es ist sicherlich mit ein Stückweit ein Vorteil. *Und bei der Betreuung von jüngeren Patienten?* Bei Jüngeren also – das erlebe ich so bei einer Kollegin von mir. Äh – hat oft zu den Jüngeren dann eher so diesen Bezug von Eltern – also zu sagen „ich hab auch `ne Sohn, ich hab auch `ne Tochter zuhause, ich weiß eigentlich wie das in dem Alter mit denen war und wie das funktioniert hat“ und man sieht manche Sachen vielleicht ein bissele gelassener schon und wenn man dann natürlich noch `n Abstand dazu hat, dass es nicht die eigenen Kinder sind, sondern das einfach auch mit vergleichen zu können – ja, zu der eigenen Situation. *Wäre das jetzt der Aspekt, der in der Pflege als psychosoziales Umfeld bezeichnet wird?* Richtig, ja.

2.2 Vorteile

Ja, also Vorteile immer. Ich erlebe es oft von Patienten, die dann zu mir sagen, wenn ich das erste Mal hinkomme, dass sie es eigentlich als angenehm empfinden, jemand zu kommen, den sie auch schon als älter einschätzen, dem sie a) sicherlich mehr Lebenserfahrung zutrauen und b) natürlich auch `ne fachliche größeres Wissen zutrauen und seh' dann, ja dass spielt bei Männern dann oft noch mal noch `ne ganz andere Rolle, die können zum Beispiel Hilfe von jemand Älterem wesentlich eher annehmen, als von jemand ganz Jungem. Besonders auch junge Männer. In der Klinik ist es anders, das hat man ja keine andere Chance, da muss es halt akzeptieren. Aber in der ambulanten Pflege erlebe ich es eigentlich sehr oft, oder es wird uns auch von Patienten wieder so signalisiert, dass es angenehm ist, dass es erfahrene Schwestern sind, ältere Schwestern, die in der Regel dann auch zu den Patienten kommen. *Zu jungen männlichen Patienten?* Nee, ja, also ich denk', das ist eigentlich ja zu älteren Frauen so-wie-so, ja, aber auch bei denen jungen Männlichen denke ich, ist das auch schon oft – ja – `ne größere Akzeptanz, wie wenn's dann jüngere Schwestern. Manche Dingen fallen einfach, wenn man älter ist, auf der zwischenmenschlichen Beziehung leichter, wie's bei Jungen. Da ist es immer noch so ein bisschen diesen Geschlechterkampf und dieses, ja, sich - ja, vielleicht ab und zu nicht gehen lassen wollen oder einfach auch Schwierigkeiten nicht eingestehen zu wollen, wenn's dem Alter her Jüngere sind, sowohl Pflegeperson mit der zu Pflegenden sich im jüngeren Alter etwas näher stehen, dann ist es oft schwieriger, hab ich so erlebt, die ist doch eigentlich so alt wie ich und die ist noch viel fitter wie ich, wieso kann ich das eigentlich nicht, ne. *Welche Schwierigkeiten sind das beispielsweise?* Also körperlich. Ich denk so – oft ist es mir begegnet bei – MS-Patienten oder irgendwelche junge Patienten, die durch Unfälle sehr starke körperliche Einschränkungen gehabt haben. Eine ist mir noch ganz heftig in Erinnerung, die Mukoviszidose hatte und die so ungefähr in meinem

Alter war, da hab ich's immer wieder erlebt, dass sie auch verglichen hat, also das war noch so in der Zeit vom Krankenhaus – die dann öfter immer in kürzeren Abständen wieder kam und die dann auch sehr oft verglichen hat: Also ich jetzt doch eigentlich auch genauso alt wie Du und ich bin schwer krank und du bist jung und äh ... also das denk' ich ist manchmal dann schon noch ein Stück weit einfach belastend gewesen für beide Teile. Ich wusste genauso was sie denkt und sie hat's ja immer signalisiert und so gab's auch andere Situationen, wo Leute die über Unfall einfach auch dann Körperfunktionen eingebüßt haben.

2.3 Leichter

Ich denke, manche Dinge werden einfach ein Stück weit mehr zur Routine. Das ist nicht immer. Normalerweise sagt man ja, Routine ist schlecht, aber ich denke, grad in dem Bereich ist es eigentlich zum großen Teil von Vorteil, wenn Pflege – wenn ich einfach weiß, wie gehe ich an 'nen Patient ran, wie bewege ich ihn, wie mache ich diese und jene Dinge. Die - mit zunehmendem Alter, wo man einfach auch inzwischen gelernt hat, ja körperschonendes Arbeiten – was auch immer, was da alles dazugehört – fällt mir schon leichter. Das sind oft so diese Anfänge der Sozialstation. Früher war es oft anstrengender – heute sind die technischen Ausstattungen wesentlich besser geworden. Am Anfang war noch nicht jeder in einem elektrisch verstellbaren Bett zum Beispiel, Lifter waren Ausnahmen, Aquatec® (Badewannenlifter, A. d. V.) war auch nicht unbedingt überall drin, das hat sicherlich damit was zu tun. Aber auf der anderen Seite einfach auch, professioneller an die Arbeit heranzugehen. Viele Dinge fallen da einfach leichter.

2.4 Belastungen

[Seufzer] – Also jetzt ganz speziell, auf der Sozialstation, was mich eigentlich unheimlich belastet, ist dieser Wochenenddienst, diese zwölf Tage dann praktisch am Stück arbeiten, das merke ich mit zunehmendem Alter immer mehr, wie's mir schwerer fällt. Wo ich auch inzwischen ziemlich Schwierigkeiten hab', das ist mit denen Feiertagdiensten, einfach so dieses Umfeld – sind ja inzwischen auch schon einige im vorzeitigen Ruhestand oder so von den Bekannten, die dann eigentlich immer so diese Feiertage was machten. Wie erlebt man sie, was unternimmt man da und dann eigentlich so bei uns jetzt grad' zu Weihnachten oder Neujahr, keine Ahnung, wer arbeitet an Ostern, wer an Pfingsten. Das ist was, wo ich einfach merk', das geht nimmer so leicht und selbstverständlich wie früher. Das gehört natürlich ein Stück weit zum Beruf dazu, logisch, ne. Aber da denk ich mir manchmal, also in diesem Rhythmus dann für die Älteren, einfach ein Stück weit mehr Erleichterung reinzubringen, wobei bei uns auf Station das ja schon so ist, dass der Chef viele sucht, die vor allem Wochenenddienste machen, Spätdienste machen und dort einfach auch ein Stück weit Entlastung hinzukriegen, ja, aber ich denk, ja, ab und zu machen muss man's einfach. Und diese zwölf Tage, das ist eigentlich das, was mich im Moment am meisten belastet dann. Ich merke dann, in der zweiten Woche, ab Mittwoch, will man eigentlich nix mehr, also hören und sehen. *Und so in der Arbeit selbst – gibt's da Sachen, wo Sie sagen, da wird's immer problematischer?* Da kommt so diese ganz Bürokratie ein Stück weit dazu. Diese Neuerungen. Wobei es nicht mal die Neuerungen an sich sind, sondern auch dieses so schnell wieder überholt sein. Ob das jetzt Wundprotokolle sind oder ob das Pflegedokumentationen oder so was sind – dann dieser schnelle Wechsel auch von Systemen wird dann – ja, man hat grad' was ausgearbeitet und sich eigentlich damit angefreundet, dann wird's schon wieder umgestellt. Teilweise auch, also so bei den Wunddokumentationen erleb ich's so. Ne Genauigkeit, mit denen die andere

Seite, also jetzt so die Verwaltung von Krankenkassen nicht wirklich was anfangen kann, das unterstelle ich denen jetzt einfach mal. Das sind Leute, die einen Büroberuf erlernt haben und die nicht viel damit anfangen können, wenn man ihnen 'ne Wunddokumentation und so was schickt. Also das sind so Geschichten, die wo ich sagen muss, das fällt mir zunehmend schwerer, da dann mich dann auch wirklich wieder reinzuar... [beiten, JC] oder ja ich merk's auch an mir selber, dass ich mich manchmal auch ein Stück dagegen wehre. Ich denke, jetzt kniest Du Dich rein und dann - ja man hat ja dann auch nicht immer einen Patienten wo man's anwenden kann und dann hat man's irgendwann und dann kommt schon wieder die nächste Neuerung, dann siehst das schon wieder anders aus. Also das sind Sachen, die zunehmend schwerer fallen.

2.5 Entlastungen

Ich denk - also so so einesteils ja klar, zu sagen, so wie man das Wochenende vielleicht anders gestaltet könnte, anders verteilen könnte an der Stelle, in dem Bereich von Pflegedokumentation und so was dachte ich mir schon öfter mal ob's nicht Sinn machen würde da jemand auch ganz speziell zu qualifizieren und zu sagen, man ist schon in den Prozess eingebunden, aber da ist dann nochmal irgendjemand außen der einfach da drauf kuckt, das mitmacht. Dafür könnt ich's mir ganz gut vorstellen, dass man solche Visite praktisch machen könnte, dass man sagt, da ist irgendjemand da, der kommt regelmäßig mit Dir zum Patient, kuckt sich's an, dokumentiert's dann nochmal, ja und ja auch so diese Erfolge. Ja oft ist das ja auch so, wenn man solche Menschen kontinuierlich immer betreut, fallen einem Veränderungen oft wesentlich später auf, wie wenn irgendjemand alle paar Wochen mal dazukommt und sich das dann ankuckt. Ja also, das sind so Dinge, die ich denke, die könnten ein Stück weit entlasten [tiefer Seufzer] und sonst ist Pflege so wie sie ist. *Um diesen Gedanken aufzugreifen: Ein Kollege begleitet den Einsatz in einer Art Visite und übernimmt dabei die administrativen Tätigkeiten. Könnte das auch ein älterer Kollege übernehmen? Das ganz bestimmt auch, ja. Wäre er dazu sogar gerade prädestiniert aufgrund seiner großen Berufserfahrung?* Er hat 'ne bessere Berufserfahrung wie andere - ja, denke auch - ja, fachlich auch, kann er auch mehr, ja, das ist so 'ne Geschichte. Oder ich denke bei uns auch oft, in der ambulanten Pflege, äh - diese Kontrollbesuche. Wir haben ja relativ viele Kontrollbesuche, die die Pflegedienstleitung ja immer wieder mitmacht. *Vom MDK?* Nein, Kontrollbesuche für die Pflegestufe, ja. Also die Leute, die ja Pflegegeld bekommen, aber keine Dienste in Anspruch nehmen, müssen ja in regelmäßigen Abständen besucht werden. Das macht bei uns Pflegedienstleitung mit. Da hatten wir auch schon öfter drüber diskutiert: Würde es sich rechnen, dass man sagt, irgendjemand von den älteren Kollegen übernimmt das, anstatt das er ein bestimmtes Patientenkontingent hat, das er versorgt, oder vielleicht dafür etwas weniger macht und dafür mehr Kontrollbesuche oder sowas macht. Ist natürlich immer so 'ne Frage, wer hat Verantwortung, wer zeichnet letztendlich dann dafür. In der ambulanten Pflege könnte ich mir sowas zum Beispiel noch recht gut vorstellen.

2.6 Spezifische Angebote

Eigentlich nicht. *Könnten Sie sich denn welche vorstellen?* -- -- -- Die Stadt richtet ja jetzt diesen Fachdienst ein, in dem man sagt, man kuckt einfach mal bei den Menschen, die Leistungen dann auch noch über die Stadt beziehen für ihre Pflege, in wie weit oder was für Strukturen braucht der und wo, um gut untergebracht zu sein. Es geht natürlich ein ganzes Stück weit um Ambulanz, ja, was kann man ambulant für diese Menschen noch machen, um sie zu Hause zu stützen. Solche Sachen denke ich, wäre für ältere Mitarbei-

ter 'n recht interessante Geschichte. *Als Berater? Als Berater, ja. Verstehe ich Sie richtig, es dabei gerade nicht um Pflege, sondern um alles andere?* Beratung, ja, um zu sagen, ist da noch eine Versorgung zu Hause gewährleistet, wie kann man die gewährleisten, braucht es eine Heimunterbringung oder andere ambulante Angebote wie betreutes Wohnen oder ähnliches. Da passiert ja im Moment grad ganz furchtbar viel in der Gesellschaft. Das wäre für Ältere, die lange in der Pflege sind, sicherlich eine Chance, da noch mit am Patienten zu sein, mit in der Betreuung drin zu sein. Mir geht's darum, sie aus dem Wochenenddienst rauszunehmen. Ideal wäre es natürlich, wenn man innerhalb von der Pflege bleibt, wenn man sagt, dass man die Leute ab einem bestimmten Alter versucht ganz zusammen aus dem Wochenend- und Feiertagsdiensten rauszunehmen. Wie realistisch das ist, weiß ich nicht; eine Fünf-Tage-Woche hinzukriegen, in den Krankenhäusern klappt das inzwischen, glaube ich und in den Pflegeheimen, wenn man am Wochenende arbeitet, dass man dann in der Folgeweche zwei Tage frei hat. Wobei die andere Geschichte ist, dann sind alle anderen zur Arbeit, ob's dann einem wirklich was bringt, vom gesellschaftlichen Nutzen her, ist natürlich noch mal eine andere Frage. *Ich möchte noch mal auf die Beratertätigkeit zurückkommen, die Sie erwähnt haben. Ist das ein Projekt, das die Stadt gerade aufgelegt hat? Ja. Und wie wird das finanziert?* Aus dem Sozialhaushalt. (Die Interviewte ist Stadträtin, A. d. V., und berichtet weiter über die Motivation der Stadt für dieses Projekt, zum Thema nicht relevant). So kommt es auch vor, dass Bewohner aus Heimen wieder nach Hause gehen und dort mit Unterstützung der Sozialstation zurechtkommen. Ich denke, in diesem Rahmen gibt's einen riesenbedarf an Beratung in Zukunft, wo man grad ältere, erfahrende Pflegekräfte eigentlich gut brauchen könnte, um Situationen besser einzuschätzen. *Es gibt sehr viele ambulante Pflegedienste mit älteren MitarbeiterInnen in der Stadt, aber nicht alle können dort als BeraterInnen tätig werden. Man wird nicht hunderte von Beratern brauchen. Haben Sie noch andere Ideen für den Einsatz älterer MitarbeiterInnen in den ambulanten Bereichen – und wie man dieses Wissenspotenzial nutzen könnte?* Das ist auch immer eine Finanzierungsfrage. Wenn man sich die Pflegelandschaft im Moment mal so anguckt, wird der Bedarf an 24-Stunden Betreuung immer größer und wird zu einem ganz großen Teil mit osteuropäischen Kräften abgedeckt, das ist nicht nur bei uns so, sondern scheint weltweit in der Diskussion zu sein. Ich könnte mir ganz gut vorstellen, dass man so eine 24-Stunden Betreuung hinkriegen könnte mit drei Leuten, die sich abwechseln in Schichten von drei mal acht Stunden. Da ist unter Umständen für irgendjemanden – also wenn ich jetzt fest bei einem Patienten bin und mich nur um diesen kümmerge, kann ich mir vorstellen, kann es für ältere Pflegekräfte eigentlich auch was sein, was ein Stück weit entlastet oder, ich hab's manchmal mitgekriegt, wenn Leute sich das zuhause organisieren, das man dann sagt, man macht das immer so wochenweise und hat dann mal wieder 'ne Woche frei oder so was, das könnte ich mir für Ältere ein Stück weit entlastend recht gut vorstellen. *Wären da in diesem Nachtdienst auch Phasen, wo man schlafen könnte?* Demente, die nachtaktiv sind, sind noch nicht in der Überzahl. Also bei einem Patienten erleben wir grade eine Nacht, wo sie sehr unruhig ist, aber dann erleben wir auch wieder vier Nächte, wo sie am Stück schläft. Ich denk, wenn man weiß, es ist nur für eine Woche, dann ist es wieder eine andere Perspektive, wie wenn das dann ständig ist.

2.7 Beschäftigung sinnvoll

Ich denke, es ist auf jeden Fall sinnvoll. Ich habe schon vorher an sehr vielen Stellen gesagt, die Älteren sind ein Stück weit ruhiger, sie sind ausgeglichener, sie haben größeres Wissen, sie sind ein Stück weit einfach auch an der Lebenswelt der Patienten näher dran – sie haben oft eine größere Toleranz, größeres Verständnis – klar, es ist auf jeden Fall

sinnvoll und ich denk in Zukunft wird es so wie so darauf hinauslaufen, dass Ältere noch wesentlich länger in diesem Beruf drin – wobei ich muss ehrlich sagen, von der körperlichen Belastung her kann ich es mir im Moment absolut nicht vorstellen, aber wenn man sich die demografische Entwicklung ankuckt, dann denk ich, wird so wie so kein Weg daran vorbeiführen. *Wie könnten die körperlichen Belastungen denn reduziert werden?* Technische Hilfsmittel – also ich denke einfach es müssten größere Erholungsphasen da zwischen drin sein, also entweder dass man Tagesarbeitszeit dann wirklich ein Stück weit reduziert, oder sagt, Urlaub wird noch mal ein Stück für Ältere ausgedehnt an dieser Stelle, damit man das körperlich – klar, technische Hilfsmittel, das auf jeden Fall. Auch bei der Ausbildung der Jüngeren von Anfang an immer wieder darauf hinweisen, wie wichtig eigentlich eine körperschonende Arbeit ist. Mir fällt immer wieder auf, wenn ich am Wochenende unterwegs bin bei Patienten, wo ich selten dort bin, dass die immer sehr irritiert sind, wenn ich mir zum Beispiel einen Stuhl nehme und mich hinsetze, wenn ich Beine wickele oder Strümpfe anziehe oder so was, ja, und ich dann immer wieder erklären muss, das hat nichts mit Faulheit zu tun, sondern hat einfach was damit zu tun, dass das mein Rücken besser aushält und junge Kolleginnen und Kollegen machen das relativ selten. *Könnten Sie sich vorstellen, dass es eine Akzeptanz gäbe, wenn der Reduzierung der Arbeit auch eine Reduzierung des Einkommens resultieren würde (als Gegenfinanzierung)?* Denke ich in dem Alter schon, weil das ist immer so die Diskussion, eigentlich braucht man das Geld wenn man noch jung ist, ja, wenn man noch Familie hat, wenn man Kinder hat. Aber wenn die dann, wenn Kinder dann mit der Ausbildung fertig sind, wenn man wirtschaftlich dann an einem Endpunkt angekommen ist, wo es nicht mehr darum geht, ein neues Auto anzuschaffen, oder ein Haus zu kaufen oder so was, dann kommt man auch mit weniger Geld hin. Wobei ich seit Jahren die Idee von Lebensarbeitszeitkonten habe. Also, wenn ich bei uns gucke, wie oft wir, wenn eine Kollegin ausfällt oder so, Überstunden machen, dass man diese Zeit einfach auch ansammeln kann und dann irgendwann, wenn man 60 ist, oder über 60, zu sagen, dann arbeitet man von dieser Zeit, die man da irgendwo angespart hat, dann einfach ein Stück weit ab und sagt, über diesen Ausgleich, dann denk ich, wird's oftmals nicht so wahnsinnig viel teurer werden oder wird letztendlich auch am Lohn nicht ganz so viel wegnehmen. Wo man dann einfach sagen kann, es gibt Zeiten, da sind wir jung, da kriegen wir das besser hin, da können wir etwas mehr ranklotzen und es gibt dann Zeiten, da können wir dann von dem zehren, was wir da angespart haben (Kleiner „Gender-Exkurs“).

2.8 Zusammenarbeit

Also ich erlebe die Zusammenarbeit mit jüngeren KollegInnen, wenn man dazu auch die SchülerInnen zählen darf, schon als sehr fruchtbar. In der Regel ist das Wissen, das man weitergeben kann, für die eigentlich schon auch immer sehr wichtig. Ich erlebe auch Dankbarkeit für die Tipps und Erfahrungen. Zu älteren KollegInnen, besonders dicht vor dieser Pensionierungsgrenze sind, dass es da manchmal ein bisschen problematisch wird – ich denk einfach, die sind ausgepowert. Da merkt man manchmal einfach, eigentlich geht's über die Kräfte von den Kolleginnen, das noch zu bringen, was sie jetzt einfach bringen müssen und ich erleb's dann andererseits auch so, wenn sie in der Altersteilzeit waren, kommen sie oft mal wieder zurück und arbeiten auf dieser 400 Euro Basis. Nach einem zeitlichen Abstand machen sie das mit sehr viel Spaß und Engagement – einfach wenn man da längere Zeit Regenerierungsphase dazwischen hat, dass es dann wieder Spaß machen kann. Aber in der Zeit, wenn man jeden Tag da sein und mit raus muss, merkt man, wie sehr das zum Schluss für sie seelisch und körperlich belastend ist und man überlegt sich selber, wie geht's dann mir irgendwann und denkt dann, hoffent-

lich sagt dann jemand was zu dir „pass mal auf, das war jetzt grad nicht so wahnsinnig gut“. Ich denke, man kann nur daraus lernen, wenn jemand einen auf etwas aufmerksam macht.

2.9 Weitere Aspekte

Was bei uns vielleicht noch mal ein Thema ist ist „Sterben“. Ich denke, je jünger man ist, je weiter ist das Thema von einem weg, bzw. je älter man ist, umso eher setzt man sich doch damit auseinander. Und klar, dieses Thema, wie geht es mir eigentlich, wenn ich alt und pflegebedürftig werde. Vieles was ich heute tue, sehe ich schon auch unter dem Blickwinkel, wie würde ich das mal gerne haben, wenn ich in diese Situation reinkomme. Wie wünsch ich's mir für mich. Teilweise denke ich ist's für die Patienten von Vorteil, wenn man selbst an dieser Frage ist – andererseits ist es schon ein Stück weit belastender für einen selber, wenn man nicht nur über irgendwelche Eventualitäten diskutiert, sondern man weiß schon -- . Man kriegt einen anderen Blick für die eigene Wohnsituation. Zukunftsperspektiven sind oft auch damit verknüpft, wenn man beruflich erlebt. In Diskussionen draußen im Freundes- und Bekanntenkreis stößt man immer noch auf Unverständnis. (Bestätigung, dass auch jüngere MitarbeiterInnen zur Thematik befragt werden sollten).

3. Interview, AP

War in einem Universitätsklinikum 8 Jahre als Krankenschwester tätig, zuletzt dann als Teilzeit im Nachtdienst. Seit 15 Jahren jetzt im AP.

3.1 Positive Effekte

Die Berufserfahrung ganz einfach. Wenn man älter ist, dann hat man eine Reife und hat für ältere (PatientInnen, JC) eher Verständnis. *Wie kommt das?* Ich denk einfach durch die Reife, oder man ist geduldiger. *Wo wirkt sich das denn aus, konkret?* Man ist einfach ruhiger, nicht so nervös, gelassener. *Bei welchen Tätigkeiten ist das wichtig?* In der Pflege überhaupt. Grad wenn man demente Leut hat, find ich es ganz wichtig, dass, wenn man dann für manche Leut nervös wirkt, geht der Schuss grad nach hinten los.

Sind Sie nicht auch in einem besonderen Zeitdruck durch den Finanzierungshintergrund im ambulanten Pflegedienst?

Also ich empfinde es für jetzt mich zumindest nicht so. Es gibt immer Leute, die länger brauchen, aber ich hab ja dafür auch immer Leute, wo's flotter geht. Weil sie einfach noch vital sind, die laufen zügiger, als wenn halt einfach jemand nicht schneller laufen kann, wie er kann, dann nützt es auch nichts, wenn ich da jetzt trivellier. Vielleicht wird man auch ein Stück weit besser angenommen, von den Älteren grad. Vielleicht hat der ein oder andere auch ein Problem damit, wenn da ganz Junge (Pfleger, Anm. JC) sind. Für die ganz Jungen (KollegInnen, Anm. JC) ist das nicht so befriedigend wie in der Klinik – da gibt es immer wieder neue Untersuchungen, da sind wir nicht mehr so auf dem neusten Stand. Es sind nicht alle so, aber wie soll ich es ausdrücken, die brauchen noch mehr ein bisschen dieses Adrenalin.

3.2 Vorteile

Ja, man wird gut akzeptiert. *Von wem?* Von den Angehörigen. Gut, man ist noch viel mehr eingebunden als in der Klinik mit Angehörigen, ne. Man gibt denen dann auch, denk ich, ein Stück weit Sicherheit – den Angehörigen wie den Patienten.

3.3 Leichter

Leichter? *L e i c h t e r* (lauter, Anm. JC) ? – Wie gesagt, eher das Psychische. Man wird ja selber auch älter, ja, und dann mit dem Alter vielleicht ein bisschen anders umgeht, ja. Man weiß, es einem vielleicht auch mal so, ne, dann will ich auch, dass derjenige mit Dir nitt normal spricht und Dich jetzt nitt behandelt wie ein kleines Kind und Dich respektiert so wie Du bist. *Machen das Jüngere eher?* Also gut, ich hab grad nitt viele Schüler, ne. Also mir ist das bis jetzt noch nicht aufgefallen. Ich denke das war vielleicht mal eher früher so, dass halt mal jemand Oma gesagt hat oder so. Ein Unding, das geht ja nicht.

3.4 Belastungen

Manchmal, wenn man so psychische Sachen hat. Wenn man psychisch Kranke hat.

3.5 Entlastungen

Ja gut, das körperliche – viele werden immer schwerer, da nützen manchmal die Hilfsmittel auch nicht soo viel, wenn man dann so einen schweren Mann hochheben müssen, da gibt's keine Hilfsmittel, ne. Na gut, man probiert halt schon die Möglichkeiten, wo man hat, auszuschöpfen. *Was haben Sie da für Möglichkeiten?* Lifter, also wenn machbar ist Lifter, Rutschbrett, diese Drehteller oder man erkundigt sich, was ist machbar oder was gibt's überhaupt. Da tut sich ja auch einiges, was man nicht unbedingt weiß, ne. Man ist nicht zu zweit, wie in der Klinik – aber das hat sich da ja auch geändert. *Und von der Arbeitsorganisation her, könnten Sie sich vorstellen 100% zu arbeiten?* Aus familiären Gründen nicht und ich müsste dann ein zweites Wochenende machen, dazu bin ich nicht bereit, außer, wenn jetzt mal jemand krank ist.

3.6 Angebote

Nein.

3.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja, ich wüsste jetzt nichts, was dagegen spricht. Vielleicht wegen körperliche – äh. Also gut, wir sind jetzt ein relativ altes (sehr leise, Anm. JC) Team, ja, so ab 59 geboren, 60er, 61er das ist das Gros, wir haben glaube eine Person, zwei, wo jünger sind. *Unter welchen Bedingungen können Sie sich das vorstellen?* Wir sind wie gesagt ein relativ altes Team und haben keinen so hohen Krankenstand. Und ich denke, das ist auch von Team abhängig. Wir sind ein tolles Team. Das Team denke ich, spielt eine sehr große Rolle. *Was bedeutet „toll“ – was heißt das für Sie?* Ja, äh – wie verstehen uns alle gut, ja man kann wie gesagt mit jeden reden. Ja, auch wenn man mal was nicht so in Ordnung findet, da sagt man dann, was weiß ich, da und da, Du das fand ich jetzt nicht in Ordnung, oder ruft an und dann wird das besprochen und dann ist das ok. Wenn die Atmosphäre nicht

so gut ist, gibt es eben einen hohen Krankenstand und die Leute sind eher bereit zu Hause zu bleiben.

3.8 Zusammenarbeit

Die ist gleichbleibend gut. Wir haben beispielsweise eine Kollegin, die hat so Wundmanagement gemacht. Das war kein Thema, zu sagen, wir haben eine neue Patientin, mit dem Verband, kuck Dir das doch mal an. Dann verabredet man sich und dann kuckt sie sich das an und macht ihre Vorschläge und derjenige vermittelt das dann. *Und die Zusammenarbeit mit „Alt“ und „Alt“? (Lacht, Anm. JC) Für mich ist das kein Unterschied. Der demografische Wandel ist bei Ihnen offenbar problemlos? Wir haben auch Schüler, die sagen – und das ist auch wirklich so – es ist toll hier zu arbeiten, weil das ein tolles Team ist, ja und dann spielt Alter keine Rolle. Ich sag auch immer zu den Schülern, wenn Ihr ne Idee habt, ich bin ja nimmer in der Klinik, sagt's und dann kann man darüber reden und dann kann man was ändern. Es muss ja nicht immer so sein, weil ich das so sag. Man ist um jede Idee froh. Können Sie sich vorstellen noch bis 67 zu arbeiten? Ich für mich kann mir das nicht vorstellen, einfach auch durch diese körperliche Arbeit. Es gibt bald keine Kollegin, die nichts hat, an ihrem Rücken oder körperliche Leiden. Jeder kuckt halt, dass er seinen Sport macht und Krankengymnastik. Was halt so machbar ist. Rückenschule und – . Wird das gefördert vom Arbeitgeber? Ist mir nicht bekannt. Was könnte man denn für Bedingungen schaffen, dass dort auch noch Leute mit 60 oder 63 arbeiten?*

Man muss halt gucken, die Muskulatur – wir machen auch grad sehr viel mit diesem Rundrücken, dass Du halt sehr viel für Deinen Rücken machst, ja und der Arbeitgeber – ja Rückenschulen – das wird ja alles durch die Krankenkassen überwiegend übernommen. Ich reich das einmal im Jahr ein und dann kriech ich immer mei 70 oder 80 Euro, ne, von der Krankenkasse.

Könnten Sie sich in der Organisation noch Veränderungen vorstellen, z.B. in Richtung ältere MitarbeiterInnen als Mentoren o.ä.?

Ja, könnte ich mir auch vorstellen. Ja und eben auch Wundmanagement und so. *Wäre das für ältere MitarbeiterInnen geeignet?*

Ja gut, da ist das mit den Augen. Da muss man ja gut gucken – aber ja, das könnte ich mir gut vorstellen.

3.9 Weitere Aspekte

Wäre es sinnvoll, auch jüngere KollegInnen zu diesem Thema zu befragen, was glauben Sie? Jüngere haben nach der Ausbildung eine ungewisse Zukunft. Es werden in der Regel nur noch befristete Arbeitsverträge angeboten. Manche gehen nach Österreich, in die Schweiz. Ich sach: Mach des, bevor Du auf der Straße sitzt. Wenn Du 5 Jahre auf der Straße sitzt, hast Du ja keine Berufserfahrung. Ich sach halt, macht das nur, Österreich oder die Schweiz oder Norwegen, da kann man Berufserfahrung sammeln. Für uns ist das schlecht, wenn wir älter werden, wer versorgt dann uns? (Kurzer Exkurs wieder zur Situation befristeter Arbeitsverträge). Manche der Jüngeren sind mit Leib und Seele dabei, aber es ist dann halt schwierig. Es ist schade darum. Weitere Aspekte zum Thema, fehlt Ihnen da noch etwas? Was ich halt manchmal denk, wie gesagt, auch diese Prävention, diese körperliche – ja, wird ja eigentlich nicht vom Arbeitgeber gefördert, ne. Ich weiß nicht, ob es da Möglichkeiten gäbe, etwas zu fördern oder - . Denken Sie da nur an den Rücken oder haben Sie noch andere Präventionen im Auge? Es muss nicht nur der Rücken sein, es geht ja auch um die Kondition, Herz-Kreislauf. Man muss ja auch immer

so viele Treppen laufen. In einem gewissen Alter sehe ich das als Jogging, da ist Fitness, ja – ob ich das noch in 10 Jahr so mach – also ich weiß nicht. Ich hoff's mal – ja. Wenn Du dann mehr Gewicht hast – Du musst ja auch in den 5. Stock laufen. Wenn Du ein paar Leute hast, die da oben wohnen, weiß man, was man getan hat. Da hat man noch nicht körperlich gearbeitet (lacht, Anm. JC).

4. Interview, KH

Die Interviewpartnerin ist seit vielen Jahren Stationsleitung.

4.1 Positive Effekte

Also die Erfahrung ist mir sehr wichtig, die Ausdauer, die Belastbarkeit. *Gerade bei der Belastbarkeit wird häufig genannt, dass die Älteren da gerade anfällig sind.* Also in gewissen Situationen erlebe ich es, dass die Älteren, also zwischen 40 und 50, belastbarer sind als die Jungen. Das erlebe ich tagein, tagaus. *Erfahrung wird auch immer wieder genannt. Wie wirkt sich das aus?* Im Umgang mit Patienten, im Umgang mit Angehörigen und Überhaupt im Umgang. Die Mitarbeiter sind längst nicht so impulsiv, sie sind höflicher im Umgang. Ich sag's mal: sie haben 'ne andere Schule genossen. Ne andere Zeit. *Hat das was mit Werten zu tun?* Wertschätzung auf jeden Fall; werteorientiert, was bei der Jugend im Moment so ein bissl wegbricht.

4.2 Vorteile

Würd' ich nicht mit ja und nicht mit nein beantworten. Oder eher nein – ich muss jetzt mal überlegen - mir bringt's keine Vorteile. Mir bringt's vielleicht Vorteile, dass ich durch die Leitungsfunktion jetzt nicht mehr so viel körperlich arbeiten muss, sondern nur dann, wenn ich im Team mitarbeiten muss. Aber das muss ich Gott-sei-Dank nicht jeden Tag. Aber ansonsten würd' ich das nicht sagen.

4.3 Leichter

– – nein, schwerer. Leichter, was fällt mir leichter (leise, Anm. JC). – –. *Man könnte ja annehmen, was Sie vorhin gesagt haben, der Umgang mit Stress, Belastungssituationen, vielleicht im Umgang mit Mitarbeitern?*

Fällt mir nicht leichter, fällt mir schwerer – –.

4.4 Belastungen

Mich belasten besonders diese Konflikte, die zwischen Jung und Alt ausgetragen werden müssen und ausgetragen werden. Oft nonverbal, oft verbal oder überhaupt nicht, oder wirklich unterschwellig, das belastet mich kolossal. *Unter Kollegen?* Ja, unter Kollegen. Dass einfach, der jüngere Mensch nimmt ungern vom älteren Mensch was an und – – der ältere Mensch hat Angst vor Repressalien. *Können Sie dazu mal ein Beispiel nennen?* Ja, wir hatten heute beispielsweise die Situation gehabt: Eine Kollegin hat nicht den Mut besessen zu sagen, dass sie in eine Anschlussheilbehandlung bzw. in eine Kur geht. Sie hat das quasi mir schriftlich mitgeteilt, nachdem der Termin schon stand und alles schon quasi gegessen war. Ich habe sie dann gezielt darauf angesprochen und sie hat

gesagt, dass sie das bewusst zurückgehalten hat, weil sie Angst vor Repressalien hat. Da war ich im ersten Moment geschockt. Sie hat gesagt, sie weiß, dass sie so wie so Schuld an allem ist und da hab ich gesagt, das stimmt nicht, es muss sich jeder an der Nase fassen. Aber ich denke, ich erleb's bei ihr, ich erleb's beim Kollegen, bei einem älteren, der nicht so einsatzfähig ist.

4.5 Entlastungen

Ja. Haben wir ja schon. Bei der direkten Pflege, zum Beispiel die Hilfsmittel, die die Berufsgenossenschaft vorgibt, die Fortbildungen, die wir dazu besucht haben, dass man Lagerungshilfsmittel benutzt und nicht nur die körperliche Kraft anwendet. Was uns sehr hilft, ist dieser Patientenbegleitedienst, dass diese enorme Belastung der Bettenfahrerei reduziert wird. – – . Ein hoher Personalschlüssel, um eben die Zimmer- oder Bereichspflege durchführen zu können, dass eben die Belastbarkeit 10, 15 Patienten maximal und nicht 29 beträgt. *Und von der Arbeitsorganisation?* Wir überprüfen und überarbeiten gerade die Arbeitsabläufe, ich denke wir machen noch ein bissl zu viel. *Wer macht zu viel, die Älteren?* Ja, die Älteren machen mehr, würde ich schon meinen.

4.6 Angebote

Früher (bis vor ca. 10 Jahren) gab's das mal, dass die Mitarbeiter, wenn sie ein gewisses Alter hatten, da eingesetzt wurden, wo sie körperlich weniger gefordert wurden. *Was waren das für Bereiche?* Säuglingszimmer, Entbindungsstation. Damals war die Zentralsterilisation noch nicht so arbeitsintensiv, weil man noch nicht so viele OPs zu fahren hatte, so dass man sie dahin hatte, dass man sie in den „Feierabend“ hatte, hier im Mutterhaus (Pflegestation für alte, pflegebedürftige Diakonissen, in Betrieb bis etwa 2007, Anm. JC). Da waren 8 oder 9 Bewohner, da sind etliche von uns, von den Älteren, hin abgewandert. *Mit einem deutlich besseren Personalschlüssel als auf den Normalstationen?* Auf jeden Fall.

Und warum macht man das heute nicht mehr? Weil, Zentralsterilisation fällt weg, die Arbeitsbelastung ist dort heute enorm hoch, die arbeiten dort auch im 3 Schichtbetrieb, glaube ich, auch die Geriatrie kommt nicht in Frage, die bleiben auch nicht von körperlicher Arbeit verschont und die Entbindung fällt gänzlich weg. Also die Möglichkeiten gab's und die hat man den Mitarbeitern auch angeboten und das Mutterhaus fällt jetzt auch weg (die Feierabendstation, Anm. JC).

4.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja – – . *Und was müsste man dazu tun? Wir haben uns ja bereits darüber unterhalten, dass „Schonarbeitsplätze“ weggefallen sind. Was könnte man Ihrer Meinung nach machen?* Plätze schaffen, wo der ältere Mensch nicht so körperlich arbeiten muss, also schon geistig, aber nicht körperlich. Weil, das Körperliche ist das, was belastet. Oder man müsste zusätzliche Einrichtungen schaffen, wie so ein „Pflegehotel“ (lacht, Anm. JC) oder Service. Ähnlich wie die „Grünen Damen“, das wäre wertschätzend, z.B. im Aufwachraum sitzen. Aber das können wir uns nicht leisten. *Aufgrund der demografischen Entwicklung innerhalb der Belegschaft werden wir in 10-15 Jahren viele MitarbeiterInnen haben, die 50 und älter sind. Und dann sind Sie möglicherweise auch noch (oh Gott!) am arbeiten.* Ja, wenn ich fit bleib, warum nicht. *Sie sind jetzt in einer Leitungsfunktion, wenn Sie in der Pflege am „Bett“ wären, sähe das vielleicht anders aus.* Das muss ich bejahen. Ich habe neulich 4 Nächte gemacht, davon waren 3 Nächte ohne Beiwache. Ich musste

die ganze Lagerarbeiten (= Lagerung von PatientInnen, Anm. JC) alleine machen. Das war schon heftig. Ich hab mit meinem Bauch ganz schön Probleme gehabt (die Interviewpartnerin ist übergewichtig, Anm. JC), der Rücken ging, trotz Lagerhilfsmittel. Boah hab ich gedacht, mein lieber Mann, da sieht man mal wieder von der anderen Seite was die im Grund auch leisten nachts, dass man's das einfach ein bisschen mehr wertschätzt und anerkennt. *Ist das also nochmal ein besonders kritischer Schwerpunkt, der Schichtdienst und speziell der Nachtdienst, für ältere Mitarbeiter?* Ja. Wobei ich da ganz weg davon bin. Ich habe in den letzten Jahren die Mitarbeiter ab 50 aus Kulanzgründen gar nicht mehr in den Nachtdienst rein – es gibt auch diesbezüglich Empfehlungen der Berufsgenossenschaft. Wobei, ich glaube es gibt keinen Rechtsanspruch dazu - selbst die Jungen sagen mir, ich hab ein Privatleben; und ich krieg dann unterschwellig hingedrückt, wenn ich jemanden übers Wochenende in den Nachtdienst geb – ja, wie will ich's machen, der Betrieb muss laufen. Also ich denke, mit 50 wird es schwieriger und ich hab mich entschlossen, die Älteren höchstens mit einem Nachtdienst zu planen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung im Kollegium werden wir künftig zunehmend ältere Mitarbeiter beschäftigen, die weder alle Leitungs-, Beratungs- oder administrative Funktionen wahrnehmen können. Haben Sie eine Idee, wo hier Einsatzmöglichkeiten wären? Es wäre wichtig, einen ausreichenden Personalschlüssel zu haben, damit der Kollege nie alleine ist, dass der Kollege immer einen jüngeren zur Seite hat und dass die Arbeit dann gleichmäßiger verteilt wird. *Muss diese jüngere Kollegin dann immer auch die Qualifikation Gesundheits- und Krankenpflegerin haben?* Nein. Das kann eine niedrigqualifizierte – das kann – ja, einfach eine Hilfestellung. Also ich denke, ich weiß schon, worauf's hinausläuft, also ich denke man kann auf Schwesternhelferinnen zurückgreifen, Krankenpflegehelferinnen, also, das muss nicht sein. Ich denke, das können wir uns auch nicht leisten. Wenn es eine eingearbeitete Kraft ist, dann geht es mit vier Händen einfach leichter als mit zwei. Das ist das A und O.

4.8 Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen Jung und Alt ist sehr unterschiedlich. Hängt sehr von der Sympathie ab. Ich weiß genau, wer mit wem kann und versuche das auch so zu planen, dann läuft's auch ganz gut und wenn's mir nicht gelingt, dann läuft's schlecht. *Wie ist die Zusammenarbeit „Alt“ mit „Alt“?*

Geht gut, geht vielleicht ein bisschen langsamer, aber es geht, es geht gut.

Aus den ambulanten Pflegediensten wurde berichtet, dass es neben dem Wissenstransfer der Erfahrung von „Alt“ nach „Jung“ auch einen Wissenstransfer von „Jung“ nach „Alt“ gibt, z.B. in Zusammenhang mit der Computertechnologie – wie ist das bei Ihnen?

Genau. Man muss es dann aber auch annehmen. Ich habe hier auch ein paar Computerfreaks und die bringen Ihnen schon noch ein paar Tricks bei und die sind auch halt schnell. Für mich war es immer sehr wichtig, ich wollt ja dann auch aus der Pflege raus, nachdem die Computertechnik eingezogen ist, weil ich gedacht habe, ich kann's nicht von den Augen her und von den Fingern, aber es geht und ich muss sagen, ich bin froh, dass ich es nicht gemacht habe. Ich bin auch gerne bereit von meinen Computerfreaks Tricks anzunehmen und ich freue mich auch immer darüber. Die geben die Apotheke (Bestellungen, Anm. JC) in 10 Minuten ein und ich brauche halt 20 Minuten. In dem Bereich haben wir ein paar Versierte und da kann man nur lernen.

4.9 Weitere Aspekte

– – . Wichtig ist, dass man sich austauschen kann, dass man im Dialog bleibt im Team und auf höherer Ebene, mit Vorgesetzten. Es ist so, ich fühle mich oft als Leitung so ein bisschen außen vor. Ich hab über 10 Jahre diese Lehre erteilt gekriegt, dass ich distanziert – damals war dieses Team orientiert, war ein bissele, damals gab es halt diese Hierarchien und das wird auch so von den Vorgesetzten gefordert und ich hab mich sehr dann zurückgezogen und ich mach im Grund auch noch – bin – aber jetzt – mitunter sehr einsam (verlegen, Anm. JC) – und, weil im Team, man muss sehr aufpassen, was man sagt, zu wem man was sagt und das ist, denk ich, sehr sehr wichtig für mich jetzt. Und nicht nur für mich, also, weil die Wände haben Ohren, bei uns bleibt oft nichts im Verborgenen, oder man lässt mal irgendwas liegen oder so und dann ist es für mich so unheimlich wichtig ein Ventil zu suchen und da bin ich dann dankbar, dass es halt eben einen Pflegedirektor gibt oder Pflegedienstleitungen, da kann man dann mal Luft rauslassen und dann geht's wieder besser. Das ist mir heute Morgen so gegangen und da bin ich unendlich dankbar. Bei schwierigen Fällen denke ich da an Supervision, ob von ethischen oder religiösen her. Da sind wir im Moment ziemlich verwaist. Die Pfarrerin kommt Gott-sei-Dank immer und kuckt auch nach uns. Für mich ist auch der Austausch immer sehr wichtig, dass man weiß, wenn man zu jemand gehen kann, wo man einfach mal sagen kann, das und das ist so schlecht gelaufen und das und das belastet mich und das kann ich als. Ich hab eine Mitarbeiterin, bei der kann ich es, aber sonst nehme ich mich da ganz zurück und dann muss ich halt gucken, wie ich das dann zuhause verarbeite. Die Jungen gehen miteinander fort, die gehen ein Bier trinken, die gehen auf die Pirsch, aber wir Älteren gehen in die Familien und nehmen es mit nach Hause und da müsste man mal ein bisschen ansetzen. *Wie könnte das aussehen?* Das ein Angebot halt besteht: Gespräche; Fortbildungen haben wir ja genug, was das angeht; Gesprächsrunden. *Wer sollte die Gesprächsrunden initiieren?* Von oben runter – die Geschäftsführung. Die sind unsere Vorgesetzten und die sollten das auch initiieren. *Haben Sie eine konkrete Vorstellung, wie eine Gesprächsrunde aussehen soll, wer sie moderieren soll?* Die Moderation könnte eine Pfarrerin sein, oder jemand von extern, ein Psychologe, aber der ist vielleicht zu teuer. Ich denke, in erster Linie, wenn es jemand vom Haus ist, soll's ein Geistlicher sein. (Exkurs in die „alten Zeiten“).

Sehen Sie in 20 Jahren 60jährige Pflegende im ambulanten Pflegedienst, im Pflegeheim oder im Krankenhaus? Ich denk, es werden einige dort sein, aber nicht mehr so viele. Ich denk, dass es irgendwie ein Wandel geben wird. Für mich gibt es den Wandel und der ist ein bisschen mit Angst verbunden, dass viele aus den östlichen Ländern uns diese Stellen streitig machen beziehungsweise die werden auch kostengünstiger arbeiten. Es wird eine Zeit kommen, wo es weniger examinierte Dreijährige gibt und es wieder zurückgegriffen werden auf Einjährige (KPH, Anm. JC) oder Vier-Wochen-Ausbildungen.

Wäre das aber in Hinblick auf ältere KollegInnen nicht gerade eine günstige Entwicklung, in der sie quasi als Primary Nurses zum Einsatz kommen könnten?

Doch, das würde ich sagen, warum nicht. (Exkurs in die Pflegeausbildung und Berufspolitik).

5. Interview, AP

5.1 Positive Effekte

Lebenserfahrung und die Beziehung zum Patienten, die aus dieser Lebenserfahrung herauskommt. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es älteren Mitarbeitern – ab 35 – leichter fällt, Beziehungen zu Patienten in einer sehr kurzen Zeit herzustellen. Man merkt das dann auch mit jüngeren Leuten, die wir eingestellt haben, die große Probleme hatten in dem Bereich, diesen Bezug zu finden, die sich dann aber, im Laufe der zunehmenden Arbeitsjahre, viel leichter tun. *Kann man das konkretisieren, dass der Zugang zu den Patienten älteren Kollegen leichter fällt – an was macht man das fest?* An der Geschwindigkeit, wie diese Beziehung aufgebaut wird. Das ist dann eine Sache von Minuten, das geht ganz schnell, das ist meistens schon klar beim ersten Besuch, ob das funktioniert oder nicht und – an dem Blick für die Situation. Das Erfassen, nicht nur das Patienten orientierte, sondern mit wachsender Erfahrung, Lebenserfahrung komme ich herein und sehe nicht nur den Patienten, die Wohnung, die Angehörige, das ganze Umfeld, die Nachbarschaft und wenn's dann ganz gut wird, die Integration in die Gemeinde. Das ist die Art, wie er lebt – das schafft am Anfang keiner, aber je älter die Mitarbeiter sind, desto eher gelingt es ihnen. *Was heißt Integration in die Gemeinde?* Wie bewegen sich die Patienten in der Gemeinde, haben sie Kontakte, wie sind sie sozial integriert, was passiert da. Letztlich ist unser Arbeitsauftrag nicht nur den Blutdruck zu messen und die Menschen zu pflegen, sondern auch zu gucken, wie ist er in dieser Gemeinde aufgehoben und ist er sozial nicht isoliert. *Was können Sie diesbezüglich anbieten?* Wir versuchen im Rahmen unserer Möglichkeiten Kontakte zu knüpfen, z.B. eine Telefonkette zu etablieren, dass sich bestimmte Menschen gegenseitig anrufen, die sich vielleicht noch gar nicht kennen. *Sind das Patienten?* Ja, da ist die Frau Maier, die ist alleine und da ist die Frau Müller, die ist alleine und die Frau Schmidt und wir gucken dann mal, dass man die in irgendeiner Form mal miteinander verbindet. Das klappt nicht oft, das muss man auch sagen, aber hin und wieder kriegt man eine Telefonkette zustande und dass man dann plötzlich feststellt, die sogar miteinander Kaffee trinken. Das ist aber ziemlich personalintensiv und es ist dann auch die Frage, wo krieg ich Ehrenamtliche her, die das am Laufen halten – oder ältere Mitarbeiter, die irgendwann ausscheiden, in Altersteilzeit gehen oder reduzieren. (Kurzer Exkurs zu Ehrenamtliche).

5.2 Vorteile

Durch die zunehmende Gelassenheit teilweise, das Veränderung einfach Teil des Ganzen ist und dann werd ich schon ruhiger. Wenn dann eine Kollegin zu mir kommt und sagt, ich möchte nicht mehr 75% arbeiten, ich nur noch für 400 Euro arbeiten, dann rechne ich zusammen. *Sie haben jetzt aus der Position der Einrichtungsleitung gesprochen. Sie sind aber auch noch sehr viel selber in der Pflege tätig. Was bemerken Sie da an sich selber?* Die Leistungsfähigkeit geht zurück, die Geschwindigkeit, von Gedächtnis her, ist auch nicht mehr so leicht. Vor 10 Jahren, Tourenfahren, ich konnte mir noch den ganzen Spätdienst merken. Und dann die körperliche Belastbarkeit. Wenn ich mir vorstelle, ich müsste zwölf Tage am Stück arbeiten, dann würde mir das Knie, das Kreuz, das fängt ganz einfach an weh zu tun, so ab 40 45 aufwärts. *Und die psychische Belastung?* Das ist jetzt schwer für mich zu trennen. Also die psychische Belastung ist für mich als Pflegedienstleitung enorm. Also für mich ist das in der Pflege viel einfacher als in der Pflegedienstleitung. Also, wenn ich mir jetzt meine Kollegen betrachte, die psychisch viel

mehr belastet sind, weniger aushalten und einen größeren Kommunikationsbedarf haben und das wird immer mehr.

Aufgrund einer technischen Störung wurde das nachfolgende Gespräch unmittelbar nach dem Interview aus dem Gedächtnis dokumentiert.

5.3 Leichter

Die Einschätzung komplexer Situationen gelingt schneller.

5.4 Belastungen

Körperliche Dienste, die länger als sieben Stunden gehen. Früher gingen Zwölf-Stundendienste ohne Problem. Die Arbeit am Patienten ist „paradiesisch“, als Pflegedienstleitung extrem belastend.

5.5 Entlastungen

Altersteilzeit. Ich kann mir keine 60jährige in der ambulanten Pflege vorstellen. Aber das Modell der Altersteilzeit ist sehr teuer für's Unternehmen. Die Vorstände sind nur äußerst schwer dazu zu gewinnen, einem Mitarbeiter Altersteilzeit zu gestatten. Ich werde mit 60 eine Imbissbude aufmachen. Die Arbeitsinhalte könnten sich ändern: Mentor, Qualitätsmanagementbeauftragte/r, Wundmanagement, Unterstützung der Ehrenamtlichen. Weniger Arbeitszeit – mit weniger Geld – ist für viele ältere Mitarbeiter gut vorstellbar.

5.6 Angebote

Keine.

5.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja, wenn es eine „gesunde“ Mischung mit jungen Mitarbeitern gibt und eine 5-Tage-Woche. Aktuell ist die 6-Tage-Woche realisiert.

5.8 Zusammenarbeit

Es entstehen Probleme, wenn ältere Mitarbeitern jüngeren weniger zutrauen. Junge Mitarbeiter müssen sich in den älteren Teams – Durchschnittsalter 50 – einsam fühlen.

Haben Sie selbst als Personalverantwortlicher Konzepte für die nächsten 5-10 Jahre, wenn Ihr Team dann ein Durchschnittsalter von 55 60 haben wird? Nein. Jetzt werden vermehrt jüngere Mitarbeiter eingestellt, wenn mal jemand in Rente geht. Nach der gegenwärtigen Situation werden in 10 Jahren Mitarbeiter zwischen 40 und 55 komplett fehlen. Das wurde so noch nicht gesehen, also keine gezielte Einstellung dieser Alterskohorte. Die Konsequenz wird ein Verlust von Erfahrungswissen sein. Ein Wissensweitergabe ist dann unter diesen Voraussetzungen nicht möglich. Das Problem ist, dass sehr viele Mitarbeiter gleichzeitig in Rente gehen werden, weil dieses Alterscluster besonders groß ist. Ich habe die Hoffnung, dass Pflegewissenschaftler hier Ideen entwickeln werden.

Viele Pflegende gehen in die ambulante Pflege, weil sie bewusst keine so intensive Teamarbeit möchten. Hier (im ambulanten Pflegedienst, Anm. JC) sind sie eher „Einzel-

kämpfer“. Eine Teamsituation existiert hier nur alle 14 Tage für ein bis zwei Stunden, zu Besprechungen und Fortbildungen. Hierbei wird Erfahrungswissen von Alt nach Jung weitergegeben, auf sehr wertschätzende Art.

6. Interview, AP

Gab es besondere Ereignisse in Ihrer beruflichen Laufbahn? Ich habe jahrelang (15 Jahre) auf einer Intensivstation gearbeitet. Das musste ich dann beenden wegen eines Bandscheibenvorfalles. Dann bin ich operiert worden und bekam nach den beiden Schwangerschaften den nächsten Bandscheibenvorfall und man sagte mir, wenn ich jetzt nicht aufhörte, würde ich demnächst im Rollstuhl sitzen. Dann habe ich die PDL Ausbildung gemacht.

6.1 Positive Effekte

Die positiven Effekte sind für mich ganz deutlich die Berufserfahrung, die Sicherheit beim Umgang mit Menschen und in dem Beruf überhaupt, was ich gerade in der ambulanten Pflege für sehr wichtig halte, weil der Mitarbeiter vor Ort ja im Grunde genommen alleine ist und sich da einfach gezeigt hat, dass die älteren Mitarbeiter mit Berufserfahrung sehr viel besser zurecht kommen als die jungen. Im Übrigen, aus meiner Erfahrung heraus, fallen die älteren Mitarbeiter seltener aus als die jungen, das ist einfach so.

6.2 Vorteile

Jetzt, wo ich selber nicht mehr pflegen kann, sind eigentlich meine Mitarbeiter die zu Pflegenden. Ich nehme mir immer Zeit und höre mir die Probleme an, die es so gibt. Bei mir ist die Bürotür nie zu, wenn irgendwas ist, kann immer jemand reinkommen. Das ist eine ganz wichtige Sache, sagen mir zumindest die Mitarbeiter.

6.3 Leichter

Ja, ich denke es fällt mir jetzt zunehmend leichter, auch mal Kritik zu üben. Da hatte ich früher, denke ich, größere Schwierigkeiten und das habe ich im Laufe der Jahre einfach gelernt. – – . Ja, was noch? Mich selbst zu organisieren, Zeitmanagement.

6.4 Belastungen

Der zunehmende Zeitdruck. Dass es immer mehr Aufgaben werden, die man übernehmen muss und im Grunde genommen immer weniger Zeit dafür zur Verfügung steht. Ich hab jetzt dummerweise durch meine Krankheit im letzten Jahr und zu nehmendem Resturlaub eine Situation, wo ich nur an vier Tagen in der Woche da bin, aber die gesamte Arbeit machen muss, weil ich nur eine Abwesenheitsvertretung und keine Stellvertretung habe. *Was berichten Ihre älteren Mitarbeiter, was belastend wirkt?* Die jammern hauptsächlich über den ganzen Papierkram und Papierkrieg, der sie also sehr sehr stört. Es ist weniger, was man eigentlich immer denken müsste, dass es die körperliche Belastung ist für die älteren Mitarbeiter, da jammern eigentlich ganz wenige drüber, weil ich denke das ist schon heftig, immer rein raus, warm kalt, rauf runter, Auto parken. Das belastet sie eigentlich weniger als wirklich der Papierkrieg. Das belastet meine Mitarbeiter, die ältere-

ren, am meisten (das sind gesetzliche Vorgaben, Anm. JC). Ich habe einige ältere Mitarbeiter, die sagen, früher, bevor es diesen ganzen Mist gab, hatten wir mehr Zeit für die Leute.

6.5 Entlastungen

Wir haben einige junge Mitarbeiter, denen das Spaß macht (s.o. der „Papierkrieg“, die Pflegedokumentation, usw., Anm. JC), die das gerne auch mal für die älteren Kollegen übernehmen. Wir versuchen einfach das auf dem Weg auszuräumen. Oder wir versuchen vom Büro aus, dass die Verwaltungsmitarbeiter das übernehmen, dass da, in dieser Beziehung die Mitarbeiter entlastet werden. *Aber Sie müssen auch sicher vor Ort dokumentieren?* Ja, das müssen wir auch, da geht kein Weg dran vorbei. *Arbeiten Sie da mit Scanner?* Nein, so weit sind wir noch nicht. *Wäre das nicht gerade eine Entlastung für die Mitarbeiter?* Ich weiß nicht, aber ich denke dass das gerade die älteren Mitarbeiter auch wieder schwierig werden würde. Wir haben eine Computer gestützte Dokumentation (mit vorformulierten Textbausteinen), die sie im Büro eingeben können, wo einfach die älteren sagen, ach nee, das trage ich lieber von Hand ein, das geht schneller und ist für mich einfacher.

Aufgrund einer technischen Störung wurde das nachfolgende Gespräch unmittelbar nach dem Interview aus dem Gedächtnis dokumentiert.

6.6 Entlastungen

Kürzere Routen, weniger Patienten oder Patienten mit geringerem Pflegeaufwand.

6.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja, z.B. als Mentor, als Hygienefachkraft, als Wundmanager, als Qualitätsmanagementbeauftragte oder Palliativpflege-Fachkraft.

6.8 Zusammenarbeit

Alle 14 Tage gemeinsame Dienstbesprechung und einmal im Monat für 1 ½ Stunden Supervision.

6.9 Weitere Aspekte

Es sollten auch jüngere Kollegen zur Thematik befragt werden.

7. Interview, KH

7.1 Positive Effekte

Es gibt sicherlich verschiedene Abschnitte, wo es positiv noch wirkt und wo man dann schon merkt, ab 55, wo's für den Mitarbeiter schon höchst schwierig wird. So von 40 bis 55 würde ich sagen, ist absolut zu sehen, dass die Mitarbeiter natürlich einen riesen Erfahrungsschatz haben und auch den Ablauf doch sehr gut beherrschen; auch schon sehr

viele Änderungen mitgemacht haben; also auch von daher schon sehr viel Erfahrung auch auf dem Gebiet haben. Ab 55 ist die Erfahrung so, dass es äußerst schwierig wird im stationären Bereich, weil einfach hier die offensichtlich die körperliche Leistungsfähigkeit dann doch erheblich nachlässt. Zudem sind die Mitarbeiter, die jetzt 55 und älter sind auch nicht unbedingt mehr die Mitarbeiter, die Neuerungen zugetan sind. Das fängt mit dem Computer an und geht über Änderungen von Standards bis hin zu neuen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, die entsprechend umzusetzen sind. *Wie äußert sich das Erfahrungswissen der 40 – 55jährigen?* Sie kennen die Abläufe und verweigern sich auch nicht Neuerungen, ja - und durch diesen großen Erfahrungsschatz können sie einfach vieles schon im Vorfeld abschätzen, wie es läuft. Sie sind nicht mehr so unbedacht und unerfahren, sie sind halt schon deutlich vorausschauender. *Kann man das an einem Beispiel festmachen?* Die Gruppe Aufnahme und Entlassmanagement, die ich gerade leite, da habe ich natürlich auch sehr viele erfahrene Pflegekräfte mit drin, die zum Teil auch in Leitungspositionen sind, die können einfach mögliche Neuerungen und deren Auswirkungen im Vorfeld abschätzen: Wie wirkt sich das aus, was gibt es für positive Effekte und was sollte man lieber bleiben lassen. Und das ist ein Erfahrungsschatz, das muss ich sagen, auf den greife ich gerne zurück.

7.2 Vorteile

Bisher habe ich noch nicht drunter gelitten (lacht, Anm. JC). Vorteile? In so fern schon, gut das ist natürlich jetzt auch die langjährige Erfahrung, die ich in der Leitungsposition gesammelt habe, das ich natürlich gegenüber anderen Mitarbeitern, sowohl im ärztlichen als auch im administrativen Bereich, die in einer Führungsposition sind, auch einen ganz anderen Stand habe als jetzt ein Jungfuchs, 25 und und, dessen Neigungen, denke ich mal, würde man gegebenenfalls eher beiseite räumen als jetzt meine Erfahrung, die ich jetzt doch schon seit Jahren hier mit einbringe. Etabliert in der Position und aus der Erfahrung heraus, dass in der Pflege natürlich auch schon sehr vieles sehr gut läuft. Was ja auch von außen beispielsweise bestätigt wurde durch KTQ-Visitoren. Oder auch am Beispiel der Zertifizierung „Krankenhaus mit qualifizierter Schmerztherapie“ im letzten Jahr, das mitunter durch meine Hartnäckigkeit vorangetrieben wurde. Von ärztlicher Seite wurde die Brisanz nicht so eingeschätzt. *Ist es auch nach langjähriger Führungserfahrung so, dass man eher die Grenzen ausloten kann, wie weit man gehen kann?* Absolut. Ich hab auch gelernt, nach langjähriger Führungserfahrung, dass manchmal geht man halt auch mal ein Schritt zurück und geht vielleicht über ein paar Ecken, als mit dem Kopf durch die Wand. Das ist sicher etwas, was ich im Laufe der Zeit gelernt habe. Wie packe ich die Leute an, wie gehe ich auf jemand zu, was kann ich dem zumuten, wo wird's einfach zu viel. Ich denke, da habe ich auch dieses Gespür jetzt – häufig zumindest. Das immer mal wieder das ein oder andere daneben geht, ist auch klar.

7.3 Leichter

Na gut – manche Sachen sind ja Routine geworden. Früher habe ich zum Beispiel die Themen für die Stationsleitungsbesprechungen für mich noch viel differenzierter ausgearbeitet und das lasse ich mittlerweile alles auf mich zukommen. Ich hab natürlich schon meine Punkte, aber ich weiß einfach aus der Erfahrung heraus, wie diskutieren wir das jetzt, ja, da mache ich mir nicht mehr so eine Richtschnur. Manchmal läuft so eine Diskussion eben dann in eine andere Richtung, Herrgott, dann ist es halt so, ja. Aber da hab ich einfach auch die Erfahrung und die Gelassenheit auch mittlerweile. Oder wenn ich vor Gruppen sprechen muss, diese Aufregung ist nicht mehr so, wie das früher war.

7.4 Belastungen

– – . Da könnte ich jetzt keinen speziellen Punkt anführen. Das hat auch nicht mit dem Alter zu tun, das sind einfach die Belastungen, die man hat. So Einzelschicksale, wo man weiß, hm - wie geht das jetzt weiter mit dem oder dem Mitarbeiter – wo kann ich en noch einsetzen. Wie geht man da vor, dass man einen Konsens findet, auch mit dem Betriebsrat beispielsweise. *Sind Führungspositionen Schonarbeitsplätze – weil dort weniger körperlicher Einsatz erforderlich ist?* Schonarbeitsplätze? Das ist Quatsch. Du hast natürlich eine ganz andere Belastung. Ich hab jetzt sicherlich nicht die körperliche Belastung, dass ich Leute heben und tragen muss, ja – ich habe Belastungen auf einem ganz anderen Gebiet: Die Gesamtorganisation des Pflegedienstes und das ist eine erhebliche Belastung, die man da natürlich hat. Weil, letztendlich, wenn's irgendwo nicht läuft, dann kommen Geschäftsführer und was weiß ich, Chefärzte, eben nicht auf die Station, die kommen zu mir und fragen, was da los ist. Also von Schonarbeitsplätzen kann da keine Rede sein.

7.5 Entlastungen

Ich hab natürlich schon für mich ein Ventil über den Sport, den ich mache. Da finde ich auch eine Entlastung, das ist ganz sicherlich so bei mir. Und dann war für mich natürlich eine erhebliche Entlastung eben war das Einzelcoach, das ich hab. Natürlich, wo ich noch mal gelernt hab, mich einzuschätzen, ja, mich zu reflektieren besser und eben auch andere aus dieser Sicht noch mal zu sehen, ja. Das ist natürlich - da bekommt man schon sehr viele Türe gezeigt, durch die man gehen kann. Ich hab das als sehr hohe Bereicherung empfunden. Das war für mich eine erhebliche Entlastung.

7.6 Angebote

– – altersspezifische Angebote haben wir nicht. Was wir schon anbieten ist Gesundheitsvorsorge für die Mitarbeiter allgemein: Rückenschule, was weiß ich – solche Programme, Chi Gong – was auch immer sich dahinter verbirgt – Nordic Walking, Rückentraining – also Gesundheit im Rahmen des Gesundheitsmanagements bieten wir jetzt für die Mitarbeiter schon das ein oder andere an. *Für alle?* Ja, für alle. Oder eben auch, wir haben so eine Kooperation mit Pfitzenmeier (lokale Fitness-Studio Gruppe in der Metropolregion, Anm. JC). Wo wir besondere Preise für Mitarbeiter verhandelt haben; die können dort zu Dumpingpreisen diese Dinge besuchen. Nicht nur Sport, das sind ja inzwischen Wellness-Center. Das steht aber allen offen und nicht speziell für Ältere.

7.7 Beschäftigung sinnvoll

– – ältere Pflegende ab wann? *Ab 45.* – – also ich könnte jetzt locker ja, es ist natürlich sinnvoll, ja, aber wüsste nicht, wann ich einen über 45 eingestellt hätte. *Und wenn es jetzt 10 offene Stellen gäbe und 20 Bewerber?* Die 10 offenen Stellen werden mit relativ jungen Leuten besetzt. *Wenn 10 junge und 10 alter Bewerber da wären, würden dann – bei gleicher Qualifikation – die jungen genommen werden?* Bei gleicher Qualifikation – ja. *Welche Bedingungen müsste man schaffen, um Ältere einzustellen?* Das Interesse an älteren Mitarbeitern habe ich für spezielle Bereiche,, wenn sie dann wirklich eben diesen Erfahrungsschatz und diese Qualifikationen mitbringen. Beispielsweise in der Endoskopie oder im OP, wobei sich das auch relativiert, irgendwann ist einfach Feierabend (sehr leise, Anm. JC), dann nimmt man sie nicht mehr. Das muss man ganz wertfrei jetzt so

feststellen und ich wüsste auch keinen Kollegen, der das machen würde. *Gibt es schon Konzepte - Wie arbeiten die heute 40-Jährigen in 15 Jahren?* – Also ich hab jetzt noch nichts Spezielles entwickelt. Wie gesagt, ich habe schon mal den Vorschlag gemacht, dass man sich damit hier in der Klinik auseinandersetzt, hatte das an dem Beispiel „Mittelbaden“ nochmal festmachen wollen „Erfahrung durch Innovation“ (Innovation durch Erfahrung², Anm. JC) , wobei das bisher noch nicht weiterverfolgt wurde. *Wer hatte da mit wem diskutiert?* Ich hatte damals mit dem Geschäftsführer darüber gesprochen. *Und das ist vertagt worden?* Ja. *Wie positioniert sich die Personalvertretung zu diesem Thema?* Gar nicht.

7.8 Zusammenarbeit

Also, ich hab gerne einen Mix drin. Ich bin froh, wenn ich Leute habe, die schon eine gewisse Erfahrung mitbringen und nicht nur so ganz junge. *Wie ist es bezüglich Fortbildungsaktivitäten, wenn man Jung mit Alt vergleicht?* Dadurch, dass wir jetzt das Punktebewertungssystem haben, müssen sowohl junge wie auch ältere Mitarbeiter an den Fortbildungen teilnehmen, um eben eine gewisse Anzahl an Punkte in diesen ein oder zwei Jahren zu erreichen. Pflichtfortbildungen müssen alle besuchen und es gibt eben auch andere Fortbildungen, die sie sich aussuchen können, um dann am Ende von zwei Jahren eben diese 40 Punkte zu erreichen. Ich habe noch keinen direkten Vergleich gemacht, um zu sagen, es sind so und so viel ältere bzw. jünger Mitarbeiter bei den Veranstaltungen. So wie ich es beobachte, würde ich sagen, dass gleich viele zu den hausinternen Fortbildungen gehen. Nach extern gehen eher jüngere. *Warum ist das so?* Ich weiß es nicht. Ich habe noch keinen gefragt. Ich habe noch keine Fortbildung bei einem 50-Jährigen abgelehnt, die sind einfach nicht da. Aber diese Angebote sind ja für alle offen, auch längere Weiterbildungen. *Wie ist denn die Erfahrung im Top-Management – sind ältere Mitarbeiter anders zu führen als jüngere?* Grundsätzlich würde ich sagen, die sind offener. *Ältere?* Ja. Die Erfahrung hab ich zumindest gemacht. Es kann aber auch sein, dass es daher kommt, dass ich selbst in dieser Altersgruppe bin und von daher eine größere Nähe da ist und vor allem, wenn dann mal Sachen beschlossen sind, werden die dann auch so umgesetzt. *Gibt es eine Statistik über die Altersstruktur im Unternehmen?* – Also ich hab jetzt keine. Ich weiß nur, dass in den letzten Jahren sehr viele ältere Mitarbeiter in den Ruhestand ausgeschieden sind und dafür jüngere eingestellt wurden. *Die zahlende Hand erkennt man auf dem Band nicht.* Ja, gut, ja. Aber es ist halt so: Es werden einfach die Jüngeren genommen, weil sie deutlich billiger sind. (Exkurs zu private Einrichtungen und Bezahlung dort).

7.9 Weitere Aspekte

Es wäre interessant zu wissen, was andere machen, mit diesen älter werden Mitarbeitern, die schon an ihre physischen Leistungsgrenzen kommen. Wie gehen die damit um, was macht man mit diesen Mitarbeitern, die eben irgendwann 55 plus sind, wie setzt man die ein? Und das denke ich, ist dringendst in die Hand zu nehmen, solche Sachen eben auch. Solche Sonntagssprüche dann wie: „Wir integrieren die und leben vom Erfahrungsschatz“ und was weiß ich was alles, sind meines Erachtens nach Worthülsen. Das muss irgendwie mal gefüllt werden. Dann gilt es wirklich mal zu evaluieren, ob das tatsächlich dann auch greift. *Wer sollte diese Aufgabe übernehmen?* Das ist Aufgabe von

Personalentwicklern, wer das auch immer sein mag. In einer großen Berufsgruppe wie der Pflege sollte das immer in Zusammenarbeit Personalabteilung mit der Pflegedienstleitung oder aus der Pflege heraus geschehen, weil, es muss ja letztendlich getragen werden von den jüngeren Mitarbeitern. *Wäre eine übergeordnete Instanz nicht geeigneter, sich mit diesem Thema zu befassen? Aus welcher Motivation heraus sollten das die Personalentwickler machen, es kostet doch auch Geld?* Aber es wird irgendwann zum Problem werden. Die älteren Mitarbeiter sind einfach auch häufiger krank usw., von daher wäre es ein Gewinn, wenn man eine gescheite Perspektive den Leuten bietet, dass eben auch tatsächlich so lange im Beruf bleiben können.

8. Interview, KH

8.1 Positive Effekte

Das ist die Berufserfahrung, Beständigkeit, werden – es ist ein Frauenberuf – auch nicht mehr schwanger, Lebenserfahrung und für Patienten, gerade auch für ältere, ganz wichtige Ansprechpartner. Meine Erfahrung ist, dass die älteren Mitarbeiter, egal in welcher Hierarchieform, ab 45 bis 50, mit die stabilsten sind. Die jüngeren sind – eher gefühlt – häufiger krank und die darüber wieder. Ein ganz großes Problem sind die 59 bis über 60. Wenn die in einer Position sind oder einem Berufszweig der Pflege, wo die Arbeitsbelastung nicht mehr körperliche ist, dann sind die fit, wenn die Arbeitsbelastung über körperliche geht, so richtig am Patientenbett, mit allem was dazugehört, dann sind die Berufskrankheiten doch eher im Vordergrund. Was dann natürlich wieder zu der Überlegung führt, was machen wir mit den Mitarbeitern in der Zukunft, wo setzen wir die ein? *Haben Sie da schon Ideen oder Vorstellungen oder Trends, wo man die einsetzen könnte?* Die Diskussion wird halt dahin gehen, kann ich sie ambulant beispielsweise einsetzen, das ist ein guter Weg, und dann, wie gesagt vom Bildungsabschluss her im Patientenmanagement, Steuerung. Ältere strahlen Souveränität aus. Das geht selbst in Ambulanzen, sogar in der Notaufnahme, weil ein Durchfluss da ist und wenn die mit der Systematik klar kommen, geht das wirklich, auch in Funktionsabteilungen, wie z.B Röntgen. Aber auf Station, mit dem Heben und Tragen von Patienten und mit dem permanenten, ich sag mal Auf und ab, das da stattfindet, in der körperlichen Belastung, im Rückenleiden, das ist schwierig, deshalb sind die Mitarbeiter im Funktionsbereich, zum Beispiel auch im P, auch älter. *Es gibt nun auch sehr viele ältere Mitarbeiter, die keine Zusatzqualifikationen erworben haben. Haben Sie Ideen, was hier möglich ist?* Das Fördern der Kompetenzen wäre ein ganz wichtiger Punkt und das Weitervermitteln von Berufserfahrung. Was die nicht gelernt haben ist, dass sie vermitteln. Vor der Einführung der Qualifizierung Mentor war jeder gefordert und dann hat man's abgegeben nur noch an die und das Weitergeben von Erfahrungswerten. Wenn jemand das konsequent gemacht hat, dann war er immer geforderter Ansprechpartner, wenn man das nicht macht – „ich mach meinen Job und gut ist“ – dann fangen diese Leiden an, das nicht mehr gebraucht Werdens, nicht mehr fit sein. Auch ganz wichtig, natürlich regelmäßige Fortbildungen, dass man da auch dabei bleibt. Bis hin zu Kommunikationsfortbildung, ganz egal, er hält dann auch länger durch, wie gesagt, diese Eintönigkeit. Interessant sind die Mitarbeiter, die in Babypause waren, die Kinder erzogen haben. Die diese Schleife ziehen: Die, die schnell wieder gekommen sind, die auch in der Schwangerschaft gearbeitet haben und und und, die sind auch heute noch immer dabei. Die, die die Schwangerschaft schon als Krankheit gesehen haben und die dann lange Zeit in Anspruch genommen haben und danach noch vie-

le Jahre nur reduziert gearbeitet haben und die Familiensituation im Vordergrund stand, vor allem anderen, die haben Probleme. Ganz interessant sind alle vor den Jahren 1984 83, wo's die 10 Monate Erziehungszeit gab, die nach 8 Wochen wieder kommen mussten. Hochinteressant in der Kinderkrankenpflege. Kinderkrankenschwestern, die Mütter waren, sind die, die heute 25 und 40 Berufsjahre locker hinbringen, die zwei Monate zuhause waren und die immer noch voll aktiv sind und die auch jetzt mit 60 65 anfangen in die Rente zu gehen. Da hab ich in der Erwachsenenpflege zu wenige. Und es ist spannend zu sehen, dass es für die auch völlig normal war, auch mit Kind voll zu arbeiten, wenig reduziert, vielleicht 75% und die sind alle geistig sehr rege. *Was passiert denn mit Mitarbeitern, die 55 sind? Gehen die vorher aus dem Beruf raus?* Nee. Also ich hab einige, die in dem Alter sind. Die flüchten in die Krankheit, oder hohe Ausfallzeiten, oder sie schaffen den Absprung, oder wir suchen ein anderes Einsatzgebiet. Wie gesagt, auch da sind Unterschiede dabei. Es kommt auf die einzelne Person drauf an. *Suchen Sie Einsatzgebiete innerhalb oder außerhalb der Pflege?* Innerhalb. *Was gibt es da noch für Stellen, in früheren Zeiten gab es das Verbandszimmer und den Steri?* Das sind so Komponenten, die Aufnahmebereiche betreffen oder Administrativbereiche, wenn sich jemand damit auseinandersetzt. *Auch in Richtung „Stationssekretär“?* Weniger – weil das ist ein Kostenfaktor. Die wollen ja keine Einkommenseinbußen. Das ist schwierig, die jetzt in die Richtung zu bringen. Da fehlt uns das Handlungsfenster. Wenn eine Schwerbehinderung vorliegt, mit Unterstützung des Integrationsamtes ja, dann lässt sich was machen. Aber jetzt einfach so „Ich kann nicht mehr“ und Gefälligkeitsgutachten vom Hausarzt, so nach dem Motto „darf keinen Nachtdienst mehr machen, weil – hypertone Krise oder so“ – die geb ich auch zurück, das mache ich nicht, dass ich darauf reagier. Klar, wenn sich die Krankheitstage häufen, müssen wir auch Fehlzeitengespräche führen und versuchen, eine Entwicklung herzustellen. Wir haben auch schon Mitarbeiter, die langjährig tätig waren – o.k. das kann man nicht machen, dass man sie komplett rausnimmt – als Assistent zu einem großen Bereich dazugegeben, das kommt individuell auf die Person an, mit was man sie betrauen kann. Aber wir haben auch einige dabei, die in lange Erkrankungen münden, über Jahre hinweg, bis hin zu Teilberentungen und so was in diesem Segment 55 plus. *Wer ist Ihrer Meinung nach verantwortlich für die Personalentwicklung der älteren Belegschaft?* Also die Vorgesetzten in den Stufen, in den Hierarchiestufen direkt und dann weiter die Personalentwicklung, die die Grundlage legt. Die Personalentwicklung kann nicht der Mitarbeiter entwickeln, er kann nur mithelfen, die Vorgaben zu machen, was gibt's für Möglichkeiten. Der Vorgesetzte selbst kennt den Mitarbeiter. Der Personalentwickler kann nur von den Personalgesprächen, von den Ergebnissen heraus was machen. Wenn die Vorgesetzten sagen, ich brauche Schulungsmaßnahmen für meine Mitarbeiter in die und die Richtung, dann der Personalentwickler sagen: „o.k.“ und man kann gemeinsam beraten, was kann man mit jemand machen. Wir haben Mitarbeiter, die fit, auch im Alter von 50 „Study Nurse“ gemacht haben. Respekt, ja. Ich glaube es gibt ganz viele Fenster, aber dann muss man auch mit den Mitarbeitern reden, was gibt es für Varianten, wo möchte er hin in der Zukunft, was kann er machen, damit das alles klappt. Aber – und das ist ein ganz großer Punkt – unser Beruf ist ein 24-Stunden-Beruf. Es wird häufig über die Thematiken diskutiert, raus aus dem Schichtdienst, weil, das ist die Belastung. Ich glaube aber, dass der Schichtdienst an sich nicht unbedingt die Belastung darstellt, sondern was in der einzelnen Schicht läuft, also auch die Organisation ist mit einzubeziehen. Dass vielleicht die Nachtarbeit ab einem gewissen Alter durchaus zu anstrengend wird, weil man da auch alleine ist. Aber die normale Früh- und Spät, Feiertage und die Wochenenden sind abzudecken. Also, wenn jemand in der Pflege bleibt und nicht in einen Bereich geht wie Ambulant, die Samstag Sonntag zu sind, die sind sehr beliebt, um einfach eine höhere Regenerationsphase zu haben, da

mal 5 Tage, dann 2 Tage Pause, dann wieder 5 Tage. Auch das sind Arbeitsplätze, wo man leichter älter wird in der Pflege.

8.2 Vorteile

Also ich halt mich noch relativ jung im Job, das ist natürlich die Situation der Verantwortung, die einem da liegt. Meine Kollegen sind jetzt jünger, teilweise, also in der Geschäftsbereichsleitererebene, was spannend ist, oder eben gleichalt. Mein Chef ist auf jeden Fall älter, was mir dazu verhilft, wiederrum das Gefühl zu haben jung zu sein. Das wird spannend, wenn heute mal der Geschäftsführer in Rente geht und ein neuer kommt, der dann vielleicht Mitte 30 ist, weil, dann ist man eher der berufserfahrene Ältere. Ich sage einmal so, die 27 Jahre, also ich habe jetzt in Anführungszeichen als Unternehmensbewohner, da ich ja nichts anderes gemacht habe als dieses Klinikum, also ich habe hier gelernt und Ausbildung, alles durchweg, es immer sehr genossen, das Haus zu kennen und die Mitarbeiter zu kennen, das drum rum und die verschiedenen Abläufe. Und diese Berufserfahrung zum Alter letztendlich und die Zugehörigkeit zu diesem Unternehmen, sehe ich als Vorteil. Man kann es auch als Nachteil sehen – man ist halt sehr eintönig. *Ihre Berufserfahrung steht ja nun so zu sagen auf zwei Säulen: Einmal die Erfahrung in der direkten Pflege, die aktuell eher im Hintergrund steht und dann die Erfahrung im Management. Können Sie dazu etwas differenziert sagen?* Also die Managementsäule hat einfach im Laufe der Jahre dominiert – das was ich mal gelernt habe, Krankenpflege, ist unterrepräsentiert. Ich merke, dass man immer weiter wegkommt. Von den Berufsjahren her, außerhalb der administrativen Tätigkeit als PDL, habe ich eigentlich, glaube ich, nur acht Jahre voll Pflege gemacht mit Stationsleitung usw. und danach wie gesagt immer mit Papier und organisiert. Deswegen fehlt mir da ein ganzes Stück. Was wiederum gut ist, ist, dort gewesen zu sein, was ich auch jedem immer wieder empfehlen werde. Und auch diese Studiengänge, die dann direkt nach dem Abitur in die Richtung gehen, man wird das Verständnis für die einzelnen Tätigkeiten verlieren und ich glaube, die habe ich noch. Ich weiß, wie's im OP aussieht und ich gehe auch ohne Hemmungen in Grün in den OP, natürlich angemeldet, das ist ja klar. Ich gehe auch angemeldet auf die Station, sonst werden die ja alle verrückt. Aber es ist so, dass man ungefähr weiß, was da so abläuft. Da hat sich auch, glaube ich, in den langen Jahren wenig geändert. Es gibt das Patientenbett, es gibt das drum rum, ein Stationsdienstzimmer mit allen organisatorischen Formen, vom Medikamentenschrank und Verbandswagen, das ist alles noch da. Im OP-Bereich haben sie gewisse Abläufe, was die Sterilität betrifft, das ist auch o.k. – was mir fehlt, ist Intensiv, das bedauere ich immer noch. Da fehlt mir einfach der Blick und dafür brauche ich Menschen, die mir das dann überbringen. Aufgrund dessen, dass man das gelernt hat, dass jeder weiß, ich hab hier die Ausbildung gemacht, war immer hier und beim Nachfragen auch eine Antwort brauche und möchte und gern die Antworten oder die Meinungen mit einbeziehe, um mir eine eigene Meinung zu bilden und ich glaube, das funktioniert ganz gut. Und ich glaub' das geht nur, wenn man da mal dabei war, an der Basis war. Wenn man das nur über das Studium gemacht hat, dann glaube ich, wird der kleine Mitarbeiter einem das kaum abnehmen, dass man Interesse hat an diesem Bereich, sondern einfach nur hier das Ding durchziehen.

8.3 Leichter

Ja, man ist nicht mehr so impulsiv, ne. Man hat mehr die Ruhe, gewisse Dinge auch mal – ich will jetzt nicht sagen auszusitzen – aber so hinzulegen, dass man sagt, ich kann da jetzt auch mal einen Tag drüber auch nicht entscheiden. Und auch mal einen Fehler im

Prinzip einzugestehen. Man wird souveräner. Das kommt aber wieder, glaube ich. Die Spanne, die die nachrücken, dynamischer werden, aufgrund von Ausbildungsständen. Das ist durchaus, das ist auch persönlich so, da fehlt ein Stück, ja. Dieser Titel, oder dieser Abschluss an der Hochschule oder wie auch immer, hat in der Landschaft sehr viel Gewicht gewonnen und auch in der Berufspolitik in der Pflege. Und eher in der Führungsebene und nicht am Bett, wir haben ja vorhin kurz drüber gesprochen, wir müssen auch die Hochschulabsolventen am Patientenbett halten – so rum – nicht bringen, sondern halten. Nicht jeder kann führen und trotzdem einen Bachelor- oder Masterabschluss machen, das ist gar kein Thema. *Sie sagen, die Akademisierung nimmt in der Leitungsebene zu. Wie sehen Sie das - positiv, neutral, oder eher negativ?* Also in der Augenhöhendiskussion positiv. In der Entwicklung, wie die Zugangsmöglichkeiten sind, eher negativ. Weil, ich hab jetzt hier also eine Anfrage eines Praktikanten, der hat nicht in der Pflege gearbeitet, war jetzt aber schon in ganz vielen Praktika und im Management und wird auch über irgendein Health Care dort im Prinzip in die Führung gehen. Der wird über seine Praktika seine Kompetenz kriegen über den Berufsstand, aber die Entwicklung dahin ist einfach weg von allem, weil man die Differenzierung nicht mehr hat. Die kann auch bei Entscheidungen manchmal gut sein, wenn man sie nicht hat, aber ich glaub, dass es sehr schwer ist, es dort hinzubringen. Also ich seh's wie bei einem Ingenieur, der irgendwann mal Schlosser gelernt hat oder bei anderen Berufszweigen. Auch ein Arzt, ja, der war am Patient und selbst der der dann auch bis hin zur Professur, geht auch an den Patient. Das ist sehr spannend, er wendet sich nicht ab, er entwickelt sich weiter, wird Führungskraft und der beste in der Entwicklung, Oberarzt oder was auch immer, oder lässt sich nieder – er bleibt immer am Ursprung, am Patient und die Pflege hat eine Tendenz, sie will immer wieder weg vom Patient und das passt nicht zusammen. Und das ist mir, glaube ich, aber auch so. Ich bin auch weg vom Patient. Das war aber eigentlich nie mein Ziel. Auch eine spannende Geschichte: Ich wollte eigentlich nur Stationsleitung werden, das war mein Ziel, schon in der Ausbildung – und ich wollte auch nie weiter und die PDL ist dann eher zufällig passiert, weil ich während meiner Stationsleitungstätigkeit eine Großstation geleitet habe mit über 40 Betten und einen großen Mitarbeiterstamm von fast 20. Und bei der Selbstständigkeit, die man entwickeln konnte, zum damaligen Zeitpunkt die Möglichkeit bestand, einen kleinen PDL-Bereich zu übernehmen – und dann war's einfach so eine Neugierde und dabei bin ich dann geblieben. Das war eigentlich der Grund. Das sehe ich auch für wichtig und deswegen auch mein Bestreben, dass Pflege trotz, ich sag mal Weiterqualifikation auch hin zur Akademisierung, die sehr langsam schreiten wird und die auch nicht gänzlich ist, der Ausbildungspart wird dort bleiben, so kriegen wir auch gar nicht die Schulabgänger dort unter, das wäre ein viel zu hehres Ziel und auch Blödsinn. Ja, dort wird Pflege sich weiterentwickeln und dort sollte sie auch bleiben und sie muss am Patientenbett ihre Tätigkeit sehen. Wer in die Pflege geht, muss mit dem Mensch umgehen können.

8.4 Belastungen

Sorge um die Mitarbeiter und um die gesamte Berufsgruppe, weil es viele Anzeichen dazu gibt, sich in die falsche Richtung zu entwickeln und da kann man was tun. *Was wäre die falsche Entwicklung?* Das was wir die ganze Zeit hatten: Im Prinzip alles abzugeben und sich auf etwas zu reduzieren, das man gar nicht kennt. Wenn Sie heute ganz spontan Pflegekräfte fragen: „Was ist Pflege?“, können fast alle keine Antwort geben und werden Dinge aufzählen, die jeder, der provokant wäre, sagt, das kann jeder, das kann eine Hausfrau, das kann eine Servicekraft, das kann eine Restaurantkraft und und und. Die Summe der einzelnen Tätigkeiten der Pflege, weil, ich kann keine Restaurantkraft im

Nachtdienst an den Patient stellen, die gibt ihm was zu trinken oder reicht auch die Nierenschale, aber sie weiß nicht, was sie tun soll. Sie kann auch das WC wieder bestücken mit Toilettenpapier. Das ist kein Thema, nur so als Beispiel. Auch die Hausfrau wird gewisse Dinge tun, sie kocht dem Patienten, dem es nicht gut geht, Schleimsuppe, der andere kriegt noch einen Tee und sie wird auch mit Sicherheit angelernt gewisse Tätigkeiten machen, aber diese ganze Entwicklung, wie was herzuleiten ist, wird sie alles nicht können. Und die Summe der ganzen Tätigkeiten plus die Steuerung, des Gesamtablaufs einer Schicht – will nicht sagen einer Station – sondern einer Schicht, was ist alles zu tun, was ist von der vorausgegangenen Schicht aus, was gebe ich an die nächste weiter und wie arbeite ich das ab, dass alle die Patienten, die mir anvertraut wurden, auch diese Schicht gesund – in Führungszeichen – so überleben, dass ich sie an die nächsten weitergebe, dass ich alle Risikofaktoren ergriffen habe und dass ich aufgrund meiner Qualifikation auch alle Maßnahmen einleiten konnte, dass ein vitales Problem lösbar war. Das andere sind Einzelsegmente, die ich im Prinzip zusammenstellen kann. Ich muss es schaffen, Tätigkeiten an bestimmte Personen abzugeben, es muss aber klar sein, dass in diesen Arbeitsstunden Personen waren, die dieses bündeln können und da müssen wir hin und die dann auch alle abarbeiten können, ja. Im Notfall reagieren und, ich sag mal bei low-care Geschichten, die Arbeit verteilen. *Weitere Belastungen?* Die Entwicklung, dass man alles über Servicegesellschaften abfangen will. Wie kriegen wir das hin, dass man Servicegesellschaften akzeptiert und wie kann man mit denen zusammenarbeiten. Was ich nicht möchte und als großes Risiko sehe, alles raus dirigieren, natürlich mit der Absicht, tariflich was rauszuholen, sonst würde man es nicht tun und dann die Möglichkeit hat, es aus dem Verantwortungsbereich der Pflege zu entnehmen und der Verwaltungsleitung oder dem Personalentwickler oder wem auch immer zu geben, dem technischen Leiter oder dem Versorgungsbetrieb. Das ist schwierig. Eine Service GmbH, die pflegerische Tätigkeiten aufnimmt und die die Verantwortung auch in der Hierarchie noch in die Gemeinsamkeit bringt, das kann ein Erfolgsmodell sein. Dass man sagt, o.k., ich mache jetzt aufgrund der Arbeitnehmerüberlassungsdiskussion was ja nicht geht usw., trotzdem gemeinsam und ich nehm' die Pflegehelfer raus und zahl sie nach dem Gaststättengewerbe- oder Gebäudereinigertarif oder wo auch immer hin, irgendwo hängt's dann bei Euro 8,50 Stundenlohn. Damit verhungert man fast auf Dauer, aber das ist die Entwicklung der Politik. Und da man genötigt ist, es zu tun, ok, aber die Prozesse, denk ich, das ist etwas, das die Pflege letztendlich auch aufnehmen muss, diese Menschen müssen ihre Arbeit im Vorfeld zugewiesen kriegen und es muss akzeptiert werden, was sie tun. Aber wo geht das hin? Wir schaffen es noch nicht, uns mental darauf einzustellen. Auch mir fällt es schwer, das einfach auch als weitere Schnittstelle zu betrachten, die aber dann auch irgendwo zu einer gemeinsamen Schnitt-Menge kommt. Und da geht's hin. Und die andere Entwicklung ist natürlich, es wird immer jemand geben, der besser ist, wie man selbst und diese Konkurrenzdiskussion und dieses Durchhalten. Also, wie lange kann man als Pflegedirektor, jetzt bei mir in dem Fall, diesen Job eigentlich machen, wann ist eigentlich Ende? Weil eins möchte ich nicht: Geduldet werden. So unter dem Motto: Komm, er geht ja bald in Rente. Ich hoffe, dass es mir gegen ist, irgendwann zu sagen, o.k. und Verhandlungen zu führen, dass man eine Tätigkeit machen kann, die leistungsmäßig auch anerkannt wird, die nicht unbedingt der Job sein muss, den man jetzt macht. Ich sag mal mit 55 plus wird die Position des Pflegedirektors schwierig, weil, wie gesagt, die von uns im Prinzip ja auch gewollten Studienabgänger kommen werden und diese Jobs machen und die werden gute sein, die wollen ja was und da ist mit Erfahrung nicht mehr viel zu machen. Die werden einfach mehr Statistik, mehr Potenzial bringen, denen wird's leichter fallen, schnell ein Konzept zu entwerfen oder wie auch immer und es wird unser Geschick sein, die wir in Verantwortung sind, uns diese Personen ent-

weder zu Nutzen zu machen, praktisch einen Stab zu bilden, der das macht, der aber nicht als Stab irgendwo sitzt, sondern wirklich gut gesetzt und miteinander arbeiten. Und wenn einem das nicht gelingt, weil die Entwicklung plötzlich anders läuft, dann würde ich auf jeden Fall, nach einer gewissen Zeit, abtreten. Das würde ich mir nicht geben bis zum Rentenalter. Die letzten 10 Jahre muss man nicht mit vielen Blessuren und vielleicht mit einem Burnout, oder was auch immer hier rausgehen. Dafür war ich dann zulange da, das muss man nicht kaputt machen.

Also die Entwicklungen muss man verkraften, im Moment geht's gut. Die Strukturen stimmen. Die Personen, die in der Verantwortung sind, mit denen kann man allen klar kommen. Man kann sich kontrovers unterhalten und man kommt mit dem Geschäftsführer hin. Man wird sehen, wie die Entwicklung weitergeht. Ich werde mir jetzt auch Personen heranziehen, die sich dann an die Förderung erinnern und wissen, dass man nicht mit harten Bandagen herangehen muss – man kann auch gemeinsam was lenken und leiten. Das wird mit diesen über 55 mit Sicherheit schwieriger, weil, die wollen alle, ich wollte ja auch mal. Das muss man parallel sehen.

Die Frage ist dann, wo ist die Grenze, wo kann ich da noch meine Kompetenzen und Leistungen noch anbringen. Klar, mich weiterzuentwickeln, auch durch Fortbildungen, aber das macht – in Führungszeichen – Angst, wobei ich glaub auch, realistische Überlegungen anzustreben sind, was passiert da. Und was passiert mit 60, das wird man dann sehen – wie sich die Politik entwickelt, irgendwann sind wir dann bei 70 mit dem Rentenalter. Wenn man sich da nicht eigenreflektiert ist man falsch.

8.5 Entlastungen

Es geht um Planung, wie besetze ich die Schichten, wie schaffe ich Ausgleiche. Zwölf Tage am Stück und dann zwei Tage frei, das macht schon mit einem 30-Jährigen einiges. Das heißt eigentlich: Wann sind Erholungsphasen, grad mit den Wochenendeinteilungen. Kann ich in der Woche noch was machen oder auch nicht. Die Konstellationen: Kann ich mich mit Gleichaltrigen austauschen oder muss ich mich auch mit jüngeren auseinandersetzen. Das ist zum Teil Führung im Stations- und Bereichsteam, dass ich nicht nur hohe Kategorien schaffe, sondern auch ein Mix und dass man von einander profitiert. Die Jüngeren nehmen auch gern von Älteren an, was da einmal war. Gutes Beispiel: Ich war in den 90ern in der Unfallchirurgie, da war eine 55-jährige Pflegehelferin, die mir das Lagern beibrachte. Die wurde völlig verkannt, hat als Pflegehelferin jahrelang alles gemacht und später dann nur noch geputzt. Die wurde dann, als ungelernete Kraft, zu höherwertigen Tätigkeiten herangezogen, immer wenn Personalangel war und wenn genügend Personal da war, konnte sie den Schmutzraum machen. Sie hat mir fachgerechte, schmerzfreie Lagerungen beigebracht, was ich sehr zu schätzen wusste. Die Wertschätzung hat einiges gebracht. Ich kann entlasten, in dem ich die Konflikte gar nicht so steuere, dass es kracht. Und auch bei Tauschaktionen darauf achten, wer mit wem. Hier ist die Qualifikation bzw. bei Auszubildenden die Ausbildungsphase wichtig. Ich kann dann nicht hergehen und sagen, da ist einer angeschlagen und den lasse ich eigenverantwortlich alles machen, in der Spätschicht am besten noch und morgens hab ich dann im Prinzip einen hohen Satz an Qualität, die ich gar nicht brauch. Dann muss man den Mitarbeitern auch die Möglichkeit geben, das immer wieder zu trainieren, um sich selbst auch frei zu machen, auch mal abschalten zu können. Das ist aber auch unabhängig vom Alter, wird aber zunehmend wichtiger bei Älteren, die nicht mehr so viel Ablenkung haben – unsere Jugend ist da eher freizeitgesteuert. Da sollte der Arbeitge-

ber Trainingsmöglichkeiten für die älteren Mitarbeiter anbieten, wie z.B. Supervisionen, das quasi wie eine Fortbildung zu sehen und nicht wie eine anonyme Gruppe. Eventuell auch in externen Institutionen mit Zuschüssen vom Arbeitgeber. Das schätzen die Mitarbeiter sehr. *Wer müsste denn den Impuls zu solchen Aktivitäten geben?* Das Team, der Vorgesetzte, also die Gruppe, die stellvertretende Stationsleitung, der Mentor. Der Personalentwickler kann das nur machen, wenn er es vor Ort wahrnehmen kann. Die wenigsten sind von der Erziehung her, oder von der Persönlichkeitsstruktur her zu strukturiert, dass sie sagen, ich benötige Hilfe. Dieser Anstoß muss in einem Mitarbeitergespräch kommen und dann braucht der Mitarbeiter auch Zeit, um darüber nachzudenken, ob er das annehmen möchte. Zuerst ist ja immer diese Diskussion: Ich brauch das nicht. Wenn dann nach 2 bis 3 Tagen ein Feedback kommt, kann der nächste Schritt geplant werden. Es muss auch so niemand bloßgestellt werden. Dann wirkt es auch entlastend. Dazu dienen auch die Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgespräche, nicht nur im monetären Bereich. Dann kann auch der Personalentwickler dazu genommen werden, um aufzuzeigen, was haben wir denn und was können wir anbieten. Bis hin dazu, dass man sagt, der Bereich ist einfach nicht mehr geeignet, wir müssen uns was ganz anderes überlegen. Wir sind da noch relativ starr, auch mit Zulagen oder zu sagen, der kann jetzt mal ein halbes Jahr woanders hin, mit einem Rückkehrrecht oder einer Rückkehrpflicht. Es gibt also verschieden Möglichkeiten – es muss aber auch der einzelne Mitarbeiter mitmachen und sich darauf einlassen. *Wie sieht es in Ihrem persönlichen Bereich aus, gibt es da Entlastungen?* Ich hab Familie, ich hab auch eine Frau, die es nicht zulässt, dass ich allzu viel mit nach Hause nehme, die durchaus gewillt ist, sich was anzuhören und die auch ausbremst. Es ist sehr wichtig, dass man gewisse Dinge auch ins Lot bringt. Es gibt Zeiten, wo man sich nur noch verrennt in die betrieblichen Abläufe und gern noch mehr machen würde – also der persönliche Ehrgeiz, der muss korrigiert werden. Sie können nicht nur auf 100 laufen – irre – und man muss dann raus. Mir geht das auch so, und ich brauche die Wochenenden. Man muss gucken, was für ein Hobby möglich ist. Mir macht im Moment Gartenarbeit Spaß. Da gibt es Dinge, die einem viel Freunde machen können. Der Freundeskreis, den meine Frau noch eher pflegen kann als ich, da begeb ich mich da gerne rein. Und auch unsere beiden Kinder, das ist meine Entlastung. *Haben Sie auch mal an Coaching gedacht?* Ja, hab ich, das ist immer so ein Überwindungspunkt. Die Frage ist auch, mit wem kann man diese Coaching-Situation schaffen. Da es mir schwerfällt loszulassen, habe ich noch Schwierigkeiten damit. Da gehört viel Vertrauen dazu, weil, man gibt ja da auch viel von sich preis. Bislang war der Austausch mit dem privaten Bereich durchaus möglich. (Exkurs: Coaching)

8.6 Angebote

-- Spontan: Nein -- .

8.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja. *Unter welchen Bedingungen?* Der Mitarbeiter selbst und die Kollegen müssen es akzeptieren. Hier ist letztendlich eine entsprechende Kultur notwendig, die aber schwierig in die Leute hineinzubringen ist. Ich hab ganz große Probleme damit, wenn auch Vorgesetzte sich hinsetzen und sagen: Ich hab ja lauter Alte und deswegen ist mein Budget so aus dem Ruder. Oder: Ich hab lauter Alte, die nicht mehr können. Oder: Die will ich nicht, die haben zwei Kinder. Oder ganz extrem, wenn's dann heißt: Ich hab genügend Mütter. Das sind Sachen, die können nicht gehen, weil ganz einfach die Gesellschaft ganz anders läuft. Ich kann nicht einerseits klagen, der Nachwuchs fehlt und dann andererseits

keine Mütter einzustellen. Oder ich kann nicht sagen, ich möchte die Kompetenzen und Erfahrungen der Älteren nutzen und gleichzeitig sagen, aber die Alten will ich nicht. Führungskräfte sind so teilweise gepolt, also die Ebene nach uns, die PDL und die Ebene dann noch darunter, wobei bei denen noch die Differenzierung ist, wie gut komme ich mit jemand hin. Die Stationen müssen laufen, die Leistungen müssen erbracht werden, die Zahlen müssen stimmen. Ganz harte Fakten. Zahlen, Daten, Fakten kann man hier auch falsch interpretieren. Ich möchte jemanden mit 20 Jahre Berufserfahrung, der maximal 25 ist, sterilisiert und hochkompetent. Das ist Quatsch. Und wenn ich jetzt diese Roboter einsetzte – in Führungszeichen – entsteht auch keine Teambildung. Deswegen ist es auch schwierig, dieses Mischverhältnis hinzukriegen. Auch im Bereich des PDL-Teams, die sind alle so um die 50 plus und werden zeitgleich in Rente gehen. Man muss sich im Prinzip irgendwann überlegen, was passiert da und so gibt's auch Stationen, die durchaus die gleiche Altersklasse haben. Das geht gut, mit drei, vier, die sich kennen, wenn sie aber alle so sind, dann stimmt die Mischung nicht. Da kommt nichts Neues rein, wenn dann die Älteren nicht mehr akzeptieren, was die Schüler mitbringen, das ist schwierig. Ich denke, da sind wir auch gefordert, wie wir Personalentwicklung und Stationsgrößen, auch Zusammenlegungen von Stationen, in Einklang bringen.

Würden Sie selbst ältere Pflegende einstellen? Ja. Würd ich. Aber man müsste, grad wenn man sie einstellt, intensiver – – – äh – das Auswahlverfahren fokussieren, wo jemand herkommt, was für einen Werdegang dass sie gemacht haben. Waren die über Jahre aus dem Beruf und steigen wieder ein? Hat jemand regelmäßig gearbeitet und ist in seinem beruflichen Weg einfach älter geworden, wie sind die Ideen? Hier wäre eine Hospitation auch ganz wichtig, grad bei Wiedereinsteiger bis hin zur Bereitschaft, vielleicht 14 Tage, drei Wochen sogar umsonst zu machen, um einfach zu beweisen, was er noch kann und was nicht. Ich hab's jetzt gemerkt, im Bereich Qualitätsabteilung, mit einer ehemaligen PDL. Die Person war es gewohnt, nur zu delegieren, die kommt mit der Delegation überhaupt nicht zurecht. Geht nicht. Es ist auch die Frage, wo setzte ich sie ein, für was. Also ich hab kein Problem damit, jemand mit 20 Jahren Berufserfahrung, Ende 40, der vielleicht über zwei drei Jahre Angehörige gepflegt hat, jetzt wieder rein zunehmen, aber das bedarf einer größeren Überprüfung, wie die Situation ist.

8.8 Zusammenarbeit

In der Führung ist es eher frostiger, das muss man, glaube ich, sagen. Weil bei uns die PDLs Bereiche haben, die alle so groß sind, wie ein kleines Krankenhaus und da ist untereinander wenig Verständnis. Bei den Stationsleitungen sehe ich das eher entspannt, da sind ältere und jüngere durchaus so, dass man Patenschaften fast schon gegründet hat oder so, Allianzen, wo man miteinander ganz gut klar kommt. Die können auf der Arbeitsebene viel besser abarbeiten – und bei Mitarbeitern werden die Altersgruppen sich zusammentun, auch so von den Interessen. Da werden die, die Kinder haben sich eher auch mal privat zusammentun als die Jungen, die werden in die Disko gehen. Die kommen ganz gut damit zurecht, weil die sich finden. Die gehen auch über die Stationen hinweg. Die kennen sich von früher, die gehen miteinander essen oder was trinken. Das merke ich auch bei den Auszubildenden, die dann auf die Stationen gehen und neue Kollegen werden, die durch aus dort auch erfahren, wo so die Grenze ist, ja, so von 22 bis zu 30 noch ganz gut noch funktioniert, wo man miteinander durch aus noch was machen kann, wo man sich orientiert. Oder die Praxisanleitungen, was weiß ich, so 27, 28, mit die Jungen dann, die kommen eigentlich ganz gut hin. Stationsleitungen, die sagen wir mal von ihrem Team her in dem Alter gestiegen sind, wo drei vielleicht im gleichen Alter sind,

viele drunter, mache auch drüber, kommen wesentlich besser zurecht, als wenn der ganze Club so ein Alter ist. Weil auch der ganze Konkurrenzteil dann klar kommt, wer ist der beste bei uns. Es ist durchaus noch verbreitet, dass die Stationsleitung der Meister ist, diese Thematik, die wir führen, von wegen eine Stationsleitung muss nicht alles am besten können, glaube ich, wird auch oft nicht anders gesehen. Vor allem weil die Jüngeren das so sehen, weil die das alles am besten können müssten und wenn jemand sagt, das ist nicht mein Part, das muss der machen, dann glauben der hat keinen Bock oder man drückt sich. Dann kommt's auch wieder auf's Gesamtteam an: Machen wir noch was gemeinsam, trifft man sich noch zum Grillen oder so. (Exkurs Mobbing: Opfer über 50 und weiblich). *Wie ist die Zusammenarbeit Älterer untereinander?* Das ist unterschiedlich. Kommt auch auf die eigene Entwicklung an, das eigene Wertebild. Also, es gibt welche, die kommen von der Altersgruppe sehr gut klar, zum Beispiel in der Notaufnahme. Da sind zwei gleichen Alters und der Rest ist komplett unterschiedlich und die treffen sich einmal im Jahr zum Segeln, schon seit Jahren und nehmen immer wieder jemand Neues mit auf und die finden das auch total spannend, sind alles nur Frauen, die das machen, ist auch spannend, merkt man, ne. Nicht nur weil es so ist, Männer sind einfach auch fauler in der Richtung und kriegen das auch gar nicht geregelt. Es ist eben dort ein gutes Beispiel für den Mix. Die verschiedenen Interessen spielen dabei eine Rolle und ob Leute, die Familie haben oder nicht zusammen sind, ob jemand extrovertiert ist usw. *Wir haben vorhin von der Stationsleitung gesprochen, die in der Regel etwas älter ist, als die übrigen Teammitglieder. Wie ist es denn im Alter mit gleichrangigen Teammitgliedern? In der Pflege gilt ja nicht das Senioritätsprinzip. Es gibt Konstellationen, das steht ein Berufsanfänger mit beispielsweise 22 Jahren auf der gleichen Hierarchieebene wie der Kollege, der seit 30 35 Jahren im Beruf ist.* Auch schwierig – wie sich die Person weiter entwickelt hat. Also, wenn der 22-Jährige erkennt, die 49-Jährige Kollegin ist immer noch Up-to-Date und kann das eine vom anderen noch unterscheiden und lässt sich auch kein „X“ für ein „U“ vormachen, was jetzt Neues aus der Schule kommt, sondern weiß, dass man nicht mehr eist und föhnt (bis in die 80er Jahre gelehrt Methode zur Dekubitusprophylaxe und –therapie, inzwischen als Pflegefehler identifiziert, Anm. JC) – jetzt mal ganz blöd, ja – oder die auch mit alternativen Wundverbänden umgehen kann, weil das auf der Station so gemacht wird, oder nicht tradiert jetzt ein Bett-Bezieh-Tag macht – dann ist das gar kein Problem. Aber wenn da jemand ist, der da sein ganzes schrulliges Arbeiten durchzieht, dann wird's Konflikte geben. *Es wurden ja in den letzten Jahren einige Neuerungen in der Pflege eingeführt, wie zum Beispiel die „Computerisierung“. Hier stoßen jetzt ganz charakteristische Sozialisationen aufeinander: Die jungen Computer-Kids und die älteren, skeptischen Neu-User. Nehmen Sie das positiv wahr? Unterstützen da die Jüngeren die Älteren, indem sie ihnen zeigen wie es gemacht wird, oder nützen sie es eher aus, um Ältere auszugrenzen?* Nein, es gibt zwei Sachen: Es gibt einmal den Älteren, der sagt: „Mach Du das, find ich gut, Du kannst es eh besser. Ich mach dafür für Dich was anderes.“, und sich dann endlich zu entziehen und die Jüngeren sagen super, kann ich eh gut und das andere mach ich eh nicht gern. Es gibt die, die sagen, das kann ich nicht, obwohl sie es können und denen dann der Ansporn fehlt. Und es gibt die, und die find ich am spannendsten, egal wie alt, noch nie – selbst zu Haus kein PC – die setzen sich davor und kümmern sich darum. Also die, die sagen: „Kann ich nicht, mach ich nicht, ist nicht mein Ding und brauch ich auch nicht mehr lerne, ich hab jetzt genügend Jahre in der Pflege gehabt.“, das sind die Schlimmsten. Die, die sich da dran wagen und sagen, außer dass das Ding abstürzt, kann eigentlich nichts passieren, find ich klasse und macht auch unheimlich viel Spaß und egal wie schief eine Tabelle ist und wie lange er braucht, ist doch o.k., ja. Für die Jungen ist das gar kein Problem, die Softwareprogramme und so weiter. Die aus der Generation über 50, die es noch lernen müssen,

kommen besser damit klar, als die zwischen 46 und 50, die sagen, das macht zu Hause mein Mann oder die Kinder. Es gibt auch noch Stationen, wo die Nachtschwester keine Aufnahmen macht (PC-gestützt, Anm. JC) – das hackt dann morgens der Frühdienst alles ein. Das wird's nicht mehr gehen, weil zukünftig auch beispielsweise Untersuchungsanmeldungen über PC gemacht werden müssen. Da gibt's große Ängste, Verlustängste, Befürchtungen, dass man nichts mehr wert ist und was weiß ich. Völliger Quatsch, so ein Computer beißt nicht und wenn man denen dann die Klicks zeigt, was sie machen können, dann ist das o.k.. Ein interessantes Thema bei uns in der Pflege ist die Schichtführung: Die Mitarbeiter, die ganz große Schwierigkeiten haben auch mit dem PC umzugehen, machen auch sehr selten Schichtführungen. (Exkurs: Fehlerkultur). *Kann man sagen, ältere Mitarbeiter sind eher bereit Verantwortung zu übernehmen?* Nein, das kann man nicht sagen. Viele nehmen sich gerne zurück und sagen, ich habe das lang genug gemacht, jetzt sind mal die anderen dran. (Exkurs: Kollegialität, „gute alte Zeit“).

8.9 Weitere Aspekte

Man müsste unbedingt noch ein paar Zahlen haben über die gesamte Demografie, was kommt nach, was ist da, was bleibt, was geht wieder in den Beruf. Man müsste mal eine Statistik auswerten: Was haben die Häuser an Bord. Die Frage, die Sie jetzt gestellt haben, sind sehr spannend gewesen, muss man sagen. Es wäre interessant, die Stationsleitungen und PDLs zu befragen, wie die das sehen, um zu sehen, deckt sich das, die Wahrnehmung mit der oberen Führung.

9. Interview, KH

Der Proband ist seit vielen Jahren im Intensivbereich tätig und schon lange Zeit als Pflege-Leitung verantwortlich.

9.1 Positive Effekte

Der Benefit für die Arbeitgeber ist mit Sicherheit die Berufserfahrung. Alles, was mit Berufserfahrung zu tun hat, heißt, Patienten – adäquat - zu versorgen. Sprich, auch ältere Mitarbeiter können sich auch besser in ältere Patienten versetzen, davon gehe ich einfach mal aus, einfach von der Lebenserfahrung her. Die Patienten werden älter, die Pflegenden werden älter. Ältere Mitarbeiter, insbesondere in der Pflege, die unter hohen Belastungen arbeiten sind natürlich auch selbst anfälliger frühzeitiger zu erkranken, denke ich mal. Jüngere Kollegen, so 22 oder 23, können sich nicht so in die älteren Patienten versetzen, wie ältere Kollegen. Z.B. wenn der Patient familiäre Probleme hat, mit den eigenen Kindern und möchte darüber sprechen. Er kann dann sicher bei einer Pflegekraft, die selbst in solch einer Situation ist, mit mehr Verständnis rechnen. Sprich, durch die eigene Lebenserfahrung kann da sicher qualifizierter Hilfe gegeben werden.

Sie kommen aus dem Intensivbereich und erleben da häufig Grenzsituationen mit lebensbedrohlichen Verläufen. Gibt es da vielleicht besondere Aspekte bei älteren MitarbeiterInnen?

Auch da kann ich aus eigener Erfahrung sprechen. Gerade diese heftige AP [Angina Pectoris, JC], diese Schmerzen, wenn jetzt ein Patient mit dem Krankheitsbild zu uns kommt, weiß ich genau, was Sache ist. Man kann sich echt einfach besser in Situationen hineinversetzen, wenn man eigene Erfahrungen gemacht hat. Das müssen nicht immer

die gleichen Erfahrungen sein. Man weiß einfach, man ist viel gewissenhafter und nachdenklicher. Man geht mit der Situation gründlicher um.

9.2 Vorteile

Ein Vorteil ist folgender: In meiner persönlichen Situation. Die Kinder sind erwachsen, so - sprich, die Anforderungen der Kinder an mich, die sind ja im Prinzip Null – sprich, ich kann mich dem Beruf wieder viel mehr widmen. Die Erfahrung macht mich grad momentan auch wieder. Ich kann, wenn ich mir vornehme bestimmte Fachgebiete abzuarbeiten, kann ich das wunderbar in Ruhe machen. Ich muss nicht heute Mittag zum Kinderarzt, ich habe keine Termine, also das bringt schon Vorteile. Und der Prozess der Alterung, meines Alters - gut, die negativen Folgen haben wir ja gesehen. Ich bin jetzt ausgefallen, ich hab diverse – das kann man schon als Altersprobleme bezeichnen. Die degenerativen Veränderungen im Bewegungsapparat, äh - aber sonst, psychische Nachteile oder sonstiges, sehe ich jetzt nicht. *Ich habe ganz bewusst nach den Vorteilen gefragt! Vorteile – am Arbeitsplatz, oder allgemein? Zunächst einmal allgemein, aber es geht hier auch vordergründig um den älteren Arbeitnehmer. Der von Ihnen genannte Aspekt der eigenen Kinder ist da beispielsweise interessant und wurde bisher so noch nicht benannt. Es könnte auch die Situation entstehen, dass die Eltern pflegebedürftig werden und von daher neue Belastungen auftreten.* Ja, das ist z.B. bei mir der Fall. Meine Schwiegermutter braucht uns, und besonders mich recht stark, weil ich der Autofahrer bin. Wenn sie pflegebedürftig werden würde, sehe ich keine Probleme und ich würde dadurch auch keine beruflichen Auswirkungen auf die Arbeit dadurch sehen. Sie sagt, sie möchte in ein Seniorenheim, aber ich glaube, wir würden eine entsprechende Wohnung suchen. Also, ich würde sie lieber zu uns heim nehmen dann. *Woher nehmen Sie diese Gelassenheit? Können Sie mit zunehmendem Alter besser organisieren und es besser überschauen?* Ja. Trifft zu 100% zu.

9.3 Leichter

Also – leichter - - also, ich denk schon. Ich reg mich nicht mehr so auf, sprich, die Gelassenheit, denke ich, ist größer als früher. Das heißt nicht Nachlässigkeit oder was, aber einfach das Handling, ob's Probleme sind oder Situationen. Ich denke, das ist alles der Lebensweisheit - ein schöner Begriff - zu verdanken, dass man im Alter und auch die Routine – alles ist eine gewisse Routine, das spielt eine große Rolle. Körperlich natürlich ist es sicherlich nicht leichter als in jungen Jahren. *Gelingt es Ihnen mit zunehmendem Alter Ihre Kräfte besser einzuteilen?* Ich glaub schon, ja. DA bin ich mir aber nicht sicher.

9.4 Belastungen

Durch meine persönliche Situation [Krankheit, Anm. JC] ist jetzt die Angst, nicht mehr bis zum Rentenalter durcharbeiten zu können. Deswegen sag ich ganz ehrlich, ich hab nicht dagegen, wenn ich schon mit 63 in Ruhestand gehen kann, das sag ich ganz offen. Ich hab halt schon die Befürchtung, wenn ich früher in Rente gehen muss, diese Schieflage – Altersarmut. *Wie ist es bei der täglichen Arbeit, z.B. Schichtdienst usw.?* Früher habe ich gerne Nachtdienst gemacht, als die Kinder noch klein waren – heute vermisse ich ihn aber nicht. Ein bis zwei Nächte sind o.k. – aber das schlimmste, was es geben kann, wie vorhin schon angesprochen, sind kranke kleine Kinder – und die Probleme habe ich ja nicht mehr. *Wie sieht es bei Ihren älteren Kollegen und Kolleginnen aus bezüglich Belastungen?* – – Ich bin andererseits als schon mal ein bisschen sprachlos, wenn relativ jün-

gere an die Belastungsgrenze schon kommen. Weil, das ist keine Falscheinschätzung, weil ich dann denke, halt einmal, du leistest ja doch noch mehr. Du hast die Doppelbelastung [*Pflege am Bett und Leitung der Intensivstation, Anm. JC*] und machst es trotzdem. Bist zwar dann abends alle und hast Beinkrämpfe, aber wenn ich mir die älteren Kollegen anschau, die ab 40-Jährigen – – – bin ich manchmal doch erstaunt, wie schnell die Belastungsgrenzen erreicht sind. Aber wenn ich in manche Internetforen kucke, in Pflegeforen, die Problematik ist ja schon sehr groß, das Arbeitsvolumen und die Leistungsanforderungen, wenn ich da manche sehe, wie sie schreiben und auch Besetzungen usw. – die Belastung hat ja zugenommen. Ob's stimmt, weiß ich nicht, aber wenn ich's vergleiche. Im Nachhinein betrachtet war die Intensiv, wo ich solange war, würde ich jetzt als Erholung ansehen [*Der Proband ist inzwischen nicht mehr im Intensivbereich tätig, sondern als Belegungsmanager für das gesamte Haus zuständig, Anm. JC*] – Im Vergleich von einer Normalstation? – Nein, von jetzt. *Nochmal zurück zum Kollegium: Sie sagten vorhin, die Älteren sind zum Teil leistungsfähiger als die Jungen und die Jüngeren kommen sehr schnell an ihre Leistungsgrenze?* Ja, das muss natürlich nicht stimmen. Vielleicht jammern die Jüngeren auch mehr, drücken's mehr aus als die Älteren, das kann ja auch sein. Wenn man jetzt den Ausfall nimmt, Jüngere und Ältere – das kann ich schlecht einschätzen. *Wenn Sie sich jetzt einmal den Intensivbereich anschauen, der ja geprägt ist von Notfallsituationen – wie ist dann die Arbeit von Älteren und wie ist sie von Jüngeren?* Also primär sind Ältere natürlich routiniert allein durch die Anzahl der Fälle, der Situationen [*die sie schon im Laufe ihrer langen beruflichen Erfahrung gesehen haben, Anm. JC*] als Jüngere; also die routinierten, ruhigen, geplanten Abläufe. Es ist natürlich im Notfall auch wichtig, die Zweierbeziehung von Kollegen – wenn man jetzt Kollegen hat, mit denen man das schon x-mal zusammen gemacht hat, da geht das ohne Worte, jeder weiß – wenn man jetzt aber zwei Leute hat, die das noch nie zusammen gemacht haben, ist natürlich ein klares Regime angesagt, eine klare Organisation. Wenn ich jetzt unsere Situation nehme, denke ich, dass da keine großartigen Unterschiede sind. Erfahrene, etwas ältere Mitarbeiter übernehmen meist das Kommando und sind dann, denke ich, von Vorteil. *Notfälle sind ja Situationen, die im Intensivbereich zusätzlich auftreten, zur Routine. Kommen da ältere Mitarbeiter/innen eher an ihre Grenzen?* Da kann ich ein gutes objektives Urteil nicht abgeben, aber gerade neulich letztens, morgens, da waren teilweise ältere Mitarbeiter auch dabei – gut, wenn da jetzt nicht irgendwelche Dinge sind, macht das glaube ich keine Unterschiede.

9.5 Entlastungen

– – Entlastungen [*leise*] – Nehmen wir mal einen normalen Ablauf: Ich hatte gestern zwei Beatmungspatienten [*zu betreuen, Anm. JC*], beide instabil. Einer, war vorher schon pflegebedürftig und wurde zu Hause schon von seiner Ehefrau gepflegt. Meine Kollegen hatten alle zu tun und dann habe ich die Angehörige mit in die Pflege einbezogen. Mit-einbeziehen von Angehörigen. Was sonst noch entlastend sein könnte, ist natürlich Strukturen, sprich: Pflegepersonal entlasten von berufsfremden Dingen. *Das sind allerdings altersunabhängige Optionen. Was können Sie sich denn altersspezifisch vorstellen?* Arbeitsorganisatorisch beispielsweise die Anzahl der Dienste in Folge nicht unnötig auszureizen. Das ist das eine. Auch wenn viele sagen, es ist ihnen so lieber, weil, die wollen es nicht wahr haben oder was auch immer die Gründe sind. Das sehe ich auf der ICU [*Intensiv Care Unit, Anm. JC*], da wollen sie die Marathon-Dienste machen, damit sie das Marathon-Frei haben und die Anfälligkeit ist größer, durch die Marathon-Dienste. Aber manche wollen es nicht wahr haben, weil sie ihr privates Leben einfach so organ – weil sie denken, es bekommt ihnen besser. *Wie lange sind denn diese Marathon-*

Dienste? Manche würden auch 10 machen, wenn man nicht die Bremse einziehen würde. Manche würden sieben Nachtdienste oder noch mehr am Stück machen. *Geht es jetzt nur um die Nachtdienste?* Teilweise habe ich das auch bei Tagdiensten gemerkt. Manche kommen natürlich durch schlechte Organisation in Minusstunden und dann müssen sie halt irgendwann aufholen. Doch, das könnte eine Entlastung sein, weil – viele denken an die Wochenarbeitszeit oder Tagesarbeitszeit, ganz wenige denken an die Lebensarbeitszeit. *Wie stellen Sie sich das konkret vor mit der Lebensarbeitszeit?* Ganz einfach – das ist ein bisschen abgeschweift wieder – einfach zu sagen, ich denke jetzt an die Fürsorgepflicht, mach doch keine zehn Dienste am Stück oder versuch nicht mal acht zu machen. Wenn jemand schon schwerbehindert ist usw. und da einfach Überzeugungsarbeit hinkriegen, um ältere Mitarbeiter zu entlasten. *Wer muss diese Überzeugungsarbeit leisten?* Die Abteilungsleitung hat es ja schon versucht – wir hatten schon Teambesprechungen gehabt. Aus meiner Erfahrung kann ich sagen, meine Ansätze dazu als Teamleitung haben nicht gefruchtet. Der Träger müsste aus seiner Fürsorgepflicht heraus reagieren.

9.5 Angebote

– – In unserem Bereich? Ich will ja nicht lügen, aber ich habe bisher keins entdeckt. Aber ich muss sagen, ich habe mich auch noch nicht kündigt gemacht. *Könnten Sie sich welche vorstellen – welche würden Sie sich wünschen?* Vorstellen – konkret – kann ich's mir schwer. Da müsste ich mir schon mal ein paar Tage Gedanken machen. Und Wünsche – ja gut, ich meine, wenn man die allgemeine Arbeitssituation sieht, die riesengroße Betriebe, die die Möglichkeiten haben, ältere, nicht mehr ganz so leistungsfähige Arbeitgeber [!] einzusetzen, das ist klar. Aber wie das im Krankenhaus stattfinden soll – ein klassisches Beispiel, ein Arbeitnehmer, der nicht mehr so kann, geht in die Bettenzentrale oder Hol- und Bringedienst oder was auch immer, das hört sich alles gut und recht an, aber wenn Sie zu mir sagen „Du kannst nicht mehr, geh mal in die Bettenzentrale, putz Betten“, also da tu ich mir schwer, das sage ich doch ganz klar, da gehe ich lieber auf's Arbeitsamt, mache eine Umschulung für Computer oder was auch immer. *Könnten Sie sich beispielsweise ein punktuelltes Angebot vom Arbeitgeber vorstellen, z.B. Computerkurse für Kollegen ab 45, oder käme das schräg rüber?* Meinen Sie das für als Teilnehmer oder als Leiter? *Nein, Als Angebot des Arbeitgebers.* Das wäre super. Aber ich denke in dem Alter, ab 45, dass da die meisten schon Bescheid wissen. *Wie wäre das Angebot dann ab 55?* Ich glaube das Angebot würde nicht so angenommen werden, aber ich persönlich würde daran teilnehmen. *Oder Meditationsübungen ab 50?* – Ja, aber ich weiß nicht, wenn da alles Bekannte sind, ob man da so entspannen kann. *Könnten Sie sich vorstellen, dass altersspezifische Angebote ausgrenzend wirken können?* Ja, schon, wenn es dann heißt, die Alten gehen wieder auf dies oder jenes. *Wie ist Ihre Erfahrung mit unspezifischen Fortbildungen – wie ist die Teilnahme älterer KollegInnen?* Das kann ich nicht qualifiziert beantworten.

9.7 Beschäftigung sinnvoll

A werden die Zwänge dazu da sein. Gehe ich mal auf die Entwicklung zurück. Sie werden wahrscheinlich gar nicht genug jüngere haben, später, für die alte Bevölkerung. Ja, halte ich schon für sinnvoll und erforderlich. *Unter welchen Bedingungen?* – – – Das ist eine gute Frage. – – Altersteilzeit würde ich als gerecht empfinden. *Können Sie sich das Renteneintrittsalter in der Pflege mit 67 vorstellen?* Nein. Doch – bei manchen ja. In der Reha-Klinik, die paar Pflegekräfte, da kann ich bis 80 arbeiten. In den harten Anforder-

rungsbereichen, mit Schichtdienst im Intensiv- oder Notaufnahmen, in den Bereichen sicher nicht. Ich denk, das muss man schon differenzieren, wie in anderen Berufsgruppen auch. *Wenn Sie jetzt die Möglichkeit hätten, Arbeitsplätze für ältere Mitarbeiter zu schaffen, wie würde so ein Arbeitsplatz aussehen?* Spontan fällt mir dazu nichts ein. – Da habe ich keine Idee. *Glauben Sie, dass es im Alter von 50 Jahren noch Möglichkeiten gibt, Weiterbildungen zu machen, z.B. Hygienefachkraft oder ähnliches, in Betracht dessen, dass man noch theoretisch 17 Berufsjahre vor sich hat?* Ja, natürlich, unbedingt. Das überrascht mich ein bisschen – manche Frage, wo man erst drüber nachdenken müsste.

9.8 Zusammenarbeit

[Kurzer Exkurs zur Versorgung von Notfällen, hier ist Erfahrung besonders wichtig, wobei Erfahrung eher auch bei älteren KollegInnen erwartet werden kann.] Wenn sich Junge mit einander des Öfteren unterhalten, dann weiß man, o.k., es sind Dinge, die sind bei einem selbst schon 20, 30 Jahre her, sprich – die Gesprächsgrundlagen, die sind dann schon ein bisschen anders, wenn ältere Arbeitnehmer miteinander privat kommunizieren als jüngere. Wenn ich mit Kollegen über Themen wie Kindererziehung oder Erfahrungen in der Schule spreche ist das etwas anderes, als wenn ich mit 23-Jährigen spreche, die über Discothemen oder sonstiges sprechen. *Wie ist es beispielsweise wenn eher computererfahrene jüngere Kollegen mit eher pflegeerfahrenen älteren Kollegen zusammenarbeiten?* Wenn beide ernsthaft, seriös und gut miteinander umgehen, dann gibt's einen ganz tollen Synergieeffekt. Das sehe ich positiv. Aber das ist wie mit andern Dingen auch, wenn ich jetzt sehe, der eine will sein Wissen nicht weitergeben der andere auch nicht, oder der andere will's nicht annehmen, dann ist's wie mit allem im Leben, dann gibt's nicht. Wenn aber die Bereitschaft da ist, die gegenseitige Akzeptanz, keine Überheblichkeit und nichts, dann ist das immer, egal was es ist, ob's Wissen oder egal welches Wissen es ist, diese Synergieeffekte sind immer positiv. *Im Intensivbereich dominiert die Technik mehr als in anderen Bereichen des Krankenhauses. Ist das Interesse hier bei Jüngeren und Älteren gleich groß?* Ich glaube, dass die älteren Kollegen eher Interesse an neuen Technologien haben als jüngere. *Hängt das möglicherweise mit der größeren Bereitschaft der Verantwortungsübernahme zusammen?* Ja, das glaube ich schon. *Im Intensivbereich arbeiten relativ viele Männer. Merken Sie Unterschiede zwischen älteren Männern und Frauen?* Es könnte sein, dass Männer manchmal pflegeleichter, umgangsleichter als Frauen sind. Wobei die älteren Damen dann auch etwas umgangsleichter sind als die jüngeren. Aber da möchte ich mich nicht so genau festlegen. Bei der Zusammenarbeit alt und alt, wobei man davon ausgeht, dass die älteren Mitarbeiter schon lange miteinander arbeiten, geht vieles ohne Worte, mit geschlossenen Augen. Das würde ich schon als Positivum sehen. Da kommt immer wieder die Erfahrung, die gemeinsamen Automatismen zum Teil sogar laufen da ab, sprich, das ist alt und alt. Problemlösungen und Einsichtnahmen halte ich bei älteren Arbeitnehmern für besser. Aber auch das muss alles nicht stimmen. *Wie ist es denn bei der Einführung von neuen Therapiekonzepten, tun sich da ältere Mitarbeiter schwerer als junge?* Das kann, könnte man so interpretieren, aber es liegt immer wieder im Individuum. Weil der Satz: „Das haben wir schon immer so gen macht, das ist gut so“, die Gefahr ist da. Da ist bei älteren Mitarbeitern die Gefahr etwas größer. *Wenn man das jetzt auf andere Themen überträgt, z.B. Pflegestandards – gibt es da Unterschiede in der Akzeptanz zwischen jüngeren und älteren Mitarbeitern?* Da kann die gleiche Problematik entstehen. Das kann ich nicht von der Hand weisen. Die Einsicht ist da, das tun zu müssen *[die Einführung der nationalen Expertenstandards in der Pflege, Anm. JC]*, aber wie man es letzten Endes

sicher gestaltet, da hat's dann natürlich Diskussionen gegeben, mit älteren Mitarbeitern mehr als mit jüngeren.

9.9 Weitere Aspekte

Möglicherweise wäre das Interview bei einer Vorbereitung ergiebiger gewesen.

10. Interview, KH

10.1 Positive Effekte

Also positive Effekte, wenn ich von mir selbst ausgehe, da ich jetzt 40 bin, oder auch beobachtet habe bei anderen Mitarbeitern, die in dieser Altersspanne liegen, da fällt mir vor allem auf die Erfahrung, die jemand eben über die Jahre angesammelt hat, die ihm in vielerlei Hinsicht zu Nutzen sein kann. Er kann z.B. viel vorausschauender arbeiten, erkennt Dinge schon im Ansatz, erkennt Situationen, aha, das hab ich ja schon soundso erlebt – viele Dinge wiederholen sich ja auch auf Station. Vielleicht dann, dass man andere Möglichkeiten, Hilfsmittel hat, aber die Situation an sich, wie's den Patienten gehen kann oder so oder organisatorische Probleme wiederholen sich auch immer wieder und da gewinnt man viel mehr Sicherheit, wenn man so Dinge schon mal erlebt hat. Genauso fällt mir auf, dass das Arbeitsverhalten, ich sag mal bei den 40ern oder darüber hinaus eher besser wird. Arbeitsverhalten, damit meine ich, man nimmt die Dinge auch ernster, man hat nicht mehr so viele Ablenkungen, wie man sie als junger Mensch eben hat. Man streut sich nicht so in alle Richtungen, man ist eigentlich in der Regel konzentrierter bei der Arbeit. Ausnahmen bestätigen auch hier die Regel, aber von mir ausgehend muss ich sagen, dass es für mich einfach eine viel größere Bedeutung auch hat, ne gute oder ne sehr gute Arbeit abzugeben, und das tagtäglich, jedes Mal, wenn ich hier bin, ist für mich ein ganz wichtiger Aspekt, der auch zu einer eigenen Befriedigung eben führt, Mensch man hat auch bissl Chaos oder so die Station wieder sauber hingekriegt, egal mit wem man gearbeitet hat, egal mit unter welchen Bedingungen, egal, was passiert ist, man hat's wieder geschafft und hat sich selber auch bewiesen, ich kann das. *Anschauliches Beispiel für die Ablenkung jüngerer Kollegen?* Ja mir ging's ja selber damals auch so, man hat ja eben da noch was unternommen, hat im Dienst auch schon gedacht, nachher geht's noch in die Disco oder oder oder. Das ist ja auch völlig normal, trotzdem denke ich, sind die Älteren oder Alten auch Vorbild für die Jungen, um eben das Arbeitsverhalten Disziplin als Vorbild eben vorzuleben und da erwartet man ja natürlich auch den Respekt, dass es dann auch befolgt oder eben genauso gemacht wird, aber da haben wir eben auch Vorbildfunktion, das kann ich nur machen mit Erfahrung, mit `ner Souveränität, mit Menschenkenntnis, mit all dem, was ich dann halt auch einbringen kann, einbringen will und einbringen muss.

10.2 Vorteile

Da kann ich auf Anhub aufbauen, was ich vorhin gerade gesagt hab, weil's ja meine eigenen inneren Beobachtungen was sich auch primär darstellen, vor allem die Menschenkenntnis, die eigene Reife, die dann langsam auch wächst, wo ich denk, o.k., das hast du schon mal erlebt, man rastet vielleicht nicht mehr so schnell aus, wenn einem wirklich jemand auf die Pelle rückt, man muss sich aber dann auch mal abgrenzen und sagen, so

und so geht's nicht, und ich erwarte auch den Respekt und den fordere ich auch ein von Patienten, Angehörigen genauso wie von Mitarbeitern, meinen Kollegen, aber halt in Ruhe, dann wird halt drüber gesprochen, und manchmal muss man auch schärfere Mittel ergreifen, aber in aller Regel erst konstruktiv und eben im Gespräch, dass das dann alles auch so gemacht wird. Genauso eben bringt das Alter für mich persönlich Vorteile, dass ich Dinge eben schon mal erlebt hab auf Station, dass ich weiß, o.k., das ist die Schiene, da reagier ich so und so, eskaliert das Problem nicht, wir haben's dann wieder im Griff, ich weiß was da kommt. Ein jüngerer Kollege kann dann schon auch mal bissl Panik kriegen oder denkt, ich hab noch Zeit, ich mach das nicht, und ich sag ihm dann ein tack tack tack, zu wissen, wann was zu tun ist. Dann haben wir auch Zeit, wenn Unvorhergesehenes passiert, und es passiert Unvorhergesehenes. Immer dann, wenn man nicht vorbereitet ist. Also versuche ich auch immer, es den jüngeren Kollegen beizubringen. Dann sagen die, o.k., der meckert wieder, aber ich sag nein, zu dem und dem Zeitpunkt hat das und das zu erfolgen, und dann haben wir die Luft hinten raus. Und wenn wir die haben, dann können wir uns auch mal fünf Minuten Ruhe oder Pause gönnen, und wenn wir die nicht haben, kommen wir ins Schwimmen hinten rum und kommen auch mit unserer Arbeitszeit nicht zurecht. Deswegen, das sind so Erfahrungswerte und auch der rote Faden, wie's auf der Station, wo ich gerade bin, zuzugehen hat, das ist auch so was, was sich über die Jahre hin implementiert. Das hat man nicht von heute auf morgen, und es gibt immer wieder Nuancen und neue Sachen, die auch eingeführt werden. Die man dann integriert, aber das ist aber der grobe Zusammenhang, die Struktur, also das Gitter sozusagen, das ist einfach da und an dem kann man sich dann auch entlang hangeln, wenn jetzt unerfahrenere Leute da sind, oder man mit Leasing arbeitet oder Unvorhergesehenes passiert. Aber dieses Gerüst muss man im Kopf haben und ich denk, dann läuft es und es geht eben nur mit Erfahrung, ja, so würde ich es sehen. *Bringt das Alter auch bei unvorhergesehenen Dingen Vorteile?* Ja, man kommt nicht mehr so schnell aus der Ruhe damit, ja, man weiß dann, wie man's organisiert oder kann jetzt auch mal einen Jüngeren einbinden, dass man sagt, o.k. für dich allein ist das zu schwer, aber mach du diese Routinetätigkeiten und ich konzentrier mich auf die Gesamtorganisation, damit der Laden eben weiter läuft als wenn drei Erfahrene da – da kann man das einfach auch besser organisieren, wenn plötzlich was vorkommt oder passiert. *Würden Sie das unterschreiben, wenn ich sage, man kann mit steigendem Alter auch seine eigenen Grenzen eher sehen?* In jedem Fall. Ich würde auch Hilfe einfordern, das seh ich schon im Ansatz, das übersteigt meine Sachen und jetzt hol ich mir jemand und wurzle da nicht blind drauf los. Ich will noch was dazu sagen, was mir das Alter noch an Vorteilen bringt: Die Identifikation mit dem Betrieb steigt natürlich auch mit zunehmendem Lebensalter oder Verweildauer, die man da ist. Das hängt einmal von der eigenen intrinsischen Motivation ab, ich denke, die bring ich jetzt ziemlich stark mit, aber natürlich auch von den Rahmenbedingungen. Wir haben im Moment schwierigere Rahmenbedingungen, trotzdem fühl ich mich sehr stark identifiziert mit dem Betrieb und es hängt natürlich auch an Personen, an Führungspersonen auch, wo man denkt, o.k., die haben mir weiter geholfen, die bringen mir was und – das ist aber auch eine Kultur, die in dem Betrieb herrscht und an der muss auch von Führungsseite aus immer gearbeitet werden, damit auch die Mitarbeiter zufrieden sind und damit die Patienten und damit insgesamt der Erfolg dableibt und es ist ja auch ganz ganz wichtig, dass die Identifikation einerseits mit dem Alter steigt, aber auch fallen kann, wenn die Rahmenbedingungen dazu eben nicht mehr gegeben sind. Auch in schwierigen Bedingungen kann die Identifikation stark sein. Aber manche Dinge müssen einfach dann auch bereitgestellt werden. Das kann man sich nicht alles selber zusammenbasteln als Mitarbeiter. Ja die Disziplin ist damit sicher auch gestiegen, ich denk, die hatte ich schon immer irgendwo, aber über die Jahre, ja, wird die Arbeit einfach noch

ernster genommen ohne den Spaß und Humor zu verlieren. Ohne geht's nicht, aber auch der Spaß an der Arbeit steigt einfach, wenn man sagt, o.k., das ist mein Ziel und ich will einfach jeden Tag hier klasse Ergebnis abliefern, wenn mir das gelingt, dann geh ich auch zufrieden nach Hause und dann ist auch gute Stimmung. Und wenn ich oder mein Team sich wohl fühlt, dann fühlt sich auch der Patient wohl, dann haben wir als Station Erfolg und auch als Krankenhaus. Und das Ganze denk ich auch, ist eine souveräne Sache, die einem mit den Jahren zuwächst oder auch nicht. Aber nur mit den Jahren vorher, als junger Mitarbeiter nach zwei drei Jahren kann man das nicht haben in der Regel.

10.3 Leichter

Auch da kann ich anknüpfen an die beiden ersten Fragen, nämlich einfach das Einschätzen und Erkennen von Situationen, auch vielleicht von Situationen, die ein Gefährdungspotenzial beinhalten fällt leichter, wenn man solche Dinge schon mal erlebt hat oder in ähnlicher Form, dass man dann schon am Anfang intervenieren kann und lässt das nicht erstmal laufen, oder solche Dinge, dass man auch erkennen kann, o.k., das ist jetzt vielleicht überflüssig oder wenn ich Prioritäten setzen muss, weil ich einfach mal schlecht besetzt bin und sag, darauf kann ich verzichten, diese Entscheidung kann ich erst treffen, wenn ich Erfahrung hab, wenn ich weiß - *Gefährdungspotenzial für wen?* Für den Patient, aber auch für mich selbst als Mitarbeiter, wenn mir jemand mit 150 Kilo auf den Boden fällt, ist beinamputiert, den werd' ich nicht alleine hochziehen, da hol ich mir 'nen Lifter und drei Leute noch dazu und wenn das nachts passiert, dann muss man sich halt wieder was überlegen. Aber da würd' ich niemals rangehen und hätt' dann hinterher, ja, einen Rückenschaden oder so, das geht nicht. Und wenn die Hilfsmittel halt nicht da sind, dann müssen die angefordert werden, ganz klar, über die Stationsleitung. Ja, dann Kommunikation denk ich fällt auch leichter wenn man Lebenserfahrung hat, wenn man Reife hat und dann grad mit älteren Patienten, denen man viel mehr geben kann, man ist selber nicht mehr so unruhig, es tut ihnen auch gut und die möchten natürlich auch Leute haben, die selber bissl Erfahrung haben, damit sie auch mehr respektiert und eben in ihrem Horizont, den sie mitbringen, besser verstanden werden. Weil das ist dann meine Eltern- oder Großelterngeneration, von denen weiß ich auch selber noch was, oder über Geschichte oder über eigene Bildung, dass man das auch einfach einordnen kann, was für einen Lebenshorizont die Menschen haben und damit auch besser mit ihnen umgehen kann, auch wenn sie verwirrt sind, auch bei Demenz kann man an alte Sachen gerade gut anknüpfen. Das fällt leichter und natürlich auch die Kommunikation mit Vorgesetzten, mit Mitarbeitern allgemein im Leben, es fällt leichter, wenn man da schon Lebenserfahrung hat, dass man da mehr Ruhe bewahrt auch wenn's mal brenzlig wird, aber auch dass man klipp und klar sagt, bis hierher und nicht weiter. Und dazu gehört eben auch Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein und das muss auch erst über die Jahre reifen, das ist meine eigene persönliche Erfahrung. Es gibt Leute, die wirken sehr selbstbewusst, aber manchmal ist es einfach nur ne große Klappe. Ich denk, man muss auch was geleistet haben um zu sagen, so und so geht's lang, nicht einfach nur herkommen und nach zwei Wochen meinen, man ist der Chef, das geht nicht. Also da auch die Durchsetzungsfähigkeit, natürlich immer mit dem Ziel, was wollen wir erreichen, gute Stationsergebnisse, gutes Ergebnis für das Krankenhaus, vor allem für die Mitarbeiter, vor allem aber natürlich die Patientenzufriedenheit, und das auch mal unter schweren Bedingungen, je nachdem wenn es an Personal mal mangelt, wenn jemand krank wird oder wenn auch die finanziellen Mittel nicht so bereit stehen, dann müssen wir eben das Beste draus machen und dafür steh ich auch ein. Und jungen Mitarbeitern eben auch Vorbild geben. Das gelingt nicht immer, man ist selber auch mal ein Heißsporn, aber man muss

dann wieder auf den Weg zurückfinden, auf dem man sich befindet, und das geht auch nur, wenn man schon ein paar Jahre Erfahrung hat, meiner Meinung nach.

10.4 Belastungen

Ich denke natürlich, jetzt mit 40 geht's noch, aber in zehn oder 20 Jahren – ich seh's ja an den älteren Kollegen, da ist natürlich auch der Körper irgendwann mal teilweise verschlissen oder eben nicht mehr so in der Lage, jetzt die ganz schweren Dinge zu heben, zu tragen, also diese körperlich schweren Voraussetzungen, das kann natürlich Einschränkungen geben, aber da will ich gleich mal sagen, dass man da auch viel mit Köpfchen arbeiten kann, sich dann Leute dazu holen, da müssen die Jungen halt auch mal ihren Part übernehmen. Man gibt so die Richtung vor, und jüngere Kräfte – das liegt eben am Teammix, wie das Team zusammengesetzt ist und dass man trotzdem noch die Leistung erbringen kann, und die Erfahrung und mit dem Köpfchen arbeiten spricht auf jeden Fall für Ältere. Aber ein reines Team von Älteren find ich auch nicht gut, also der Teammix macht's auf jeden Fall, wobei der Anstieg Älterer auf jeden Fall zunehmen wird, also einfach aufgrund unserer demografischen Entwicklung. Aber das ist bei guter Planung kompensierbar, wie gesagt, wenn man auch mit Kopf arbeitet. Darüber hinaus lange Arbeitsbelastung ohne Pause ist für einen älteren Mitarbeiter nix, also zwölf Tage, 14 Tage oder 16 Tage am Stück, das geht definitiv nicht, aber das kann man natürlich mit einer Dienstplangestaltung auch in die Finger bekommen, denke ich. Das wird bei uns auch teilweise so gemacht, vier fünf Tage, einen Tag frei. Gut, so Regenerationspausen, die vielleicht ein bisschen länger werden, wenn man älter wird, aber die müssen nicht zu lange sein. Ja und die muss der Mitarbeiter dann natürlich auch aktiv nutzen, dass er sich dann Ruhe gönnt, sich dann bisschen aber auch sportlich oder ernährungstechnisch sich betätigt, dass er eben dann seine Arbeitskraft auch erhält. Ich erwarte schon vom Arbeitgeber, dass er mir solche Rahmenbedingungen bereitstellt, aber ich bin dann auch bereit, selber was dafür zu tun, dass ich gesund bleibe. Und das kann man auch verlangen. Was auch eine Belastung wäre, ist zum Beispiel häufige Schichtwechsel, also das ständige Springen, das ist für junge Mitarbeiter interessant und auch durchaus kommunizierbar, wenn man älter wird, denk ich, ist auch eine gewisse Kontinuität im Dienstplan, das heißt nicht, dass man drei Wochen früh arbeitet, aber drei vier Tage am Stück, dann ins Spät wechselt und dann zwischen Spät und Früh einen freien Tag einbaut, zum Beispiel. Weil gerade die kurzen Wechsel sind halt sehr belastend, weil da kein Ausruhpotenzial mehr ist und man ist dann halb unausgeruht wieder im Dienst, Verletzungsgefahr steigt, Arbeitsunfälle steigen, man kann auch Fehler machen, weil der Kopf nicht so klar ist als wenn man eben seine Ruhepause gehabt hat. Und ich persönlich, mich belastet ein bissl, dass ich im Moment nicht die finanziellen Möglichkeiten hab, obwohl ich alle Einsparpotenziale nutze, ja auch kein Auto und so weiter hab, um eben eine gescheite BU abzuschließen. Und das ist für mich halt 'ne große Belastung, tagtäglich kann's ja passieren, man wird ein BU-Fall und wird dann Hartz Vier-Empfänger. Und das wär' bitter, wenn man halt mit viel Engagement und Einsatz arbeitet. Ich weiß nicht, ob's irgendwann mal so Angebote vom Arbeitgeber gibt, dass es eben günstige BU's angeboten werden, die günstig und trotzdem leistungsstark sind. *Sie meinen Berufsunfähigkeitsversicherungen?* Ja, das ist eine elementare Absicherung, die mir persönlich jetzt eben fehlt und ich hab mich auch schon umgesehen, es ist halt schwierig, da was zu bekommen, das auch finanziell noch stemmbar ist, sag ich jetzt einfach mal. Das ist was Persönliches, das wollte ich jetzt halt auch einfach mal mit einbringen, das belastet mich persönlich. Ja ich denk, der Mitarbeiter ist gefordert, der Arbeitgeber ist gefordert und ich denk als Team kann man die Herausforderung Alter und demografischer Wandel am

besten lösen, wenn man im Gespräch bleibt und beide willens sind, da auch ihren Teil dazu beizutragen. *Wie sollte Ihrer Meinung nach ein guter Teammix aussehen?* Jetzt hab ich natürlich nicht die betriebswirtschaftliche und PDL-Voraussetzung, um das abschließend zu beurteilen, aber ich könnte mir vorstellen, dass durchaus ein Drittel bis die Hälfte älterer Mitarbeiter durchaus verkräftbar sind, wenn sie eben sowohl fachlich wie ich sag mal eben auch bissl auf ihren Körper achten und dann auch leistungsbereit und leistungsfähig bleiben ohne jetzt so ranzuklotzen wie ein 25-Jähriger. Ein Drittel vielleicht Junge und ein Drittel mittleren Alters, 40, 50, so was könnte ich mir vorstellen, wobei der ältere Anteil steigen wird und da muss man eben auch die Potenziale der Älteren ausschöpfen und mit Köpfchen arbeiten und nicht mehr nur mit Kraft heben, ziehen und tragen, sondern vielleicht, jetzt gucken wir mal, wie wir das anderweitig geregelt bekommen.

10.5 Entlastungen

Wie ich schon angesprochen hab, was auf z.B. jetzt auf meiner Station durchaus auch dienstplanmäßig öfter vorkommt, dass man mit Dienstplangestaltung eben immer guckt, dass auch kurze Pausen mal dazwischen liegen oder versucht, wenn`s möglich ist, auf die Mitarbeiter ein bissl einzugehen, wenn sie jetzt mal einen Wunsch haben einen Monat oder zwei, dass man das auch versucht, zu berücksichtigen. So was ist motivationsfrei, so was schafft auch mal Ruhepausen, dass man sich nach vier, fünf Tagen sich kurz ausruhen kann und dass man dann wieder voll drin ist im Geschäft. Auch gute Hilfsmittel, die ausreichend da sein müssen, und natürlich so Mindestanforderungen an Personalstärke, so dass es halt nicht vorkommt, dass man eben, wenn wirklich jemand stürzt oder andere Dinge vorkommen, oder dass man aus Not am Mann, oder auch weil man eben dem Patienten helfen will oder muss, sich selbst gefährdet. Arbeitssicherheit denk ich ist ein ganz großes Thema für eine älter werdende Belegschaft. Und was ich schon erwähnt hab, dass eben bei kurzen Wechseln, vielleicht doch die möglichst reduziert werden auf ein Minimum. Weil da seh` ich für ältere Mitarbeiter, also aus meiner Sicht jedenfalls fällt es mir schwer, wenn ich nur kurze Erholungsphasen hab und soll dann auch wieder voll da sein. Ja und mit der BU, das hab ich auch erwähnt, aber ich denk das trifft auch andere Mitarbeiter, die vom Geld her nicht die Möglichkeit haben, sich damit was Adäquates zu versorgen, mit dem sie dann genauso abgesichert sind, wie sie heute sind, wo sie berufstätig sind. Das halte ich für ein ganz wichtiges Thema auch gerade für einen Mann, der jetzt halt keine Versorgung nochmal hat wie vielleicht eine verheiratete Frau, die eben auch auf ihren Mann, der vielleicht mehr verdient, bauen kann und das fördert auch die Motivation, sich in die Arbeit voll reinzuhängen, wenn man weiß, man ist elementar gesichert, wenn was wäre, muss man seinen Lebensstandard nicht auf null reduzieren und fällt durch alle Gitter, die die Gesellschaft heute noch bietet und man lebt natürlich auch außer dem Beruf auch noch ein Leben und möchte auch da ein bissl Freude haben, um das dann auch wieder in den Beruf reinzutragen, diese Freude, und damit auch dem Patienten und dem Haus etwas zurückzugeben.

10.6 Angebote

Sind mir keine bekannt, aber es gibt vielleicht welche. *Könnten Sie sich was vorstellen?* Ja, dass der Betrieb einfach Dinge anbietet wie Rückentraining, Rückenschule, dass man gesundheitsbewusste Angebote macht, die aber auch zu so Zeiten, dass man auch als Schichtarbeiter teilnehmen kann oder dass vielleicht Yoga angeboten wird im kleinen Betrieb, Frühsport, alles so Dinge, die eben auch die Leistungskraft und Arbeitskraft erhalten, natürlich auf freiwilliger Basis, wir haben ja keine kommunistischen Verhältnisse,

ja, dass vielleicht ernährungsmäßig was angeboten wird, Obst auf die Station für die Mitarbeiter, muss ja – natürlich nicht, dass man's mit nach Hause nimmt, aber dass man während dem Dienst Äpfel, Bananen bereit gestellt kriegt, gesunde Getränke, grad in den Sommermonaten, vielleicht so ne Schorle oder so, dass man sich dann auch abholen kann. Wie man das dann reguliert, dass es eben nicht missbraucht werden kann von Leuten, die sich das Zeug mit nach Hause holen, das ist dann wieder eine andere Frage. So Dinge könnte ich mir vorstellen und es würde sehr gut ankommen und würde nicht die Welt kosten. Und dass eben auch genug Hilfsmittel auch da sind, die Leute auch richtig geschult sind, wie sie damit umgehen, viele bei uns wissen gar nicht recht, wie man jetzt den Lifter auch bedient, selbst bei der Krankengymnastik gibt's da wohl Lücken. Ja dass solche Dinge eben da sind, dass man eben sicher arbeiten kann und das dann auch sag ich mal mit Engagement und Freude tun kann. Wenn man weiß, wenn ich alles beachte, kann mir eigentlich nicht viel passieren, vor allem den Patienten auch nicht. Das wären so Dinge, Ernährung, Sport, dass so was auch angeregt wird oder auch unterstützt vom Haus. *Was meinen Sie mit Gesundheitsangeboten?* Gesundheitsangebote vom Betrieb eben, was ich so angesprochen habe. Das ist auch so mehr die Idee, dass der Betrieb Mitarbeiter unterstützt, dass sie eben auch leistungsfähig bleiben können und das nicht nur auf ihrer Privatinitiative beruht, dass sie sich jetzt bei Pfitzenmeier für 60 Euro noch ne Karte holen und dann nach dem Dienst, dem Frühdienst noch Gewichte stemmen muss, wo sie eigentlich eh schon fertig sind, sondern dass man das vielleicht irgendwie in den Betriebsablauf integrieren könnte, natürlich auf freiwilliger Basis, da Kurse oder irgendwas anbietet. Man hat das ja schon in großen Kliniken gesehen, manche können es stemmen, mir ist klar, dass so was auch Geld kostet, aber ich denk mit Eigeninitiative oder mit Ideen lässt sich da auch einiges machen. Im Moment sind mir bekannt, diese Walkinggruppe gibt's ja und auch der Chor, das ist ja auch sehr schön, ist natürlich jetzt für Pflegemitarbeiter uninteressant, weil das findet um fünf nachmittags statt. Und wenn ich jetzt um halb drei vom Dienst rauskomme oder Spät hab', da ist mir gar nicht möglich, da mitzumachen. Für Verwaltungsangestellte ist das sicher eine gute Möglichkeit, aber grad für die Pflege denk ich sollte man was tun, weil diese Leute ja auch körperlich belastet sind, seelisch belastet sind. Wenn die Angebote im Betrieb hätten, das wär' ne schöne Sache und würde dem Betrieb nützen, wenn man die Leistungskraft hinsichtlich auch der demografischen Entwicklung auch erhalten würde. Könnte ich mir gut vorstellen, dass so was ankommt. *Gibt es noch andere Hilfsmittel, die Ihnen da vorschweben?* Also wir haben ja auch diese Rutschmatten und Dinge, da mein ich aber, genauso wie man für die Reanimationsfortbildungen einmal jährlich einen festen Termin vorschreibt, sollte man unbedingt grad im Reha-Bereich oder geriatrischen Bereich Hilfsmittelfortbildungen vorschreiben, Pflichtveranstaltungen, ein-, wenn nicht zweimal im Jahr, dass immer wieder rückschonendes Arbeiten, aber auch für den Patienten der angenehmste Lagerungswechsel, Patiententransport oder wenn Leute hinfallen, auch hinsichtlich dass die Leute heute – 100 Kilo ist nichts mehr, 150 kommt schon häufig vor und dann auch noch amputiert, und wenn so Leute einen Sturz erleben, dass man dann eben auch wieder richtig ins Bett kriegt, sie transportieren kann. Ich denk da ist großer Bedarf, nicht nur beim Pflegepersonal, auch bei den Therapeuten wissen nicht immer alle wie man damit umgeht. Solche Dinge, dass man da eben auf dem neuesten Stand ist und auch wirklich die sichersten und tragfähigsten Sachen hat. Die müssen manchmal gar nicht viel kosten. Wir hatten mal so Nylonunterlagen, mit denen man dann so im Bett Bewegungen machen kann mit dem Patient. Das geriet dann wieder in bissl Vergessenheit, weil viele nicht wussten, wofür die sind. So was könnte ich mir gut vorstellen, dass diese Dinge ganz stark implementiert werden und dann auch zur Erleichterung führen. Und zu weniger Ausfällen vielleicht, krankheitsbedingt.

10.7 Beschäftigung sinnvoll

Das halte ich für eine sehr gefährliche Frage, die ich jetzt beantworten muss. Ich beantworte sie jetzt mal so wie ich denk, ich denk unbedingt. Es ist ne ganz wichtige Sache auf die Erfahrung, auf das Expertenwissen und auch auf die Souveränität der Mitarbeiter zu bauen. Die Mitarbeiter müssen das aber auch mitbringen und entwickeln und sich entwickeln lassen auf `ner Station. Es hat keinen Wert, wenn sich jemand zurückzieht und sagt nach der Prüfung, ich mach jetzt 40 Jahre nix mehr. So Leute muss man dann halt auch irgendwie dazu motivieren, dass sie sich weiterbilden, weil wir brauchen ältere Mitarbeiter, aber die müssen natürlich auch fähig sein, ihre Erfordernisse zu erfüllen. Es kann nicht sein, dass manche Leute einfach sagen, och ich brauch das nicht mehr. Da muss man sie fördern, aber auch fordern, das ist so meine Meinung, und es sollten auch die Mitarbeiter unterstützt oder in irgendeiner Weise, dass man die auch beachtet, die das schon von alleine mitbringen, die von sich aus jahrelang aktiv, initiativ tätig waren, Fachzeitschriften sich abonniert haben, sich weitergebildet haben, sehr viele Fortbildungen besucht haben und das auch einbringen, sich auch rhetorisch geschult haben an der Abendakademie, um dass alles dann auch beruflich einzubringen und zu verwenden und dann trotzdem das Gleiche verdienen. Ich meine, ja, es geht ja auch nicht immer nur um Geld, man kann ja auch andere Dinge bereden dann, aber dass man solche Mitarbeiter vielleicht auch so bissl – das sind bissl auch Lokomotiven für andere oder so. Ja und diese Dinge denk ich muss man fördern, und da gibt`s bei Vierzigern oder auch älteren Mitarbeitern immer noch ich sag mal Goldstandard. Und die sollten wir für unser Haus auch nutzen, überhaupt für die Pflege nutzen, um Andere damit vielleicht zu motivieren, aber auch um diese Ressourcen eben zu fördern und ein älterer Mitarbeiter ist immer unverzichtbar, wie gesagt unter den Kautelen, wie ich genannt hab, dass er sich eben auf dem Laufenden hält und seine Erfahrung, seine Ausdrucksfähigkeit, seine Motivation, dass er die mit einbringt und weiter auch am Leben erhält. *Wer sollte die Motivationsarbeit für die Jüngeren übernehmen?* Das sollte einmal von der Führung kommen, aber kann natürlich auch intern von einer Station dadurch geschehen, dass jetzt eben ein älterer Mitarbeiter als Vorbild vorangeht. Bei meinem eigenen Beispiel, da hab ich das jetzt sehr lange schon so gemacht und ich denk, wir haben da einige Erfolge. Fortbildungen, da können Sie auch meine Chefin fragen, die ziehen an bei uns seit ein, zwei Jahren. Vorher war eigentlich immer ich derjenige, der sich als erster draufgeschrieben hat oder bei betriebsinternen Veranstaltungen oder wenn wir gemeinsam mit Station was unternehmen. Ich versuch mich immer als erstes auf die Liste zu setzen, nicht um mich aufzustellen, sondern einfach um zu sagen, hier, ich bin da, wer macht mit. *Können Sie den „Goldstandard“ noch etwas ausführen?* Ja man kann auch von Silberstandard auf die Haare bezogen, aber heute steigt Gold nicht nur an der Börse im Wert oder auch Erdöl, das ist ne knapper werdende Ressource und ich denk auch im Pflegebereich sind wichtige Ressourcen wie Menschenkenntnis, Erfahrung, all diese Dinge, die ich auch schon erwähnt hab, wie man Situationen einschätzt, das ist ein Goldstandard, wenn ein Haus Leute hat, die darüber zehn, 15, 20, 30 Jahre lang schon ihre Erfahrungen gemacht haben und sich auch auf dem Laufenden hielten. So Leute kann man a nicht gehen lassen, b nicht vergaulen und c muss man sie gesund erhalten oder zumindest dazu motivieren oder den Rahmen schaffen, damit sie das können. Und dann denk ich, ist ein Haus auch erfolgreich, wenn es auf die älteren Mitarbeiter baut, die aber auch ihrerseits die Pflicht haben, sich dann bissl fit zu halten, soll nicht übertrieben sein, aber jeder in seinem Rahmen, und ich denk, wenn man das so bissl steuert von beiden Seiten, das ist `ne wichtige Ressource, die ich für alle Pflegeeinrichtungen seh`, vielleicht sogar für alle Betriebe in Deutschland. *Hätten Sie auch eine Empfehlung für die älteren Mitarbeiter, die demotiviert*

sind? Die auch z.B. seit 20, 30 Jahren in einem Unternehmen arbeiten, die nicht mehr hoch kommen, die sich abgemeldet haben? Das fällt mir jetzt sehr sehr schwer. Dazu müsste man jetzt vielleicht wieder eine eigene Gesprächsgruppe oder so bilden mit Führungsmitarbeitern, vielleicht mit ein paar Mitarbeitern, die motiviert sind, um zu sehen, warum sind die motiviert, was machen die denn anders, was könnten denn die Anderen von denen lernen oder so, und damit vielleicht dann wieder die ins Gespräch, ins Boot holen, und damit auch insgesamt nicht nur die Leistung steigern, sondern es steigt auch das Selbstbewusstsein, die Zufriedenheit des Mitarbeiters, er gewinnt damit ein Stück Lebensqualität, wenn er eine gute Arbeit leistet und das auch überkommt.

10.8 Zusammenarbeit

Also die Jugend hat halt ihre Power, aber auch nicht immer, da gibt's Unterschiede. Es gibt Leute, die haben schon ihre Energie, aber die streut sich halt in alle Richtungen, die brauchen halt Führung, Vorbild, die brauchen einen Rahmen, in dem sie sich bewegen, das muss kanalisiert werden in Richtung Betrieb, bissl Disziplin, damit sie sich an den Stationsablauf halten und von den Älteren aber auch was annehmen wollen und das auch tun, und zwar dauerhaft, nicht, heute mach ich's mal und morgen mach ich wieder, was ich will. Da müssen die Älteren aber auch Vorbild sein und die an die Hand nehmen. Aber man muss dann auch erwarten, dass die Respekt gegenüber einem haben und das forder` ich auch ein. Und wenn das nicht der Fall ist, dann mach ich das dreimal und dann lass ich ihn halt laufen. Und dann macht er halt viele Fehler, fällt auf und viele sind halt dann auch nicht mehr da irgendwann, das ist aber dann ihr Pech. Aber man muss den Leuten das auch beibringen, dass wieder so was wie Respekt vor den Generationen da ist, wenn jemand 15 Jahre in `ner Firma schafft oder auf `ner Station ist, dann muss man sich von dem auch mal was sagen lassen und vielleicht auch mal in `nem anderen Ton, wenn es eben paar Mal nicht funktioniert hat. Also wer ist denn schon lange da, wer hat denn was zu sagen, das muss auch unter der Ebene Stationsleitung funktionieren, dass man da praktisch nochmal so einen harten Kern unter der Leitung hat, der die Leitung unterstützt, die weiß, wie der Laden läuft und aber auch die Jüngeren so bissl einpackt, integriert. Da müssen die aber auch ihren Platz einnehmen, der am Anfang eben weiter unten ist. Die können nicht gleich oben einsteigen und hier ihre Flausen machen. Das hab ich halt schon sehr oft erlebt, aber ich hab auch gute Beispiele gehabt, wo Leute sich dann mit der Zeit integriert haben. Also Respekt ist ein ganz wichtiges Thema und halt Arbeitsbereitschaft, Disziplin und dass man sich halt auch mal selber an die Hand nimmt. Man kann auch heute feiern gehen mit 25 und morgen dann trotzdem im Dienst seinen Mann stehen ohne jetzt zu jammern, mir tut`s Kreuz weh, ich muss reduzieren und und und. Ja wenn ich mit 40 das pack`, dann muss ich das von einem 25-Jährigen das allemal erwarten, dass er das bringt. Oder dass ich mal sag`, jetzt nimmst du mal die [?]-gruppe, ich hab` die jetzt fünf Tage gehabt, dass man da auch sagt, die Jungen haben noch die power, die sind noch nicht verbraucht, jetzt schafft halt mal, wir haben das früher auch so gemacht. Haben die Älteren mitgezogen, haben uns dafür aber die Tipps geholt, wie könnt ihr leichter arbeiten, was könnt ihr euch ersparen, was ist Blödsinn, was müsst ihr nicht den ganzen Tag machen, euch damit aufhalten, dafür bleiben die schwierigen, die wichtigen Sachen liegen. Die wichtigen, also die Prioritäten setzen, das kann man von einem älteren Mitarbeiter lernen, das lern ich heute auch noch von meiner Stationsleitung oder anderen Leuten, die noch älter oder eben länger im Betrieb sind vor allem. Nicht nur die Jahre an sich oder die Jahre der Betriebszugehörigkeit, sondern wenn jemand 60 ist oder wenn jemand vielleicht schon 30 Jahre arbeitet, ich arbeite 15, da kann ich von dem jeden Tag noch was lernen und bin auch bereit, mich da unterzu-

ordnen, wenn ich seh`, das ist für mich ein Vorbild und da muss er sich halt auch so verhalten. Das ist für mich ganz wichtig. Jung – Jung, das schafft manchmal ganz flott zusammen, aber Prioritäten, Disziplin, dass man jeden Tag das auch mitbringt, die Ablenkungen sind halt groß. Ich sag mal, das junge Glück, hübsche Schwester, netter Pfleger, das ging mir früher auch so, geht mir heute auch noch so. Wenn da ne nette junge Schwester kommt, da ist man schnell dazu geneigt, die auch so ein bissl über zu betüiteln, aber da muss man klar Leistung fordern. Alles andere gehört dann in die Pause oder nach dem Dienst. *Und zur Gruppe Mittelalt – Mittelalt?* Mittelalt – Mittelalt läuft mit am besten, würde ich mal sagen, aber wieder unter der Voraussetzung, dass die Leute sich fortgebildet haben, dass sie motiviert sind, dass sie sich dem Stationsablauf anpassen. Also wenn jemand so geschult ist oder sich so bissl präpariert, dann kann ich mit demjenigen sehr gut zusammen arbeiten. Und auch mit Älteren natürlich, klar. *Und die Gruppe der Älteren, älter als Sie – was machen Sie da für Beobachtungen?* Die schaffen auch sehr gut zusammen in aller Regel. Wenn es da keine persönlichen Animositäten gibt, aber gut, das kommt halt mal vor, das ist dann halt wieder Führungsaufgabe, das zu bereinigen, aber da schaffen die auch sehr gut zusammen. Gut ist, wenn da noch ein Junger mit dabei ist, sagen wir mal die sind zu Dritt, ein mittelalter, älterer und ein Junger, da kann der dann doch wenn es was zu heben oder zu tragen gibt, da ein bissl mit anpacken, aber die Älteren bringen die Ruhe rein, die Leute sind zufrieden, es wird nicht jeder PiPaPo an ärztlichen Anordnung blind befolgt, es wird dann auch mal gesagt, Doktor, wir müssen das so und so anpacken, heute ist die Personalsituation so oder oder oder. Und da kann man doch viel Ressourcen wieder sparen, die man wieder für die Patienten verwenden kann. Natürlich ist da irgendwann auch Ende, also da muss man gucken, Minimalpersonalstand muss da sein, qualifiziertes Personal, das sich auskennt, da läuft der Laden und dann geht's wie am Schnürchen, manchmal oder oft. *Zusammenarbeit zwischen Jung und Alt?* Ich sehe das unter den Kautelen, die ich beachtet hab, dass eben die Alten Vorbild sind und denen die Jungen auch Respekt zeigen müssen und dass das eben auch eingefordert wird, da seh` ich eine gute Zusammenarbeitsmöglichkeit, aber wie gesagt, viele junge Leute kommen im Moment, entweder sind sie von der Ausbildung her nicht so stark oder wenn sie stark sind, dann vielleicht mit Ansprüchen „jetzt hab ich zwei Wochen gearbeitet, jetzt kann ich ja eigentlich schon Verantwortung tragen“. Wichtig wäre zu vermitteln, dass es immer noch ein Gefälle in der Station gibt und dass man sich von unten nach oben arbeitet und nicht von oben nach oben, so was geht nicht. Also wenn jemand kommt, dann hat er hat sich erst mal unten anzustellen und wenn er sich paar Jahre bewährt hat, kann man über alles reden. Aber viele kommen und wollen nach zwei Wochen hier schon uns Alten sagen, wie wir zu arbeiten haben und Respekt und diese Dinge und auch mal was leisten über längere Zeit und nicht hoppladihopp Erfolg haben, das ist was, was ein allgemeines Problem ist und ich denk, das steckt nicht nur in der Pflege, sondern allgemein in der nächsten Generation, es muss alles sofort passieren. Und Pflege lebt auch von der Kontinuität. *Wie sehen Sie sich selbst in zehn, in 20 Jahren?* Ich möchte mir ein zweites Standbein aufbauen, ob das jetzt real oder unreal ist, weiß ich nicht, aber ich möchte in Richtung Fort- und Weiterbildung gehen, möchte da meine Erfahrungen und ich denk ich trau mich auch, vor anderen Menschen zu reden, einbringen, und ich denk, ich hab da jetzt den ersten Schritt gemacht, indem ich mit meinem Pflegedirektor eine Fortbildung angesprochen hab, die vielleicht dann irgendwann auch ein Einstieg sein könnte. Das wäre so ein Wunsch von mir oder in Richtung Projekte oder so, dass es da im Krankenhaus die Möglichkeit gibt. Ich möchte nicht ganz raus aus der Pflege, aber so kreative Ideen, Projekte, diese Dinge, dass ich da irgendwie mitreden kann oder meine Ideen einbringen könnte in so einer Form, das könnte ich mir gut vorstellen und das möchte ich auch unbedingt. Meins ist es jetzt nicht, so ein Projekt un-

bedingt zu leiten, mitarbeiten ja gern, ich bin eher der Typ, der kurzfristig Ideen bringt, etwas anstößt, etwas in die Wege leitet, quer denkt, moderne Dinge einbringt, so was wie jetzt langfristig an einer Arbeit nur zu bleiben und diese über viele Jahre zu verfolgen, das ist nicht so mein Ding, aber Leute begeistern für etwas aufschließen, neue Dinge einbringen, strategische Entwicklungen, so was traue ich mir durchaus zu, wobei mir natürlich der betriebswirtschaftliche Hintergrund fehlt. Aber ich denke, ich bin ein sehr kreativer, ideenreicher Mensch und möchte das unbedingt auch zur Verfügung stellen, da brauche ich natürlich auch die richtigen Leute, die das möchten, die einen fördern, fordern und so weiter.

10.9 Weitere Aspekte

Ganz oben drüber steht natürlich wie bei allen Sachen, die ich beruflich oder privat sehe, Artikel 1, die Menschenwürde, die muss in jedem Fall beachtet werden und Richtschnur für alles Handeln sein. Betriebswirtschaftlich bedingt oder nicht, wie auch immer, die soziale Komponente darf nie außer Acht gelassen werden und jeder Fall muss auch individuell betrachtet werden. Da jeder Mitarbeiter ein Individuum ist, seine eigenen Schicksale, Persönlichkeiten hat. Umgekehrt aber fördern und fordern. Das ist nicht nur das, was ich von mir selber fordere oder gefordert werde von meiner Vorgesetzten und damit habe ich gute Erfahrungen gemacht, das ist wie ich mit den Patienten arbeite und auch das, wie ich andere Mitarbeiter sehe und denke, beides muss in Einklang sein, in Harmonie sein und dann läuft's auch.

11. Interview, PH

11.1 Positive Effekte

Positiv, ich bringe meine Erfahrung mit, nicht nur durch die Schule, das Examen, die ganze Theorie, was man hinter uns haben, das geht auch um Lebenserfahrung, ich komme ja aus einer Familie, wo eine Oma noch dabei war und ein Opa, das war ein Zusammenleben, ein wunderschönes, das bringe ich auch mit. Verständnis, Liebe. *Wie äußert sich das, wenn Sie sagen, ich bringe die Erfahrung von einer Großfamilie mit, was bringt Ihnen das genau?* Genau, also die Oma ist mit 84 auch gestorben, wie das passiert im Leben, sie ist auf meiner Schulter verstorben, ich habe sie auch gepflegt, teilweise, weil ich nicht hier war. Kurzer Urlaub bei uns, da habe ich sie gepflegt, das war nicht negativ, das war meine Erfahrung und ich habe – Sterben gehört auch zum Leben dazu – und ich mich nicht in den Keller verzogen, deshalb kann ich auch gut damit umgehen mit den alten Leuten, denn es ist eigentlich der letzte Weg, ne, und deswegen Liebe und Zuneigung brauchen. Sie sind in Anführungszeichen kleine Omis für mich (...) eine kleine Familie. Und durch die Bezugspflege, die wir machen, die wir durchführen, sind die noch enger, unser, ja mehr oder weniger Familienkreis.

Was bedeutet Bezugspflege, sind das solange sie hier sind? Vom Einzug bis zum Ende. *Und für wie viele Bewohner und Bewohnerinnen sind Sie zuständig?* Ich bin für neun Frauen im Moment zuständig mit allem Drum und Dran. *Lebenserfahrung, Umgang mit Sterben positiver Effekt – fällt Ihnen noch mehr dazu ein, warum gerade ältere Kolleginnen?* Es gibt im Alter viel mehr Geduld auch, und man kann sich besser anpassen an die Bedürfnisse der alten Menschen, wunderbar, es gibt ein anderes Verständnis, auf einem bestimmten Niveau, als wenn man 18 ist. *Können Sie das noch bissl ausführen?* Also

wenn jemand was will, also irgendwas, ich kann das alles verstehen, eine andere Ebene gibt das, und das Alleinsein oder Abgeschobensein, das versteh ich mit meinen 48 anders als vielleicht ein junger Mensch, der wenn er mit 16/18 aus der Familie ist und der lebt allein (...). *Was beobachten Sie bei den Jungen, wo haben Sie da besondere Probleme beim Umgang mit den Älteren?* Das kann ich nicht so sagen allgemein, aber für einen guten Teil von den jungen Menschen, die sind halt hier, weil ich muss was tun. Und wenig von den jungen Leut sind da für die Menschen (...). Viele sind ja auch geschickt vom Arbeitsamt (...) und wenn es sein muss, dann sind die (...)

11.2 Vorteile

Ja, ich denke schon, es geht um Erfahren, Erleben, was ich hinter mir hab und ich find es sehr positiv (...). Es geht um Symbiose, um die Zusammenarbeit zwischen Jung und Alt, das mache ich sehr gern. Ich hab sehr gern junge Menschen um mich. Sehr gern. *Beispiele aus Ihrem Erfahrungsbereich, wo Sie sagen, genau das hat mir jetzt was gebracht für meinen Arbeitsbereich?* Ja es sind schon Sachen, wo ich sag ja, das hat eine gute Verbindung bezogen auf meine Leute da oben, da kann ich jetzt nicht nennen Namen, ne, aber es waren ähnliche Situationen muss ich sagen, es (...) mich bissl mehr hin (...) meine Art, meine Oma beispielsweise. Es passiert halt nicht oft, selten, wo man vergleichen kann, aber es kommt immer wieder vor.

11.3 Leichter

Nicht unbedingt leichter, jetzt so von den körperlichen Belastungen möchte ich das nicht unbedingt sagen, weil die Belastung die ist ja da und die nimmt ja zu, ne, ich bin ja auch nicht mehr jung, da gibt's ja auch verschiedene Krankheiten noch, die kommen auch dazu, aber im Ganzen könnte ich nicht sagen, dass es eine übertriebene Belastung ist, noch nicht. Leichter? Es geht allgemein darum, wie handele ich mit den Menschen, wie kommuniziere ich mit den Menschen und mit Kommunikation geht ja schon alles los. *Das ist besser, wenn Sie älter werden?* Es fällt mit leichter (...) ich bin auch sehr gesellig und ich kommuniziere sehr gern, das ist mein Vorteil.

11.4 Belastungen

Also zurzeit, die Generation, die reinkommt, die ist relativ alt, die sind schon um die 90, schon 100 manchmal. Und die Leute, die reinkommen, die haben verschiedene Krankheiten oder sind total bettlägrig, also es gibt schon fast die Endphasen, also das belastet schon. Das Körperliche sowieso und allgemein muss ich sagen, die jetzige Generation, die ins Heim kommt ist eine sehr launische Generation, die sind auch psychisch belastet oft. *Wie äußert sich das Launische?* Also die meckern über alles, einfach so, die Unzufriedenheit, also die innerlich Unzufriedenheit oder die familiäre, die zieht das alles mit, die Schwestern sind ja da, heißt das, die ist immer da. Ganz grundverschiedene Generationen haben wir jetzt. *Die Begegnung mit den Angehörigen, ist die auch angespannt?* Manchmal ja oder ein nein, muss man sagen, es gibt auch liebe Angehörige mit sehr viel Verständnis, andere halt wieder gar nicht, die selbst mit sich nicht zufrieden sind. Die vielleicht auch das ganze Leben um den Menschen sich nicht gekümmert haben. In dem Moment kommt der Frust auch hoch und der wird über uns gelassen. Das ist schon traurig, wenn die Angehörigen nicht mitziehen, nicht mitmachen oder nicht wollen, aus welchem Grund auch immer.

11.5 Entlastungen

Begegnet sind sie mir noch nicht, ich hoffe, dass das mal passiert. Das sind nicht nur meine Vorstellungen – wir haben uns schon länger her mal darüber unterhalten, da haben wir gedacht, es wäre nicht schlecht, einmal im Monat Krankengymnastik für uns veranstalten, vielleicht auch Massage, denn die Wirbelsäule ist sowieso sag ich mal kaputt, so in der Richtung. *Wünsche, während der Arbeitszeit?* Nein, nicht in der Arbeitszeit, aber wenigstens 30 Minuten nach der Arbeit oder während der Pause. *Bezahlung durch's Haus oder nach Wunschvorstellung?* Vielleicht nach unserem Wunsch, denk ich mal, jetzt nicht unbedingt das Haus, aber ein Angebot soll doch da sein. Bissl mehr Zuwendung auch für die Pflege, die Pflegekräfte, sag ich jetzt mal. Rückenmassage professionell könnte ich mir sehr gut vorstellen. *Was noch?* Reguläre Arbeitszeiten. Schaukeldienst (...) von spät auf früh, das passiert sowieso durch die Wochenenddienste, aber nicht unter der Woche. Wenigstens ein regulärer Dienst Montag bis Freitag. früh oder spät, das ist o.k, ich bin der Pflege, aber mit Schaukeln, das belastet uns alle. Das passiert auch oft, das heißt durch die Bezugspflege, mehr oder weniger. Das ist schon negativ. *Spezielle Angebote in der Einrichtung für ältere MA?* Nein, das ist schlecht. *Seelische Angebote?* Ich sag, also mit Herz und Seele muss jeder selbst zurechtkommen. Das ist schon sehr persönlich, denk ich mal, da kann keiner eingreifen, kein Mensch. *Fort und Weiterbildung?* Fort- und Weiterbildung ja, das gibt es bei uns ja auch, aber wie gesagt, das ist nicht unser eigener Wunsch, das ist laut Dienstplan, das finde ich auch negativ. Aber was mich interessieren möchte, was noch nicht, also was Außergewöhnliches für uns - Ja Entspannung vielleicht, Entspannungsübungen für uns, mit Musik, dem entsprechender Musik und so in der Richtung China, die machen's ja, Japan, das wär nicht schlecht. *Und fachspezifisch?* Wir haben sehr viele Fortbildungen hinter uns, und in dem Bereich, da bin ich sehr zufrieden, weil das ist sehr sehr viel vom Angebot her, aber was für Geist und Seele, das wär nicht schlecht.

11.7 Beschäftigung sinnvoll

Jein, möchte ich sagen, das ist sinnvoll in dem Moment, wo die Pflegekraft noch fit ist, aber wir haben ja auch mit Kollegen zu tun, die oft krank sind, die können ja auch immer nix dafür, aber auf der anderen Seite ist es dann belastend für uns. Für die noch relativ funktionsfähig sind. *Vor allem ältere Kollegen, die krank sind?* Ja so in meinem Dreh möchte ich sagen, so zwei, drei Jahre älter vielleicht, aber das passiert und ist normal in der Pflege, ich empfinde das als normal, irgendwann. *Warum werden die krank?* Die meisten haben mehrere Krankheiten hinter sich und dann durch die Belastungen in der Pflege auch noch dazu. *Könnte man helfen, dass es nicht soweit kommt?* Mehr oder weniger, die Arbeit bleibt immer dieselbe, die wird nicht leichter, wie ich schon mal gesagt habe, die Leute kommen rein, sind schon relativ alt und gebrechlich noch dazu oder bettlägrig direkt – also von daher, die Arbeit wird nicht leichter. Die Schwierigkeiten in der Pflege nehmen zu und das ist auch ein Punkt, wenn ich spreche mit Exkollegen von der Schule, die waren relativ jung im Vergleich zu der Zeit – fast keiner macht mehr die Pflege, jeder ist ausgestiegen hat was gefunden inzwischen aus diesem Grund, es ist schwierig. *Werden Hilfsmittel für Transfers etc. richtig eingesetzt?* Ja die werden schon eingesetzt, aber der andere Faktor ist die Zeit, es geht ja an Wochenenden und Feiertagen die zunehmen, die Feiertage sowieso und die Zeit ist nicht da. Man rennt halt zu zweit auf die Station, wie es schon üblich ist in der Pflege, und dann hat man nicht die Zeit, die ganzen Geräte einzusetzen. Dann kommt vielleicht „Bitte hilf mir“ und wir machen das zu zweit (...) und die Zeit drängt. *Hilfsmittel könnten bei ausreichender Zeit ein-*

gesetzt werden? Ja, die wenden wir auch an, unter der Woche, es gibt Lifter und Verschiedenes, aber wie gesagt, das passiert wo Krankenfälle sind, aber da fällt jemand aus, dann ist es dasselbe wie am Wochenende. *Wie kommt man zu mehr Personal?* Ideen haben wir schon, haben auch schon vorgeschlagen Verschiedenes, aber es wird Geld kosten und es ist nicht möglich. Vor meinem Urlaub, der Arbeitsmarkt ist ja voll, es sind ja Menschen genug, die gern auf 400 Eurobasis, es gibt genug, die was tun wollen, wenigstens in der Küche. *400-Euro-Jobs in der Pflege sinnvoll als Entlastung, anzubieten?* Möchte ich auch machen, aber möchte schon auch vorsichtig sein, wenn ich sie herbringe, wir haben schon Verschiedenes auch da oben gehabt. Von der Straße ohne – null Bock, wie man sagt unter die Jungen, Hauptsache, es funktioniert, die Zeit ist vergangen, Geld ist da, das ist auch nichts in der Pflege. *Arbeitslose (Vorschlag Bundesregierung)?* Das ist schon eine gute Frage, habe das auch mitgekriegt, aber es gibt kein Interesse, die werden nicht mitmachen. Die müssen das auch wollen, mit Menschen arbeiten, das ist nicht leicht, und jeden da herschicken... *Ist es möglich, diesen Job interessant zu machen?* Im Moment wenig, denn von der Pflege her, die Pflege an sich bietet nicht viel den jungen Menschen, weil die jungen Kinder, die haben gern Wochenende frei, die wollen Feiertage frei haben, also immer, ich kann mir wenig vorstellen, dass jemand sagt, ich bin's, ich mach's, ich will. *Aber es gibt ein paar Begeisterte, Ältere und Jüngere.* Ja, es gibt, aber die sind wenige zurzeit. *Motivation übertragbar?* Rein theoretisch schon, aber ob das ankommt, das ist bissl so die Frage, also ich bin 48 und ich mach es gern, aber man ist manchmal unzufrieden mit der ganzen Situation, so Situationen, was passiert oben unten, rechts links. *Womit unzufrieden?* Die Schaukeldienste, die Dienstpläne gefallen mir nicht, obwohl mir ist bewusst, so ist die Pflege, das muss sein, das ist klar. Wenn ich Schaukeldienst nicht wollt, dann (...) verkaufe ich im Geschäft (...). *Trotzdem sehr motiviert?* Ich bin motiviert, das muss ich sagen. *Was gefällt Ihnen?* Das ist mein Leben, muss ich sagen, ich hab es gern von Anfang an, ich hab gern mit Leuten zu schaffen, ich hab sie gern um mich rum. Und wenn kleines Lob „Sie sind wieder da, die Sonne scheint“, oder so geht es manchmal in der Richtung, dann man blüht auf (lacht). Es ist Wahnsinn, aber echt. Lob gehört ja auch zur Pflege, jeden Tag. Aber gegenseitig, ne.

11.8 Zusammenarbeit

Mein Wissen verschenken, das mach ich gern, und was mich so positiv beeindruckt, ist die Zusammenarbeit, ich bin mit jüngeren Kollegen auch per du, automatisch kommt das auch aus meinem früheren Leben, da war man ja auch alle per du, und dann die Freundlichkeit, die Nähe, ich bin da für Dich, wenn Du mich brauchst, auch privat, wenn es sein soll, also mein Ohr steht offen. Ich mach es gern mit jungen Leuten, ich hab auch Kinder in dem Alter, manchmal da passiert's, ja das ist klasse. *Rückmeldung von jungen Leuten?* Bis jetzt immer positiv, auch von meinen Exschülern, wir sind immer noch in telefonischer Verbindung. *Zusammenarbeit mit Gleichaltrigen?* Manchmal positiv, manchmal negativ. Es macht nicht jeder gern mit Schülern. Oder kann es auch nicht. *Ist die Zusammenarbeit mit Gleichaltrigen erleichternd oder würden Sie lieber mit Jüngeren arbeiten?* Es passiert oft, ich möchte lieber mit den Jüngeren zusammenarbeiten, das ist mir oft passiert. Sehr oft in der letzten Zeit, ja. *Warum?* Das sind Kollegen, die oft nicht verstehen von der Sprache her, das ist auch noch belastend, und dann die Nähe (...). *Woher kommen die Kollegen?* Direkt Iran, Helfer aus Russland irgendwo, aus der Türkei, ein Helfer, den haben wir neu gekriegt, da kannst Du sechs mal was babbeln, das bringt nichts, das ist schon ärgerlich, das ist Zeitverschwendung. *Also Sprache ganz wichtig.*

Das ist das „A“ und „O“ für die alten Leute, die Sprache. Also wir kommunizieren, Kommunikation in der Pflege steht auf dem ersten Plan.

11.9 Weitere Aspekte

Alles ist wichtig, es verknüpft sich. *Perspektive, was können und müssen wir tun für die Zukunft? Was in zehn Jahren, da sind Sie 58?* Perspektive reinzuschauen, das ist ganz schwierig. Mit 67, also das kann ich mir kaum vorstellen in einem Alter, wo andere Heimbewohner kommen, dass ich das noch weiter ausübe, also ich seh das allgemein negativ, also das geht doch nicht. Also ich kann mir kaum vorstellen, fast mit 70 noch neu ältere Leute betreuen zu können, also körperlich sowieso und die Psyche kommt ja auch noch dazu. *Wer könnte das machen?* Das ist schwer zu beantworten. *Genug Nachwuchs da?* Relativ wenig, die Bevölkerungspyramide zeigt das. Nachwuchs gibt's fast nicht. *Beruf attraktiver machen ... (Beispiel Großmutter).* Als Werbung ja, aber das war jetzt individuell, das war mein eigenes Leben, meine eigene Erfahrung, die ich mitgebracht habe. Das ist verschieden von Mensch zu Mensch. Inwieweit machen wir das attraktiv, wie gesagt, die Zeit, die Arbeitszeiten, die sind manchmal kriminell durch die Dienste sowieso, die Wochenenden auch. Ich kann's mir wirklich nicht – es ist schwierig, junge Menschen hierher zu bringen, wie er lebt oder finanziell oder durch die Gesellschaft gezwungen, durch sein eigenes Milieu. Also im Moment, ich weiß es nicht. Ich hab Erfahrung auch durch meine kleine Tochter, die ist im Krankenhaus, die macht ihr Praktikum, die ist 21, aber sehr sensibel, eine feine, sehr feine Art hat sie, die kommt und heult manchmal. Das passiert heutzutage in der Pflege. *Was hält Sie noch in dem Beruf?* Wie gesagt, ich hab viel Spaß, und solange ich noch Mut habe und so eingestellt bin, wie ich jetzt bin, ich bin gesellig, ich mach es gern, ich bin kommunikativ und wie gesagt, ich mach es gern, solange ich kann. *Jungen Menschen raten, in Pflegeberuf zu gehen?* Ich möchte niemand raten, nix raten. Ich möchte nicht sagen, du musst in den Polizeiberuf oder – jeder muss selbst entscheiden, ich rate nicht. *Jemand kommt zu Ihnen, würden Sie Pflegeberuf anraten?* Ich möchte das nicht sagen, nein, soweit möchte ich mich nicht einmischen. Auch meine Kinder habe ich nicht beeinflusst. Was heißt denn Traumjob heutzutage, ich kann ja niemand soweit lenken, was ist ein Traumjob. Wenn er soweit ist, ist es optimal, wollte ich das oder wollte ich das gar nicht? Aber das ist nur rein theoretisch. Was in der Pflege sehr viel belastet, ist die Schreiberei, zurzeit. Das wird verlangt, irgendwann denkst du, du bist im Amt. Das ist übertrieben. Das ist die Zeit, die fehlt, lieber setze ich mich hin und möchte was tun, oder gehen wir mal kurz raus und unterhalte mich noch, nein, das geht nicht. Ich sitze und schreib, ich schreibe manchmal 4-5 Stunden, das ist belastend, das ist monströs, zurzeit, die Schreiberei.

12. Interview, PH

12.1 Positive Effekte

Positive Effekte? Ja also, ich denke wir Älteren gehen mit den Bewohnern anders um, wir gehen auf ihre Wünsche und ihre Wehwehchen anders ein als die Jüngeren; durch die Berufserfahrung und ich denke sind wir auch bissl ausgeglichener, und vielleicht auch durch die Eltern, weil unsere Eltern ja auch schon älter sind, da kriegen wir schon auch bissl was mit. Ja, also diese Erfahrung, die bringen halt wir mehr mit, wo ja die Jüngeren nix dafür können, weil sie jünger sind. Also ich denke wir sind ausgeglichener, vielleicht

auch in manchen Sachen geduldiger. *Wie sieht dieses anders Eingehen auf Ältere aus? Was machen jüngere Kollegen und was machen Sie? Wie kann man sich das vorstellen?* Wenn ich jetzt von mir ausgehe, also wenn zu mir jetzt jemand kommt und der hat Sorgen oder ich seh, der ist traurig oder deprimiert oder so, einfach nur weil er vielleicht schlecht geschlafen hat, Schmerzen hat oder irgendwas passiert ist, dann hör ich mir das an. Wir sind auch im Stress wie die Anderen auch, aber man nimmt sich dann halt schon die Zeit. Ich kann das nicht, dass ich sag, ich hab jetzt keine Zeit. *Sie setzen andere Schwerpunkte dann?* Ich geh dann da drauf ein und das tut ihnen dann schon gut, wenn sie merken, sie werden angehört, man nimmt sie ernst. *Und die Jüngeren, die versuchen dann eher ihre Arbeit zu erledigen?* Das ist unterschiedlich, ne, es ist sehr unterschiedlich. Manche gehen auch drauf ein und die Anderen wieder, die machen halt ihre Arbeit und jeder muss gucken, dass er über die Runden kommt. Die Jungen wie die Älteren. Es ist ziemlich stressig.

12.2 Vorteile

Bei der Arbeit in dem Sinn ja, weil ich schon Erfahrung hab, sei es pflegerisch, oder auch vom Sozialen her. Von daher, ansonsten wüsste ich keine. *Wenn Sie sagen, vom Sozialen her, an was denken Sie da ganz besonders?* Vom Sozialen her, man hat selber viel erlebt, man kann mitfühlen oder man kann auch die Bewohner verstehen. Ja also ich muss allerdings dazu sagen, ich hab erst vor zwei Monaten meinen Mann verloren, wenn jetzt die Leute kommen und sagen, ich bin traurig, sie denken an ihren Mann – ich kann das jetzt nachvollziehen. Was ein Jüngerer nicht kann, weil das muss man erst einmal erlebt haben. Ich hab meine Mutter verloren im März, ich hab meinen Mann verloren jetzt vor zwei Monaten und hab vor vier Wochen meine Oma verloren. Das ist natürlich ein Schicksalsschlag, das ist krass, den hat ja nicht grad jeder, Gott sei Dank, gell. Aber ich hab das auch vorher schon gekannt. Man muss sich da schon auch ein bissl mit reinfühlen, man muss ja nachdenken, warum der Mensch jetzt traurig ist, man kann nicht einfach sagen, ich kann da auch nix dazu oder ich hab jetzt keine Zeit, dafür bin ich keine Altenpflegerin. Altenpfleger war mein Traumberuf. *Was hat Sie daran gereizt?* Schon immer, die älteren Menschen haben mich schon immer immer gereizt, als Kind schon, ich wollte schon immer Altenpflegerin werden. *Sie sind aber erst relativ spät in den Beruf - was haben Sie denn vorher gemacht?* Zuerst war ich Verkäuferin, dann war ich Hotelfachfrau, und das war dann mein dritter Beruf. Ich hab gesagt, wenn unser Sohn ausgelernt hat, dann mach ich meinen Traumberuf. *Persönliche Vorteile des Alters? Wie würden Sie die einstufen?* Mir bringt das keine Vorteile. Auch für die Erfahrung, die man mitbringt.

12.3 Leichter

Ja, man geht gelassener ran an die Arbeit. *Was wären denn so klassische Spannungssituationen in Ihrer täglichen Arbeit? Wo wird's manchmal problematisch?* Wenn alles am besten nicht jetzt, sondern schon gestern hätte passiert sein müssen. *Woher kommt dieser Druck? Kommt der von den Bewohnern oder kommt der von einer anderen Stelle?* Nein, von den Bewohnern nicht. Manchmal natürlich schon auch von den Bewohnern, manche zack zack zack, möchten alles, jeder ist verschieden, das kennt man ja. Aber es gibt da so viel zu erledigen, es gibt immer wieder was Neues und es kommt wieder was Neues raus und da kommt man oft gar nicht mit. Und dann der Wohnbereichsleiter, der Stationsleiter – aber das kriegen die Jungen genauso ab. Immer dass alles gleich erledigt ist und das macht allen zu schaffen. *Was sind das für neue Sachen? Können Sie mal*

Beispiele nennen? Ob das jetzt eine neue Pflegeplanung ist, wenn neue Bewohner kommen, die musst du doch erst mal 14 Tage oder was beobachten – nein, da muss gleich Pflegeplanung geschrieben werden. Das kannst du gar nicht. Das sind lauter solche Sachen, die machen einem zu schaffen, aber nicht nur mir, sondern generell.

12.4 Belastungen

Das Schriftlich, wissen Sie, man hat ja keine Zeit. Man macht ja die Pflege, dann muss das aber auch noch machen. Die Leute sollen nicht zu kurz kommen, aber du willst ja das Administrantische auch richtig machen. Aber die Zeit ist dafür nicht da. Man setzt sich dann unter Druck. *Weitere Belastungssituationen?* Ja, der Personalmangel. *Wie ausgeprägt ist der? Was würden Sie sich wünschen?* Ich würde mir wünschen, wenn drei Stück auf einmal krank werden, dass dann irgendwie Ersatz kommt, dass man nicht immer einspringen muss. Wenn aber Personalmangel entsteht durch Krankheit, dann. Da kann keiner was dafür, das ist mir schon klar. *Sie meinen aber, generell sind zu wenig Kollegen da, oder? Wie viele fehlen denn Ihrer Einschätzung nach?* Also auf unserer Station, wir haben 25 Bewohner, da dürfte schon noch eine Kraft da sein. *Wie viele Kollegen haben Sie auf der Station?* Im Frühdienst haben wir drei für 25 Bewohner, und im Spätdienst zwei. Der Nachtdienst hat 50 Bewohner. *Da würde einer am Tag fehlen?* Ja, einer am Tag, ja schon. *Weitere Belastungen am Arbeitsplatz mit zunehmendem Alter?* Nein.

12.5 Entlastungen

Zum Beispiel in der Dokumentation? Ja, dass man da halt mehr Zeit dafür hat, aber das ist ja generell so, man kann sich umhören, wo man will, jeder jammert da. Die Schreibarbeit ist jetzt schon mehr als Pflege, das ist schlimm. Da müsste unbedingt was getan werden. Wir haben schon fast – wir verbringen mehr Zeit mit dem Schreiben als mit der Pflege. *Und wie sieht es in der Pflege aus, gibt es da Momente, die Sie sehr belasten, die man auch verändern könnte, ich denke da so an Momente wie Heben, Tragen, solche Sachen?* Nein, das belastet mich nicht. Wir haben den Hoyerlifter oder ich hol mir eine Kollegin dazu, das klappt dann schon. *Gibt es Engpässe an Wochenenden oder Feiertagen oder würden Sie sagen, das kriegt man immer geregelt?* Ja, an den Wochenenden oder an Feiertagen, da ist weniger Personal morgens da. *Wird es da kritisch mit Heben und Tragen oder würden Sie sagen, das bekommt man auch ganz gut hin?* Man hebt natürlich mehr, weil weniger Personal da ist.

12.6 Angebote

Nee, für die Älteren nicht, aber wir haben jetzt jedes Jahr so Kinästhetik, wo im Haus durchgeführt wird, oder Bobath-Lagern und Transferieren nach Bobath, das wird einmal im Jahr durchgeführt. Aber generell auch für das ganze Personal. *Wünsche für altersspezifische Angebote?* Vielleicht Kurse mit Rückenschule, so was. *Was noch?* Pause – mir fällt jetzt gar nichts ein. *Rückenschule während der Arbeitszeit?* Nein, das kann man nicht verlangen. *Wie soll Finanzierung aussehen?* Ja also, das müsste halt von irgendjemand gesponsert oder unterstützt werden. *Wenn nur das Angebot bestünde und Sie das selber zahlen müssten, wäre das dann auch noch interessant?* Äh, das macht man sowieso. Ich mein ich geh sowieso in die Rückenschule und muss das auch selber zahlen, nur wenn ich halt mit meinen Arbeitskollegen beisammen bin und vielleicht spezifisch auf die Arbeit, das würde dann doch mehr bringen, weil man achtet ja dann viel mehr

darauf als wenn ich jetzt in einen Kurs geh mit Anderen, die im Büro sitzen oder andere Tätigkeiten machen, also spezifisch für unsere Arbeit, so eine Rückenschule.

12.7 Beschäftigung sinnvoll

Auf alle Fälle. *Warum und unter welchen Bedingungen?* Dass halt, äh, genügend Personal da ist und dass man auch effektiv seine Arbeit machen kann. *Was brauchen Sie zur Effektivität Ihrer Arbeit?* Mehr Zeit. *Wie kriegen Sie mehr Zeit?* Durch mehr Personal (lacht). Halt einfach, wenn man nicht so viel schreiben muss. *Zusammenarbeit mit anderen Qualifikationen? Mit Altenpflegehelferinnen oder noch niedrigeren Qualifikationen?* Selbstverständlich. *Was halten Sie von den Ideen der Bundesregierung – Thema Langzeitarbeitslose?* Diese Idee finde ich wunderbar, soweit das halt nicht zu weit in das Psychologische reingeht. Da haben sogar auch wir manchmal Schwierigkeiten mit unseren Bewohnern klar zu kommen. Wir haben auch viele viele psychologische Stunden, Unterrichtsstunden gehabt. Aber solange das mit Essenreichen, Spaziergehen, Brote schmieren – das nimmt uns soviel Zeit, ich hab zum Beispiel eine Bewohnerin, ich brauch eine dreiviertel Stunde bis die gefrühstückt hat – eine Dreiviertelstunde, ich bin examiniert. Ich stell mich da hin, die Frau die muss ja essen, die braucht solange, die kann nicht schneller essen, aber sie soll was essen, muss was essen. Und wenn da jetzt jemand ist – ich mein, natürlich muss man das schon lernen, dass die Frau sich nicht verschluckt, aber ich find das schon sehr sehr sinnvoll. Oder es könnte das zum Beispiel eine Pflegehelferin machen und die könnte dann die Arbeit machen, was sie macht, sie könnte zum Beispiel die Brote schmieren. So Sachen.

12.8 Zusammenarbeit

Das klappt wunderbar, wirklich wunderbar. *Wovon profitieren denn die Jungen? Warum glauben Sie, ist es so wunderbar?* Weil, wenn denen manchmal alles ein bissl zu viel wird, dann sagt man, jetzt komm, jetzt mach mal, jetzt krieg dich wieder, schnauf tief durch, und dann wird das schon wieder. Weil man einfach diese Ruhe hat, das haben wir ja alle selber schon gehabt. Wenn man unter Druck steht, dass man dann bissl ausflippt. Die flippen dann halt ein bissele aus und die tut man dann wieder runter und dann klappt das wieder. Und die sind eigentlich dankbar dafür. Oder man gibt ihnen Ratschläge, mach das mal jetzt so, oder mach's anders, dafür sind die einem eigentlich auch dankbar. Die kommen auch und fragen, wie würdest du das machen. *Profitieren Sie auch von den Jüngeren? Gibt es auch Dinge, die Sie von den Jüngeren lernen?* Ja, gibt es auch. Wenn jemand zum Beispiel frisch von der Altenpflegeschule kommt, die kann man dann fragen, du wie ist es denn jetzt, also das mach ich auch die ganzen drei Jahre durch, was habt Ihr denn jetzt gelernt, gibt's Veränderungen, oder wenn die sagen ich hab das so und so gelernt, da kann man nur wieder von Neuem draus lernen. *Wie ist die Zusammenarbeit mit Gleichaltrigen oder Älteren?* Ja manche, die sind schon frustriert, haben Rückenschmerzen, haben da Wehwehchen, haben da Wehwehchen, die anderen sind wieder fit, es kommt immer auf den Einzelnen selber drauf an, ne. *Wovon frustriert?* Ob das jetzt von zuhause ist, ob sie da den Frust mitkriegen, von den Kindern vom Mann, oder halt einfach, ja wie gesagt, dass sie halt auch frustriert sind, weil sie unter Druck stehen die Arbeit zu machen. *Das beobachten Sie bei älteren Kollegen eher als bei Jüngeren?* Ja, schon. *Ist die Zusammenarbeit mit Älteren anders als mit Jüngeren?* [Pause] – ne eigentlich nicht, eigentlich nicht. *Es müsste ja entspannter sein, nach dem was Sie vorhin gesagt haben, weil die eben nicht ausflippen, da müssen Sie ja nicht nachhelfen.* Ich kann mit den Gleichaltrigen oder Älteren genauso gut zusammenarbeiten wie mit den

Jüngeren, also es gibt keine Spannungen, wenn Sie das meinen. *Wie wären Engpässe (Personal) zu beheben? Was müsste man machen, um mehr Nachwuchs zu bekommen?* Ich denk, Nachwuchs ist genügend da. Man müsste sie halt einstellen. Es müsste das alles ganz anders von der Pike auf gemacht werden. Da sitzt jemand am Schreibtisch und macht den Pflegeschlüssel, den es eigentlich gar nicht mehr gibt, aber es gibt ihn doch. Da heißt es soundso viel Bewohner, soundso viel Pflegestufen, ja, die Leute, die das machen, ich glaube, die waren keine sieben Stunden am Stück in einem Pflegeheim und haben geguckt, was da abgeht. Die setzen sich an den Schreibtisch und machen da ihre – soundso muss das gemacht werden, ja – die haben absolut keine Ahnung nicht. Also wenn – das ist grob, aber das muss ich wirklich sagen. *Sie glauben, wir haben genügend Kollegen, die ausgebildet sind, wir müssten sie nur einstellen?* Ja doch. *Sind Sie der Ansicht, dass der Beruf Altenpflege attraktiv genug ist für die Menschen?* Aber ja. *Nehmen Sie das auch so wahr, dass die Menschen Sie anerkennen, wenn Sie sagen, ich bin Altenpflegerin?* Ja sehr sogar. *Wie sehen Sie sich in zehn Jahren mit 63?* Ich weiß nicht, ob ich den dann noch ausführen kann, meinen Beruf. *Warum wissen Sie das nicht?* Weil das dann wahrscheinlich mein Kreuz nicht mehr mitmacht, mein Körper nicht mehr mitmacht in dem Sinne, wie ich jetzt arbeite. *Müsste man da nicht jetzt schon was dagegen machen, dass es nicht soweit kommt?* Das dürfte der Staat nicht machen, es wird aber gemacht, da wird keine Rücksicht drauf genommen, da heißt es nicht, ach Gott Du bist ja 63, du darfst ja nimmer schwer heben, komm ich mach das für dich, da guckt keiner danach. *Haben Sie da schon eine persönliche Strategie entwickelt? Oder denken Sie, schauen wir, wie's wird?* Ich hab keine persönliche Strategie nicht entwickelt, das kann man gar nicht, find ich. Ich muss schauen, wie's wird. *Denken Sie, der Arbeitgeber müsste da eine Strategie entwickeln?* Das ist auch schwierig. Der kann ja nicht sagen, hör mal, die ist 63, nimm ihr die schweren Leute ab, weil da geht's wieder auf die Kosten von den Anderen. *Wer sollte da was tun? Was glauben Sie?* Also diejenigen, die von einem verlangen, bis 65 zu arbeiten, die sollen mal selber die Arbeit machen, dann sehn sie, was sie verlangen. *Das wäre jetzt aber keine richtige Strategie, das wäre eine Forderung, dass jemand aus der Politik mal an die Praxis kommt und sich anschaut, was da tatsächlich geleistet wird.* Das ist schwierig, was für eine Strategie – man verdient sein Geld, da muss man auch die Arbeit dafür bringen. *Das Stichwort Hilfskräfte wurde schon genannt. Wenn man die vernünftig einsetzen würde?* Also das schon, ja ja. Dass man nicht so in Zeitdruck ist, das würde schon entlasten, das ist klar.

12.9 Weitere Aspekte

Lange Pause – mir fällt jetzt nichts ein. *Würden Sie den Beruf noch mal lernen?* Nein. *Warum nicht?* Es war mein Traumberuf, ich hab mir das alles ganz anders vorgestellt. Theorie und Praxis, das klafft alles total auseinander. Es wird immer schlimmer, es wird immer mehr verlangt und es ist in der Zwischenzeit Schwerstarbeit geworden. *Das wäre jetzt so vom Arbeitsvolumen her. Aber wenn Sie sagen, Theorie und Praxis klafft auseinander, betrifft das ja die Qualität, das ist ein anderes Thema. Was sehen Sie da ganz besonders? Was geht da ganz besonders weit auseinander?* In der Schule lernt man doch mit depressiven Leuten, mit ängstlichen Leuten – mit Demenz zum Beispiel, dass ein dementer Mensch viel Zeit braucht. Das ist fast jedem klar. Das wird aber nirgendwo gesehen, ein dementer Mensch kann selber essen, sagen wir mal, er kann noch selber essen, er kann selber gehen, aber diese ganze Anleitung, dass man auf ihn eingeht, da hast du nicht die Zeit dafür. Und die Dementen brauchen oft zwei-dreimal mehr Zeit als wenn ich einen Bettlägrigen pflege, aber das wird so nicht gesehen. Wir haben ja keine geschlossene Station, aber wir haben überwiegend demente Bewohner. Und da sollte

man an und für sich davon ausgehen, dass auf einer demenzen Station mehr Personal ist. Ist aber nicht. Und die können einem dann Leid tun, ja, wenn sie auf dich zukommen, wo ist denn meine Mama, wo ist mein Mann. Manche sagen dann, weiß ich doch nicht, weil die haben keine Zeit. Und die gehen dann, ich geh manchmal auch nach Hause und bin fix und fertig vom Kopf her, weil ich das Gefühl hab, hab ich alles richtig gemacht, hab ich alles erledigt, mit einem unzufriedenen Gefühl geht man öfter nach Hause. Weil man will ja seine Arbeit richtig machen, man will ja auch den Bewohnern gerecht werden. *Ist es im Laufe der Zeit schlimmer geworden?* Das liegt jetzt nicht an meinem Alter, sondern allgemein ja. Und da würde ich jetzt wieder sagen, da haben wir Älteren mehr Geduld und Ausdauer als die Jungen. *Zweifelsohne.*

13. Interview, PH

Mitarbeiterin ohne Leitungsfunktion in Vollzeit, sechs Berufsjahre (einschließlich FSJ), seit knapp zwei Jahren in dieser Einrichtung

13.1 Positive Effekte

Ich seh` da eigentlich gar keine positiven Effekte, wenn ich so meine älteren Kollegen angucke, die haben Schmerzen, gehen zu den Ärzten, nehmen Tabletten, also ich seh` bis jetzt nix Positives. Die haben zwar Therapien gemacht, dann war`s für `ne Weile gut gewesen, aber die Schmerzen kommen wieder und die Probleme. *Stichwort „Erfahrung“ älterer Mitarbeiter?* Ja, das stimmt, Erfahrung haben die sehr viel, also ich hab ja die Ausbildung, aber auch mir wird selbst von `ner älteren Pflegehilfskraft noch vieles gezeigt. Also ich nehm` auch Vieles noch an. Also es ist auch so, dass das Einfühlungsvermögen älteren Menschen gegenüber, also unseren Bewohnern, teilweise intensiver ist, wie wenn jüngere Menschen mit älteren Menschen arbeiten. Das hab` ich auch schon mitbekommen. Aber teilweise ist es auch so – kommt noch was Negatives? – dass ältere Menschen sich von jüngeren Menschen nichts sagen lassen. *Meinen Sie das auf kollegialer oder Bewohnerebene?* Auf kollegialer Ebene, was den Beruf, die Ausbildung betrifft. Es wird zwar was gesagt, aber wenn das `ne Kollegin ist, die ist Fachkraft, die ist 22, da wird dann doch teilweise widersprochen oder es wird dann nicht gemacht, dann bekommt man `ne dumme Antwort wie „das kannst du auch alleine machen“. *Ist das ein Trend, würden Sie sagen, im Allgemeinen ist es mit älteren Kollegen eher problematisch?* Teils-teils, weil es ist schwierig, als junger Mensch älteren Menschen was rüber zu bringen oder was zu verändern auf Station. Weil das war schon immer und das bleibt so. Ja das ist wirklich so, das krieg ich tagtäglich mit.

13.2 Vorteile

Sehen Sie aufgrund Ihres jungen Alters große Vorteile und können Sie sich vorstellen, dass Sie mit zunehmendem Alter Vorteile haben werden bis zu einem bestimmten Punkt? Jein, ich denk, wenn ich für meine restlichen Berufsjahre in diesem Haus bleibe, denk ich schon, dass ich Vorteile haben werde. Wenn ich jetzt aber mit 50 angenommen hier gekündigt werde, werde ich sicherlich in anderen Häusern meine Nachteile haben, denke ich, aufgrund des Alters und es ist sicher schwierig, mit 50 oder 55 wieder in diesen Beruf reinzukommen. *An welche Nachteile denken Sie da?* Also in diesen Beruf erst mal wieder reinzukommen. Mit 55 denk ich ist es schwerer, weil ich denk, ältere Men-

schen mit 55 haben's schwerer, wieder in die Altenpflege reinzukommen wie frisch ausgelernte Menschen. *Wenn Sie bis zu diesem Alter hier blieben und aufgrund einer wirtschaftlichen Lage gekündigt bekämen, hätten Sie keine berufliche Lücke* Also in das Team wieder reinzukommen, sind Nachteile, und auch – man kennt jetzt so seine Chefs und kennt seine Vorteile und seine Nachteile gegenüber dem Chef, wie sie da so sind, ich denk, das wird schon schwierig sein. Ich beruhe auf meinem Standpunkt und man merkt das auch, was ich sage, mein' ich auch und was ich denke sag ich auch, und ich denk', wenn ich jetzt mit 55 in ein anderes Haus kommen würde oder gehen müsste, wär's sicherlich schwierig für mich, weil man kennt diejenigen nicht, klar, als ich hier angefangen hab' war's bei mir genauso, ich hab die Chefs nicht gekannt und man muss sich erst beschnuppern und gucken wie's ist, aber ich denk, es ist schon schwieriger. Wie ich jetzt mit 55 bin weiß ich nicht. Jetzt bin ich so, aber wie ich mit 55 bin, ob ich mich da ändere, von meiner Meinung her, das kann ich nicht sagen. *Was vermuten Sie, wie sich Ihre älteren Kollegen da sehen, glauben Sie, sie sehen für sich Vorteile durch das Alter? Meinen Sie, die haben das gleiche Bild von sich selbst, wie Sie es jetzt haben oder denken Sie, na ja, die haben jetzt so'n Erfahrungsschatz und der wächst mit zunehmendem Alter?* Klar, es gibt halt Kollegen, die sagen, Du bist noch jung, du lernst noch, man lernt ja nie aus, du wirst noch Vieles erleben, was Du jetzt noch nicht mitbekommen hast und ich denke schon, dass Vieles auch weitergegeben wird an Jüngere.

13.3 Leichter

Ja ich denke schon. Die Pflegefälle, die sind ja relativ schwer, wir haben auch viele Schwerstpflegefälle, ich denk schon, dass da schon eventuell geguckt wird, wenn jemand 56 ist und Kreuzschmerzen hat, dass da schon ein bissl ausgeglichen ist, dass die nicht unbedingt die schwersten Tätigkeiten machen. Und es wird auch geholfen von den Jüngeren. Die Jüngeren sehen das, wenn ältere Kollegen Hilfe brauchen und die gehen dann hin und helfen auch. Die kriegen auch mehr Hilfe wie wir Jüngeren. *Die Frage war, ob die Älteren von sich aus denken, dass ihnen manche Dinge leichter fallen, z.B. in einer Konfliktsituation mit Bewohnern, dass Ältere vielleicht behaupten, sie hätten ein größeres Verhaltensrepertoire.* Nein, das denk ich nicht. Man lernt ja mit den Jahren und klar, man lernt viel dazu und man verändert sich auch im Laufe seines Lebens, aber ich denke dieses Grundverhalten, wie man sich Menschen gegenüber gibt, das bleibt relativ gleich. Und es gibt halt auch Kollegen, die fahren eine Schiene und zeigen keine Emotionen und bleiben so wie sie sind über Jahre hinweg. *Anderer Aspekt Zeitmanagement – Man wird stumpfer –Glauben Sie nicht, dass mit zunehmendem Alter, mit zunehmender Berufserfahrung die Zeiteinteilung besser wird?* Jein, es kommt wirklich auf die Situation an und auf die Besetzung. Ich denk, man plant ja schon bissl im Vorfeld. Morgens kommt man auf die Arbeit und da geht man schon alles durch und ich denk, das ist wirklich alles situationsbedingt. Auch mit der Zeit. Das kann manchmal ruckizucki gehen und am nächsten Tag da dauert's Ewigkeiten.

13.4 Belastungen

Andere Belastungen als schwerstpflegebedürftige Patienten? Ja also Demenzerkrankungen, auch 'ne ziemliche Belastung für ältere Menschen. Also ich bin der Meinung, jüngere Menschen haben noch viel mehr Belastungsvolumen wie ältere Menschen, was jetzt das Weglauf (...) betrifft oder Menschen, die andauernd irgendwas wollen, und ich denk halt, bei älteren Mitarbeitern werden halt die Nerven nicht mehr so strapaziert, die sagen auch mal, das geht nicht mehr, bin ich jetzt der Meinung. *Die Älteren haben das umge-*

kehrt berichtet, die haben den Eindruck, die Jüngeren hätten wenig Geduld, für an demenziell Erkrankten zu arbeiten. Ich seh das jetzt ein bisschen anders, weil wenn ich mich jetzt selber angucke, dann – ich hab schon ziemlich viel Geduld und ich bin ruhig und gelassen, und wenn ich an manch andere in Situationen seh, wo ich denk, Mensch, das hätte jetzt nicht sein müssen, jetzt ist es halt mal bissl lauter. Die älteren Kollegen die sind halt genervt, man merkt es dann schon an der Ausdrucksform, dass halt Kollegen dann genervt sind, was ich dann schon auch nachvollziehen kann, ich dann aber auch wieder denk, das ist unser Bewohner, unser Beruf und unsere Arbeit und wenn wir die nicht hätten, dann wären wir arbeitslos z.B. Es ist nicht jeder ältere Mensch nervlich belastbar, das ist mal so mal so.

13.5 Entlastungen

Techniken, also Hilfsmittel, Lifter, Schiebebrett, Drehscheibe. Was nicht schlecht wäre, grade für die Rückenbelastung, viel mehr Fortbildung oder Einweisung in Rücken schonendes Arbeiten oder Bobath, Kinästhetik, was auch wirklich erleichternd ist. *Sind die Hebeeinrichtungen altersspezifisch? Brauche ich die mit zunehmendem Alter mehr?* Die braucht jeder, aber ich denke, wie lange gibt es solche Geräte, solche guten Geräte? *Seit über 30 Jahren.* Manche sind aber schon länger in diesem Beruf und bringen schon eine Vorbelastung mit, aber dieses Problem mit den Hebetekniken oder Rücken schonendes Arbeiten seh ich immer wieder. Das müsste immer wieder mal gezeigt werden oder geschult werden oder ich denk, ne Rückenschule mal angeboten bekommen, so einmal in der Woche oder so, zweimal im Monat oder wie auch immer, ich denk, so was wäre auch sinnvoll. *Sie haben gesagt, ältere Kollegen werden öfter krank, nehmen Tabletten – werden die denn krank wegen der Arbeit oder wegen ihres Alters?* Also ich würde sagen durch die Arbeit. *Dann müsste man sich als Arbeitgeber ja überlegen, wie zu vermeiden ist, dass die krank werden. Ideen dazu?* Ja, wie gesagt, Rücken schonendes Arbeiten zeigen, öfters mal, weil ich denk, das ist schon ein Grund mit, dass sich Leute, Kollegen verheben, oder wenn das Bett ganz unten ist und ich bin groß und ich wasche gebückt, ich denke schon, dass dadurch auch die Rückenschmerzen kommen. Die Muskulatur und die Knochen lassen halt auch nach und bauen ab. Verschleißerscheinungen gibt's ja immer wieder, aber ich denke, der größere Teil für die Rückenschmerzen ist halt wirklich diese Arbeit, falsches Arbeiten teilweise. Nicht bei jedem, aber ... Und da müsste der Arbeitgeber halt wirklich Schulung machen oder auch Bilder ausdrucken, wie man einen Wasserkasten hebt oder wie man sich nach Kinästhetik einen bettlägerigen Bewohner rausholt und ich denke, wo man halt immer wieder mal gucken kann. *Andere Faktoren, Sie haben die Nerven angesprochen, das geht ja in Richtung psychische Belastung, auf Stress.* Ich denk auch, dass teilweise zu wenig Personal da ist. Am Wochenende sind wir zu dritt für 26 Bewohner und ich denk, das ist, man arbeitet unter Zeitdruck und ich denk, wenn morgens ein oder zwei Kräfte mehr da wären, oder die Bewohner verteilt werden würden, dann wäre es auch nicht so. *Könnten Sie sich auch andere Unterstützung, z.B. nichtexaminiertes Personal vorstellen?* Ja also ich hab – heute Morgen haben wir schon drüber gesprochen, ich würde es supertoll finden, wenn wir auch 1-Euro-Jobber bekommen könnten. Die tun mir Leid, die werden teilweise ausgenutzt, aber die können sich mit den Bewohnern beschäftigen. Die können spazieren gehen oder grad bei Demenzerkrankungen, die jetzt weglaufgefährdet sind, die können sich dann mit denen beschäftigen und gucken. Wo die uns auch die Zeit abnehmen und die Arbeit abnehmen, wo wir denken, o Gott sei Dank, damit haben wir jetzt nichts zu tun. Oder mal ein Bett beziehen oder so. Was ja alles bei uns im Hinterkopf ist und was für uns alle nicht so toll ist, das müssten wir machen und das müssten wir machen, wenn man da wirklich mal jemanden

hätte, was jetzt nicht unbedingt auf die Pflege bezogen ist, das wär` klasse. *Was müsste denn der oder die für eine Qualifikation haben?* Was eigentlich sehr wichtig wäre, Einfühlungsvermögen müsste der haben derjenige und müsste mit Menschen umgehen. Ich denke die Qualifikation ist letztendlich erst mal ein bisschen nach hinten gestellt. Das Menschliche ist sehr wichtig. Wenn jetzt einer kommt, ich muss jetzt das und das machen, und der geht mit keiner Lust ran, bin ich der Meinung, der ist dafür nicht geeignet. *Kann man das im Vorfeld herausfinden, wie die Motivationslage ist?* Nein. Ich denke, man könnte zwar gucken, was derjenige früher gearbeitet hat und was er für eine Ausbildung hat, aber ich denke, nee, Menschen ändern sich ja auch und ich denke die Probezeit wäre sowieso sinnvoll, um einfach zu gucken wie der Mensch ist, aber selbst nach der Probezeit kann man sich ja immer wieder ändern. *Ältere, männliche Langzeitarbeitslose?* Da muss man sich ja auch mal Gedanken machen, warum der arbeitslos ist, ich mein, manche wollen einfach nicht, die haben keinen Bock und solche kommen dann vielleicht hierher und Andere, die wollen vielleicht, man muss halt dann einfach gucken. *Das sind die großen Befürchtungen Ihrer Kolleginnen, Leute mit einer zweifelhaften Motivation, man muss sich auch mal überlegen, was bekommen sie dafür, was sie hier machen sollen. Weitere Vorstellungen bzgl. Entlastung – Thema Schichtdienst. Fänden Sie es entlastend, wenn ältere Mitarbeiter ab einem bestimmten Alter keinen Nachtdienst oder Schichtdienst machen müssten?* Ich fände es allgemein entlastend, wenn man keinen Nachtdienst machen müsste. Es gibt Kollegen, die machen gerne Nachtdienst, die sind halt weniger im Nachtdienst drinne. Und das ist auch bei mir so, wenn ich weiß, o Gott, in drei oder vier Wochen hab ich Nachtdienst, da graue ich mich schon drei Wochen dafür. Ich bin kein Nachtmensch, aber man muss es halt machen und ich denk, es ist halt auch so, man muss gucken, wer macht gerne Nachtdienst und die schickt man dann rein, weil die sind dann nicht gern im Tagdienst. Und das ist ja dann auch wieder so eine Sache, die dann auf die Nerven geht. *Wie viele Nächte machen Sie am Stück?* Das ist immer unterschiedlich, ich mache meistens vier, andere zwei, wir haben Dauernachtwachen, die machen sieben Nächte. *Für wie viele Bewohner sind Sie dann zuständig?* 36 bis 70. Wir sind zu Dritt. *Weitere entlastende Möglichkeiten, Sie hatten Fortbildungen genannt, Fortbildungen in Richtung Heben, Transfer vermutlich, können Sie sich noch andere Fortbildungen vorstellen, die die Belastung reduzieren? Denken Sie mal an die psychische Belastung.* Ja, vielleicht Yoga z.B. autogenes Training, wenn man die Schnauze voll hat, einfach mal in den Wald gehen und einfach mal ausruhen lassen, das sollten man auch machen beim burn out, so was halt und – man sollte einfach auch mal mit dem Team weg gehen, so privat. Man ist zwar auch so viel zusammen, aber man sollte auch mal privat weg gehen und ich denk, das – man sieht sich eigentlich tagtäglich hier, aber immer nur die Arbeit, die Arbeit, also ich denk, wenn man mal privat – dann ist das ganz anders. *Wie sollte Yoga, autogenes Training angeboten werden?* Teilweise gibt es ja die Krankenkassen, die das übernehmen, Rückenschule und so, wo das bezahlt wird, aber ich denke, das Haus müsste aber auch so was anbieten. Ich weiß nicht, ob viele Mitarbeiter das machen würden vom Haus allgemein, aber anbieten könnte man es, ja. *Sollte es für die Kollegen umsonst sein, oder könnten Sie sich vorstellen, dass man die Kosten teilt?* Man müsste halt gucken, wie teuer das ist – Ich weiß nicht, aber man müsste halt gucken und man sagt, man teilt das oder das Haus zahlt halt ein bissl mehr und –. *Angebote innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit?* Das ist auch `ne gute Frage, weil innerhalb ich denk, das geht gar nicht, wann während der Arbeitszeit, wir sind ja nur am Arbeiten eigentlich außer wenn wir Pause haben, und außerhalb der Arbeitszeiten ist es halt so, dass die Kollegen teilweise keine Lust mehr haben. Also es ist wirklich zeitlich eine schwere Frage und Sache. Die meisten sind froh, wenn sie Feierabend haben und nach Hause gehen und abschalten können. *Innerhalb der Arbeitszeiten könnte man mit*

einer Überstundenregelung operieren. Und wenn dann die Kollegen einverstanden sind, das ist auch so ne Sache. Weil manche sagen so, es ist 14 Uhr, ich hab` jetzt Feierabend und ich bleibe keine Minute länger und andere sagen, o.k., du musst jetzt das noch machen und das, die bleiben halt länger, ja. Es ist halt wirklich, jeder Kollege und jeder Mitarbeiter sieht das völlig anders und ich denk, die Jüngeren sehen das noch bissl gelassener wie die Älteren

13.6 Angebote

Nicht dass ich wüsste, also ich wüsste es nicht, ich hab` noch nichts darüber gehört. *Fänden Sie das positiv, wenn es so was gäbe?* Ja, das Laufen so in der Gruppe mit drei, vier Leuten, das wäre wirklich nicht schlecht, ich denke schon, und ich denk halt auch, wenn man allein läuft, dann fehlt die Motivation dazu, aber wenn noch ein paar dabei sind, dann ist die Motivation viel viel größer um wirklich was mitzumachen. Es ist ja auch privat so, dass man sagt, ich geh jetzt ins Fitnessstraining und hat dann doch keine Lust, und wenn man dann jemand findet, der mitgeht, dann geht man halt auch.

13.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja. *Unter welchen Bedingungen denn? Unter den Bedingungen, wie sie jetzt sind oder müssten die sich verändern?* Die Arbeitsbedingungen müssten allgemein verbessert werden. Ich mein, die sind schon auf einem guten Stand, aber sie müssten schon noch verändert werden, grad für die Älteren. Ich sehe – nur als Beispiel – wir haben eine Kollegin, die arbeitet sehr langsam. Da ist jetzt auch die Frage, warum arbeitet sie langsam, um noch Hilfe zu bekommen, damit die Anderen noch was abnehmen oder weil sie halt wirklich nicht schneller kann. Da stellt sich mir wirklich die Frage, wenn ich jetzt zehn Leute hab oder acht Leute hab` und sie hat fünf Leute, da seh ich das auch irgendwo nicht ein, sie hat fünf Leute, ich hab meine acht Leute schon versorgt, ich geh da nicht helfen, ja, also man müsste da wirklich erfahren, warum das so ist, ob sie sich viel Zeit lässt oder liegt`s am Bewohner oder damit sie noch Hilfe abbekommt, weil sie zu viel zu tun hat, ich weiß es nicht. *Glauben Sie, man kann das Leistungsvermögen im jeweiligen Alter berücksichtigen?* Ja, ich habe das Gefühl, dass teilweise die jüngeren Leute viel mehr Arbeit aufgehalst bekommen oder machen wie die Älteren. Das ist schon teilweise so. Viele denken, die Jüngeren sind belastbarer wie die älteren Kollegen. Ich meine, ich mach das gern, ich hab` kein Problem damit, aber es bleiben halt Überstunden, wenn man`s nicht schafft.

13.8 Zusammenarbeit

Teils-teils. Also es gibt positive Mitarbeiter, die mir viel beigebracht haben und noch beibringen, die sich aber auch sehr viel von mir annehmen. *Um was geht es denn da, was bringen die Ihnen denn bei?* Bestimmte Situationen. Die sind jetzt schon 20, 25 Jahre in dem Beruf, ich hab` z.B. noch nie jemanden wiederbelebt. Da waren die vielleicht schon mal dabei gewesen, da war vielleicht jemand am Ersticken, was ich jetzt noch nicht gemacht habe, und da erzählen sie halt immer, was sie gemacht haben oder wie das war, und ich denk, das ist für uns junge Menschen auch immer `ne Auffrischung, also ich bin jetzt schon `ne Weile raus aus der Ausbildung und da geht doch vieles unter, was man danach nicht mehr mitbekommen hat und das ist für mich halt nochmal `ne Auffrischung oder bestimmte Situationen, wenn ein Bewohner aggressiv ist, wie sie sich dann verhalten haben z.B. Aber andererseits, wenn ich jetzt zum Älteren was sage, dass er das doch

bitte machen soll, dann wird gesagt „Nee“. Und ich hab auch schon oft zu hören bekommen, auch wenn`s nur Spaß war, du bist jünger wie ich, du kannst mal laufen, auf die Klingel gehen und da denk ich mir auch, das muss eigentlich nicht sein. Ich mach`s dann zwar, aber man merkt dann halt so, die Jüngeren sind halt jünger und können noch bissl mehr tun und laufen. Und dann gibt`s halt Kollegen, die lassen sich nichts annehmen, wenn man `ne Veränderung reinbringen möchte, was weiß ich, mit irgendeiner Tabelle oder so, da heißt es „nee, machen wir nicht, das ist so, das bleibt so“. Dieser Spruch, der ist Standard. Es ist wirklich so, es ist wirklich schwierig auch Vorgesetzten gegenüber, was Positives manchmal zu vermitteln. Also Veränderungen zu vermitteln, so mein` ich das jetzt. *Weil die Vorgesetzten älter sind?* Auch und ich denk, weil sie halt Vorgesetzte sind und weil nur noch Hierarchie, über mir stehen. Weil manche lassen halt auch ihre Macht ausspielen. *Thema „altersgemischtes Team“: jüngere und ältere Kollegen. Wo fühlen Sie sich denn wohler?* Bei beiden. *Unterschiede?* Ja ich denk, die Jüngeren sind halt nicht so aufgeschlossen wie die Älteren. Wir haben da paar Kollegen, die erzählen was aus dem Privatleben und lustige Sachen und die Jüngeren, da zieh ich mich auch mit ein, die erzählen kaum Privates hier. Ich erzähle zwar auch Privates, aber nicht so intensiv und meistens – ja, das und das war, es ist halt schon bissl anders. Ich arbeite wirklich mit jedem, mit Jung und Alt gern zusammen. Ich kann da eigentlich nix Negatives sagen, bis auf das, wenn ich mit `ner älteren Kollegin zusammenarbeite, die dann sagt, das kannst du machen, das mach ich nicht, die mir vielleicht auch noch untersteht, das ist dann halt bissl ärgerlich, wo ich dann denke, o mein Gott, ist es jetzt, weil ich so jung bin oder respektiert sie mich halt nicht, das ist so `ne Sache. *Team mit älteren Kollegen und Kolleginnen, sehen Sie da bestimmte Dinge, die – wenn jetzt ein jüngerer Kollege dabei ist, anders sind?* Was würden Sie wahrnehmen, wenn Sie jetzt im Nachtdienst sind und der Frühdienst besteht aus älteren Kollegen oder wenn Sie im Nachtdienst sind und der Spätdienst, der Ihnen übergibt besteht aus älteren Kollegen? Ich denk. Das Einzigs-te, was mir vielleicht ab und zu auffällt – ich bin jetzt seit zwei Jahren hier, andere Kollegen arbeiten schon seit 20 Jahren hier beispielsweise zusammen. Und da ist die Beziehung oder das Verhältnis zwischen den beiden oder untereinander intensiver als zwischen den jung dazugekommenen Mitarbeitern, das denke ich ist klar, aber ich denke, man versteht sich trotzdem mit denen so wie es sein sollte. Aber die Älteren, die sich schon seit 20 Jahren kennen, die sind halt schon nochmal bissl anders und erzählen auch mal noch ein bisschen anders miteinander. *Ist es positiv oder negativ?* Ich denk, so im Privaten gibt es sicher so Situationen, wo man mit Freunden denkt, warum ist das so, wo man`s negativ auslegt, aber auf Arbeit find ich das gar nicht so, weil das ist für mich die Arbeit und das bleibt auch so und ich versteh mich auch privat mit einigen, aber ich seh das nicht negativ, also ich hab das für mich noch nie negativ bezogen. *Wie sehen Sie sich denn mit 50?* Ich hab mir schon oft die Gedanken gestellt, ich weiß es nicht, ob ich mit 50 überhaupt noch in dem Beruf bin – weil wenn ich manche Kollegen sehe mit ihren Rückenschmerzen und – da frag ich mich, schaffe ich das überhaupt, weil ich muss noch so so lange arbeiten gehen – ich weiß es nicht. *Wie sehen Sie sich mit 60?* *Thema „Arbeiten bis 67“: Vorteile wie: Hilfsmittel, Fortbildungen... Was tun Sie denn darüber hinaus für Ihre Gesundheit?* Relativ wenig, muss ich sagen, also ich treibe sehr sehr wenig Sport und wenn, dann ist es zuhause so ein bisschen Muskelaufbau, aber wenig – aber ich versuche bei der Arbeit Rücken schonend zu arbeiten. Das ist zwar teilweise nicht unbedingt umsetzbar, aber ich versuch`s. Wie gesagt mit dem Sport ist es so `ne Sache weil Motivation fehlt, (lacht) aber relativ wenig. Ich ernähre mich gesund, aber was meinen Rücken betrifft, für meine Muskulatur tu ich nicht viel, das muss ich ehrlich zugeben. *Einstellung zum Alter im Allgemeinen? Was bedeutet Ihnen das Thema „Alter“ und Altern?* Schon sehr viel. Ich mach mir selber über mich viele Gedanken, wie ich bin,

wenn ich älter bin, ob ich mich dann doch noch verändere oder ob ich bleibe wie ich bin, also ich mach mir da schon so meine Gedanke und wie gesagt, wenn jemand altert oder älter wird, ich find das gar nicht schlimm, das ist der Lauf der Zeit. Und wie gesagt, ob ich mit 50 oder 60 noch im Dienst bin, wenn ich mit 55 denk, ich hab keine Rückenschmerzen, dann werde ich auch weiterhin da bleiben, der Beruf liegt mir sehr am Herzen, ich würd` ihn eigentlich gar nicht aufgeben. *Was wissen Sie über die demografische Entwicklung? Wenn in 20 Jahre die Jungen fehlen?* Das kann ich mir gut vorstellen, es gibt auch gar nicht mehr so viele Leute, die den Beruf machen wollen. Das Klischee ist halt „Arsch abwischen“ bei uns, das ist einfach so, das hört man so oft, du wischst den Arsch ab und das war`s, und ich denk, es gibt gar nicht so viele die das machen wollen und andererseits kommt der Bildungsstand dazu, es gibt ja kaum noch Jugendliche, die die Ausbildung überhaupt schaffen, weil der Bildungsstand – weil die das überhaupt nicht lernen können oder wollen. Wissen Sie, wie ich das meine? Sie schaffen die Ausbildung nicht, weil sie das auswendig lernen und dann wieder vergessen oder vor der Prüfung halt Angst haben oder sagen, sie wollen das lernen und können es nicht weil es zu schwierig ist für sie. *Sind wir da nicht in einer Dilemmasituation? Weil der Nachwuchs fehlt ja bei uns.* Ja, wo soll denn der herkommen? *Müsste man die Ausbildungssituation verändern?* Ich mein`, sie hat sich ja schon bissl geändert, der Ausbildungsstandard ist jetzt schon bissl gedrehter, die Prüfungsverordnung, das ist ja jetzt alles bissl anders. Nee, ich denke, wir Deutsche müssten bissl mehr Kinder produzieren, machen, damit jüngere Menschen wieder in die Altenpflege reinrutschen oder kommen irgendwann mal wieder in 20 Jahren. *Generell zu wenig Leute da, dass Beruf nicht ergriffen wird oder liegt es am Image?* Ich denk` beides. Mehr das Image, aber doch beides schon. Ich würde sagen, 80 Prozent das Image und 20 Prozent weil zu wenig da sind. Ich hab mir da eigentlich darüber noch gar nicht so viele Gedanken gemacht, vielleicht sind in 20 Jahren gar keine Altenpflegerinnen mehr da, – aber ich denke, was sicherlich auch sein wird, ist dass im Krankenhaus viel mehr jüngere Menschen arbeiten werden wie in den Altenheimen durch dieses Image „Arsch abwischen“, glaube ich. *Als ich 23 war, war für mich jemand mit 30 steinalt* [Exkurs „Gerontologie“ und Erklärung des Forschungsvorhabens]. Das ist schwierig, ich weiß nicht, ob Sie da was Wichtiges raus finden können, ich weiß es nicht. Aber ich finde, dass schon mehr Personal eingestellt werden müsste und ich denke, Altern ist für mich genauso was wie Geburt und Sterben, man wird geboren und man muss halt sterben, man ist so alt wie man sich fühlt, und das sag ich zu meinen Kollegen, die sagen, Gott, bin ich alt, man ist so alt wie man sich fühlt, ne.

13.9 Weitere Aspekte

Da muss ich nachdenken. Ich denke, was noch ein wichtiger Aspekt ist, ist das Bewohnerklientel. Es kommen jetzt viele jüngere Bewohner zu uns, die aber auch vom Gewicht her sehr schwer sind und ich denke, das ist auch nochmal so ein Aspekt. Wenn ich jetzt Bewohner zu versorgen habe, die 100 Kilo wiegen, dann bin ich nach drei Bewohnern kaputt. Und wenn dann Bewohner da sind, die sagen, ich mach nichts mehr, ich hab keine Lust mehr, was zu machen, dann wird`s nochmal schwerer. Es geht erstens auf den Rücken und zweitens auch auf meine Belastung, auf meine Nerven. Ich denk` das ist auch nochmal ein ganz wichtiger Punkt. Ich weiß jetzt nicht wie Sie das sehen. *Ich bin zunächst sehr neutral eingestellt.*

14. Interview, PH

14.1 Positive Effekte

Ja, allein durch die Lebenserfahrung. Es gibt ja auch MA, die machen später die Ausbildung und haben dann vielleicht noch nicht so die Berufserfahrung, aber die Lebenserfahrung, die ist schon mal mit dabei. *Wie äußert sich das? Was bringt Ihnen das?* Ja, im Umgang mit älteren betagten Menschen wirkt sich das schon positiv aus, weil viele, die dann schon in einem mittleren Alter sind, die so 40 oder 45 oder gar 50, die haben ja dementsprechend ja auch schon Eltern, die auch in einem gewissen Alter sind und haben ja diese Erfahrung praktisch auf dem privaten Weg gemacht, was bei jüngeren Menschen wohl eher nicht so der Fall ist. *Sehen Sie noch andere positive Effekte?* Äh, mal überlegen ich würde mal sagen, auch die Geduld ist ausgeprägter und das Verständnis, würde ich jetzt mal so nach meiner Erfahrung sagen, dass auch wenn Hektik auftritt und es mal Stress gibt, die etwas älteren MA dann schon mal eher sagen, jetzt machen wir aber mal langsamer oder gehen es einfach langsam an aufgrund von der Erfahrung, also in meinem Fall wäre das dann auch schon.

14.2 Vorteile

– – also ich muss eher sagen, dass mittlerweile ich dann schon mal ausbalancieren muss, sagen, was könnte ich alternativ noch machen, weil -- -- verstehen Sie? *Also in Richtung anderer Beruf, Ausstieg, so was? Ausstieg aber dann was?* Das ist schon ziemlich so bissl ein Problem in dem Beruf, wenn man das schon jahrelang macht, dann ist es gar nicht so einfach, umzudenken bzw. auszusteigen, weil dann ist die große Frage, was mach ich dann? Wenn man jahrelang mit Menschen gearbeitet hat, dann kann man nicht so einfach sagen, also ich geh jetzt ins Büro, also mir würde das schwer fallen. Also diesbezüglich ist man dann doch schon so bisschen – also ich will jetzt nicht sagen gefangen, aber es ist doch sehr einfach sehr schwierig da auszusteigen. Ich weiß das von einer guten Kollegin von mir, die schult jetzt um, die kann das aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr machen, und bei der war es sehr schwierig, so was Geeignetes zu finden. Und die ist jetzt auch grad so in meinem Alter, zwei Jahre älter wie ich und die hat den Beruf auch schon jahrelang gemacht und da war es wirklich – es hat sich über ein Jahr rausgezogen, bis sie jetzt endlich mal wusste, was sie auch machen könnte... *Was glauben Sie, sind so die Hauptgründe, warum sich Menschen mit zunehmendem Alter darüber Gedanken machen, dass sie was anderes machen wollen?* Ja, das fängt natürlich mit den Arbeitsbedingungen teilweise an, die natürlich auch immer schwieriger werden in dem Beruf, die Anforderungen, und mit zunehmendem Alter fällt es einem natürlich auch nicht immer leichter – also bei mir jetzt weniger, aber ich kenn eine Kollegin, die ist so zehn Jahre älter und die tut sich dann schon schwer bei Neuheiten. *Können Sie das mal konkretisieren an einem Beispiel?* Ja wenn zum Beispiel neue hausinterne Verordnungen kommen, was man anders machen sollt, wenn man dann dran denken sollte, das muss ich jetzt so bedenken und die Kollegin es dann halt einfach wieder vergisst, weil es neu ist, verstehen Sie? Und diese Routine in der Zwölf-Tage-Woche so greift, dass es schwierig ist für manche zu sagen, oh halt, das ist ja jetzt anders.

14.3 Leichter

Äh, so also bei Bewohner – Hebetekniken, das Knowhow (extremer Lärm von draußen) – also ich hab drauf zu gucken, wie krieg ich z.B. den Transfer hin, ohne dass ich mich

jetzt unheimlich belaste oder auch mal mehr in die Knie gehen oder so, das war bei mir jetzt am Anfang weniger, da hat man nicht dran gedacht, da hat man drauf gearbeitet. Man hat zwar die Techniken in der Schule schon gelernt, aber das Umsetzen hat erst die Erfahrung gebracht und die ist im Lauf der Zeit ausgereifter geworden, wo man dann schon weiß, das mach ich jetzt so und so, wo man dann einfach weiß, das funktioniert, weil man das oft genug so gemacht hat. Also das ist jetzt mir so aufgefallen. Und dann der Weitblick, den hatte ich jetzt vor 20 Jahren auch noch nicht so, in dem Umfang, den Bewohner im Kopf haben und den beobachten und gleichzeitig zu wissen, oh, aber ich muss jetzt noch das erledigen, und hab z.B. auch noch jemanden anzurufen und die Kollegin kommt und sagt, ja was soll ich denn jetzt da machen, also was jetzt noch alles zu tun ist. Da ist jemand gefallen und da ist der Doktor und da die Angehörigen, und da heißt es jetzt eigentlich auch so mal den Ball flach halten, und da bin ich jetzt ruhiger und weiß genau was zu tun ist, indem ich sag, Du machst das, und du gehst dahin und Sie müssen im Moment leider mal warten, weil es ist so... *Und können Sie diesen Weitblick auch weitergeben an jüngere Kollegen?* Das ist durch die Erfahrung teilweise schon schwierig, also sagen ja, aber ob die das dann auch so umsetzen, weniger. Das ist situationsbedingt, man muss eigene Erfahrungen sammeln. Ich geb' gern weiter, hab ich auch schon weiter gegeben, aber es ist – ich sag immer so die Theorie und Praxis, ne, die sagen dann ja stimmt, du hast ja recht, und ich versuch`s und ich mach`s dann auch so, aber wenn es dann zu dem Fall kommt – es ist ja immer auch bei der Ersten Hilfe immer bissl anderer, wenn man das in `nem Kurs so durchnimmt, wie wenn ich das dann selber hab`. Das ist so ne ganz andere Situation – wie schon gesagt, wenn dann jemand fällt und dann kommt vielleicht grad noch ein Arzt, der auch was will oder es klingelt noch das Telefon oder kommt noch ein Angehöriger und will was, ne, ich kann dann ja nicht äh und schreie, da muss ich ja genau sagen, so Moment, aber bei jüngeren Kollegen, wie das umsetzen, (Jo: *das weiß man nicht*), ja genau, ich arbeite mit diesen Kollegen ja auch nicht immer zusammen. Wir sind ja auch nicht so toll besetzt, also im Moment ist es auch durch Urlaub, und da haben wir noch jemanden im Krank, da ist es Moment eng. Schon eng, wir haben einen großen Wohnbereich, 36 Bewohner, die langen Flure, da ist es mitunter schon stressig.

14.4 Belastungen

Ja, also ich sag jetzt mal die personelle Situation, wenn es so knapp ist, und es wird nicht besser, dann belastet mich das schon. Also ich kann das schon überbrücken und sagen, gut, das geht jetzt so eine Woche und dann wird es schon wieder. Aber wenn es dann so Wochen geht so ein personeller Engpass, dann es belastet es schon, auf jeden Fall. *Was würden Sie sich da wünschen? Personeller Engpass, können Sie sich vorstellen, sagen alle, die ich frage. Würde es Ihnen denn helfen, wenn Sie eine Unterstützung bekämen ohne Qualifikation?* Äh ich sag jetzt so erst mal ja. *Hände die zupacken?* Ja, richtig, es kommt aber natürlich auch drauf an, ob die Hände auch bissl mitdenken. Mir bringt's wenig, wenn ich jemand hab, und sag, gut, die Hände schaffen, aber die denken nicht dabei. Nee, da sag ich dann lieber nee, da mach ich das allein, da weiß ich was gemacht ist, es ist belastender, dreimal nachzufragen, ist es denn dann auch so. Es kommt dann wie gesagt drauf an, ob derjenige, ob der Mensch dann mitdenkt. *Haben Sie von den Ideen unserer Regierung gehört, vermehrt Langzeitarbeitslose als Pflegeassistenten in der Altenpflege einzusetzen?* Ja, da ging es speziell auch für Demenzkranke, gell, und ich find die Regelung nicht gut. Weil das ist jetzt so nach dem Motto, hier haben wir Leute, die finden keinen Job, ne, sind langzeitarbeitslos und die stecken wir dann einfach zu Demenzkranken. Also das ist ein Krankheitsbild, mit dem sollte man schon umgehen

können. Und ich find, da kann man nicht den Langzeitarbeitslosen, der vielleicht keine Ahnung hat – also ich find, das geht nicht. Da braucht man qualifizierte Leute, die sich auskennen und die auch wissen, wie man damit umgeht. Also ich mein, es mag auch bei den L. welche geben, die da geeignet sind, aber das sind - ich würd mal so sagen von zehn Stück vielleicht einer oder zwei. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das dann so gut ist, weil es wird Fachpersonal gesucht und muss eingestellt werden, Vorgaben auch, und da würde man dann sagen, gut, wir haben da welche, die finden nichts und die stecken wir jetzt dann grad ins Altersheim. Also da tu ich mich schwer bei dem Gedanken, wirklich, also ich denk – also wenn, dann müsste man die Leute vorbereiten, aber nicht vorbereiten in einem Crashkurs, dass man sagt, wir machen da jetzt 14 Tage, also so dann nicht, also dann ne Vorbereitungszeit, aber dann auch mit nem ausgearbeiteten Konzept, dass man sagt, so das müssen wir durchnehmen und da wollen wir hin und da wird auch diesbezüglich dann geprüft. Dann würde ich sagen o.k., dann könnt ich mich damit anfreunden. Aber nicht so ins kalte Wasser geschmissen, Hauptsache weg von der Straße. Also das find ich wirklich nicht gut, weil da geht es ja auch um - also das ist ne Geduld-sache, pflegerische Aspekte kommen dann ja noch dazu bei Demenzkranken, das ist nicht nur so, dass man weiß, oh, wenn der laufend aufsteht und sich hinsetzt, gut jetzt steht er auf, jetzt lassen wir ihn mal stehen, irgendwann setzt der Mensch sich auch wieder, aber das ist ja dann auch ein größerer Kreis denk ich mal so von Bewohner, die [..., nicht verstehbar, JC]. *Wer sollte denn so ein Konzept erarbeiten?* Also ich könnte mir vorstellen, dass das Lehrer sind, von der Altenpflege sag ich jetzt mal, also schon Leute, die mit Pflege zu tun haben, also jetzt so die Richtung, das wäre nicht schlecht, ja. Also sag ich jetzt mal qualifiziertes Pflegepersonal kann das auch durchaus sein, die Konzepte ausarbeiten, wenn sie praktisch schon gewisse Erfahrung haben und da auch willig sind. *Gibt es noch andere Dinge, die Sie mit zunehmendem Alter belasten?* Äh, ja, die gibt es auch, hier zum Beispiel bei uns ist jetzt der PC am Kommen, ne, und da gib'ts mittlerweile so viele Buttons, soviel Sachen zum Anklicken, also das ist auch nicht so mein Ding, das kommt natürlich auch noch mit dazu und da bedarf es auch bissl mehr am Eingebundenwerden, bei uns macht das speziell auch die Stationsleitung und wenn die nicht da ist, dann stehen wir alle miteinander da. Wir wissen jetzt mittlerweile ihr Passwort, dass wir reinkommen, aber da sind, ich sag mal so viele Buttons, da ist das anzuklicken und da sieht man das oder das, und da muss man da rein und da, und da da abspeichern, also das ist was, wo wir, aber nicht nur wir, sondern auch andere Kolleginnen, allerdings sind das die, die auch schon bissl älter sind. Also da sind da die Jüngeren, die sagen zack zack zack und ich hab schon wieder fast ... Probleme, sag ich Ihnen, gell. Also ich hab auch einen Computer daheim, aber das ist mal so bisschen zum Surfen, mal zum Gucken, ne, das geht. Aber hier da hab ich schon meine Probleme. Ich hab das ja auch nicht gelernt, verstehen Sie, und das ist was ganz anderes, also, ja. Also ich weiß nicht, ob ich da auch mal hinkomme, aber da hab ich jetzt meine Probleme. Wenn es heißt, also da müssen Sie da rein, oder machen Sie das oder das, oder schreiben Sie ne email und ich denk dann, um Gottes Willen, ich bin dann froh, wenn ich meine Bewohner versorgt hab, und dass dann alles erledigt ist. Und dann noch die Vorstellung, das Teil auch noch hoch zu fahren und bis das dann hochgefahren ist ... *Weitere Belastungen?* Teilweise ist es dann, wenn die Bewohner sich so gegenseitig aufstacheln, das ist furchtbar. Wenn dann eine anfängt und die andere schlecht gelaunt ist, also ich sag jetzt mal und übertreib mal ein bissl, also wenn dann so verbal aufeinander losgegangen wird, und keiner gibt so bissl nach, Sie kriegen das ja so mit, Sie sind dann im Aufenthaltsraum, Tabletten verteilen, das ist dann schon für mich auch belastend. Aber wenn es dann ständig am Rufen ist und am Nörgeln, das ist nix und das ist nix, man sich konzentrieren muss, das ist schon ...

14.5 Entlastungen

Wäre es für Sie entlastend, wenn, da Sie den PC als Belastung erwähnt haben, wenn man in der Richtung was machen könnte, eine Schulung z.B.? Ja richtig, eine Schulung ja, aber man müsste dann auch kontinuierlich darin arbeiten. Das bringt nicht viel, wenn Sie das beigebracht kriegen und dann ist wieder Pause, das müsste dann praktisch ein- zweimal die Woche, das müsste man ständig dann auch machen. Also ich sag jetzt mal diese ganzen Eingaben und das und jenes, und da haben wir dann auch schon wieder den personellen Engpass, weil ich hab ja nur zwei Hände und da gehen mir die Bewohner erst mal vor und das steck ich dann wieder zurück, ja gut, das kann ja warten. Und ich hab ja meine Doku, wo ich auch pflegen muss, und dann steck ich das zurück und denk, gut, wenn die Leitung wieder da ist, ich schreib der das dann auf, die gibt das dann wieder ein, weil die hat dann mal mehr die Gelegenheit zu sagen ich mach das. Also es wäre für mich besser umzusetzen, wenn ich einfach mehr Zeit hätte. Also zu sagen, gut, jetzt klick ich mich aus und setz mich dahin, und was auch ne Entlastung wäre, aber das ist auch wieder bedingt durch die personelle Situation, das ist einfach, wir probieren mal die Fünfeinhalbtagewoche aus. Dass zumindest mal noch ein Tag raus springt. Weil diese Zwölf-tage-woche, sag ich Ihnen, die schlaucht. Also bei meinem 11. Arbeitstag, Donnerstag, da merk ich, dass der Akku leer geht und am 12. bin ich dann grad froh, wenn Wochenende ist. Und auch die Kraft zu tanken, man ja auch noch sein Privates dazu reicht einfach die Zeit nicht aus. Also das Wochenende, wenn man das ungeschickt erwischt und hat dann freitags noch einen Spätdienst, das Wochenende frei und fängt dann Montag Morgen schon wieder an, das ist ultrakurz. *Also Sie könnten sich auch eine Optimierung in der Diensteinteilung vorstellen?* Ja, also ich denk, da gibt's bestimmt noch einige Kollegen, die da sagen also die Zwölf-Tage-Woche ist schon heftig.

Sie haben als dritten Punkt genannt eine Eskalation innerhalb der Bewohner, der Bewohnerinnen, die Sie zusätzlich belastet. Könnten Sie sich da auch was vorstellen, wie man mit so einer Situation umgeht?

Ja das ist halt schwierig. Weil ich will ja jetzt auch niemanden sag ich jetzt mal auseinander setzen, bzw. da ins Zimmer und dort ins Zimmer, weil da wäre das gesellige Beisammensein ja gar nicht mehr möglich, wenn dann alle weg wären. Und jemanden auszugrenzen, das will ich ja auch nicht, wobei wie gesagt das immer wieder vorkommt, oder das geht von oben aus (...) im Wohnbereich passiert es dann auch, dass auch ein anderer Bewohner sei es jetzt von unten oder oben anfängt, lauter sich mitzuteilen, das drück ich jetzt mal so aus, und dass von uns aus noch kommt, und dann können Bewohner gar nix dazu, die schreien dann einfach „ruhig“, was ja auch menschlich ist, wenn die dann halt abgenervt sind und ständig rufen. Aber den jetzt so ... Das ist schwierig, schwierig. Ich hab mir grad auch schon überlegt, wie könnte ich das machen, grad so zur Abendessenszeit. Was nicht schlecht wäre, wenn man jemand hätte, sei es auch Besucher vom Bewohner, aber die gucken ja dann auch, dass sie weg gehen oder wenn man dann sagt, setzen Sie sich mal dazu und unterhalten Sie sich und dann das weiß ich, dass das so funktioniert. Wenn dann die Aufmerksamkeit wieder da ist, Schwester kommen Sie doch mal her, das muss ja gar keine Schwester sein, auch wenn das jemand anderes ist und dann einfach sagt, ja, was ist, jetzt machen wir das, was haben Sie denn heute alles gemacht, wenn wir da so zwei drei Leute hätten, das wäre nicht schlecht. Also ich kann mir vorstellen, dass das funktionieren könnte.

14.6 Angebote

Oh, Fortbildungen oder was meinen Sie jetzt? *Insgesamt Angebote. Kann Fortbildung sein, kann auch was anderes sein. Dass Sie ab 40 eine 12er-Karte kriegen fürs Sportstudio, dass Sie ab 45 ein bestimmtes Kontingent an Freikarten für kulturelle Veranstaltungen bekommen...* Ja das wäre schön, aber nein, das habe ich jetzt hier noch nicht gehört. *Können Sie sich denn welche vorstellen außer dem, was ich jetzt gerade genannt habe?* Ja, ja könnte ich mir vorstellen. *Was könnten Sie sich vorstellen? Wenn ich jetzt quasi die gute Fee wäre und Sie hätten Wünsche frei?* -- -- Also Sport für ältere Kollegen, die schon lang im Beruf sind, wie ich z.B., und sie sagen so, Sie kriegen jetzt noch einen Bonus, wenn Sie weiterhin so durchhalten wie bis jetzt, also so mal ein verlängertes Wochenende oder so, sag ich jetzt mal, was man auch schon erlebt hat, oder die kriegen z.B. so 'ne Zehnerkarte für den Luisenpark. Das wäre was. Da war ich nämlich grad in meinem Urlaub dort, wunderbar, herrlich. Es war nur leider so kurz, weil ich konnte gar nicht alles sehen, so groß ist der mittlerweile. Aber das wäre was, grad auch jetzt so Natur, schön, ruhig. Grad in dem Beruf, da wäre das z.B. was. Ich könnte mir auch vorstellen, das Aquadrom, Schwimmbad für die Leute, die das wollen. Oder auch ein Saunabesuch, so die Sachen, was ja auch der Gesundheit zugutekommt für die, die es möchten. So die Dinge ... Ein Jobticket gibt es hier, aber das ist ja für alle. Das ist jetzt nicht spezifisch für die Älteren. Ja und an Fortbildungen, ja gut, Rücken schonendes Arbeiten, also ich weiß das, wie ich das mache aufgrund von den Erfahrungen, vielleicht für Kolleginnen, die noch nicht so lang in dem Beruf sind und aber schon ein gewisses Alter haben wäre das z.B. auch nicht schlecht. Ja vielleicht, je nachdem wie sich das entwickelt mit dem Computer, da vielleicht auch noch ein Aufbaukurs. Weil ich denk die Generation, die damit nicht so behaftet ist, die tut sich schon schwer. Ich weiß es von mir, da ist es so bissl ein rotes Tuch.

14.7 Beschäftigung sinnvoll

Da ist aber der Knackpunkt so aber auch wirklich dann 40 Jahre, 50 Jahre, 65 Jahre, weil da wird die Schneide immer kritischer. *Das Programm ist Ihnen aber bekannt? Das Programm geht bis 67.* Richtig. Je nachdem. Wenn es so noch bleiben sollte wie im Moment, also so die 40, wenn man die voll hat, ob das dann bis 65 noch geht - also ich hätte die auf jeden Fall voll, weil ich nämlich schon seit 16 Jahren arbeite. Also wenn nix dazwischen kommt. Deswegen tröste ich mich damit, und sag gut, also mit 67 in dem Beruf arbeiten, also das kann ich mir ehrlich gesagt nicht vorstellen. Also da hab ich bissl Angst, das sag ich Ihnen ehrlich. Ich bin jetzt 41 und kann mir das noch vorstellen, klar, auf jeden Fall noch zehn Jahre, vielleicht auch noch 15 Jahre, wie das dann wirklich ist in 20, wenn ich dann 61 bin, kann ich Ihnen jetzt wirklich nicht sagen. Man weiß ja auch nicht was gesundheitlich kommt, toi, toi, toi und um auf Ihre Frage nochmal zurück zu kommen, da könnte ich mir als Arbeitgeber leichter vorstellen, wenn jemand kommt, gut der ist jetzt 40, das geht, wenn jetzt jemand 50 ist, das ist halt so, irgendwann fangen dann die Krankheiten an, und das ist beim Arbeitgeber immer so der Hintergedanke, lohnt sich das jetzt noch in dem Beruf, weil jeder weiß, der Beruf der fordert physisch, psychisch, dasalles das volle Programm, ne. Und da ist es halt – ich sag mal so – wenn jemand kommt, der sagt, er könnte sich das vorstellen, halbtags, weil dann ist ja einfach die Belastung doch nicht so groß wie Vollzeit. Weil wie gesagt, wenn der Mensch dann 50 ist, das sind zehn Jahre, und ich sag mal, ich will gar nicht weitergehen, von 50 auf 60, nehmen wir mal so ein Mittelmaß, das sind die 55, dann wird's schon kritisch.

Weniger Arbeit, für wie viel Geld, das ist die Frage. Die Hälfte Arbeit für die Hälfte vom Geld?

So viel Geld haben wir ja auch nicht. Die Kosten steigen immens, ich hab jetzt mittlerweile die letzte Stromerhöhung von einem Jahr, der Sprit geht in die Höhe, absetzen von der Steuer geht fast gar nicht mehr, erst ab dem 21. Kilometer, bei mir sind's 13, die ich fahre, aber ich muss ja irgendwie herkommen. Ich komme fast vom Land, aus R., das können Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln, das kann man vergessen, da sind Sie zwei Stunden unterwegs, also das heißt, das Auto brauchen Sie, und tanken müssen Sie auch, und da kriegen Sie nichts mehr, ne, also ich hab grad die Lohnsteuerkarte zurückgekriegt, das waren bei mir 160 Euro, die jetzt auf einmal fehlen, die einfach weg sind. *Sie sagen, Sie können sich gar nicht vorstellen, mit über 55 oder ...* (der Interviewte unterbricht, Anm. JC) *Gar nicht, nicht. Wir haben sogar welche, die jetzt so sich in dem Alter sich bewegen. Die eine Kollegin die fehlt schon, o Gott, aber die kann ja nix dazu, aber es ist halt mal so. Und die ist auch nicht mehr so belastbar. Steuern Sie da jetzt sehenden Auges in diese Situation oder haben Sie Ideen. Sie haben ja ganz am Anfang schon in Richtung Ausstieg was fantasiert.* Ja, aber die eine Kollegin, die hat sich überlegt (nuschelt, Anm. JC), also erst mal, die nimmt jetzt niemand mehr, die hat das auch schon mal so angetastet, weil die bewegt sich so im Alter von fast 55. Das ist verständlich, die sagt [..., nuschelt, JC] *zwangsläufig durchziehen. Und ich selber jetzt für mich – ich überleg schon, aber ich wüsste gar nicht, was. Also ich hab da eine Bekannte, die macht da was im Gesundheitswesen, wie nennt sich das, so Fachangestellte im Gesundheitswesen, die macht so irgendwas mit Reha-Techniken, und sitzt aber auch vorm Computer, aber der geht es, also die ist so begabt, sag ich mal, die macht das auch gern, das andere hat sie sich angeeignet, hat sie mir erzählt, also das wäre nicht meine Welt. Sie hat das gefunden, ich mach's ja gern, auf der einen Seite mach ich es unheimlich gern, aber nur diese Sache mit der Zwölftagewoche und wenn dann ein Engpass ist und das geht so durch, [stöhnt], da macht das dann irgendwann kein Spaß mehr. Was macht das Spektrum der Alternativen, auf der einen Seite ich kann jetzt was ganz anderes machen oder ich will es auch gar nicht, weil der Beruf schon auch wichtig ist. Sie haben ja gesagt, man könnte die Arbeitszeiten optimieren, z.B. in Richtung Fünfeinhalb-Tagewoche, war ja Ihr Vorschlag, man könnte noch aggressiver fordern Fünftagewoche unter Umständen. Aber das scheitert am Personal, aber. Mal angenommen, das alles würde funktionieren, können Sie sich noch weitere Perspektiven vorstellen, was man da machen kann, Ideen um die Leistungsfähigkeit zu erhalten. Ich sag jetzt mal in Richtung Prävention. Wenn jemand sein Krankheiten kriegt, muss man ja hinterfragen, kriegt er die, weil er alt ist oder kriegt er die, weil er so viele Jahre im Beruf ist. Wenn man diese Frage mit ja beantwortet, muss man doch schauen, wenn dieser Beruf krank macht, sei es körperlich oder psychisch, was kann man da in Richtung Prävention tun, was müsste man tun? Da müsste man gucken, dass man die Leute entlastet. Das ist aber wieder der Knackpunkt. Wenn ich bloß drei hab oder dreieinhalb morgens, dann kann ich leider Gottes nicht noch sagen, lass das liegen, wenn ich selber schon einen Engpass habe in meiner Gruppe. Verstehen Sie? Ein Pool wäre nicht schlecht, wenn man weiß, oh, jetzt fällt wieder jemand aus, dass man da mal zurückgreifen - also gut, da haben wir noch paar Reserven. Glauben Sie, man kann das gesamte Problem des älter werdenden Mitarbeiters verkürzen auf die Personalsituation? Es macht bestimmt einen Anteil aus, der Ich denk, wenn die Belastung nicht so groß wäre, dann hätten wir bestimmte Sachen nicht.*

Sie wissen ja, wie schwierig es ist, Personal zu akquirieren und zu finanzieren. Was wären denn mögliche andere Schritte? [Keine Antwort]. Was würden Sie denn von solchen

Präventionsansätzen halten, dass man sagt, das Unternehmen bietet jetzt sportliche Betätigung an, Betriebssport, so was. Also ich würde sagen, jetzt für das Haus, bei dieser Arbeitssituation hier, also ich weiß ja, was sich in anderen Wohnbereichen tut, würde das hier nicht so angenommen werden im Moment, so wie die Situation jetzt hier ist im Moment. Warum nicht? Weil die Leute sagen, ich bin froh, wenn ich mal Feierabend hab. Um es ganz deutlich zu sagen, mir geht es genauso. Es wären vielleicht zwei drei dabei, klar, ich sag jetzt mal das größere Feld, also grad die Älteren, also ich würde sagen, die sind froh, wenn sie ihren Feierabend haben. Also ich fahr auch täglich an einem Fitnessstudio vorbei und wenn ich meinen Spätdienst gemacht habe und seh die da beim Training, ich denk, ja gut, wie machen die das. Die haben bestimmt auch einen anderen Beruf. Also ich bin fertig, mir reicht's, ich könnte mich da nicht noch sportlich betätigen. Gut, man könnte sagen, man trägt dem Rechnung, dass Sie physisch sehr beansprucht sind, man macht Geschichten wie Entspannungstechniken, PMR z.B., autogenes Training z.B., Yoga z.B. [Stöhnt, Anm. JC] ob das dann natürlich so angenommen wird, man muss bereit dazu sein, ich denk, wenn die Mitarbeiter einfach so bissl entlasteter wären bei der Arbeit, wenn das nicht alles so stressig wäre, dann wär das nicht schlecht. Aber wie gesagt, man ist einfach froh, wenn man dann daheim ist und hat noch das Zuhause noch, das reicht dann grad.

Vorletzte Frage, die Beschäftigung Älterer, ist die sinnvoll, kann man die jetzt abschließend beantworten ja, nein? Bedingt ja. Unter welchen Umständen bedingt ja? Bedingt ja sag ich mal, wenn die Mitarbeiter vom Gesundheitszustand soweit fit sind, sag ich jetzt mal, dass da nicht schon irgendwelche Gebrechlichkeiten schon bekannt sind. Es macht wenig Sinn, wenn sich hier jemand vorstellt und da ist schon ein Bandscheibenvorfall bekannt. Zum Beispiel. Oder akute Probleme mit dem Herz. Das ist natürlich wenig sinnvoll, weil ich genau weiß, den Mitarbeiter haut's irgendwann um, der ist dann mal krank. Wenn es vom Gesundheitszustand so ist, dass die Leute noch fit sind, sag ich ja, dann kann man das, geht das. Anders gefragt, halten Sie die Weiterbeschäftigung älterer Mitarbeiter für sinnvoll? Da kommen wir schon eher auf den Punkt. Oder glauben Sie, die Unternehmen – (der Interviewte unterbricht, Anm. JC) Das ist ja klar, wenn jemand ausfällt, dann fehlt er auch hier. Je nachdem wie lang das geht, da müssen Sie die ersten sechs Wochen mal überbrücken. Und zwar aus eigener Kraft, im eigenen Team. Das ist eine lange Zeit, anderthalb Monate, mit Wochenende und allem Drum und Dran. Ich mein, wenn die Chancen dann wieder so sind, dass der Mitarbeiter wieder fit ist, dann ist das in Ordnung. Aber wenn solche Ausfallzeiten dann ständig wieder kommen, also ich sag jetzt mal sechs Wochen weg und vier Wochen da und wieder fünf Wochen weg und dann ist das ein Fass ohne Boden, wo ich auch unsere Pflegedienstleitung dann versteh, wenn sie sagt ich kann da auch nichts dazu oder was habt ihr mit der gemacht, was ist denn mit der ständig los. Es wäre natürlich schön, wenn dann der Platz frei wär für jemanden, wo dann da ist, weil der einfach das Team entlastet. Die Ansätze müssen ja sein, wieso ist der Kollege oder die Kollegin in diese Situation gekommen, wäre die vermeidbar gewesen. Das ist ja immer so 'ne Sache. Es gibt ja auch Kollegen, die sagen, was Ihr habt, verstehen Sie, ich bin krank, und krank ist krank, so Aus Punkt. Und da ist es natürlich auch schwierig. Ich hab eine Kollegin gehabt, da weiß ich bis heute nicht, was sie gehabt hat, die hat ein Dreivierteljahr gefehlt. Ja hallo, ja was war denn ... Das kann natürlich auf der einen Seite sein, dass da eine organische oder psychische Störung vorliegt, die gar nix mit dem Beruf zu tun hat, auf der anderen Seite wäre es natürlich auch schade, wenn es etwas mit dem Beruf zu tun hat, wenn man da Ansätze hätte und das wüsste man.

14.8 Zusammenarbeit

Also mir ist die ältere Generation lieber, weil die ist ruhiger. Also mir macht es auch mit Jüngeren nix aus, aber da ist auch teilweise die Kommunikation eine andere. Also ich mein, ich kann nicht eine 20-jährige Kollegin, wenn die ihr Wochenende durch hat und war in der Disco und das und hin und her und da gemailt und da gesimst und da, ja gut, da kann ich, das hab ich auch mal gemacht vor 20 Jahren, ne, so Punkt aus. Und da ist ja auch das Interesse bei einer gleichaltrigen Kollegin oder noch ältere doch schon bissl ähnlich gelagert. Und vom Arbeiten her ist dann das Miteinander – kannst du mir mal helfen – das ist bei etwas Älteren schon so, dass die sich eher mal trauen oder nicht trauen, also die Hemmschwelle, aber die sagen schon, können wir das mal zusammen machen, oder hilfst du mir, das ist bei Jüngeren, das erleben Sie da weniger. Die gehen drauf los und machen und tun und sagen dann nix und hinterher, ach, ja hättest du dich gemeldet. Und die werden dann auch schnell ... (42:16) das ist bei den Älteren weniger der Fall, klar, das gibt's bei Älteren auch, klar, ich mein, ich bin auch nicht immer die Ruhe in Person, das geht ja auch gar nicht, aber das ist schon - ja ... *Wie sehen Sie sich denn in dem Frauenberuf?* Also als Hahn im Korb mal auf keinen Fall, aber mal eher als mal als der Pol, wo sich jemand ausgleichen tut. Weil nix Schlimmeres als zehn Frauen auf einem Fleck, die vielleicht auch noch im gleichen Alter sind, sag ich mal so 40 mit Familie und Kindern und das kann stressig sein. Wenn die dann aufeinander los gehen, sag ich mal, wenn die Knatsch haben und so irgendwie, ja.

Merken Sie eigentlich Unterschiede, ob Sie junge Kollegen oder junge Kolleginnen haben, oder ältere Kolleginnen oder ältere Kollegen, wobei die Kollegen sehr dünn gesät sind.

Also ich hab jetzt seit ich hier bin, wir hatten wir schon Kollegen als Hilfskräfte gehabt, aber nie lang, ein halbes Jahr mal, da kann man jetzt nicht sagen, das ging besser oder das ging schlechter, aber jetzt so speziell in der Frauengruppe als Mann eher mal so als Ausgleichspol. Also man muss dazu sagen, es ist immer schöner, wenn man einen Mann hat, einen braucht man so als Ausgleich. Weil das Denken anscheinend auch anderster ist. Das wurde mir so erzählt. Weil ich denk, die machen sich jetzt so Gedanken und so, aber das liegt jetzt vielleicht auch es ist so, es ist so. Und das Hinpacken, wenn ich mir so manche Kollegin anguck, du hast dickere Ärm wie ich, da kriegen Sie aber öfter mal so ein Spruch, ja Du bist ein Mann, aus Punkt. Ja gut, Muskelaufbau kann vielleicht bissl anderster sein, das glaub ich, aber ... Dann immer nur zu sagen, das ist ein Mann, der kann das einfach besser oder der hebt besser oder der kann einfach mehr – ich weiß nicht, das ist bissl unfair manchmal. Also das kriegen Sie aber als Mann öfter zu hören.

14.9 Weitere Aspekte

Nein, im Moment nicht. Ich bin da selber noch mit der einen Frage beschäftigt wegen dem sinnvoll Einstellen ja oder nein, aber das ist halt wirklich von der Erfahrung her schwierig. Ich hab das ja auch vor 20 Jahren mitgekriegt, die Pflegedienstleitung sagt, ich schick euch jemand, schon so alt (?) wobei man selber ja nicht jünger wird, ne.

15. Interview, PH

15.1 Positive Effekte

Also das kommt drauf an, ich geh von mir aus, weil ich bin anders erzogen worden. Für mich sind alte Menschen anders, für mich bedeutet mit alten Menschen mit große Erfahrung zu tun, Weisheit und ein bestimmter Grad von Respekt. Ich bin auch so groß geworden, aufgrund meiner portugiesischen Mentalität. Für mich spielen auch ältere Mitarbeiter, von der Stationsleitung aus gesehen, eine große Rolle. Ist sehr wichtig, auch für mich, weil ich 40 bin, ich habe auch eine Mitarbeiterin bei mir auf Station, die ist jetzt 61, und ich find, dass die zu uns im Team sehr gut dazu passt, ist auch sehr wichtig, weil sie uns auch viel Erfahrung von früher bis heute bezüglich der Pflege auch sagen kann. Und diese Feinfühligkeit kommt manchmal auch durch diese Mitarbeiterin zur Kenntnis. Das mit den Menschen umgehen. Weil das ist nicht nur die Fachqualifikation, wodurch diese Fähigkeit entsteht, das Menschlich, das Zusammenleben, und das kann man nur aufgrund von Leben, Erfahrung auch weitergeben. *Wie äußert sich das?* Indem, gehen wir davon aus, ich als Ausländermitarbeiter und diese etwas ältere Mitarbeiterin, pfälzischer Dialekt und so Sachen, das ist auch sehr wichtig. Und sie kennt von früher viele Worte, die ich jetzt nicht weiß aufgrund weil ich so mehr dieses schulische Deutsch gelernt habe. Und dann bringt sie mir viele Sachen bei, z.B. auf dieser Ebene. Oder einfach da reingehen und sie weiß nicht mal durch Beobachtung Kleinigkeit, die vielleicht mir mal was sagt, ja nicht nur die Fachlichkeit, auch das spielt eine große Rolle. [Nicht besser zu verstehen (05:00)] *Beispiel dafür?* Bezüglich Essen deutsche Kultur, bezüglich auch Anziehen, auch weil sie auch in einem gewissen Alter schon gelebt hat früher, zum Beispiel auch was Frau früher gern gehabt hat, nicht gleich Hosen oder sonst was, sondern das mehr so Rock, Kleidung, und ich bin auch etwas eine moderne Frau, was eine wichtige, was jeder Mitarbeiter von Anbeginn auch kennt. Und das ist alt und bringt das uns rüber und ein super Team zu bilden, deshalb ist sie sehr wichtig. Und ich weiß, dass mit der Zeit auch diese Mitarbeiterin vielleicht nicht mehr viel power hat, ja, aber trotzdem ich find's schön, dass sie in unserem Team ist bis zum Rentenalter. Ich merk dann auch, ich hab auch etwas jüngere Mitarbeiter, und nicht dass wir sie jetzt tragen, mittragen, ja, aber sie ist sehr respektiert in unserem Team. Und sie wird auch sehr wahrgenommen und wir kommen ihr auch entgegen und sagen, komm, wir machen einen Bewohner mehr von der Pflege, weil wir wissen auch, dass sie aufgrund dass sie viel in der Pflege gearbeitet hat, [...6:26]] manchmal auch mit Knochen Probleme, immer mit Bandscheibe auch manchmal leidet, und dann versuchen wir irgendwie so sie mit einzubeziehen, ja. Ohne manchmal, dass sie es merkt. Das ist auch wichtig, weil für das eigene Selbstbewusstsein, wenn sie vielleicht merkt, dass sie kann nicht mehr so wie früher, dass sie sich dann vielleicht ein bisschen zurück hält und dann machen wir es so, ohne dass sie es merkt. Ich teile dann auch so die Arbeit ein.

15.2 Vorteile

Natürlich, nicht nur mein Alter, auch dass ich schon Mutter von drei Kindern bin. Ist auch wichtig, man sieht manche Sachen mit anderem Respekt. Und was mir auch sehr viel bringt, muss ich dazu sagen, nicht dass ich jetzt deutsche Kultur was Schlechtes sagen will, das ist meine portugiesische Kultur. Diese Menschlichkeit, diese Wärme, diese – auf Alte zugehen, ohne dass man sich schlecht fühlt oder sonst was, ich hab da kein Problem, ich liebe alte Menschen, deswegen mache ich auch diesen Beruf, weil ich habe sehr sehr gute Erfahrung gehabt mit meinen Großeltern.

15.3 Leichter

Ist ganz klar, dass jedes Jahr, wo ich diese Arbeit ausübe, ist Organisation, wird dann einfacher, weil es ist schon drin und tagtäglich durch das ganze Erfahren, durch das Ganze auf verschiedenen Krankheitsebene, durch verschiedene Charaktere von verschiedenen Menschen prägt sehr stark. Und dann ist es ja auch für den Nächsten, der kommt, wiederum was Gutes, was weitergeben kann oder empfinde, weil das prägt dann von einem Jahr auf das nächste, finde ich. Und dann denke ich, dass ich noch für die Pflege noch wertvoller bin, weil ich auch viel Erfahrung mitbringe und auch von jedem Aspekt, jeder Krankheit, weil jeder Mensch ist anders und man kann praktisch immer weiter tragen. Das ist meine Empfindung. *Was meinen Sie genau mit Erfahrung?* Auch krankheitsbedingt, z.B. ein Schlaganfall heißt nicht, dass das ein Schlaganfall ist, jeder Schlaganfall ist anders und wenn ich jetzt z.B. eine linke Seite ist gelähmt, ja, und bei dem Nächsten ist die linke Seite gelähmt, aber es ist nicht so, dass dieser Mensch diese Seite nicht wahrnimmt oder nur teilweise – es ist immer unterschiedlich und auch die Krankheitsebene sowie auch die Charakterebene, jeder Mensch ist anders. Und da muss man mit Erfahrung – man wird auch mehr sensibilisiert. Man kann auf diesen Mensch freier zugehen, ohne Angst finde ich schon, weil das was ich gelernt habe, kann ich dann weitergeben oder so gezielt beibringen, ja, auch Schülerin oder auch anderen Mitarbeitern aufgrund meiner Erfahrung, aufgrund jedes Jahr, wo ich weiter arbeite, da sammel ich jedes Mal und immer mehr und immer mehr, ja, dann kann ich immer besser anbringen, das was ich lerne.

15.4 Belastungen

Das ist immer der Tod, Tod von alten Menschen. *War das früher leichter?* Nein, das Problem ist, in der Situation, wo ich mich befinde, muss ich manchmal mein eigenes Problem zurückhalten. Bezüglich, Mitarbeiter, bezüglich Angehörige, das ist eine große Belastung.

Durch Ihre Rolle jetzt als Wohnbereichsleitung, als Vorgesetzte?

Ja, als Wohnbereichsleitung, ja genau, das macht's schwierig und ich bin auch ein Mensch, der emotional sehr stark ist und das ist schwer manchmal. Und manchmal ist es auch so, dass viele Bewohner einem näher steht als andere, das ist bei jedem Mensch so und das ist manchmal schwierig. So wie jetzt auch, ich habe jetzt eine Bewohnerin, die im Sterben liegt, wo es mir sehr sehr schwer fällt. *Gibt es weitere Dinge, die Sie belasten?* Nein. Ich arbeite sehr gern, ich mache meine Arbeit sehr gern, auch von der Organisation. Ich habe auch früher in der (? 12:12) gearbeitet, ich war mein eigener Chef sozusagen, und das macht mir Spaß. Alles organisiert, alles zu wissen, was man machen muss, wie am besten zu machen, das mach ich gern.

15.5 Entlastungen

Bezug auf Sterben. Ich glaub nicht, wenn dieses Thema für mich gleichgültig wird, dann bin ich in diesem Beruf falsch, das ist meine Meinung. Weil gleichgültig kann man nicht werden. Es muss schon einem nah stehen und deswegen haben wir auch mit Menschen zu tun. Die vielleicht fünf, sechs, zehn Jahre bei uns leben, ein bestimmter Aspekt von Beziehung wird aufgebaut, und das tagtäglich mit diesem Mensch und dieser Mensch kann uns nicht gleichgültig sein. Wenn das passiert, dann muss ich diesen Beruf aufgeben. *Meinen Sie, man müsste generell ältere Kollegen unterstützen?* Warum nicht, ich denke schon. *Wie vermitteln Sie das den Jüngeren, die müssten dann mehr schaffen.*

Nicht mehr schaffen, kann man vielleicht eine Tätigkeit, die den Mitarbeiter vielleicht mehr belastet, kann man vielleicht rüberbringen an jemand anders, der vielleicht jünger ist. Es kommt automatisch. Von meinem Team her kann ich jetzt nicht – es kommt automatisch, dass wir sie vielleicht ein bisschen schonen, ohne dass sie es merkt. Manchmal ist es aufgrund einer Erkrankung oder sonst was nicht möglich, aber soweit möglich wird es auch gemacht. *Könnten Sie sich noch andere Dinge vorstellen, wie man Ältere entlasten könnte?*

Ich rede jetzt von dieser Mitarbeiterin, zu der ich auch mehr Kontakt habe, sie will nicht entlassen werden, sie liebt auch diesen Beruf so, sie hat auch schon gesagt, sie geht nicht in Rente. *Nicht entlassen – e n t l a s t e n.*

Sie will aber nicht, deswegen muss man das so diskret machen, dass sie es gar nicht merkt.

Ein anderer Bereich, wo man merkt, die Älteren schaffen es physisch nicht mehr, ich sag mal, acht oder neun Bewohner zu versorgen, wie kriegt man das hin, dass –

Natürlich mit Organisation, bei dem, der das Ganze leitet. Z.B. bei mir, ich kann z.B. sagen, heute machst Du nur das oder das, man kann das so teilen, weil es gibt immer Aufgaben zu machen. Das ist nicht nur das Waschen von einem Bewohner, das Heben oder auf Toilette bringen, es gibt andere Tätigkeiten, es gibt Speisekarten, die man ausfüllen kann, es gibt Einlageverteilung, es gibt am Tisch, es gibt einfach ein Gespräch führen, einfach mit den Bewohnern sitzen, Essen reichen, es gibt so viele Sachen zu tun, wo körperlich nicht so belastbar sind, die entsprechend auch zugeteilt werden kann. Aber trotzdem müssen auch diese Tätigkeiten gemacht werden, ja.

15.6 Angebote

Wir haben immer Betriebsausflüge, die im Jahr zwei- bis dreimal stattfinden. Wir haben auch, dass wir gemeinsam essen gehen außerhalb der Einrichtung – *Ihr Wohnbereich jetzt?* Gezielt Wohnbereich, gehen wir auch mal zusammen essen auch, manchmal auch was trinken, das ist unterschiedlich, wie auch das Team sich versteht. *Wie viele Kollegen haben Sie?* Ich hab 13 Mitarbeiter, von Schüler bis examiniert. *Das sind aber keine altersspezifische Angebote, können Sie sich welche für ältere Mitarbeiter vorstellen? Warum?* Warum sollen sie nicht dabei gehören zum Team. Dann tun wir sie praktisch abstempeln, Du gehst zu den Alten nur rüber, das möchte man nicht. Ich rede jetzt von der, die ich jetzt näher kenne, ich glaube nicht, dass sie das möchte, sie fühlt sich wohl in unserer Nähe, von jungen Leuten. So wie auch manchmal, man kann es nicht für möglich halten, dass auch die alten Leute, sie fühlen sich auch wohl neben die Schülerin, die wir haben, das ist Leben, bedeutet Leben, das ist Kraft, Wärme und das soll man nicht hergeben.

15.7 Beschäftigung sinnvoll

Natürlich, warum soll ein Mensch, der früher so viel gegeben hat, einfach jetzt – er braucht nicht mehr zu kommen? Nein. Das ist genauso wie alte Menschen du brauchst jetzt nicht mehr zu leben, weil du kannst nichts mehr machen, so ungefähr, ne? *Argumente, dass ältere Mitarbeiter nicht mehr so leistungsfähig sind.* Man kann das so arrangieren, dass für jeden was zu tun ist, es ist nur eine Frage der Organisation. *In fünf Jahren sind die drei anderen älteren Mitarbeiterinnen entsprechend älter, würde das immer noch funktionieren?* Das kann ich jetzt nicht beantworten, weil das weiß ich jetzt nicht, aber ich denke schon. Das weiß ich jetzt nicht, wie krank die werden, das kann ich jetzt nicht richtig – *Wenn jetzt zwei Jüngere weggingen und dafür zwei 50-Jährige kämen (zu*

den drei vorhandenen Älteren). Dann wäre kein guter Ausgleich da, man muss schon ein bisschen von allen haben, ja, das ist meine Empfindung als Stationsleitung. Wenn ich jetzt drei Mitarbeiter habe, die etwas älter sind, dann muss ich das ausgleichen mit etwas Jüngeren. Weil das ist halt so, in der Pflege muss man manchmal auch sehr viel arbeiten, was Kraft bedingt, das muss man schon ausgleichen können. Weil dann sind die zwei anderen Mitarbeiter, die vielleicht etwas jünger sind, dann wieder weg, weil sie nicht mehr wollen. *Werden Sie eine Lösung dafür finden, dass wir zunehmend ältere Mitarbeiter in der Pflege haben?* Das würde schwierig schon. *Bewohner muss dann von den Älteren versorgt werden – Idee, wie Sie da vorgehen würden?* Das ist nicht nur von meiner Seite, es muss auch ein Konzept vom Haus dafür entwickelt werden. *Wie könnte das denn aussehen?* Das ist schwierig. Auf jeden Fall muss man viel mehr auf Hilfsmittel greifen, dass auch die Arbeiten erleichtert werden, von dem Kraftaufwand her, und dass es vielleicht kleine Einheiten von den Bewohnern her statt große Einheiten sind, das heißt entsprechend mehr mitarbeiten, anders ist das nicht zu bewältigen. Oder kleine Einheiten von Bewohnern und bissele mehr Personal, ohne Personal läuft es nicht. *Was für Personal, welche Qualifikation?* Examiniert allein ist es nicht unbedingt, es ist schon wichtig, Fachlichkeit auch bezüglich Medikamente und so weiter, aber Helfer sind auch notwendig, nicht nur allein Examinierte, das find ich auch nicht gut. Also ich muss sagen, so bei mir ist so halbe-halbe. *Thema „Langzeitarbeitslose für die Pflege“ – was halten Sie davon?* Ich will jetzt nichts Falsches sagen, es gibt bestimmt von 100 von diesen, die zur Pflege kommen sollen, es gibt bestimmt ein oder zwei, die eventuell sich eignen für die Pflege. Aber ein Fach für ein Mensch, der lange nicht gemacht hat, den auf die Leute zu schicken, das ist immer so ein schmaler Grat, ich weiß es nicht, weil man muss auch freiwillig das machen wollen, nicht ein Fach machen, weil ich kein Geld mehr bekomme, weil sonst mein Geld wird jetzt vom Arbeitsamt durch – äh, und fertig. Das geht nicht. *Idee ist, zu entlasten...(durch Vorlesen ...).* Sollen wir, die Pfleger, die die Ausbildung machen, nur die schweren Arbeiten machen, das ist nicht in Ordnung, dann braucht man nicht in die Schule zu gehen. Weil ich geh jetzt von unserem Haus aus, wir versuchen nah an die Bezugspflege zu gehen, dann muss ich auch diese Kleinigkeit, weil da nur durch ein Gespräch, durch Essen reichen, durch Spaziergehen, da tret` ich in Beziehung mit dem Bewohner und dann kann ich auch nachkommen, meine Bezugspflege durchzuführen. Anders nicht, weil ich kann nicht da hingehen morgens und Waschlapen ins Gesicht und so schnell wie möglich ins nächste Zimmer, nee, das ist wie Akkordarbeit, da muss die Pflege Akkord arbeiten um zu ermöglichen, dass Andere Essen reichen und spazieren gehen und was Schönes lesen – nee, wenn ich mich um die Bewohner kümmere, dann möchte ich mich gern meine ganze Schicht um diesen Bewohner kümmern. Weil ich muss so viel wie möglich erfahren von dieser Person, dass ich sie auch entsprechend pflegen kann. Anders können Sie nicht richtig pflegen. *Sie werden ja richtig wütend bei dem Gedanken.* Ja genau, weil ich find es nicht in Ordnung, soll ich jetzt den ganzen Tag nur waschen, waschen, waschen und Verband machen und spritzen, was ist mit dem Menschlichen, das Wichtige, warum ich diesen Beruf mache, deswegen mache ich ja diesen Beruf und nicht, um Anderen das weggeben, das mach ich nicht. *Warum kriegen wir nicht genügend Mitarbeiter, warum wollen nicht genügend junge Leute Altenpflege lernen?* Weil das – im jungen Alter hat man immer so – ach Gott, alt werden, bloß nicht. Man will im Altwerden kein Gedanke. *Sie haben doch gesagt, sie lieben alte Menschen. Liegt es an der Erziehung?* Ja, natürlich. *Gibt es in Portugal kein Problem in der Altenpflege?* Heutzutage gibt es etwas mehr alte Leute, die auch zu Hause versorgt werden, aber die werden so lang zu Hause gepflegt bis es nicht mehr geht. Aber das Problem ist unsere Wirtschaft, das ist auch heutzutage müssen beide, Frau und Mann, schaffen gehen. Aber trotzdem in Portugal, wo ich jetzt in Urlaub war, ist trotzdem noch – mein

Nachbar, die Tochter pflegt den Vater zu Hause, die Mutter wird auch zu Hause gepflegt. Sie teilen sich, die Schwestern, immer diese Aufgabe, d.h., die Großeltern bleiben immer in der Familie. Früher waren sie da für die Töchter, für die Enkelkinder, und dann muss man irgendwann wieder das geben, was wir bekommen haben. Das ist von klein an diese Erziehung. Du kannst nicht einen Mensch im Stich lassen, der dir die ganze Zeit geholfen hat. Das geht nicht, ja? *Situation in Deutschland, zunehmend auch in den südlichen Ländern, Bevölkerung wird schrumpfen, zunehmender Trend zum alleine leben, keine Kinder, die Pflege übernehmen können, kein Nachwuchs in der Pflege, Zunahme dementieller Erkrankungen – haben Sie sich damit befasst?* Nein, noch nicht. *Erschreckt Sie das?* Nein, ich bin ein Mensch, der Herausforderungen annimmt und ich möchte gern auch immer aktiv dabei bleiben, deswegen denke ich, dass ich mir jetzt keine Gedanken mache. Ich mache mir wirklich jetzt keine Gedanken. *Hätten Sie Ideen, wie man den Beruf attraktiver machen kann?* Das ist immer so schwierig, ich gehe jetzt von mir aus, ich habe jetzt auch teilgenommen in meinem Projekt, wir sind mit dem Haus in eine Gesamtschule, da war Berufsvorstellung, da waren so verschiedene von Mechanik, Friseurin, Altenpfleger, Krankenpfleger, mehrere Abteilungen haben sich vorgestellt, und ich muss sagen, trotzdem all, das waren Schüler so zwischen 13 und 16 Jahren, ne, sie haben sich Perspektiven für die Zukunft angesehen. Es war trotzdem ein Erfolg, zu uns sind vier Leute gekommen. Das war trotzdem Erfolg. Aber diese vier Mädels, wo gekommen sind, die haben andere Beziehung zu älteren Leuten zu Hause gehabt, waren drei Ausländer dabei und waren zwei Deutsche dabei, wo die Großeltern große Bedeutung gehabt hat im Leben. Deswegen wollten sie auch was geben, was sie bekommen haben. Und deswegen denk ich, es ist immer so schwierig, was jemand, was jetzt in Zukunft wird, ob jemand diesen Beruf ergreift, weil diesen Beruf entweder machen wir, weil wir diesen Beruf gern machen, aber nicht – ja es ist bissl schwierig, ich kann die Frage jetzt nicht richtig beantworten, aber man muss das schon wollen. Weil anders geht nicht, ich muss Ihnen ehrlich sagen, ich würde nicht gern im Krankenhaus arbeiten, würde ich auch nicht wollen. *Verraten Sie mir, warum?* Warum, mit kleinen Kindern sowieso nicht, weil ich empfinde Tod von kleinen Kindern ist viel schlimmer wie von alten Leuten, weil kleine Kinder haben die ganze Zukunft vor sich, die alten Leute haben gelebt. Ich find`s schön, noch diese Jahre, die sie noch bis zum Ende haben in Führungszeichen, so gut und so schön wie möglich zu machen oder zu gestalten, das ist das, weshalb ich diesen Beruf mache. Aber kleine Kinder sterben zu sehen, das ist schwer für mich, oder etwas jüngere Leute, das würde ich nicht gern machen. Weil Tod ist für mich schon ein Thema, das nah geht. Ich bin auch katholisch von Erziehung, das ist schwierig. *Es gibt ja auch viel andere Bereiche im Krankenhaus, wo auch ältere Patienten und Patientinnen versorgt werden.* Aber nicht nur allein. Inner ist allgemein alle, nicht nur etwas ältere Leute, und dann ist das Kommen und Gehen. Das ist auch nichts für mich. Ich möchte schon gern mit dem Mensch richtig kontaktieren und nahe stehen, das ist mir wichtig.

15.8 Zusammenarbeit

Manchmal ist es auch schwierig, weil auch ältere Mitarbeiter lassen sich nichts von jüngeren Mitarbeitern sagen. Junge, die frisch von der Schule kommen und jetzt was Neues gelernt haben und auch dieses Wissen, vielleicht unbewusst zeigen, dass sie es können, dann wird das manchmal von älteren Mitarbeitern falsch aufgenommen, ja, ha, jetzt kommt dieser junge Kerl als Besserwisser und wir sind schon 30 Jahre in der Pflege oder 40 Jahre und will mir beibringen, was ich zu tun habe, ne, das ist manchmal bissl schwierig. Deswegen muss man schon – anfangs war`s auch nicht einfach, wo ich auch von der Schule weg war, trotzdem dass ich nicht so jung war, ich hab nämlich meinen Beruf sehr

spät gemacht, trotzdem etwas älteren Mitarbeitern was Neues zu zeigen oder beizubringen, muss man schon mit bestimmter Feinfühligkeit auch das machen. Wie gesagt, sie nehmen manchmal nicht gern was Neues an, weil die haben diese Arbeit schon ewig gemacht und wollen manchmal nicht gesagt bekommen, was sie zu tun haben. Da muss man schon einen Mittelweg finden. Aber wenn dieser Mittelweg gefunden ist, dann nehmen sie auch gern von dir was an. Es kommt drauf an, wie man das jetzt liegt, ne. *Stimmen Sie mir zu, ältere Mitarbeiter sind etwas zurückhaltend, weil sie nicht überzeugt werden können durch das Neue?* Nein, manchmal das so ist Angst, dass sie vielleicht nicht mehr den Stand halten können, dass sie vielleicht dadurch auf die Seite gestellt werden und die Jungen Vorrang haben. Das ist grade das, was wir von Anfang gesprochen haben, dass sie vielleicht dann entlassen werden, dass sie vielleicht ganz weg vom Geschäft sind. Ja und deshalb muss man schon ein bisschen aufpassen, wie man das weiterbringen. Weil Junge kommen von der Schule und sind dynamisch und wollen jetzt neue Wege, wollen alles neu jetzt hier verändern und die alten Leute – Veränderungen ist immer so schwierig. Veränderung hängt immer mit Angst, was kommt und Unsicherheit, ne, und das muss man alles schon irgendwie schön verpacken, dass es auch stattfindet. *Schicht nur mit Jungen, was sehen Sie da?* Das ist nicht in Ordnung, das geht schief. Junge Leute brauchen schon jemand altes dabei, jemand der alt ist, um vielleicht ein bissl Harmonie und ruhiger im Team. Bestimmte Situation braucht man schon etwas ältere Mitarbeiter, wenn nicht, ich versuch immer, ein Gemisch mit etwas jünger und etwas älter zu verbinden. *Was für Situationen sind das, wo Sie sagen, da muss unbedingt ein älterer Mitarbeiter dabei sein?* Sie sind etwas spielerisch, die jüngeren Mitarbeiter, die nehmen die Sache manchmal nicht so ernst, aber wenn ein älterer Mitarbeiter dabei ist, dann sind sie verantwortlicher und nehmen die Sache ernst. Und dann bin ich als Stationsleitung auch sicher, dass die Sachen auch mit Verantwortung gemacht werden. Und dann wollen sie auch immer zeigen, ich kann das. Die Älteren gucken, machen sie das richtig, die sind praktisch leichte Konkurrenz. Immer, und das tut auch beleben und motivieren von beiden Seiten, find ich. *Situation, nur Ältere in einer Schicht?* Wie gesagt, ich mache das grundsätzlich nicht, aber wenn es anders nicht geht, dann muss ich das halt so machen. *Wie würde das dann aussehen?* Ich muss sagen, dass ich in diesem Haus immer gute Erfahrungen gehabt habe mit etwas älteren Mitarbeitern, ich weiß nicht, warum, aber ich hab immer gute Erfahrungen gehabt. Nicht, dass die Arbeiten nicht gemacht werden, ich denk, dass die Arbeiten mit mehr Verantwortung gemacht werden, dass sie vielleicht als schon mal länger brauchen bis sie Feierabend haben, das nehm` ich schon in Kauf. Aber die Arbeit ist gescheit gemacht. *Sie hätten nicht die Befürchtung, dass das Arbeitsvolumen nicht geschafft wird von den Älteren, oder?* Nein, die wird geschafft, es ist ganz gleich, ob es halbe Stunde später wird, das ist kein Problem, das nehm` ich gern in Kauf. Aber ich weiß, dass es ordentlich gemacht worden ist. Wie ist es im *Mix Jung – Alt, zum Beispiel zum Thema ‚Computer‘ - funktioniert das gut, dass die Jüngeren sagen, hej komm, ich zeig Dir jetzt mal wie das geht?* Ja, ich hab sogar – in unserem Team hat so ein Abkommen stattgefunden, weil ein älterer Mitarbeiter hat gesagt, weiß Du was, ich versteh nix von Computer, oder wir haben jetzt neues System, was die Pflegeplanung angeht, und der ist schon sehr sehr lang aus die Schule raus, seit 22 Jahren, und der Junge hat gleich gesagt, kein Problem, ich zeig Dir wie`s geht, ja, und der hat gesagt, weiß Du was, Du zeigst mir das und dafür mach` ich Dir was anderes fertig oder sonst was. Die tun sich praktisch revanchieren, wenn einer übernimmt Arbeit von die Andere, und dafür zeigt der Junge schriftlich oder so was von der Pflegeplanung und dieser ganze Schreibkram, was jetzt neu auch von dem MDK verlangt werden, was jetzt für jemand, der von der Schule neu rauskommt sehr aktuell ist und einer, der vor 22 Jahren die Schule abgeschlossen hat, der weiß überhaupt nicht, was jetzt Formulare

ausfüllen oder sonst was bezüglich Pflegeplanung oder andere Sachen, ne. Dann findet hier statt Kompromiss, Du machst das, ich mach das, das ist o.k., die tun sich irgendwie arrangieren.

15.9 Weitere Aspekte

Für mich ist dieses Thema jetzt nicht beendet, weil das ist ein Thema, man denkt schon viel darüber nach oder vielleicht nicht, ja, aber ich denk mal, wenn die Situation da ist und es wird einem richtig bewusst, was wir machen müssen und irgendwie entsprechend auch in der Pflege voran zu kommen. Da kann man jetzt nicht viel dazu sagen, weil die Situation ist noch im Anmarsch, aber noch nicht da. Und mit Sachen, wo noch nicht da sind, wird jetzt nicht so viel beschäftigt, vielleicht in Gedanken, aber nicht jetzt, dass wir jetzt sofort handeln, das ist noch nicht der Fall.

Ich glaube, wir müssen jetzt schon handeln.... Die Kollegen sind heute schon da...

Das ist nicht, dass wir uns nicht Gedanken machen müssen, das ist schon klar, aber das muss jetzt nicht von mir allein kommen, das muss jetzt von meinen Vorgesetzten, die ganz oben stehen, von der Regierung – die sollen sich Gedanken machen auch, dass wir eine Lösung finden, nicht einfach von den kleinen Leuten, die im Grunde genommen nicht viel zu sagen oder diese Ideen, die vielleicht eventuell im Kopf jetzt brodelt, ja, dass das überhaupt nicht angenommen wird. Oder bis diese Ideen überhaupt angenommen werden ein langer langer Prozess entsteht, ja. *Dieser Zwiespalt ist Grund für dieses Forschungsprojekt. Ich denke, dass Alternsforscher hier vermittelnd wirken können.* Ich denk schon, aber wie gesagt, was kann ich als ein kleiner Fisch in einem großen Meer von großen Fischen anstellen. Wenn ich aufpasse und versuch` oben zu gehen, an die Oberfläche, ein bisschen, dann werde ich gefressen, so ungefähr, so tu ich mir vorstellen, deswegen ist ganz klar, wenn soweit kommt, ich hab keine Angst vor Herausforderungen, ich find Herausforderungen immer schön, man bleibt immer aktiv und man lernt immer was dazu. Ich bin der Meinung man kann bis zum letzten Tag immer was dazu lernen. *Wir müssen unbedingt zusammen arbeiten, Wissenschaftler und Praktiker - Politiker am grünen Tisch.* Und auf der anderen Seite verlangen sie jedes Mal mehr Fachlichkeit, mehr wir sollen mehr schreiben, mehr korrekt sein, immer mehr, immer mehr und dann wollen sie Leute, die überhaupt keine Ahnung haben bei der Pflege einsetzen, also das widerspricht sich. Ich will jetzt nicht politisch werden, aber die Politiker, also so was hab ich noch nicht gesehen, die widersprechen sich ständig. Wir kriegen vom MDK immer was Neues. Immer mehr und mehr muss man auf Kleinigkeiten achten, dass manchmal denk ich, dass ich in der Pfleg kurz komme und der Bewohner selbst kurz kommt, weil ich so viele Formulare den ganzen Tag schreibe, dass ich immer nachweisbar machen kann, was ich tue und was ich nicht tue, ja, wo bleibt der Mensch, wo bleibt dieser Mensch, den ich pflege jeden Tag. Und dann soll anderer Mensch, der überhaupt keinen Bezug hat zu Pflege hat, nahe stehen, und was soll ich dann machen, soll ich Papier machen den ganzen Tag, was soll ich dann schreiben, wenn ich überhaupt nichts über diesen Mensch weiß? Sehr viel schwierig, ne?

16.1 Positive Effekte

Also, ich denke mir, die älteren Mitarbeiter bringen natürlich eine Menge Erfahrung mit sich, die sich im Laufe der Berufsjahre aufgebaut hat; eine gewisse, wie Sie schon sagten, Professionalität; dann eine Gelassenheit – ich will sagen, man geht vielleicht problematische Sachen anders an – das bringt eben auch die Berufserfahrung mit sich, dass man manche Dinge einfach auch anders angeht. *Können Sie da mal Beispiele nennen?* Na ich denke mir zum Beispiel Notfallverhalten: Ich komme morgens zu einer Pflege bei Patienten rein, allein lebend. Wir haben einen Schlüssel als Zugang. Ich öffne die Wohnungstür und finde den Bewohner jetzt vorm Bett liegen, hat versucht aufzustehen, ist gestürzt. Dann könnt ich mir eigentlich vom Handling, vom dem routinierten Handling vorstellen, dass jemand mit einer gewissen Erfahrung einfach auch versierter drangeht, das spult sich dann irgendwie ab. Das ich da erst mal mich kuck, was treffe ich dort an: Ist er ansprechbar? Liegen Verletzungen vor? Und dieses ganze Prozedere, was sich da nachzieht, ja. Es ist wahrscheinlich weniger mein Gedanke: Oh, hoffentlich mache ich jetzt alles richtig, oder wen müsste ich denn jetzt – ich hol mir jetzt Hilfe oder so was, sondern man ist eigentlich ja sowie so in dem ambulanten Bereich immer auf sich allein gestellt und ich denke mir, da ist das auch ganz wichtig, dass man so eine gewisse Sicherheit dann erlangt und die wiederum kannst Du wahrscheinlich nur erlangen, wenn man schon länger drin ist und verschiedene Situationen vielleicht auch gemeistert hat. Oder die Beurteilung von massiver Verschlechterung des Krankheitsbildes: Ich komm zum Bewohner, den ich auch eben pflegen muss und mir fällt eben sofort auf, da stimmt was nicht. Wo man dann eben die Folgeschritte dann relativ zügig einstellen kann. Das soll jetzt nicht heißen, dass es Jüngere nicht können, aber ich denke mir – ähm – vielleicht hat man da auch selbst im Inneren eine andere Ruhe und eine andere Ausstrahlung. Ja, ich meine unsere jungen Kollegen werden dieser Sache genauso Herr, aber man merkt dann immer in Gesprächen oder so was, dass sie das doch noch sehr angespannt und mitgenommen hat und dann Rückversicherungen: Hätt ich noch was machen müssen, oder wäre da noch was möglich gewesen oder so was alles. Ich denk mir, das sind so Dinge, die man vielleicht in zunehmendem Alter etwas versierter sieht. Nicht nachlässiger, aber eben mit einer anderen Kompetenz dahingehend.

16.2 Vorteile

Also ich würde schon sagen, dass mir das Vorteile bringt. Zumindestens was jetzt meinen beruflichen Werdegang dahin gehen geht, weil ich kann von der eigenen Erfahrung sagen, dass ich eigentlich genau neun Monate im Betrieb hier gearbeitet hab, als 50-Prozent-Kraft und mir ist dann, als meine Vorgängerin dann kurzfristig in den Vorruhestand gegangen ist, diese Position angeboten worden und ich denke mir, dass ist für mich insofern eine Auszeichnung gewesen, dass ich also in diesem kurzen Zeitraum doch vermitteln konnte, dass ich meine Berufserfahrungen hab, dass ich mir also diese Dinge zutraue und so was alles. Also für mich persönlich hat das schon damit zusammengehungen, dass ich eben diesen Werdegang schon hinter mir hatte. Ich denke nicht, dass vielleicht unter anderen Umständen, wenn ich jemand gewesen wäre, der frisch aus der Ausbildung gekommen wäre, dass man da gleich so auf mich zugegangen wäre. Dieses – will ich mal sagen auch Auftreten – was einem innehat ja, also ich meine die Argumentationsfähigkeit, die einem da liegt, man hat eben Dinge, auf die man zurückgreifen kann und von daher würde ich schon sagen, dass das auch ein bisschen was mit

dem Alter zu tun hat. Und für mich persönlich ist es so, dass ich einfach auch viele Dinge gezielter angehen kann ja, weil ich hab einfach meine Erfahrungen gemacht und aus diesen Erfahrungen kann ich Rückschlüsse ziehen für immer wieder neue Situationen. *Was meinen Sie damit?* Ja also ich denke mir, wenn Du so viele Jahre in einem Beruf gewesen bist – man lernt ja nie aus – und das ist eben so, dass man gewisse Dinge einfach sich so verinnerlicht, dass die Dir mit dem Alter, ja ins Blut übergegangen sind und dass es Dir einfach Du empfindest eine Situation auf einmal und das ist 'ne ganz automatische Handlungsweise, was Du weißt, das hab ich zu tun, diese Selbstständigkeit und das. Also das ist für mich auch 'ne Sache, die sich erst, denk ich mir, im Laufe der Jahre aufbaut. *Haben Sie da Beispiele vor Augen?* Als Beispiel könnte mir vielleicht einfallen – ähm – wenn ich mit ganz neuen medizinischen Produkten unterwegs bin, zum Beispiel die tausend vielfältigsten Pens [Insulin-Injektionsautomaten, Anm. JC], Insulinpens zum Beispiel. Mittlerweile gibt's ja so viele auf dem Markt – die müssen ja auch benutzt werden können. Wir müssen ja da mitunter dann die Stechampullen austauschen und so weiter und so weiter. Ich denk mir einfach, ich hab eben in meinem ganzen Werdegang schon so viel gesehen – ich geh mit diesen Dingen einfach anders um, wie vielleicht jetzt jemand, der aus der Ausbildung kommt, zwei von den Dingen gesehen hat und auf einmal sich denkt: Oh was hab ich denn jetzt hier, wie geh ich denn das überhaupt an oder so. Es sind viele Dinge, ja. Oder Krankenbeobachtung: Einfach zu sehen - ich komm neu zum Erstgespräch, was also auch in meinen Arbeitsbereich eingeht und dieses Erfassen mit einem Rundumblick: Was treffe ich hier eigentlich an, ja, was was wird hier was ist hier von Nöten und auch dahingehend die gezielten Fragen zu stellen, um das sofort und gleich ausfindig zu machen und ich denke mir, man bewertet es - anders. Ja, also wenn man seinen Erfahrungsbereich dann weiß man einfach auf was es letztendlich ankommen sollte, dahingehend. *Wenn Sie sagen „anders“ – Sie setzen andere Schwerpunkte?* Gezielter denk ich mir, gezielter. Ich mein, die Jüngeren kommen vielleicht auch da darauf, aber ich denke mir, die werden vielleicht erst mal – äh – die Dinge beurteilen, was – ist das Pflegebett da, so die offensichtlichen Sachen. Aber manchmal gehört's halt auch dazu, dass man schon relativ schnell hier feststellt vielleicht ohh der, die angeblich zu pflegende Person ist ja vollkommen überfordert, ja da muss man tiefer gehen oder die Angebote anders ansetzen oder so was. *Gibt es auch Spezialitäten, die Sie im Laufe der Zeit herausgefunden haben, wo Sie jetzt genau drauf gucken. Das eine war jetzt Überforderung – das man so etwas vielleicht schon erahnt?* Ja, zum Beispiel auch, dass man ähm – vielleicht die medikamentöse Versorgung unter der Obhut hat und aufgrund der vorgegebenen Medikamente zum Beispiel feststellen würde, diese Kombination, oder das ist zum Beispiel was was nicht so passt oder warum ist dies und dies und dies jetzt so aufgesplittet, weil man normalerweise das vielleicht doch eher zum Abend gibt, weil's was Beruhigendes wäre oder so, wissen Sie. Und das sind so Sachen, ich denke mir einfach, das sind so Dinge, die man eher sich dann mal so ankuckt. Vielleicht ist es bei den jüngeren Kollegen eher der Fall, die gucken dann erst mal auf ihr Umfeld: Ist ein Pflegebett da, sind die Materialien da und so was alles, ja. Aber das ist ja immer 'ne komplexe Angelegenheit. Ich denk mir da, da tut man sich vielleicht auch leichter. Also ich zumindestens jetzt, ja. *Denken Sie, dass diese Dinge, die die Jüngeren jetzt eher betrachten, Pflegematerialien, Pflegebett, zwar wichtig sind, aber Zeit haben – ist es das?* Nein, mitunter haben die nicht unbedingt Zeit, das ist nicht das, was man jetzt so sagen könnte. Es ist schon wichtig, wenn Sie eine Versorgung machen sollen, dass ein Pflegebett da ist und dass ein Toilettenstuhl da ist oder so was. Aber ich denke mir, diese Interna, die dauern unter Strich, wenn ich sowas gezielt veranlasse, bis ich alles zusammen hab' oder sowas und da drei Tage hintereinander hingehe, denke mir, hab' ich diesen Prozess abgeschlossen, als jemand der einfach weiß, worauf es ankommt. Das sind vielleicht Dinge,

wo jüngere Kollegen, da sprech' ich allerdings auch die an, die jetzt vielleicht neu von der Schule sind, von der Ausbildung, oder eben auch noch gar nicht die Möglichkeit hatten sich so zu entfalten, dass man da, dass die wahrscheinlich sich da noch ein bisschen schwerer tun würden, weil da eben auch noch nicht so die Routine intus ist. Ich meine, dass natürlich jeder von uns weiß, was zu einer vernünftigen Pflege dazu gehört oder so was, das ist natürlich schon der Fall.

16.3 Leichter

Also mit zunehmendem Alter ähm, wenn das meinen Arbeitsbereich angeht, denke ich mir, ist das ein normaler Werdegang. Etwas, was ich über einen längeren Zeitraum mache, wird routinierter, flüssiger, gängiger denke ich mir, ja. Das es genauso vielleicht auch im Pflegeablauf oder so was, wenn ich jemanden pflege, 'ne große Morgentoilette im Bett mache oder so was – äh – da sitzen vielleicht die Handgriffe ganz anders, ja. Das ist aber ein Erfahrungswert, den kann ich mit 20 anfangen und bin dann mit 25 so weit. Ich kann das aber auch mit 45 anfangen und bin dann eben auch mit 50 soweit, dass diese fließenden Dinge sind. Sonst vielleicht Vorteile könnt' ich mir vorstellen, ähm, ja also in der Teamarbeit als solches, weil man doch vielleicht öfter mal von Kollegen um Rat oder Tat oder eben eine Beurteilung gefragt wird, was immer mal wieder kommt, wenn eben Dinge auch im pflegerischen Bereich oder Mobilisation, womit wir ja auch viel zu tun haben: Was könnt man machen, oder was gibt's für Möglichkeiten um uns das noch zu erleichtern, oder so. Das sind so Dinge, wo man auch öfter mal angefragt wird. Ich mein' jetzt bei mir läuft das sowieso immer sehr viel bei mir so zusammen, weil ich eben in diesem Fall jetzt diese Position inne hab' und da gehört das einfach zu meinem Aufgabenbereich mit meinen Kollegen, wenn die eine Problematik vor Ort haben zu versuchen Lösungen zu finden. *Und wie ist das mit dem Miteinander – wenn Konflikte unter den Kollegen auftreten. Haben Sie da auch Techniken entwickelt, mit zunehmendem Alter, wo Sie so Diskussionen eher beherrschen?* Ja, also ich muss sagen, ich hab – ähm – vielleicht als so so junger idealistischer Mensch versuchst Du natürlich erst mal Deine Beweggründe durchzusetzen. Aber was ich mit meinem Alter dazugelernt habe ist immer beide Seiten zu beleuchten. Ja also ich ähm hab' grade in dieser Art Teamarbeit die Erfahrung machen müssen, dass es mir leichter fällt, jetzt auch mal Dinge so zu belassen, wie sie sind und einfach das auch mal anzunehmen, wenn jemand anders zu mir sagt, ich komm aber oder ich seh' das jetzt einfach so, oder es ist einfach 'ne andere Meinung auch bis zu einem gewissen Grad stehen zu lassen und nicht unbedingt immer, wie das vielleicht in einem jüngeren Alter ist, darauf zu beharren. Man hat da jetzt Erfahrung jetzt gemacht. Ich kann ja meinem Gegenüber nicht absprechen, dass er eben die andere Erfahrung gemacht hat. Und das denke ich mir das ist auch ein Lernfaktor. Und das habe ich auch eigentlich gelernt im Rahmen dieser Zusammenarbeit, wo man eben so ein Team von etlichen Leuten unter Dach und Fach kriegen muss. Das ist jetzt vielleicht für einen selbst, der jetzt im - da wir ja in der Sozialstation doch sehr autark unterwegs sind. Wir haben ja jetzt nicht diesen Ablauf wie das in einem Pflegeheim oder Krankenhaus ist, dass Du mit Deinen gesamten Kollegen in einem Bereich bist, sondern wir sind ja 6 Stunden am Tag selbstständig auf uns gestellt und da kommt das natürlich schon manchmal vor, dass Du da eben Deine Meinung darin vertrittst. Aber der nächste, der ja vielleicht auch diese gleiche Tour schon gefahren ist, sieht das eben aus einem anderen Blickwinkel und deswegen ist es immer ganz wichtig, das von beiden Seiten zu bescheiden. Also das ist was, was was ich auch gelernt habe und wo ich sagen könnte, dass das also jetzt auch erst so in diesem Alter – so dieses erst mal – ja, mal langsam angehen.

Also nicht gleich die Pferde scheu manchen, sondern dann mal ausloten, welche Möglichkeiten es dazu noch gibt.

16.4 Belastungen

Also ich denke mir, mit zunehmendem Alter, was einen belastet sind natürlich immer wieder die fluktuativen Veränderungen, die auch bei uns in der Pflege ganz massiv sind, vor allen Dingen im ambulanten Bereich. *Meinen Sie damit das Kollegium oder die Patienten?* Sowohl die Patienten als auch Kollegium, aber das ist ja – will ich mal sagen – Wandel der Zeit. Der kann einen ja überall ereilen, dass Kollegen gehen und neue Kollegen dazukommen, das ist eigentlich weniger, das ist ein Wunschgedanke, dass man 20 Jahre gemeinsam die Linie geht und so. Aber was ich eigentlich meine ist auch mit den ganzen Techniken, die neu dazukommen, ja, oder so wie wir das jetzt haben, hier unsere PC-Programme oder neue Einrichtungen auf Station, mit der wir also einhergehen müssen und so was, jetzt. Das sind natürlich auch immer Lernprozesse, ja, weil wir ja nicht aus der Generation erscheinen, die jetzt so wie unsere Kinder. Die setzen sich an alles, was Tastaturen hat und wissen sofort, wo's langgeht. Da gehören Sie nicht unbedingt dazu. Natürlich hast Du Dir das im Laufe der Zeit zu Haus Deinen PC mit Schreibprogramm und so, aber das ist ja hier viel weit gefächerter und viel weitläufiger. Also ich denke mir, da haben unsere jüngeren Kollegen ein bisschen was voraus. Aber was wir wieder von Vorteil haben, ist vielleicht auch unser Ehrgeiz und unsere Verbissenheit und [lacht, Anm. JC] unsere Konsequenz, eben auch diese Linie verfolgen zu wollen, ja. Das ist einmal in dieser beruflichen Richtung, wo man sagen könnte, dass das 'ne Belastung sein kann, je nachdem wie wer natürlich damit umgeht und eine weitere Belastung, denke ich mir einfach, ist auch das Alter an sich, mit den vielen körperlichen Weh-Wehchen, die halt auch mal irgendwann bei einem sich einschleichen, ja. Wenn Sie jahrelang in der Pflege sind und gehoben haben und eben diese ganzen Bewerkstellungen, also quasi Patienten mobilisiert haben, Pflege am Bett gemacht haben, mit einer ungesunden Haltung, ja, tausende von Stufen rauf und runter gerannt sind und ständig sechs Stunden lang ständig in Bewegung sind, dann kann das natürlich schon mal zu Auswirkungen in gesundheitlicher Art und Weise kommen. Was sich natürlich auch immer wieder bestätigt. Wirbelsäulen- und Kniegelenksprobleme, oder so was in der Richtung, das bleibt natürlich nicht aus. Die Belastung der Gelenke – wir haben 'ne Kollegin, die hat mit ihren Bändern Probleme gekriecht, durch diese konsequente, eben auch -, wir machen ja eigentlich keine leichten Tätigkeiten, ja, und wenn sie nur Kompressionsstrümpfe anziehen, das ist eine Art von Kraftanstrengung, ja. Oder ich hab' Patienten, die ich irgendwo hinführe, die einfach gehbehindert sind, wo ein Großteil ihres Gewichtes bei uns ist, oder so, das bleibt ja nicht aus, dass ich dann da irgendwann mal Beschwerden in irgendner Richtung kriege oder so. Das ist vielleicht das, was mit dem zunehmenden Alter auftaucht, das was auch sicherlich woanders auftaucht. Nur unser Belastungsgrad, denk ich mir, in der ambulanten Pflege ist da mit einem ganz anderen Maßstab zu bewerten.

16.5 Entlastungen

Also hier in meinem Arbeitsbereich? *Ja.* Gut, also entlastende Möglichkeiten wären natürlich - äh eine wunderbare Sache, wenn man vielleicht Signale von 'ner Kollegin erhält, ältere Kollegin, dass die Belastung einfach an Grenzen geht, der sie nicht mehr standhalten könnt', dass man da variabel wäre und zum Beispiel Touren umstellen könnte, oder Schwerstpfegefälle aus diesen Touren rausnehmen, oder so was, ja, wo man einfach darauf Rücksicht nehmen könnte, ihr das zu ermöglichen, weiterhin bei uns tätig zu sein,

aber einfach diese Dinge ein bisschen anders zu, äh – ja, auf 'ne andere Waage zu legen. *Haben Sie als Pflegeteamleitung Einfluss auf die Tourengestaltung?* Ich hab' insofern Einfluss auf die Tourengestaltung, aber es ist eben so, dass das, was ich jetzt vorweg gesagt hab', eigentlich ein Wunschgedanke ist. Weil, es wird also nie für jeden so zuschneidbar sein, das ist vom System oder der Grundstruktur nicht machbar, weil – ich kann ja nicht eine Tour einer Kollegin so zurecht schneiden, dass sie sagt, damit komme ich gut zurecht, weil diese Kollegin ist ja in einem Rhythmus drin, des Spätdienstes, des Wochenenddienstes, sie hat Freizeit, sie hat Urlaub und dann muss ja wieder eine andere Kollegin da rein, ja. – Äh, natürlich, wenn das eine jüngere Kollegin ist, nimmt die natürlich dankend an, dass diese Tour, will ich mal sagen, jetzt Rücken schonend ist oder nicht so viele Treppen aufweist oder so was und ich denke mir, äh – man wird dann auch seine Konflikte damit haben. Zum Beispiel, dass immer mal wieder Kollegen da wären, die sagen, das sehe ich ja nicht ein. Wir kriegen alle das gleiche Gehalt und dann sollen bitte auch alle die gleiche Arbeit machen. Ich denke die Toleranzgrenze ist da nicht so ausgeprägt, dass man das so machen könnte. *Jetzt sind wir ja noch auf dem spekulativen Weg – bekommen Sie denn Signale von älteren Mitarbeitern, Mitarbeiterinnen, die Ihnen sagen, ich kann nicht mehr so?* Ja – also wir haben Kolleginnen bei uns im Team, die mussten sich auch schon einer Knieoperation unterziehen, oder eine ältere Kollegin, die also 'ne böse -, also äh - 'ne Darmoperation hinter sich hat und so was alles. Ähm - das kommt insofern schon, dass die mir jetzt nicht unbedingt signalisieren, sie möchten diese Arbeit nicht machen, das ist also nicht die Sache, aber - sie signalisieren mir dann eventuell es wäre jetzt mal wirklich schön oder wäre es möglich, dass ich vielleicht mal ein paar Tage frei haben kann, oder wie sieht's aus in der Dienstplanung, oder so diese Richtung, ja. Was sicher auch 'ne belastende Sache ist, sind die kontinuierlichen Wochenenddienste, oder auch der Spätdienst, der ist auch immer sehr langatmig und so was. Das wär' vielleicht manchmal schon wünschenswert, wenn das vielleicht die älteren Kollegen – wenn man da Möglichkeiten finden würde das ein bisschen zu entlasten. Aber es ist in unserem System noch nicht möglich. *Denkbar wäre es jedenfalls. Wir sind ja hier in einem Gespräch, wo durchaus auch Ideen formuliert werden können. Die Umsetzung ist dabei dann ein anderes Thema. Aber erst einmal müssen Ideen da sein.* Ja. *Sie haben vorhin auch Belastungen der Gelenke und Wirbelsäule angesprochen – könnte man sich denn da Entlastungen vorstellen?* Ja, solange wir natürlich äh mobil äh zu den Gegebenheiten, die wir vor Ort antreffen hingehen, ich meine mit Heben oder mit gewissen Dingen, wie bringe ich jemanden in den Rollstuhl oder so – ich mein, da werden natürlich auch immer Angebote rausgesetzt, zum Beispiel diese Kinästhetik und so was alles, wie mach' ich so was Rücken schonend. Äh, das ist nicht so, dass wir davon nicht in Kenntnis gesetzt sind, aber die Durchführung dieser Maßnahmen ist mitunter immer sehr schwierig, weil man ja auf die häuslichen Gegebenheiten eingeht. Und wenn ich jemanden schon in einem Bad pflege, wo ich sowieso nur rückwärts rein kann und wo grad mal diese Person noch mit rein kann, dann kann ich sämtliche erlernten kinästhetischen Formeln oder sonst was außer Acht lassen. Es ist mitunter einfach nicht möglich, ja, äh, dass auch so wünschenswert umzusetzen. Und ansonsten denk' ich mir, was uns vielleicht bleibt, wenn der Personalspiegel stimmen würde, wäre vielleicht schon – ja – die Möglichkeit, eben diesen Mitarbeitern irgendwie einen geregelten Freizeitausgleich anbieten zu können. Ich denke mir, damit wären wir schon ein großes Stück weiter. Das muss noch nicht mal das Umstellen der Tour sein – sicherlich, wenn mir jemand signalisieren würde, ich muss jeden Tag wegen Insulinspritzen dreimal in den sechsten Stock und da ist kein Aufzug und ich weiß, derjenige hat Asthma oder hat mit den Knien oder so was, dann ist das natürlich durchaus möglich, dass ich so was ansprech' und das ich auch sag' oder dass ich angesprochen werde. Dieser geringe Spielraum bleibt natürlich

so schon. Aber dass ich jetzt 'ner Kollegin eine Tour zuschneiden kann, die ausschließlich – will ich mal sagen – auf einer leichteren Versorgung ist, das ist im Moment nicht möglich. Das ist äh leider nicht – dann – gut die minimierten Vorteile die man hat im Alter, dass man dann diesen ein oder zwei Tage mehr Urlaub im Jahr krischt, wissen Sie, dass man da vielleicht auch noch mal ab einem gewissen Alter 'nen Ansatz machen könnte, um das noch mal ein bisschen aufzustoeken und ebenso diese Dinge. Ja, ich mein', solange wir in der ambulanten Pflege tätig sind und man im Außendienst unterwegs ist, müssen sie uns schon auf die angebotenen Möglichkeiten halt einlassen, ja. Ich mein', das fängt schon damit an, wenn wir – ja wir sind immer mit dem Auto unterwegs. Wir fahren ein Stückchen und dann müssen Sie da wieder raus. Wenn Sie zum Beispiel, was weiß ich, Sie der Ischias ereilt hat oder Sie haben sich irgendwie verrenkt oder so, das kann zur Qual werden. Das kann zur Qual werden, dass Sie am Morgen 25 oder 30 Mal immer wieder dieses Auto verlassen müssen und wieder in das Auto einsteigen. Ich mein', dann bleibt mir natürlich als nächste Instanz, wenn ich's nicht kann, die Krankmeldung, ja. Aber es bleibt mir nicht die Möglichkeit gegeben, der Kollegin dann zu signalisieren, weißt' was, ich hab' da einen Ersatz für Dich, mach Du jetzt mal zwei Tage frei oder komm doch einfach in den Innendienst, hier gibt's auch genug Arbeiten oder so was alles. Also die Möglichkeiten sind in der momentanen Situation so nicht durchführbar. *Sie haben jetzt so regenerative Dinge angesprochen wie einmal Urlaube, Zusatzurlaube. Könnten Sie sich vorstellen, mit dem Hintergrund, dass man sich dadurch besser regenerieren kann, länger Zeit hat und Sie haben angesprochen die Arbeitszeit und die Freizeit. Ist es denn so, dass Sie hier sehr viele Überstunden machen müssen – Ja – die nicht in Freizeit abgegolten werden können?* Ja, wir dürfen unsere Überzeiten schon in Freizeit abgelden, aber da muss der Personalspiegel stimmen und da muss man auch die Möglichkeit haben, irgendeinen Ersatz für diesen Zeitraum zu machen. Also wir haben alle Überstunden. Wir haben alle Überstunden und es wäre also schon anhand von den Überstunden denkbar, dass man den Kollegen – ähm ja in einer laufenden Dienstplanung vom Monat – vielleicht jedem so zwischen zwei und fünf Tagen zugestehen könnte, wo man dann sagt, da flecht ich Dir vielleicht nach einem Dienstwochenende zwei Tage frei rein oder vielleicht vor einem freien Wochenende, dass man diese Spannbreite von vier Tagen hat zur Regeneration oder so was alles. Aber das können Sie ja nur machen, wenn der Personalspiegel stimmt, weil für diesen Zeitraum, wo die Kollegin dann ihre Freizeit nimmt, brauch' ich ja jemanden, der ja ihre Tour dann fährt. *Und wie sieht das jetzt konkret aus? Sie haben mit der Rekrutierung von Kollegen ja Schwierigkeiten, wie alle anderen Pflegeeinrichtungen auch. Ja. Das heißt, das Arbeitsmarkt gibt es nicht her, sie machen weiterhin ihre Überstunden, die kumulieren und dann, was passiert dann?* Ja, wir sind dann dazu angehalten, als ich kuck zum Beispiel in meiner Dienstplanung, ich hab' ja auch diese 30 oder 50%-Kräfte und wenn ich in diesem Zeitraum, zum Beispiel von der Monatsplanung sehe, aha, ich hätte jetzt Potenzial, die Kollegen haben mir das Signal gegeben, in dem Zeitraum könnte ich arbeiten oder so was, dann kuck ich natürlich, dass ich das umsetzen kann für 'ne andere Kollegin in Freizeit. Aber da muss ich Ihnen dazu sagen, dass das dann nicht ausschließlich die älteren Mitarbeiter sind. Weil, ich denke mir dann, 'ne jüngere Mitarbeiterin mit vielleicht noch kleinen Kindern und Spagat zu Hause oder so was – äh mit Arbeit und Familienversorgung und so, ist genauso froh, wenn sie mal ein paar Tage frei hat, wie die auch älteren Kollegen. *Eins habe ich jetzt nicht ganz verstanden: Wenn das Teilzeitmitarbeiter/-mitarbeiterinnen sind, die das kompensieren, dann bekommen die doch Überstunden.* Nein, nicht dass die kompensieren, sondern ich hab' zum Beispiel im laufenden Monat eine Kollegin im Überschuss da. Weil auf einmal da ist kein Urlaub eingetragen, da ist also – sie sind alle gesund, sie sind alle da, mein Personalspiegel ist also so üppig – will ich mal sagen – jetzt,

dass ich also diese Planungen machen kann. Dass ich also zwei Kollegen außer der Reihe für fünf Tage in ihr Überstundefrei planen kann. Das wäre `ne Idealsituation, die ich aber immer nur spezifisch auf jede Monatsplanung neu ausloten kann. Es ist also nicht so, dass das `ne Regelmäßigkeit reinbringt, dass es heißt, aha acht Wochen Arbeit, eine Woche Spätdienst, eine Woche frei. Ja, also so geht's nicht. So hab' ich das gemeint. Und diese 50%-Kräfte könnten dann zum Beispiel in dieser FZ-Woche in ihrem ganz normalen Turnus, ohne Überstunden zu machen, aber sie decken dann diesen Bereich ab. Das wär' so das Optimum. *Das bisherige bezog sich nun fast ausschließlich auf das Physische. Gibt es auch Be- und respektive Entlastungen im psychischen Bereich oder spielt das eher einen untergeordnete Rolle?* Nein, das spielt sicherlich `ne ganz große Rolle, weil wir haben ja mit Menschen zu tun und ich denk' mir einfach, keiner von uns – also es dürfte niemanden geben, der in der Pflege tätig ist – den die ein oder anderen Dinge nicht einfach auch – ergreifen, ja. Und wir sind sowieso immer mit Herz und Seele dabei und das ist schon eine Belastung, wenn ich mir denk', dass ich zum Beispiel Sterbebegleitung mache, dass ich vielleicht auch mit ganz jungen Leuten zu tun habe, dass ich vielleicht auch mal - seltener bei uns, aber kommt auch vor – mal 'nem Kind Medikamente gib' oder sonst was in der Richtung, dass also dann diese Schiene. Oder ich hab' einen Patienten, den ich vielleicht schon über Jahre betreue, der auf einmal von seinem Gesundheitszustand noch kränker wird, vielleicht auch verstirbt, das sind also so Dinge, die man nicht einfach so wegsteckt, ja. Dann ist noch mal der Unterschied zu setzen zwischen wirklich alten Leuten, alten Patienten, die eben aus ihrer körperlichen Verheertheit heraus eben irgendwann einmal versterben, friedlich einschlafen, oder sie haben – was ja auch bei uns sehr oft ist – die Begleitung von Carcinom-Patienten, mit allem, was dazu gehört. Außerdem nicht nur diesen Patienten, sondern auch die Familie, die außen rumsteht. Und das sind schon Belastungen, die sich da auch schon niederschlagen. Also zumindestens niederschlagen insofern, dass man dann, dass dann die Kollegen oder man selbst das Gespräch sucht. Wo wir dann im Team einfach, wer den Patienten versorgt oder so was, dass man da dann auch drüber reden kann und dass man sagt, ja, es war also ganz schlimm und ich hab' heute das und das in die Wege geleitet oder sonst was. *Reicht das schon zur Entlastung oder könnten Sie sich noch weitere* Also ähm, gut, ich mein' vielleicht in manchen Dingen wär's ganz ratsam, wenn sie vielleicht 'ne psychologische Betreuung dahingegen hätten, aber ich denke mir einfach, es ist nun mal so, dass es unser Beruf so mitbringt. Ich hab' jetzt wirklich noch nicht erlebt, dass es jemanden so innerlich zerrissen hat, dass man dann weitere Maßnahmen einleiten musste. *Wenn Sie sagen ,psychologische Unterstützung' denken Sie da an Supervision oder ähnliches?* Gesprächskreise oder so was in der Richtung. Und das sind auch Dinge, die aber durchaus angeboten werden, ja. Wir haben hier immer Gesprächskreise, wo man auch Fallbesprechungen machen kann, und wie gehe ich damit um oder so was in der Richtung. Also das ist durchaus schon möglich. Und es wird immer eine ergreifende Situation sein und ich denke mir, es ist auch ganz wichtig, dass man auch dann seinen Gefühlen vor Ort freien Raum – warum soll ich nicht weinen, wenn in meinem Beisein jemand verstirbt, den ich lang begleitet hab' oder so was oder nicht die Familie in den Arm nehmen und ihnen einfach noch mal nachzuhaken oder ihnen da in dieser Situation beizustehen, oder so was, ja. Das sind also schon Dinge, die werden immer belastend sein. Und es muss nicht einmal der Krankheitsfaktor belastend sein, es kann auch die Umgebung belastend sein, ja – sozialschwache - Patienten haben wir ja auch ganz viele, ja, die also grenzwertig schon vielleicht zur Verwahrlosung hin tendieren und Du dann erst mal bewusst wirst, wie da – wie wohl es Dir geht oder wie gut es einem geht oder so was wo Du dann da auch an Grenzen stößt, weil äh - die Angehörigen wollen da keine Versorgung und es ist auch niemand, der da noch einschreiten kann und

das Krankenhaus musste auf eigenen Wunsch auch wieder entlassen, weil da ist man einfach nicht weiter gekommen und man sieht dann so gewisse Dinge, man kann dann noch die Beratungsstelle mit einschließen, aber auch da sind einem wieder Grenzen gesetzt, bis das vielleicht nach 'nem ganz langen Prozedere doch zu 'ner Betreuung kommt oder so was alles, ja. Aber das sind ganz lange Werdegänge, die einen schon belasten, ja. Oder 'ne 96-jährige alleinstehende Frau schildert Dir jedes Mal, wenn Du dort bist, sie hat sich angemeldet im Altenheim, wie schwer ihr das noch fällt, ihr jetziges Leben oder ihre Situation dort vor Ort. Sie braucht für alles jemand: Zum Einkaufen und zu Besorgungen und dann stimmt's Finanzielle nicht und so was. Das sind so Dinge, die einen schon belasten, wo wir dann unsere Schritte einleiten, wo wir dann sagen, wir machen mal 'ne Beantragung vielleicht Pflegestufe oder über's Sozialamt und so Sachen. Aber das sind ja alles Prozesse, die ja auch ihre Zeit brauchen und das sind schon Sachen, mit denen man sich identifizieren kann. Also das sind auch Sachen, die einen belasten. *Können Sie sich da auch eine Entlastung vorstellen, eine Stelle oder Person, die sich um diese Dinge kümmert?* Ja gut, die haben wir ja mit unseren Sozialarbeitern oder so was, wo wir dann einfach so Beobachtungen wahrnehmen und sagen, also da muss mal jemand hin oder es geht um die Beantragung 'ner Pflegestufe und man sieht, dass weder der Ehepartner, oder die Frau, oder die Kinder dazu in der Lage wären oder so was, um das dann einfach zu forcieren und da Meldung zu geben: Hören Sie zu, ich kümmere mich drum, es kommt jemand vorbei, der hilft Ihnen und so was alles. Also die Möglichkeiten sind ja schon, ja. Oder Vereinsamung der Leute mit Hilfe von der Nachbarschaftshilfe, einfach gucken, was ist da machbar, hat er Interesse. Einfach mal zweimal die Woche jemanden kommen lassen, der spazieren geht; oder der pflegende Angehörige mit der schwerkranken Frau im Bett – hat keine Möglichkeit mehr das Haus zu verlassen, weil er einfach sie nicht allein lassen will und da dann das einzubringen und die Möglichkeit besteht doch und dann einfach jemanden mal.

Wie kann man sich denn das vorstellen bei der Nachbarschaftshilfe, wer wird denn da initiativ – Sie selber?

Also initiativ selbst werden wir nicht, aber wir haben ja das Angebot hier bei uns. Wir haben eine sogenannte stundenweise Verhinderungspflege, die man anbieten kann, die besteht also aus Mitarbeitern, die dann einfach die Obhut desjenigen hat, aber wenig mit dem pflegerischen Bereich zu tun, sondern einfach, dass jemand vor Ort ist und so die Grundbedürfnisse befriedigt oder einfach auch nur dass der die zu pflegende Person nicht alleine ist und der Angehörige ruhigen Gewissens sagen kann, ich geh jetzt mal eine Stunde oder zwei Stunden aus dem Haus, um Erledigungen zu machen. Oder wir haben zum Beispiel einen Mann, der das dann nutzt – er ist im Kegelclub – um einmal im Monat kegeln zu gehen oder sonst was alles. Und da ist es halt wichtig, von unserer Seite aus, zu wissen, hey, so was gibt es, das kann ich denjenigen jetzt anbieten.

16.6 Angebote

Sie meinen jetzt von der Arbeitszeit oder so? *Ja*. Nein, haben wir nicht. *Könnten Sie sich welche vorstellen?* Ja, also, das was ich schon angesprochen habe, vielleicht auch fluktuative Gleitzeiten oder so was, ja. Ich meine, wir haben Mitarbeiter, die – da gehöre ich auch dazu – ich steh' um halb fünf morgens auf, jeden Morgen, ja für mich und fange um halb sieben an zu arbeiten, da habe ich aber schon zwei Stunden hinter mir [lacht, Anm. JC] und dann kann so ein Tag recht lang werden, ja. Wir versuchen ja gerade im Moment so Projekte für Wiedereinsteiger bei uns, ja, wo dann meinetwegen Kolleginnen im Mutterschutz waren oder längere Zeit pausiert haben und dann eben Dinge zuzuschneiden,

ob das jetzt bestimmte Wochentage sind oder wir haben auch Kolleginnen, die dann sagen, ich möchte gerne als Einstieg zwei Wochenenden arbeiten im Monat und so was alles, also damit jonglieren wir schon. Aber aus dem gängigen Stamm als solches bleibt einem eigentlich wiederum nur die Möglichkeit, einen geregelten Freizeitausgleich anzubieten. *Ich denke auch an andere Angebote wie zum Beispiel Sport.* Ja, wir haben also bei uns äh Kolleginnen äh z.B. auch in Außenstellen, die sich dazu schon Gedanken gemacht haben: Entspannung, Massagen oder meinetwegen Aromatherapie oder so was in diese Richtung. Wo sich also Kollegen angeboten haben, dass sie so was machen könnten. *Das wäre aber jetzt nicht altersspezifisch?* Das ist jetzt nicht Altersspezifisches, was unser Arbeitgeber auch noch angeboten hat, wir haben sowie nichts rein Altersspezifisches, das sind Angebote, die also jeder unserer Mitarbeiter wahrnehmen kann, ja. Zum Beispiel auch Bezuschussungen, wenn ich jetzt den Nachweis erbringe, dass ich irgendeiner sportlichen Betätigung nachgehe, zum Beispiel Rückengymnastik oder zum Ausgleich Chi Gong oder was immer es gibt in dieser meditativen Sachen oder so was alles, da ist also auch hier von unserem Arbeitgeber das Angebot gekommen, dass er sich dann mit Ausweisung von den Vertragsunterlagen und so was alles also da finanziell auch uns unterstützt. *Und vom Fortbildungsspektrum, gibt es da altersspezifische Angebote?* Also wir haben eigentlich im Jahr immer Angebote vorliegen insofern, was diese altersspezifisch – ja das sind dann meistens die Dinge, die dann auf diese Art Kinästhetik rauslaufen, wie hebe ich, wie mache ich und so was alles in der Richtung – äh, die werden natürlich ebenfalls wieder im weiten Spektrum - aber so dass man jetzt sagen könnte, hier, wir haben jetzt was für den Mitarbeiter ab 50 oder 45 oder so was, das ist eigentlich immer eigene Ermessungssache. Es ist jetzt nicht so spezifisch, wo es dann heißt, hier das könnten wir Euch anbieten oder so was. Es ist halt auch immer das, was für Angebote überhaupt vorliegen. Wir kriegen Auslagen davon, was eben auch die einzelnen Veranstalter anbieten und dann ist es Deine Ermessungssache, sich eben auch damit zu befassen und wenn was dabei ist, dann können wir das beantragen. *Gibt es auch umgekehrte Situationen, dass sich ein älterer Mitarbeiter, eine ältere Mitarbeiterin für ein Fortbildungsangebot interessiert und dass das Gegenüber ihm oder ihr sagt, da bist Du zu alt dafür?* Nein. Also ich denke mir, das wären so Dinge, die ein bisschen diskriminierend ist. Weil, das ist ja doch eine positive Resonanz, wenn jetzt ein älterer Mitarbeiter eigentlich sein Interesse dahin bekundet, ja. 48.00 Es war zum Beispiel auch jetzt, wenn wieder von unserem Qualitätsmanagement neue Dinge anstehen oder so was, sind's eigentlich wirklich oft die Älteren, die dann sagen, also da hätte ich gerne mal noch so `ne Schulung da drauf oder könnten wir uns da noch mal zusammensetzen oder so was in der Richtung. Also das wird so wieso eigentlich immer mehr von den Älteren angenommen.

16.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja, die ist sehr sinnvoll. Das sind die grauen Panther, wie man so sagt, die bringen auch so'n bisschen die Stabilität und die Ruhe rein. Also im Team an sich und wie ich schon gesagt hab', dieser Erfahrungswert, der ist halt nicht außer Acht zu setzen, ja. *Ich habe noch eine Zusatzfrage: Wenn ja, unter welchen Bedingungen? Fällt Ihnen dazu noch mehr ein, als das, was Sie schon gesagt haben?* Ja, manchmal habe ich so den Eindruck, dass wir Kollegen haben, der älteren Version, die sich halt mit diesen schnellebigen Änderungen im administrativen Bereich oder äh jetzt, also mir fällt immer wieder unsere haarsträubende Geschichte ein mit unseren Pflegeplanungen. Das ist ja so `n Knackpunkt, ja. Also äh, da kommen ja ständig immer neue Auflagen, es wird ja ständig was Neues verlangt und es wird ständig ein neuer Ablauf dahingehend irgendwie bearbeitet. *Von wem wird verlangt?* Das ist meistens vom MDK, also vom Medizinischen

Dienst der Krankenkassen, wo dem wir ja da immer unterlegen sind und der einfach seine Forderungen dahin gibt, ja. Und dann dieses ruckartige und schnelle wieder umstellen und umdenken und so was. Und wir, selbst ich bin in einer eigentlich groß geworden. Meine ersten Jahre nach meiner Ausbildung hab' ich damit zugebracht, für meine Leute da zu sein. Da war es nicht wichtig, was in der Mappe gestanden hat und war auch nicht wichtig, ob ich da jetzt den Ablaufplan und den Ablaufplan und diese Unterschrift und diese Unterschrift [...], sondern ich hab' mich kompakt um diesen Menschen, der da in diesem Bett lag. Und so sind natürlich viele von unseren alten Mitarbeitern auch so groß geworden. Die haben sich eben auf dieses Wesentliche konzentriert und mittlerweile ist es halt so, dass dieses Wesentliche immer noch im Fokus steht, aber ganz viel kleine Sachen und große Sachen außen rum gekommen wären und die administrativen Tätigkeiten sind haarsträubend. Was wir Zeiten verwenden, um nach Vorgabe, so wie es gewünscht wird, unsere Akten eben einfach auf den neusten Stand zu bringen und was für Zettel für welche Unternehmungen und wie und was, das ist immens. Und das sind Dinge, die den alten oder älteren Mitarbeitern viel Kraft abverlangen, weil, das ist nicht das, mit dem sie groß geworden sind. Das heißt zwar nicht, dass sie sich nicht damit einbringen können, aber jemand der von der Schule kommt, wo das schon an der Tagesordnung war, oder wo das Lehrfach war, das ist ganz klar, dass der sich da einfacher tut. *Mal naiv gefragt: Könnte man diese Tätigkeiten nicht zentralisieren auf eine Person, die sich nur um Formalismus kümmert?* Äh, ja, das weiß ich nicht, ob man das machen kann. Das möchte ich jetzt nicht beschreiben, aber das wäre eine wünschenswerte Sache. Ich weiß, dass wir zum Beispiel mit unseren ganzen Pflegevisiten oder so was kontinuierlich immer hinterherhinken. Da kommt schon der Turnus vom nächsten Vierteljahr, da sind die anderen noch nicht bearbeitet, noch nicht abgesetzt, noch nicht abgelegt oder sonst was. Das wäre natürlich äh eine wünschenswerte Sache und das ist eigentlich auch immer schon mal Gesprächsthema gewesen. Aber da hängt ja nicht nur der Wunschgedanke dran, sondern da hängt ja auch ganz viel drum herum, um das ebenso konkret auf den Punkt bringen zu können, dass es dann unterm Strich schlüssig ist. Aber es wäre für uns, will ich mal sagen, jetzt aus dem Pflegebereich, wäre das eine große Entlastung.

16.8 Zusammenarbeit

Also, ich denke mir zwischen Jung und Alt, also, überhaupt von dem Team als solches, hab' ich bis dato nur positive Punkte kennengelernt, weil, das ist ein so gut gemischter Haufen, will ich mal sagen, von dem jeder in irgendner Form profitiert. Und es gibt sowohl die jüngeren Mitarbeiter werden von uns angenommen, weil sie einfach frisch von der Schule, oder eben noch nicht so weit davon entfernt sind und mit diesen gravierenden Neuerungen schon Kontakt hatten, die werden sehr gern von den älteren Kollegen angesprochen: Helf mir mal, oder wie sieht das aus, oder was ist da jetzt der neuste Stand oder wie macht man's eigentlich. Und die jüngeren Kollegen äh sind sehr gerne immer mit Fragen bereit an die älteren, wenn's einfach auch um Erfahrungswerte geht, ja, wo die sagen: Hör mal zu, ich hab' da jemanden, wie könnt' ich denn das jetzt deichseln, dass ich den vernünftig aus dem Rollstuhl krieg oder ich hab' da ein Wundverhältnis oder so was. Sag mir doch mal, wo könnt' ich jetzt da noch ansetzen, was würdest Du denn in dem Fall tun, oder so was. Also, ich denke mir, dieses dieses schöne gemischte – Altersspektrum das birgt schon sein Vorteile, ja. Ich meine, man ist auch manchmal ganz schnell bei der Sache dabei, wenn's mal halt nicht so funktioniert, ne. [Kurze externe Unterbrechung mit Hinweis auf die Zeit von der Vorgesetzten, Anm. JC] Also, das ist von meiner Warte nur positiv zu benennen, von beiden Seiten.

16.9 Weitere Aspekte

Also, ich könnte mir vorstellen, wenn ich jetzt die Tür rausgehe und weiter darüber nachdenke, könnte ich noch etliche Dinge dazu beitragen [lacht]. Aber mit den Fragen an sich haben Sie meiner Meinung nach das herausgeschöpft, um was es geht. [Angebot des Interviewers, weitere Aspekte via Mail mitzuteilen. Wurde jedoch bis dato (Juni 2012) nicht genutzt.]

17. Interview, AP

Vorher Groß- und Einzelhandelskaufmanns-Ausbildung.
(Die Probandin hatte die Fragen vor dem Interview bekommen).

17.1 Positive Effekte

Lebenserfahrung, Kompetenz, also die Fachkompetenz und die Ausgeglichenheit. Einfach viele Dinge nicht so streng zu sehen, sondern ausgleichend zu sein und – wie soll ich sagen – die Wogen glätten. *Können Sie das mal näher beschreiben, wo gibt es denn Wogen?* Im ambulant Angehörige, die, wenn dann `ne junge Schwester kommt und sagt, das muss jetzt so und so gemacht werden, fallen die dann von einer Ohnmacht in die andere und wenn dann die ältere Schwester kommt, die kann das dann, die führt die Angehörigen dahin wo wir's haben wollen, ne. *Fällt Ihnen noch mehr ein?* Ich würd' sagen, die Akzeptanz bei den zu Pflegenden und bei den Angehörigen ist bei einer älteren Schwester größer. Wenn die alte Schwester was sagt, dann hat das Hand und Fuß. Auch bei den Ärzten, ja. Also, wenn ich zum Doktor gehe und sage, ich will das so und so haben, dann sagt der: Ja Schwester, ne. Wenn ich `ne junge Schwester hinschicke oder wenn beim Spezial-Patienten zum Beispiel gab's Probleme, hab' ich der Kollegin gesagt, gehs'de hin und sagst'm des, des und des. Der war der ganz entsetzt und hat gesagt, o.K., da geh ich den nächsten Tag hin. *Was ist ein Spezial-Patient?* Wenn halt Wundversorgung oder so sind, ja, dann kommen die Ärzte noch so mit Betaisadona-Salbe oder Braunol und dann frag' ich ihn ob er noch tickt oder so. Und sage: Wir sind hier nicht im Busch.

17.2 Vorteile

Ja. *Was machen Sie heute anders als vor 20 Jahren?* Ich bin ruhiger, toleranter – ab und zu – [..., unverständlich] aber auch Grenzen auf. Also, ich lasse mich nicht mehr, also wie soll ich denn sagen – ich habe gewechselt, weil ich kurz vorm Burnout stand und das lass' ich nimmie zu. *Ich muss nochmal nachfragen: Wo standen Sie vorm Burnout?* Im Pflegeheim, als Stationsleitung und stellvertretende Pflegedienstleitung. *Und jetzt zeigen Sie Grenzen, wem zeigen Sie diese Grenzen?* Patienten und Angehörigen. *Ich habe jetzt ganz spontan an Kollegen gedacht, müssen Sie denen auch Grenzen zeigen?* Nee, nee. Patienten und Angehörigen, weil, es ist ja immer so, wir haben ja `n Leitungskatalog; die Leute kaufen ja Leistungen, Module, ja und in diesem Rahmen beweg' ich mich und viele denken, ah ja, wir sind ja von der Sozialstation, die machen ja alles und das kostet ja nichts und das hab' ich lernen müssen und hab's auch gelernt, weil es war `ne Umstellung vom Pflegeheim in den ambulanten Dienst. Also zu sagen: Nee, mach' ich nicht, tu' ich nicht. Ich warte oder ich mach jetzt einmal des. Ich sage o.K., ich mach' das einmal

heute, aber bitte morgen brauch' ich 'ne Verordnung oder sonst irgendwas und das kostet was und dann mach ich das weiterhin. Und das wird auch eher akzeptiert. *Fallen Ihnen noch mehr Vorteile ein?* Angehörige und zu Pflegenden vertrauen, sehen bei mir ist die Fachkompetenz. Das ist, wenn jetzt 'ne Kollegin, wenn ich jetzt im Spätdienst bin oder was und die vertritt mich dann, kommt 'ne junge Kollegin rein und wenn die dann irgendwas sagt, das läuft nicht. Wenn ich dann komm' krieg ich wortgetreu berichtet, was die Kollegin gesagt hat. Ja, das ist schon gut so, die hat schon Recht. Ich red' dann mit der Kollegin und sag', Du, pass auf, sag das nicht so, die nehmen das 1.000 Prozent an, wenn ich sag' pass' auf, oder ich sag pass' auf, die Alt' ist da, da, da, musst aufpassen und wenn dann halt mal 'ne Kollegin ein bisschen schnodderisch ist, dann fallen die in Ohnmacht und wenn ich sag': Nee, machen wir nicht und des ist so ein Tag aus und dann akzeptieren die das irgendwo, ich hab' da kein Problem irgendwas durchzusetzen. *Sie sind also auch mal resolut, wenn es sein muss?* Aber hallo, muss sein, weil – ich muss mich jetzt – ich will kein Burnout kriegen. Ich stand davor, ja. Also ich muss gucken, dass ich überleb, ich bin keine 20, ich bin keine 40, ich bin kein 50, ich bin 62, ich muss noch drei Jahre in dem Job arbeiten und da muss ich gucken, dass ich da überleb', ja. Also ich mach und ich hab' auch meine Spezialpatienten, wo nix in Ordnung ist, wo ich dann schon kuck zu organisieren und dass es halt' irgendwo im Rahmen meiner Möglichkeiten läuft, ja, also was ich vertreten kann. Man kann nicht alles vertreten. Ich muss auch hier Rechenschaft ablegen. Ich hab' meine Zeitkorridor und den muss ich einhalten. Da heißt's nicht, Du bist die ältere Schwester, darfst länger brauchen. *Fallen Ihnen noch andere Vorteile ein?* Ja, äh, die Voraussetzung – ach äh ich, wenn ich jetzt Mutter Oma versorge, die Ebene ist gleich, die Angehörigen sind in etwa in meinem Alter, ja, also meine Lebenserfahrung, meine Werte und des kommt dann irgendwo also wahnsinnig gut an, oder da kann man viel besser kommunizieren. *Gefällt Ihnen das auch, wenn Sie so auf einer Ebene sprechen können?* Ja, also ich werd' nie die Schwester mit 'nem erhobenen Zeigefinger sein, die einem Diabetiker vorschreibt, wenn ich jetzt hin komm', die ißt 'n Stück Kuchen, seh' ich nicht. Soll sie ihr Stückchen Kuchen essen, solange sie noch lebt. Die kann morgen tot sein, also lass' sie ihr Stück Kuchen essen, ja. Ich sag' dann nicht: Sie dürfen das nicht, ja. Also die setzen halt auch die Fachkompetenz voraus. Wir machen ja nur einen Teil der Pflege, den Rest machen ja die Angehörigen und dann sind die auch dankbar, wenn man ihnen was zeigt, ja und erklärt und warum, ja. Da kommt ein Angehöriger und sagt [verstellt ihre Stimmer imitierend]: Ach Gott, wie heben Sie die Mutter raus, ich heb' die so raus. Dann sag ich: Ja, ihren Rücken hab' ich nicht, ich hab' meinen und dann ich ich's ihnen. Ja, dann ist's am Anfang so ein bisschen Zweifel und dann – ach zeigen Sie mir das mal. Und dann zeig ich's ihr und erklär's ihr, probieren sie's doch mal aus. oder mach's mit ihr. Gucken sie mal, jetzt zeig ich's ihnen mal so, wie sie's machen und jetzt heb' ich sie mal raus, wie ich's mach'. [Mit verstellter Stimme] Ah, das ist viel angenehmer. Dann sag' ich, und sie tun sich nicht weh und dann setz' ich mich auch noch in's Bett. Also die Beratung, wissen Sie, ich glaube, die kommt ganz gut an und ist auch akzeptiert. Also ich hab' keine Probleme, wenn sie nicht pflegen, so - nicht ihr Leben gelebt haben und die 96-jährige Mutter pflegen und meinen sie müsste 300 Jahre alt werden.

17.3 Leichter

Leichter zu akzeptieren, wenn ein Mensch stirbt. Das hab ich gelernt zu akzeptieren. Das war – meine ersten Toten und so – und – gut, es gibt vielleicht Fälle wo – weil Pflege ist ja auch Beziehung, ja. Wenn ich da jetzt sechs oder sieben Jahre hin komm', dann kenn ich die Ecken die Kanten, da iss man, dann kommt man ach – die sagen nicht, dass ist

die Schwester Christel, das ist meine Schwester, ja. Die kommt zu mir und da ist schon `ne Beziehung gewachsen und wenn da die Leute gehen, wo's dann auch an die Substanz geht, wo ich dann also auch drei vier Tage auch rumhäng' und denk scheiß [...] oder ich hab' ich find se morgens tot wo ich denk, scheiße, jetzt ist sie Mutterseelen alleine gestorben, keiner war da. Das sind so Sachen, wo mich dann trotz allem noch belasten, trotz meiner Erfahrung und Abgeklärtheit.

17.4 Belastungen

Was ich wirklich nicht mehr schaffe ist Wechseldienst, also vom Spätdienst in den Frühdienst, da hab' ich massive Probleme, da komm' ich gar nicht mit klar. Ja im Sommer halt das Heiße, ja, wenn's heiß ist. Hab' ich aber noch nie vertragen, das hat jetzt nix - und das verstärkt sich jetzt im Alter. Wenn ich dann sehe 30 Grad, denke ich oh scheiße, pack' ich jetzt nicht, ja. Dann sind dann die Kühlelemente und die Handtücher drin – und denk' oh Gott, ja. Das ist das Einzige, aber so hab' ich keine Probleme, also keine körperlichen. Ich hab' Patienten, die wohnen im siebten OG und da laufe ich hoch, Ende. Und da hat's bisher noch keiner geschafft, kein Schüler vom Klinikum oder was, so schnell oben zu sein wie ich [lacht]. Nee, ich persönlich hab' keine Probleme. *Häufig werden in Interviews ständige Neuerungen beklagt* -. Das ist toll. Also ich gehöre nicht zu den Schwestern, also ich hass' es, wenn mir irgendjemand sagt, das haben wir schon immer so gemacht. Weil, ich denke Pflege ist ein Prozess, der verändert sich. Ich muss gucken, was gibt's Neues, da kümmer' ich mich drum und ich bin auf dem neuesten Stand. Das ist für mich das A und O. Ich bin also nicht [imitiert, Anm. JC]: Das henn mer frieja immer so gemacht. Hallo. Nee, tut mir leid, da bin ich die falsche Adresse. *Stichwort Computer? Kein Problem. Sie müssen glaube ich auch mit* –. MDA. MDA. *Was heißt das? Haben Sie das noch nicht gesehen? Nein. Es sei denn, es war das, was die Kollegin vorhin auf den Tisch gelegt hat, so ein kleines PDA-Teil [Personal Digital Assistant, Anm. JC].* Ja, so ein PDA-Teil. [Nachtrag am Ende des Interviews: Stress und zunehmender Zeitdruck als zusätzliche Belastungsfaktoren. Es gibt im Computer ein Modul, in dem hinterlegt werden kann, warum längere Zeit für eine Tätigkeit gebraucht wurde.]

17.5 Entlastungen

Sie haben ja vorhin den Wechseldienst erwähnt, das kann man ja bestimmt auf dem Dienstplan entsprechend regeln. Ja, aber ich kann nicht als älterer Mitarbeiter erwarten, dass das nur die jungen das machen, die hassen mich dann irgendwann, ja. Weil, ad 1 verdiene ich genauso viel Geld wie sie, ja, wir sind gleiche Ebene. Ich hab' meine Leistungen zu bringen. Entweder bringe ich meine Leistungen - Vogel friss oder stirb, ja. Wenn ich nicht mehr kann, dann muss ich weg. Wir haben sehr viele Kollegen, auch bei uns im Team, die sind einfach alle, die sind ausgebrannt, die sind körperlich kaputt, die können nicht mehr. Wissen Sie, wenn die dann zwei Tage im Spätdienst sind, dann kommt der Anruf: Wir sind krank - und wir sind dann die Idioten, die einspringen können und zusätzlich noch, das ist also. Ich arbeite 100 Prozent, ja und ich hab' Überstunden glaub' ich 150 oder sowas, ja, und wenn dann noch jetzt, ich hab' mein freies Wochenende, ich arbeite zwölf Tage am Stück, dann habe ich frei. Wenn dann der Anruf kommt, morgens um halb sieben äh: Spring ein, ja – also da bin ich also nicht begeistert. Also ich nach zwölf Tagen Arbeit platt, ja. Da brauch' ich – und die zwei Tage reichen nicht, geb' ich ehrlich zu, die reichen nicht immer um den Kopf frei zu kriegen und man hat ja noch Hausarbeit und man hat ja noch ein Privatleben. Also es ist in der Pflege immer so ein Stück weit – es gibt auch Tage, ganz ehrlich sein, wo ich nach Hause komm' und am En-

de bin, ja und denk, heute mach' ich nix mehr. *Heben Sie eine Fantasie, wie man das verbessern könnte?* Entlastung im Alter? Ja. Mehr in – nicht ganz raus aus der Pflege, aber mehr also halt Beratungsgespräche machen von den Angehörigen, Anleitungen von Schülern – also einfach zu sagen o.k., ich begleite einen Schüler oder Einarbeitung die neuen Mitarbeiter, der läuft mit, Du arbeitest den Mitarbeiter ein, wie wird bei uns gearbeitet, wie sind unsere Standards. Das ist also vielleicht eine Entlastung. *Der Betriebswirt fragt dann gleich: Wer soll denn das bezahlen?* Ja, das ist klar, wirtschaftlich ist das nicht. *Aber Sie könnten sich vorstellen, das mal ab und zu zu machen –?* Ja. – *um Ihre Routine zu unterbrechen?* Ja. So, wenn man sagt einen Tag in der Woche, ja. Oder Aufnahmegespräche, ja, wenn neue Patienten sind, dahinzugehen, weil - ich bin der Profi, ich weiß, was ist notwendig, was ist machbar. Ich guck auch gleich, da müssen wir noch da und da eingreifen, wen muss ich dazu tun, Sozialdienst et cetera pp, muss da noch hauswirtschaftliche Versorgung gemacht werden und dann kann ich auch gucken. Ich seh' nach fünf Minuten schon, ist das eigentlich das, was ich will, das was man bräuchte da, kann man das eigentlich bezahlen und können's die Leute bezahlen und dann fallen ja auch die Pläne zusammen, wenn ich als manchmal Aufnahmen kriege, also Patienten, die aufgenommen worden sind, so eine Litanei. Ich mach' mir dann die Arbeit, erstens mal die Akten anlegen, brauch' ich fast drei Stunden dazu, manchmal vier Stunden, bis ich einen Patienten komplett aufgenommen, mit allen Vorschriften und allen Regeln. Ja und dann hast Du ein großes Programm und dann kommen die ersten Rechnungen und wird bopp bopp, ja. Also einfach so diese Sachen, wo ich denk', wo manchmal bei den Erstgesprächen, das sag' ich jetzt und da steh' ich auch dazu, wo nicht korrekt sind, wo sie einfach ja klar das müssen wir machen und das, logisch müssen wir vieles machen. *Bei jüngeren Kollegen jetzt, die keine Schwerpunkte setzen?* Ja, oder auch nur sehen, wir müssen verkaufen, ja. [Kleiner Exkurs zu Interna].

17.6 Angebote

Nein, nur die Altersteilzeit. Die geht bis 2009. Da sind viele drin, etwa sieben von 140 Mitarbeitern. Also, in unserm Team ist keine, in Friesenheim sind's zwei, in Edigheim sind's zwei und dann noch drei weitere. [Exkurs über den Männeranteil im Kollegium].

17.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja. Zur Ergänzung und zum Ausgleich. Ein Team heißt immer ein Mosaik. Also in einem Team sind ja immer verschiedene Charaktere, Kriterien, also verschiedene Möglichkeiten, verschiedene Fähigkeiten und, ja, ich denk' schon, dass es das es einfach `ne homogene Masse ist. *Wenn Sie jetzt zu entscheiden hätten, Sie brauchen ja noch Leute. Wenn jetzt zehn Bewerber kommen, die alle gleich gut sind, davon sind fünf 25 und fünf sind 50. Wen stellen Sie denn ein?* Von jedem zwei [lacht]. *Müsste man bestimmte Bedingungen erfüllen, um Ältere einzustellen, könnte man etwas machen, um das attraktiv zu machen?* Ja – ähm – klare Arbeitszeiten, also feste Arbeitszeiten - wie soll ich jetzt sagen - andere Arbeitsmodule. Ja also zum Beispiel vielleicht nur sieben Tage arbeiten, drei Tage frei, dann wieder drei Tage, wissen Sie, mehr mehr freie Tage – längere Regenerationsphasen. Ein freies Wochenende nach zwölf Tagen reicht nicht aus. Also mehr Freiräume rein. *Wäre das das Einzige, was Ihnen einfällt. Alles andere könnte so bleiben?* Ja, denke ich schon. Also sie können nicht erwarten, dass man sagt, o.k. die Jungen machen die schweren Fälle, gehen die Treppen hoch und die Alten machen nix. Also das geht nicht. Das muss ausgewogen sein, sonst gibt's Krieg, ja. Dann trennt sich das Alt und Jung, dann vertragen sie sich nicht mehr. Weil, wir haben auch Kollegen dabei,

die sagen, [die Probandin imitiert die Kollegen] die jungen können's doch schaffen, ich bin jetzt schon lang genug da drin, das will ich nicht mehr. Das geht nicht. Ja also, das muss gerecht sein. Auch ein junger Mensch ist kaputt, auch ein junger Mensch. Die haben noch – die geh'n noch aus, die wollen noch – die älteren, die sind halt vielleicht nicht mehr so, ich weiß es nicht, die haben nicht mehr so viel äh – aber ich denk', das muss gerecht sein, der Junge muss nicht mehr arbeiten als der Alte, ja. Also da muss es ausgewogen sein, nicht dass die Jungen dann die große Touren haben, die Schweren drin und die Alten ziehen nur Kompressionsstrümpfe an und spritzen, ne. Also da wird's Krieg geben, das darf nicht sein. Also meine Auffassung.

17.8 Zusammenarbeit

Also ich kann jetzt nur von mir sprechen: Super. Keine Probleme. Die Akzeptanz von den Jungen ist da. Die kommen auch mal, [die Probandin imitiert und flüstert] was ist denn das und das, was soll ich da. Die kommen, fragen und – die halt, das ich niemand mit erhobenem Zeigefinger – aber die schätzen oder akzeptieren meine Fachkompetenz. Sie sehen, diese Fachkompetenz ist da, die ist auch präsent und – nee, also ich – äh, aber nur von mir, ja. *Wie ist die Zusammenarbeit Alt mit Alt?* – – Ich hab' die alten Schachteln mal sicher – haben wir denn keine mehr. Also ich bin jetzt `ne alte Schwester – was soll denn das? Oder wenn die dann sagt, [Imitation] ich bin halt alt und bin ein bisschen langsamer, ich brauch halt ein bisschen mehr Zeit. Dann sage ich, wieso, Du hast doch die Ablaufroutine drin, Du bist doch der Profi am Bett, Du musst doch eine Junge nass machen am Bett. – Also ich bin der Profi, und egal, die vielen jungen und eingearbeiteten Mitarbeiter, die müssen schneller sein und dann guck ich, ja und die brauchen ja noch länger wie ich – hallo [lacht]. Oder wenn ich jetzt seh' – der Spätdienst, das ist immer so, wir fangen um halb vier an, ja, halb elf. Dann kuck ich, wann war die da, aha, wann ist die fertig, das seh' ich ja. Die braucht so lang, hä?

17.9 Weitere Aspekte

Ja, der Betrieb, der Arbeitgeber fehlt, dass von der Seite keine Angebote kommen, dass man sich keine Gedanken macht, wie geht's dem Älteren, ist der nach zwölf Tagen platt oder ist er nicht kaputt. Kann man da nicht irgendwie andere Module machen. Es wird im Moment, so Wiedereingliederung nach Schwangerschaft, die kriegen dann die Sonderregelung. Ich bin zum Beispiel `ne Eule, ich bin keine Lerche, ja und wenn ich morgens muss ich um fünf raus, dass ich, wenn ich um sieben beim ersten Patient bin, keinen erschlag, so, ne. Es wird viel mehr Rücksicht genommen, auf die wo jetzt schwanger waren und wieder kommen. Da haben wir uns Gedanken gemacht, aber um die Mitarbeiter, die alt sind, denen wird Altersteilzeit angeboten. Wenn die es dann nicht annehmen können, aus finanziellen Gründen, weil da halt nix da ist - ich kann Altersteilzeit machen, wenn ich einen Ehemann hab', ja, klar und so sag ich mir, Mensch hör', voll schaffe und nur 85 Prozent der Bezüge. Hallo, da komm' ich nicht mit klar, [...] da kommst Du einfach nicht mit über die Runden. [Exkurs zu lokalem Geschehen im Klinikum L.]. Ich wollte die Fortbildung Hospiz – weil, wenn man nicht mehr so kann, dann wäre das doch – aber die hab' ich abgelehnt bekommen, es hieß, ich bin zu alt, Wirtschaftsfaktor. Ok, hab' ich gesagt, Ihr habt einen Fehler gemacht. Wenn ich jetzt diese Ausbildung mache, stehe ich Euch auch noch anschließend zur Verfügung [nach der beruflichen Phase, Anm. JC. Diese Ausbildung hätte ein halbes Jahr gedauert, berufsbegleitend und € 1.500 gekostet.]. Jetzt gehe ich auf den Expertenstandard Ernährung nach Osnabrück – da wollte keiner hin [Dauer ein Tag, Anm. JC].

18. Interview, AP

18.1 Positive Effekte

Der Vorteil liegt vor allen Dingen darin, dass diese Kollegen [die älteren, JC] sehr erfahren sind und man immer wieder auf denen ihr Wissen zurückgreifen kann und dass sie in manchen Situationen belastbarer sind. Psychisch belastbarer, sie - häufig durch ihre Routine, nehmen sie manche Dinge anders wahr als die jungen Kollegen und ich denke, es ist auch für mich als Kollege – ich mein in dem Fall auch als Leitung – eine Stütze, wenn ich weiß, es ist ein erfahrener Kollege, der ist schon lange drin. Kann man immer darauf zurückgreifen, sowohl vom fachlichen Wissen eben aber auch von der Reife, die sie haben. Sie haben ein ganz anderes Leben hinter sich, ganz andere Lebenserfahrung. *In einem Segment ist das Erfahrungswissen so nicht vorhanden, im gesamten EDV-Bereich. Wie macht sich denn so etwas bemerkbar?* Sehr unterschiedlich. Es kommt auf die Mitarbeiter drauf an. Es gibt Mitarbeiter, die von Natur aus neugierig sind, technisch begabt, die haben da keine Ängste vor und wir haben Mitarbeiter, die von Charakter her einfach so sind, sicherlich auch als sie jung waren, äh – sich an solche Dinge nicht getraut hätten. Für mich gilt, jeder immer wie er grad seine Fähigkeiten hat, den einen kann ich eher dafür brauchen, den anderen eher da. Also die Computertechnik, die EDV ist für die Älteren oft ein Problem.

Es gibt sehr viele Aspekte, die eben nicht mit dem Alter assoziiert sind. Wir sollten daher im Folgenden die altersspezifischen fokussieren. Sehr häufig wir ja Erfahrung genannt – was genau ist darunter zu verstehen: Die richtigen Schwerpunkte zu setzen, zu Priorisieren was ist gerade wichtig, was ist weniger wichtig oder komplexe Situationen zu erfassen, wie beispielsweise Dekubitusmanagement oder so was?

Ich denke es ist beides. Aufgrund dessen, dass sie Situationen schon sehr häufig erlebt haben, sofort trennen können, was ist jetzt im Moment die Priorität. Sie können einfach sofort differenzieren, ich muss hier als erstes nicht sofort mit dem Angehörigen reden, wenn ich `ne Notfallsituation hab', sondern ich muss als erstes gucken, wie sind die Vitalzeichen, wie ist das und das. Sie hat einfach `ne Ruhe in der Situation und weiß es, weil er die Erfahrung in vielen anderen Situationen gemacht hat. Das andere ist, er ist natürlich aufgrund dieser Erfahrung - auch komplexe Situationen, da kann er ganz anders damit umgehen, weil er besser differenzieren kann. Das können Junge nicht. Sie haben kein Erfahrungswissen in gleichen Situationen, und das ist einmal das - das andere ist, dass sie natürlich aufgrund ihrer vielen Berufsjahre ein anderes Fachwissen haben. Sie haben zum Beispiel im Dekubitusmanagement oder im Wundmanagement wissen sie genau, das und das und das hilft mir nichts und das und das und das weiß ich genau, das hilft was. Das steht vielleicht nicht in den Büchern drin, aber ich weiß es eben. Das hat ein Junger einfach nicht. Er probiert und fängt an dem Stand an, wo die damals angefangen haben, so fangen wir alle an. *Gibt es da auch Konfrontationen, wenn die Jüngeren mit entsprechenden Fort- und Weiterbildungen den Älteren sagen, guck mal, das ist jetzt neu, das macht man nicht mehr so?* Erleb' ich jetzt hier so nicht. Also ich erlebe hier, dass die Älteren sehr wohl darauf bedacht sind, sich weiterzubilden und das neue Wissen auch zu haben und das haben sie auch. Im Moment ist es nicht unbedingt auf das Alter beschränkt, ob jemand ein Wissen hat oder nicht, das liegt in der Persönlichkeit der Fachkraft, ob sie Wissen haben will. Es gibt auch Jüngere, die sich da nicht weiterentwickeln und gucken.

18.2 Vorteile

Mir persönlich sicherlich. Ich bin froh, dass ich dieses Alter hab', weil ich denk einfach man hat `ne gewisse Gelassenheit, wobei man einfach gewisse Dinge kennt. Ich reg' mich nicht mehr so schnell auf, wenn die und die Dinge sind, weil ich weiß, einfach das ist so, ich weiß auch, da gibt `ne Lösung für – äh, man kennt einfach – man weiß einfach, dass es immer weiter geht und dass es meistens für alles `ne Lösung gibt und ich finde, das ist an und für `ne positive und einfach eine hervorragende Stellung, oder - mitunter halt. *Gibt es bei den andern älteren Mitarbeitern auch Vorteile?* – Ähm – ja. Es gibt viele Vorteile bei älteren Mitarbeitern, aber natürlich auch die Nachteile und das ist in unserem Pflegeberuf immer sehr gut abzuwägen. Einstellung ältere Mitarbeiter, wenn man da natürlich immer ein bisschen so in`s Fettnäpfchen tritt, aber wir haben eine hohe hohe Belastbarkeit, körperliche Belastbarkeit und das ist eindeutig etwas, was im Alter abnimmt und das ist, denk' ich, unser größtes Problem. *Wenn es jetzt zehn Bewerber gäbe, fünf mit 25 Jahren und fünf mit 50. Welche würden eingestellt, wenn maximal vier Stellen zu besetzen wären?* Ich würde zwei 25-Jährige einstellen und zwei 50-Jährige. Wir brauchen hier, und darauf achten wir, in jeder – egal ob das `ne Altersstruktur, `ne Qualifizierungsstruktur oder sonst was – ein gutes Gemisch, weil die alle voneinander profitieren.

18.3 Leichter

Ja, die Routinearbeiten macht man halt wie das Autofahren, nebenher und da muss man nicht mehr nachdenken. Früher musste man beim Autofahren auch nachdenken – heute läuft's nebenher. Viele Dinge laufen einfach von der Hand. Man arbeitet schneller, obwohl man vielleicht körperlich nicht mehr so belastbar ist, aber man arbeitet trotzdem nicht langsamer. [...] Die Jüngeren stocken in ihrem Arbeiten, die arbeiten nicht effizient genug und das können die Älteren. *Gibt es im psychischen Bereich auch Veränderungen mit zunehmendem Alter?* Weiß ich jetzt nicht – ich merke einfach, dass die Mitarbeiter in zunehmendem Alter oft durch familiäre doppelt und dreifach Belastung einfach zusätzlich belastet werden. Das ist bei 'nem ganz Jungen ja oft nicht so, der geht zwar langsam in die Familienphase ein. Bei jungen Müttern, die dann wieder einsteigen, ist das vielleicht wieder eine andere Phase, aber bei Älteren merke ich mittlerweile deutlich, dass die oft Eltern zu pflegen haben und Kinder haben und im Beruf drin stecken. Eine Frage eben unserer Generation, dass man -. Früher sind die Eltern früher gestorben. Da ist man in dem Alter, wo man vielleicht wieder arbeiten oder keine Ahnung – das hat's früher so in der Form nicht gegeben. Aber es ist einfach im Moment für viele Frauen, und wir haben `nen typischen Frauenberuf, es ist nach vor typisch Frau, dass die Frau Eltern versorgen muss, und in unserem Beruf nochmal eine besondere Verantwortung, dass die eigenen Eltern versorgen müssen und das tun sie meistens auch, das heißt, sie stecken in vielen Fällen in einer dreifach Belastung und das wirkt sich ganz massiv aus. Also das merk' ich mittlerweile ganz schlimm, so zwischen 45 und 55 haben diese Fragen sehr viele.

18.4 Belastungen

Einmal aus der Perspektive der Leitenden und einmal aus der Perspektive der professionell Pflegenden. Also als Leitung – außer dass es manchmal ein bisschen hektisch ist, aber das hätte ich auch, wenn ich jünger wär – ist es für mich jetzt noch nicht merkbar. Wobei ich das merke bei meinen älteren PDL-Kollegen, dass die mir eindeutig sagen, da komme ich nicht mehr mit, das geht mir zu schnell. Wo einfach das insgesamt, das Begreifen von komplexen Vorgängen – und wir müssen ja oft ganz schnell schnelle Ent-

scheidungen treffen, in dem wir relativ schnell Informationen, viele Informationen und du musst aus diesen Informationen innerhalb kürzester Zeit in `nem Telefongespräch zum Beispiel herauskristallisieren, handelt es sich hier um einen Notfall, wie musst du reagieren, was musst du hier tun, was musst du der Mitarbeiterin sagen und das ist äh eine Stakkatofolge bei uns in vielen anderen Bereichen und da musst du ständig geistig also wirklich auf der Höhe sein. Das ist was, was mir noch keine Probleme bereitet, aber ich weiß, dass es irgendwann kommt. Also das ist was, da habe ich meine Angst vor, weil ich denk', da sind wir dann nicht mehr in der Lage, äh wirklich diese komplexen Tätigkeiten zu erfüllen. Höchstens vielleicht mein Gedächtnis lässt nach und das ist sicherlich noch mal – also es ist auch `ne Altersfrage, weil, den andern draußen, wenn ich mal `ne Tour fahren muss, weil jemand ausfällt [die Probandin ist in leitender Funktion, JC], muss ich ehrlich sagen, ich könnte es körperlich in dieser Situation, weil ich nicht trainiert bin, nicht mehr. Also grade in der häuslichen Pflege. Es ist ein Wunder, dass `ne 62-Jährige das noch schafft. Was weiß ich wie oft, sechster Stock hoch, Leute hochheben, also diese extrem körperliche Belastung ist wirklich für die Leute kaum noch - . Also ich glaube, dass das Größte ist und das ist auch bei den meisten älteren Mitarbeitern – die meisten haben ihre Probleme mit dem Rücken, den Knien et cetera, typischerweise. *Wie ist die psychische Belastungssituation. Identifizieren sich die älteren Kollegen eher mit den zu Pflegenden, wenn diese ihnen altersmäßig näher stehen, besonders auch im Zusammenhang mit Tod und Sterben?* Das kann ich nicht bestätigen, weil ich es selbst so nicht erleb'. Wenn man selbst jemanden erlebt, der seinem eigenen Alter nahe ist, trifft das vielleicht mehr – äh – ich persönlich hab' da keine Probleme mit. Aber ich erlebe das, dass mir die Mitarbeiter sagen, wenn sie einen neuen Patienten kriegen, der ist ja fast so alt wie ich und alleine das sagt schon aus, stopp, Gott das könnte ja ich sein, der da liegt. Also da sieht man eindeutig, dass das definitiv bei denen ist, so ab 55 fängt das an, da sind die sofort am Identifizieren. *Im stationären Bereich wird der Umgang mit dementiell Erkrankten häufig problematisiert – wie ist das im ambulanten Pflegedienst?* – Sagen wir mal so, es gibt immer wieder Probleme, wenn ein Mitarbeiter schlecht drauf ist oder einfach das Feeling nicht hat. Aber im Gros hör' ich das selten, dass sie wirklich sagen, mit dem kann ich nicht oder das geht nicht oder – also und wir haben einen sehr hohen Anteil dementiell Erkrankter. *Liegt das daran, dass die noch einen Angehörigen haben, der sich um sie kümmert?* Haben wir ja leider häufig nicht. Wir haben ja leider häufig dementiell Erkrankte, ist zuhause bleiben, sind, wo keiner da ist und da ist es dann manchmal ein Problem. Wenn Angehörige da sind, ist manchmal das Problem, dass die Angehörigen damit nicht klar kommen und unsere Leute die Angehörigen mitbetreuen müssen, damit sie ihre Leistung überhaupt bringen können, damit sie es aushalten können, 24 Stunden mit einem Demenzkranken zusammen zu sein. Sie selbst sind dem Demenzkranken, denk' ich, äh – punktuell hat jeder mal `n Tag, wo er's nicht aushalten kann, aber prinzipiell haben sie – empfinden sie es glaube ich nicht als extreme Belastung, glaube ich nicht. Nur dann, wie wir es jetzt auch haben, wenn jemand extrem gefährdet ist und die keine Möglichkeit sehen, den da rauszuholen. Alleinstehende, die anfangen mit Feuer, Gas et cetera und da haben wir wenig Möglichkeiten einzugreifen, selbst wenn wir beim Amtsgericht einen Eilantrag stellen, dauert das oft Tage und in der Zeit fliegt die Bude dann – oder ist die Angst, dass irgendwas passiert natürlich groß.

18.5 Entlastungen

Was wäre wünschenswert? Genug finanzielle Ausstattung, damit die Mitarbeiter nicht so viele Patienten versorgen müssen. Es ist eindeutig so, dass unsere Touren sehr gut bestückt sind, die in einer schnellen Zeit sehr viele Patienten versorgen müssen, was natür-

lich beinhaltet, dass sie schnell arbeiten müssen, schnell Treppen hoch, Treppen runter, beim Patienten vielleicht auch nicht immer das notwendige Rücken schonende Arbeiten haben können, das wäre sicher ein Aspekt, der den Mitarbeitern viel Entlastung bringen würde. Das andere wäre natürlich immer vor Ort die Hilfsmittel, die wir brauchen, die wir leider nicht immer kriegen, weil Angehörige nicht kooperativ sind, Krankenkassen uns die Hilfsmittel nicht so geben, wie wir sie gerne hätten, die Räumlichkeiten einfach nicht dafür geschaffen sind – *Was für Hilfsmittel sind denn das konkret?* Ich denke, dass es viel so Deckenlifter et cetera – oder Lifter insgesamt wären, die Leute raus zu heben, oder ganz einfache Möglichkeiten, Rutschbretter oder überhaupt etwas in dieser Form. Wir sind ja froh, dass wir die Pflegebetten mittlerweile so weit haben, dass es Standard ist, dass wir sagen, wir gehen nur rein, wenn hier ein Pflegebett ist, ansonsten können wir sie nicht versorgen. Ist aber Akzeptanzabhängig vom Patienten. Aber den Lifter kriegen wir eh nicht immer und die sind alleine. Bei Bettlägerigen ist die Kraftanstrengung so extrem, die Leute hochzuziehen, da bräuchten sie ganz andere Hilfen, Rutschhilfen und und und. Sie bräuchten also immer so ein Koffer, den sie von einem Patienten zum nächsten bringen könnten. [Exkurs über die Schwierigkeiten, selbst kleine Hilfsmittel zu organisieren]. *Gibt es Vorstellungen zur psychischen Entlastung?* Die Supervision wird ja immer genannt als entlastende Möglichkeit. Wir hatten das früher angeboten. Die Mitarbeiter wollten es nicht. Sie hatten irgendwie das Gefühl, sie werden da – das brauchen wir nicht. Ich denke nach wie vor ist die größte entlastende Möglichkeit, dass sie gute Rückendeckung haben und dass sie immer die Möglichkeit haben miteinander zu reden. Sie brauchen einfach jemanden zum Reden, um loslassen zu können. *Also nicht unbedingt ein Profi, da tut's auch der Kollege?* Genau. Der Profi, bis der käme, wenn die den einmal im Monat haben, der nützt mir nichts, wenn ich gerade ein furchtbares Erlebnis habe oder 'n Scheiß Krach hab' oder mich beschissen fühle, da nützt mir diese Supervision nichts. Die würde manchmal nützen, einem manche Dinge klarer zu machen. Ich prinzipiell wäre davon überzeugt, dass es machen helfen würde, eine gewisse Distanz zum Patienten zu halten, um sich selbst zu schützen, das glaube ich schon. Aber in der konkreten Alltagssituation helfen diese Kollegengespräche oder dass eben Rückhalt von der Leitungsebene, von der PDL, mit denen noch mal zu reden, das nutzen sie ganz stark, mit denen noch mal zu reden.

18.6 Angebote

Nein. *Könnte man sich welche vorstellen?* – Im Moment würden mir keine einfallen, die nicht auch für alle anderen Mitarbeiter offen gemacht werden müssten. *Die Frage ist ja auch, ist es nicht sogar diskriminierend, wenn man solche Angebote schaffen würde, wie z.B. Computerkurse für ältere Mitarbeiter?* Ja, aber ich denke, ich würde nie sagen, ich würde das nur einer Altersgruppe zu Verfügung stellen. Ich würde immer, egal was für ein Angebot es wäre, sagen, das ist für die, die meinen das haben zu müssen. 'nen Computerkurse kann ich auch mit 40, mit 37 oder keine Ahnung, es gibt auch da welche, die nicht mit Excel und Word umgehen können. Ja, es ist einfach so. *Gibt es auch das Umgekehrte, dass ältere Mitarbeiter kommen und sagen, ich würd' gern diese Fort- oder Weiterbildung machen und man muss ihnen sagen, Du hör' mal, Du bist jetzt so alt, das ist betriebswirtschaftlich nicht mehr sinnvoll?* Natürlich, das gibt es schon und das ist ganz böse. Natürlich das ist für denjenigen – äh diskriminierend, definitiv. Da kann ich ihm ganz viel erklären und sagen, das hat nichts mit Dir zu tun, ich weiß, es ist so und so, aber überleg, Du bist noch zwei Jahre im Dienst, oder drei und wenn Du jetzt den Kurs machst, der dauert jetzt mindest anderthalb Jahre, dann stehst Du uns noch anderthalb Jahre zur Verfügung, ich würde gerne 'nen Jüngeren nehmen, der unserer Einrichtung

sein Wissen mir noch länger präsentieren kann. *Ich denke, so ein, zwei Jahre vor der Rente wird's eng. Aber wie ist's mit 50, 55?* 50 ist für uns kein Problem. 50 – wir stellen Mitarbeiter mit 50 ein, die werden auch weiterentwickelt, das ist für uns o.k. – äh, das kommt natürlich auf den Mitarbeiter an. Ich muss gucken, ist der geistig in der Lage, ist das jemand – also ich weiß nie was kommt – aber ich hab' jetzt 'ne Mitarbeiterin gehabt, die war Anfang 50 und hat einen Palliativkurs gemacht. Die steht mir aber zehn Jahre zur Verfügung und das ist für mich 'ne Rechnung, wie lange steht mir dieser Mitarbeiter noch zur Verfügung, mit dem Wissen, was ich bezahle.

18.7 Beschäftigung sinnvoll

Es kommt immer drauf an, was man unter älteren – also ich hab' kein Problem mit 45-Jährigen, die stellen wir sehr oft ein. Ich hab' auch kein Problem mit 50-Jährigen. Ich hab' 'n Problem mit ab 55-Jährigen. Weil, das ist ganz häufig ein Alter, wo wir dann merken, dass die, die wir haben, alle Probleme kriegen und das kommt aber dann ganz spezifisch auf den an, der sich dann bewerben würde. *Ich könnte mir vorstellen, dass es auch ein großer Unterschied ist, ob sich jemand aus einer Langzeit-Arbeitslosigkeit bewirbt, oder im Job ist und zum Beispiel Umzugs bedingt eine neue Stelle sucht?* 50, 55 ist nicht das Problem, wenn der Mitarbeiter gut drin ist und ich ihn nicht groß einarbeiten muss. Aber es ist ein Risiko. *Wenn man nun einen älteren Mitarbeiter, eine ältere Mitarbeiterin einstellt, gibt es da bestimmte Konditionen, die man beachten sollte? Was man ja bestimmt nicht machen kann, sind spezielle Dienste oder Routen? Aber gibt es Möglichkeiten, den Einstieg älterer Mitarbeiter zu fördern, damit ich von ihrem Erfahrungswissen profitieren kann?* Da müsste man sich auf jeden Fall Gedanken drüber machen. Mir ist gerade eingefallen, wir haben jetzt grad Familien freundliche Arbeitszeiten eingeführt, weil wir einfach merken, wir brauchen die Jungen wieder, die kommen jetzt alle nach der Elternzeit wieder, aber können natürlich um sieben oder wann anfangen, geben denen besondere Bedingungen; theoretisch müsste ich mir dann auch überlegen, was mache ich mit unseren Älteren. Es ist aber ganz ganz schwierig, weil sie genau diese Dinge nicht können, oder entlastet werden müssen, was auch den anderen groß zu schaffen macht und sobald ich die aus dem Bereich rausnehme, haben die andere die Belastung und ich geh' das Risiko damit ein, dass ersten die andern motzen und ich aber auch andere vermehrt belaste und sie mir dann krank werden. Wenn ich sage, die älteren Mitarbeiter haben eine etwas leichtere Tour, mit nur drei großen Pflegen drin, dafür muss dann der junge Kollege statt fünf acht machen – hab' ich innerhalb von ein, zwei Jahren 'nen Krankenstand von – keine Ahnung wie hoch. Und wir haben die Versorgung von solchen Leuten, ich hab' die Anzahl, ich muss sie irgendwie auf diese Köpfe [MitarbeiterInnen, JC] verteilen, oder ich muss sagen, ein älterer Mitarbeiter kann nur noch reduziert arbeiten, das ist was, was ich mir am ehesten vorstellen kann. Nur da muss er mitspielen. Ich meine, wir bieten die Altersteilzeit³ sehr sehr sehr großzügig an – ich weiß gar nicht, wie viele Mitarbeiter wir haben, ich glaube wir haben acht, neun oder zehn Mitarbeiter in der Altersteilzeit – was für so einen relativ kleinen Laden sehr viel ist. Das ist was, wo ich sag', da kann er langsam raus – seine Arbeitszeit reduzieren, was bei Älteren meiner Meinung nach wichtig ist, weil sie dieser Belastung nicht mehr standhalten, zwölf Tage arbeiten, zwei Tage frei. Gut, bei uns haben sie einen drei Wochenendrhythmus, aber das schaffen sie ja auch nicht mehr. Da kann man sagen, gut, Du arbeitest nur noch vielleicht 75 Prozent und schleichst Dich langsam raus, dann 50 dann 25 und dann kann man auch

³ Vgl. <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A01-Allgemein-Info/A015-Oeffentlichkeitsarbeit/Publikation/pdf/DA-Altersteilzeitgesetz-Stand-12-2007.pdf> (2011-05-04)

mal sagen, wenn Du nicht so viel bist, ganz zum Schluss, kannst vielleicht dies oder jenes machen. Da könnt' ich mir vorstellen, dass wir da gut von profitieren könnten. Wegen der damit verknüpften Einkommensminderung können das Alleinstehende nicht machen.

18.8 Zusammenarbeit

Ich denke dass es überwiegend gut ist. Ich hab' nicht das Gefühl, dass da große Spannungen herrschen, das ist aber auch Personen abhängig. Ich hab' nicht das Gefühl das jetzt der eine sagt, ich bin der Erfahrene und Du hast nichts zu sagen. Es gibt sicherlich Kollegen, die meinen, sie haben immer Recht, aber im Großen und Ganzen nicht. *Im ambulanten Bereich treten die Mitarbeiter ja selten so als Team auf.* Nein, das ist nicht so, sondern es ist natürlich ein Problem, wenn `ne Pflegekraft als Springer irgendwo reinkommt und sieht, was `ne ältere Mitarbeiterin gemacht hat und da kann das schon vorkommen, das sie sagt – äh hier Wundversorgung – ich würd's anders machen. Aber ich denke, das ist `ne Frage, wie man miteinander umgeht. *Was ist ein Springer?* Die Urlaubsvertretung in der Bezugspflege. Diese Springer haben auch – das wird ganz offen gesagt – eine Kontrollfunktion, dass sie noch mal mit einem anderen Blick drauf gucken, wie ist die Pflegesituation hier vor Ort, wie ist der Pflegeprozess, ist hier irgendwas. Ich sage immer, das ist nix schlimmes, das ist ganz normal. Wenn ihr jeden Tag ein halbes Jahr irgendwo hingehet, seht ihr manche Dinge nicht mehr und deswegen ist es wichtig, dass jemand anderes reinkommt der vielleicht noch mal `ne andere Situationen sieht, `ne andere Meinung hat. Das denke ich, akzeptieren sie. *Hat man auch die Möglichkeit als Mitarbeiter, dass man mal sagt, ich brauche jetzt mal einen Kollegen, der da mit drauf guckt?* Ja, das wird von Jung und Alt so praktiziert. Wobei es superhäufig so ist, dass die Älteren dann eher gerufen werden. Wir haben auch spezielle Wundmanager, die dann gerufen werden. [Interne Störung/Unterbrechung]. *Wie ist die Zusammenarbeit älterer Mitarbeiter untereinander? Man könnte ja vermuten, dass es ideal wäre, Erfahrung trifft auf Kompetenz, auf Gelassenheit. Man dürfte eigentlich nur alt-alt Teams -* Ich find', dass die Konkurrenz das schon merkt. Es ist sicherlich eher so, wer hat jetzt in seinem Arbeitsleben die meisten Erfahrungen oder wer kann da und äh – ich hab' jetzt nicht das Gefühl, das vor allen Dingen alt-alt sucht, sondern ich denk', es ist immer so, dass die Älteren mit den Jüngern zusammen sind und die geben ihr Wissen auch gerne weiter und es gibt Junge, die da auch ganz froh drum sind.

18.9 Weitere Aspekte

Wie könnte es in zehn Jahren möglicher weise im persönlichen Bereich aussehen, in der Leitungsfunktion und auf Mitarbeiterebene? Aus meiner Sicht würde ich das machen, was meine Kollegin macht: Die gibt nach und nach an mich ab. Das würde ich auch machen, wenn ich weiß, das ist ein Nachfolger, den du früh genug nachziehst. So nach und nach, dann bist du langsam drin und ich mache die Dinge, die mir nicht mehr so schwer fallen. Ich denke das ist auch legitim. Ich finde das auch gut. Bei den Mitarbeitern in der Pflege ist das, wie gesagt, weitaus schwieriger, weil, die müssen ihre Leistung bringen bis ganz zum Schluss. Natürlich wird schon als gekuckt, Mensch, der hat was am Knie, verdammt, he – jetzt musst du dem nicht gerade `nen neuen Patienten geben, der im sechsten Stock ist, kuck halt mal. Natürlich kuckt man da schon `nen bisschen drauf, dass so extreme Situationen nicht vorkommen, die haben da weniger Chancen, ich hab' da eher die Chance. *Wenn ich das jetzt so resümiere, unser Gespräch, dann ist das Alter in der ambulanten Pflege nicht so ein Problem?* Doch, körperlich. Es ist die körperliche Schranke. Wenn bei uns die Leute bis 67 arbeiten müssen. Wir haben eine Mitarbei-

terin, die hat jetzt bis 67 gearbeitet, weil sie aber lange in der Leitung war und vorher vielleicht nicht diese körperliche Arbeit gemacht hat. Aber ich kann es mir nicht vorstellen, dass das Gros bis 67 arbeiten kann, einfach aus körperlichen Gründen, die schaffen es nicht. Die können keine 100 Prozent Kraft bis 67 – auch nicht in unserem Bereich. *Gibt es denn weitere Ideen, die über das bereits Gesagte hinausgehen, Mitarbeiter möglichst lange im Beruf zu halten?* Ich denke es gibt im Pflegeberuf, wenn man es gut organisiert, sicherlich Möglichkeiten. Nach den Pflegegesetzen Beratung, Schulung, et cetera – sicherlich nicht für alle, weil da gehört natürlich auch noch ein bestimmter pädagogischer Hintergrund dazu. Ich denke das ist Kreativität gefordert, diese Leute da einzusetzen, wo sie nicht diesen körperliche Belastungen ausgesetzt sind. Da muss man aber ein gutes Konzept für die komplette Einrichtung entwickeln und das Problem ist die Anzahl der Mitarbeiter. Wenn ich das ein, zwei anbieten kann, müsste ich das theoretisch den anderen fünf, die dann kommen, auch anbieten können und da hapert's, das krieg ich nicht hin. Wir haben hier Mitarbeiter, die seit über 30 Jahren hier sind, seit der Gründung, äh unsere alten Mitarbeiter bleiben uns bis zum Schluss erhalten, positiv gesehen, weil, das ist für mich auch etwas, was für diese Einrichtung spricht. Aber wenn ich so viele alte Mitarbeiter hab', die kann ich nicht alle in die Beratung wie ich mir wünsche. *Es wird demnächst dann durch den Eintritt in den Ruhestand zum Ausfall dieser ganzen Alterskohorte kommen.* Deswegen ist es ganz wichtig, in der Personalentwicklung darauf zu achten, alle Altersklassen zu besetzen. Natürlich ist es bei den jüngeren etwas schwierig, weil die Schwanger werden und dann weggehen, aber es kommen immer Neue rein, die schon Erfahrung haben. Das Problem dabei ist derzeit, generell an Mitarbeiter zu kommen. *Noch offene Aspekte?* Man könnte sicher noch darüber nachdenke, was ist Politisch noch machbar, nicht nur für Pflegeberufe, es gibt ja noch andere Berufe, die Belastungsfaktor mäßig zu sehen sind. Es sind häufig auch die Einkommensniedrigen Berufsgruppen, die dazu noch den Belastungen ausgesetzt sind. Die Leute, die wir nicht mehr beschäftigen können, und davon gibt es einige, die mit 55, 57 einfach vorm Nichts standen, neben dem was es heißt, einfach aussortiert zu werden, stehen sie vorm finanziellen Aus, mehrere Jahre und das kostet den Staat auch einiges. Da menschenwürdig mit umzugehen fände ich betriebswirtschaftlich von allen Beteiligten nicht schlecht.

19. Interview, KH

Die Probandin arbeitet in einem Krankenhaus der Maximalversorgung und leitet die Anästhesie- und OP-Pflege.

19.1 Positive Effekte

Positive Effekte sind dann da, wenn wir Menschen haben, die in ihrem Beruf eigentlich wirklich gerne arbeiten in ihrem Job. Man sieht ja ganz häufig, dass die Mitarbeiter schnell immer in die Spirale nach 10, 15 Jahren kommen, dass sie einfach keine Lust mehr haben, es ist ihnen einfach zu anstrengend, die Umstrukturierungen und und und. Wenn ich aber Mitarbeiter hab', sag' ich einmal, die einfach mitgehen können, dann hab' ich natürlich schon einen positiven Effekt dahingehend, wenn da Junge reinkommen, dass man da auch welche hat, die den Jungen Struktur beibringen und wie es zu laufen hat, weil, da kann man schon positive Effekte bewirken. *Es wird ja auch häufig „Erfahrung“ genannt.* Also, die Erfahrung allein macht es nicht, weil, wenn ich mit der Erfahrung allein stehen bleibe und nicht annehme, was denn an Veränderungen da ist und bau' das

in meine Erfahrung mit rein, hab' ich natürlich zwar ein sehr fachspezifisch hochqualifizierten Mann, aber das ist jetzt nicht unbedingt das, was ich eigentlich brauch' in der Struktur. *Häufig haben ja langjährige Mitarbeiter, die hochmotiviert sind, Burnout-Phasen durchgemacht. Ist das auch eine Erfahrung, die an Jüngere weitergegeben werden kann?* Ich habe an meine Mitarbeiter die Auflage gegeben, dass sie mindestens pro Jahr eine Fortbildung machen müssen. Wenn sie sie intern machen, kriegen sie natürliche `ne Freistellung, wenn sie sie extern machen, müssen sie ihr Wissen bei Mitarbeiterbesprechungen weitergeben. Mitarbeiter, die sich an diese Spielregeln halten, die kannst du auch weiterentwickeln. *Wie ist es im ganz persönlichen Bereich mit den Vorteilen im Alter?* Also mein Alter bringt mir Vorteile dahingehend, dass ich etwas ruhiger bin und nicht mehr so temperamentvoll. Ich bin in meinen früheren Jahren immer eher mit dem Kopf durch die Wand, wenn ich von etwas überzeugt war. Heute mach' ich`s ein bisschen diplomatischer und hab' natürlich davon sehr viel mehr Erfolge, weil, mit dem Kopf durch die Wand ist halt meistens immer mit der Brechstange und das hinterlässt halt ganz schöne viele Beulen. Man erreicht vielleicht dann zwar sein Ziel, aber nicht so schnell, wie wenn man es diplomatisch angeht und da hab' ich mir einfach ein paar Techniken angewöhnt und davon profitiere ich natürlich *schon*. *Gibt es Beispiele dazu?* Ja, also ähm also – im Umgang mit Ärzten zum Beispiel ähm übe ich selten Kritik, sondern ich spreche da eher so eine märchenhafte Sprache. Ähm - ein anderes Beispiel, bei älteren Mitarbeitern, da ging`s zum Beispiel darum, dass man sagt, o.K., also der Professor versteht überhaupt nicht, dass wenn der Mitarbeiter jetzt `ne Prothese holt geht er aus der Tür rein, lässt die Tür offen und kommt mit der Prothese zurück, aber er will die Tür immer zu lassen. Da hab' ich heut' denen jetzt erklärt, dass ist genauso, wenn ihr heut' euern Abfall von zu Haus in den Müllcontainer tut und bringt's dann zurück, dann lasst ihr die Haustür ja eigentlich auch nicht offen. Warum geht's denn da im privaten Leben und dann da im OP zum Beispiel nicht. An solchen Beispielen versuche ich dann die Schärfe rauszunehmen, das wird sehr wohl von Ärzten gut angenommen, als auch – sag ich einmal – von etwas älteren Mitarbeitern. Und diese Sprache habe ich mir einfach angewöhnt, das mach' ich jetzt schon seit zehn Jahren und damit komme ich eigentlich in Konfliktsituationen relativ gut zurecht. *Gibt's bei älteren Kollegen auch Situationen, wo man sagt, wunderbar, das würde bei jüngeren so nicht funktionieren?* – Also, das kommt halt schon drauf an, in wie weit ich so ein Stärke-Schwäche Prinzip gemacht habe, wo man einfach schon im Vorfeld sieht, aha, wo ist denn die Stärke des einzelnen Mitarbeiters und das kannst du ja auch hinterher entsprechend verwenden und dann hast du von einem 45-Jährigen Mitarbeiter schon `ne gute Aussage. Also ich hab' immer in diesen älteren in diesem Bereich Leute drin, die für Umbauten zuständig sind, ja – weil sie einfach schon die Erfahrung mitbringen, was für ein Wagen zum Arbeiten lohnt sich, was lohnt sich nicht. Den kann ich fortschicken, der kuckt nach dem richtigen Material und und und – ein jüngerer Mitarbeiter hat gar nicht die Erfahrung und gibt mir vielleicht den falschen Rat und hinterher passt das vielleicht nicht. Ich kann mit älteren Mitarbeitern gut arbeiten, ich sag mal, o.k., der soll bestimmte Standards entwickeln, die man auf jeden Fall braucht im Einarbeitungskonzept, man kann ihn gut in der Fort- und Weiterbildung gebrauchen, weil aufgrund dessen, dass sich die Techniken so schnell verändern, die OP-Techniken, letztendlich man auch viel mehr Weiter- und Fortbildungen eigentlich braucht und man kann sie ja nicht immer nur extern machen, man kann sich ja auch nicht ständig `ne Firma reinholen. [Exkurs: Gerätezentrum. Hier werden verstärkt ältere MitarbeiterInnen eingesetzt, um den jüngeren eine Grundeinweisung zu geben und z.B. auch spezielle, praxisrelevante Details bezgl. der Reinigung, was in der Regel die Firmenvertreter nicht machen.] *Werden diese älteren Mitarbeiter, die diese Schulungen machen, selbst qualifiziert?* Die werden von Firmen in Tagesschulungen qualifiziert (intern oder extern). [Ex-

kurs in Details]. *Ich meinte auch methodisch/didaktisch, also pädagogisch fundiert.* Ach so. Wir haben im Moment Praxisanleiter in der Richtung, kombiniert Ältere mit Jüngeren – und dann gibt's `nen Ober-Praxisanleiter, der kontrolliert was die Jüngeren machen. Man muss dann dementsprechend auch Sitzungen abhalten, um zu überprüfen, haben die auch gemacht, so wie wir das besprochen haben, so in der Richtung.

19.3 Leichter

Es wird häufig berichtet, dass ältere Mitarbeiter in Notfallsituationen adäquater reagieren. Ist das wirklich so? Bei Notfällen kommt es schon auf die Struktur der älteren Mitarbeiter an. Ich sehe das eher so, dass ich einen Teil meiner Mitarbeiter aus dieser Situation heraus tun muss, weil sie das nervlich einfach gar nicht so aushalten. Das ist das eine – das andere ist, dass man mit den älteren Mitarbeitern schon ein paar Nebenerkrankungen hat, wie `nen Hörsturz, Schwerhörigkeit et cetera, eine mit `nem Defi-Schrittmacher, ja, die kann ich halt in den Schockraum, aber sonst nirgendwo hinschicken. Ich hab' auch Mitarbeiter, sag' ich einmal, mit Nebenerkrankungen – irgendwelchen Herzkasern, die kann ich halt nicht mehr 10 Stunden an einen Tisch stellen, also da profitiere ich nicht unbedingt davon. Es gibt natürlich welche, sag' ich einmal, die schon in der Lage sind, sag' ich einmal, den Notfall dann so zu organisieren, das der Junge hinterher den Notfall macht und der Ältere kuckt halt eben zu ob er's richtig macht und spricht's dann hinterher mit ihm durch, ja. Was ich also ganz gerne mach', sind so Kombinationen: Schwerer Notfall, alter Mitarbeiter mit jungem Mitarbeiter, der supervisiert (!) den quasi und im Anschluss an das Geschehen oder ein Tag später, je nach dem, wenn's jetzt auch mal letal ausgegangen ist, sich mit dem Mitarbeiter hinsetzen, das ganze Ding noch mal durchspielen, um das einfach in die Verarbeitung reinzugeben. *Wie kommt das an bei den Jungen – wie kommt das an bei den Alten?* Supergut. Beide Seiten profitieren davon. Also in der Supervision, glaub ich, geht's gut. Es gibt alte Mitarbeiter, die sind mit 60 noch recht fit drauf, weil sie einfach gesundheitlich gut drauf sind, aber es gibt auch ganz ganz viele Mitarbeiter, die die Stresssituation so nicht mehr vertragen, wenn sie mit viel Blutkonserven zu tun haben oder sonst was.

19.4 Belastungen

Also mich persönlich - im Moment bin ich eigentlich eher in der Situation, dass ich relativ ausgeglichen und gut belastbar bin, aber das liegt einfach, glaube ich, da dran, dass ich halt immer wieder versuche, mich selbst zu motivieren, in dem ich mir aufzwinge, sag' ich jetzt einmal, mindestens zweimal im Jahr eine Schulung zu machen, also, ob das jetzt Selbstorganisation ist, ob das Arbeitsabläufe, äh, Konfliktgespräche mit irgendwelchen Mitarbeitern oder – früher hab' ich mal so ein Alpha-Seminar besucht – also ich versuch' für mich immer wieder neue Anreize zu schaffen und diese einfach so zu verketten, dass ich für mich [..., unverständlich, JC] habe. *Was ist denn ein Alpha-Seminar?* Ein Alpha-Seminar, das hab' ich in der Fastenzeit gemacht. Das ist damals von der Freien evangelischen Kirche ausgegangen und da gab's immer donnerstags – also erst mal ein Abendessen und dann anschließend gab's immer ein Thema, das wurde von der biblischen Seite aufgearbeitet und dann hinterher in Kleingruppen nochmal überlegt, wie man es in den Alltag reinbringen kann. *Also ein theologischer Hintergrund?* Richtig. Hat mich jetzt einfach mal interessiert. Hat mir einfach wirklich viel gebracht, um über andere Dinge mal wieder anders nachzudenken. Also, ich denke, man muss halt im Alter wirklich versuchen, dass man aus dieser normalen Schiene einfach rauskommt und sich einfach selber nochmal neue Perspektiven zu schaffen. Und ich denke, das ist mir, glaube ich, auch

ganz gut gelungen. Im Moment fühle ich mich relativ stabil, auch wenn es viele Probleme gibt. Also ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass man äh zumindest – als ich mach das mindestens zweimal im Jahr, manchmal sogar dreimal – äh – extern – außerhalb vom Krankenhaus. Ich mach' meine Seminare in der Regel alle bei Tempus, die haben so ein bissl religiösen Hintergrund, dahingehend, dass man einfach überlegt, wie kuckt man dass der Alltag und das Privatleben einfach zusammenkommt. [Exkurs in das Seminar]. *Welche Belastungen fallen den bei den älteren Mitarbeitern auf – psychische oder physische?* Ich denk', was ein ganz großes Problem ist, ist einfach diese Brücke zu schlagen zwischen Alt und Jung. Also ich in meinen Bewerbungsgesprächen sag' immer zu den Jungen, ich erwart' von ihnen, dass Sie drei Schritte schnell laufen, auf der einen Seite und das Alter schätzen und dem entsprechend eine Wertschätzung rüberbringen und der alte Mitarbeiter muss lernen, dem jungen sein Wissen weiter zu geben und zu kapieren, dass er nicht so schnell laufen kann. Ich denke, die Kräfte, Unsicherheit und Frustration bei den älteren Mitarbeitern ist einfach diese Ängste, die sie entwickeln, weil sie einfach die Techniken, mit denen die Jungen aufwachsen, nicht kennen, sondern sie einfach im Alter erlernen mussten, zum Beispiel der PC und durch diese Schnelllebigkeit in der die Jungen aufgewachsen sind, also die, die jetzt grade dran sind, haben die natürlich auch zum Teil eine ganz andere Arbeitstechnik, ja - und bisweilen sind sie einfach schneller in ihren Aktionen, also wenn sie gut sind. Schneller in ihren Aktionen und das kann der Ältere schlecht annehmen und dadurch kommt es zu diesen – sag ich einmal – großen Spannungen und das bringt die natürlich schon dazu, dass sie halt an den Jungen rumkritisieren, ständig gucken, was die denn da jetzt falsch machen können und und und und – sie versuchen halt sich selber im Wertebild hoch zu pushen und das bringt die halt in den absoluten Wahnsinn, deswegen entstehen Depressionen, entstehen die Rückenschmerzen, Herzrhythmusstörungen, Hörsturz, Burnout – all diese, sag' ich einmal, Krankheiten in der Klinik und da muss man halt einfach die Brücke schlagen können, um die Verbindung zwischen Alt und Jung herstellen zu können – das ist schwierig – aber es geht.

19.5 Entlastungen

Ungelernte Kräfte, die keine Ausbildung haben, aber sehr versiert am PC sind, unterstützen ältere Fachkräfte in Projekten, in dem sie die PC-Arbeiten übernehmen und die älteren auch drin einarbeiten, zum Beispiel Standards, Lagerungskataloge mit Fotos usw. *Ältere Mitarbeiter haben ja auch öfter Probleme mit Schichtdienst, Nachtdienst und Bereitschaftsdienst. Könnte man sich da Entlastungen vorstellen?* Wir schauen, dass wir den Wünschen gerade auch der älteren Mitarbeiter entgegenkommen. Zum Beispiel, dass die nur ein Wochenende Dienst machen und dann den Montag frei machen. Zurzeit ist es so, dass wir Bereitschafts- und Rufdienst haben und dass die Älteren eher den Rufdienst übernehmen. Ich finde, man muss herausfinden, wo die Stärken der älteren Mitarbeiter sind, dann kann man sie von der Arbeit am Tisch freischaufeln und für Projekte einsetzen. Ich habe eine Mitarbeiterin bei mir, die macht im Moment bei mir Qualitätsmanagement – nur für mich. Sie organisiert vor allem Projekte und bindet da auch gezielt ältere Mitarbeiter ein, weil die ja viel Hemmschwellen haben, wenn es darum geht zu schreiben usw. und dann ist die praktisch dabei, Beistand, kuckt aber auch, dass die sich in dieser Projektgruppe bewegen, ja. *Hemmungen zu schreiben?* Ja, im Sinne der KTQ Vorgaben, in diesen entsprechenden Standards. Davor haben die Leute aber sehr große Ängste und deswegen gehen viele Projekte eigentlich in die Brüche, weil sie diese Schreibhemmnis haben, oder auch die Frustration, dass sie's nicht richtig geschrieben haben. Ja, die geben sich viel Mühe und wenn sie fertig sind, muss man sagen, so gut

gemacht und jetzt müssen wir es wieder umschreiben, dann ist die Frustration groß. *Je nach der Altersstruktur der Teams ist die Möglichkeit der Projekteinbindung älterer Mitarbeiter mehr oder weniger schnell erschöpft, das heißt, es wird mehr ältere Mitarbeiter als Projekte geben?* Das glaube ich jetzt nicht, weil man wird ja auch anfangen müssen, in anderen Personalmix zu gehen, ja. Ich bin jetzt dabei Low-Care / High-Care Bereiche zu machen und im Low-Care Bereich wird dann eine ältere Mitarbeiterin arbeiten, die hat dann aber dabei nicht mehr Krankenschwestern sondern Arzthelferinnen und da guck ich dann wieder, welche Operationen passen denn dazu, dass `ne Arzthelferin machen kann. In der Kommunikation, dass eine, die da drüber wacht. Damit schaufle ich mir natürlich Budgetgelder wieder frei und hab' dann letztendlich `ne zusätzliche vielleicht `ne Kraft, die halt `ne minderwertige Qualifikation hat. [Exkurs: Beschreibung der Bereiche, wie HNO, Augen, Haut, Kurzeingriffe usw.] Meine Idee ist, in diesen Bereichen vermehrt ältere Mitarbeiterinnen einzusetzen, die dann die Arzthelferinnen bewachen bzw. supervidieren. [Exkurs: Beschreibung einer Weiterqualifikation für Arzthelferinnen in den genannten Bereichen] das zweite was man machen kann, das ist für mich so eine Art Zukunftsvision, das ist so eine Art Werkstatt zu haben, eine Lernwerkstatt, wo man dann Mitarbeiter in einem dezentralen Bereich an Instrumententischen trainieren kann, auch für Lagerungstechniken der Intensivstationen, Beatmungsgeräte; wie kommt ein Patient von A nach B; weil ich mir davon einfach erhoff', dass da der Mitarbeiter da nochmal konzentrierter drangeht, da hilft mir dann auch die Berufserfahrung, ja. Man braucht immer den älteren Mitarbeiter – sag ich einmal beim Reanimationstraining, da kann ich sagen, o.k., das ist zweimal in der Woch', wird `n Mitarbeiter freigestellt, oder er verdient sich was dazu, je nachdem. Es gibt auch ältere Mitarbeiter, die auch in der PC-Geschichte gut drauf sind, die man in Statistiken abstellen kann, die zum Beispiel verfolgen können von der DRG [Dagnosis Related Groups, JC] her, was haben wir denn an hochwertigen Sachen gemacht, an weniger hochwertigen Sachen, weil die Überprüfung zum Controller hin sollte auch stattfinden, weil die machen natürlich auch Fehler. [Nennt Beispiel] Auch da kann man natürlich das Wissen von einem älteren Mitarbeiter nutzen, der das dann letztendlich verfolgt. Es gibt viele Möglichkeiten. [Exkurs in das aktuelle Fortbildungsprozedere].

19.6 Angebote

– – – Also es wird einiges angeboten, angefangen von Tai Chi über – jetzt ist unlängst in Karlsruhe eine Fortbildung gewesen „Was wir aus einem älteren Mitarbeiter“, wo ich denen schon sag' „geht Euch mal informieren, vielleicht gibt's das Ein oder Andere, was einem gut tun würde.“ Ich fänd's jetzt zum Beispiel auch schön, äh wenn, ja, so Präventionsmaßnahmen möglich wären, sag' ich einmal, wo die Mitarbeiter mal eine Massage kriegen könnten, grad die Leut', die im OP stehen oder vielleicht die Möglichkeit hat, ein Laufband zu benutzen. Ich mach' jetzt zum Beispiel mit meinen OP-Leitungen – biete ich in diesem Jahr, jetzt im Oktober, Stressbewältigungsseminar an, wo ich mit reingehe, in die Gruppe, ja, wo wir sechs Leitungen sind. Es kommen sechs Seminare hintereinander, um einfach denen auch zu zeigen: „Ich weiß, dass Ihr Stress habt, ich weiß, dass es schwierig ist damit umzugehen.“ Bis jetzt ist es von der Hälfte der Mannschaft angenommen worden, die anderen sagen: „Hm – wollen wir nicht“. Kinästhetik ist ein weiterer Baustein, der eigentlich erweitert werden müsste. Wundmanagement ist auch etwas, das ein älterer Mitarbeiter gut machen kann, Erfahrungen weitergeben, wie muss es gepflegt werden, dokumentiert werden und und und. Da ist ein älterer Mitarbeiter sehr gut zu gebrauchen. In der KTQ-Schulung habe ich jetzt auch eine ältere Mitarbeiterin geschult, die 52 ist, zum Beispiel. In dem Wundmanager ist auch ein Mitarbeiter, der ist, glaub' ich,

jetzt 47, der jetzt geschult wird. Äh - Arbeitssicherheit braucht man im OP auch immer wieder, das der kuckt, wo sind die Kabel, welches Kabel passt da hin. Da kuckt man halt eher auf `n Mitarbeiter, sag' ich einmal, in dem männlichen Bereich viele Krankenpfleger haben ja eigentlich vorher `ne dreijährige Ausbildung in einem oftmals in `nem elektrischen Beruf, oder KFZ-Mechaniker, hab' ich also zwei Stück von der Sort'. [...] Man braucht `ne Hygienefachkraft, sag' ich mal, im OP, ähm, das ist bei mir jetzt auch `ne Ältere, die jetzt auch geschult worden ist. Also ich guck schon, sag' ich einmal, ähm wo wo finde ich einfach noch Potenziale ältere Mitarbeiter mit einzubinden. [Zusammenfassend: Experten für Prothetik, Unfallchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Gefäße, Thoraxeingriffe – ältere Mitarbeiter, die hier ihr Wissen an jüngere weitergeben. Am Tisch immer in der Kombination Alt / Jung.]. Es gibt zahlreiche Geräte der Gruppe 1,2 und 3 im OP. Für die Schulung in diese Geräte ist auch ein älterer Mitarbeiter betraut, sowie für die PC-gestützten Einweisungsnachweise. Es gibt auch eine ältere Mitarbeiterin für das Controlling interner und externer Fortbildungen, pro Jahr etwa 500 bis 600 Fortbildungen. [Exkurs: Details und Interna dazu]. *Neue Qualifikationen wurden schon angesprochen, wie zum Beispiel Wundmanagement. Wäre Pain-Nurse auch eine Möglichkeit?* Hab' ich auch schon, ja. Wir haben seit anderthalb Jahren einen postoperativen Pain-Service, der hauptsächlich genutzt wird im Moment von der Orthopädie usw. [Exkurs: Details und Interna dazu.] Da lässt sich ein älterer Mitarbeiter auch einbinden, ja, mit dem Gedanken dahin, dass man sagt o.k. ähm, das könnte man jetzt weiter philosophieren, in die Altenheime, die Sozialstationen, weil da ist ja ein ganz großer Mangel, wie geht man mit Schmerzen überhaupt um [weitere Details]. Man könnte auch den Wundmanager transferieren [in diesen angesprochenen Bereichen, außerhalb der Klinik, einsetzen]. Allerdings muss man sagen, eignen sich nicht alle älteren Mitarbeiter dafür, weil man schon auch Mitarbeiter hat, die mit dieser Krankheit, diesem chronischen Schmerz, nicht unbedingt umgehen können. Also wir hatten zwei Mitarbeiter, die konnten wir da nicht implementieren. Aber, man hat den großen Vorteil, dass es ganz ganz viele ältere Mitarbeiter gibt, die natürlich sehr froh sind, wenn sie von `nem alten Mitarbeiter betreut werden und sich da ganz heimisch fühlen und – ja – richtig aufblühen. Das merke ich ja selbst, wenn ich einen Patienten postoperativ mitversorge. Ich versorge ja alle Mitarbeiter, die in meiner Abteilung erkranken plus die, die noch angetragen werden, postoperativ und da erlebe ich auch das gleiche Ergebnis. Also, viel Berufserfahrung, diese Vertrautheit mit Krankheiten und das selbstsichere Auftreten und das spiegelt sich dann auch im Patienten. Das wäre marketingmäßig noch einiges machbar, mit Patienten, die man in solche Häuser auch verlegt. Fortbildung mit Angehörigen, mit Geräten, die da auf die Angehörigen zukommen, da kann man schon einiges machen. [Rückfragen] *Gibt es noch andere altersspezifische Angebote, die man sich vorstellen könnte?* – – – – [Lange Pause.] *Wir haben uns bisher auf Beratungs- und Lehrtätigkeiten fokussiert. Könnte man beispielsweise an der Arbeitszeit noch etwas verändern?* Bei Beratungstätigkeiten oder Statistiken fällt die Arbeit am Tisch weg und die Wochenenden wären frei. [Exkurs zu Interna.] Zwanghafte Fortbildung ist nicht sinnvoll, mache Mitarbeiter müssen liebevoll umgarnt werden. Man muss mit den Mitarbeitern in den Dialog gehen und sie fragen, was sie bereit sind zu opfern, damit sie bis 65 im Team bleiben können. Auch Teilzeitmöglichkeiten können genutzt werden, so haben Mitarbeiter, die auf 80% reduzieren, einen freien Tag in der Woche mehr, der Verdienstverlust ist dann nicht so hoch. Aber auch das muss man mit den Mitarbeitern besprechen, dass man nicht alles alles haben kann und auf der anderen Seite zu sagen, ich bin der arme alte Mitarbeiter und mir tun alle Knochen weh, ich hab' dicke Füß' und was auch immer, ja. Da muss man also rechtzeitig in den Dialog gehen und sagen, ich bin bereit, Dir ein Stück weit entgegen zu kommen, aber auch Du musst Dich bewegen. Ja, auch wenn's dann heißt, o.k., ich habe jetzt für Dich einen Ar-

beitsplatz von Montag bis Freitag, dezentrale Aufnahme, geht von Montag bis Freitag, hast das Wochenende frei, hast keinen Spätdienst, heißt natürlich nicht, dass Du Deine Bereitschaftsdienstgeldnummer noch hast, ja. Da muss dann von beiden Seiten relativ klar und sachlich diskutiert werden, was ist machbar und was ist nicht machbar und das fehlt natürlich bei uns in den Kliniken. Bei uns wird ja immer nur hinten rum geredet oder es wird immer nur über bestimmte Sachen diskutiert, aber man geht halt nicht konzentriert spezifisch auf einen Mitarbeiter zu und sagt, o.k., was ist denn für ein Potenzial da, wo ist denn die Bereitschaft und sich dann wirklich im Dialog entgegen zu kommen und zu gucken, ja, wo sind unsere Grenzen und wo sind sie nicht, bis dahin, dass man dem Mitarbeiter auch mal sagen muss, hör mal zu, ich glaube der Arbeitsplatz ist jetzt wirklich nichts mehr; nicht deswegen, weil ich Dich nicht mag und nicht deswegen, weil ich Dich nicht schätz' oder sonst irgendwas, aber im Moment ist es einfach so, dass wir uns beide weh tun; jetzt gucken wir mal, ob wir nicht eine andere Richtung finden und finden vielleicht mal noch `ne Richtung, in dem man einfach mal kuckt, was gibt's denn noch intern, was gibt's denn da für Möglichkeiten sich da nochmal zu verändern; zum Beispiel das Patientenhaus. Das muss man dann konkret mit den Leuten besprechen und das kommt dann meist, wenn gar nichts mehr geht. [Exkurs: Arbeitszeitreduktion und finanzielle Einbußen.]

19.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja – – Ja. Also wir gerade heute auf der Neurochirurgie eine Kollegin verabschiedet, die war 35 Jahre in diesem Bereich, die wird nicht ersetzbar sein, die war so ein ruhender Pol und die hat mit so viel Liebe ihre Patienten versorgt und das auch den jungen Leuten ans Herz gelegt, ja. Die hat einfach dafür so ein Händchen gehabt, ähm – ja. Und ich hab' immer wieder Mitarbeiter – morgen stell' ich zum Beispiel `ne Mitarbeiterin ein mit 52 – ähm 17 Jahre Hartz IV, ungelernte Kraft, Mutter von fünf Kindern, alleinerziehend, total super, hab' ich als 1-Euro-Jobberin für zwei Monate erlebt. Die hat `n Superjob gemacht und jetzt hab' ich die Möglichkeit gehabt und hab' sie eingestellt und ich glaub' nicht, dass ich mir der auf die Schnautz' fall. *Wenn jetzt zehn Bewerber kämen, fünf sind 25 und fünf sind 50, alle mit der gleichen Qualifikation, vier davon dürfen eingestellt werden, welche werden eingestellt?* Das kommt darauf an, was sie mir für eine Leistung bringen. Also ich hab' immer wieder mal einen Älteren eingestellt. Jetzt kommt zum Beispiel eine zur Vorstellung, die ist Jahrgang 57, äh 67. [Kurz zurück zu der 52-Jährigen.] *Das Alter allein ist nicht entscheidend?* Also es kommt drauf an, für was man denjenigen Mitarbeiter braucht. Im Servicebereich hab' ich überhaupt keine Hemmungen, jemanden mit 50 einzustellen. Wenn es jetzt der hochtechnische Beruf ist, äh das müssten sie mir schon mal in der Vorstellung und während der Hospitation einen besonders guten Eindruck hinterlassen. [Kleines Beispiel dazu: 52-Jährige Mitarbeiterin, deren Mann gerade in Rente ist und die sagt: „Jetzt kann ich richtig Gas geben ...“ Sie zeigt den anderen, was man in dem Alter noch schaffen kann. Sie ist zu 100% eine Bereicherung.]

19.8 Zusammenarbeit

Also, ich habe insgesamt fünf verschiedene Bereiche, Zentren mit neun verschiedenen Fachbereichen und da hab' ich alles vertreten, was so Vertretung da sind. Das ist sehr abhängig, sag' ich einmal, von den Gruppen, von der Möglichkeit, Gruppen zu splitten, in neue Gruppen wieder zu implementieren, ähm bis dahin ähm, dass in ganz kleinen Gruppen, nicht größer als drei Leute, die gut gecoacht werden, auch Jung mit Jung gut gehen kann. Wenn ich `ne Gruppe hab', zum Beispiel Tageschirurgie, das sind drei Jun-

ge, die sind alle eigentlich unter 40, die sind sehr stark an mich gebunden, auch an meine Leitung gebunden. Das läuft wie's Lottchen. Die sind hochflexibel, die machen die Tageschirurgie, die machen das Enddarmzentrum Anästhesie, die machen Kurzzeittherapie Anästhesie, machen Aufwachraum, ähm, machen meinen ganzen Schreibkram, das ist auf vier Köpfe verteilt, ja, die haben alle 'ne interne Fortbildung nochmal bekommen, ähm, um sich einfach zu zertifizieren. Ähm die sind so was von flexibel, also gibt es eine tageschirurgische Station, die nur mit Arzthelferinnen läuft, bei mir gibt's eine, ja. Aber die sind ganz nah an mir dran, ja, da geht das schon einmal. Aber eine Station mit nur Jungen, da müssen nochmal so zwei Talente von den Jungen dabei sein, sag' ich einmal, die einfach den Verstand, sag' ich einmal, und die Grundlage und ein Stück weit - ähm - Bodenständigkeit auch haben, um dieses Experiment eingehen zu wollen. Von den Ausbildungsstätten kommen viele junge Leute mit vielen Defiziten [Wertigkeit, wie geht man miteinander um, Teamfähigkeit, Umgangston, usw. und weitere Details ...] – da braucht man schon die Alten, sag' ich einmal, die die Jungen unter die Fittiche nehmen, damit sie ihren richtigen Weg laufen. Ich bin glücklich mit dem Mix, den ich habe [Alt/Jung, JC]. Mit einem Club von nur älteren Mitarbeitern kriegt man kaum Innovation rein. Es gibt schon auch mal Ältere, die richtig kernig sind. Aber meist wird geklüngelt und gesagt, das haben wir schon immer so gemacht. [Exkurs zu unsachlicher Kritik der Pflegenden an den Fähigkeiten der Ärzte.] Insofern ist es nur mit Älteren, auch auf Station, äußerst schwierig in innovativen Blickwinkeln zu arbeiten und letztendlich auch, sag' ich einmal, hast Du schon mal gesehen, früher hat er sechs Stunden für die OP gebraucht und jetzt braucht er nur noch vier, dass sich die Verweildauer bei der und der Krebserkrankung verschoben hat und und und. Die Leute informieren sich ja gar nicht mehr, sie nehmen das, was sie mal erfahren haben von Jahr zu Jahr mit. Deswegen - die Kombination mit nur Alten sehe ich schon relativ kritisch.

19.9 Weitere Aspekte

Ich glaube, das allergrößte Problem ist, dass die Pflegedienstleitung die Stationsleitung nicht richtig coacht. Also wenn ich jemanden in die Funktion Leitung nehme, muss ich ihn ein bis eineinhalb Jahre begleiten, muss ihm zeigen, zu schauen, wo sind bei den Mitarbeitern die Stärken und die Schwächen, wie kannst Du ihn fördern und und und. Also das wird in den Stationen gar nicht wieder gelebt. [Exkurs zu Interna.] Dadurch, dass das Coaching fehlt, gehen die auch ganz anders mit ihren älteren Mitarbeitern um. Sie haben es nicht gelernt, ja. Wenn man aber frühzeitig, denk' ich, einfach schon mal so 'n paar Steckenpferde von den einzelnen Leuten kennt, ja, [Beispiel einer Mitarbeiterin, die zu Halloween KollegInnen einlädt, wo Alt und Jung zusammen kommt]. Das weiß ich aber halt auch nur, wenn ich mich mit dem älteren Mitarbeiter dementsprechend auseinandersetze, ja. Ich denk' grad in dem Bereich, da könnt man mit dem alten Mitarbeiter noch was ganz anderes machen. *Nachfrage: Unterstützung der Führungskräfte zu Personalentwicklung im Allgemeinen notwendig und für ältere Mitarbeiter im Besonderen?* Richtig. Ein wirklich großes Problem ist, man bildet die Leitungen aus, die geh'n dann auf ihren Kurs und dann sagt man, ja, das ist sie, das ist 'ne richtig pfiifige Frau und jetzt heißt's dann: Mach mal. Bei mir kommen meine Leitungen drei bis viermal die Woche vorbei, ein bis anderthalb Stunden, und dann gehen wir alle Problem durch, mit dem Arzt, mit dem Mitarbeiter, mit dem Patient, mit dem Angehörigen, was war da, ja und je häufiger man das macht, um so mehr fallen von diesen Gesprächen welche runter, weil das haben sie dann schon mal gefressen. Und dann kommt natürlich der problematische Mitarbeiter und dann muss man sich ja überlegen, probieren wir des, probieren wir sell, probieren wir jenes. Woher soll er das wissen? Das kann er ja eigentlich nur von mir erfahren. Ja. Oder

ich hab' dann wieder einen Spezialisten vor Ort, der's vermittelt. Aber ich mach dadurch vertrauensvolle Maßnahmen [gemeint: vertrauensbildende, JC], dass die mir letztendlich alles auch erzählen und damit ich mit dieser Information doch noch eher zu einer Problemlösung komme. Bei uns ist die PDL, ja, jemand der sagt, o.k. da ist der Mitarbeiter, dann gibt's halt irgendwelche Besprechungen, aber dieses Coachen, das fehlt komplett, ja. [Exkurs: Einsatz einer älteren, schwierigen Mitarbeiterin, 58, in einer Führungsposition als Projektleitung, um sie aus dem sensiblen Bereich zu nehmen, unter Wahrung des Gesichtes, mit der Möglichkeit, hier ihr Erfahrungswissen einzubringen]

20. Interview, PH

Die Interviewpartnerin arbeitet als Wohnbereichsleitung.

20.1 Positive Effekte

Also – langjährige Erfahrung seh' ich positiv und als ob die Arbeit richtig von Hand geht und dass sie auch wissen, was auf der Station zu tun ist. Also auch eine neue ältere Mitarbeiter kann man besser reinführen auf die Station. *Warum?* Äh – die Erfahrungen bringen sie mit, auch wenn sie jetzt nur Mutter oder – also zur Zeit nix gemacht haben – die gehen ran und äh also – sind sie dann auf einmal in der Pflege drin und ist ganz leicht und sie befassen das mit Kinderziehung, als ob das gleiche wär', nur diese Feinheiten muss man dann lernen, was da für ältere Menschen jetzt für die Pflege bisschen anders ist, jetzt wie Kinderhüten zuhause. Aber ist viel leichter – also diese Erfahrung seh' ich. Auch viele, jetzt wie ich, äh – lange im Beruf ist, man muss nicht so viel erklären. Wenn ich jetzt in eine fremde Station käme, ich denk' dass ich da sehr schnell zurechtfinde. Wenn ich jetzt heute auf morgen in Ihrem Krankenhaus arbeiten müsste, ich denke, dass ich sofort mich da zurechtfinden würde. *Machen Sie diese Erfahrung bei allen älteren Mitarbeitern?* Äh – es gibt natürlich paar wo sich wirklich sehr ängstlich stellen und sehr zurückhaltend, aber sobald sie so paar Monate gearbeitet haben, sind sie natürlich wieder, weil dann habe ich diese Erfahrung, weil ich ältere Pflegende sie eingeführt habe, dass sie da jetzt diese Unwissende zeigen, aha, die ist langjährige Schwester hier und hat bestimmt gute Erfahrung und jetzt stelle ich mich überhaupt gut hin und dann klappt das. Also bei Anhieb nicht, aber so mit der Zeit, zum Beispiel, wenn Pflegehelferin käme zum Einarbeiten. Ja, ist leichter, aber natürlich ist von Mensch zu Mensch anders. Man kann nie sagen, Ältere arbeiten jetzt grundsätzlich schneller und äh das kann man nicht sagen, das ist immer verschieden.

20.2 Vorteile

Ja – – äh ich hab' diese Sicherheit jetzt und die ganzen beruflichen Jahre hat mir viel dazu gelernt und Anfang war ich immer zurückhaltend, wo ich jung war und jetzt kann ich sehr gut auftreten und - . *Sie sagten Sicherheit, was meinen Sie damit genau?* Also Sicherheit im Beruf, also ich habe 18 Jahre als KPH gearbeitet und dann war ich in Schule, Altenpflegeschule dreijährige fertig und hab' gesehen, dass ich eigentlich richtig gemacht hab' ganze Jahre, also richtig wie eine Ausgebildete und das hat mir viel Gescheit gegeben. *Warum haben Sie so spät diese Ausbildung gemacht?* Äh finanzielle und wegen Kinder. Ich hab' gewartet bis die Kinder -. Hat mir also Sicherheit gegeben und ich wusste, ich schaff's so und dann hab' ich weitergemacht. Wenn ich gebraucht hätte jetzt, von

meinem Wohnbereich, hätte ich auch gerontologische Weiterbildung gemacht. Aber weil ich jetzt andere Station habe, wo Schwerstpflege ist, da habe ich mich da weiterentwickelt. *Und was ist da für Ihr Alter jetzt von Vorteil?* Erfahrung. *In welcher Beziehung?* Umgang mit älteren Menschen und Umgang mit Medikamente, Umgang mit Kollegen, weil, bis dahin hab' ich viel erlebt und jede Erfahrung, jede Erlebnis hat dann mehr Erfahrung gebracht. *Was sind denn im Umgang mit Kollegen wichtige Erfahrungen, die Sie gemacht haben?* Ei ja – das waren diese Vertrauen hat zu einander und in jungen Jahren habe ich dieses Vertrauen äh, hab' immer gedacht sie vertrauen mir nicht. Also ältere Leute, jetzt was ich mache ist falsch und so - . *Patienten oder Kollegen?* Kollegen, damals. Wenn sie mich schon zweimal gefragt haben wegen einer Arbeit, dann hab' ich immer überlegt, ist das jetzt, weil ich jung bin oder weil ich unerfahren bin und diese wollt' ich dann später für die andere nicht tun, also weil ich dann Wohnbereichsleiter bin, wollte diese Vertrauen. Es gab natürlich viele Situationen, wo ich reingefallen bin, weil, diese Vertrauen haben sie sofort als allein diese Arbeiten ganz anders aufgefasst, die weiß nicht und jetzt gibt sie ihre Verantwortung weiter, aber das war mir wichtig, dass die andern oder viele Teammitglieder diese Vertrauen. Das war für mich das Allerwichtigste, dass man zusammen diese Arbeit macht und darüber sprechen kann ohne Angst zu haben, wenn wir auch Fehler machen. Also früher hat man, früher also so 70er Jahre, hat man immer Angst, wenn man was Fehler gemacht hat, weiter zu sagen an die Stationsleitung oder lang erfahrene Kollegen. Aber jetzt sollten sie, auch wenn sie jetzt falsche Medikation, dass man da jetzt wirklich zu PDL, Wohnbereichsleitung, PDL bis zum Arzt: Ich hab' diese Fehler gemacht, was ist? Und jeder dann auch diese Missverständnis, muss natürlich nächste Mal natürlich nicht zu machen, aber dieses Vertrauen zu sagen dürfen: Ich hab' diese Fehler gemacht. Oder ich hab' jetzt lange sitzen lassen, ich hätte das noch viel kürzer – ältere Bewohner jetzt auf dem Stuhl sitzen lassen, so was, das meine ich. [Verständnisrückfrage zum Vorhergesagten.] *Bringt Ihr Alter Ihnen auch im Umgang mit den zu pflegenden Bewohner und Bewohnerinnen Vorteile?* Ja, äh – sicher. Das ist äh diese Arbeit fällt mir sehr leicht jetzt, also ich stell' mir das überhaupt nicht schwer – also ich könnte jetzt nie aus der – wenn ich jetzt auf Station komme. Ich habe 14 Bewohner und arbeiten wir zwei oder zu dritt. Wenn da jetzt eine sagt: Heute ist jemand krank. Also komm' ich ja nie in diese Verlegenheit: Oh, was mach ich denn jetzt? Ich bin allein und ähm – also, das geht. Irgendwie geht das schon die Zeit, ohne dass jemand zu leide kommt. Diese Hektik machen und rumrennen und rum, das bringt nichts. Also ich bewahre da wirklich Ruhe und das hat natürlich diese lange Erfahrung mitgebracht. *Wenn Sie jetzt an schwierige Bewohner und Bewohnerinnen denken, zum Beispiel Demenzkranke, bringt Ihnen da Ihr Alter auch Vorteile?* Ja. Auf jeden Fall. Diese geduldige Aussprache und – aber das war ich immer so, kann man sagen, Anfang an – diese viel Zeit und ich hab' auch von vielen Kollegen gehört: Du hast ja Geduld. Wenn sie mich da mit Bewohner sprechen hören. Also diese Geduld hätte ich niemals, sagen die. Das ist, denke ich auch, das ist als Mensch. Natürlich, mit dem Jahre ist auch noch diese Erfahrung in der Pflege, das bringt sicher Vorteile, wenn ich älter bin. *In der Pflege – was meinen Sie damit?* Also in der Pflege – erst mal diese viele äh Ausfälle, wenn jetzt Kollegen nicht kommen, das meine ich. Das da irgendwie dann weniger geworden, ne, wie früher. Also früher haben wir auf Stationen zum Beispiel 17 Personal gehabt für 50 Bewohner, 17 also bis 19, die sind alle Vollzeitkräfte gewesen, was jetzt halbiert hat und trotzdem schafft man diese gleiche Arbeit. Außer jetzt, viele Sachen fallen dann weg. Aber trotz alledem finden wir, unsere Station auch kleine Gruppe, Zeit Spaziergänge. Ich könnte diese Zeit auch anders, mit Rumalbern, verbringen oder andere Sachen machen. Aber die teilt man halt, weil auch andere Arbeitszeiten gewöhnt sind, also von früher, viel Zeit gehabt. Da hat einer drei, vier Leute gemacht, wirklich ganzen Vormittag und richtig

ausgiebig und ausgegangen und alles, was wir jetzt bis zu acht, neun Leute auch in Ruhe zu pflegen, also ohne Hektik zu machen. Das bringt natürlich Sicherheit. *Was ist denn weggefallen gegenüber früher?* Na ja bei der Pflege, äh gut, weggefallen so von meiner Arbeit her seh' ich nicht so viel. Äh ich weiß nicht, früher haben wir die Rundum-Pflege gemacht, das heißt: Gebadet, geputzt - im Zimmer vieles, und Spaziergänge, das äh war Aufgaben für uns einzelne, was dann später nur die Pflege war. Also dieses Rundherum war dann Pflegekräfte, was dann zusätzlich eingestellt wurde, zum Säubern. Dann hat man aber festgestellt, dass die gar nichts nützen, wenn die Leute noch nicht fertig sind. Dann wurden schon wieder mehr Pflegekräfte eingestellt, das hat sich geändert, so `n bisschen. Es hat sich viel geändert in den letzten 30 Jahren. Wir haben erst mal natürlich Fortschritte gemacht und jeder hat jetzt Name, was wir tun. Vorher hat man gepflegt. *Wie meinen Sie das: Jeder hat jetzt Namen?* Pflegevisite, des – prophylaktisch, mobilisieren, aktivierende Pflege. *Sie sprechen jetzt die Dokumentation an?* Ja. Und früher haben wir, also ich weiß noch, dass wir ganz knappe kleine Sätze geschrieben haben. So viel Pflegeplanung, Pflegevisiten, Wundtreffen, Arztvisiten, war zwar auch, aber das war jetzt speziell manchmal äh Diskussionen. Ich mein' Diskussionen gibt's nicht mit Ärzten, aber man hat auch Erfahrung und schlägt auch viele Sachen vor zu Ärzten und die nehmen auch an. Ich denke, dass ist die Erfahrung auch damit. Also die Alter, wenn ich sage, ich habe Erfolg gehabt mit dieser Salbe oder mit dieser Wunddoku., was ich hier geschrieben hab' und er vertraut und wir sehen die nächste Zeit und ist dann auch Besserung da. Man kann auch natürlich wieder andere Sachen probieren, was da neu ist. Und es gibt immer Spezialisten – also man holt dann Wundmanager, man holt Leute, was man dann Sicherheit verschafft, das die richtige Pflege ist für die Leut.

20.3 Leichter

Also bei Mobilisation. Was mir schwerfällt ist natürlich Dokumentation, aber natürlich, das muss gemacht werden und das ist Sicherheit für uns, dass wir uns dann immer raus oder oder – Sicherheit für uns. Äh, ansonsten, ja, alles ist dann leichter geworden. Natürlich, man beschreibt die Sache, also auch alles. Man beschreibt es und es wird besprochen darüber und weil es viele Ausgebildete gibt im Team, ist die Erfahrung einfach groß und man kann darüber reden. Das kommt gut. Schichtdienst fällt nicht leicht. Weil ich möchte natürlich nicht immer so wechseln, das mach ich auch nicht, weil äh als Wohnbereichsleiter ist schon besser, wenn ich vormittags hier bin und äh Wochenende arbeite ich immer in Wechselschicht, früh oder spät, aber fällt mir natürlich nicht leicht. Also das fällt mir schon schwer vorher, das war nur so: Früh, spät. Das hat mir gar nichts ausgemacht. Gut, ich habe Gott sei Dank keine Schmerzen, äh, wenn ich an die anderen Kollegen denke, dass sie da Rheuma oder Arthritis haben und und viele bedauern mich, weil ich so lange im Beruf bin und pflege. *Wer bedauert Sie?* Also Freundinnen, die von Pflege nix, äh – Ach Du arme, seit 30 Jahren – das könnt ich nicht. So lange nicht. Mit älteren Leuten, also das können sie gar nicht verstehen. Und sie wundern sich, dass ich immer noch normal bin [lacht]. *Wie sollten Sie denn sein?* Na ja sie denken, dass ich jetzt wirklich krabbelnd zur Arbeit gehe, weil ich schwer arbeite. Viele stellen das schwer hin. Aber mir macht das immer noch Spaß, aber trotz allem will ich früher, mit 60, in Rente. Dann denke ich, habe ich genug gearbeitet. *Warum wollen Sie das, wenn Ihnen das soviel Spaß macht?* Ich werd', ich möchte, ich hab' vor, aber ob ich das da jetzt vor Ort auch sagen kann, weiß ich jetzt nicht. Ich bin erst 51, ich habe noch neun Jahre Zeit. Vielleicht mache ich auch weiter, weiß ich nicht – wenn ich gesund bin, auf jeden Fall. Ja ist schwieriger – na ja mit Pflege kann ich nicht sagen, dass es jetzt schwieriger ist, weil jetzt gibt's Hilfsmittel. *An was denken Sie da?* Dokumentation, es muss also alles niederge-

geschrieben sein und - ja, nur das, also ansonsten und Verantwortung. *Was haben Sie für Hilfsmittel?* Ei ja ich habe ja Schwerstpflege, Bettlägerige, da habe ich diese Hoyerlifter, Duschstühle, Rollstühle und – muss man immer mit Krankenkassen richtig kämpfen, kann man sagen. *Müssen Sie das?* Wir müssen natürlich mit, weil äh die Angehörigen kriegen Ablehnung, die sagen, das Pflegeheim muss dafür sorgen. *Müssen Sie das persönlich machen oder übernimmt das Ihre Pflegedienstleitung?* Meine Pflegedienstleitung. Aber diese Arbeit –. *Sie müssen es weitermelden?* Ja. Also Gott sei Dank hilft sie uns da. Sie lässt uns da nie im Stich. Auch unser Qualitätsmanagement. Also, die kommen natürlich zu uns, die Angehörigen, dann verstehen sie gar nicht mehr, dass so kranke Mensch keine richtigen Rollstühle, also Pflegerollstühle, körpergerechte Rollstühle bekommen. Ja und dann muss man beschreiben, was für Rollstühle wir eigentlich wollen und das gilt dann nur auf Pflegepersonal. Also weil erst mal stehen die Angehörigen da und wissen nicht, was wir da vorstellen, warum wir jetzt diese körpergerechten Rollstühle. Und im Bett lassen, das will ich ja nicht. Ich will jeden rausholen. Auch einen Wachkoma-Patienten, muss auf Rollstuhl, das tut gut. [*Umgang mit seelischen Belastungen?*] Also ich komme hier zur Arbeit und Pflege und will die Arbeit natürlich auch gut machen und dann geh ich nach Hause und dann geht's zuhause weiter. Ich überleg' schon manchmal, man könnt ja das jetzt beantragen, zuhause – aber nur für mich. Nee, also Sorgen mache ich mir da [nicht, JC]. Wenn ich hier rausgehe ist mein Alltag. Da bin ich Ehefrau, da bin ich Mutter und mach' meinen Haushalt, geh' einkaufen. Hab' ich also bis jetzt keine Zeit gehabt. Das ich da – also diesem Übergang hab' ich sehr gut, das hat mich nicht belastet. *Sie können Ihre Arbeit ganz ausblenden, wenn Sie zuhause sind?* Ja. Also auch nicht, wenn ich jetzt Konflikte habe, also zuhause rede ich nicht. Manchmal bin ich nachdenklicher, ich überleg mir dann, wie ich am nächsten Tag diese Gespräche fortführe, aber weiter belaste ich meinen Mann nicht damit, auch die Kinder. Ich will gerne von denen was hören und die sagen dann, Du musst jetzt auch erzählen, was ist denn passiert. Ich sag: Nein, nein, das geht *nicht*. *Von welchen Konflikten sprechen Sie?* Von Konflikten mit Kollegen. [Wiederholungen] *Was für Arten Konflikte sind das?* Ja ich hab' jetzt für mich zurzeit als Wohnbereichsleiter habe ich eine neue Mitarbeiterin und die handelt mit allen Sachen sehr selbstständig, das fand ich am Anfang sehr gut aber das nimmt jetzt überhand und das belastet mich. Selbstständig ohne mich zu fragen und ohne mit mir was abzusprechen und das kommt bei PDL bei Chef ganz anders rüber und das will ich vermeiden. Also deshalb äh ich habe heute und letzte Woche mit PDL gesprochen und sie hat mir zugestimmt – ist mir schon viel leichter. Also belastet mich jetzt nicht mehr so - nicht diese Magenschmerzen. [Konstatiert: Unterstützung und Entlastung durch die Vorgesetzte und Exkurs zu früher.] *Welche Möglichkeiten hat man als Mitarbeiter?* Man geht zum Wohnbereichsleiter und sucht Hilfe. Und manchmal denk man: Sie macht gar nichts und dann geht man zum PDL oder Heimleitung, da gibt's diese Möglichkeiten auch, natürlich. Früher, nach dem Ausbildung, wo ich fertig war, war ich ja viel wissend und wollte mein neues Wissen auf die Station bringen. Zum Beispiel Insulin nicht mehr in den Kühlschrank. Mein Stationsleitung hat das nicht angenommen, weil sie hat gesagt: Das ist so und das haben wir so gemacht und das bleibt. Aber ich wollt' das nicht stehen lassen, nicht akzeptieren. Also ich hab' das ja gelernt, also muss ich ja was dafür tun – hab' dann in Runde angesprochen bei Übergabe und dann war ich ja jetzt wieder Angeberin weil ich jetzt das in Schule und dann hab' ich halt PDL eingeladen, dass sie dann vielleicht meine Sorge in Runde anhört. Wurde dann langsam anerkannt. Also, ich musste da für diese Sache ein paar Besprechungen durchführen. Ich fand das nicht schlimm. Gut, ich hab' dann keine Unterstützung von Kollegen gehabt, weil, die haben gesagt, wir wissen nix, wir haben immer so akzeptiert, fertig. Kämpf Du mal da alleine und wurde dann nachher auch gemacht. Auf der ganzen Station wurde auf einmal so Zettel ausge-

teilt, jetzt machen wir so. *Wie würden Sie heute damit umgehen, wenn eine Neue käme und würde so etwas erzählen?* Also ich hab' – mein Fehler ist, ich hör' viel zu, deshalb ist es auch zu dieser Zeit gekommen, also ich lasse viel Neue zu. Das sag' ich auch bei vielen Neuen, äh, was Neues, wenn sie frisch von Schule kommen – was gibt's Neues in der Schule, weil da gibt es immer jedes Jahr andere, es wird im Grunde zwar viele unverändert, aber es gibt immer wieder neue Sachen, was man da erfährt. Ja, wie ich damit umgehe? Ähm, wenn sie jetzt mit einer Sache kommt, die Neue, dann würd' ich's sofort akzeptieren, aber wenn sie jetzt mit drei neuen Sachen käme, das würde ich nicht gleich alles akzeptieren. Also das wär' für mich und mein Team zu viel. Und ich hab' auch damals, wo ich die Station übernommen hab' nicht sofort alles geändert. Ich hab' eine nach der anderen und da ist dann sehr gut rübergekommen. Diese große Veränderung auf Station, auf einmal, das bringt nichts. Das ist jetzt nur meine Meinung. *Was ist zu befürchten?* Konflikte. Weil viele würden das gar nicht akzeptieren: Wir haben das immer so gemacht – fertig. Aber so eine, wenn eine Sache kapiert ist, dann geht's an die nächste. Weil so haben wir dann alles gemacht, mit Windel, das war früher gang und gäbe, diese Doppelwindel, das jetzt gar nicht mehr gibt und das ist so schön langsam abgeschafft. Die Leute haben akzeptiert, dass es keine Arbeitserleichterung war, das war unangenehme Sache, zum Beispiel so was. Oder jetzt Insulin weglassen, nee, also draußen lassen: Viele haben selber gespritzt zum Beispiel und hier sollten sie dann auf einmal nicht mehr tun, weil sie jetzt hier sind sie zuhause. Viele haben dann selber gespritzt, oder ich mach nix, bin jetzt hier und werde gespritzt. [Exkurs zu Spritzen.]

20.4 Belastungen

Ja – also ich werde jetzt mal nach sechs Tagen jetzt mal wirklich müde, was ich da vorher durchgehend gearbeitet hab', da will ich `n paar Tage frei, also diese Wochenenden fällt mir schon schwer. Was wir vorher Vollzeit gearbeitet haben. Wir haben zwölf Stunden am Wochenende gearbeitet [pro Tag, JC]. Hat mir nicht so schwer. Jetzt fällt mir schwer. *Arbeiten Sie jetzt immer noch zwölf Stunden am Wochenende?* Manchmal. Manchmal ist sogar zwei Tage in dem Monat, manchmal nur einer – aber das fällt uns schwer. Also mir fällt es schwer – aber ansonsten, nein, ich hab' ganz andere Umgang mit dem Arbeit - also Arbeit fällt einfach – äh – leicht. Da seh' ich jetzt keine so Schwierigkeiten, meine Schwerstpflege-Leute auch anzuziehen und rauszusetzen. *Wie schaffen Sie das, eine so hohe Anforderung mit 51 noch zu leisten?* Ich weiß nicht [lacht] – vielleicht die Unterstützung von der Familie, die belastet einen nicht, also ich denk' das ist's. Äh – ich kann ausruhen und diese Forderung und dann hab' ich, sag' ich mal, zwei gute Kinder, wo mir nie Probleme gemacht haben und die, von meinem Mann die Unterstützung. Denke ich, das motiviert mich sehr. Also ich denk' schon, Familienleben - auf jeden Fall. Weil, wenn ich nach Hause komme und ich muss, mein Mann hat dann gekocht und das ist dann – äh – dieser Stress nicht mehr da, ich muss für die Kinder kochen und wir haben immer in Gegenschichten gearbeitet, das hat uns auch unsere Ehe nicht geschadet. Auch für unsere Kinder ist es nicht was anderes rausgekommen, die waren – die haben studiert oder eine studiert noch und also da bin ich zufrieden. Wahrscheinlich ist's das, denk' ich mal und dass ich hier verstanden fühle. Weil, ich merke, wenn ich Belastung hab', diese Konflikte, das belastet mich, also ich bin dann nachdenklicher und nicht mehr so fröhlich und mein Mann weiß das, aha, der lässt mich in Ruhe und sagt: „Hast' Probleme? Willst Du nicht mit Deiner Chefin reden?“ Also er gibt mir schon da Punkte und natürlich, weil er weiß, dass ich viel mit mir schleppe [kichert], deshalb sagt er, sprich mal darüber, weil Dich werden sie schon verstehen oder so. *Wie ist es, wenn Konflikte mit Bewohnerinnen und Bewohner auftreten?* Macht mir überhaupt

nichts aus. Also das kann ich sehr gut, mit dieser Sache umgehen. – Äh auch wir haben eine ganz schwierige Bewohner auf Station, der war - , immer hat er alles aus der Hand geschlage und, also mit denen kommen wir jetzt sehr gut, die sind viel ruhiger jetzt und die bedanken sich und wir freuen uns. *Wie haben Sie das hinbekommen?* Also . nicht so mit denen rumstreiten, wenn sie jetzt sehr aggressiv sind und wollen jetzt nicht essen, wir lassen und wir kommen später. „Brauchen Sie gar nicht zu kommen nächste Mal“, sagt sie schon und wir gehen nachher mit ganz andere Stimme jetzt. Wir fragen nach der Tochter oder so und sie vergisst die Sache und sie isst. Also äh, weil sie esst nicht, also geh' ich nicht mehr hin, gibt's nicht. Ich versuche, bis sie halt isst und das ist für mich wichtig, dass sie isst und abgemagert und so, das das wollen wir ja nicht, wir wollen ja gute Gewichte und – und ein Tag, gut, wenn man nicht isst, ist nicht schlimm, aber wenn sie's dann zweite Mal zeigt, das würd' mich eher belasten, wie jetzt – äh – nicht mal hinzugehen: Also, jetzt war sie aggressiv, jetzt geh' ich nicht mehr hin, gibt' nicht. Also, das macht mir nichts aus, ich geh' hin - und weiter so, also ich kann mit ihr nicht böse sein, das mach' ich nicht. *Wie ist es denn, wenn Bewohnerinnen oder Bewohner, die lange bei Ihnen waren, sterben, ist das ein Punkt, der Sie belastet?* Ja, also natürlich, weil äh viele, wenn sie früh sterben dann äh oder Fortschritte schon gemacht haben, weil sie jetzt sehr schwer gekommen sind, zum Beispiel manche kommen – –sagen wir mal mit PEG-Sonde und – Trachealkanüle und liegen da und sprechen nicht und Trachealkanüle ist weg, zum Beispiel, die essen wieder und die haben vielleicht so zwei Schritte Fortschritte gemacht, bevor sie dann überhaupt sitzen können und wenn sie dann sterben, das belastet mich. Also ich denk' dann immer noch: Haben wir was falsch gemacht? Warum ist jetzt und und wir waren ja gewöhnt und also das ist ja wie Familienmitglied. Wir reden immer von Familie hier, weil viele Bewohner sagen: „Ah, meine Familie ist da“ und umarmen uns. Also es sind viele Kollegen da und das freut mich immer, wenn sie dann uns alle so als Tochter begrüßt, küsst und umarmt. *Stichwort Familie: Sie haben es ja auch oft mit Angehörigen zu tun. Gibt es da Konfliktsituationen oder Belastungsmomente?* Ja, natürlich. Also bis jetzt haben wir sehr gut mit allem umgekommen, auch die, die diese Vorhaltung hatten: Im Pflegeheim wird sowieso nichts gemacht. – – Aber – äh, also, sehr gut, es gibt natürlich hin und wieder zurzeit eine Familienangehörige, sie ist mit garnix zufrieden und zuerst, wo ich mit ihr geredet hab', immer will ich mit ihr reden, für sie ist zum Beispiel, wenn für eine Angehörige ist, ein T-Shirt und Sweetshirt [!] anzuziehen, ist für sie Problem. Sie sieht das für sich Problem, weil ihr Mann nie so angezogen hat. Unterhemd und Pullover und als Wohnbereichsleitung will sie mir das nicht sagen oder findet das sehr schlimm, dass ich als Wohnbereichsleitung das nicht sofort, so wie sie Wünsche hatte, gemacht hab'. Und wenn ich sag': „Entschuldigung – für mich ist das kein Problem, wenn Sie mir das sagen, dann ziehe ich das nächste Mal sowas an.“ [Weitere Details zu diesem Fall: Mobilisation trotz schwerer Demenz]. Mit Angehörigen muss man geduldig reden, man kann sie nicht fortschicken jetzt, weil heute nicht danach ist, weil ich nervös bin, weil ich so viel zu tun hab'. Ich nehm natürlich diese Zeit, aber es belastet, ja [...].

20.5 Entlastungen

Also, was mich jetzt entlastet hat mit diese Problem, hab' ich diese Angehörige weg bis zum PDL vorgeführt. Also ich habe getan ganze Zeit über Gespräche und sie sieht das nicht ein. Also heute grad war diese Gespräch mit Angehörige und ich hoffe das ist jetzt Besserung kommt. Also bis jetzt hab' ich alles versucht und das belastet mich sehr. Ich hoffe, dass diese Gespräch mit ihr, musste abbrechen, weil MDK war und Besuch und deshalb hab' ich, sonst hätte ich gerne dabei geblieben was da abgehandelt wurde. [Wei-

tere Details zu diesem Fall]. Entlastung sehe ich durch die PDL, dass die mir da Unterstützung gibt. [Weitere redundante Ausführungen dazu ...].

20.6 Angebote

– Nein. *Könnten Sie sich welche vorstellen?* Also, äh, wir machen diese Fort- und Weiterbildungen, meinen Sie? *Zum Beispiel.* Ja, diese – wie heißt es – darüber sprechen, das wär' so im Runde, ich hab' diesen Namen jetzt - . *Wir müssen aufpassen, es geht um altersspezifische Angebote.* Nee, also ich wüsste jetzt nichts. Ich hab' mit meine Alter jetzt überhaupt keine Gedanken gemacht, dass ich älter werde [lacht] und dass ich jetzt anders funktionieren muss, hab' ich mir nicht Gedanken gemacht. Also es geht in diesem Tempo weiter und bis jetzt hab' ich noch nicht gespürt.

20.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja. [Exkurs über die Arbeit der Wohnbereichsleitung]. *Müsste man an den Arbeitsbedin- gen noch etwas ändern um älteren Mitarbeitern gerecht zu werden?* Es müsste mehr Personal sein, also. [...] *Was für Mitarbeiter müssten das sein?* Ei ja, auf meiner Station ist ja 70% Ausgebildete. Könnte jetzt für unsere Station jemand sein, der Frühstück ser- viert oder solche Arbeiten. Service. Das würde dann besser kommen. Dann könnten viele Schwestern mehr, also mit dem Pflege besser, besser. Ja, mehr Zeit haben für Bewoh- ner. *Würde das denn ausschließlich die älteren Kollegen betreffen oder alle?* Ja, natürlich älteren würde das mehr zukommen.

20.8 Zusammenarbeit

Da seh' ich jetzt kein Problem und wenn da jetzt wär', dann besprechen wir das darüber. Also wird nicht auf die Seite geschoben. *Würden Sie denn sagen, dass beide voneinan- der lernen – alt von jung und jung von alt?* Ja, natürlich. Also viele haben Besonderhei- ten, also das sag' ich immer zu dem Team, jeder hat was Besonderes, was da jetzt mehr achtet, das bring' ich wahrscheinlich zu oft in ein Gespräch, weil jeder macht speziell sehr gute Sachen. Zum Beispiel: Einer macht, achtet immer auf Haarwäsche oder Fin- gernägel, was für den anderen überhaupt nicht wichtig ist. Und zwar eine äh zieht immer an und setzt raus, was für viele dann gar nicht so wichtig ist. Sie sagt, wenn sie gut ge- waschen hat, Bett liegt, ist genauso gut wie jetzt mobilisiert. Deshalb hat jeder - und an- dere schreibt sehr gute Pflegeplanungen und sie hilft auch bei dem Team mit, ja, solche. *Können Sie jetzt zuordnen, was eher die Älteren machen und was eher die Jüngeren machen?* Ähm, die Älteren sind ja alle Pflegehelferinnen jetzt, also die machen da mehr die Pflege, die Jüngeren, die gehen mehr an die Schreibarbeiten, das fällt denen sehr leicht [Wiederholung]. Viele sagen auch: „Bitte, mich jetzt nicht irgendwo schreiben las- sen, ich mach' auch alles, auch Deine Arbeit, Hauptsache ich muss nicht viel schreiben.“ Also, das sagen viele Ältere, auch ausgebildete Schwestern. [Wiederholung]. *Machen Sie auch Dokumentation mit Computer?* Nein, noch nicht. Das wird schwierig sein, also das einzuführen. Gut, ich hab' zuhause Computer, guck mal so rein, aber bis jetzt hab' ich noch nicht damit gearbeitet. Im Wohnbereichsleitungskurs hab' ich diese, deshalb kenn' ich mich aus. Damals konnt' ich nur ein- und ausschalten, jetzt kann ich da reingehen und -, aber so gearbeitet hab' ich noch nicht mit Computer. *Wie läuft eine Schichtbeset- zung mit nur Alt?* Gut. *Ist das besser als nur Junge?* Ja. *Worin liegt denn da der Unter- schied?* Die Älteren – also äh – ein Mix wäre natürlich besser, weil äh Schreibarbeiten würden da nicht liegen bleiben und wären alle gut gepflegt. Also alles so gemacht, nicht

halb, das heißt mit ganzen Prophylaxe, Bett legen, ausziehen. Zimmer ist auch nicht durcheinander. Ich habe viel gemerkt, dass die Jüngeren dann gar nicht so weiter aufräumen. Also sie legen zwar perfekt die Leute hin, aber die - dass sie dann, was sie ausgezogen haben, dass sie zusammenlegen, das ist dann nicht oder man vergisst auch äh – was einzutragen und nächste Tag ist dann äh ist natürlich schlimm, da gibt's dann Diskussion: Warum habt Ihr das vergessen, es ist wichtig oder so. *Verstehe ich das richtig: Die Jungen dokumentieren zwar gerne, aber trotzdem vergessen sie manches?* Vergessen – nee, kann man – von Dokumentieren nicht. Das wird perfekt gemacht. Man braucht wirklich alle, die Jüngeren und auch die Älteren. Die Zusammenarbeit muss einfach sein. Das klappt gut. *Sie sind selbst Türkin. Wirkt sich das auf Ihre Arbeit aus – haben Sie auch türkische Bewohner oder Bewohnerinnen?* Ja, eine. Dieser türkische Bewohne, er ist gekommen – äh – fast im Koma, also somnolentem Zustand, hat Trachealkanüle, offene Wunde. Ja, da haben ganze Team daran gearbeitet, dieser offene Bauch hat er gehabt. Der war gar nicht ansprechbar. Jetzt ist er so, dass er keine Trachealkanüle hat, die Wunde ist zu, er ist mobilisiert, er isst und da hat natürlich alle dazu mitgeholfen. Aber die Vorteil ist natürlich da, dass wir vier türkische Schwestern sind und dieser Kontakt mit Familie von der Türkei ist natürlich besser und zwar, weil die haben von dort angerufen und haben nicht so richtige Auskünfte gekriegt und waren in Sorge. Die haben immer von anderen Städte jemand beauftragt herzukommen, ob Vater gut geht und der hat weitergesagt und jetzt ist Kontakt da, der Sohn ruft immer an, persönlich mit mir oder mit anderen Kollegen und sagt, was jetzt grad los ist, dass er jetzt verheiratet ist zum Beispiel, oder Kinder hat und wir sagen ihm das weiter [...] für seine Genesung ist das sehr gut und die Betreuer begrüßen das sehr [weitere Details zu diesem Bewohner und Bewohner mit Migrationshintergrund]. *Sie haben an Anfang gesagt, dass Sie mit 60 aufhören möchten. Können Sie sich überhaupt vorstellen, dass Pflegende länger arbeiten als 60?* Man sollte wirklich mit 60 aufhören. Das ärgert mich, dass wir jetzt bis 65 – früher hat man immer gesagt, Pflegekraft ist so verbraucht, dass sie mit 60 in Rente gehen sollte und jetzt müssen wir plötzlich bis 66, 67 – also und dann, wenn man 40 Jahre in dem Beruf ist, ist mal genug - 60. Auch wenn ich jetzt fit wäre, aber ich will ja auch – vielleicht sterbe ich früher, also, man meint zwar nicht. Also 60 wäre eigentlich optimal für Pflegekraft, wo so lange im Beruf ist. *Was müsste man denn machen, damit Menschen noch bis 67 in der Pflege arbeiten können. Wie müsste man die Arbeit gestalten?* Ja, man müsste vielleicht ein bisschen kürzer treten, das heißt, vielleicht 50 Prozent oder 75 Prozent. Aber dazu würden alle nein sagen, weil, dann wird die Rente gekürzt und man versauert auch nicht die letzten Jahre seiner Rente, nur weil wir jetzt länger schaffen müssen oder mobiler. Wir arbeiten bis zum Schluss wahrscheinlich. *Könnte man denn die Arbeitsinhalte ändern?* Das geht nicht, wie wollen Sie das machen? Andere Arbeiten? Jetzt plötzlich als Wohnbereichsleiter arbeite ich hier ab 55 – hab' ich dann. Was für ein Job hätten Sie dann für mich, wenn ich jetzt zu Ihnen komme? *Die Frage geht an Sie, nicht an mich.* Nee, ich mein, also es gibt keine andere. Natürlich, geht das – aber das möchte' ich vielleicht gar nicht. Jetzt mit 55 möchte ich nicht auf der Seite stehen und eine Jüngere jetzt an meiner Stelle und da unterstützen – möcht' ich nicht.

Wäre es denn eine Idee, MitarbeiterInnen mit niedrigerer Qualifikation einzustellen und durch die Älteren, Erfahrenen zu führen?

Ja, das wär' natürlich ganz gut. Nur, also wie gesagt, wenn da jetzt Positionen schon bestimmt ist, all die Jahre, dann ist es schwer, diese Leute wieder runter zu bringen. [Beispiel einer Pflegehelferin, die schon 55 Jahre alt ist und die sich beklagt, dass eine jüngere mit einer höheren Qualifikation immer am Schreibtisch sitzt, während sie draußen rumrennen muss].

20.9 Weitere Aspekte

Ja. Schulungen sind sehr wichtig. Das hat mir persönlich geholfen. Diese Bewegung bei der Pflege. Also viele trauen sich ja nicht. Da gibt es viele Fortbildungen: Kinästhetik, solche Arbeitsweise, was einem hilft. Dass dieser Kreuz auch ohne Schmerzen bleibt und weil ich das immer mache und damit mir auch gut tut, empfehl' ich jedem, dem ganzen Team und dem ganzen Haus. Das müsste es also täglich, jedes Jahr solche Kurse für uns geben, diese Arbeitsweise zu erleichtern, das fällt dann leichter, weil die Handhabung ist leichter und tut dem Rücken gut. [Plädoyer für Kinästhetik 3-Tages-Kurs für alle usw. zur Prävention von Rückenschmerzen und Einsatz hydraulischer Betten sowie Einsatz von Hilfsmitteln, Abschaffen von unsinnigen Arbeitsabläufen wie z.B. kompletter Wäschewechsel an bestimmten Tagen, oder Badetagen].

21. Interview, PH

Die Probandin hatte einen kranken Bruder, den sie pflegte. So kam sie in die Pflege, machte aber bis dato keine Ausbildung.

21.1 Positive Effekte

Ja gut, das ist für meine Zeit individuell, ja, weil, es gibt wirklich Leute, wo früher, so wie ich jetzt, sagen wir mal, ich hab' diese Erfahrungen gehabt, ja, mit meine Bruder und da habe ich gepflegt, ich hab' auch die Schwiegereltern gepflegt zuhause und irgendwie, man merkt, man spürt in diese Richtung, wenn jemand krank ist, dass auch ein Mensch jemand braucht. Und wenn wir irgendwas machen für eine Person, egal, es muss nicht unbedingt jetzt die Angehörige sein, auch eine fremde Person. Wenn wir irgendwas machen und man sieht diese Besserung, auch wenn man nicht heilen können, weil ich meine, kommt drauf an – trifft eine Krankheit, wo nicht mehr heilen können, aber man kann diese Mensch eine Freude geben, ja. Und ich denke, wie gesagt, es ist individuell. Natürlich, eine ältere Person denkt da vielleicht mehr intensiv, ja, oder vielleicht nimmt sie sich mehr Zeit, oder hat mehr Geduld, aber ich meine, das sind auch individuell, weil, nicht jeder auch von ältere Personen hat immer diese Richtung, ja. [... Wiederholung]. *Woher nehmen Sie diese Zeit?* Wir haben keine drei Stunden Zeit für einen Bewohner, aber die Zeit die wir haben, müssen wir teilen. Ich schaue, dass ich schnell Wünsche erfüllen kann, auch wenn ich wenig Zeit habe, statt zu denken: Oh, ich hab' keine Zeit, ich geh' mal zu andere. O.K., ich denke, ich mache lieber schnell, auch wenn ich mehr bewege oder renne, aber ich mache diese Wünsche für diese Person jetzt, damit sie sich auch wohlfühlt. Nicht weil ich mich jetzt über diese Bewohner schön machen möchte, nein, ich möchte was für sie gut tun. *Und was glauben Sie können ältere Kollegen noch besser als jüngere?* – Ich denken, also – äh – nicht besser, wie gesagt die sind individuell, weil jeder Mensch hat auch seine eigene Richtung, weil, ich meine, natürlich, wenn eine schon älter ist oder vielleicht lange in die Pflege hat viele [... nicht verstehbar] über diese Pflege, ja, weil, die hat schon viel miterlebt und ich meine, man kennt auch mittlerweile die Bewohner, auch wenn neue bekommen, aber man erinnert sich, ja: Oh, vor paar Jahre hatten wir eine Bewohner, wo die gleichen Krankheiten treffen und wir haben das gemacht und, nicht dass er hat rennen können, aber hat uns eine Besserung gezeigt, ja. Und das ist schon mal diese Freude und man versucht, wie gesagt, auch wenn man wenig Zeit hat, oder irgendwas, man denkt aha, nicht dass die jüngeren Leute das nicht machen können,

weil, ich mein' es gibt's auch jüngere Leute, wo – äh – des arbeiten sehr gerne machen. *Glauben Sie, dass ältere Kollegen eher wissen, was man erreichen kann mit den Bewohnern, Bewohnerinnen, als jüngere?* Nein, ich meine das muss man schon, also – man kann es sich vorstellen, aber man kann auch ich, ich kann ja nicht denken: Oh, wir erreicht es. Man könne versuche, was man vielleicht erreiche möchte über eine Bewohnerin, wenn man sagt: Oh, sie ist schon lange im Bett, liegt schon lange im Bett, jetzt versuche ma mal sie aus dem Bett und vielleicht laufen zu lassen, aber ich denke, das spielt keine Rolle, weil, wenn diese Bewohnerin nicht mitmacht oder vielleicht diese Krankheit nicht mitmachen oder ihre Will nicht mitmache, egal ob man lange da sind. Gut, vielleicht kann man irgendwie andere Worte finden, was man zu einer Bewohnerin vielleicht sagen, wo vielleicht dann sie überlegt: Oh ja, o.k., ich versuche mal jetzt aufzustehen. Das vielleicht – ich mein', es gibt Bewohnerin, wenn da einer sagt, dann erinnert sie sich an Stimme: Oh, die hat Stimme wie meine Mutter oder meine Schwester, was weiß ich. Oder irgendwie und dann manchen sie gleich mit. Auch bei kranken Menschen kann man nicht sagen sie muss. Diese Wort kann man überhaupt nicht denken [leise].

21.2 Vorteile

Ja natürlich, weil man lernt, ja. [Wiederholt]. Deswegen hab' ich vorhin auch gesagt, wenn wir lange in der Pflege sind, man hat vielleicht andere Blick, [...] eine andere Richtung, wenn man mit ältere Personen sprechen oder irgendetwas fragen. Man fragt ganz anders. Es gibt Leute, Beispiele, die sind unruhig, ja und wenn ma irgendwas sage, die werden laut. Gut, das heißt nicht, dass diese Bewohner eine böse Mensch ist, ja. Es kann sein, dass ihre Krankheit trifft diese Bewohnerin so, dass sie sich dann so benimmt. Also, ich kann jetzt nicht böse nehmen und sagen: „Ach Gott, warum schimpfen Sie mit mir“, und einfach zu gehen. Ich geh' dann mit ihr und sage: „Hören Sie mal zu, ich hab' nicht mit Ihnen geschimpft“, ne. Ich schimpfe mit Ihnen gar nicht, ich möchte Ihnen was erklären.“ Und ich seh' den Blick und dann gibt es solche die sagen: „Entschuldigung Schwester, ich hab's nicht böse gemeint.“ Das sind Kleinigkeiten, aber man lernt, man lernt zu arbeiten mit diesen alten Leuten, ja. Auch mit jungen – ich meine, wenn ein Mensch krank ist, auch wenn er jung ist, braucht auch manchmal viele viele Geduld. Man muss viel Geduld dann haben. *Merken Sie auch was in der Zusammenarbeit mit Kolleginnen, mit Kollegen. Wenn Sie mal vergleichen, wie war es vor 15 Jahren und wie ist es heute?* Ja gut, vor 15 Jahren vielleicht die Menschen waren anders, obwohl, vor 15 Jahren gab es nicht so viele Sachen – waren die Leute auch etwas ruhiger. Vielleicht haben die jetzt weniger Zeit, oder die nehmen gleich auf's Herz und so, ich meine, irgendwas ändert sich immer. Also man kann nicht sagen, es bleibt gleich, ja. Gut, es gibt ältere Leute, wo die sind so – ich will nicht sagen so geboren oder so gewöhnt – dass man immer die Sachen in Ruhe bringen und alles Gute wieder machen, weil das ist ja auch sehr wichtig, weil, es gibt Menschen, wo denken: Ach Gott, wir sind nur Menschen, wir sind alle nur vorüber – wir sind nicht für ewig auf dieser Welt. Also, deswegen man denkt, oh ja, komm, mach mal, diese wieder gut gehen [die Kollegen, JC]. Es gibt immer verschiedene Menschen, weil, nicht egal wie viele Leute in eine Arbeitsplatz arbeiten, jeder hat seine Einstellung oder seine Charakter. Es heißt manchmal nicht, dass ein Mensch böse ist, aber. *Die Frage war, ob sich mit zunehmendem Alter die Einstellung ändert.* Ja, früher sage ich, war vielleicht ein bisschen anders gewesen. Die Leute haben gearbeitet wie eine Familie – ist heute noch bei uns, ich meine. Wenn eine diese Einstellung hat, also äh, man bringt auch in den Arbeitsplatz diese Einstellung, wo man sagt, so komm, wir arbeiten alle zusammen, weil es ist schließlich das ist unsere Bewohner und nicht meine Bewohner, Deine Bewohner, das sind unsere Bewohner.

Und das war früher noch ausgeprägter?

Ja, früher waren die Menschen leichter, haben sie mehr Ruhe gehabt, heute sind ein bisschen mehr hektischer, aber trotzdem man könne nicht sagen, dass die Menschen schlechter sind, weil, ich sage immer: Es gibt verschiedene Leute. Eine macht immer – meint nicht mal böse. Vielleicht sagt er irgendwie ein Wort oder macht ein bisschen schnell, unbewusst.

21.3 Leichter

Ja, kommt drauf an. Wenn ich eine Idee über eine Bewohnerin habe, kann ich diese Bewohnerin besser Freude geben: Ach, ich nehme Sie, gehe spazieren oder wir laufen zusammen. Wo vielleicht früher hätt' ich auch diese Idee, aber mit der Zeit, man hat viele Kontakte mit Menschen und man lernt immer dazu, ja. Man sieht auch diese Freude, was diese Leute bekommen, weil es gibt so Leute, die fühlen sich abgeschoben, die fühlen sich alleine und manchmal man muss sogar sagen: „Sie sind nicht alleine, wir sind auch für Sie.“ Ja. Und dann gibt es wirklich ältere Leute, wo dann denken: Oh ja. Ich hab' jemand. Ich bin doch nicht allein. Ich mein, es gib's auch Leute, wo die keine Kinder, keine Familie, keine Angehörigen, nicht alle haben Kinder oder eine Familie oder einen Angehörigen und ich denke, das ist auch traurig, wenn eine Mensch niemand hat. *Wie ist denn das, wenn Angehörige da sind - merken Sie da auch Unterschiede, wie es vor 15 Jahren war zu heute?* Ja natürlich, das ist so, auch früher waren nicht also viele Unterschiede als heute. Nur das Problem ist, viele Angehörige manchmal können diese kranke Menschen nicht pflegen und dann später fühlen sie sich oder sie denken: Ach, ich hab' so eine schlechte Gewissen, ich hab' meine Mutter oder meinen Vater abgeschoben. Aber das ist nicht so, weil, wir denken immer, wenn eine Angehörige einen Menschen nicht zuhause pflegen können, das heißt nicht, dass eine Mensch böse ist. *Mir geht's jetzt überwiegend um Sie als Person. Wie nehmen Sie das wahr, was haben Sie gelernt in den letzten 15 Jahren. Nicht: Wie haben sich die Menschen verändert, sondern: Wie haben Sie sich verändert?* Ja, ich also – äh – ich bin so geblieben mit Charakter, mit diese – wie soll ich sagen – mit diese Wünsche: Ich muss diese Menschen helfen. Also da bin ich voll überzeugt, bin ich in dieser Richtung voll geblieben. Vielleicht hab' ich mehr von gelernt, wie man dann diesen Menschen besser helfen kann, ja, natürlich, mit der Zeit man lern mehr, man reagiert auch schneller, wenn man sieht: Oh, ein Mensch, ihr geht's nicht gut. Ja, mit der Zeit, man hat diesen Blick, man reagiert dann sofort, noch schneller, ja. *Was meinen Sie damit genau: Man merkt es schneller, es geht denen nicht gut?* Ja, das ist Beispiel, früher, vor 15 Jahren, sind wir ins Zimmer reingegangen und eine Mensch ware so, man hat gedacht: Oh, vielleicht ist sie traurig. Ja. Heute, wenn man merkt, das eine Mensch irgendwie so liegt, man kuckt, man schaltet gleich: Oh, ich messe mal schnell den Blutdruck. Ob Blutdruck ist, ob dieser Mensch isst, ob dieser Mensch trinkt, ob mit Allgemeinzustand irgendwas ist, wo früher haben wir nur gedacht: Ach Gott, sie ist traurig. Ja, und jetzt mit der Zeit, man [..., nicht verstehbar] viele, hat man viele Kontakte mit Mensch und man schaltet, man denkt auch anders und nicht: Oh, Beispiele Frau X. ist traurig, nein, man kuckt wirklich und schaut: Oh, was kann ich jetzt für sie tun. Was ist jetzt: Ist sie traurig oder fällt in Allgemeinzustand, ja. Vom Charakter her, einem Menschen zu helfen in der Pflege, bin ich so geblieben wie vor 15 Jahren. Weil – äh – wie soll ich sagen – ich mit diesem Willen rein, den Menschen zu helfen. Und das ist bis heute so geblieben. Wenn jetzt jemand käme und würde fragen: Willst Du so weitermachen, würde ich sagen: Ja, es macht mir Spaß.

21.4 Belastungen

Also [lacht] – bei dieser Arbeit belastet mich nichts. Also, was mich also belasten würde, wenn irgendwie Unruhe würde, also das würde mich belasten, aber sonst, mich belastet nichts, weil ich komme wirklich vom Herzen her und ich freue mich wirklich sehr und man fühlt immer eine kleine Besserung bei die Leute.

Wie ist das denn mit Bewohner, Bewohnerinnen, die sterben?

Ja, natürlich, ja, man kann nicht sagen: Gut [kurze Störung durch eingehendes Telefonat von Station]. Es ist nicht leichter, weil, man lebt mit diesem Mensch und wenn eine stirbt, ist fast schwer. Es ist schwer, weil, es gibt Bewohner, wo schon sehr lange hier sind, man hat jeden Tag mit diesen Leuten Kontakt, ja, man pflegt, man versucht eine Besserung zu erreichen, irgendwie helfen, damit es den Leuten gut geht und besser geht und dann plötzlich sterben – natürlich, es ist nicht einfach. Traurig ist auch da, also man nimmt auch ein bisschen traurig, also man kann nicht sagen: Oh, Gott, ist egal, das war eine schwere Krank-, nein, weil, es trifft auch selber, weil man sagt: Gott, wie schade. Es ist traurig, also es ist schon traurig. *Geht' s denn allen älteren Kolleginnen so wie Ihnen, dass sie sagen: Ich spüre überhaupt keine Belastung?* Leider – gut, es gibt Verschiedene: Eine kann vielleicht besser verkraft, egal wie sie den Tag schwer hinter sich hat, die andere fällt vielleicht ein bisschen schwer und denkt: Ach Gott, heute war ein schwere Tag gewesen.

21.5 Entlastungen

Ja gut, es gibt Leute, wo vielleicht auch 'ne Kleinigkeit ist, für dene ist schon schwer, aber ich meine solange in einem Arbeitsplatz irgendwie die Sache besprechen können, ja, weil ich meine, das ist auch sehr wichtig, wenn ma miteinander spreche und sage: Sag' mal, was fällt Dir schwer? Ne. Egal, Beispiel: Wenn diese Bewohnerin für Dich zu schwer ist, machen wir zusammen oder ich geh' rein und so. Das ist überhaupt keine Probleme, wie, ich meine, es kann sein, dass eine neue Kollegin kommt, irgendwo woanders, wo vielleicht die Leichte hat, wo vielleicht noch nie diese schwere Kranke gesehen hat, ja und irgendwie, es gibt immer so 'ne Situation, wo man irgendwie sagt -. Aber ich sage immer, solange man die Sachen besprechen können, weil wir sind alle Mensch und man muss sich nicht irgendwie äh kaputt machen und sagt: Ach Gott, nein, wenn ich morgen denk' an die Arbeit zu gehen! Ich denk' das ist eine sehr schwere Sache. Also mir ist das noch nie passiert in diese viele Jahre, wo ich hier arbeite, ich komm' sehr gern [lacht] und, ich mein', wenn ich Urlaub hab', natürlich, es ist schön mit Familie zu sein, ja, aber ich denke, die Gedanken sind immer persönlich: Ach, was macht diese Bewohnerin? Geht's gut? Auch wenn man nicht mit jemand spricht, aber für sich selbst, ja, die Gedanken kommen dann.

21.6 Angebote

Bei uns – nein. *Könnten Sie sich was vorstellen?* Für ältere Leut'? Also wir sind – äh - gemischt [lacht]. Ich glaube, ich bin die ältere Person äh jetzt von unsere Abteilung und die andere, die ist, also so in dieser Richtung in meinem Alter und wir haben auch noch jünger Leut' und wir freuen uns auch für diese jüngeren Leut', weil, es ist sehr schön, wenn eine junge Arbeitskollegin diese Interesse hat, eine ältere Mensche zu pflegen, weil, ich meine, wir werden alle älter [lacht].

21.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja, gut, ich meine es gibt auch ältere Leute, wo die Arbeit gerne machen, auch Menschen zu helfen, weil, ich kann ihnen nicht sagen, ältere Leute zu helfen hier, weil wir sind in eine Pflegeheim, wir ha'm jüngere Leute zu pflegen und ältere Leute zu pflegen, ja. Aber eine ältere Mitarbeiter, ich kann mir vorstellen, warum nicht, weil ich meine, es gibt vielleicht Menschen, wo sie vielleicht früher gerne die Arbeit gemacht haben und dann-. *Wenn Sie jetzt die Chefin wären und Sie könnten fünf neue Mitarbeiterinnen einstellen und es würden sich fünf jüngere bewerben und fünf ältere, wen würden Sie einstellen?* Ja gut, vielleicht würde ich mich überlegen und sagen, na ja, o.k., ich nehme zwei ältere und drei junge, ja [lacht]. *Gute Antwort.* Weil, damit diese älteren Leute, wie gesagt, die haben vielleicht früher gearbeitet und irgendwann mussten sie eine Pause machen, wir wissen nicht warum und wieso, aber sie müssen diese Pause machen, also später sagen sie: Ach, ich würde gerne wieder in die Pflege gehen und ich denke: Warum nicht. Es kann auch sein, dass diese ältere Person eine sehr gute Mitarbeiter ist, eine sehr gute Kollegin ist, auch wenn sie vielleicht irgendwie ihre Arbeit langsamer mache, die beste Arbeit ist nicht die schnellste Arbeit gemacht, weil, ich meine, man sollte sich auch denken, wir haben keine Maschinen, wir haben Menschen vor uns und mit diesen Menschen muss man schon Gefühle haben, man muss mit Gefühle geh'n. Ich bin ein Mensch, ich freue mich, wenn eine Mensch mit Gefühlen zu mir kommen, ja und deswegen möchte ich auch das weitergeben, wie wenn ich an dieser Stelle wäre, weil, ich weiß auch nicht was eines Tages mit mir wird, ich bin auch nur ein Mensch.

21.8 Zusammenarbeit

Bei Schichtzusammensetzungen mit nur jungen oder nur älteren Kollegen, gibt es da Unterschiede? Na ja gut, ein bisschen Unterschiede wird es geben, weil, die haben andere Ideen, andere Gedanken – aber, wenn eine gemischt – Personal ist, das ist anders, weil - . *Wie ist es denn, wenn nur Junge da sind?* Ja, vielleicht – äh, die sind vielleicht äh – nicht dass die die Leute schlechter behandeln, ja, aber vielleicht haben sie andere Idee, ja, wo vielleicht irgendwie, aha, wir haben wenige Zeit, denke ich mal, ja, o.k. ich ich komme nicht dazu und fertig - und die ältere Person vielleicht gibt irgendwie 'nen Tipp wo organisiert und sagt: „Komm“, wir machen so, damit wir unser Zeit reichen lassen für diese Sache zu machen.“ Ja, wie gesagt, nicht, dass die Jungen irgendwie schlechter sind oder, aber vielleicht möchten die irgendwie was anders, ja und in meine Meinung ist besser, wenn auch, weil diese jüngeren Leute, die brauchen auch, denke ich mir mal, auch irgendwie `ne Typ [gemeint: Tipp?, JC] von eine ältere Mensch. *Dann wäre es doch eigentlich am besten, wenn nur ältere Kolleginnen arbeiten würden.* Nein. Nur ältere nicht. Also das müsse schon, weil jeder sollt' auch die Chance haben. Nein, also es geht jetzt nicht um Ältere oder Junge, weil jeder soll eine Chance haben um zu arbeiten. Aber ich denke, für meine Meinung, es ist auch schön, auch wenn diese jüngere Leut' mit eine ältere Personal Zusammenarbeit, weil die erfahren auch, die bekommen auch mehr Erfahrung, weil, die schau, die merk' schon, dass auch eine ältere Person auch wenn irgendwie, weil ich meine, mein Gott, wir sind alle Menschen auf der Welt und wenn irgendwie was ist, ich denke eine ältere Person hat vielleicht auch Geduld und sagt: „Komm, jetzt machen wir das gut“, und so, ja. Das ist meine Meinung, meine Einstellung. Es gibt vielleicht auch eine ältere Person in meinem Alter, die sagt: Oh nein. Ich möchte lieber mit jüngeren Leuten arbeiten oder ich möchte nur mit älteren Leuten. Ja, jeder Mensch hat seine eigene Stellung.

Zurück zu Ihnen: Sie werden jetzt 53 – können Sie sich vorstellen, wie Sie in zehn Jahren arbeiten?

Ja, das kann ich mir nicht vorstellen, weil, wenn ich morgen krank werde [lacht], ich brauche selber Hilfe. Also, wenn ich so bleiben würde wie jetzt, also würde ich sagen: „Ah. Bis meine Rente arbeite ich voll und helfe ich alle Mensch, was ich helfen könnt.“ Aber wenn morgen meine Schicksal anders ist, dass mir eine Krankheit zutrifft, weil ich meine, da steckt keiner drin. Keine Mensche möchte krank werden, aber es kann ganz schnell passieren, von heute auf morgen, dass ein Mensch krank wird. Also, dann ist schon alles vorbei. Dann sage ich mal, würde ich mich freuen, wenn eine Mensch, so wie ich heute gemacht habe, in die Pflege, die Leute zu helfen, dass jemand zu mir komme‘ und mich helfen, also nicht, dass die mich äh gesund machen, weil kommt drauf an, dass meine Krankheit ist, kann ich vielleicht gar nicht mehr gesund werden. Aber dass eine Mensch an mein Bett kommt und spricht mit mir eine Wort, auch wenn ich nicht zurück antworten kann, aber es kann sein, dass ich diese Wort höre und freu‘ ich mich, eine Stimme zu hören.

Sie sind Italienerin. Bringt Ihnen denn Ihr italienischer Ursprung Vorteile in der Altenpflege bei Bewohner mit der gleichen Herkunft?

Also für meine Seite, ich behandel egal, ob eine Italiener ist oder eine Türkin oder eine Deutsch, für mich sind die Bewohner oder Bewohnerinnen alle gleich. Der einzige Vorteil vielleicht ist, wenn ich jetzt zu eine Bewohner geh‘ oder eine Bewohnerin, wo italienisch ist, ich kann vielleicht in meiner Muttersprache noch sprechen und ich sprech‘ ich mit denen Italienisch und kann sein, dass sie sich freuen und denken: Oh, sind Italiener, ja. Und die rufen vielleicht mich statt einmal, rufen sie zweimal, dreimal, weil sie denke, oh die ist Italiener, sie kenn Italienisch, mit dieser Frau kann ich besser jetzt mich unterhalten. [Kurzer Exkurs zu Kolleginnen aus andern Ländern wie Polen und Türkei].

21.9 Weitere Aspekte

Zusammenfassend: Wenn zu mir eine kommt und fragt, soll ich Bürokauffrau werden oder Schwester oder Ärztin, dann sage ich zu ihr: Hör auf Dein Herz und mache. Weil das gibt Dir dann Freude. Hinweis, dass im Bereich auch apallische Menschen gepflegt werden. Abschließend ausführliches Plädoyer für die Pflege.

22. Interview, PH

22.1 Positive Effekte

Wie meinen Sie das? Wenn jetzt ein älterer Kollege kommt und in ein Pflegeheim kommt um zu arbeiten oder überhaupt? *Beides*. Ein älterer Kollege könnte oder kann, wenn, wenn – ein älterer Kollege, der schon in der Pflege gearbeitet hat äh meist äh Gefühl für ältere Menschen. Und, auch wenn ich jetzt `ne ältere Person nehme, die ich anlernen muss, die Pflegehelfer ist, würd‘ ich wahrscheinlich besser fahren mit einer älteren Person, weil sie diese - denk‘ ich jetzt, man darf nicht alle über einen Kamm scheren, die hat diese Kompassion, sie hat schon Lebenserfahrung, wo jüngere vielleicht auch Kompassion hat, aber keine Lebenserfahrung. Mit diese Jahre, ich bin jetzt 56 – wenn ich einer Frau oder einem Mann gegenüber stehe, der älter ist als ich, hat der seine Lebenserfahrung, aber ich áuch und da sind wir näher, als wenn – `ne 22-Jährige kommt, die `nen 89-jährigen Mann oder Frau pflegen soll und die sich nicxd pflegen lässt und die dann

nervös wird, weil der alte Mann denkt, es ist mein Enkelkind oder sogar Urenkele und die duht mich do wäsche, nee, das geht net. Also, wänn `ne ältere Person d` ist, mit der kann er vielleicht auch besser reden. *Dac eine ist die IntimsOhäre, was Sie ansprechen, das andere ist aber nochmal eine andere Ebene, es könnte ja auch - . Die menschliche Ebene. Ja. Genau, das ist das, was ich sagen will. Die menschliche Ebene. Es könnte ja mal ganz nett sein, wenn ein 89-jähriger Mann es mit einer Kollegin zu tun hat, die's Urenkelchen sein könnte.* Ja, klar, das ist auch ganz nett. Aber ich denk' so das Menschliche – – kann auch `ne junge Person geben, aber ich glaub' durch die Lebenserfahrung, die man hat, also ich, oder meine Kollegen, die genauso alt sind, die haben Lebenserfahrung, die man auch noch mit diesen Leuten austauschen kann. *Sie meinen, man versteht sich auch gegenseitig besser?* Genau.

22.2 Vorteile

Mit den Bewohnern denk' ich schon, weil, ich bin 56 und wir haben Bewohner hier, die sind genauso alt wie ich, die sind wie Freunde. Äh – ja, es ist einfach, dass ich – äh – mein Vorteil ist eben, dass ich eben doch Berufserfahrung und Lebenserfahrung hab' und dadurch mit den Bewohnern sehr gut auskomme. Ich kann zum Beispiel mit Leut' reden, wo ein anderer dann sagt: Mit der kann ich nicht reden. *Was für Themen haben Sie denn, wenn Sie mit so Leuten sprechen, mit denen andere nicht reden können?* Kommt ganz drauf an. Kommt ganz darauf an [lacht]. Beispiel: Das ist aber jetzt äh wirklich hier äh anonym. Ich sag's Ihnen ganz genau. Wir haben hier ein Bewohnergut, das geht quer Beet und wir haben Bewohner, die sind äh sehr gebildet, mit denen kann man äh muss ich – auf einer Ebene reden, dann haben wir auch Leute, die kommen wirklich von der Straß', die hawwe ä Mannemer Gosch und da kriegt man dann auch mal ein Schimpfwort gesagt, also – und mit denen kann ich aber auch und dann gibt's andere Mitarbeiter, jünger oder älter sind die, die kommen nicht miteinander klar. *Sind die denen zu groß oder - ?* Ich geh auf den, der, auf ihren Level, wenn sie sagt: „Du bischt e Aschloch“, dann sach ich: „Zweimal.“ [lacht] Oder ich sach: „Wenn'd jetzt nit Land gewinnscht – .“ *Und das versteh'n die dann auch, darum geht es dann ja, ne?* Jawohl, aber ich das nicht mit jedem tun, weil ein anderer Mensch der fühlt sich da äh irgendwie äh, ja, schlecht angesprochen, er fühlt sich beleidigt. Aber bei diesen Leuten – nicht jeder, kann ich sagen: „Aber wenn'd jetzt nit Land gewinnscht, dann passiert was“, aber was soll passieren? Ich kann ja nix tun. Und das weiß sie auch, dass das keine Konsequenzen hat. *Das ist wie so ein Spiel miteinander?* Genau. *Sehen Sie noch weitere Vorteile, z.B. in Bezug auf Kollegen?* Durch mein Alter hab' ich keine Vorteile. *Ich denke jetzt an Konfliktsituationen im Team.* Konfliktsituationen im Team – [atmet deutlich hörbar aus] – nee, hab' ich keine Vorteile. Hat man keine Vorteile. Hat keiner. In diesem Beruf – wie in fast allen Sozialberufen denk' ich – diese äh Konfliktbewältigung, dieses Hintenrum – das wird nie rausgeh'n und – egal welches Alter, hat man 'n schweren Stand. Egal. O.K. *Eine andere Ebene: Der Umgang mit Angehörigen. Das spielt ja auch eine große Rolle in ihrem speziellen Fall.* Da hat das Alter manchmal äh was dazu zu tun. Also damit zu tun. Äh Jüngere, die vielleicht etwas ungeduldiger oder – nicht ungeduldiger – nicht diplomatisch genug. *Und die Angehörigen sind doch, glaub' ich, auch zunehmend dann in Ihrem Alter, die ihre – Genau – Mutter, ihren Vater – Genau – besuchen – Genau –?* Und das kann's schon sein, dass 'ne Jüngere nicht so diplomatisch ist. *Wie äußert sich das? – – Wie äußert sich das.* Dass sie einfach dann halt sagt vielleicht: „Für das bin ich nicht zuständig, das müssten sie (Sie?) machen oder nicht.“ Ja, dass sie einfach, oder wo dann `ne Ältere sagt äh nicht sagt, ich bin dafür nicht zuständig und das mach' ich nicht oder so. Die sagt – die bringt das mit anderen Worten. Wenn ich jetzt, wenn wir jetzt die Wäsche zum Beispiel äh in

den Schrank räumen, dann kommt sie ja weg, ungezeichnet, äh – und die Wäsche ist eigentlich schmutzig, die von zu Haus gebracht worden ist und dann muss man da sagen, ja, äh – dass sie doch gewaschen werden muss, bevor wir sie zeichnen, weil, sonst ist die ganze Wäsche weg und das ist ein Unding und – äh – dass die Wäscherei eben nur, weil – man kann das immer ein bissele umschreiben, als: „Sie müssen die Wäsche waschen und dann können Sie sie bringen, gebiggelt und gefaltet.“ *Verstehe*. Ne. Man kann dann auch anbieten, man lässt die Wäsche so wie sie ist, man gibt sie in die Wäscherei, aber das kostet dann pro Stück so und so viel Geld, Waschen, vielleicht pro Kilo.

22.3 Leichter

Mich mit älteren Menschen zu unterhalten, das kommt mir ganz schnell. *Liegt es daran, dass Sie sich mehr Zeit dafür nehmen können, oder liegt es daran* –. Ich nehm' mir die Zeit einfach. *Ja - Wie machen Sie denn das?* Nein, äh – o.k. – ich hab' n Zeitrahmen in dem ich n Bewohner versorgen muss – – ich geh' rein, ich unterhalt mich, weil ich sie auszieh', vielleicht dauert das auch zwei Minuten länger, vielleicht dauert dann auch das Waschen, oder die Hilfe beim Waschen länger, aber ich unterhalt' mich mit den Leuten, weil ich das tu', über den Tag, und was sie nebenher jetzt das anziehen oder – das ganze dauert mich vielleicht fünf Minuten länger, als wenn jemand reinschießt, „Guten Morgen“ sagt und die Person ist gewaschen, angezogen und sitzt im Rollstuhl und die sagt: „Und Tschüß.“ Und das passiert. Das passiert in jedem Pflegeheim und in jedem Pflegeheim, in dem ich gearbeitet hab', haben sich die Mitarbeiter manchmal gesagt, ich wär' zu langsam. Die Sache ist für mich: Ich bin nicht langsam, ich bin genauso schnell oder – und genau so gründlich, nicht gründlicher, als alle anderen, ich bin genauso schnell, genauso gründlich. Das Einzige ist, dass ich eben mich mit den älteren Leut' unterhalt', das fällt mir ganz leicht und ich auch gern, was mir jetzt auch leichter fällt ist, es muss nicht jeden Tag geduscht werden [wird dabei immer leiser, JC], weil ich denk' mit 27, wo ich in die Pflege gegangen bin, ähm – – da hab' ich Leut' jeden Tag geduscht, das ist, glaub' ich, gequält eigentlich. Die waren immer schön sauber und haben gegläntzt, aber ich hab' trotzdem mit denen geredet. Das mit dem Reden, das ist so'n Respekt, aber das ist dann mehr geworden und jetzt kuck ich: „Ei ja Sie können ja noch“, und das sag' ich ihr, der Dame oder dem Herrn auch. Sag' ich: „Mensch da, Sie können sich ja `s Gesicht waschen, den Arm, der geht auch und so weiter.“ Dann kommen wir ins Gespräch. Das ist was, was mir leicht fällt. Also Unterhalten und die Leut' machen lassen, was sie noch machen können. *Wie ist das im Umgang mit Demenz-Kranken – ist da das eigene Alter auch von Vorteil, z.B. in dem anders eingeschätzt werden kann?* Das stimmt. Das stimmt. Man kann sogar mit zunehmendem Alter äh versteh'n, was die Leute, bis zu einem gewissen Grad verstehen, was die Leut' wollen und so eine Kommunikation aufrecht erhalten und wenn die Frau halt nur „Kartoffelsalat“ sagen kann und das 500 mal, der „Kartoffelsalat“, wie sie den sagt – merkt man, sie ist erregt oder nicht. Heut freut sie sich, weil der „Kartoffelsalat“ schneller runter kommt oder schneller ankommt, mit einem Lächeln. Und ich glaub', mit zunehmendem Alter sammelt man die Erfahrungen, das schon. *Wie ist das mit Kollegen, wenn es da im Team mal Spannungen gibt – sind Sie da mit zunehmendem Alter cooler?* Nee, da muss ich von mir selber sagen, jetzt im Moment – äh – bin ich cooler, aber da war `ne Zeit, ich weiß nicht wie, äh – da bin ich in `ne Depression gerutscht und in der Zeit, speziell in der letzten Zeit von dieser Depression – das ist aber nicht von - die Depression kam aber nicht von der Arbeit, die kam von meinem Privatleben – war ich sehr laut und ähm – nicht immer ungehalten, wenn ich, wenn ich mich angegriffen fühlt hab', war ich dann sehr laut und hab' mich lautstark verteidigt und das ist auch nicht das Richtige und jetzt ist es so, dass ich äh die Kritik annehm',

wieder wie's sein soll und wenn ich mich geärgert hab' über jemand, nehm' ich mir den zur Seite und dann hau' ich `m nicht eine auf's Maul, wie man's so denkt, dann frag' ich ihn - äh - was er da nicht richtig find' und wenn ich falsch gehandelt hab', dann sag' ich das. *Sie können 's also klären?* Ja, kann ich. *Und mit den Angehörigen - es gibt sicher auch schwierige Angehörige, denen man nichts recht machen kann?* H'm wir auch, aber mit denen kann man auch äh - umgehen, wenn ich denen nichts recht machen kann - also so, so schlimm war's bis jetzt nicht, aber wir haben Angehörige, ich hör' zu, wenn ich äh denk' oder merk', die äh - - die Reklamationen oder so was, haben schon 'en richtigen Hintergrund, dann nehm' ich das an. Ich sag' ich werd' mich kundig machen, ich werd' versuchen des - und das mach' ich dann auch. Aber wenn's dann mal wieder irgendetwas Dummes ist, das sag' ich auch nicht. Das nehm' ich auch offen an. Ich hör' sie an und sag', ich mach' mich kundig oder ich weiß schon was und dann kann ich gucken und dann sag' ich: „Äh - ja, o.k., aber Sie sehen hier, wir haben das aufgeschrieben. An dem Tag haben Sie die drei Hosen gebracht und - zum Beispiel jetzt, die sind dann am Montag in die Wäsche gegangen und die können nicht am Donnerstag schon wieder da sein. Warten wir mal `ne Woche. Wenn sie bis Montag nicht da sind, dann - äh - ich kuck' dass - und wenn sie nicht, dann werden wir reklamieren.“ Aber - alles geht seinen Weg. *Es gelingt Ihnen auf der Sachebene zu bleiben?* Ja. Dass ich da mal un - ungehalten gewesen wäre, ich versteh's - bleibe ich immer. - - *Wie ist es mit Tod und Sterben mit der Belastung - hilft einem da das Alter?* Ja, ich denk' schon. Ich denk' schon. 'en junger Mensch, also ich weiß, ich kann mich dran erinnern, an meine erste Person, die ich in der Pflege - äh - die gestorben ist und - das war für mich schrecklich. Das war für mich schrecklich. Ich war 30 Jahre alt, hab' aber gewusst, dass Pflegehelfer, das ist, hier ist, die Leute gehen nicht mehr lebend aus, ganz selten lebend aus dem Pflegeheim. Jetzt - - wenn's im Pflegeheim ist, zum Beispiel, kann ich mit Tod und Sterben, ich merk' wenn jemand im Sterben liegt, ich kuck' nach ihm - ähm - es fällt mir nicht schwer für die Leut' - zu sorgen. Ich kuck' nach ihnen, ich mach' was sie sagt - im Pflegeheim. Persönlich hab' ich da manchmal - äh Probleme, weil das sind, das sind persönliche, also wenn jetzt wo mein Vater gestorben ist, wo mein Mann gestorben ist. Da hab' ich jetzt noch `n bisschen Probleme. *Das ist verstehbar - es ist ja keine professionelle Ebene, sondern eine intime, private.* Genau. Aber hier, äh, mag' ich schon ä bisschen intim, für mich, weil, ich bin jetzt fünf Jahr' hier, ich kenn' die Leute fünf Jahre, die sind wie Freunde. Tut schon weh, wenn jemand stirbt. *Das glaube ich.*

22.4 Belastungen

Man denkt vordergründig dabei immer an physische Belastungen, ist das auch ein Punkt, wo Sie denken, das belastet mich? Nein, nicht. Äh manchmal ist es ein Tag, wo Du denkst, äh, steht man auf, hurra, heut is' `n Tag und wenn man dann ins Geschäft kommt, sagt man, das ist nicht der Tag, wo ich angefangen hab', weil äh sehr viele Dinge passieren und das ist eigentlich nicht so `n Tag. Was mir schwerfällt, ist - - - dieser neue Apparat, der jetzt runterkommt. Dieses - äh - Qualitätssicherungsgesetz. Klar muss ich dokumentieren, es wurde viel zu wenig dokumentiert in den Pflegeheimen, aber irgendwo seh' ich, dass ich aus'm Dokumentieren gar nicht mehr richtig so rauskomme. Ich hab' - man sagt immer da ist Zeit, klar, aber äh so `ne Gruppe äh, ab Übergabe und so weiter, aber das das Schreiben, das Schreiben macht mich verrückt, manchmal, weil, weil, ne, Pflegeplanungen, Updates, äh - äh - Eintragen, dann kommt noch `n neues Blatt dazu. Warum hat die Frau abgenommen? Äh - nochmal `n Blatt dazu [atmet hörbar aus] - tun wir nicht so Qualität sichern, hier. Die Leut', die Leut' sind in ein Pflegeheim gezogen. Die brauchen Zuwendung und und ich kann sie ihnen nicht geben, wenn äh -

wenn ich nicht äh – vielleicht wär's doch besser, für diesen Teil Computer zu haben. *Grad wollt' ich's sagen, das wird ja über kurz oder lang eingeführt.* Hoffentlich. Hoffentlich. Weil – die Schreiberei kann einen – `n Computer, klar, ich muss auch da richtig aufpassen, aber ich denk' das nimmt sehr viel Zeit - äh - oder weniger Zeit in Anspruch, dann die Dokumentation als jetzt [Exkurs in die Ausbildung 1993/96, damals wurde schon auf die künftige Bedeutung des Computers hingewiesen]. *Wenn ich jetzt die berühmte gute Fee wäre und könnte Ihnen drei Wünsche erfüllen, um die Belastungen zu reduzieren – eine wäre ja der Wegfall oder die automatische Dokumentation – welche zwei Wünsche zur Belastungsreduktion hätten Sie noch?* Belastungen? – – – Das sind keine Belastungen, das ist zum Beispiel, weil, ich in einem anderen Haus gearbeitet hab' – äh – zum Beispiel das Essen. Diese Frühstücksausgabe – äh – das sind zwei Stunden so ungefähr, mit Pausen, die wir dann machen, die eigentlich weg sind von meiner Pflege. Eineinhalb, so zwei Stunden sind weg. Und das für jeden auf der Station. Zu viert, man teilt Frühstück aus, man teilt die Flaschen, Medikamente und so weiter. Das ist weg. Warum kann das nicht – und das ist auch teuer, wenn die Stationsleitung da steht, ich bin ja nicht in der leitenden Funktion, aber wenn die Stationsleitung da steht und Brötchen schmiert – äh – mit drei, äh, zwei Examinierten – äh – und einer Nicht-Examinierten, das ist ein teures Frühstück. *Gibt's noch mehr solche Tätigkeiten, die Ihnen da einfallen?* Wie, dass das teuer ist? *Ja.* Ja, teuer ist das ganze Frühstück, weil, ich gehe dann ja auch noch Tische abputzen und und und. *Und wie könnte man es anders machen?* Aber – wie könnt' man's anders machen – äh – dass `ä Stationshilfe des macht. *Was würden denn dann Ihre Kollegen in dieser Zeit machen?* Die würden weiter pflegen. *Geht das denn – ist nicht gleichzeitig Frühstück von allen?* Ja – wir hatten in dem anderen Haus eine Frühstückszeit von acht bis halb zehn und äh wir hatten – das ist auch hier nicht machbar, weil, wir haben keinen größeren Saal, wo man die Leut' reintut. Bei uns essen die Leute mehr auf dem Zimmer, der Rest geht runter zum Frühstücksbuffet und dann haben wir das kleine Zimmerle in der Mitte. Wir hatten `n großer Saal und das waren ab acht Uhr die Tische gedeckt und dann haben wir die Leute reingebracht, und dort war `ne Stationshilfe, die Kaffee serviert hat. Ich hatte damit nichts zu tun. Ich bin zurück gegangen ins nächste Zimmer und hab' der nächsten Person geholfen und die auch zum Frühstück gebracht. Aber des ist hier baulich nicht machbar. *Ok – verstehe. Ihr dritter Wunsch?* Mein dritter Wunsch. – – Hm – Computer hab' ich gesagt [leise]. `N dritter Wunsch – hab' ich keinen, eigentlich. *Ehrlich?* Ehrlich. Ehrlich, ich hab' kein dritter Wunsch. *Wie ist denn das mit den Dienstzeiten, Wechseldienste, macht Ihnen das nichts aus mit zunehmendem Alter?* Nein. *Machen Sie auch Nachtdienste?* Ab und zu. *Macht Ihnen auch nichts aus?* Nein. Nachtdienste – äh – hab' ich ja längere Zeit in Amerika geschafft. Wenn man da Nachtdienst arbeitet, arbeitet man nur Nachtdienste, die schaffen aber äh auch rund um die Uhr, aber da gibt's – die schaffen acht Stund'. So der Nachtdienst fängt um elwe an und hört um sieben auf. Ist nicht so äh drückend, wie die neun Stund', die mir ha'n. Ist bloß eine Stunde mehr, aber habe ich nie Probleme gehabt.

22.5 Entlastungen

Sie haben ja vorhin einige Aspekte benannt, so zum Beispiel der Einsatz von Servicekräften für den Bereich Frühstück. Hm.

22.6 Angebote

Hier im Haus? Nein. *Könnten Sie sich denn welche vorstellen?* Ja, ich könnt's mir vorstellen. *Was könnten Sie sich denn vorstellen?* Überhaupt so, so Bastelart, Töpfern, Holzsä-

gen. Schön wär's. *Würde das angenommen werden?* Also ich wär' da, ja. Da wär' ich dabei. Nach der Arbeitszeit, oder abends. *Was würde Ihnen noch einfallen?* Nein, Sport – Sport ist Mord, das mag ich nicht. Schwimmen – aber das kann ich auch selber machen. Aber so'n Bastelkurs, ja. Töpfern. Äh – Emaillieren – ja, das wär' schön für die Mitarbeiter. Das wär' schön, wenn das Angebot da wäre. Man müsste es nicht einmal groß – doch, begleiten müsste man es. Muss irgendjemand da sein. Das könnte 'n äh Lehrer – äh – aus der Schule sein. So'n Lehrer der Werken und so weiter – a.D., in der Rente, der des betreut. Es wär' schön, es wär' wirklich machbar.

22.7 Beschäftigung sinnvoll

Sie meinen, wenn jetzt jemand kommt und schaffen will? *Ja. Ich mein beides, Einstellungen und keine Bestrebungen, ältere Mitarbeiter z.B. durch Arbeitszeitreduktionen weniger zu beschäftigen.* Nein, Finde ich nicht. Im Gegenteil. Im Gegenteil, weil, und das muss ich sagen, ich auch, ohne weiteres keine Schwierigkeiten hätte, jemand von der Straße, der kommt, äh, einzustellen, wenn er über 45 ist, als Pflegehelfer oder wenn er examiniert ist, weil, meistens, in den meisten Fällen sind keine kleinen Kinder mehr im Haus. Also, die haben Enkel oder fast Enkel, die Kinder sind groß – äh – die Ausfäll' und die müssen halt auch da sein, weil Kinder geboren werden. Beim jungen Personal, das jung verheiratet ist, da hat ein Kind Schnupfen so was von schnell und dann muss mal 'n Papa oder 'ne Mama mal ganz schnell zu Hause bleiben. Das hat man bei einem älteren Mitarbeiter nicht. Wobei ich sag', wir brauchen auch Jüngere, ne. Aber ein älterer Mitarbeiter denk' ich, kann da, hat da weniger Schwierigkeiten als ein jüngerer. Würd' ich schon sagen – also ich würd' nicht sagen, jetzt ist er 45, jetzt brauch ich Dich nicht mehr oder Kurzarbeit, das nicht. *Wenn Sie Chefin wären und Sie könnten fünf Stellen besetzen und Sie haben zehn Bewerber, davon sind fünf junge und fünf alte, wen würden Sie einstellen?* [Lacht] Fünf Junge und fünf Alte. Zweieinhalb von jedem. Ja o.k., ich würde – hm Gott nee – das macht das eine – ich würd', o.k. – ich würde – und die wollen alle Vollzeit arbeiten? *Ja.* Oh, Mensch. Gott nee. Ich hab' gar nicht gewusst, dass Sie so viele Probleme haben da drüben. Das macht für mich ein Problem. *In wie fern?* Zwei Junge, drei Alte. *Sie könnten auch zwei Junge und zwei Alte einstellen und den Rest mit Teilzeitstellen.* Ja, das ist das, was ich sagen wollte.

[Exkurs: Noch weitere Kombinationsfantasien und Minijobs mit möglichen Arbeitsinhalten wie Vorlesen und Unterhalten der BewohnerInnen, mal 'n Knopfannähen usw.].

22.8 Zusammenarbeit

Wenn sie sich jetzt ein Team anschauen mit nur jungen Mitarbeitern und ein Team mit nur alten, wo liegen da die Unterschiede? In der Kompassion manchmal. *Können Sie das ein bisschen näher erklären?* Ja, das haben wir ja schon am Anfang gesagt.: Diese jungen Pfleger, die kommen von der Schule und haben alles Mögliche an Erfahrung, äh, nee, alles Mögliche gelernt und – – es ist ja auch richtig, ich habe ja auch gelernt, aber ich war auch älter in der Schule. Die sind stromlinienförmig, das geht zack, zack, ähm, es geht nur noch – äh – um – also, die, die möchten, die möchten lieber, so seh' ich des, die wollen eigentlich gar keine Altenpfleger sein, manche. Die sinn, die hab'n diese Schule gemacht, dann wird gleich weitergebildet, äh – zur WBL [Wohnbereichsleitung, JC] und so weiter. Die wollen gar nicht. Die meisten wollen gar nicht – pflegen. Es gibt auch viele, die eben pflegen und die mögen des, aber 'n großer Teil hab' ich gesehen, auch bei mir in der Schule, äh – die haben gleich weitergemacht, die sind, die sind, die haben nicht

einmal ein Jahr gepflegt, da waren die Stationsleitung und haben den Kurs schon gehabt. Die haben einen Kurs nach dem anderen gehabt. Eigentlich äh sich mit dem Leuten so – , das wollen, wollen sehr wenige. Junge Leut'. *Und die Alten. Wenn Sie sich ein Team jetzt anschauen, wo nur Alte sind?* Da geht das eingefahren. Das ist eingefahren. *Ist das jetzt positiv oder negativ?* – ironisch. Das ist nicht mehr positiv: [persifliert weiter mit verstellter Stimme] „Des hawwe wir dohin schon dreißig Jahr so gemacht' – un jetzt kommst Du, grad aus der Schul' kummscht un sagcht mir, dass ich das die gonz Zeit falsch gemacht hab'. Was, ich soll do Algoplaque droff mache [moderner Hydrokolloidal-Wundverband, Fa. Urgo Medical, 2009, JC], wo ma noch fönt un eist?“ Des des passiert nämlich auch. Wir haben das 30 Jahre so gemacht, des ist Gottes Gesetz: Rüttel nicht dran! Sobald du dran rüttelst, bist du dann – ja – dann hast du `n harten Stand, bis es dann irgendwann – äh – also so seh' ich des – also ein Team ganz alt könnt' ich mir nicht vorstellen. Da hätt' ich nix mehr zu lachen. *Also Ihr Plädoyer für ein Mix?* Für ein Mix, klar. Der Mix muss da sein, weil der junge Mitarbeiter, der jetzt grad von er Schul kommt, der ist hoch motiviert, aber er würde gerne Herzklappen ersetzen – so-zu-sagen – so kommen sie von der Schule und dann äh, wenn man dann ins Heim kommt, sind sie, oder sie kommen dann, gehen dann gleich mal, sie werden auch nicht übernommen. Haben dann gleich die Freude, in ein neues Haus zu gehen, wo man sagt [persifliert mit verstellter Stimme]: „Da ist Deine Urkunde, Du bist examiniert. Nehm' emol die Trachealkanüle raus und äh spül do gleich wieder e andere rein.“ Das hat der vielleicht noch nie gemacht. Oder vielleicht weiß er das auch. Aber – äh – der Junge zeigt dem Alten: „Hej, das macht man schon lange nicht mehr, was Du do machst.“ Aber der Alte sagt zum Junge: „Fön emol runner, äh die Frau kann nicht so schnell“, oder „hast Du das schon mol gemacht?“ oder „komm her und ich zeig Dir's!“ Und das ist zum Beispiel was, was auch noch ein Wunsch wär', das viele Häuser ihre Schüler übernehmen und des find' ma nicht so. Das find ma nicht so in den letzten Jahren. Vielleicht lieg ich falsch, aber äh ma sieht's nicht oft. Viele Häuser denk' ich, äh die sagen, wir haben keine examinierte Kräfte, aber wenn sie ihre Schüler übernehmen, haben sie examinierte Kräfte und die fühlen sich eigentlich auch wohl – und zumindest diese examinierten Kräfte, die sind vielleicht noch nicht so firm in der Sache, aber die werden dann firm.

22.9 Weitere Aspekte

Bericht der Probandin über Tätigkeiten in anderen Pflegeheimen und in USA als Pflegehelferin in Michigan und Kalifornien über neun Jahre (in den 1980er Jahren). Im Vergleich zu Deutschland ähnliche Situation, jedoch eher ältere Mitarbeiter als Pflegehelfer. Es gibt staatlich finanzierte Pflegehelferkurse für Arbeitslose. In Kalifornien werden nur Pflegehelfer mit Zertifikat eingestellt, nach schriftlicher und mündlicher Prüfung. Die Probandin hat dieses Zertifikat auch und konnte später noch von dieser Ausbildung profitieren. Naomi Feil's Konzeption wird wie viele andere Pflege Innovationen aus Amerika von der Probandin sehr kritisch gesehen. Sie fragt sich, wo die alles testen, was sie erfinden und was wir dann (unkritisch) gerne übernehmen. Berichtet beeindruckt über eine Hochzeit in einem amerikanischen Pflegeheim mit Hintergründen und Details. Die Tochter der Probandin hat auch in Michigan in einem Pflegeheim gearbeitet. Konnte u.a. die Tochter zu Fortbildungen mitbringen und eine ältere Frau hat für eine Stunde aufgepasst. Es gab in einem Pflegeheim, in dem die Tochter arbeitete, Kopfgeld, wenn Mitarbeiter neue Mitarbeiter anwerben konnten (\$ 100), nicht immer qualifizierte. Berichtet über eine Fernsehsendung, die Missstände in einem Pflegeheim aufzeigte, wobei die Recherchen unsauber waren (die Probandin arbeitete dort und rief sogar beim Sender an). „Man denkt,

die Amerikaner haben die Pflegeheime erfunden, [...] aber ich habe nicht viele schöne gesehen.“

23. Interview, AP

Telefoninterview, Fragen vorab bekannt. Weitere Mitarbeiter wurden auch im Vorfeld in die Fragen mit eingebunden. Die Probandin ist Pflegedienstleitung, Krankenschwester und hat Gerontologie studiert. Hat jedoch keinen Abschluss gemacht.

23.1 Positive Effekte

Also, positiv ist ganz klar, dass sie in der Regel einen ganz breiten Erfahrungsschatz haben, dass sie sehr akzeptiert sind bei unseren Klienten – fällt mir immer wieder auf – äh in der Regel sind sie sehr zuverlässig und bei uns ist es so, haben einen geringen Krankenstand. Also, das ist so `ne Truppe – äh – ja, sehr zuverlässiger Pflegekräfte. *Heißt das jetzt im Umkehrschluss, dass die Jüngeren nicht zuverlässig wären?* Die sind anders – doch, die sind auch zuverlässig. Aber – äh – da muss man – die sind natürlich zum Teil auf einem anderen Ausbildungsstandard, aber in der ambulanten Pflege ist eben einfach wichtig, dass man das akzeptiert, was man vorfindet und das fällt den Älteren mit ihrer Erfahrung leichter. *Wir hören ja ständig, dass sich die älteren KollegInnen vor allem durch ihre Erfahrung ganz stark von den jüngeren abheben. Worin äußert sich denn diese Erfahrung genau?* Äh, worin genau. Dass sie einfach, einfach äh, die neigen vielleicht einfach nicht so zu sofortigem Aktionismus, sondern sehen erst mal, versuchen die Situation, die neue Situation beim neuen Klienten einzuschätzen – äh – und sehen dann, wie sie mit Bordmitteln eine unverhoffte Situation ähm geregelt bekommen. Ja ich finde sie sind einfach gelassener. Das ist eigentlich so die Hauptsache. *Und würden Sie mir zustimmen mit der Altersgrenze: Ab 45?* Ja. Ich denke das passt gut, hm. *Haben Sie auswendig im Kopf, wie die Altersstruktur Ihrer Einrichtung ist?* Ja, die hab' ich. Hab' ich neulich zu unserem eigenen Vortrag ausgerechnet: 44,7 Jahre. *Wie viele Mitarbeiter haben Sie denn?* Das sind – alle Köpfe – ungefähr 40. *Wie viele Vollkräfte sind das?* Das kann ich so nicht sagen, da sind von 400 Euro-Kräften bis Teilzeit alle dabei, das müsste ich erst ausrechnen. *Wie hoch ist der Frauenanteil?* Das mag ich gar nicht sagen – 100%. Das ist ganz seltsam, wir kriegen jetzt `n Schüler, einen männlichen Schüler, ich bin ganz glücklich. Wir hatten immer Männer und die sind uns dann – ja – ausgestorben, in Rente gegangen und wir haben keine Nach- Nachfragen gekriegt. [Exkurs: Regionale Struktur-Besonderheiten, u.a. wenig Personalfuktuation].

23.2 Vorteile

Bringt Ihnen das eigene Alter Vorteile? Ja, ganz klar. Lebenserfahrung, Erfahrung in meiner Arbeit, `ne gewisse Gelassenheit, äh `ne sehr gute Vernetzung, ähm und `n breites Wissen, ja, doch, bringt durchaus Vorteile. Ähm Stichpunkt „Selbstpflege“ – das habe ich mit unserer Kollegin besprochen, die eben auch zu den älteren Arbeitnehmern gehört, dass wir einfach gelernt haben, also sie als Pflegekraft – nicht als PDL, gelernt haben auf uns selbst zu achten. Dass man bestimmte Dinge eben einfach auch bearbeitet. *Dazu eine Frage: Glauben Sie, dass ältere Mitarbeiter weniger an Burnout leiden, oder ist das altersunabhängig?* Ähm das kann ich jetzt nur für meine älteren Kolleginnen und für mich sagen, ich glaube, dass wir seltener darunter leiden. *Das wäre dann auch ein Beleg für*

das zuvor gesagte, die Gelassenheit. An welche Situation denken Sie, wenn Sie gelassen sagen? Ähm – es ist jetzt Freitagmittag, [...] ich soll Sie anrufen und dann tobt hier einfach, dann tobt hier das Chaos. Neue Patienten, zack aus dem Krankenhaus entlassen und das muss ich regeln, das stört mich überhaupt nicht. Also äh, da muss man Pflegekräfte, die eigentlich dachten, sie hätten, was weiß ich, so und so viele Personen zu versorgen noch schnell anrufen, Erklärungen abgeben, Patienten aufnehmen – das macht mir gar nichts, das ist mein Job, das macht mir Spaß. Früher hätte ich mich sehr viel mehr anstrengen müssen. Sie sprachen von einem „breiten Wissen“, auf was bezieht sich das? Geht es da ausschließlich um Pflegefachwissen oder meinen Sie noch mehr damit? Nee, nee, also da merke ich jetzt, ich mein', ich habe einen Teil davon ja schon vorher gewusst, aber das hat eben auch durch das Gerontologiestudium [der Probandin, JC], das kommt mir da sehr zunutze, dass man einfach grundsätzlich – das hat eben nicht unbedingt was mit dem Fachwissen zu tun, sondern dass man viele Dinge besser einordnen kann, weil man eben, ja, zum Beispiel im Studium schon davon gehört hat. Also auch soziale Komponenten oder äh kulturelle Eigenarten oder so, das meine ich mit breitem Wissen. Wenn Sie jetzt Ihre Kollegen vor Ort anschauen, welches Wissen spielt da `ne Rolle, die haben ja jetzt nicht Gerontologie studiert? Nee, das haben die nicht. Wir haben einen sehr hohen Fachkräfteanteil, wenig Hilfskräfte und ähm – ja, das Wissen - ähm - durch die tägliche Arbeit äh stellen sich manche Fragen, die ja irgendwie beantwortet werden müssen und dann machen die natürlich auch ihre Fort- und Weiterbildung und da ist ein anderer Aspekt, der kommt später aber eigentlich noch. Ähm – wir haben ganz oft Schüler aus den Krankenhäusern und die werden einfach angezapft. Das ist immer sehr ergiebig für beide Seiten.

23.3 Leichter

Da kann ich gar keinen Unterschied machen zwischen unseren Pflegekräften und mir selbst jetzt, weil ich denke, das trifft ganz viele etwas ältere Menschen: Wir treffen sehr viel schneller Entscheidungen, haben einfach ein gewisses Selbstbewusstsein oder auch `ne Sicherheit in dem was wir tun, Schwierigkeiten werden ohne Scheu angesprochen und das ist etwas ganz Wichtiges, also die Kommunikation fällt leichter, weil man geübter ist.

23.4 Belastungen

Was mich zunehmend belastet, ist dass man eben äh manchmal unter der Menge der Anforderungen, dass man, dass man – also ich stelle für mich fest, ich habe längere Regenerationszeiten. Ich kann gut einiges wegschaffen, wegarbeiten, aber – ähm – bin dann hinterher so k.o., dass ich deutlich länger brauche. Das fällt mir schon auf. Was fällt mir noch auf – ja, die Geschwindigkeit lässt vielleicht auch manchmal nach. *Und im Kollegium, bekommen Sie da Rückmeldungen?* Ja, da habe ich auch Rückmeldungen bekommen, äh – die leiden am meisten unter körperlicher Anstrengung, der körperlichen Belastung in der Pflege, manchmal natürlich auch – äh – ja, psychische Aspekte, wenn `ne Pflege sehr schwer ist, so Pflege von Sterbenden, das ist dann schon – und die beklagen eben auch einen zunehmenden Verlust an Flexibilität. Das geht mir persönlich jetzt nicht unbedingt so, aber das sagten die, dass sie eben im Prinzip eigentlich immer die Fahne hochhalten, das ist unser Geschäft, wir müssen uns, also ambulant, wir müssen täglich uns neu einstellen können, aber eigentlich ist das eben auch manchmal sehr mühsam. *Geht es da um bestimmte Pflegesituationen, wenn sich etwas verändert?* Nein, nicht, nicht um die Situation, sondern eben, was weiß ich, es gibt ja auch da immer mal so

Springerkräfte, die eine Woche die Tour fahren, eine Woche die Tour, wenn die anderen in Urlaub sind und darunter leiden die dann auf Dauer und das geht immer `ne kurze Zeit, macht man auch nicht mit Absicht irgendwie, aber das ist für Ältere dann schon zunehmend schwierig. Und die vielen Dienste am Wochenende – also regelmäßige Dienste am Wochenende, das finden sie auch gern schrecklich mit zunehmendem Alter. Da heben sie früher nicht so drunter gelitten, weil sie trotzdem feiern konnten.

23.5 Entlastungen

Längere Regenerationsphasen haben Sie ja bereits angesprochen. Aber Sie haben bestimmt noch ein größeres Repertoire? Ja, zum Stichwort „Selbstpflege“, dass man wirklich andere Sachen macht, die nichts mit dem Dienst zu tun haben, einfach um wieder frei zu sein. Das muss ja nicht immer gleich Sport oder ein Hobby sein, aber dass man sich überhaupt noch anderen Aufgaben stellt. Für mich war das zum Beispiel dieses Gerontologiestudium: Einfach rauskommen und andere sehen, von neuen Dingen hören und auch dieser Kreis von den Mitstudenten, das fand ich natürlich auch - das war toll. Bei uns läuft das sehr gut, auch nach wie vor, nicht mit allen, aber mit einigen und äh da ist ein reger Austausch und das finde ich sehr schön. *Wie stark war denn das Semester?* Wir waren ein kleines Semester – wir waren am Schluss, glaube ich, noch 19 und die ältesten insgesamt, das wurde auch und auch ewig gesagt, weil wir, glaube ich, ziemlich renitent und mühsam waren [lacht – und kleiner Exkurs zum Studium].

Haben Ihre älteren Mitarbeiterinnen auch so entlastende Möglichkeiten, die sie Ihnen zum Beispiel berichten oder die sie auch an die jüngeren weitergeben oder untereinander?

Ähm – also die haben da einfach gewisse Wünsche und Forderungen an mich als PDL, dass sie sagen, zum Beispiel: Verkürz' unser Dienste, äh bitte noch einfach zusätzlich nach dem freien Wochenende oder wenn's möglich ist, nicht unbedingt - `n guter Mix zwischen schwerer körperlicher Arbeit und leichter körperlicher Arbeit. Also das – die, die haben das deutlich auch mehr für diesen körperlichen Aspekt gesehen, dass sie eben sagen, also nicht so schwere Grundpflegen, sondern eben `ne Mischung oder vielleicht auch: „Nimm' mir den mal raus, das schaff' ich einfach nicht.“ *Gut - kriegen Sie das hin?* Ja, ich versuch's eigentlich immer. Äh – ob ich's immer hinkrieg ist – also zumindest machen wir es so, dass wir dann sagen, o.k. ähm, ein gewisser Zeitraum und dann muss jeder mal ran und versuch' dann natürlich, wenn ich weiß, da gibt' `n Problem, das ist einfach zu schwer – ähm – versuch' ich das irgendwie so hinzubiegen, dass das äh, dass das zum Tragen kommt, aber dass die andern nun nicht äh denken: Ja, die hat's gut. *Also grundsätzlich können Sie schonende Elemente verwenden?* Ja. Ja. Ganz genau. *Dann muss man nur aufpassen, aber das sagten Sie auch, dass die anderen Kollegen nicht überproportional belastet werden.* Ja, ja, das ist genau der Punkt und dann gibt es so andere Sachen, das ist nicht nur das Körperliche, sondern, wir müssen auch eine Rufbereitschaft vorhalten und wir haben ein unheimlich fähige, ganz tolle, wirklich ältere Kollegin, die leidet unter dieser Rufbereitschaft, die schläft einfach nicht, weil sie ständig denkt, dass sie irgendwas überhört, ein Klingeln oder so, der geb' ich wirklich nur im Notfall Rufbereitschaft, das ist auch bei allen akzeptiert. *Schön.* Das ist überhaupt kein Problem. Das wissen die alle und – äh – nicht, wenn die, wenn die Rufbereitschaft machen soll und macht die das einen Tag oder zwei, als Springer, als Einspringer, aber das kommt dann drei, viermal im Jahr vor, ein, zwei Nächte und dann ist auch gut und das

können die anderen gut mittragen. *Gibt es weitere Aspekte zu entlastenden Möglichkeiten?* Überleitung zu nächsten Frage.

23.6 Angebote

Ja, entlastende Möglichkeiten: Wir hatten – ich weiß nicht ob es jetzt dazu gehört – wir bieten denen natürlich auch Entlastung an, in Form von Supervision und Mitgliedschaft – nahezu kostenlos – im örtlichen Fitnessstudio, das ist aber nicht altersabhängig, das gilt für alle. *Das ist ja eine grundsätzliche Schwierigkeit. Sobald ganz spezifische altersassoziierte Angebote gemacht werden, diskriminieren Sie.* Ja, ja. Ganz genau. Das gilt so wie so für alle und sonst haben wir da keine speziellen - äh – Angebote, um eben diese Belastungen niedrig zu halten. [Kurze Zusammenfassung des zuvor Gesagten]. *Wie ist es mit spezifischen Fortbildungsangeboten zum Thema: Umgang mit dem PC, PC-Programme. Ist das bei Ihnen überhaupt ein Thema?* Nee, überhaupt nicht. Das wird sicherlich `n Problem, denn noch sind die, sind die wirklich mit, mit – äh – also die bekommen einen am PC erstellten Laufzettel mit und verändern handschriftlich, wenn sich was geändert hat. Die haben noch keine mobile Datenerfassung. *Aber Sie werden in absehbarer Zeit nicht dran vorbeikommen.* Ja. Ganz genau. Das wird also spätestens im, spätestens im Frühsommer, die Angebote laufen, die liegen zum Teil schon vor, das wird spätestens, sag' ich einmal, im Mai der Fall sein. Die Reaktion war erstaunlich: Es sind ganz viele, die äh überhaupt keinen Zugang zu diesen neuen Medien haben, also mehrere, gerade von diesen Älteren, aber auf diese mobilen Geräte, da haben sie mit großer Begeisterung reagiert, weil sie dachten: Ach, dann hört die Schreiberei auf [lacht]. Wenn das so läuft. Nein, aber da haben wir überhaupt keine altersspezifischen Angebote. Es wird keiner aufgrund seines Alters von einer Fort- oder Weiterbildung ausgeschlossen, das ist schon so. Wir haben jetzt gerade drei von den etwas Älteren in Palliativpflege weitergebildet. Ja, das passt auch und da kommen die ganzen guten Qualitäten zum Tragen. *Stichwort: Ausbildung zur Mentorin.* Gut, Mentoren, nee, da haben wir jetzt eine Ältere und eine junge, die jetzt diese Ausbildung macht, aber auch in Punkto Beratung sind die Älteren natürlich ganz gut, also Beratungsgespräche für Menschen, die zuhause gepflegt werden, diese 37, 3 Gespräche [SGB XI, JC]. *Ja, das denke ich mir. Und wie sieht es aus mit so Spezialitäten: Ich nenne da mal Wundmanagement?* Das macht bei uns in dem Fall `ne ganz Junge, die wir jetzt ausgebildet haben. Ganz jung – die jetzt 30 [lacht]. *Grundsätzlich wäre das auch ein Betätigungsfeld für Ältere?* Ja. Ja. *Dann würde sich die jahrelange Erfahrung auch positiv auswirken?* Ja, ganz klar. Und wir ja über ein relativ großes Gebiet verstreut und deshalb mit drei Teams unterwegs und wir haben eine Wundmanagerin, aber wenn in einem der anderen Teams äh Fragen sind, gut, dann beurteilt sie das, aber da gibt es auch vorher andere und das sind eben auch wieder die Älteren, die schon genau wissen, wie's dann gehen muss. Die können dann ihre Erfahrung erst mal einbringen und nächste Woche kommt dann die Wundmanagerin vorbei.

23.7 Beschäftigung sinnvoll

Genau – ich hab' mir da gedacht, natürlich ist es sinnvoll – äh – und welche Bedingungen – äh – vermehrt Fort- und Weiterbildung, auch Richtung Beratung, eben auch diese Palliativpflege und natürlich, wenn das machbar ist, mehr Teilzeit anbieten. Das tun wir immer, aber da ist eben oft so, es ist `n Frauenberuf und – ich weiß nicht ob das typisch für die Pflege ist – aber da sind auch viele Alleinerziehende, auch wenn sie schon älter sind, da kneift's einfach, wenn man da sagt: Mensch, willst Du nicht `n bisschen mit den Stunden runtergehen? Die würden gerne, aber dann stimmt's Geld nicht. Das passt nicht.

[Exkurs: Altersteilzeit. Maßnahme des Herausdrängens und nicht des beruflichen Ermöglichens.] Wir hatten vor vielen Jahren eine einzige Mitarbeiterin, die Altersteilzeit in Anspruch nahm. Unsere älteste Mitarbeiterin ist 57 und die wird sicherlich noch ein Weilchen machen wollen. Die heutigen Mitarbeiterinnen die so Mitte 40 sind oder Anfang 50, für die ist klar, dass sie weitermachen. Aber das weiß ich nicht, wie lange das geht, darüber gibt's keine – also darüber könnt' ich nichts Bestimmtes sagen. *Vielleicht sollte man die Einrichtungen nach einigen Jahren erneut befragen, um nachzuschauen, ob die Prognosen auch eingetreten sind.* Ja das ist richtig – das ist bestimmt spannend, klar.

23.8 Zusammenarbeit

Unsere Erfahrung, wir haben ein paar Jüngere, aber dafür haben wir eben ein paar, die eben auch wirklich schon viel älter sind. Die Jungen bringen eben viel Schwung und Elan und – äh – neue Ideen rein und die Älteren haben eben, stehen auf der anderen Seite mit ihrer Ruhe und Erfahrung und Gelassenheit – aber grundsätzlich klappt das gut. Das klappt wirklich gut, das hat auch mir die Kollegin gesagt, die ich befragt hab', sagt, nee, das wär' immer toll, grade mit diesen Jüngeren und man müsste da schon mal gucken, manchmal wäre das wie Mutter-Tochter Verhältnisse. Das ist tatsächlich so [lacht]. Also, das sind dann durchaus auch mal private Kontakte so. *Das ist im besten Sinne gemeint, weil Mutter-Tochter Beziehungen sind ja auch manchmal konfliktbeladen?* Also eine gute Mutter-Tochter Beziehung mit allgemeiner Lebensberatung. Wir haben da so zwei Pärchen, die sich einfach gut verstehen, die arbeiten noch nicht mal im selben Stützpunkt, aber da ist immer große Begeisterung auf beiden Seiten, wenn die sich dann sehen und dann reger Austausch, der überhaupt nichts mit dem Dienst zu tun hat, das ist immer nett. *Ja, prima.* Also das sehe ich eigentlich positiv, die Zusammenarbeit klappt sehr gut und sonst ist es Menschen abhängig, wie immer im *Leben*. *Gibt's da auch ein Statement von den Jungen, dass die sagen: Ach, wieder mit so einem Alten zusammen zu arbeiten oder so was?* Ähm – ich merke immer wenn eben – und die ja wirklich besonders jung, diese Krankenpflegeschülerinnen, wenn die aus dem Krankenhaus kommen, die sind dann so 19, 20, dass die natürlich tot umfallen, wenn sie sehen, dass sie mit so `ner Alten da los müssen und in der Regel – also ich kann mich an keine andere erinnern – sind die nach zwei Wochen völlig begeistert und sagen, so viel hätten sie sich überhaupt nie vorgestellt, dass sie lernen – sie hätten so einen Horror vor der ambulanten Pflege gehabt. Scheinen immer noch die wildesten Geschichten rum zu spuken, wie schrecklich das ist. *Also kriegen die einmal ganz viel Fachliches und Professionalität mit und wahrscheinlich kriegen noch was anders mit, wenn das ältere Mitarbeiter sind, die sie unter ihre – ich sag' mal – Fittiche nehmen, da könnte man ja glauben, dass die auch ein bisschen Sicherheit und so was vermitteln?* Ja, die kriegen natürlich – und das ist ja im Krankenhaus nicht so – die bekommen natürlich eine eins zu eins Betreuung, nicht, die machen ja nichts allein. Die fahren mit und wenn die Anleiterin meint, das klappt gut, dann fährt sie auch schon mal ein Haus weiter, aber auch nicht noch weiter und deswegen werden die natürlich sehr engmaschig äh kritisch oder wohlwollend, wie auch immer, gut betreut und das kennen die oft gar nicht und das finden die in der Regel, finden die das sehr schön und vor allem, wenn sie auch Dinge allein machen dürfen, wenn ihnen das zugetraut wird, das ist schon sehr nett. *Gibt's denn auch Konflikte in dieser Beziehung?* Ähm – gibt es auch, aber wie gesagt, das ist – das ist menschenabhängig. O.K. – *aber Sie würden jetzt nicht sagen von der Konstellation her Jung, Alt?* Nee, von der Konstellation her gibt' kein, nein, das ist eigentlich wirklich gut. Wir haben jetzt, ja, angesichts des Fachkräftemangels, werden jetzt zunehmend Pflegeassistentinnen ausgebildet und Assistenten und das ist einfach `ne ganz andere Klientel. *Das machen sie auch?* Die kom-

men auch zu uns zum Praktikum und da merkt man einfach die Zulassungsbedingung zu dieser Hilfsausbildung ist `ne ganz andere und diese jungen Menschen sind auch ganz anders, das gibt Probleme, mit allen dann aber. Weil die einfach – ja – muss man sich dran gewöhnen. *Ich weiß natürlich von was Sie sprechen, könnten sie aber nochmal ausformulieren, damit ich es mit Ihren Worten beschreiben kann?* Ja, die kommen zu dem Beruf aus einer Not heraus, nicht unbedingt aus eigenem Antrieb, ähm – hören nicht richtig zu, haben zu wenig Lebenserfahrung – ich glaub' ich drück' das jetzt ganz blöd aus – und haben sehr schnell das Urteil oder die denken sehr schnell: Das kann ich auch. Das bisschen waschen, das kann ich auch und sind oft vorschnell einfach auch und überschätzen sich selbst ganz oft und sind dann sehr erstaunt, wenn die Rückmeldung gar nicht so euphorisch ist, wie sie sich das selbst vorgestellt haben. Also ähm das finde ich schon schwierig, verstehen wenig und sind in den Schulen eigentlich ganz gut vorbereitet, aber äh machen sich gar nicht klar, woraus diese Arbeit wirklich besteht. *Sind da unsere älteren Mitarbeiter als Lehrer genügend motiviert oder frustriert sie das eher?* Da habe ich das erste Mal, das hatten wir jetzt gerade vor ein paar Monaten, da habe ich dann einfach in diesen sechs Wochen die Anleiter gewechselt, nicht weil die schon deutlich sagten, ich möchte mit der nicht mehr unterwegs sein, sondern weil ich gemerkt habe, dass die angestrengt waren und dann kann man ja immer sagen: Ihr sollt auch nochmal was Neues sehen und dann fahrt Ihr nochmal mit der mit, äh aber die Rückmeldung war genau die gleiche. Die sind einfach schwierig und oft auch wirklich aus der Not da rein gekommen – ja, haben wenig andere Möglichkeiten und sind frustriert und trotzdem überheblich, eine komische Mischung. [Siehe auch noch Nachtrag aus 23.9]

23.9 Weitere Aspekte

Eigentlich haben wir alles angesprochen. Mir fällt jetzt nur gerade auf, dass wir bei der Frage 8 das Verhältnis zwischen den Älteren und den anderen Älteren ausgeblendet haben. Dazu habe ich mir notiert, dass die in der Regel – das ist auch menschenabhängig natürlich – aber dieser Club ist sehr vertrauensvoll miteinander und was die oft zusammenschweißt, die haben ähnliche Probleme, sowohl im Privaten als auch während der Arbeit, also ob es nun die schnellere Erschöpfbarkeit ist oder renitente Kinder zuhause oder wie auch immer. Also das ist das, was die eigentlich auch verbindet.

24. Interview, KH

24.1 Positive Effekte

Also ich seh' da auf jeden Fall, dass die gelassener sind, ruhiger sind, dass ihr Verständnis für die Arbeit größer ist, also ich seh' da schon `ne größere Arbeitsmoral und `ne höhere Disziplin, die haben ein anderes Qualitätsbewusstsein, ältere Mitarbeiter. Der Sinn und die Wichtigkeit von Qualität wird meiner Ansicht nach von älteren Mitarbeitern eher erkannt. *Kann man das noch weiter konkretisieren – Sinn für Qualität?* Ja, für die Qualität in der Pflege, dass sie einfach erkennen, was auch für den Patienten dahinter steht, dass da einfach mehr – wie soll ich sagen – größere Empathie ist. *Qualität im landläufigen Sinn, dass man exakt und präzise arbeitet oder im Sinne von Qualitätsmanagement?* Nee, auf jeden Fall mal im Sinne primär, dass sie ihren Job gut ausführen, aber dass sie durchaus auch über den Tellerrand schon sehen können und auch durchaus ein biss-

chen – ich sag' jetzt mal – auch im Sinne des Unternehmens denken können, den Arbeitsbereich voranbringen, Qualität auch für den Arbeitsbereich einbringen können. *Im Sinne des Unternehmens – was bedeutet das?* Ähm – dass ähm – wie soll ich sagen – die Organisation, was den Arbeitsplatz anbelangt, was die Station anbelangt, das Interesse an neuen Dingen, die eingeführt werden, da scheinen mir die älteren Mitarbeiter schon jetzt bei uns interessiert einfach. *Da gibt es ja den netten Ausdruck Corporate Identity – ist das damit gemeint, identifizieren sich die Älteren mehr mit dem Unternehmen? Ist es Ihr Unternehmen? Ihr Arbeitsbereich.* Ganz so, ganz so sind sie dann doch nicht.

24.2 Vorteile

Ja, würd' ich schon sagen. Klar, also meine Ruhe und Gelassenheit ist doch wesentlich größer, höher – ähm ich hab' auf alle Fälle `ne größere Erfahrung, ich hab' auch `ne größere Autorität sowohl den Mitarbeitern gegenüber, im Auftritt gegenüber den Patienten gegenüber und auch den Ärzten gegenüber, ich ja nun älter als die. *Älter, erfahren – ist das automatisch, dass man erfahren ist, wenn man älter ist? Das wird ja immer behauptet.* Nein, ich glaube nicht. Da hat schon ein gewisses Interesse, ist da schon mit dabei. *Burnout und Mobbing nimmt zu und besonders bei älteren weiblichen Arbeitnehmern. Da ist es nicht selbstverständlich, dass man in sich ruht.* Gut, aber ich kann ja nur für meinen Bereich sprechen. *Klar.* Da seh' ich das nicht. Da sind die älteren Mitarbeiter in meinen Augen, das was ich mitkriege, durchaus akzeptiert und werden auch gerne dazu geholt von den jüngeren Kollegen. *Kann man da sagen, es liegt an bestimmten Verhaltensmaßnahmen, die man ergriffen hat. Woher kommt die Sicherheit, woher kommt diese Erfahrung?* Die fliegt ja einem nicht so zu. Ich glaube, dass gerade in unserem Bereich aufgrund der – sag' ich jetzt mal – hochqualifizierten Ausbildung, dass da auch `ne relativ hohe Selbstsicherheit ist und die strahlen jetzt diese älteren Mitarbeiter, für die ich sprechen kann, auf jeden Fall mal aus. – Früher hatten wir auch mal einen Chef, der der da auch eher hinter dem Personal stand, ich denk, das das wirkt sich noch einfach aus. Weil, ich denk', das wird auch schon von denen, die das erlebt haben, die so groß geworden sind, weitergetragen und ich glaube, dass da gerade diese älteren Mitarbeiter sich sehr sicher fühlen einfach in ihrem beruflichen Stand und auch Status. *Also neben der reinen Fachlichkeit ist da so eine Sozialkomponente, die da eine Rolle spielt. Ist es wichtig, dass Vorgesetzte quasi eine Vorbildfunktion haben, verstehe ich das richtig?* Auf jeden Fall. Auf jeden Fall. Wobei ich jetzt auch, denk' ich, in meinem Bereich, hab' mir natürlich jetzt anlässlich dieses Interviews Gedanken gemacht – ähm bewusst – wird das meiner Ansicht nach nicht gemacht, sondern das ist so mal gelebt worden und man hat das übernommen und es wird weiter gelebt. Wohl ein lang anhaltender Effekt. *Wäre es denn wichtig solche Sozialkompetenzen in Ausbildungen einzufügen?* Ja unbedingt, weil, ich denk', wenn man sich die Alterspyramide anguckt ist die Zukunft, sind ja die älteren Mitarbeiter und ich denke, dass man – wie soll ich sagen – deren Kompetenzen, jetzt mal von den fachlichen Kompetenzen abgesehen, die menschlichen Seiten unbedingt pflegen muss.

24.3 Leichter

Ja, ich glaub' schon. Also ich denke so, sag' ich mal, komplizierte Abläufe, die man seit Jahren trainiert hat, die laufen automatisch ab. In unserem Bereich die ganzen Notfallsituationen, da ist ein Programm, das ist fest verankert, das läuft ab, das geht man durch, das fällt einem nicht mehr schwer. Dann habe ich mir noch notiert, dass Dinge meiner

Meinung nach auch intuitiv erfasst werden: Man kommt in ein Zimmer, man sieht einen Patienten, man muss nicht auf den Monitor gucken, man weiß ziemlich schnell, wie's dem geht und das sieht man, denk' ich, wenn man jahrelange, sag' ich mal, Berufserfahrung und auch Lebenserfahrung hat. Man spricht mit denen 'n paar Worte und weiß ganz oft in welche Richtung das geht. Das fällt auf jeden Fall leichter. *Das würde ich jetzt aber genauer wissen wollen. Es sind da ja verschiedene Sachen angesprochen. Wenn es „schlechter“ geht, da spricht die Intensivschwester – sind damit medizinisch Sachverhalte gemeint: Vitalfunktionen; sind damit pflegerische Sachen gemeint: Bestimmte Risikoprofile für Sturz, für Einschätzung Demenz, für Einschätzung depressives Verhalten oder sind hier ganz andere Sachen gemeint, zwischenmenschliche Sachen noch, zum Beispiel: Jemand braucht jetzt einfach mal Zuwendung im Sinne von Gespräch, eine Minute, zwei Minuten in diesem ganzen hektischen Alltag? Ich glaub' – ich hab' damit wirklich alles gemeint. Ich glaub', dass man durchaus mittlerweile in ein Zimmer geht und man sieht den Patienten und man spricht vielleicht zwei, drei Worte mit dem und hat ganz viel erfasst. Das jetzt auch gar nicht wissentlich abläuft, sondern einfach intuitiv erfasst wird. Man sieht denen ins Gesicht, man sieht – ja man erfasst dadurch ganz klar Vitalfunktionen, vitale Bedrohungen oder auch: Dem geht es gut. Ähm - man sieht auf den ersten Blick, wenn man's Bett ankuckt, genau die Sachen, das Bett ist hoch gefahren und so weiter: Sturz, Komplikationen und man erfasst auch ganz schnell, der braucht jetzt Zuwendung, der sieht gequält aus – ich glaub, das geht innerhalb von wenigen Sekunden. Trifft das und wird verarbeitet und dann kommt 'ne Reaktion. Ich glaub', dass – ich bin mir sicher, dass das mit zunehmendem Alter schneller erfasst wird. *Und wie sieht die Reaktion dann aus? – ich glaub', das ist dann auf jedem Fall individuell und kommt immer auf die Situation auch drauf an, auf den ganzen Alltag, was halt drum rum abläuft. Wie bekommt man das hin, wenn man in der ganzen Hektik feststellt, ich habe jetzt plötzlich einen zusätzlichen Zeitbedarf, für einen Patienten, der einfach mal Trost braucht, als älterer Mitarbeiter mit der Souveränität in der Situation? Ich glaube, dass unsere älteren Mitarbeiter sich da auch ganz souverän durchsetzen und sich das nehmen, versuchen irgendwie zu nehmen. Weil sie mittlerweile gemerkt haben, wir haben jetzt gerade eine ganz schwierige Zeit hinter uns, wo jetzt dann auch zurückkommt, dass sie gemerkt haben, es geht ihnen schlecht, wenn man eben so unter Druck gesetzt wird, einfach von diesen äußeren Umständen, die auf uns treffen und wo ich dann jetzt auch immer erlebt habe, ganz gezielt auch in der größten Hektik, dass sie sich zurücknehmen, sich die fünf Minuten für irgendwas nehmen und dann weitermachen. *Und wer macht dann diese anderen wichtigen Tätigkeiten oder werden da andere Schwerpunkte gesetzt? Ich glaub' primär auch die Älteren fangen auch an, andere Schwerpunkte zu setzen, dass dieses Programm „die müssen morgens gewaschen sein“ [die PatientInnen der Intensivstation, JC] entfällt. Wird hier auch die Vorbildfunktion sichtbar für jüngere Mitarbeiter, orientieren sie sich daran? Da fangen wir jetzt an dran zu arbeiten. Das ist eine harte Arbeit. *Wir kommen ja nachher noch mal auf die Zusammenarbeit zwischen Jung und Alt zurück – aber wäre das ein Punkt, der unter Umständen zu Konflikten führen kann? Nee, also zumindest in unserem Bereich glaube ich nicht, nein, weil ja jeder selbst verantwortlich für seine Arbeit ist. Ich denke, das geht nur über die Vorbildfunktion und nicht über – nee. Ich hab' noch was: Ich sehe, dass diese älteren Mitarbeiter sich auch eher durchsetzen, auch gegenüber Vorgesetzten, weil einfach, sag' ich jetzt mal, diese Angst – die ist nicht mehr da. *Sind die Vorgesetzten in der gleichen Alterskategorie – hat das etwas mit dem Alter zu tun oder ist das jetzt eine reine Beziehung zwischen Mitarbeiter und Vorgesetztem? Das kann ich nicht sagen. Ich glaub' es ist beides, weil bei uns ist es ja jetzt so, speziell in unserem Bereich, dass die Vorgesetzten im Prinzip erst mal längjährige – dass es da Mitarbeiter sind – oder dass, wie auch ich, aus diesem Team komme. Ich denk' da*****

vermischt sich's. Weiter nach oben – die Pflegedienstleitung – dürfte etwas älter sein. *Man muss da unterscheiden zwischen Vorgesetzten, die im gleichen Bereich arbeiten und administrativen Vorgesetzten, wie die Pflegedienstleitung.* Ich glaube beides – man kann seine Positionen besser vertreten, man lässt sich da nicht mehr so schnell verunsichern. *Ist es mehr konfrontativ oder mehr argumentativ?* Ich würde es mehr argumentativ sehen. Situationsbedingt. *Und das Ergebnis ist dann für beide gut?* Kann ich jetzt nur für mich sprechen, ich streb' das eigentlich immer an, zeitnah 'ne gute Lösung zu finden.

24.4 Belastungen

Die Arbeitszeiten, klar, Nachtdienst, die Wochenenddienste und was jetzt, denke ich, auch viel in unseren Bereich greift, das ist dieser negative Stress, diese äußeren Umstände, die auf uns treffen. *Zum Beispiel?* Das es oft schwierig ist, die Arbeit zu planen und dass bei uns speziell die verschiedenen Berufsgruppen nicht immer gut zusammenarbeiten im Moment. Das belastet mit zunehmendem Alter mehr. *Es gibt ja eine Vielzahl Berufsgruppen, mit denen eine Zusammenarbeit stattfindet. Steht da eine Berufsgruppe, vielleicht die, mit der der unmittelbarste Kontakt besteht, die der Ärzte, da im Vordergrund? Kann man das so sagen?* Das kann man so sagen. *Die Arbeitszeiten sind ein generelles Problem. Gibt es vielleicht Ideen dazu, was man verändern könnte?* Ideen diesbezüglich von der Arbeitgeberseite sind nicht bekannt. Wir versuchen bei uns, sagen wir mal, Dienstplanwünsche so gut es geht umzusetzen und zu berücksichtigen. Also es gibt bei uns Mitarbeiter, die signalisieren: Weniger Nächte, zwei Zyklen, was auch immer, wie auch immer und drei Wünsche darf man äußern für jeden Monat. *Aber alle Mitarbeiter?* Alle Mitarbeiter, klar. Also da unterscheiden wir derzeit nicht. *Nach dem Motto: Wenn schon Nachtdienst, dann möchte ich die Lage des Nachtdienstes beeinflussen können und auch die Dauer?* Ja. Das dürfen wirklich alle Mitarbeiter und die dürfen auch kommen und sagen: „Ich kann jetzt mal keinen Nachtdienst machen“, und wir versuchen es so gut es geht zu berücksichtigen. *Und die Wochenenddienste?* Da gibt's weder Ideen noch Pläne noch - .

24.5 Entlastungen

Ich denke, dass man auf jeden Fall sich die Technik mehr zu Nutze macht – ich mein' körperlich fällt einem das mit Sicherheit schwerer, je älter man wird und da ist auf jeden Fall auch der Arbeitgeber gefragt, arbeitserleichternde Maßnahmen einzusetzen. *Was zum Beispiel?* Diverse Hebehilfen, Lifter. Bei uns hat man jetzt angefangen elektrische Betten einzuführen. Ich meine, das dient selbstverständlich der Gesundheit aller Mitarbeiter, aber da sehe ich jetzt mal primär eine Entlastung älterer Mitarbeiter. Klar und mit diesem negativen Stress, da wird speziell in unserem Bereich, wurde auch dran gearbeitet, intensiv, wobei der natürlich auch alle trifft. *In welcher Richtung wird da dran gearbeitet?* Mit den Konflikten zwischen den Berufsgruppen, ja? Es gab Mitte des Monats ein externes Coaching.

24.6 Angebote

Nee. Also ich kenne keine. *Könnte man sich welche vorstellen?* Ja [lacht]: Andere Arbeitszeit. Mein Sohn meinte dazu: Es gibt dann einen Oma-Dienst. Vielleicht verkürzte Schichten, ähm – ich meine klar, je nachdem wie der Mitarbeiter sich dann – ja, Teilzeitarbeit in jeglicher Form, ähm oder Rotationen, ähm, weil ich mein', wir wissen, klar,

auch durch die I-Schüler, ja es gibt bei uns, mittlerweile helfen sich die Intensivstationen gegenseitig aus, es gibt ab 1.3. [2011, JC] vermutlich `n Pool – ähm – und es wird schon klar gesehen, auf den andern beiden Intensivstationen verläuft die Arbeit wesentlich geplanter, da ist die körperliche Belastung auch nicht so groß wie bei uns und spontan ist dann auf jeden Fall eine unserer älteren Mitarbeiter in den Pool gegangen und ich denk' dass da die Angebote auf jeden Fall gemacht werden sollen. *Gibt es quantifizierbare Indizien für die vermehrte körperliche Belastung dieser interdisziplinären, konservativen Intensivstation, wie z.B. eine erhöhte Fluktuation, im Vergleich zu den beiden anderen Intensivstationen, der herzchirurgischen und der anästhesiologischen?* Also die Fluktuation war bei uns im letzten Jahr hoch, wobei ich glaub', da muss man sich jeden Fall individuell angucken, warum die Mitarbeiter gegangen sind. Ich weiß es von einer Mitarbeiterin ganz sicher, die gesagt hat: „Ich werde älter, ich möchte einen Arbeitsplatz nah bei mir zuhause und (die ist in die Anästhesie gegangen) der auch leichter ist.“ Alle anderen – nee, glaub' ich nicht. Also ich glaube, die sind alles in allem, das wird auch schon so formuliert, auch der der jetzt in den Pool geht sagt: „Ich bin gerne, eigentlich gerne da, aber manchmal ist es mir ein bisschen zu viel und ich sehne mich danach, dass mal ein bisschen ruhiger ist, aber ich komme auch gerne wieder,“ so kam es bei mir an. *Das wäre ja interessant, wie sich das auswirkt mit dem Pool, so in einem Jahr, gerade in Bezug auf ältere Mitarbeiter, da herrscht immer noch das Klischee, dass die weniger flexibel wären und dass das eher zusätzlich belastet.* Weniger flexibel, wie ist das gemeint? *Grundsätzlich.* Der Pool ist bei uns so, dass die Mitarbeiter die Arbeitszeit selbst festlegen und wir haben uns das letzte Jahr, und eigentlich schon immer, gegenseitig ausgeholfen, wir waren die Profitnehmer in der Regel, dass von den andern beiden Stationen Mitarbeiter zu uns kamen und das hat sich – war sehr angenehm für alle Beteiligten. Da kamen auch durchweg positive Rückmeldungen von denen, die kamen, klar, die sind alle freiwillig gekommen zum Aushelfen und absolut positives Feedback von den Mitarbeitern, die dann noch da waren, die einfach dankbar um die Hilfe waren.

24.7 Beschäftigung sinnvoll

Ja, die ist ganz bestimmt sinnvoll. Ich denk' die Fragen, die gehen auch so ineinander über, ich denk' die sechste und siebte Frage gehören ganz eng zusammen, weil, da ist mir dann schon dazu eingefallen, dass die älteren Mitarbeiter auf jeden Fall über Erfahrung verfügen und klar kann ich auch nur für meinen Bereich sprechen, ich hab' durchaus den Eindruck, dass die Erfahrung von den jüngeren Mitarbeitern geschätzt wird und auch gerne angenommen wird, in der Regel gerne angenommen wird ähm und Bedingungen, ja könnt' ich mir vorstellen, würd' natürlich auch zu Punkt sechs passen, dass man für ältere Mitarbeiter über Beschäftigungsmöglichkeiten im Sinne von Seniortrainern nachdenken kann, dass die halt tatsächlich ihre Erfahrung sowohl in der Pflege, medizinischem Bereich, als auch durchaus im zwischenmenschlichen Bereich weitergeben und dass da Teams davon profitieren können. *Wie kommt man denn dazu? Wie kommen die plötzlich mit 45 dazu, pädagogische Fähigkeiten zu haben?* Die haben sie nicht, also die brauchen da auf jeden Fall auch erst mal `n – das Alter befähigt einen nicht automatisch zu bestimmten Dingen, der Meinung bin ich jetzt sicherlich nicht – ähm – aber da könnt' ich mir vorstellen, dass man da versucht ähm Lehrgänge anzubieten, dass man sagt, o.k. diese Mitarbeiter verfügen jetzt über eine gute medizinische Erfahrung, also bilde ich sie pädagogisch weiter und hab' dann eigentlich vielleicht in einer relativ kurzen Zeit Mitarbeiter, die diese Erfahrung in Teams tragen können – oder umgekehrt, vielleicht gibt's ja auch Pädagogen, die ich dann oberflächlich medizinisch bilde, die dann ihr Wissen in Teams tragen um da Konflikte zu vermeiden. Und die Bedingungen – ich meine, klar, da

ist ja auch, dass man gucken muss ähm – gibt's körperliche Einschränkungen, biete ich Hilfen an, so dass die noch arbeiten können. Da kommen wir ja nicht drum rum.

24.8 Zusammenarbeit

Ich seh's überwiegend entspannt. Es gibt immer mal Spannungen, dass ältere Mitarbeiter extrem kritisch sind, aber das ist halt, denke ich, auch eher der Punkt neuen Mitarbeitern gegenüber, wo ich mir nicht sicher bin. Ich glaube das liegt eher an neuen Mitarbeitern, denen gegenüber man extrem kritisch ist – ähm – ich glaub' die Zusammenarbeit zwischen Älteren und Jüngeren ist entspannt. Ich hab' den Eindruck, dass die Älteren bei uns durchaus erkannt haben, dass die Jungen unsere Zukunft sind, dass wir sie brauchen und dass wir sie hegen und pflegen müssen, auf dass sie uns erhalten bleiben. Also ich glaube, so wird das gesehen. *Gibt es auch einen Transfer von Jung nach Alt – ich denke da grad' an das EDV-Zeitalter? Computermäßig passiert ja sehr viel.* Also ich fürchte, bei uns ist das alte Klischee: Die Frauen sind mit der Technik eher mittelmäßig begabt. Also da habe ich jetzt noch nicht so das Highlight erlebt, dass ich sage: „Mein Gott, die kann das alles und die zeigt mir, wie das geht.“ Leider ist das immer noch umgekehrt. *Oder neue Ausbildungsinhalte, dass die dann von den Alten übernommen werden?* Ja, das schon. Also da kommen sie durch die Rotation, durch den I-Kurs, das stimmt schon, da kommen sie schon und sagen, da wird das so und so gemacht und das wird, sag' ich mal, immer gesehen und man setzt sich damit auseinander und beschließt dann durchaus gemeinsam ob das gut ist oder nicht. *Wenn man eine Gruppe mit nur älteren oder nur jüngeren oder eine gemischte Gruppe anschaut, wo sind die Unterschiede?* Ich glaube das ist bei uns jetzt wenig Thema, weil einfach jeder seinen Arbeitsbereich hat, wo es relativ wenig Verzahnung gibt. Man holt sich einen Kollegen zur Hilfe und – nee, ich seh' da auch wirklich keine Probleme oder wenig Reibungspunkte. Also ich hatte so ein bisschen bedenken, als ich meine Stelle neu angetreten habe, dass ich da grad Älteren gegenüber eher mal Autoritätsprobleme hab', aber das hat sich erfreulich nicht ergeben.

24.9 Weitere Aspekte

Eigentlich nicht. Also mir ist noch was Negatives eingefallen noch, vielleicht doch ganz am Anfang. Also ich hab' bei uns tatsächlich einmal erlebt, in den letzten – ich weiß nicht – zwei oder drei Jahren, da hat ein Mitarbeiter einen Versetzungsantrag gestellt auf eine andere Intensivstation und hat dann, leider noch nicht mal direkt, sondern eher so mehr oder minder durch die Blume hintenrum mitgeteilt gekriegt, man wolle ihn da nicht haben, er sei zu alt. Aber ansonsten – das war alles, was mir noch dazu eingefallen ist. Nee, ansonsten war jetzt eigentlich das Interview der erste Anlass, dass ich mir mal gezielt so Gedanken gemacht habe.

Lebenslauf

PERSONALIEN

Name, Vorname: Conrad, Paul Hans Joachim
Geburtsdatum: 28. Juni 1958
Geburtsort: Eiweiler (jetzt Heusweiler/Saar)
Familienstand: verheiratet
Vater: Conrad, Anton
Mutter: Conrad, Maria

SCHULISCHER WERDEGANG

1975 Mittlere Reife
1993-1995 Fachoberschule Ludwigshafen
1995 Fachhochschulreife

STUDIUM

1996-2000 Pflegemanagement: Fachhochschule Ludwigshafen/Rh.
29.03.2000 Diplom-Arbeit:
„Hirntod, Organtransplantation und Pflege“
Abschluss: Diplom-Pflegewirt (FH)
2004-2006 Gerontologie: Fachhochschule Ludwigshafen/Rh.
29.09.2006 Master-Arbeit:
„Der demografische Wandel in der Arbeitswelt
Alter(n) im beruflichen Kontext“
Abschluss: Master of Gerontology Sciences

LEHRE

2000-2010 Lehrbeauftragter der FH Ludwigshafen/Rh.
2007-2008 Vertretungsprofessur und Studiengangsleitung
im Fachbereich Pflegeleitung an der
Fachhochschule Ludwigshafen/Rh.
2011-dato Lehrbeauftragter der Hamburger Fernhochschule

HAUPTAMTLICHE TÄTIGKEIT

2003-2012 Pflegedirektor der Diakoniekrankenhaus Mannheim gGmbH
Seit 2013 Fachbereichsleiter der Mannheimer Akademie für soziale Berufe