

# **Gesunde Arbeit im Feld der Altenbetreuung und -pflege**

**Ergebnisse einer qualitativen Feldstudie**

**Kurzfassung:**

**Zentrale Einflussfaktoren und zusammenfassende Thesen**

**Mag. Karl Wimmer**

Linz, im März 2004

---

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1 Einleitung</b> .....	3
1.1 Zur Studie .....	3
1.2 Vorbemerkung des Verfassers .....	4
<b>2 Erhebung zentraler Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit am Arbeitsplatz - Faktorenanalyse und -diagnose</b> .....	5
2.1 Konkrete Arbeit mit den Bewohnern / Klienten .....	7
2.2 Umgang mit Angehörigen der Bewohner .....	7
2.3 Arbeitsumfang und Arbeitsanforderungen .....	7
2.4 Arbeitsumgebung (Räume, Arbeitsmittel etc.) .....	8
2.5 Arbeitsorganisation (Arbeitszeiten, Arbeitsaufteilung etc.) .....	9
2.6 Möglichkeiten der eigenen Gestaltung (Freiraum) .....	9
2.7 Einflussnahme des / der direkten Vorgesetzten .....	9
2.8 Einflussnahme der Heimleitung und Verwaltung .....	10
2.9 Politische Einflüsse .....	10
2.10 Kollegenschaft, Zusammenarbeit, Unterstützung .....	10
2.11 Organisationsdynamik (Veränderungen, Informationsfluss etc.) .....	10
2.12 Eigene Weiterentwicklung (persönlich, fachlich) .....	11
2.13 Bezahlung, Anerkennung (Geld, sonstige Belohnungen) .....	11
2.14 Image, Wertschätzung (Öffentliche Meinung etc.) .....	11
<b>3 (Abgeleitete) Thesen / Herausforderungen</b> .....	12
3.1 These 1: „Überalterung der Gesellschaft“ .....	12
3.2 These 2: „Ressourcenverknappung“ .....	15
3.3 These 3: „Gesellschaftliche Werte und Image“ .....	15
3.4 These 4: „Qualifizierung steigern“ .....	15
3.5 These 5: „Reflexion, Beratung und Supervision“ .....	16
3.6 These 6: „Teamarbeit als Herausforderung“ .....	17
3.7 These 7: „Konfliktmanagement verbessern“ .....	17
3.8 These 8: „Abgrenzung der Berufsrollen“ .....	18
3.9 These 9: „Verwalten <u>und</u> Führen“ .....	18
3.10 These 10: „Gesundheitserhaltende Maßnahmen setzen“ .....	18
<b>4 „Verdichtetes“ (Wesentliches im Überblick)</b> .....	19
<b>5 Literaturverzeichnis</b> .....	22
<b>6 Weiterführende Studien</b> .....	23
<b>7 Autor</b> .....	23
<b>8 Anhang: Inhaltsverzeichnis der Gesamtstudie</b> .....	24

# 1 Einleitung

## 1.1 Zur Studie

Die vorliegende Studie, welche im Auftrag der Arbeiterkammer OÖ im Rahmen von ORGANOS im Zeitraum von Februar 2003 bis Februar 2004 durchgeführt wurde, nimmt das soziale Feld der „Altenbetreuung und -pflege“ in den Fokus der Aufmerksamkeit. Durch den enorm wachsenden Betreuungs- und Pflegebedarf einerseits und knapper werdenden Ressourcen andererseits, insbesondere was Finanzen und Personal betrifft, stellt sich eine nochmals extrem verschärfte Situation für die arbeitenden Menschen in diesem Feld. Alle sind gefordert, an Visionen und Lösungen zu arbeiten.

Zum Hintergrund: Nach Prognosen der Statistik Austria werden bis zum Jahre 2035 je nach Entwicklung der Lebenserwartung zwischen 2,7 und 3 Millionen Menschen im Alter über 60 Jahren in Österreich leben. Der Anteil der über 60-Jährigen Personen wird von derzeit rund 20 % auf 35 bis 38 % ansteigen. Die Zahl der über 85-Jährigen wird sich mehr als verdreifachen. Etwa 330.000 Menschen (ca. 4 % der Bevölkerung) sind gegenwärtig in Österreich pflegebedürftig. Rund 15 % der pflegebedürftigen Personen werden in Pflegeheimen betreut, etwa 80 % des Pflegebedarfs wird in den Familien durch Angehörige oder andere private HelferInnen (insbesondere Frauen) abgedeckt, 10 % werden von sozialen Diensten gepflegt. Allerdings ist das familiäre Pflegepotenzial in den letzten 20 Jahren um 40 % zurückgegangen und dieser Trend wird sich fortsetzen.<sup>1</sup> Es besteht demnach aufgrund der steigenden Lebenserwartung, der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung Handlungsbedarf, sowohl hinsichtlich der Schaffung von Betreuungsplätzen in Alten- und Pflegeheimen, als auch hinsichtlich mobiler Betreuung und es besteht Bedarf an gut qualifiziertem Personal, der in Zukunft rasant weiter steigen wird.

Das vorliegende Projekt betrifft im Wesentlichen eine IST-Analyse und Diagnose des Arbeitsfeldes mittels qualitativer Einzel- und Gruppeninterviews. Insgesamt wurden etwa 90 Personen befragt in verschiedenen Funktionen und mit unterschiedlicher Mitgliedsdauer (EinsteigerInnen, kurz Aktive, langjährige MitarbeiterInnen, Führungskräfte, PersonalvertreterInnen u.a.) und zwar sowohl in stationären Einrichtungen wie in mobilen Diensten.

---

<sup>1</sup> Vgl. Irene Slama, BM für Soziale Sicherheit und Generationen.

Zuerst werden einige Strukturdaten aufgezeigt. Im Folgenden werden die komprimierten Aussagen der qualitativen Feld-Studie (Analyse, Diagnose) dargestellt und mit Forschungsdaten (Aussagen der Befragten) begründet. Im Anschluss daran werden zentrale Thesen und Herausforderungen für dieses Arbeitsfeld formuliert. Die Arbeit beschränkt sich auf (stationäre und mobile) Altenbetreuungs- und -pflegeeinrichtungen im Raum Oberösterreich.

## 1.2 Vorbemerkung aus Verfasserperspektive

Als Verfasser dieses Berichtes möchte ich (K. W.) vorausschicken: Wir sind an diese Arbeit mit der neutralen bzw. allparteilichen Haltung eines neugierigen Betrachters herangegangen, d.h. in dem Bemühen, das aufzunehmen und möglichst unverzerrt widerzugeben, womit wir im Rahmen dieser Arbeit in Kontakt gekommen sind. Dennoch nehmen die Augen und Ohren (und sonstigen Sinne) eines Betrachters auch immer subjektiv und selektiv wahr und die gestellten Fragen sowie die gegebenen Antworten erfassen niemals das Ganze. Obwohl das angeführte Datenmaterial aus verlässlichen Quellen stammt und es sich bei den unter „Anführungszeichen“ gesetzten Aussagen um Originalzitate der Befragten handelt, kann keine Garantie über eine „objektive Gültigkeit“ gegeben werden. In diesem Sinne sind die nachfolgenden Ausführungen als Ausschnitte erlebter „Wirklichkeiten“ in diesem Feld zu sehen und nicht als „Wahrheit“ an sich. Vor allem auch deswegen, weil nur ein kleiner Teil der Akteure und Akteurinnen in diesem Berufsfeld befragt werden konnte. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass aus den folgenden Ausführungen gewisse Grundmuster und Grunddynamiken erkenntlich sind, die durchaus signifikant für dieses Berufsfeld sein dürften.

Erwähnen möchte ich einleitend auch, dass es sich bei diesem Feld nicht um ein einfaches Unternehmen handelt sondern um ein hochkomplexes, vielschichtiges System an dem viele Akteure Einfluss nehmen. Familiäre Strukturen, tiefgreifende Gesellschaftsdynamiken, politische Kräfte, Institutions- und Organisationsdynamiken u.v.a. wirken zusammen und lassen das entstehen, was sich nach außen für den Betrachter abzeichnet. Bei den im Rahmen dieser Studie aufgezeigten „Problemreichen“ geht es natürlich nicht um die Frage „Wer ist Schuld?“, sondern um die Frage: „Was braucht es für die Zukunft, was kann hilfreich sein?“ und um einen Beitrag im Dienste eines konstruktiven, lösungsorientierten Miteinander aller Beteiligten.

## 2 Faktorenanalyse

In Anlehnung an des Salutogenese-Modell, angewandt auf Organisation, des Modells der „Gesunden Organisation“ nach Badura und des Maslach´schen Burnout-Inventory<sup>2</sup>, haben wir folgende Einflussfaktoren und deren Einschätzung in Bezug auf Gesundheitsgefährdung und Gesundheitsförderung im Organisationskontext erhoben:

- die Konkrete Arbeit mit den Bewohnern/Klienten
- den Umgang mit den Angehörigen
- den Arbeitsumfang und die Arbeitsanforderungen
- die Arbeitsorganisation (Arbeitszeiten, Arbeitsaufteilung usw.)
- die Möglichkeiten der eigenen Gestaltung (Freiraum)
- die Art und Weise der Einflussnahmen des direkten Vorgesetzten
- die Einflussnahme der Heimleitung und Verwaltung (zB. zentrale Dienststellen)
- das Erleben politischer Einflüsse und Dynamiken
- das Erleben von Kollegenschaft, Zusammenarbeit, Unterstützung
- das Erleben der Organisationsdynamik (Veränderungen, Info-Fluss usw.)
- die Möglichkeiten der eigenen Weiterbildung (persönlich und fachlich)
- das Erleben von Bezahlung und Anerkennung (Geld, Immaterielles)
- das Erleben von Image und Wertschätzung (Öffentliche Meinung etc.)

Diese Faktoren haben wir von den Befragten nach ihrem subjektiven Erleben einschätzen lassen. Die nachfolgende Grafik bildet die verdichteten Antworten darauf in folgender Weise ab:

- 1 = extrem belastend
- 2 = belastend
- 3 = neutral
- 4 = förderlich
- 5 = sehr förderlich

---

<sup>2</sup> Ausführlicher siehe dazu: Wimmer, Karl (Februar 2002): Gesundheitsmanagement in Organisationen. Der gesunde Mensch in der gesunden Organisation - eine nützliche Synthese; in: [www.wimmer-partner.at](http://www.wimmer-partner.at)

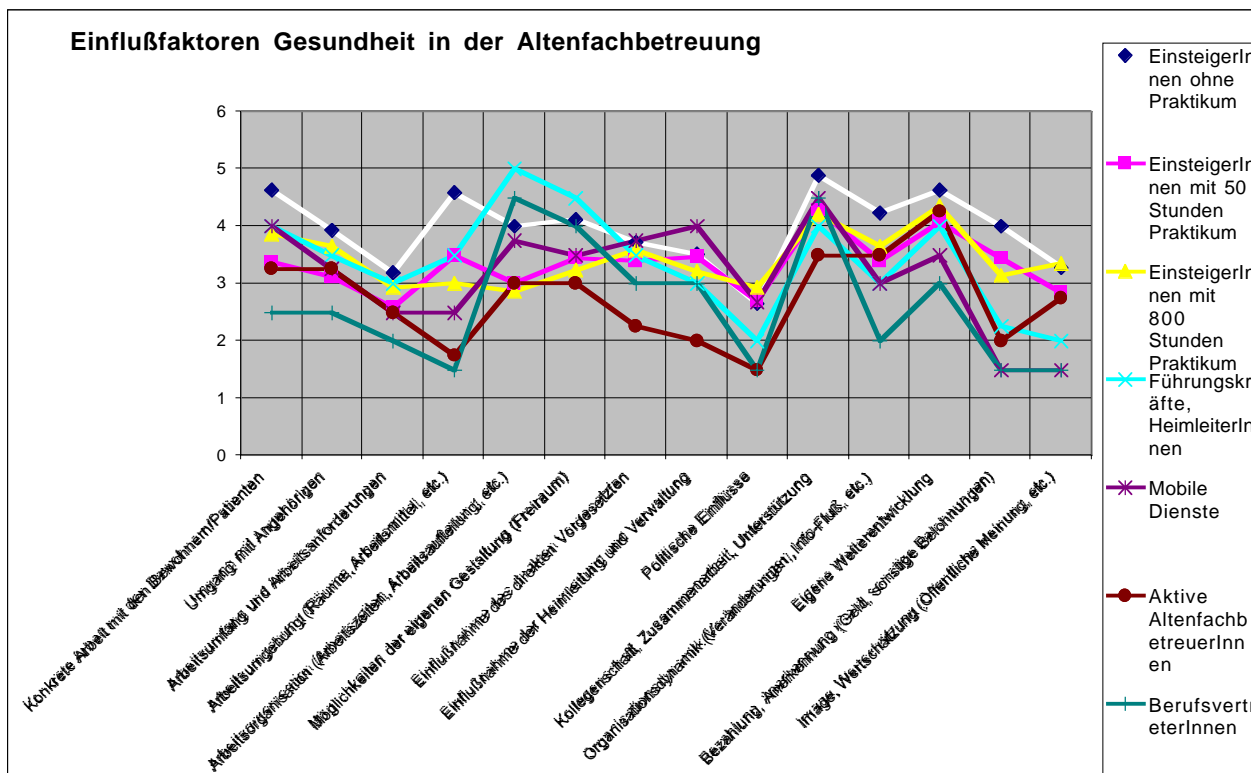


Abb. 1: Einflußfaktoren auf die Gesundheit in der Altenbetreuung

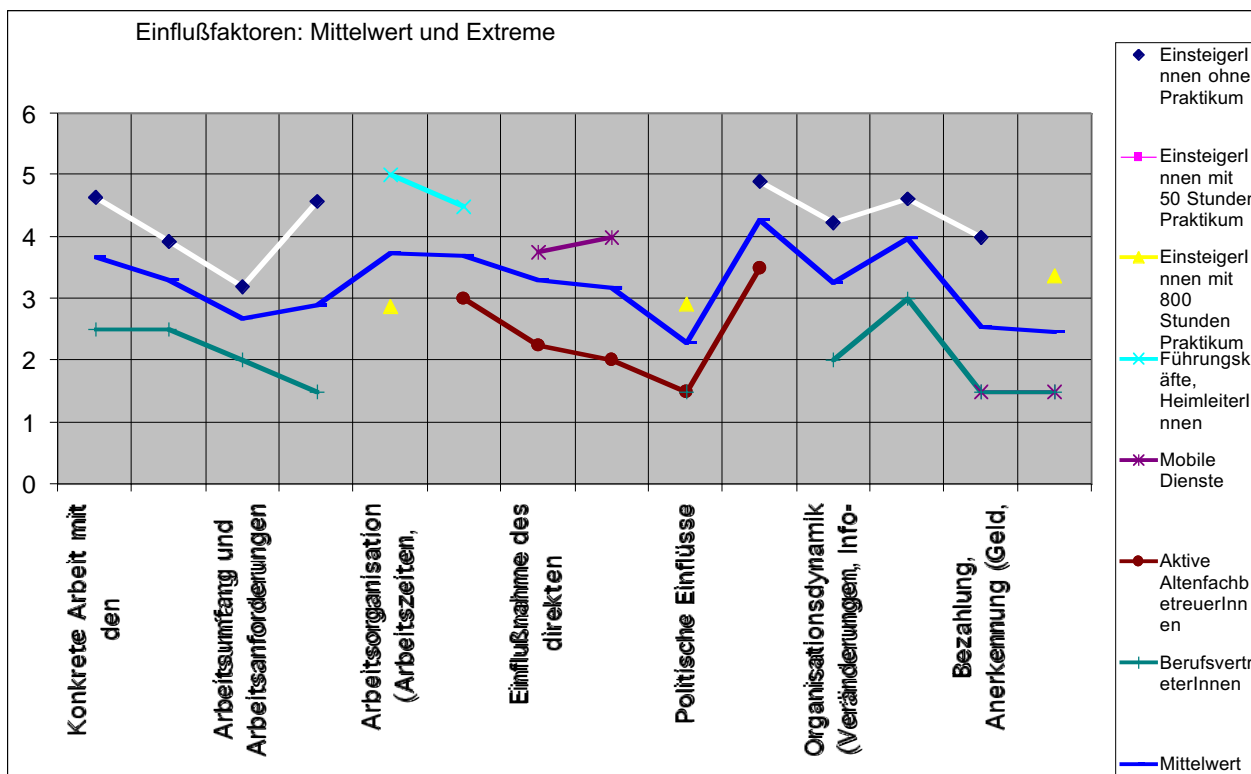


Abb. 2: Mittelwerte und Extreme der Einflussfaktoren

## **Zur Erklärung der Grafik:**

Grundsätzlich zeigt sich folgender Trend:

NeueinsteigerInnen (AusbildungsteilnehmerInnen) schätzen die genannten Faktoren tendenziell (gesundheits-)förderlicher ein als Personen, die bereits Erfahrung in diesem Arbeitsfeld haben. Je länger die Tätigkeit, desto belastender werden die meisten Faktoren erlebt. Die gravierendsten Belastungen werden von BerufsvertreterInnen berichtet. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass diese aufgrund ihrer Funktion naturgemäß eher mit den belastenden Problemen als mit förderlichen Einflüssen der durch sie vertretenen KollegInnen konfrontiert werden.

Zu den Faktoren im Einzelnen:

### **2.1 Konkrete Arbeit mit den Bewohnern / Klienten:**

Mit diesem Faktor ist vor allem die Beziehungsqualität zum Bewohner angesprochen und weniger die Arbeitsbelastung (dazu siehe Punkt 2.3). Die konkrete Arbeit mit den Bewohnern / Klienten wird sehr unterschiedlich wahrgenommen. Der Mittelwert liegt aber noch im positiven, förderlichen Bereich. Allerdings wird berichtet, dass die Schwere an Problemen stark zunimmt und diese sich auch auf die Beziehungsqualität beträchtlich auswirkt, etwa weil kaum mehr Zeit bleibt, sich ausreichend um die „menschlichen Belange“ der Bewohner zu kümmern und weil man selbst zu stark belastet ist. Das subjektive Erleben der Beziehung zu den Bewohnern verschlechtert sich „im Durchschnitt“ mit zunehmendem Dienstalter sukzessive.

### **2.2 Umgang mit Angehörigen der Bewohner / Klienten:**

Zumeist wird der Umgang und die Kooperation mit Angehörigen positiv und förderlich erlebt. Allerdings gibt es Ausnahmefälle, welche für die BetreuerInnen extrem belastend sind. „In manchen Fällen müsste man eigentlich den Betreuungsauftrag stornieren“, so die Aussage einer Pflegedienstleiterin, „aber das geht aus politischen Gründen wohl kaum“.

### **2.3 Arbeitsumfang und Arbeitsanforderungen:**

Arbeitsumfang und Arbeitsanforderungen werden überdurchschnittlich als belastend diagnostiziert. In den letzten Jahren sei es zu einer extremen Verdichtung der Arbeit gekommen. Freiräume werden kaum noch wahrgenommen. Einerseits, weil es immer mehr schwere Krankheitsbilder zu betreuen gibt (Demenzen etc.), andererseits weil seitens der Krankenhäuser Patienten immer frühzeitiger entlassen werden, die eigentlich noch Intensivbetreuung bräuchten. Der wesentlichste Zusammenhang dürfte vermutlich in der Leitlinie „ambulant vor stationär“ zu finden sein. Dabei geht es um das definierte Bemühen, alten Menschen so lange wie nur irgendwie möglich,

den Aufenthalt in den vertrauten (vier) Wänden zu ermöglichen und eine Heimaufnahme erst wenn unbedingt nötig anzustreben.

Was einerseits im Dienste der alten Menschen ist, wird andererseits zur zunehmenden Belastung der BetreuerInnen. Während früher oft alte Menschen in relativ gutem Gesundheitszustand langjährig betreut wurden im Heim, kommen heute immer häufiger die Menschen schon „sterbend“ an. Jedenfalls zumeist erst mit hohem Pflegebedarf, in hohen Pflegestufen (4, 5 oder 6).<sup>3</sup> Die kurzfristige Todesrate ist in den letzten Jahren dramatisch angestiegen: 30 % der Bewohner sterben innerhalb eines Jahres!<sup>4</sup> Alles zusammen bedeutet gegenüber früher eine enorm gestiegene Belastung der BetreuerInnen und PflegerInnen - physisch wie psychisch.

Die lückenlose Nachweisbarkeit und Kontrolle wird als zusätzlich belastend empfunden. Auch in den mobilen Diensten ist es „eng“ geworden. „Die einzigen Pausen im Laufe eines Tages bestehen in den 10-minütigen Autofahrten zwischen den Patienten“, so die Aussage von Mobilten Betreuerinnen. Wobei dieses Stück Autofahrt ebenfalls oft die Hölle sein kann, zB. im heißen Sommer ohne Klimaanlage oder im Winter auf dem Land bei schlimmen Fahrverhältnissen oder im Stau usw.

Auch bei diesem Faktor geht deutlich hervor, dass die subjektiv erlebten Belastungen mit zunehmender Dienstdauer zunehmen. Dienstjüngere sehen bzw. erleben anscheinend Zusammenhänge mit der Arbeits- und Ablaufgestaltung tendenziell förderlicher und positiver als Dienstältere. Das mag damit zusammenhängen, dass mit zunehmenden Dienstalder doch die Belastungen stärker und stärker erlebt werden. Dies sollte sicherlich dazu beitragen, die Aufmerksamkeit noch stärker darauf zu richten, was es den braucht, damit die Belastungen des Alltages in einem dauerhaft (psychisch wie körperlich) bewältigbaren Level bleiben können (ausführlicher dazu siehe weiter unten).

## **2.4 Arbeitsumgebung (Räume, Arbeitsmittel etc.):**

Tendenziell wird Arbeitsumgebung und Arbeitsmittel als positiv, förderlich bewertet. Allerdings wurden uns auch hier viele Ausnahmen berichtet. Etwa oftmals extrem ungünstige Raumanordnungen in Pflegeheimen, die die Arbeit mühsam macht oder extrem ungünstige Verhältnisse in Wohnungen von mobil Betreuten usw. Auch bei den Arbeitsmitteln wird immer stärker der Sparstift angesetzt, so dass oft notdürftig improvisiert werden muss. Laut Soziallandesrat Josef Ackerl braucht es etwa bei einem Drittel der Einrichtungen bauliche Verbesserungen.

---

<sup>3</sup> Zu den „Pflegestufen“ vgl. das OÖ Pflegegeldgesetz (O.Ö.PGG) 1993, sowie das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) 1993.

<sup>4</sup> Lt. Soziallandesrat Josef Ackerl.



## 2.5 Arbeitsorganisation (Arbeitszeiten, Arbeitsaufteilung etc.):

Grundsätzlich liegt das Erleben der Arbeitsorganisation eher im förderlichen Bereich. Speziell was flexible Arbeitszeitgestaltungsmodelle betrifft, wird das positiv bewertet. Allerdings beziehen sich Arbeitszeitmodelle noch ausschließlich auf ein gewünschtes Wochenstundenkontingent. Lebensarbeitszeitmodelle, wie es sie beispielsweise in Deutschland als Referenzprojekte bereits laufen, gibt es hierzulande noch nicht.<sup>5</sup>

Speziell bei der Arbeitszeitgestaltung zeigt sich, dass hier in den letzten Jahren, seitens der Organisatoren / Führungskräfte große Bemühungen gemacht wurden, diese im Sinne der MitarbeiterInnen zu gestalten. „Die Arbeitszeitmodelle sind bis an die Grenze des Möglichen ausgereizt“, so die Aussage einer Führungskraft. In der Tat zeigt sich, wie ich selbst (K. W.) im Rahmen von Teamsupervisionen in diesem Feld immer wieder feststellen kann, dass das, was den MitarbeiterInnen im Kontext ihrer Privat- und Familienwelt dient, im Innenkontext der Organisation häufig zu Schwierigkeiten führt. Teams berichten, dass sie sich oft nicht mehr auskennen, wer, wo, wann, wofür zuständig ist etc., weil die Arbeitszeiten und Diensterteilungen dermaßen flexibilisiert worden sind, dass es oft schon wieder zu viel erscheint.

## 2.6 Möglichkeiten der eigenen Gestaltung (Freiraum):

Auch dieser Faktor wird im Wesentlichen noch als förderlich erlebt. Insbesondere in den Mobilen Diensten wird die Notwendigkeit des „kreativen Improvisierens“ diesem Faktor zugeordnet; zB. Ersatzlösung finden für nicht genehmigten Rollstuhl usw. Allerdings wird von zunehmenden Einschränkungen und Restriktionen berichtet. Lückenlose Dokumentation und Kontrolle (statt „Controlling“) wird zunehmend auch als Belastung wahrgenommen. Ein Stressmoment, welches in diesem Zusammenhang erwähnt gehört, sieht Frau Dr. Scholta vom Sozialreferat des Landes OÖ „in der Differenz zwischen den eigenen Erwartungen, die bereits in der Ausbildung aufgebaut werden und den (effektiv) vorhandenen (zu knappen) Zeitressourcen.“

## 2.7 Einflussnahme des / der direkten Vorgesetzten:

Überwiegend wird schon von einer positiven, kooperativ-förderlichen Beziehung gesprochen. Ausnahmen beziehen sich auf Aussagen wie: „wenig förderlich“; „selbst meist überfordert“; „zu autoritär“, „kein Ohr für unsere Probleme“ und ähnliches.

---

<sup>5</sup> Vgl. dazu: Krämer, Katrin (2002): Lebensarbeitszeitgestaltung in der Altenpflege - Handlungsleitfaden für eine altersgerechte Personalentwicklung; Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit; Stuttgart.

## **2.8 Einflussnahme der Heimleitung und Verwaltung:**

Berichtet wird überwiegend, dass hier wenig direkter Kontakt besteht und dass Heimleitung und Verwaltung primär nur an Zahlen interessiert sei. Das Sparthema kommt in diesem Zusammenhang oft zur Sprache.

## **2.9 Politische Einflüsse:**

Diese werden neben Image und Wertschätzung am stärksten negativ bewertet. Vor allem die zunehmende Kluft zwischen dem, was in politischen Aussagen gefordert wird an Leistungen und dem, was ressourcenmäßig real an Möglichkeiten zur Verfügung gestellt wird, wird als extrem belastend dargestellt.

## **2.10 Kollegenschaft, Zusammenarbeit, Unterstützung:**

Dieser Faktor wird durchwegs am Positivsten bewertet und berichtet, dass das einholen und geben von Unterstützung im KollegInnenkreis durchaus genützt und geschätzt wird. Bei differenziertem Hinterfragen stellt sich aber auch heraus, dass es besonders im Rahmen von Arbeitsteams doch auch vielfältigste Konflikte gibt, die häufig als sehr belastend, und den Arbeitsprozess störend erlebt werden. Besonders eben wie oben bereits erwähnt zwischen „ungleichen“ Personen wie etwa zwischen Jung und Alt (vor allem Akzeptanzprobleme), zwischen verschiedenen Funktionen, insbesondere etwa zwischen AltenfachbetreuerInnen (AFB) und DGKS. Hier braucht es sicherlich auch ein neues Bewusstsein, was den konstruktiven Umgang mit diesen Unterschieden betrifft. (Siehe dazu auch weiter unten bei den „Thesen“).

Gerade die gute Zusammenarbeit zwischen jüngeren und älteren BetreuungsmitarbeiterInnen im Rahmen von Arbeitsteams wäre ein hilfreicher Beitrag im Dienste einer „alternsgerechten Arbeitsgestaltung“ etwa dahingehen, dass man sich schwere Hebearbeit und psychisch anspruchsvollere Tätigkeiten in einem guten Sinne alternsgerecht aufteilt im Rahmen einer kooperativen Teamorganisation.

## **2.11 Organisationsdynamik (Veränderungen, Informationsfluss etc.):**

Zum Informationsfluss wird berichtet, dass das meiste am Schriftweg via Computer übergeben wird, dass das aber häufig zu wenig sei und dass eigentlich das persönliche Gespräch oft stark vernachlässigt wird, meist „weil keine Zeit dafür“. Auch für das ausreichende Studieren von Dokumentationen und Krankengeschichten / Befunden usw. findet sich häufig keine oder zu wenig Zeit. MitarbeiterInnen berichten, dass zu viele Veränderungen in der Organisation (zB. zu häufiger Wechsel von Zuständigkeiten etc.) oder auch zu viele „Funktionen“, die sich um den Bewohner „kümmern“, leicht zu Irritationen bei diesen führen können und dass oft zuviel an Veränderung passiert. Führungskräfte berichten eher, dass vor allem ein großer Teil der „einge-

sessenen“ Mitarbeiterschaft wenig Interesse und Motivation zeigt, an notwendigen Veränderungsprozessen aktiv mitzutun, wie etwa bei der Einführung eines neuen Pflegekonzeptes.

### **2.12 Eigene Weiterentwicklung (persönlich, fachlich):**

In der Bewertung wird dieser Faktor durchwegs positiv eingeschätzt. Allerdings wird in Gesprächen sehr Unterschiedliches berichtet. Das geht von „mehr als genug“ bis zu „weiß gar nicht, dass es so etwas gibt“ - oder gemilderter: „man muss sich darum raufen, überhaupt Informationen über Möglichkeiten zu bekommen“ und „meist gibt es kein Geld und keine Zeit dafür“. Führungskräfte berichten, dass es einerseits sehr engagierte MitarbeiterInnen gibt, die ganz viel Interesse an fachlicher, wie auch an persönlicher Weiterbildung zeigen, die auch Eigenfinanzierungen und Zeiten außerhalb der Dienstzeit in Kauf nehmen; dass es aber andererseits auch eine nicht unbedeutende Zahl an MitarbeiterInnen gibt, die kaum bis wenig Fortbildungswillen zeigen. Die Ressourcen für Fortbildung (Geld, Zeit) scheinen zudem immer knapper bemessen zu werden.

Insgesamt zeigt sich, dass Fortbildung sehr unterschiedlich wahrgenommen und genutzt wird. Es scheint einen geringen Teil an MitarbeiterInnen zu geben, die jede Möglichkeit aktiv suchen und nützen um sich fachlich und persönlich weiterzuentwickeln. Diesen Engagierten ist das gebotene Ausmaß (meist zwischen 1 - 3 Tage im Jahr) viel zu gering. Ein größeres Mittelfeld macht in ausreichender Form mit, soweit was angeboten wird. Für diese scheint das angebotene Ausmaß im Wesentlichen passend. Ein geringerer Teil steht lt. Aussagen von Führungskräften Fortbildung eher ablehnend gegenüber. Jüngere scheinen tendenziell eher zur ersten Gruppe zu neigen (aktiveres Interesse und Wunsch nach mehr).

### **2.13 Bezahlung, Anerkennung (Geld, sonstige Belohnungen):**

Vor allem die verbalen Aussagen dazu beurteilen diesen Faktor überwiegend als stark unbefriedigend: „im Argen“, „man müsste zumindest über die Runden kommen“, „Gott sei Dank bin ich durch meinen Mann abgesichert“, „viel zu wenig Bezahlung“ u.ä. Die Frage, was sonst als „Belohnung“ wahrgenommen wird, wirft meist nur einen fragenden Blick auf - was den damit gemeint sein könnte? Das deutet darauf hin, dass kaum etwas über das Gehalt hinaus aus „Belohnung“ registriert wird.

### **2.14 Image, Wertschätzung (öffentliche Meinung etc.):**

Dieser Punkt schneidet noch schlechter ab, als der Faktor „Bezahlung und Anerkennung“. Eine gewisse Wertschätzung wird manchmal durch Angehörige von Bewohnern signalisiert, oft auch erst nach dem Ableben einer betreuten Person. Das Image und die öffentliche Meinung wird als ganz schlecht eingeschätzt. Nur wenige der be-

fragten MitarbeiterInnen erleben das Image förderlich und ausreichend. Die derzeit über die Tagespresse geführten Berichte über „Skandale“ etc. dürften wohl auch alles andere als imagefördernd für dieses Arbeitsfeld wirken.

### 3 (Abgeleitete) Thesen, zukünftige Herausforderungen

Aus diesen Erhebungen, wie aus weiterführenden (Literatur-)Studien lassen sich folgende Thesen ableiten:

- These 1: „Überalterung der Gesellschaft“
- These 2: „Ressourcenverknappung“
- These 3: „Gesellschaftliche Werte und Image“
- These 4: „Qualifizierung steigern“
- These 5: „Reflexion, Beratung und Supervision“
- These 6: „Teamarbeit als Herausforderung“
- These 7: „Konfliktmanagement verbessern“
- These 8: „Abgrenzung der Berufsrollen“
- These 9: „Verwalten und Führen“
- These 10: „Gesundheitserhaltende Maßnahmen setzen“

#### These 1: „Überalterung der Gesellschaft“

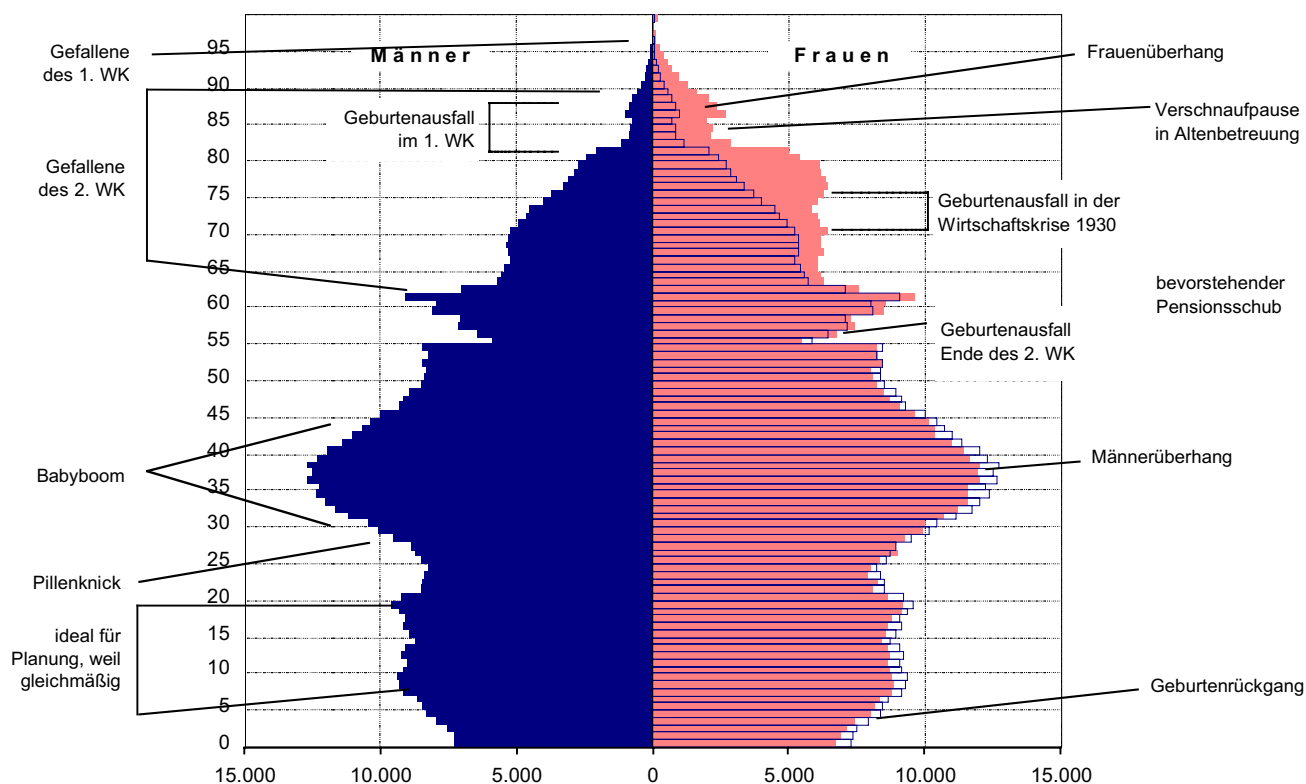
In den nächsten 20 Jahren wird sich der Anteil der über 60jährigen etwa verdoppeln und der Anteil der über 85-jährigen mehr als verdreifachen. (Quelle: Statistik Austria)

Begründung/Konsequenzen:

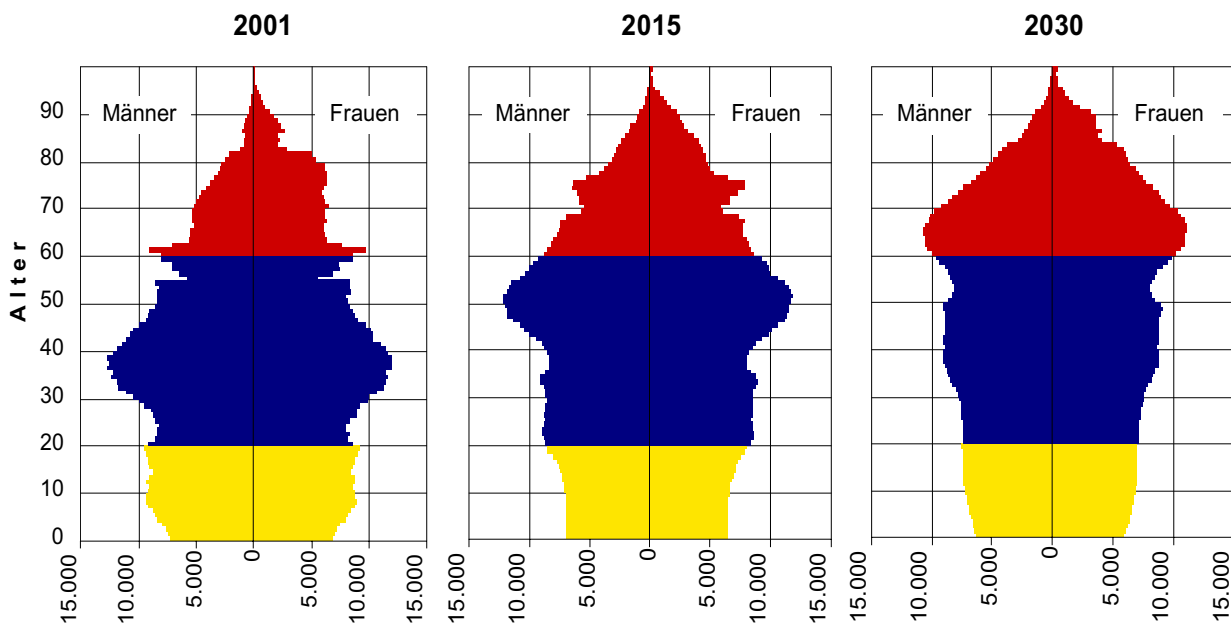
Das Feld der professionellen Altenbetreuung und -pflege wird notwendigerweise noch gewaltig wachsen. Die folgenden Graphiken sprechen für sich:

# Bevölkerungsaufbau 2001

Oberösterreichs Wohnbevölkerung 2001 nach Altersjahren



## Mächtiger Kopf auf schwachen Schultern

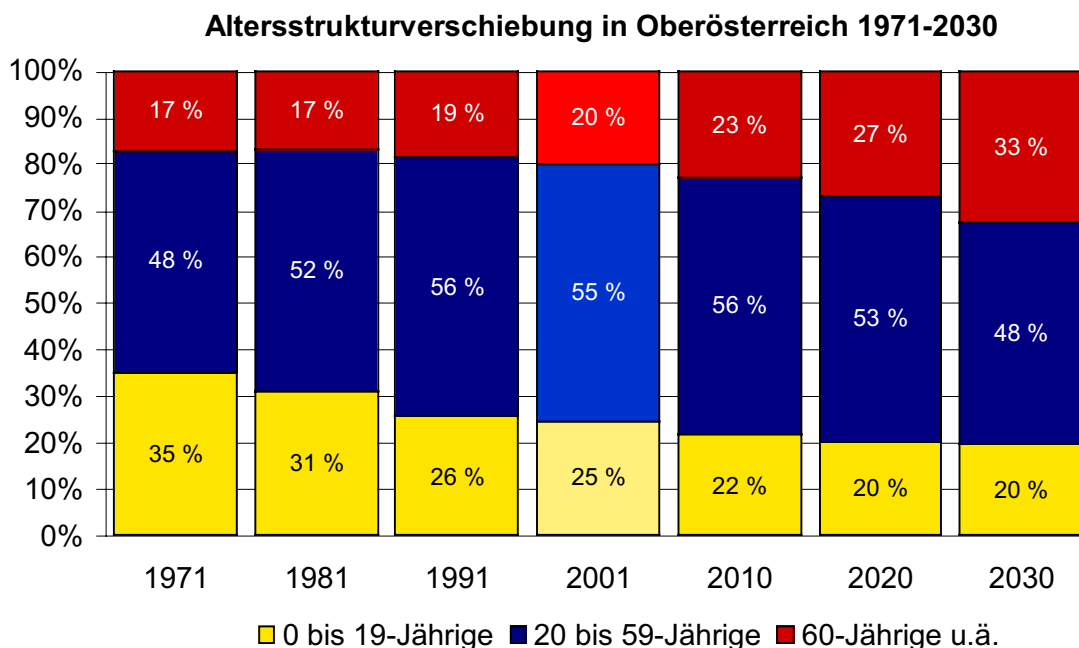


Datenquelle: Volkszählungen und Prognosen 2001 von Statistik Austria

Pyramidenlauf

Abb. 3 + 4: Bevölkerungsaufbau + Pyramidenlauf

## Schmälere Schultern – schwerere Lasten



Datenquelle: Volkszählungen und Prognosen 2001 von Statistik Austria

Abb. 5: Altersstrukturverschiebung

Betrachtet man die Entwicklungsdynamik dieser Bevölkerungspyramide, so wird deutlich, wie sich dieser „Pyramiden-Bauch“ der heute 30 - 45-jährigen nach oben schiebt, und in 20 - 30 Jahren „in die Jahre“ kommt. Das Verhältnis Pensionisten zu Personen im Erwerbsalter beträgt im Jahre 2030 33 : 48.

Die alten Menschen werden zwar immer älter, aber nicht unbedingt gesünder. Unter anderem deshalb, weil sich der Trend zur inhumanen Arbeitswelt weiter fortsetzen wird.<sup>6</sup> Man mache sich bewusst, dass die durchschnittliche Lebenserwartung derzeit pro Jahr um etwa 3 Monate steigt! Die durchschnittliche Lebenserwartung lag 1993 in Deutschland und Österreich bei den Frauen bei rund 77 Jahren, bei den Männern bei 74. Menschen, die im Jahr 2020 geboren werden, werden voraussichtlich im Durchschnitt 100 Jahre alt. So wie sich der Trend abbildet, wird das Feld der Altenbetreuung und -pflege notwendigerweise noch beträchtlich wachsen.

<sup>6</sup> Vgl. Hehenberger, Christian (1997): Die Zukunft fest im Griff. Trends, die unser Leben und die Wirtschaft verändern; Verlag: Institut für Marketing und Trendanalysen; Pregarten.

## **These 2: „Ressourcenverknappung“**

Die Ressourcen zur professionellen Altenbetreuung und -pflege werden knapper; insbesondere qualifiziertes Personal und Finanzen. So fehlen jetzt schon in Österreich etwa 1.000 Personen an qualifizierten Fachkräften. (Quelle: Dachverband der österreichischen Heimleiter).

Das extrem geführte Sparthema zeigt sich bereits als ziemlich problematisch: es reduziert und fixiert Wahrnehmung, Engagement und Motivation.

Konsequenzen:

Die Bedeutung eines professionellen Personalmanagements und einer „intelligenten“ Organisation wird enorm steigen.

## **These 3: „Gesellschaftliche Werte und Image“**

„Altern in Würde“ wird laut Aussage von Trendforschern zu einem hohen gesellschaftspolitischen Wert der Zukunft werden. Das Image und die Wertschätzung dieses Arbeitsfeldes steht derzeit in keinem angemessenen Verhältnis zu den professionellen Anforderungen. Vgl. Aussagen wie: „Arschputzer der Nation“.

Begründung/Konsequenzen:

Professionelle und würdevolle Betreuung und Pflege wird über hohe Qualitätsstandards gefordert und überprüft werden. Die Diskussionen um die „Heimaufsicht“ und um die Bestellung von Ombudsmännern/-frauen in Angelegenheit Heime für alte Menschen ist eines der ersten Symbole dieser Entwicklung. Ebenso die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen (zB. EFQM), die in den vergangenen Jahren in etlichen oberösterreichischen Heimen begonnen hat. Darüber hinaus braucht es eine entsprechende Aufwertung und öffentliche Repräsentanz der arbeitenden Menschen in diesem Berufsfeld.

## **These 4: „Qualifizierung steigern“**

Die steigenden Anforderungen in der professionellen Altenbetreuung und -pflege erfordern hohe Aus- und Weiterbildungsqualität. Die Ausbildung zum/r AltenfachbetreuerIn ist in Österreich etwa im Vergleich mit Deutschland durchaus attraktiv. Fortbildung ist in diesem Feld allerdings noch eher dürrig; zB. 1 - 3 Tage pro Jahr in der mobilen Betreuung - wird in verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt.

Konsequenzen:

Es braucht für die Zukunft ein entsprechendes professionelles Angebot und ein angemessenes Bewusstsein für dessen Nutzung. Speziell in der Führungskräfteentwicklung wird für die Zukunft ein bedeutender Bedarf geortet. Und natürlich ist die Frage der Finanzierung zu klären.

### **These 5: „Reflexion, Beratung und Supervision“**

Anspruchsvolle Sozialarbeit erfordert erfahrungsgemäß seit jeher professionelle Reflexion (Supervision). Hier gibt es offensichtlich noch gewisse Einschränkungen, Supervision als professionelles Förderungsinstrument ausreichend zu nutzen. Einerseits seitens mancher Vertreter der (finanzierenden) Trägervereine, andererseits stehen auch relativ viele MitarbeiterInnen dieser Methode immer noch skeptisch gegenüber. Es scheint gelegentlich noch eine gewisse Scheu vorhanden zu sein, sich mit psychologisch belastenden Themen an andere um Hilfe zu wenden.

Als einer der Gründe, warum Supervision für viele noch ein „rotes Tuch“ ist, oder auch „ein blinder Fleck“, wird berichtet, dass in den Ausbildungscurricula zur AFB 150 Einheiten Kommunikation enthalten sind und diese meist in Form von Rollenspielen durchgeführt werden, die offenbar bei den TeilnehmerInnen nicht gut ankommen. Diese Erfahrung und die damit verbundene Ablehnung gegen alles psychologisch-kommunikative wird angeblich vielfach auch auf Supervision übertragen. Ein anderer Grund dürfte darin liegen, dass viele MitarbeiterInnen (und auch Führungskräfte: „Kommt´s leicht nicht zurecht?“) die Inanspruchnahme von Supervision gleichermaßen als Eingeständnis von „Schwäche“ interpretieren, die man nicht gerne zeigt nach außen. Auch negative Erfahrungen mit „schlechter Supervision“ sind gelegentlich ein Hemmschuh.

Laut einer Erhebung der Österreichischen Vereinigung für Supervision (ÖVS) haben in den Heimen nur etwa 27 % der MitarbeiterInnen mit Supervision Erfahrung, in den mobilen Diensten sind es aber überraschenderweise 82 %!

Gerade die Supervision ist eines der sensibelsten Themen. Zwar ist Supervision im Pflegegesetz zur Qualitätssicherung vorgesehen, aber deren „zwangsweise“ Verschreibung ist problematisch: „Ich habe es ja gleich gesagt, dass nichts G´ Scheites dabei herauskommt!“ - Die Abwehrmechanismen derartiger ungewünschter Interventionen sind vielfältig. Die Kunst besteht darin, Sinn und Nutzen zu erkennen und das Prinzip der „Freien Wahl“ zu gewährleisten.

Konsequenzen:

Es braucht für die Zukunft ein entsprechendes professionelles Angebot an qualitativer Supervision für dieses Arbeitsfeld sowie ein angemessenes Bewusstsein und die



Möglichkeit der anonymen und situativen Nutzung. Anonym deshalb, weil es noch eine gewisse Scheu gibt, sich an andere um professionelle Hilfe und Beratung zu wenden. Situativ in dem Sinne, dass man, wenn man eine belastende Situation erlebt hat, die einem stark in Beschlag nimmt, das Problem möglichst unmittelbar lösen kann und nicht erst bei der nächsten Supervision in sechs Wochen. Qualitativ-professioneller Supervision wird zunehmend ein hoher Stellenwert eingeräumt. Das wird insbesondere von Führungskräften vielfach betont. „Mit schlechter Supervision wurde schon viel kaputt gemacht“, so die Aussagen. Aber es braucht vielfach auch noch ein entsprechendes Bewusstsein für Sinn und Nutzen von Supervision als professionelles Reflexions- und Problemlösungsinstrument - die Akzeptanz dafür lässt häufig noch zu wünschen übrig.

### **These 6: „Teamarbeit als Herausforderung“**

Professionelle Teamarbeit wird einerseits immer bedeutsamer, andererseits beinhaltet die Soziodynamik von Teams noch Herausforderungen und Entwicklungspotenziale.

Konsequenzen:

Teamarbeit, Kollegialität und Unterstützung wird zwar von den meisten MitarbeiterInnen (unter den erhobenen Faktoren) relativ positiv bewertet, es braucht aber für die Zukunft die Entwicklung von multiprofessionellen Teams, die in der Lage sind, nicht nur fachlich-qualitative Leistungen zu erbringen, sondern auch Organisations- und Entwicklungsfragen professionell zu lösen. Speziell die Flexibilität, mit der Teams Veränderungen bewältigen sollten, lässt laut Aussage von Führungskräften, häufig noch zu wünschen übrig. Ganz besonders aber auch die „Interdisziplinärität“ zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen in multiprofessionellen Teams und die Unterschiede zwischen Jüngeren und Älteren (siehe unter „Konfliktmanagement“). Die Bedeutung und Funktion von altersgemischten Teams im Dienste einer altersgerechten Arbeitsorganisation wurde weiter oben bereits ausgeführt.

### **These 7: „Konfliktmanagement verbessern“**

Vor allem das Miteinander der unterschiedlichen Professionen (AltenfachbetreuerInnen (AFB), AltenbetreuerInnen (AB), PflegehelferInnen (PFH), Diplom-Gesundheits- und Krankenschwestern (DGKS) usw.) bietet immer wieder Potenzial für Konflikte. So dass hier relativ häufig eher von Gegeneinander als von Miteinander und förderlicher Kooperation die Rede ist. Gelegentlich sogar von Mobbing. Auch zwischen Jung und Alt gibt es Spannungsverhältnisse, vor allem, was die Akzeptanz von jüngeren durch ältere MitarbeiterInnen betrifft. Gelegentlich treten auch starke Spannungen zwischen Pflegepersonal und Angehörigen von BewohnerInnen auf.

Konsequenzen:

Es braucht für die Zukunft vor allem auch ein Management, welches die Spannungen zwischen den unterschiedlichen Professionen, zwischen Jung und Alt ebenso, wie zwischen Personal und Kunden/Klienten sowie Angehörigen professionell zu behandeln imstande ist.

### **These 8: „Abgrenzung und Klarheit der Berufsrollen“**

Unrealistische Erwartungen und Anforderungen sind immer wieder Quelle für Konfliktpotenzial.

Konsequenzen:

Es braucht für die Zukunft vor allem auch ein noch klareres Rollen-Bewusstsein der einzelnen Professionen als auch hilfreiche, handlungsleitende Leitbilder. Beides ist präzise zu formulieren und zu „transportieren“.

### **These 9: „Verwalten und Führen“**

Altenheime werden gut verwaltet aber noch selten gut geführt.

Konsequenzen:

Professionelles Führungsknow-how wird in Zukunft stark an Bedeutung gewinnen (ähnlich wie bereits in den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren). So sagen Führungskräfte teilweise selbst, dass sie im Bereich professionelles Führen durchaus auch bei sich selbst Bedarf sehen, aber oft wenig Möglichkeit, diese Kompetenzen entsprechend aufzubauen bzw. angemessen weiterzuentwickeln.

### **These 10: „Gesundheitserhaltende Maßnahmen setzen“**

Die zentralen Gesundheitsprobleme sind seelische Überforderung (Burnout) und körperliche Überbelastung (insbesondere im Kreuzbereich). Die Ausfälle durch Krankenstände infolge von Rückenleiden werden als durchaus beträchtlich eingeschätzt. Beim Phänomen des Burnout ist es eher so, dass es noch häufig todgeschwiegen (tabuisiert) wird. Langjährige MitarbeiterInnen berichten, dass viele KollegInnen die Bewohner / Patienten nicht mehr ausstehen können, aber nicht offen darüber reden. Dies sind jedenfalls deutliche Signale von fortgeschrittenem Burnout.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Zum Phänomen des Burnout siehe zB. Freudenberger, Herbert/North, Gail (1992): Burnout bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Sowie Maslach, Christina / Leiter, Michael P. (2001): Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Ebenso den Artikel von Wimmer, Karl (2002): Gesundheitsmanagement in Organisationen; in: [www.wimmer-partner.at/aktuell.htm](http://www.wimmer-partner.at/aktuell.htm)

Anmerkung zu den Gesundheitsproblemen:

- MitarbeiterInnen mit psychischen, psychosozialen oder körperlichen Problemen stehen unter Leidensdruck;
- sie stehen sich selber im Wege, was ihre persönliche und berufliche Motivation und Leistungsfähigkeit betrifft und
- sie beeinflussen auch die Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten negativ;
- außerdem leidet die Qualität der Arbeit unter dieser Situation.

Solche Probleme können sein:

- körperliche Überbelastung
- psychische Überforderung
- Burnout, Erschöpfung
- Motivationslosigkeit
- fehlendes Selbstvertrauen, Unsicherheit
- Kommunikationsprobleme
- Konflikte, Mobbing
- psychosomatische Beschwerden
- Nervosität, Unruhe
- Schlafstörungen
- Ängste bis hin zu Panikattacken

Konsequenzen:

Sowohl für psychische, wie für körperliche Gesunderhaltung braucht es in Zukunft eine angemessene Prophylaxe (Gesundheitsmanagement): Umfassende Burnout-Vorbeugung ebenso wie körperliche Entlastung und Regeneration. Dazu sind sowohl auf personaler wie organisationaler Ebene entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

## 4 „Verdichtetes“ (Wesentliches im Überblick)

Fassen wir abschließend und ausblickend nochmals die zentralen Problemfelder und zukünftigen Herausforderungen nach „Systemebenen“ geordnet zusammen:

<b>Systemebene</b>	<b>Problemstellung</b>	<b>Zukünftige Herausforderung</b>
(Gesellschafts-) Entwicklung/Politik	Starke Zunahme betreuungs- und pflegebedürftiger alter Menschen; Niedriger Status des Berufsfeldes in der gesellschaftlichen Werteskala	Verstärkte Suche nach zusätzlichen Lösungen (zB. Betreutes Wohnen); Steigerung in der gesellschaftlichen Werteskala + Image; Bereitstellung von Ressourcen

(Überbetriebliche) Berufsvertretung	Vier Gewerkschaften teilzuständig; Kein Kollektivvertrag; Streit zwischen den Berufsgruppen, teilweise unklare oder unangemessene Kompetenz-Zuständigkeiten	Vereinheitlichung der Vertretung; Kollektivvertrag; Klärung der Berufsbilder und der Grenzziehung zueinander (zB. Pflegediagnostik)
Aus- und Fortbildungssysteme	Mangel an ausreichend kompetentem „Nachwuchs“ an Betreuungspersonal; teilweise mangelhaftes Fortbildungsangebot	Rekrutierung, sorgfältige Auswahl (Prüfung, Selektion) und Ausbildung den steigenden Anforderungen gerecht; ausreichende und angemessene Möglichkeiten für fachliche und persönliche Fortbildung (zB. Schulungsverbund)
Betriebsebene (Personalmanagement, Organisation, Führung)	Mangel an (ausreichend qualifiziertem) Personal; Hohe Fluktuation beim Pflegepersonal (DGKP); Personaleinsatz oft nicht ausreichend alter(n)sgerecht und den Kompetenzen entsprechend; häufig gesundheitliche Beschwerden (psych.+körperl); teilweise noch zu wenig spezifizierte Leitbilder; teilweise mangelhafte Arbeitsorganisation; teilweise Führungsschwächen; teilweise problematische Zusammenarbeit, insbesondere zwischen verschiedenen Berufsgruppen, auch zwischen Jung und Alt (-> Konflikte, Mobbing)	Ausreichend qualifiziertes und der Qualifikation entsprechend eingesetztes Personal (Akquise und Einsatz optimiert, insbes. auch alters- und kompetenzgerechter Einsatz ermöglicht); verstärkte Nutzung von Erfahrungswissen; Verstärkung der personalen und organisationalen Gesundheitsprophylaxe; Leitbilder bedarfsgerecht formuliert und vermittelt; Bedarfsgerecht optimierte Arbeitsorganisation (insbesondere auch ergonomische Hilfen); MA-Führung im Sinne von Leadership ergänzend zum Verwaltungsmanagement; Fähigkeiten und Kompetenzen der (interdisziplinären) Zusammenarbeit steigern
Personale Ebene (Selbstverantwortlichkeit)	Berufswahlentscheidung manchmal zu unreflektiert getroffen; Eigenverantwortlichkeit für	Berufswahl ausreichend reflektiert und die Motivation an Anforderungen gemäß; Eigenverantwortlichkeit + Ei-

	<p>Gesundheitsprophylaxe wird teilweise zu wenig beachtet (Work-Life-Balance);  Fortbildungsbedarf wird teilweise zu wenig erkannt oder genützt, ebenso die Bereitschaft zum reflexiven Erfahrungslernen (Supervision)</p>	<p>genkompetenzen für Gesundheitsvorsorge steigern (zB. Psychohygiene, körperl. Fitness);  Interessengesteuerte Fortbildung, die einem alternsgerechten Einsatz entgegenkommt bzw. ermöglicht (zB. Mentoring, Sterbebegleitung oder andere Spezialisierungen im reiferen Berufsalter)</p>
--	--	---

Wichtig ist mir (K. W.), festzuhalten, dass keine „Systemebene“ allein lösgelöst von den anderen betrachtet werden kann. Sie stehen miteinander in intensiver systemischer Verschränkung. Die meisten Problemstellungen sind nur in der interdependenten Zusammenarbeit zu lösen.

Die Wahrscheinlichkeit, in diesem Berufsfeld „gesund in die Rente“ zu kommen, wird erhöht, je mehr Folgendes gegeben ist:

- Eine reflektierte und „gereifte“ Berufswahlentscheidung, in der persönliche Motive, Werthaltungen und Anforderungen des Berufsfeldes im Einklang sind.
- Klare Identität und klares Berufsbild, verbunden mit einer entsprechenden (Selbst-)Wertschätzung.
- Eine gewisse Reife an Lebensjahren und Lebenserfahrung bereits beim Einstieg unterstützt das Akzeptiertwerden und den Umgang mit den Herausforderungen in diesem Feld.
- Ein entsprechendes Mentoring als Einstiegs- und Integrationshilfe.
- Die Möglichkeit, die eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten angemessen einbringen und nutzen zu können.
- Eine leistungsadäquate Bezahlung.
- Ein sich wechselseitig stützendes und ergänzendes Eingebundensein in ein Team sowie eine förderliche Führung.
- Wertschätzender und kooperativer Umgang der verschiedenen Berufsgruppen untereinander.
- Arbeitsanforderungen in Übereinstimmung mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen (keine andauernde Überforderung).
- Ausgewogene Balance von Leistungseinsatz und Erholung.
- Förderlicher Organisationskontext (klare Zuständigkeiten, gute Information und Kommunikation, angemessene Arbeits(zeit-)einteilung, unterstützende ergonomische Hilfen usw.)

- Psychische Stützung und Förderung insbesondere im jüngeren Dienstalter; zunehmend körperliche Entlastung und Schonung in fortgeschrittenem Dienstalter.
- Bereitschaft und Möglichkeit einer kontinuierlichen Weiterbildung, insbesondere auch Selbsterfahrung und ein beständiges supervisorisch-reflexives Lernen.
- Bereitschaft und Möglichkeit, in unterschiedlichen Einsatzgebieten Erfahrung zu sammeln (organisatorische Flexibilität und Lernflexibilität).
- Bereitschaft und Möglichkeit, sich mit zunehmendem Dienstalter „alter(n)sgerecht“ zu Spezialisieren, Verantwortung zu übernehmen und Erfahrungswissen weiterzugeben (Mentoring, interne Fortbildung).
- Kontextuelle wie eigenverantwortliche aktive Gesundheitsvorsorge (Burnout-Prophylaxe, Stress- und Gesundheitsmanagement, Work-Life-Balance).

## 5 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit; dgvt.
- Badura, Bernhard et al. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement; Edition Sigma.
- Bengel, J. / Strittmatter, R. / Willmann, H. (1999): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese; Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Binzias, Fritz (2000): Psychische Belastungen und Arbeitsunfähigkeit; in: Sichere Arbeit, Heft 3/2000, S. 21-26.
- Burisch, Matthias (1994): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung; Springer.
- Freimuth, Joachim (Hg.) (1999): Die Angst der Manager; Hogrefe.
- Freudenberger, Herbert/North, Gail (1992): Burnout bei Frauen; Krüger.
- Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfahrt, Ulrich (1994): Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Frankfurt 1994.
- Hehenberger, Christian (1997): Die Zukunft fest im Griff. Trends, die unser Leben und die Wirtschaft verändern; Verlag: Institut für Marketing und Trendanalysen; Pregarten.
- Huber, Achim / Morschhäuser, Martina: Beratungsstrategien für eine altersgerechte Arbeits- und Personalpolitik - Projektergebnisse und -erfahrungen; in: Buck, Hartmut / Schletz, Alexander (Hg.): Wege aus dem demographischen Dilemma durch Sensibilisierung, Beratung und Gestaltung; Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart 2001.
- Köchling, Annagret (2001): Projekt Zukunft. Leitfaden zur Selbstanalyse altersstruktureller Probleme in Unternehmen; hg. von der Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung mbH; Dortmund.
- Krämer, Katrin (2002): Lebensarbeitszeitgestaltung in der Altenpflege - Handlungsleitfaden für eine altersgerechte Personalentwicklung; Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit; Stuttgart.
- Lievegoed, Berhard C.J.: Lebenskrisen - Lebenschancen; München 1979
- Maslach, Christina / Leiter, Michael P. (2001): Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können; Springer.
- Merl, Harry (1998): Gesundheit und Krankheit aus systemischer Sicht; in: Brandl-Nebehay, Andrea et al.: Systemische Familientherapie; Facultas, S. 107 - 137.
- Molnar, Martina (2000): Psychische Belastungen in der Arbeitswelt; in: Sichere Arbeit, Heft 2/2000, S. 44 - 47.
- OÖ Pflegegeldgesetz (O.Ö.PGG) 1993, sowie das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) 1993. Rechtsdatenbank: [www.bka.ris.gv.at](http://www.bka.ris.gv.at) (=> Landes- und Bundespflegegeldgesetz).

- Sprenger, R.K. (2000): Aufstand des Individuums. Warum wir Führung komplett neu denken müssen; Campus.
- Stadler, P. / Strobel, G. (2000): Psychische Belastungen durch Führungsverhalten; in: *Sichere Arbeit* 6/2000.
- Sturm, Eckhard (2000): Das Salutogenesekonzept; in: *Zukünfte, Zeitschrift für Zukunftsgestaltung und vernetztes Denken*, 9.Jg., Heft 32, S. 17 ff.
- Wenche, Karl (2001): *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz*; Erich Schmidt Verlag.
- Wimmer, Karl (Februar 2001): Stressbewältigung und Gesundheit in Organisationen: Die Herausforderung der Zukunft; in: [www.wimmer-partner.at/aktuell.htm](http://www.wimmer-partner.at/aktuell.htm)
- Wimmer, Karl (Februar 2002): Gesundheitsmanagement in Organisationen; in: [www.wimmer-partner.at/aktuell.htm](http://www.wimmer-partner.at/aktuell.htm)
- Wimmer, Karl (April 2003): Productive Aging - Alter und Leistung in Einklang bringen; in: [www.wimmer-partner.at/aktuell.htm](http://www.wimmer-partner.at/aktuell.htm)
- Wimmer, Karl (August 2003): Gesundes Alter(n) - eine Herausforderung; in: [www.wimmer-partner.at/aktuell.htm](http://www.wimmer-partner.at/aktuell.htm)
- Wimmer, Karl (2003): Arbeitsstress als zentrales Gesundheits- und Organisationsproblem; in: Creutzfeldt, Peter (Hg.): *Die gesunde Organisation*; VDM-Verlag.

## 6 Weiterführende Studien

- Badelt, Christian (WU Wien) über die „Treffsicherheit des Pflegegeldes“; Buchtipps dazu: Kitti Münz: *Alter und Pflege*.
- Equal-Projekt des Sozialökonomischen Institutes in Wien (Ltg. Tom Schmidt).
- Innovatio im Auftrag von Frau LR Dr. Stöger: Befragung von AussteigerInnen aus dem Kreis des diplomierten Pflegepersonals.
- Land OÖ-Umfrage: „Warum lernt jemand Krankenpflege?“ (bezogen auf Landeskrankenhäuser)
- ÖBIG-Studie (Autorin Frau Moritz) zum Thema Schnittstellenproblematik Überleitung vom Krankenhaus in den extramuralen Bereich.
- Österreichische Vereinigung für Supervision (ÖVS): Erhebung zur Situation der Inanspruchnahme und Bedarfe von Supervision in der Altenbetreuung; Herbst 2003.
- Scholta, Margit / Palk, Daniela u.a.: Personalbedarfsabschätzung für die Betreuung und Pflege alter Menschen für Oberösterreich; Sozialabteilung des Landes OÖ; März 2003.
- Verein Gero-Center (Johannes Walli, Christian Neubauer) in Zusammenarbeit mit dem Land OÖ (Sozialabteilung): Umfrage in allen Altenpflege- und Betreuungseinrichtungen in Oberösterreich zu den Bedürfnissen der Pflegepersonen in der Altenarbeit; Herbst 2003.
- Vyslocil, Monika (ehem. Direktorin der Sozialakademie St. Pölten) über „Stressfaktoren in der Pflege“ und über Mobbing.

## 7 Autor

*Mag. Karl Wimmer*. Betriebswirt, Berufs- und Wirtschaftspädagoge; selbständiger Organisationsberater, Trainer, Psychotherapeut, Supervisor und Coach; Arbeitsschwerpunkte in den Bereichen Gesundheits-, Persönlichkeits-, Interaktions- und Organisationsentwicklung.  
 Tel.: 0676 / 38 38 201  
 e-Mail: [karl@wimmer-partner.at](mailto:karl@wimmer-partner.at)  
 Web: [www.wimmer-partner.at](http://www.wimmer-partner.at)

## 8 Anhang: Inhaltsverzeichnis der Gesamtstudie

	Seite
<b>1 Einleitung</b> .....	4
1.1 Zur Studie .....	4
1.2 Vorbemerkung des Verfassers .....	5
<b>2 Strukturdaten</b> .....	6
2.1 Zur Organisations- und Beschäftigtenstruktur der Altenbetreuung und -pflege in Oberösterreich .....	6
2.1.1 Zur Organisationsstruktur der stationären Einrichtungen .....	6
2.1.2 Zur Beschäftigtenstruktur der stationären Einrichtungen .....	7
2.1.3 Mobile Einrichtungen .....	9
2.1.4 Zur Beschäftigtenstruktur in den Mobilen Diensten .....	10
2.2 Zur Frage der Berufstreue versus Fluktuation .....	10
<b>3 Erhebung zentraler Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit am Arbeitsplatz - Faktorenanalyse und -diagnose</b> .....	13
3.1 Theoretischer Hintergrund .....	13
3.1.1 Das Salutogenese-Modell .....	14
3.1.2 Definition Gesundheitsmanagement und Gesunde Organisation .....	17
3.2 Praktische Anwendung - Faktorenanalyse .....	18
3.2.1 Konkrete Arbeit mit den Bewohnern / Klienten .....	20
3.2.2 Umgang mit Angehörigen der Bewohner .....	21
3.2.3 Arbeitsumfang und Arbeitsanforderungen .....	23
3.2.4 Arbeitsumgebung (Räume, Arbeitsmittel etc.) .....	25
3.2.5 Arbeitsorganisation (Arbeitszeiten, Arbeitsaufteilung etc.) .....	27
3.2.6 Möglichkeiten der eigenen Gestaltung (Freiraum) .....	29
3.2.7 Einflussnahme des / der direkten Vorgesetzten .....	30
3.2.8 Einflussnahme der Heimleitung und Verwaltung .....	31
3.2.9 Politische Einflüsse .....	32
3.2.10 Kollegenschaft, Zusammenarbeit, Unterstützung .....	35
3.2.11 Organisationsdynamik (Veränderungen, Informationsfluss etc.) .....	37
3.2.12 Eigene Weiterentwicklung (persönlich, fachlich) .....	38
3.2.13 Bezahlung, Anerkennung (Geld, sonstige Belohnungen) .....	40
3.2.14 Image, Wertschätzung (Öffentliche Meinung etc.) .....	41



<b>4</b>	<b>Berufsbild-Skizze und Vorstellungen über „alternsgerechtes Arbeiten“ in diesem Feld</b> .....	43
4.1	Zur Berufswahlentscheidung (Motive) .....	43
4.2	Wissen und Vorstellungen über den Beruf .....	45
4.3	Besondere Erschwernisse dieses Berufes .....	46
4.4	Besondere Freuden dieses Berufes .....	48
4.5	Zukunftsvorstellungen / Erwartungen („Gesundes Altern“) .....	50
4.5.1	Zukunftsbild (Wunsch) mit 55 / 60 Jahren? .....	50
4.5.2	Realitätserwartung mit 55 / 60 Jahren? .....	52
4.5.3	Erwartete Defizite / Mängel / Einschränkungen .....	53
4.6	Gründe für einen möglichen Ausstieg .....	55
4.6.1	Was könnten Gründe sein, das Berufsfeld wieder zu verlassen?.....	55
4.6.2	Welche dieser Gründe treffen am ehesten zu in der Realität?.....	56
4.6.3	Mögliche Alternativen .....	57
4.7	Idealtypischer Berufsverlauf? .....	59
4.7.1	Theoretischer Hintergrund .....	59
4.7.2	Idealtypischer Berufsverlauf im Feld Altenbetreuung? .....	60
4.8	Versuchte und großteils bereits erreichte Lösungen (Good Practices) ....	61
4.9	Ausblicke - zukünftige Lösungsbedarfe .....	62
<b>5</b>	<b>(Abgeleitete) Thesen / Herausforderungen</b> .....	64
5.1	These 1: „Überalterung der Gesellschaft“ .....	64
5.2	These 2: „Ressourcenverknappung“ .....	67
5.3	These 3: „Gesellschaftliche Werte und Image“ .....	67
5.4	These 4: „Qualifizierung steigern“ .....	67
5.5	These 5: „Reflexion, Beratung und Supervision“ .....	68
5.6	These 6: „Teamarbeit als Herausforderung“ .....	69
5.7	These 7: „Konfliktmanagement verbessern“ .....	69
5.8	These 8: „Abgrenzung der Berufsrollen“ .....	70
5.9	These 9: „Verwalten <u>und</u> Führen“ .....	70
5.10	These 10: „Gesundheitserhaltende Maßnahmen setzen“ .....	70
<b>6</b>	<b>„Verdichtetes“ (Wesentliches im Überblick)</b> .....	72
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	74
<b>8</b>	<b>Weiterführende Studien</b> .....	75