

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märtens**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit; Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf / Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 09/2010

„Arbeitsentlastungen für MitarbeiterInnen im Altenheim - Die Wirksamkeit protektiver Faktoren als gesundheitsfördernder Aspekt in der Integrativen Supervision“*

*Andrea Niessen***, Aachen

* Aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie und“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Supervision“ (wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. H. G. Petzold), Donau-Universität Krems und der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de).

** Der Arbeit liegt die Masterthese der Autorin am Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Donau Universität Krems zugrunde (Betreuer: Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Lic. phil. Lotti Müller, MSc.).

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Wahl des Themas	6
1.2	Begründung der Forschungsarbeit	7
1.3	Ziel und Aufbau der Forschungsarbeit.....	7
2	Das integrative Modell der Protektiven Faktoren und Prozesse, Risikofaktoren und Resilienzen	9
2.1	Risikofaktoren	10
2.2	Protektive Faktoren.....	11
2.3	Resilienzen	14
2.4	Konkrete Fragestellungen in der Integrativen Supervision	19
3	Bilder des Alters	22
3.1	Begriffsdefinition Alter	22
3.2	Das Altersbild bei Pflegekräften.....	23
3.3	Das Altersbild in der Gesellschaft.....	25
3.4	Supervision im Feld der Altenarbeit.....	28
4	Belastungsfaktoren bei MitarbeiterInnen in der Altenpflege.....	30
4.1	Rahmenbedingungen der Berufsbilder in der Altenpflege	30
4.2	Körperliche Belastungen.....	34
4.3	Psychische Belastungen.....	35
4.4	Arbeitszeitbedingte Belastungen	36
4.5	Organisationsbedingte Belastungen	37
4.6	Belastungen durch Einflüsse der materiellen Umwelt und durch Ausscheidungen .	38
4.7	Kritische Lebensereignisse und prekäre Lebenslagen	38
5	Auswirkungen von Belastungen bei MitarbeiterInnen in der Altenpflege	41
5.1	Einschränkungen der Arbeitszufriedenheit	41
5.2	Verweildauer im Beruf und Krankenstand	42
5.3	Aggressionen, Gewalt, gefährliche Pflege	45
5.4	Burn-out	48
6	Gesundheitsförderung im Pflegeberuf	50
6.1	Das Konzept der Salutogenese	50

6.1.1	Das Gesundheits-Krankheitskontinuum	54
6.1.2	Generalisierte Widerstandsressourcen.....	55
6.2	Das integrative Ressourcenkonzept	56
6.2.1	Ressourcen.....	57
6.2.2	Bewältigungsstrategien, Coping, Creating.....	58
7	Präventivmaßnahmen für MitarbeiterInnen in der Altenpflege.....	61
7.1	Veränderungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten in den Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz	61
7.1.1	Präventivmaßnahmen in der Beziehung zu KollegInnen und im Arbeitsklima....	64
7.1.2	Veränderungsnotwendigkeiten in den Beziehungen zu BewohnerInnen	65
7.1.3	Präventivmaßnahmen in den Beziehungen zu Angehörigen.....	66
7.1.4	Veränderung in der Beziehung zu Ärzten und anderen Berufsgruppen	67
7.2	Notwendigkeiten an Fort- und Weiterbildung	68
7.2.1	Anforderungen der Einrichtungen.....	68
7.2.2	Rahmenbedingungen für Fort- und Weiterbildung.....	69
7.3	Supervisorische Ansätze	70
8	Forschungsdesign und empirische Untersuchung	74
8.1	Experteninterviews.....	75
8.2	Die Einrichtung (Altenheim)	76
8.3	Supervisionsgruppe	77
8.4	Seminar.....	80
8.5	Fragebogen.....	84
8.6	Rücklaufquote des Fragebogens	85
8.7	Nachgespräch mit der Einrichtung.....	85
8.8	Empirische Ergebnisse	87
8.8.1	Persönliche und berufliche Rahmenbedingungen	87
8.8.2	Fragen zur Arbeitszufriedenheit.....	90
8.8.3	Fragen zu Ressourcen, protektiven Faktoren, Resilienzen	92
8.8.4	Abfrage nach Bildern des Alters	98
8.8.5	Fragen zur Arbeitsbelastung.....	102

8.8.6	Fragen zu Coping- und Creatingstrategien.....	107
8.9	Bewertung der Ergebnisse.....	109
9	Überprüfung der Hypothesen.....	113
10	Zusammenfassung.....	116
11	Perspektiven und Empfehlungen für die Praxis	120
12	Überlegungen zu weiteren Forschungsfragen	127
	Literaturverzeichnis	129
A.	Anhang - Anschreiben Fragebogen	146
B.	Anhang - Fragebogen für MitarbeiterInnen eines Altenheims zum Forschungsprojekt	148
C.	Anhang - Fragebogen nach der 1. Supervisionssitzung der WohnbereichsleiterInnen	164
D.	Anhang - Fragebogen nach der 6. Supervisionssitzung der WohnbereichsleiterInnen	165

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 8.1 Alter der befragten Personen	87
Abbildung 8.2 Grundberuf der befragten Personen	88
Abbildung 8.3 Arbeitszeit.....	88
Abbildung 8.4 Anzahl Jahre Berufserfahrung der befragten Personen.....	89
Abbildung 8.5 Bewertung der Arbeitszufriedenheit	90
Abbildung 8.6 Bewertung der Faktoren zur Ausgeglichenheit.....	91
Abbildung 8.7 Entwicklung von Kraft/Entlastung/Trost für die berufliche Tätigkeit.....	92
Abbildung 8.8 Verhalten in Stress- und Belastungssituationen.....	93
Abbildung 8.9 Vorhandensein innerer Ressourcen.....	94
Abbildung 8.10 Vorhandensein äußerer Ressourcen	95
Abbildung 8.11 Verhalten/Gedanken vor der Bewältigung einer schwierigen Aufgabe	96
Abbildung 8.12 Verhalten/Gedanken bei Misserfolgen	97
Abbildung 8.13 Das subjektive Erleben des Alters.....	98
Abbildung 8.14 Lernerfahrungen als Kind durch alte Menschen.....	99
Abbildung 8.15 Persönlichkeitsmerkmale alter Menschen.....	100
Abbildung 8.16 Arbeitsbelastungen, körperliche und psychische	102
Abbildung 8.17 Arbeitsbelastungen durch Bedingungen in der Organisation	103
Abbildung 8.18 Arbeitsbelastungen durch Einflüsse der materiellen Umwelt	104
Abbildung 8.19 Abfrage von Gefühlen/Verhalten in Stresssituationen.....	106
Abbildung 8.20 Bewältigungsstrategien	108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 8.1 Geschlecht der befragten Personen.....	87
Tabelle 8.2 Anzahl tatsächlich geleisteter Arbeitsstunden (pro Woche)	89
Tabelle 8.3 Ursachen von Kompetenzgefühlen in Belastungssituationen	104
Tabelle 8.4 Burn-out.....	105
Tabelle 8.5 Krisen in der Berufstätigkeit.....	107
Tabelle 8.6 Abfrage des eigenen Gesundheitszustandes.....	108
Tabelle 8.7 Erfahrung mit Supervision	109

1 Einleitung

1.1 Wahl des Themas

Professionelle Helfer in der Altenarbeit sind einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Neben einer starken körperlichen Beanspruchung, z. B. durch das Heben, Drehen und Lagern schwer Pflegebedürftiger, treten auch erhebliche psychische Belastungen durch die Konfrontation mit Krankheit, Tod und Sterben und den Umgang mit psychisch veränderten, insbesondere demenzkranken Bewohnern auf.

Für diese Belastungsfaktoren haben Pflegekräfte bereits während ihrer Ausbildung kaum Bewältigungs- und Handlungsstrategien vermittelt bekommen. Oft sind Pflegekräfte einsam, isoliert und gesellschaftlich, wie auch die von ihnen Betreuten, „die Alten“, wenig anerkannt. Die MitarbeiterInnen in der Altenpflege partizipieren an der Welt der Abgeschobenen, Abgeschriebenen; trifft doch die Stigmatisierung der „Alten“ auch die Einrichtungen der Altenarbeit und deren MitarbeiterInnen. Dies drückt sich in Bezahlung und Sozialprestige aus und die Folgen sind für beide Gruppen der Betroffenen nachteilig: für die alten Menschen und für das Personal (Petzold 1991j).

Durch meine Erfahrung als Supervisorin im Feld der Altenhilfe und durch die langjährige Leitung einer staatlichen Altenpflegeschule und eines Fort- und Weiterbildungsbereiches für Gesundheitsberufe habe ich zahlreiche angehende und ausgebildete Pflegekräfte kennen gelernt. In der Gruppe von Pflegekräften gibt es immer wieder MitarbeiterInnen, die belastende Aspekte am Arbeitsplatz unbeschadet überstehen, während andere in Phasen starker beruflicher Belastung krank werden, „innerlich kündigen“ oder aus ihrem Beruf aussteigen, Burn-out-Phänomene entwickeln und schlimmstenfalls dazu neigen, „gefährliche Pflege“ aus Überlastung durchzuführen.

Bestimmte Umstände verleihen ersteren die Kraft, Probleme, die in „Krisen“ und „Herausforderungen“ entstehen, zu meistern und gestärkt aus ihnen herauszugehen. Andere hingegen werden depressiv oder sind psychisch überfordert und benötigen professionelle Hilfe. Zuweilen sind auch Traumatisierungen möglich.

Mit Hilfe der Integrativen Supervision, die mit ihren gesundheitstheoretischen Konzepten (Ostermann 2009) schützende und stützende Wirkung für Menschen in „bedrohten Entwicklungen“ oder „prekären Lebenslagen“ (Petzold 1991j, 2002h) bereit stellen kann, lassen sich Schutzfaktoren, so genannte „protektive Faktoren“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Müller, Petzold 2003), herausarbeiten und entwickeln. Protektive Faktoren sind Kraftquellen, die Menschen in Problem- oder Belastungssituationen bzw. Krisen helfen, diese zu meistern und gestärkt aus ihnen herauszugehen (ebenda).

Insbesondere im Arbeitsfeld Altenpflege, das durch eine Vielzahl von Belastungsfaktoren gekennzeichnet ist, helfen protektive Faktoren den Pflegekräften, gesund zu bleiben und eine professionelle berufliche Kompetenz und Performanz zu beweisen.

Die Wirksamkeit protektiver Faktoren als gesundheitsfördernder Aspekt in der Integrativen Supervision für MitarbeiterInnen in der Altenpflege ist Gegenstand meiner Untersuchung.

1.2 Begründung der Forschungsarbeit

Altenpflegekräfte sind mehr denn je einem wirtschaftlichen Druck ausgesetzt, denn seit Einführung der Pflegeversicherung stehen den knapperen finanziellen Ressourcen ungünstigere personelle Ausstattungen in den Einrichtungen der Altenpflege gegenüber (Zimber, Albrecht, Weyerer 2000). Die erhöhte körperliche und psychische Beanspruchung im Arbeitsfeld der Altenpflege kann sich negativ auf den Gesundheitszustand, die Arbeits- und Verbleibmotivation und auf die durchgeführte Pflegequalität der Pflegekräfte auswirken.

Mit meiner Masterarbeit am Zentrum für Psychosoziale Medizin an der Donau-Universität Krems im Fachbereich Supervision und Coaching möchte ich einen Beitrag dazu leisten, das Potential der Gesundheitsförderung in der Integrativen Supervision im Rahmen der Wirksamkeit protektiver Faktoren zu beleuchten.

Aus den Ergebnissen meiner Umfrage lassen sich Ansatzpunkte für mögliche Präventionsmaßnahmen ableiten und Empfehlungen für die Praxis, das heißt für die Träger von Altenpflegeeinrichtungen, ausarbeiten.

1.3 Ziel und Aufbau der Forschungsarbeit

Die Arbeit gliedert sich in 12 Kapitel. Den theoretischen Ausführungen zum Integrativen Modell der protektiven Faktoren und Prozesse, Resilienzen und Risikofaktoren und der Betrachtung von Bildern des Alters aus unterschiedlichen Perspektiven schließe ich die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit an, die sich wie folgt skizzieren lassen:

- Welche Belastungsfaktoren entstehen bei MitarbeiterInnen im pflegerischen Arbeitsfeld?
- Welche protektiven Faktoren halten Pflegekräfte trotz starker beruflicher Belastungen gesund?

- Wie können gesundheitsschädigende Faktoren im Arbeitsfeld Altenpflege reduziert werden und welche Möglichkeiten der Entlastung bieten sich an?
- Wie gelingt die Förderung und Aktivierung protektiver Faktoren in der Supervision und welche Konzepte hat dabei gerade die Integrative Supervision im Feld der Altenpflege anzubieten?

Die formulierten Hypothesen (s. Kap. 8) entwickelten sich aus den durchgeführten Experteninterviews, dem entwickelten Fragebogen, der supervisorischen Arbeit mit einem Team von sechs WohnbereichsleiterInnen über einen Zeitraum von sieben Monaten und zwei Fortbildungsangeboten zum Thema „Stressbewältigung in der Altenpflege - Möglichkeiten zur Psychohygiene am Arbeitsplatz“, die ich im selben Altenheim, in dem ich die Supervisionsgruppe leitete, anbot.

Diese Forschungsarbeit hat zum Hauptziel, die auf der Theorieebene erarbeiteten Hypothesen durch die empirischen Ergebnisse aus den Fragebögen zu verifizieren oder zu falsifizieren.

Ein sekundäres Ziel meiner Arbeit ist es, in der Praxis Altenpflegeeinrichtungen für die Supervision zu sensibilisieren. Fachgerechte und durch einen feldkompetenten Supervisor durchgeführte Supervision kann ein wertvolles Instrument zur Qualitätssicherung sein (Petzold et al. 2005, Brühlmann-Jecklin 2006).

2 Das integrative Modell der Protektiven Faktoren und Prozesse, Risikofaktoren und Resilienzen

Bewahre mich vor dem naiven Glauben,
es müsste im Leben alles gelingen.
Schenke mir die nüchterne Erkenntnis,
dass Schwierigkeiten, Niederlagen, Misserfolge,
Rückschläge eine selbstverständliche Zugabe
zum Leben sind, durch die wir wachsen und reifen.

(Antoine de Saint Exupéry, zit. in Gruhl 2008)

MitarbeiterInnen im Altenpflegerischen Beruf sind einer Vielzahl von belastenden Faktoren ausgesetzt. Manche von ihnen gehen mit Belastungen der Arbeitswelt in angemessener Weise um und erhalten so ihre psychische Gesundheit, andere zerbrechen daran.

Warum Menschen, die unter gleichen oder ähnlichen widrigen Umständen leben bzw. arbeiten, die vergleichbare negative Lebensereignisse „critical life events“ (Filipp 1990) bewältigen mussten oder müssen, nicht die gleichen Reaktionen zeigen, ist die zentrale Fragestellung in der Resilienzforschung, zu welcher hier ein Beitrag geleistet wird.

Bestimmte Umstände, Gegebenheiten können Kräfte verleihen, um Probleme, die in „Krisen“ und „Herausforderungen“ entstehen, zu meistern und gestärkt aus ihnen herauszugehen. Menschen, die solche Kräfte nicht entwickeln konnten, können depressiv, traumatisiert werden oder sind psychisch überfordert, müssen psychotherapeutisch behandelt oder psychologisch beraten werden.

Pflegekräfte, die in Überlastungskrisen geraten, gehen Gefahr, „innerlich“ oder tatsächlich zu kündigen, oder schlimmstenfalls gefährliche Pflege durchzuführen, die gekennzeichnet ist durch körperliche, psychische oder soziale Schädigung der zu pflegenden Person.

In der Integrativen Supervision wird ein sehr umfassender Ansatz geboten, der neben den beruflichen Belastungen auch Stärken und Entwicklungschancen in den Prozess einbezieht. Hier wird mit gesundheitstheoretischen Konzepten gearbeitet und geforscht, insbesondere mit dem Paradigma der „protektiven Faktoren“, die auch in „bedrohten Entwicklungen“ und „prekären Lebenslagen“ schützende und stützende Wirkungen für Menschen und ihre sozialen Netzwerke bieten und die Wirkung von „Risikofaktoren“ und „widrigen Lebensereignissen“ abzapfen können - in der Kindheit und Jugend aber auch im Erwachsenenleben und im Alter (Petzold et al. 1993, Lorenz 2005)

Durch den Begriff und das Konzept der Resilienz, der „psychologischen Widerstands-fähigkeit“, wird zu erfassen versucht, was Menschen in belastenden Situationen gesund hält, und es interessiert in diesem Zusammenhang, welche so genannten „protektiven Faktoren“ vorzufinden oder zu entwickeln sind (Müller, Petzold 2003), um Resilienz zu fördern.

2.1 Risikofaktoren

Die Pflege alter Menschen nimmt in der heutigen Zeit einen hohen Stellenwert ein. MitarbeiterInnen dieses Arbeitsbereiches stehen unter eklatanten psychischen und physischen Beanspruchungen. Da mittelfristig nicht mit einer nennenswerten Veränderung der finanziellen und vor allem personellen Rahmenbedingungen in der Altenhilfe gerechnet werden kann, gilt es, Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz der PflegemitarbeiterInnen zu erarbeiten und in der Praxis umzusetzen.

Als berufstypische Beanspruchungsreaktionen werden in Untersuchungen (Petzold 1993g, Zimmer 1999) immer wieder vor allem Burn-out, psychische Beeinträchtigungen, körperliche Beschwerden und eine hohe Mitarbeiterfluktuation thematisiert. Typische Belastungsfaktoren sind dabei der Umgang mit schwerkranken und psychisch auffälligen BewohnerInnen, hoher Zeitdruck sowie Defizite in den Organisationsstrukturen. In Anbetracht der derzeitigen Situation in Heimen und der Überlastung der MitarbeiterInnen ist oftmals das Pflegepersonal durch ihre eigene Burn-out-Problematik zu einer emotionalen Unterstützung der BewohnerInnen nicht in der Lage. AltenpflegeheimbewohnerInnen sind häufig Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Diese sind in emotionalen Belangen sehr empfindsam. Soziale Beziehungen sind auch im Alter von großer Bedeutung und beziehen sich nicht nur auf instrumentelle Hilfen, sondern insbesondere auf eine emotionale Unterstützung. Gerade für demenziell Erkrankte ist eine möglichst gute Lebensqualität ausschlaggebend für das Wohlbefinden und den Krankheitsprozess. Unterstützung als Zuwendung wird generell von dementen BewohnerInnen wahrgenommen und als Wohltat erlebt (Oppikofer et al. 2002). Aufgrund des Personalmangels müssen die MitarbeiterInnen ständig unter Zeitdruck arbeiten und ihre Erholungsphasen werden immer kürzer. Erschwerend kommt hinzu, dass Pflege und Betreuung von alten Menschen allgemein ein hohes Maß an Verantwortung erfordert und die Tätigkeiten und Maßnahmen genau durchgeführt werden müssen. Dabei sollen die Mitarbeiter beispielsweise gleichzeitig die Bedürfnisse der Bewohner berücksichtigen, Maßnahmen der Ärzte exakt durchführen und administrative Verordnungen befolgen (Hirsch 1983).

Im Altenpflegebereich können sich ohne ausreichende Begleitung, ohne Supervision, ohne entlastende Teamgespräche, ohne erfahrene Anleitung zum sorgfältigen Umgang mit sich selbst, mit der eigenen Seele und zur Sorgfalt im Umgang mit der Seele der Patienten oder HeimbewohnerInnen (Petzold 1993g) Be- und Überlastungsreaktionen bis hin zu Burn-out-Phänomen entwickeln, die sich negativ auf die Gesunderhaltung der Pflegekräfte aber auch auf die Pflegequalität der Versorgung der alten Menschen auswirken. Zeittextendierte Stresssituationen in der Arbeit können zu Überlastungsreaktionen (strain) führen (Angespanntheit, Ermüdung, Reizbarkeit, Übellaunigkeit, psychosomatische Symptome), insbesondere,

wenn Überforderung auf vorhandene Vulnerabilität und zu geringe Ressourcen (an seelischer Tragfähigkeit, psychischer Belastbarkeit, sozialer Entlastung, professioneller Kompetenzen) trifft. Fehlen Entlastungsmöglichkeiten z. B. durch mehr Personal, Supervision, Fort- und Weiterbildung, kann es zu negativen, dysfunktionalen Bewältigungsformen kommen. „Je schlechter MitarbeiterInnen ausgebildet sind, d. h. auch für ihre Tätigkeiten ausgerüstet sind, desto anfälliger sind sie für Burn-out-Reaktionen. Sie fühlen sich ständig inkompetent“ (Petzold 1993g, 168). Die Folge ist emotionale Erschöpfung, d.h. die Entwicklung von „Gefühlen, durch Kontakt mit anderen Menschen emotional überanstrengt und ausgelaugt zu sein“. Diese Depersonalisation äussert sich z.B. in gefühllosen und abgestumpften Reaktionen auf die BewohnerInnen, die EmpfängerInnen der Dienste und Fürsorge (ebenda). Dadurch kann sich ein Gefühl der Sinnlosigkeit entwickeln, das sich auf alle Lebensbereiche generalisieren kann.

Manchen MitarbeiterInnen in der Altenpflege gelingt es, nach Feierabend die Belastungen des Arbeitsalltages abzuspalten; oftmals werden jedoch die Probleme am Arbeitsplatz mit in den persönlichen privat-familiären Bereich mitgenommen, was sich pathologisierend auf die Identitätssäule „Arbeit und Leistung“ (Petzold 2007a, 290) auswirken kann. Arbeit und Leistung ist ein wichtiger Bereich der Identität und bedeutsam für die Lebenszufriedenheit und damit letztlich für die körperliche, seelische und geistige Gesundheit des Menschen (Petzold 2003a). Der Fülle der Anforderungen, qualitativ gute Pflege der zu versorgenden PatientInnen durchzuführen, stehen meistens zu wenige institutionelle Ressourcen, d. h. zu wenig Personal, Anleitung, Material, funktionale Baulichkeit aber auch zu wenige private Ressourcen (persönliche Fähigkeit, Kompetenz, Lebenserfahrung, Belastungsfähigkeit, Ichstärke) gegenüber. Somit mangelt es dieser Pflegekraft an beruflichen Fertigkeiten, d. h. an professioneller Performanz (Fachkenntnis z. B. über Pflorgetechniken, Aktivierungsmethoden). Ein hoher persönlicher Anspruch zur Aufgabenerfüllung, die Motivation zu helfen, gute Arbeit zu machen, menschlich integer zu sein in Kombination mit den sehr hohen Anforderungen und der sehr knappen Ressourcenlage im Feld der Altenhilfe verhindern eine Ableistung der gestellten Aufgaben, was zu einem Kontrollverlust führen kann. MitarbeiterInnen geben dann häufig auf, beschränken sich auf ein reduziertes Engagement und Minimallösungen und so kommt es zum Phänomen der „erlernten Hilflosigkeit“ (Seligman 1999), welches die Bewältigungsversuche bei neu auftretenden Problemen beeinträchtigt.

Diese Faktoren verhindern Erfolgserlebnisse bei der Arbeit, mindern das Kompetenz- und insgesamt das Selbstwertgefühl, und so kommt es zum Überforderungserlebnis (Petzold 1993g).

Die Gegenkraft zu Risikofaktoren sind protektive Faktoren (Müller, Petzold 2003, 17). Sie werden im nächsten Kapitel näher beschrieben:

2.2 Protektive Faktoren

Die Auswirkungen von multiplem Stress und zeitextendierten Be- bzw. Überlastungen (Petzold 1991k) sind für Altenpflegepersonal noch wenig untersucht worden, und auch über spezifische protektive Faktoren (Petzold et al. 1993), denen bei der Burn-out-Prophylaxe große Bedeutung zukäme, weiß man kaum etwas.

Überforderung und fehlender support haben Folgen (Petzold 1993g, 164), denn Be- und Überlastungen im Altenpflegerischen Arbeitsfeld führen nicht selten zu psychosomatischen Erkrankungen, Unausgeglichenheit, Aggressivität etc. (Bermejo, Muthny 1994, 34). Solche Situationen können als Krisensituationen bezeichnet werden. Die Integrative Therapie, die ein an der Lebenslaufperspektive, am ‚life span developmental approach‘ orientiertes Verfahren ist, sieht in der Betrachtung von ‚Schutzfaktoren‘, wie sie die klinische Entwicklungspsychologie (Petzold 1994j, Petzold et al. 1993, Oerter 1999) erarbeitet hat, nicht nur für die kindliche Entwicklung, sondern auch für die Entwicklung im Erwachsenenalter eine Einflussgröße von grundlegender Bedeutung für das menschliche Leben.

Im Integrativen Ansatz wird von Müller/Petzold (2003, 2) die These vertreten, dass gelingende Entwicklungsprozesse durch protektive Faktoren, also Schutzfaktoren, Gesundheit und Wohlbefinden, Vitalität und Resilienz, eine psychische Widerstandsfähigkeit fördern. Solche gelingenden Entwicklungsprozesse zu ermöglichen ist u. a. ein Ziel der Integrativen Supervision. Durch protektive Faktoren können Krisen, Be- oder Überlastungsphasen gemeistert werden, sodass ein Wachstumsprozess einsetzen kann und nützliche Lernerfahrungen für künftige Schicksalsschläge entwickelt werden.

Doch was sind protektive Faktoren, wie gelingt ihre Förderung und Aktivierung in der Integrativen Supervision und wie können insbesondere MitarbeiterInnen im Arbeitsfeld Altenpflege die Mobilisation protektiver Faktoren bewirken?

Im Konzept des Integrativen Ansatzes definieren Müller/Petzold (2003, 9 revid. nach Petzold et al. 1993, 185) protektive Prozesse und die darin wirkenden Schutzfaktoren wie folgt:

„Protektive Faktoren sind einerseits –

internal –

Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, Bewältigungsleistungen und Selbstwirksamkeitserlebnisse, die zu Resilienzen geführt haben, andererseits –

external –

spezifische und unspezifische Einflussgrößen des sozioökologischen *Mikrokontextes* (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung), *Mesokontextes* (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und *Makrokontext* (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armuts- bzw. Krisenregion), die im Prozess ihrer Interaktionen miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken und Schädigungen für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluss adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als *salutogene* Einflussgrößen die Selbstwert und Kompetenzgefühle und -kognitionen und Bewältigungsperformanz des Subjekts sowie die Ressourcenlage und „supportive Valenz“ *sozioökologischer Kontexte* (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), so dass persönliche

Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden“ (Petzold et al. 1993, 185).

Die hier beschriebenen protektiven Faktoren können durch supervisorische Interventionen analysiert und mobilisiert werden, denn Petzold betont, dass protektive Faktoren in protektiven Prozessen zur Wirkung kommen (ebenda), und als solche ist die Integrative Supervision zu sehen. Supervisorische Interventionen sind stets auf eine Förderung der sozialen Integration durch Stabilisierung der Lebenssituation und auf eine Stützung der Persönlichkeit, ihrer historisch gewachsenen Identität und ihrer Zukunftsentwürfe gerichtet. Ein weiterer Faktor für supportive psychosoziale Interventionen ist das Netz sozialer Sicherungen (Familie, Freunde, professionelle Hilfsangebote, etc.). Das Vorhandensein sozialer Sicherungen und das Wissen um diese sind für die Betroffenen im Hinblick auf ihre Kontrollüberzeugungen, ihre Erwartungen und ihre persönliche Stabilität von Einfluss. Die Ermöglichung einer positiven Sicht der Hilfsmaßnahmen wird zu ihrer Akzeptanz und ihrem Gelingen wesentlich beitragen. Gelingen die supportiven Interventionen, können protektive Faktoren und Ressourcen bereitgestellt und somit Gesundheit und Wohlbefinden gefördert werden. Somit kann Krankheit eher vermieden oder bewältigt und Resilienzen, d. h. psychische Widerstandskräfte gebildet werden. Es treten vermehrt positive Selbstgefühle auf und negative Selbstgefühle werden vermindert (Petzold 1992b, Müller, Petzold 2003, 12).

„Protektive Faktoren führen damit zu einer Elastizität und Anpassungsfähigkeit in widrigen und bedrohlichen Situationen. Eine solche Kompetenz für Bewältigung und Problemlösung ergibt sich also durch vielfältige Faktoren und Prozesse, die im Lebensvollzug zum Tragen kommen“ (Petzold et al. 1993, 184), denn „protektive Faktoren sind als externale, entwicklungsfördernde Einflüsse zu sehen, die von Säuglingszeiten an über die gesamte Kindheit und Jugend für den Entwicklungsprozess charakteristische Genexpressionen fördern, z. B. in »sensiblen Phasen« (z. B. in der prosodisch-interaktiven oder sprachsensiblen Phase) dafür sorgen, dass die „Genregulation“ in dem Umwelt und Genetik verschränkenden Entwicklungsprozess ungestört verläuft. Im weiteren Lebensverlauf puffern sie Überlastungsprozesse so ab, dass keine strukturschädigenden Belastungen, etwa durch Hyperstress, traumatischen Stress - eintreten, sondern sich Widerstandskräfte (Resilienzen) bilden, bzw. sie wirken in unbelasteten Situationen des normalen Lebens fördernd, dass sich positive Entwicklungsdynamiken entfalten können“ (Petzold 2000h, Müller, Petzold, 2003, 7).

In der Integrativen Supervision ist es u. a. ein Ziel, Gesundheit und Krankheit, d. h. die Persönlichkeit eines Menschen hier und jetzt und seine Zukunftsperspektive adäquat zu verstehen. Hier müssen dann Risiko- und Schutzfaktoren, pathogene und salutogene Einflüsse (s. Kap. 6) und ihre Kontexte untersucht werden (Petzold 2003a, 574, 1990e).

In den „protektiven Prozessen“ ist entscheidend, dass diese nicht nur Verminderung, Ausgleich und Kompensation von Risiken betonen, sondern interventionsorientiert die Förderung und Verstärkung positiver Einflüsse in den Blick genommen wird (Petzold et al. 1993). Gelingende Entwicklungsprozesse und gelingende Supervision können durch Bereitstellung und Entwicklung protektiver Faktoren Gesundheit und

Wohlbefinden, Vitalität und Resilienz fördern (Müller, Petzold 2003), denn „protektive Faktoren/-prozesse sind *e x t e r n a l e* Einflüsse (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen) und *i n t e r - n a l e* Einflüsse (z. B. kognitive und emotionale Kompetenzen, Wissensressourcen), die im *Entwicklungsgeschehen* und *Lebensverlauf* ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke (d. h. auch der damit verbundenen kognitiven, emotionalen, volitionalen Muster/Schemata) gewährleisten. Sie puffern neurobiologisch und immunologisch belastende/überlastende Außeneinflüsse (z. B. Hyperstress) ab bzw. unterstützen Bewältigungsleistungen (*coping*) und/oder das Finden/Gestalten neuer Lösungen (*creating*), sodass sich keine dysfunktionalen Bahnungen ausbilden, sondern vielmehr Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen ausgeprägt werden (d. h. auch damit entstehende kognitiv-emotional-volitionale „Landkarten“ und Prozessmuster/Narrative), durch die eine besondere *Belastungsfähigkeit (robustness)* oder effektive *Bewältigungsmuster (coping ability)* bzw. eine besondere Gestaltungskompetenz (*creating potential*) gewonnen wird. Ein solches komplexes Ereignis protektiver Einwirkungen kann aus neurobiologischer Sicht als „Resilienz“ bezeichnet werden, die dann als ein *i n t e r n a l e r* „protektiver Faktor“ zur Verfügung steht und die Effekte schon vorhandener *i n t e r n a l e r* und hinzukommender *e x t e r n a l e r* Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt“ (Petzold 2000h).

2.3 Resilienzen

Unter Resilienz (von *lateinisch resiliere* = „zurückspringen, abprallen“, deutsch etwa Widerstandsfähigkeit) wird die Fähigkeit verstanden, auf die Anforderungen wechselnder Situationen flexibel zu reagieren und auch stressreiche, frustrierende oder sonst wie schwierige Lebenssituation zu meistern.

In seiner ursprünglichen Bedeutung bezeichnete der Begriff der Resilienz die Elastizität oder Geschmeidigkeit einer Substanz (physikalische Prallkraft) oder eines Organs (Belastungsfähigkeit, Spannkraft) (Müller, Petzold 2003,3).

In der Resilienzforschung bei Kindern wurde entdeckt, dass bei manchen eine besondere Widerstandskraft und Elastizität gegenüber widrigen Lebensereignissen und -umständen vorzufinden war. Spätere Untersuchungen und Entwicklungen erweiterten den Begriff um eine neue Bedeutung, nämlich die Fähigkeit, sich nach Krankheit, Veränderung und Unglück schnell zu erholen.

Rutter (1990) definierte Resilienz als „den positiven Pol unter den verschiedenen Reaktionen von Individuen auf Stress, wobei der negative Pol die individuelle Verwundbarkeit, die Anfälligkeit, die *Vulnerabilität* sei“ (Müller, Petzold 2003, 3).

Resilienz sei nicht einfach gegenüber bestimmten oder gar allen belastenden Ereignissen vorhanden, sondern nur dann, wenn in gerade zu diesem Zeitpunkt, in dieser Lebensphase in diesem Umfeld und Kontext auf dem Hintergrund der eigenen, individuellen Bewältigungsbiographie der Mensch über genügend protektive internale und externale Faktoren und Abwehrkräfte verfügt und er diese auch mobilisieren kann

(ebenda, 4).

Als Beispiel seien hier die Geschwisterkonstellationen genannt. Oftmals berichteten mir SupervisandInnen von ihrer Rolle in Bezug auf die Geschwister. Personen, die mit einer Reihe von Geschwistern aufgewachsen sind und sorgende Aufgaben für die Geschwister übernehmen mussten, berichteten oftmals, dass Stresssituationen im Stationsalltag sie nicht besonders in Hektik versetzten: „Ich bin mit 10 Geschwistern aufgewachsen und musste früher immer alles organisieren und regeln, von daher lasse ich mich nicht aus der Ruhe bringen“ so die Aussagen einer Pflegekraft.

Resilienz wird entweder prozesshaft betrachtet (Rutter), sie gilt dann als genetisch disponiert und lebensgeschichtlich erworben, oder sie wird als ‚Trait‘, bzw. als Konstellation von bestimmten Traits, als Charakterzug, als Persönlichkeitsmerkmal gesehen. Als ‚Traits‘ wäre sie in etwa gleichzusetzen mit internalen protektiven Faktoren, wie sie oftmals bei resilienten Menschen gefunden oder ihnen zugewiesen werden (Untersuchungen von Garmezy 1993, Petzold/Müller 2001, Beardslee & Podorofsky 1988, Rabkin et al. 1993), diese sind zum Beispiel: Eine eher überdurchschnittliche Intelligenz, breit gestreute Interessens- und Aktivitätsgebiete, ein aktiver, engagierter Lebensstil, self-reliance (Glaube an sich und seine Fähigkeiten), Unabhängigkeit, eine positive Lebensanschauung, Flexibilität im Umgang mit Veränderung, sowie gute Beziehungen zu engen Vertrauten, Reflexionsfähigkeit, die Fähigkeit zur Exzentrizität und starke externe Unterstützung, d. h. mind. eine Person, die fürsorglich und emotional zugänglich erlebt wurde oder wird.

Andere Überlegungen sind, ob die Faktoren, die Resilienz ausmachen, nicht eine Kompensations- oder Anpassungsleistung ist, die im Falle von Belastung zum Zuge kommt. Herausragend ist jedoch die Frage, wodurch jemand vor überlastendem Stress (traumatic stress (traumatische Belastungsstörung), hyperstress (Überforderung), daily hassles (kleinere, alltägliche Unannehmlichkeiten und Ärgernisse, Mikrostressoren des Alltags; bei der Arbeitsausführung z.B. verschlissenes Arbeitsmaterial, unvollständige Angaben auf einem Auftragszettel, die die Arbeitsausführung behindern) geschützt wird.

Phänomene, wie sie in Resilienzprozessen differentiell, d. h. je nach Belastungssituation und persönlicher Lebenslage zur Wirkung kommen und die unter dem Begriff Resilienz zusammengefasst werden, nennt Petzold (1995a) *Resilienzfaktoren*.

Er stellt folgende „Faktoren“ (ähnlich wie die protektiven Faktoren und Prozesse, vgl. Petzold et al. 1993, s. hier Kap. 2.2) in ein prozessuales Geschehen, d. h. sie sind „Dimensionen“ in den hochkomplexen Interaktionen mit der Umwelt:

Diese Faktoren, die ursprünglich für die Integrative Kindertherapie herausgearbeitet wurden (Petzold et al. 1993), sind auf das Feld der Altenpflege zu übertragen. Ich verbinde sie mit passenden Aussagen von Pflegekräften:

1. eine hereditäre , d. h. vererbte Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet („meine Eltern waren schon immer fleißig, wer feiert,

kann auch arbeiten, ich bin auch sehr belastbar“)

2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen („bei Stress spreche ich mit vertrauten Personen, nehme ich mir Auszeiten“)
3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen („ich weiß, es kommen wieder bessere Zeiten“, „es muss immer weiter gehen, es geht immer weiter“)
4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz / Performanz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten („ich arbeite der Sache wegen, halte mich nicht an Nebenschauplätzen auf“)
5. die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass die Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar sind („Augen zu und durch, ohne einen Schaden zurückzubehalten, lasse nichts zu nah an mich ran“)
6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen mobilisieren („spreche mit KollegInnen, Vorgesetzten, Partner, Familie, Freundeskreis über meine Belastungen“).

Wenn die als Resilienz beobachteten und gewerteten Phänomene nicht als eine positive Adaptierung gesehen werden können, kann es sich um eine sog. „Numbing-Reaktion“ (to numb: betäuben, gefühllos machen) im Sinne einer emotionalen Erstarrung, Abstumpfung oder Vergleichgültigung handeln, wobei dadurch neurobiologisch das Depressionsrisiko oder das der psychosomatischen Reaktionsbildung steigen kann. Die funktionale Reorganisation neuronaler Verschaltungsmuster, die eine wichtige Grundlage für eine funktionale Resilienz bildet, hat dann in diesem Falle nicht stattgefunden (Müller, Petzold 2003, 6).

Als Beispiel ist die Altenpflegekraft zu nennen, die grundsätzlich eine ablehnende Haltung dem Beruf, aber auch jeglichen Vorgesetzten gegenüber hat und deshalb abgestumpft und missmutig in Erscheinung tritt. In Krisen oder Stresszeiten, sind immer andere die Verursacher bzw. die Schuldigen. Der Beruf wird nur noch als Belastung gesehen; häufige Krankheitsphasen oder Suchtmittelmissbrauch (vor allem Nikotin, Alkohol) habe ich bei diesen Personen beobachten können.

Im Integrativen Ansatz, der als interventionsorientiert gilt, wird Resilienz wie folgt definiert: „Widerstandskräfte, die aufgrund submaximaler, *bewältigbarer* Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, ausgebildet werden konnten. Sie haben eine Art ‚psychischer Immunität‘ gegenüber erneuten, ähnlich gearteten Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die *Bewältigungskompetenz* des Subjekts bei Risiken und bei ‚stressful life events‘“ (Petzold et al. 1993a).

Mit Resilienz bezeichnet man also die psychologische bzw. die psychophysiologische Widerstandsfähigkeit, die Menschen befähigt, psychologische und psychophysische Belastungen (stress, hyperstress, strain) unbeschädigt auszuhalten und zu meistern (Müller, Petzold, 2003, 2). Nach Petzold resultiert sie aus

Bewältigungs- und Adaptionprozessen, die durch Erfahrungen von praktischen Hilfen und unterstützenden Ressourcen herausgebildet werden konnten. Genetisch disponierte oder lebensgeschichtlich erworbene oder verstärkte Vulnerabilitäten werden herabreguliert, Vitalität und Kreativität wird bestärkt, sodass es zu erfolgreichen Bewältigungsleistungen kommt, die wiederum Resilienzen bekräftigen.

Supervision trifft häufig auf Pflegekräfte in „prekären oder desaströsen Lebenslagen“ (Petzold 2000h), in denen die Supervisoren mit **Problemen** (als krisenhaften Belastungen, Störungen mit Krankheitswert und/oder Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen), mit **Ressourcen/Ressourcenmangel** und mit **Potentialen/Potentialdefiziten (PRP)** der SupervisandInnen konfrontiert werden. Aus dem PRP-Status ergeben sich Ziele, Methoden, Techniken, Interventionen.

Dem Erfassen von Ressourcen, faktisch potentiell belastenden und protektiven Faktoren sowie vorhandenen Resilienzen kommt im Rahmen der „prozessualen Diagnostik“ eine wichtige Rolle zu. Resilienz fördern, protektive Faktoren auffinden und nutzen, sind Maßnahmen, die im supervisorischen Prozess Akzente auf „Salutogenese“ und protektive Prozesse setzen (Antonovsky 1979, Lorenz 2004). So kann angestrebt werden, dass vorhandene externale Ressourcen und Schutzbedingungen mobilisiert oder neu erschlossen und bereitgestellt werden, dass internale protektive Mechanismen („innere Beistände“, soweit sie vorhanden sind) gestützt und bekräftigt und in der Supervision erarbeitet oder verfügbar gemacht werden können (Petzold 1995a, 198).

Für die Zielgruppe der Beschäftigten im Pflegebereich heißt dies folglich, dass in deren Belastungssituationen in Supervision aktiv gesucht und gegebenenfalls bereitgestellt werden muss, was sie in der jeweiligen Situation noch benötigen. Es darf nicht alleine auf das Vorhandensein internaler und externaler Schutzfaktoren gehofft und auf deren Wirksamkeit vertraut werden. Welche internalen und externalen Faktoren helfen können, arbeitsbedingte Belastungen abzupuffern, hängt von den jeweiligen Gegebenheiten ab und muss für jede Pflegekraft ressourcendiagnostisch ermittelt werden: Pflegekräfte mit hoher Resilienz haben aufgrund ihrer Ausstattung und Lerngeschichte einen guten Zugang zur positiven Erweiterung ihres Bewältigungsskripts. Den Menschen, denen Resilienzen weitgehend fehlen, stehen sicherlich schlechtere Voraussetzungen zur Verfügung, positive Krisenbewältigungsmechanismen für sich zu entwickeln. Für diese Zielgruppe muss daher in besonderer Weise auf die Bereitstellung externaler Schutzfaktoren geachtet werden, um ein erfolgreiches Coping und damit einen Zuwachs an internalen protektiven Faktoren zu bewirken (Resilienzyklus) (Sange 2005). In diesem Resilienzyklus-Modell, das Resilienzen auch als neurobiologisches Geschehen auffasst, bewirken protektive Faktoren durch das Abpuffern von Risiken die Ausbildung von Resilienzen, die bei erneuter Belastung dem Subjekt als „internale protektive Faktoren“ zur Verfügung stehen. Bei weiteren Bewältigungsleistungen, die erfolgreich durchlaufen wurden, wird eine effektivere Nutzung externaler Schutzfaktoren wahrscheinlich (Müller, Petzold 2003, 9).

Die vorangestellten Erkenntnisse zu protektiven Faktoren und Resilienzen können in Interventionen der integrativen Supervision zur Anwendung kommen und von Nutzen sein. Es besteht aber die Notwendigkeit,

sie mit verschiedenen weiteren Bereichen, Theorien und Praxeologien in Verbindung zu bringen, damit supervisionswirksame Faktoren und protektive Faktoren interventionsrelevant abgestimmt werden und zum Einsatz kommen können (Müller, Petzold 2003, 17).

Risiko- und Belastungsfaktoren, protektive Faktoren und Resilienzen können nicht „dekontextualisiert“ betrachtet werden, denn sie kommen in komplexen sozialen Prozessen und Kontexten zum Tragen und müssen deshalb in den Kontext übergeordneter Theorien (Referenztheorien und -modelle, wie die Bereiche der Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitstheorien, Kontexttheorien und Gesundheits- und Krankheitstheorien) gestellt werden (Müller, Petzold 2003, 10).

Eine sorgfältige differentielle Diagnostik und eine mehrdimensionale Abklärung vorhandener Ressourcen und Rahmenbedingungen wie die Netzwerk Situation und die Betrachtung des *Konvois*, in dem der Mensch auf seiner ‚Lebensstrecke‘ unterwegs ist, sein ‚Weggeleit‘ und seine Lebenslage (Petzold 2000h) sind wichtige ‚Sanierungsfaktoren‘ im supervisorischen Setting.

Petzold sieht die Entwicklung in einer „life span developmental perspective“ als der „fortschreitende Lebensprozess eines Menschen mit seinem *Konvoi* unter dem Einfluss interagierender Ereignisketten, Ketten von widrigen oder schützenden Ereignissen oder prolongierten Mangelerfahrungen“ (Petzold 2000h). Die Neurobiologie, die Genregulationen des Menschen wird also durch diese sich wechselseitig beeinflussenden, positiven, negativen und defizitären Stimulierungskonstellationen bestimmt, d. h. sein neuronales, kognitives, emotionales, volitives, sozial-kommunikatives Lernen und damit seine Vitalität und Vulnerabilität, Gesundheit und Wohlbefinden und Morbidität/Unwohlsein werden dadurch nachhaltig bestimmt (Petzold 2000h).

Im Resilienz-Zyklus nach Petzold bedeutet es schließlich, dass Prozesse, in denen externale und internale Schutzfaktoren und Resilienzen zusammenspielen, zirkuläre Prozesse mit kontextbedingten Variationen sind, die bei krisenhaften Belastungen oder bei den Herausforderungen von Entwicklungsaufgaben vorzufinden sind. Auf beides kann mit Coping oder Creating-Mustern (s. Kap. 6.2.2) reagiert werden, was wie folgt dargestellt werden kann:

„Belastung/Überlastung → externale protektive Faktoren → erfolgreiches coping/buffering → Resilienz/interner Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externaler Ressourcen und protektiver Prozesse → Resilienzen → Entwicklungsaufgaben → externale protektive Faktoren → erfolgreiches creating → usw.“ (Müller, Petzold 2003, 7)

Je genauer die Abklärung der Ressourcen, Potentiale, Probleme, protektiven Faktoren und Risikofaktoren vorgenommen wird, desto gezielter lassen sich die zu fördernden Komponenten bzw. Bedingungen von Resilienz ausmachen und desto präziser kann auch der methodische Ansatz in der Supervision gewählt werden. (Müller, Petzold 2003, 19).

In vielen Fällen dürften kombinierte Vorgehensweisen und Interventionen, in Form von kreativitäts-,

entspannungs- und kommunikationsfördernden Methoden vorteilhaft sein.

Rutter (1990) fasst zusammen, dass die Förderung von Resilienz nicht darin liege, stressreiche Situationen und Belastungen zu vermeiden, sondern darin, in einer Stresssituation so begegnen zu können, dass Selbstvertrauen und soziale Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten gefordert und gefördert werden.

2.4 Konkrete Fragestellungen in der Integrativen Supervision

Da die Integrative Therapie, aus der sich die Integrative Supervision entwickelt hat, Schutzfaktoren nicht nur für die kindliche Entwicklung sondern auch für die Entwicklung im Erwachsenenalter als bedeutsam ansieht (Müller, Petzold 2003), ist den ‚protektiven Faktoren‘ eine supervisionspraktische Bedeutung zuzuschreiben, indem sie eine salutogenetische Perspektive implementiert.

In der supervisorischen Praxis können Pflegekräfte in Belastungssituationen protektive Faktoren für sich herausarbeiten, indem unter folgenden Fragestellungen die Wirkung und Wirkungsbedingungen näher erforscht werden: (Müller, Petzold 2003, 8)

1. Steht ein „signifikant caring other“ (ein bedeutsamer umsorgender Anderer) mit einem Beziehungsangebot zur Verfügung? (Petzold 2007a)
2. Wird das Beziehungsangebot wahrgenommen?
3. Wird es kognitiv als hilfreich eingeschätzt (appraisal)?
4. Wird es emotional als stützend und wohltuend bewertet (valuation)?
5. Wird es bei kritischen Lebensereignissen in Anspruch genommen?
6. Was verhindert eine Inanspruchnahme (Scham, Angst, Schuldgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl, Wunsch, niemandem zur Last zu fallen etc.)?
7. Wie wirkt ein protektiver Faktor, unter welchen Kontextbedingungen bei welchen „events“?

Auf das Praxisfeld der Altenpflege bezogen können für belastete Pflegekräfte in Belastungs- und Überlastungssituationen folgende protektive Momente bedeutsam sein und unter folgenden Fragestellungen betrachtet werden:

- Steht ein unterstützendes Umfeld (Familie, Partnerschaft, Freundeskreis) als Möglichkeit des supports zur Verfügung? Wird es wahrgenommen und kognitiv als hilfreich eingeschätzt?
- Wird die reguläre Arbeitszeit eingehalten? Werden Überstunden weitestgehend vermieden und im Falle von Notwendigkeit kurzfristig in Freizeit abgegolten?

- Kommt dem Mitarbeiter ein integrativer Führungsstil, bzw. ausreichend Lob, Anerkennung der Vorgesetzten zu Gute? Wird dies als wohltuend und unterstützend erlebt?
- Bestehen (genügend) Mitgestaltungsrechte in der Einrichtung? Trägt dies zur Arbeitszufriedenheit bei?
- Stehen Solidarität, Hilfeleistung, Unterstützung von KollegInnen zur Verfügung? Werden diese in Belastungssituationen in Anspruch genommen oder was verhindert ggf. die Inanspruchnahme (Scham, Unsicherheiten zu benennen, Angst, Schuldgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl, Wunsch, niemandem zur Last zu fallen etc.)?
- Erfolgt Supervision zur Psychohygiene? Wird sie vom Arbeitgeber finanziert?
- Nimmt der Mitarbeiter an regelmäßigen Fortbildungen zu Fachthemen teil, um die professionelle Kompetenz und Performanz zu erhalten und weiter zu entwickeln?
- Besteht Entlastung durch gesundheitsfördernde Freizeitangebote oder ausreichenden Urlaub?
- Werden Pausen während der Arbeitszeit eingehalten? Gibt es institutionell eingerichtete „Inseln“ der Erholung am Arbeitsplatz (Schützendorf 2006)?
- Ist der Mitarbeiter befähigt, Stressbewältigung und -reduktion durch Entspannungsübungen durchzuführen oder praktiziert er durch Abreagieren oder andere Bewältigungsmechanismen in der Freizeit, Lauftraining (Schay, Petzold, Jakob-Krieger, Wagner 2006) etc. seine gesundheitsfördernden Aspekte?
- Besitzt der Mitarbeiter zum Beispiel Haustiere, macht und mag er Gartenarbeit, hat er sonstige Hobbys?

Durch diese u. a. von „significant caring others“ bereitgestellten Qualitäten können vorhandene Resilienzen aktiviert oder neue Resilienzen gebildet werden.

In supervisorischen Interventionen, insbesondere wenn Belastungssituationen von SupervisandInnen vorgetragen werden, kann als Methode z. B. im Rahmen einer Panoramaaarbeit (Petzold 1981g in: 2004a, 242, 2007a) der individuelle Lebensverlauf mit seinen Krisen, aber auch mit seinen inneren und äußeren Ressourcen betrachtet werden. Aus diesen Erfahrungen können protektive Faktoren mobilisiert werden, denn Längsschnittuntersuchungen zur klinischen Entwicklungspsychologie haben gezeigt, dass Lebensverläufe nicht alleine den Einflüssen von Risikofaktoren, kritischen Lebensereignissen und spezifischen Mangelereignissen unterliegen, sondern auch denen von salutogenen Schutzfaktoren und individuellen Bewältigungskompetenzen (Rutter 1990, Garmezy 1993, Lewis/Miller 1988, Antonovsky 1979).

Wie stark die Berufsgruppe der Pflegekräfte die vorhandenen Potentiale wahrnimmt und in der Praxis dann ressourcenorientiert handelt, ist nicht zuletzt abhängig von ihren subjektiven Altersbildern und Gesundheitskonzepten sowie ihrer Bewertung physiologischer altersbedingter Veränderungen, denn subjektive Konzepte prägen die eigene Haltung gegenüber dem eigenen Älterwerden und der eigenen

Gesundheit und auch die Haltung und den Umgang mit den zur Pflege anvertrauten Betroffenen im Rahmen von Gesundheit oder Krankheit (Walter et al. 2006). Diese Bilder des Alters werden im nächsten Kapitel näher beleuchtet.

3 Bilder des Alters

Immer mehr Menschen werden älter, immer mehr Menschen werden pflegebedürftig - diese demographische Entwicklung stellt eine Herausforderung dar, denn das Modell der protektiven Großfamilie gehört schon seit längerem der Vergangenheit an, und alte Menschen sind aus Mangel an familiärer Betreuung und Versorgung vermehrt auf institutionelle Hilfen aus dem Feld der Altenpflege angewiesen.

Der Anteil der über Sechzigjährigen der Bevölkerung in Deutschland steigt beständig an und der Anteil der unter Zwanzigjährigen nimmt im Gegensatz dazu ständig ab. Die Bevölkerungszahl nimmt nicht nur weiter ab, sondern es wird auch weniger Kinder und noch mehr ältere Menschen geben, die zudem noch länger leben. Aufgrund der abnehmenden Zahl potenzieller Mütter sinkt die jährliche Geburtenzahl von derzeit etwa 685.000 auf rund 500.000 im Jahr 2050. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung der 65-Jährigen bis 2050 um circa 4,5 Jahre. Die stark besetzten Jahrgänge, die derzeit im mittleren Alter sind, rücken in höhere Altersklassen auf, und die künftigen jüngeren Jahrgänge werden immer schwächer besetzt sein. Die Zahl der 60-Jährigen wird mit gut einer Million im Jahr 2050 doppelt so hoch sein wie die Zahl der Neugeborenen; 2005 gab es fast genauso viele Neugeborene wie 60-Jährige. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen im Betreuungs- und Schulalter sinkt ebenso wie die der jungen Menschen im Ausbildungsalter. Dagegen wird sich die Zahl der 80-Jährigen und Älteren von heute nicht ganz 4 Millionen auf 10 Millionen im Jahr 2050 nahezu verdreifachen (Statistisches Bundesamt Deutschland - Natürliche Bevölkerungsbewegung 2006).

Petzold (2004a) bezeichnet die Gesellschaften als gerontotroph. In gerontotrophen Gesellschaften führen die Fortschritte der Medizin und Geroprophylaxe, die Gestaltung gesundheitsbewusster und bewegungsaktiver Lebensstile zu einer beständigen Erhöhung der Lebenszeit der älteren Bevölkerung bei durchaus gutem Gesundheitszustand und damit zu einem gesteigerten subjektiven Bewusstsein, nicht eigentlich ‚alt‘ zu sein, so dass ‚Altersrollen‘ unspezifisch werden oder sich zu dem Bereich der Hochbetagten verschieben, der insgesamt größer wird und in dem es zur Ausbildung neuer Rollen (der ‚Pflegefall‘) kommt (Varevics, Petzold 2005, 134). Die Zahl alter Menschen nähert sich der Zahl der Jungen und überschreitet sie eventuell. Junge Menschen entscheiden sich in breiter Weise gegen Elternrollen, sodass diese Rollen und Großelternrollen, intergenerationale Rollenkonfigurationen, weitgehend fortfallen (Petzold 2004a, 19).

3.1 Begriffsdefinition Alter

Das Alter des Menschen ist die Lebenszeit, die seit der Geburt (oder seit der Zeugung) vergangen ist. Altern beginnt also mit der Geburt und endet mit dem Tod. Durch den Verlauf der Zeit ändert sich der Mensch in seiner Beschaffenheit. Die Aussage „man ist so alt, wie man sich fühlt“ ist allgemein bekannt und impliziert, dass es eine für alle Menschen verbindliche einheitliche Vorstellung von Alter nicht gibt, denn Altern ist ein individueller Prozess.

Thomae (1983) hat Altern als „soziales Schicksal“ beschrieben und damit deutlich gemacht, dass stets soziale und gesellschaftliche Momente den Alterungsprozess neben den persönlichen, biographischen, kulturellen, gesundheitlichen, genetischen, und epochalen Aspekten prägen. Die Differenziertheit und die Vielgestaltigkeit des Alterns finden in den Bildern des Alterns und des Alters in der Gesellschaft, in den Sichtweisen, Vorurteilen und Urteilen, in den Stereotypen und Einschätzungen kaum Niederschlag. Oft suggerieren sie Allgemeingültigkeit und geben nicht durch Kenntnisse und Erfahrungen belegte einzelne Aspekte des Alterns und des Alters wieder. In der gerontologischen Literatur sind fast immer die 60- oder 65-jährigen gemeint, wenn von alten oder älteren Menschen die Rede ist, obwohl sich jene Personen möglicherweise gar nicht als alt bezeichnen und das Alter auch nicht mit einer Zahl wie 65 beginnen lassen würden. Meistens ist der alte Mensch *der andere*. Der 68-jährige sagt: „Die Alten da“, und meint die 75-jährigen; die 75-jährigen sagen: „Die Alten dort“ und meinen die Hochbetagten, und selbst bei denen gibt es noch „die Alten“ (Petzold, 1991j, 252). Altersbilder können sich heute aber auch z. B. auf bestimmte Typen des Alters und des Alterns beziehen, wie z. B. auf die „jungen Alten“ oder auf die „neuen Alten“, die „Großmütter“, „alte Staatsmänner“ – es beginnt sich also doch langsam eine gewisse Vielfalt der Altersbilder zu entwickeln. Altersbilder beinhalten aber auch die Zuschreibungen, die in einer Gesellschaft oder sozialen Gruppe dem Alter und dem alten Menschen nur aufgrund des kalendarischen Alters u. a. im Hinblick auf ihr Verhalten, ihr Erleben und ihre Interessen geschehen.

Eine andere Bedeutung für „alt sein“ betrifft den Umstand, dass in bestimmten Bereichen des Lebens Beeinträchtigungen erkennbar werden, oder wenn Veränderungen stattfinden, die als Nachteil empfunden werden, z. B. Einschränkungen in der Mobilität, Verminderung in der Wahrnehmungsgeschwindigkeit etc.. Der Begriff „alt“ kann im alltäglichen Gebrauch positiv, aber auch negativ besetzt sein. Begriffe wie „Schrott“ oder „von gestern“ sind eher negativ besetzte Bezeichnungen für alt, hingegen haben die Begriffe „alte Freunde“, „alter Wein“ oder „Antiquitäten“ eher eine positive Bedeutung. Auch bezogen auf Menschen gibt es unterschiedliche Wertigkeiten des Begriffsfeldes „alt“: Während die Bezeichnung „senil“ für sehr alte Menschen eine ausgesprochen negative Bedeutung hat, wird der Begriff „hochbetagt“ von ihnen selbst eher positiv ausgelegt (Meyer 1998). Altsein kann so privilegierend oder stigmatisierend wirken - je nachdem ob in der Gesellschaft das Bild des weisen und gerechten Greises, oder das Bild des gebrechlichen, verwirrten und hilfebedürftigen Alten dominiert. In der Regel ist das Bild des älteren Menschen in unserer abendländischen Gesellschaft auch heute noch durch Zuschreibungen von Isolation und Vereinsamung, von Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit wie auch von Abbau und Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten charakterisiert (Lehr 2007, 199).

3.2 Das Altersbild bei Pflegekräften

Bevor ich das allgemeine Altersbild in unserer heutigen Gesellschaft im Ansatz kurz darstellen werde, möchte ich betonen, dass Pflegekräfte Teil dieser Gesellschaft sind und sich durch ein negativ gefärbtes Altersbild in ihrer Arbeit beeinflussen lassen *können*, denn das Bild, das sich Pflegende vom alten Menschen machen, fließt direkt, wenn auch meistens unbewusst, in die pflegerische Beziehung mit ein.

Mitarbeiter in der Altenarbeit sind in der Regel wesentlich jünger als die Zielgruppe, mit der sie zu tun haben. Das wirft für beide Seiten Probleme auf, denn die Bearbeitung von Vorurteilen und eigenen Problemen gegenüber dem Altern oder dem Sterben ist in diesem Feld besonders wichtig. Insbesondere in der supervisorischen Arbeit mit Altenpflegekräften ist es wichtig, die vorhandenen Altersbilder der SupervisandInnen bewusst zu machen und eingehend zu betrachten. In der Supervision sollten nicht nur die Ängste vor dem eigenen Altern und Sterben zugelassen werden, um sie zu integrieren, sondern es müssen auch die Belastungen thematisiert werden, die der beständige Umgang mit ‚Menschen am Rande des Todes‘ für den Mitarbeiter bedeutet. Wer die zentralen Probleme des eigenen Alterns, Sterbens, des Umgang mit Leidenden und Pflegebedürftigen nicht angegangen ist, wer die Dimension des Generationenkonfliktes nicht kennt und erfahren hat, ist in seiner Effektivität bei der Arbeit mit alten Menschen erheblich eingeschränkt (Petzold 2004a, 187).

Vorurteile und Ängste in Bezug auf das Alter werden in unserer Kultur mitsozialisiert. Negative Altersstereotype und spezifische Rollenerwartungen entstehen bereits in der Kindheit, werden verfestigt und bestimmen die spätere Selbsteinschätzung des alten Menschen (Lehr 2007, Filipp, Mayer 1999). Solche Einflüsse aus dem Umgang mit alten Menschen herauszuhalten, ist kaum möglich, wenn sie nicht in einem Selbsterfahrungsprozess erkannt oder in eine andere Richtung gelenkt werden.

Da Pflegekräfte diejenige Berufsgruppe sind, die den intensivsten professionellen Kontakt vor allem zu den alten Menschen hat, ist sie auch in hohem Masse mit der negativen Seite des Alters konfrontiert. Eine Vielzahl von Studien konnte nachweisen, dass das Pflegepersonal dazu neigt, alten Menschen in übergeneralisierender Weise Unselbständigkeit und Abhängigkeit zuzuschreiben und sie mit Hilfsangeboten und Unterstützungsverhalten zu überschütten und so die Abhängigkeit fortlaufend zu verfestigen. Gleichzeitig wird autonomes oder selbständiges Verhalten durch das Pflegepersonal ignoriert oder bestraft, wodurch sich das Stereotyp des hilfsbedürftigen und passiven Menschen bei den alten Menschen selber verfestigt und stereotypkonformes Verhalten fördert. Solche stereotypgeleiteten Wahrnehmungen seitens des Pflegepersonals führen folglich dazu, dass gerade jene Altenheimbewohner als „unangenehm“ charakterisiert werden, die ein hohes Maß an Selbständigkeit aufzeigen, und diejenigen Bewohner, die sich unselbständig und abhängig verhalten, als „umgänglich“ eingeschätzt werden (Filipp, Mayer 1999, 198f).

An dieser Stelle sei noch ein theoretischer Ansatz skizziert, der die soziale Heimumwelt vor dem Hintergrund von Annahmen der „sozialen Lerntheorie“ betrachtet (Rotter 1954; Baltes, M. M. 1996). Danach werden das beobachtbare Verhalten der „Handlungspartner“ eines Settings hervorgehoben und speziell die Konsequenzen auf das Verhalten des alten Menschen analysiert. Wird beispielsweise ein bestimmtes Verhalten von HeimbewohnerInnen immer wieder seitens ihrer sozialen Umwelt verstärkt, so wird sich dieses Verhalten verfestigen und in der Folge immer häufiger auftreten. Als bedeutsam werden aber auch die Kognitionen der Handelnden, beispielsweise bestimmte Erwartungen (z. B. alte Menschen sind hilflos) oder bestimmte Attributionen (Herr A. ist selbst dran schuld, dass er so hilflos ist) betrachtet. Es ist davon auszugehen, dass diese Kognitionen das Handeln von Personen, z. B. von professionellen Pflegepersonen, mit steuern können und damit auch Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten der HeimbewohnerInnen

haben.

Aus diesen Überlegungen lässt sich nun natürlich kein eindeutig negatives Altersbild des Pflegepersonals ableiten. Es sind nicht nur die persönlichen Einstellungen der Pflegepersonen gegenüber den alten Menschen, welche die Arbeit mit ihnen beeinflussen, sondern auch die Arbeitsverhältnisse und die strukturellen Bedingungen (Personalmangel, hohe Fluktuation, häufiger Krankenstand) fördern gewisse Verhaltensweisen. Fraglich ist, ob jemand den Beruf des Altenpflegers überhaupt wählen würde, der ein grundlegend negatives Altersbild hat und alte Menschen in Heimen schon von vorneherein als abhängig und unselbständig charakterisieren würde. Solche Haltungen entwickeln sich u. U. erst im Laufe der Zeit und basieren dann nicht auf einem negativen Altersbild allein, sondern können Ausdruck einer zunehmenden Desillusionierung in Zusammenhang mit dem Berufsbild sein, indem es z.B. nicht möglich ist, über die Basispflege hinaus in irgendeiner Form motivierend tätig zu werden. Nicht das Verhalten des Pflegepersonals kann in diesem Fall zu einer Verfestigung der negativen Altersstereotypen, der Vorstellung vom hilfsbedürftigen und einsamen Heimbewohner beitragen, sondern auch das System des Heims.

3.3 Das Altersbild in der Gesellschaft

Es gibt seit vielen Jahrzehnten Reihen von Untersuchungen, die dem Bild des alten Menschen in der Gesellschaft nachgehen (vgl. Lehr 2007), und deren Ergebnisse wie folgt zusammenzufassen sind:

Seit der zweiten Hälfte des vorletzten Jahrhunderts spricht man von einer drastischen Veränderung des Altersbildes in der modernen Gesellschaft. Weil sehr viele Menschen heute viel älter werden, als dies früher der Fall war, wurde „Alter“ ein häufiges und alltägliches Erscheinungsbild. Während früher meist das Bild des alten Mannes generalisiert und damit auch auf Frauen übertragen wurde, wird heute zunehmend zwischen weiblichem und männlichem Altern unterschieden, was sich wiederum auf die Entstehung von Altersbildern auswirkt. Heute wird bei der Betrachtung von Alter in der Regel die demographische, ökonomische, soziale und persönliche Besonderheit gesehen, was schließlich nicht nur zu einer Zuwendung der Sozialpolitik zum Alter, zur Begründung der Gerontologie, zu verstärkten Bildungs- und Selbsthilfeinitiativen und letzten Endes zu neuen Altersbildern, wie etwa dem Bild der „Neuen Alten“ führte. Daneben bestanden und bestehen allerdings weiter negativ akzentuierte Altersbilder in der heutigen Gesellschaft; dennoch gibt es auch positiv getönte Altersbilder, womit das Bild der „Jungen Alten“ bzw. der „Neuen Alten“ gemeint ist (Generation 50+, 55+, 60+). Als „junge Alte“ bezeichnete man zunächst die Gruppe der Menschen, die aus arbeitsmarktpolitischen Gründen vor dem Erreichen der Altersgrenze in den Ruhestand gehen mussten oder wollten. Oft gesundheitlich wenig belastet, über ein gutes Einkommen verfügend leben sie eine unabhängige Lebensform. Hier handelt es sich um ein neues und sozialstrukturelles Phänomen, welches durch die Veränderung der Arbeitsformen in der Industrie entstand. Eine immer größer werdende Anzahl Menschen wurde immer älter und (musste/wollte) immer früher in den Ruhestand gehen. Bei den „Jungen Alten“ handelt es sich um eine Gruppe von Arbeitnehmern, die z. B. aus dem Berufsleben im Rahmen von Frühpensionierung ausscheiden mussten, die sich jedoch als zu jung und

zu gesund erlebten um zu den eigentlichen „Alten“ zu gehören. Insbesondere in den Medien wurde ihnen dadurch eine „Leitbildfunktion“ zugesprochen. Sie wurden als aktiv, die Gesellschaft mitgestaltend und an ihr teilnehmend, wirtschaftlich gut gestellt und mobil ihr Leben gestaltend beschrieben. Sie leben also das Gegenteil der im defizitorientierten Altersbild gemeinten Alten. Zu Beginn der 80er Jahre wurde der Begriff der „Neuen Alten“ geprägt. Damit waren die alten Menschen gemeint, die aus freien Stücken und aufgrund ihrer guten Gesundheit ein „neues“ Altern lebten und neue Lebensstile entwickelten, welche sich von denjenigen früherer Generationen klar unterschied.

Sowohl die positiv als negativ orientierten Altersbilder können der Vielfalt des Alterns und des Alters nicht gerecht werden. Sie stellen jeweils einen der Pole auf einem möglichen Kontinuum der Altersbilder dar. Die zwischen diesen Polen liegenden Varianten werden jedoch kaum formuliert (Niederfranke, Schmitz-Scherzer, Filipp 1996).

Die öffentlichen Diskussionen zeigen sehr deutlich, dass neben den zuvor erwähnten positiven Altersbildern negativ akzentuierte Bilder des Alters fortbestehen, insbesondere bei Auseinandersetzung mit Themen wie Pflegeversicherung, Sicherheit der Renten, zunehmende Überalterung. Ausdrücke wie „Alterslast“ und „ergrauende Welt“ (Lehr 2007) belegen eine einseitige Sicht, die die Probleme des Alterns in das Zentrum der Betrachtung rückt und die Möglichkeiten und Chancen, die das Alter auch mit sich bringen kann, außer Acht lässt. Dadurch können sich negativ akzentuierte Altersbilder in unserer Gesellschaft erneut verfestigen. Auch das Altersbild, welches alte Menschen von sich selbst und von ihrem Älterwerden haben, entwickelt sich nicht unabhängig von der sozialen Situation der alten Menschen und damit von den gesellschaftlichen Bedingungen, in denen alte Menschen leben. Je älter ein Mensch ist, desto eher ist er bereit, sich als alt einzustufen. Konflikte, Probleme, gesundheitliche Einschränkungen und Krankheiten sind oft mit einem negativen personalisierten Altersbild, eine als positiv empfundene eigene Lebenslage dagegen eher mit positiven subjektiven Altersbildern verknüpft. Oft werden die in der Gesellschaft vorherrschenden generalisierten negativen Fremdbilder des Alters übernommen, sogar verinnerlicht, insbesondere von Menschen, deren diesbezügliches Informationsniveau gering ist und die nur wenig Erfahrungen im Umgang mit alten Menschen haben.

Defizitorientierte Bilder des Alters haben in der Wissenschaft Unterstützung in Form des ‚Defizitmodells‘ (Miles & Miles 1932, Lehr 2007) gefunden. Das Defizitmodell des Alters beschreibt ein Bild des "Seniums", das Abbau, Verfall, Nutzlosigkeit, Hilfsbedürftigkeit beinhaltet. Diesem Defizitmodell wird das ‚Kompetenzmodell‘, das "Senectus" – die antiken Ärzte machten diese Unterscheidung – gegenübergestellt. Das Kompetenzmodell orientiert sich an den Ressourcen, an der inneren Kraft, den letzten Lebensabschnitt zu meistern und so zu einem ‚reifen Herbst‘ zu gelangen. Die Kritik am Defizitmodell im Rahmen der Auseinandersetzung mit den negativen Altersbildern war ein wesentlicher Motor für die Entwicklung der Gerontologie in Deutschland. Als Wissenschaft hat die Gerontologie in dem kurzen Zeitraum ihres Bestehens schon einen großen Fundus an Modellen des Alterns und des Lebens im Alter erarbeitet sowie umfassende Daten gesammelt (z.B. in der Bonner und der Berliner Altersstudie) und damit erheblich zu einem besseren Verständnis des Alternsprozesses generell, sowie speziell der Lebensweisen im Alter, ihrer

Möglichkeiten und Grenzen beigetragen.

Das Bild älterer Menschen in der Gesellschaft ist nach wie vor häufig negativ gezeichnet; Stereotype und unzulässige Verallgemeinerungen herrschen vor. Insbesondere bei jüngeren Personengruppen ist das Bild des alten Menschen am negativsten akzentuiert. Mit zunehmendem Lebensalter erfährt das Bild des älteren Menschen eine zunehmend positivere Tönung und ist durch Zugeständnisse eines größeren Verhaltensradius an die Älteren gekennzeichnet. Das „Bild des alten Menschen“ hängt aber nicht nur vom Lebensalter der Befragten ab, sondern auch von deren Lebenssituation oder von eigenen Stimmungslagen. Bestimmte Persönlichkeitseigenschaften können also positiv oder negativ akzentuierte Altersstereotype mitbestimmen (Lehr 2007, 200).

Ob jedoch Bilder - welcher Art auch immer - Realität abbilden, Wertungen oder Idealisierungen, Ironisierungen oder Anekdotisches wiedergeben bzw. Fremd- oder Selbstbilder sind, muss stets genau geprüft werden. Es ist also nicht so leicht, aus Bildern vorherrschende in der sozialen Realität vorhandene und wirkende Sichtweisen und Wertungen des Alters so sicher herauszulesen.

Natürlich steht auch die Altenarbeit in all ihren Bereichen im Kraffeld der Wirkung von Altersbildern und beteiligt sich auch bei deren Ausprägung. Bei Altenpflegekräften sind also sowohl neutrale, als auch positive und negative Altersbilder vorzufinden. Generell scheinen sich bei denjenigen Pflegekräften sehr differenzierte Altersbilder zu finden, die über geriatrische Kenntnisse verfügen und generell eher über positiv erlebte Kontakte mit alten Menschen berichten. Die mangelnde Berücksichtigung gerontologischer Themen in Aus- und Weiterbildung begünstigt die Entwicklung negativer Altersbilder, die durch den real erlebbaren sich verschlechternden Gesundheitszustand der pflegebedürftigen alten und hochbetagten Menschen zum Teil bestätigt werden. Einrichtungen der Altenhilfe, die mit geriatrischen oder rehabilitativen Ansätzen alte Menschen unterstützen, können die Ausformung positiver Altersbilder bei Pflegekräften unterstützen. Laut Petzold (2004a, 91) steht die Lebenssituation alter Menschen nicht nur unter der Bedrohung des biologischen Verfalls, des physischen Kräfteabbaus oder der cerebralen Abbauerscheinungen. Werden die Phänomene des Alterns unter psychologischer und soziologischer Perspektive betrachtet, so steht sie unter der Bedrohung von zwei mächtigen Feinden, dem „Feind von außen“ und dem „Feind von innen“. Gesellschaftliche Kräfte, zu welchen negative Altersbilder zu zählen sind, sind „der Feind von außen“, sie schränken den Lebensraum der alten Menschen ein. In dem er in den Ruhestand versetzt wird, wird ihm suggeriert: du bist alt, krank, leistungsunfähig und aus der Gemeinschaft der Jungen ausgeschlossen, beraubt von Freiheit, Würde, Selbstbestimmtheit. Der „Feind von innen“ bedeuten die Selbstbilder, die der alte Mensch von sich hat, dass er zu kränklich sei, zu nichts mehr taue, möglichst lautlos leben solle. Diese „Klischees“, hat er als junger Mensch in sich aufgenommen; es sind Haltungen, die er als junger Mensch Alten gegenüber praktiziert hatte und die er nun auf sich selbst anwendet. „Die verinnerlichten negativen Altersselbstbilder der alten Menschen sind ein mächtiger Feind, der außerdem ein guter Verbündeter für den „Feind von außen“ ist. Beide verstärken sich wechselseitig“ (Petzold 2004a). Die Arbeit mit alten Menschen ist durch diese beiden Kräfte erschwert. Die persönliche Einstellung, bzw. die Persönlichkeitsstruktur des alten Menschen muss verändert werden, damit er sich gegen die negativen

Zuweisungen abgrenzen kann und z. B. Hilfe- bzw. Aktivitätsangebote annehmen kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in unserer Gesellschaft die Einstellung zum Alter und zum alten Menschen gründlich revidiert und differenziert werden muss, sodass gar nicht erst ein Feind von innen aufgebaut wird, sondern positive Leitbilder verinnerlicht werden, dass ‚innere Beistände‘ für die Situationen des Alterns und auch des Sterbens - schon in jungen Jahren - entwickelt werden, damit man auf die letzte Lebensstrecke im Verlauf des Lebens vorbereitet ist (ebenda, 92), aber auch damit Beschäftigte sich im Feld der Altenpflege professionell, handlungskompetent und zugleich empathisch, wohlwollend und liebevoll-achtsam den alten Menschen zuwenden können (Petzold et al. 2005, 41).

3.4 Supervision im Feld der Altenarbeit

Der soziale Druck der „auf den Kopf gestellten“ Alterspyramide, das massive Strukturproblem der „gerontotrophen“ mitteleuropäischen Gesellschaften durch den immer größer werdenden Anteil alter Menschen und Hochbetagter hat die Thematik „Altern und Alter“ unübersehbar gemacht. Das Klischee der armen, hilflosen, inkompetenten Alten wird konfrontiert durch die Realitäten der „neuen Alten“ als „kompetente Alte“ mit einem hohen Informations-, Wissen und Kenntnisstand und einem starken Selbstbewusstsein. Sie werden ihre Rechte einfordern, und das stellt neue und hohe Anforderungen an das Personal der Altenhilfe, was fachliche und soziale Kompetenz abverlangt (Petzold 2004a, 11).

SupervisorInnen im Bereich der Altenarbeit treten meist mit einem KlientInnensystem in Kontakt, welches von der Gesellschaft grundsätzlich in eine negative Altersstereotype klassifiziert wird (Petzold, Müller 2004, 26 ff). Für SupervisorInnen, die im Feld der Altenarbeit tätig sind, ist es darum wichtig, sich mit den eigenen Altersprozessen und Einstellungen zum Alter und den inneren Altersbildern auseinanderzusetzen (Petzold 1981g in 2004a, 219ff). Supervisorisch sollte mit den Altenpflegekräften diese Thematik unter folgenden zentralen Fragestellungen erarbeitet werden: Welche inneren Bilder zu „den Alten“ liegen der altenpflegerischen Tätigkeit zugrunde? Welche inneren Bilder liegen dem eigenen supervisorischen und professionellen Handeln zugrunde?

In altenpflegerischen Feld, das (auch) durch Sterben, Krankheit und Leiden geprägt ist, müssen SupervisorInnen vermeiden, eigene negative Altersstereotype zu reproduzieren und auf das ressourcenschwache Feld zu übertragen. Eine Chance liegt in der Altenarbeit darin, positive Altersstereotypen herauszuarbeiten und Potentiale und Ressourcen in diesem Bereich zu erschließen (Knaus 2005, 34).

Aufgabe von Supervision in diesem Feld ist das rechtzeitige Diagnostizieren maligner Tendenzen (um Gewalt an HeimbewohnerInnen zu vermeiden) und eine fachgerechte Unterstützung bei Anzeichen der Pflegekräfte einer von Selbstaufgabe gekennzeichneten Arbeitseinstellung (ebenda, 55). Von großer Bedeutung für eine fachgerechte Supervision im Bereich der Altenarbeit ist die „Feldkompetenz“ des Supervisors. Die SupervisorInnen müssen Altenheime und Einrichtungen der Altenarbeit genau kennen, über Fragen der Pflege und des Alters bestens informiert sein, um die Probleme und Dynamiken dort gut zu

erfassen und zu verstehen. Eine allgemein supervisorische Kompetenz genügt nicht, da SupervisorInnen im Altenhilfebereich darüber hinaus eine solide gerontologische, d. h. geronto-psychologische und sozialgerontologische Kompetenz benötigen, besonders, weil Supervision immer auch eine hohe Fort- und Weiterbildungsfunktion hat (Schreyögg 1991, Petzold 2007a), die gerade im Altenbereich besonders wichtig erscheint. Supervision hat aber auch Kontrollfunktion, insbesondere um die MitarbeiterInnen auf Gefahren und Risiken unprofessionellen Handelns aufmerksam zu machen (Knaus 2005).

Die Rahmenbedingungen der Altenpflege zeigen zu wenige Ressourcen für Betreuungsangebote und gerade deshalb ist es wichtig, dass die SupervisandInnen durch gerontologisches Fachwissen und genügend Felderfahrung theoriegestützte Fortbildungen erhalten. Verschiedene Methoden und Techniken, z. B. durch die Panoramatechnik (Petzold 1981g in: 2004a, 242), Fragebogen zur Erfassung von Resilienz und protektiven Faktoren (Müller, Petzold 2003, in: 2004a, 149f) und die Hilfestellung bei der Durchführung einer professionellen und gründlichen Biographiearbeit (Petzold, Müller 2004a, 249ff) sollten in den Unterstützungsangeboten für MitarbeiterInnen der Altenpflege vorzufinden sein.

4 Belastungsfaktoren bei MitarbeiterInnen in der Altenpflege

Während viele Jahre die Belange pflegebedürftiger Personen vorrangig im Familienverbund bewältigt wurden, führten sozialstrukturelle Veränderungen dazu, dass immer mehr externe Hilfen in Anspruch genommen werden müssen. Die Familie als Kernzelle des gesellschaftlichen Lebens hat nach wie vor eine hohe Bedeutung im emotionalen Bereich. Soziodemographische Indikatoren, wie die Zunahme von Einpersonenhaushalten, Singularisierung, Verweiblichung des Alters, gestiegene Scheidungsraten, Anstieg nichtehelicher Lebensgemeinschaften, Zunahme der Zahl allein erziehender Mütter und Väter, vermehrte Berufstätigkeit der Frauen, höhere Mobilität der jüngeren Generation etc. kennzeichnen den Strukturwandel (Zellhuber 2003). Hierbei kommt neben ambulanten und teilstationären Angeboten der stationären Altenhilfe eine zentrale Bedeutung zu. Durch den erweiterten Anstieg der Zahl älterer und Hochbetagter sowie die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger haben sich auch die Erwartungen auf dem Pflegemarkt verändert. Die Altenpflege ist ein bedeutendes Arbeitsfeld im Bereich der Pflege geworden. Der hohe gesellschaftliche Bedarf an Leistungen der Altenhilfe geht jedoch einher mit einem Mangel an qualifiziertem und motiviertem Personal, denn Altenpflege gilt als ein besonders belastender Beruf (ebenda).

Berichte in den Medien über ‚Pflegenotstand‘, ausgebrannte Pflegekräfte, krisenhafte Arbeitsbedingungen bis hin zu Skandalen im Bereich von Patiententötungen verunsichern nicht nur Betroffene. Weiterbildungen des Pflegepersonals werden außerdem durch die angespannte finanzielle Situation zunehmend weniger von Arbeitgebern mitgetragen. In der stationären Altenhilfe gestaltet es sich immer schwieriger, die vorgegebene Quote von 50 % Fachpersonal einzuhalten und geeignete MitarbeiterInnen zu finden. Befürchtungen, dass eine pflegerische Grundversorgung künftig nicht mehr gewährleistet ist, stehen im Raum. Belastungen und Beanspruchung für Pflegekräfte sind seit der Einführung der Pflegeversicherung erheblich angestiegen. Gleichbedeutend für den Begriff der Belastungsfaktoren wird in einschlägigen Publikationen von Stressoren gesprochen.

In der Bundesrepublik Deutschland arbeiten derzeit ca. 386.400 professionelle Pflegekräfte (PflegehelferInnen miteinbezogen) in 22.558 stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegestatistik 2007- Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse). Da der Bedarf der Pflegeleistungen in Zukunft weiter ansteigen wird, kommt dem Altenpflegeberuf im Gesundheitswesen eine wachsende Bedeutung zu.

4.1 Rahmenbedingungen der Berufsbilder in der Altenpflege

Das berufliche Spektrum in der Pflege in Deutschland ist groß. In Kliniken, stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten arbeiten insbesondere die Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege mit dreijähriger Ausbildung sowie Kranken- und AltenpflegehelferInnen, die entweder eine einjährige Ausbildung mit oder ohne examiniertem Abschluss und staatlicher Anerkennung besitzen. Neben diesen Berufsgruppen gibt es u. a. eine Vielzahl von Hilfskräften,

die in der Regel einen 3-monatigen „Schwesternhelferinnen/Pflegehelfer - Kurs“ beispielsweise bei einem Träger der freien Wohlfahrtspflege (z. B. Deutsches Rotes Kreuz) absolviert haben. Darüber hinaus sind in Einrichtungen der Altenhilfe häufig angelernte MitarbeiterInnen und MitarbeiterInnen ohne Qualifizierung (Zivildienstleistende, Menschen, die eine Arbeitsgelegenheit ausüben, so genannte 1 € Jobber, MitarbeiterInnen im Freiwilligen Sozialen Jahr, Berufspraktikanten etc.) zu finden (Kuhlmeier, Winter 2000, 483).

Durch den hohen Anteil an nicht examiniertem Personal entstand in den letzten Jahren der Eindruck, dass für die Altenpflegerische Tätigkeit in den Einrichtungen der Altenhilfe keine besonderen Kenntnisse erforderlich wären, denn die gängige Vermittlungspraxis der Arbeitsagenturen zeigte dies deutlich. Oftmals wurden in der Vergangenheit für den Beruf der/des AltenpflegerIn Personen vermittelt, die weder praktische Erfahrung im Feld der Altenhilfe zum Beispiel durch ein absolviertes Praktikum vorwiesen, noch klare Vorstellungen davon hatten, was sie tun möchten. Ein hoher Anteil war auch bereits in anderen Berufen gescheitert, sodass von der Arbeitsagentur eine Umschulungsmaßnahme finanziert wurde, denn Altenpflege ermöglicht durch die Vielzahl an offenen Stellen eine hohe Eingliederungs- und Vermittlungsquote. Auch ein erheblicher Anteil von ausländischen, überwiegend aus dem osteuropäischen Raum stammenden Personen beabsichtigt nach wie vor, eine Altenpflegerische Ausbildung zu machen und wird an Altenpflegesschulen verwiesen.

Einzigartig in Europa ist die Unterscheidung in Deutschland zwischen Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege, für die es jeweils spezielle Ausbildungen gibt. Die zweite Besonderheit liegt innerhalb des deutschen Ausbildungswesens.

Im Gegensatz zu anderen Berufen ist die Ausbildung in den Pflegeberufen nicht nach dem Berufsbildungsgesetz, sondern durch eigene, neue Gesetze geregelt. Das Altenpflegegesetz (AltPflG) gilt seit dem 01. August 2003. Das neue Krankenpflegegesetz (KrPflG) wurde zum 01. Januar 2004 wirksam. Damit wurde die Ausbildung in den Pflegeberufen erstmals bundeseinheitlich geregelt.

Diese beiden neuen Gesetze setzen bei der Ausbildung von Pflegekräften viele neue Akzente: Die Pflegewissenschaft - und nicht mehr die Medizin oder Sozialwissenschaft - bildet die Grundlage für die Altenpflegeausbildung und für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Lehrer, die in diesen Ausbildungsberufen tätig sind, müssen künftig in der Regel einen Hochschulabschluss nachweisen. Außerdem fordert die Umgestaltung auf eine umfassende, interdisziplinäre und biopsychosoziale Sichtweise die Lehrkräfte heraus, neben der fachlich-pflegerischen Vermittlung auch Verknüpfungspunkte zu den weiteren Disziplinen herzustellen. Die Rolle der DozentInnen verändert sich, denn neben der Wissensvermittlung sind Funktionen wie begleiten, leiten, beraten und koordinieren gefragt (Zellhuber 2003, 97), d. h. DozentInnen werden zu so genannten „Lernbegleitern“. Der Mensch in seinen unterschiedlichen und ganz individuellen Pflege-, Alters- und Lebenssituationen steht im Mittelpunkt der Pflege; die persönliche Umgebung und Lebenswelt des Pflegebedürftigen wird mit einbezogen. In der Vermittlung der Unterrichtsinhalte stehen nicht mehr Lehrfächer im Mittelpunkt, sondern mögliche Lebenssituationen von

Betroffenen. Die Unterrichtsplanung soll sich an konkreten beruflichen Handlungsfeldern und praktischen Arbeitssituationen orientieren, dem situativen Lernen nach dem so genannten Lernfeldkonzept (Schneider et al. 2004). Die pflegerischen Aufgaben sind umfassend und schließen palliative, kurative und kompensierende Pflege, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation ein. Der Pflegenden versteht sich als wichtiger Teil des Gesundheitsteams, das für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger Verantwortung trägt. Der Pflegeprozess, die Beratung, die Anleitung und die Qualitätssicherung werden als besondere Aufgabe der Pflege eigenverantwortlich organisiert.

Diese qualitativ hochwertige Ausbildung muss nach dem Willen des Gesetzgebers über die Behandlungsentgelte bzw. die Pflegesätze finanziert werden. Die Ausbildung in den Einrichtungen verteuert mithin die Pflegeleistungen für Patienten und Bewohner der Einrichtungen. Im Laufe der letzten Jahre hat sich demnach das Angebot an Ausbildungsplätzen verringert, was bereits viele staatlich anerkannte Altenpflegeschulen zur Schließung zwang. Altenpflegeschulen stehen deshalb vor der Problematik, ihre eigene Finanzierung sichern zu müssen, Praxisstellen zu gewinnen und neue, handlungsorientierte Lehrpläne auszuarbeiten.

Durch die Möglichkeit, sofort nach der Mittleren Reife die Ausbildung zu beginnen, sind die Praktiker gezwungen, sich zum Teil auf sehr junge Auszubildende einzustellen, zum Beispiel 16-jährige (Zugangsvoraussetzungen zur Altenpflegeausbildung lt. § 6 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege, AltPflG). Fraglich ist, ob und wie die BewerberInnen mit den speziellen Anforderungen des Berufes – Umgang mit schweren Erkrankungen, eingeschränkten Lebensbedingungen, Leiden, Sterben, Tod – zurecht kommen.

Bei der Ausbildung der Pflegekräfte ist die Pflegewissenschaft als Leitwissenschaft inzwischen etabliert. Als Ergänzung zur Medizin liegt der Pflegewissenschaft ein Menschenbild zugrunde, in dem die Sichtweise und das Erleben der zu Pflegenden eine wichtige Rolle spielen. Die naturwissenschaftliche Sichtweise der Medizin, die vor allem nach den medizinischen Defiziten der Patienten fragt, wird mit der Pflegewissenschaft um eine neue Perspektive ergänzt, die stärker auf die gesundheitlichen Ressourcen und das soziale Umfeld der Pflegebedürftigen schaut. Prävention und Gesundheitsförderung gehören ebenso zu den Aufgaben der Pflege wie die Stärkung der Alltagskompetenzen, die Bewahrung der Menschenwürde und die Rücksichtnahme auf individuelle Bedürfnisse (AltPflG). Das Pflegewesen hat mit der Schaffung eigener Studiengänge (Pflegemanagement, Schulleitung, Pflegelehrer, Schulleitungsmanagement, Pflegewissenschaft, exemplarisch: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Köln, <http://www.katho-nrw.de/koeln/>) Aktivitäten im Bereich Pflegeforschung und der Umsetzung einer Pflegeethik die Professionalisierung frühzeitig in Gang gesetzt. Die stete Zunahme von Gesundheits- und Pflegeproblemen stellt Anforderungen an die Pflegeforschung, aus deren Ergebnissen erforderliche Innovationen in das Praxisgeschehen transportiert werden können. Die Professionalisierung stärkt das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden und trägt zu einer Verbesserung der öffentlichen Wertschätzung gegenüber der Pflege bei (Görres, Friesacher 1998).

Gesundheit am Arbeitsplatz gewinnt deshalb immer mehr Bedeutung. Der Erfolg eines Pflegeheims ist eng mit der Leistungsfähigkeit und Motivation seiner MitarbeiterInnen verknüpft. Eine gute Dienstleistungs- und Pflegequalität, flexible Reaktionen auf steigende Ansprüche, Berücksichtigung der Bedürfnisse der BewohnerInnen sowie Kommunikationsfähigkeit nach innen und nach aussen sind wichtige Voraussetzungen für die Marktposition einer Altenpflegeeinrichtung. Diese Standards können langfristig nur mit motivierten und belastbaren MitarbeiterInnen erfüllt werden (Zellhuber 2003, 12), denn die erhöhte körperliche und psychische Beanspruchung im Arbeitsfeld der Altenpflege kann sich negativ auf den Gesundheitszustand, die Arbeits- und Verbleibmotivation und auf die durchgeführte Pflegequalität der Pflegekräfte auswirken. Die Heimträger sind nach Abschluss eines Versorgungsvertrages verpflichtet, eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten (§ 11 SGB XI). In den stationären Einrichtungen der Altenhilfe erfolgt eine Vergütung pflegebedingter Aufwendungen nach den gesetzlich festgelegten Pflegesätzen. Um die Einnahmen sicher zu stellen, sind die Heime darauf angewiesen, bevorzugt Personen mit einer hohen Pflegebedürftigkeit, d. h. mit den Pflegestufen II oder III, aufzunehmen. Leichte Pflegefälle werden immer häufiger durch Angehörige oder ambulante Dienste versorgt. Es gelangen also vermehrt Personen mit erheblichen Alltagseinschränkungen und einem hohen Pflegebedarf in die Einrichtungen. Diese Personen weisen neben körperlichen Beeinträchtigungen sehr häufig auch psychische, psychoorganische und neurodegenerative Störungen, vor allem demenzielle Erkrankungen, auf. Neben dem steigenden Bedarf an Grund- und Behandlungspflege ergibt sich hieraus ein wachsender Bedarf an gerontopsychiatrischer Behandlung und psychosozialer Betreuung.

Diesen wachsenden Anforderungen stehen seit Einführung der Pflegeversicherung knappere finanzielle Ressourcen gegenüber, die sich ungünstig auf die personelle Ausstattung niederschlagen und auf der Basis der §§ 14ff SGB XI (Begriffe der Pflegebedürftigkeit) folgende Phänomene sichtbar werden ließen: Die Altenpflegekräfte kamen in Zeitnot und ihre Krankentage stiegen rapide an. Auf Rehabilitation der BewohnerInnen wurde verzichtet, da eine Verbesserung ihres gesundheitlichen Zustands zu Rückstufungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und damit zu finanziellen Einbußen führen kann. Insofern besteht kein Anreiz zu einer aktivierenden Pflege. Auf Bewohnerseite vermehrten sich Aggressivität, Depressionen, Stürze und Erkrankungen, da sie auf langjährige Gewohnheiten und den bisherigen Standard der Lebensqualität verzichten mussten und darüber hinaus die Belastungen der Pflegekräfte subjektiv wahrnahmen (Zellhuber 2003, 37).

Laut der Berechnungen des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung (DIW, Untersuchung von Schulz, Leidl, König, 2001) wird im Rahmen der demographischen Entwicklung eine Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger erwartet. Um die mögliche Dynamik in diesem Bereich aufzuzeigen, wird mit Hilfe des DIW-Bevölkerungsmodells, das u. a. die weiterhin steigende Lebenserwartung modelliert, die Zahl der Pflegefälle differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Schweregrad der Pflegebedürftigkeit vorausgerechnet. Nach den hier vorgelegten Berechnungen dürfte die Zahl Pflegebedürftiger bis 2020 um 52 % oder rund 1 Million steigen. Im Jahre 2050 wird die Zahl der Pflegebedürftigen mit 4,7 Millionen das 2,5fache des heutigen Niveaus erreichen. Da die Zahl der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen stärker

steigt als die der „Erheblich Pflegebedürftigen“, wird sich der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit erhöhen. Der Versorgungs- und Betreuungsbedarf weist damit ein dynamischeres Wachstum auf als die Zahl der Pflegefälle.

Für den Arbeitsmarkt im Altenhilfebereich bedeutet dies einen rapiden Anstieg des Bedarfs an qualifizierten Pflegekräften (DIW 2001).

Wie zahlreiche Studien zeigen, ist die Tätigkeit im Arbeitsfeld der Altenpflege mit einer erhöhten körperlichen und psychischen Beanspruchung verbunden, die sich negativ auf die Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte sowie auf die Verweildauer im Pflegeberuf auswirken kann, insbesondere bei mangelhafter oder fehlender emotionaler Entlastung und Unterstützung. Durch die Zunahme des Pflege- und Betreuungsaufwandes bei gleichzeitigem Personalrückgang ist von einer Zunahme der bereits hohen Beanspruchung des Altenpflegepersonals auszugehen. Höhere Belastung, bei gleichzeitig reduzierten Ressourcen, können langfristig zu negativen Beanspruchungsfolgen wie z. B. körperlichen und psychischen Beschwerden führen und Burn-out-Phänomene fördern. Sie werden im Folgenden dargestellt:

4.2 Körperliche Belastungen

MitarbeiterInnen in der Altenpflege beschreiben die mit ihrem Beruf verbundenen körperlichen Belastungen, in dem sie vor allem das häufig notwendige Heben und Tragen der Pflegebedürftigen, oft in ergonomisch ungünstigen Positionen erwähnen. Beim Anheben eines Bettlägerigen z. B. treten verschiedene ergonomische Belastungsfaktoren in Kombination auf, die bei häufiger Exposition die Entstehung von Erkrankungen der Wirbelsäule begünstigen (hoher Kraftaufwand, Heben schwerer Menschen und Gegenstände, ggf. zusätzlich Beuge- und Drehbewegungen des Rückens unter Belastung sowie Verharren in angespannter Körperhaltung).

Mobile Personenlifter gehören heute zur Ausstattung der Heime, oftmals werden diese aber nicht häufig genug benutzt. Als Gründe werden immer wieder Zeitmangel für den Transport der oft sehr sperrigen Geräte angegeben, denn es müssen sich in der Regel mehrere Wohnbereiche ein Gerät teilen. Des Weiteren werden Ängste der Patienten beim Einsatz der Hebehilfen von Pflegekräften beobachtet und benannt. Auch gelten mangelndes Wissen über eigene physische Kräfte, die Unterschätzung des Patientengewichts, das Nichtverfügbarmachen von Helfern (aus irrationalen Gründen) und mangelnde Kommunikation mit Vorgesetzten oder Patienten als Gründe, um Hebehilfen nicht zu benutzen. In der Übersicht bei Hofmann & Michaelis (1999) werden als Gründe für die Anwendung falscher Hebemethoden mangelndes Training, Unkenntnis über die Folgen des falschen Hebens und mangelnde Fortbildung angegeben. Weitere körperliche Belastungen ergeben sich durch lange Wege, die im Laufe eines Arbeitstages zurückgelegt werden (Siegrist, Rödel 2005).

4.3 Psychische Belastungen

Der dauerhafte und zwangsläufig enge Kontakt mit den Pflegebedürftigen kann für MitarbeiterInnen im Pflegeberuf zu einer Quelle von Konflikten und Frustrationserlebnissen werden. Dies gilt vor allem für den Umgang mit Demenzkranken und verhaltensauffälligen oder aggressiven Heimbewohnern. Eine weitere Besonderheit des Altenpflegeberufs ist die ständige Konfrontation mit Leiden, Sterben und Tod. Viele Altenpflegekräfte haben ihren Beruf aus einer hohen intrinsischen Motivation heraus gelernt, d. h. um der Tätigkeit willen: sie wollen eine sinnvolle und wichtige soziale Aufgabe erfüllen. Der Wunsch zu helfen, dessen Umsetzung oft aus strukturellen Gründen nur beschränkt möglich ist, bringt die Pflegenden oft in einen Gewissenskonflikt. Personalmangel und Mängel in der Organisation der Arbeitsabläufe bewirken, dass sowohl für pflegerische Handlungen als auch für den sozialen Kontakt zu den Pflegebedürftigen weniger Zeit bleibt als gewünscht (Siegrist, Rödel 2005). Da sich die Verweildauer der alten Menschen in den Alteinrichtungen verringert, ist dort „Tod und Sterben“ zu einem fast alltäglichen Vorgang geworden. Die Pflegenden werden tagtäglich mit der Unausweichlichkeit des eigenen Alterns und Sterbens, mit Siechtum und Leid konfrontiert, Themen, die in unserer Gesellschaft weitgehend tabuisiert sind, die verdrängt werden und für deren adäquate Bearbeitung vielen Personen die entsprechende Sensibilisierung und Schulung fehlt. Erschwerend kommt noch hinzu, dass die BewohnerInnen Menschen sind, zu denen man gerade angefangen hat, eine emotionale Beziehung aufzubauen. Die Mitarbeiter in Altenheimen müssen Leid und Tod oft machtlos gegenübertreten. Das Leid der Bewohner wird leicht zum persönlichen Problem, die Zuneigung und persönliche Beziehung zum Dilemma. Die MitarbeiterInnen müssen immer wieder auf Distanz gehen und versuchen, sich nicht zu stark vereinnahmen zu lassen, obwohl doch gerade in einem solchen Arbeitsfeld eine enge persönliche Beziehung von enormer Wichtigkeit ist und von entscheidender Bedeutung und gesundheitsfördernder Wirkung sein kann. Der sich hieraus ergebende emotionale Druck kann ein hoher Belastungsfaktor sein (Bermejo, Muthny 1994).

Insbesondere der Zeitdruck wird auch in Bezug auf nicht patientennahe Tätigkeiten, z. B. die administrativen Aufgaben besonders häufig als Belastungsfaktor genannt. Allgemein scheinen Erfahrungen der Überlastung und Überforderung durch eine Kombination aus hohen Arbeitsanforderungen bei geringen Ressourcen bei der Bewältigung der Arbeitsaufgabe (neben Zeitmangel z. B. auch ungenügende Qualifikation) in erheblichem Umfang aufzutreten. Der ständig steigende Druck hinsichtlich des Zeitbudgets begünstigt die Entstehung individueller Belastungen und Überforderungen. Einerseits werden dadurch Qualitätsmängel in der Pflege hervorgerufen, andererseits zieht diese Art der Überbeanspruchung gehäufte Krankheitsausfälle und Stellenwechsel nach sich.

Weitere psychische Belastungen entstehen durch Konflikte mit KollegInnen, Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten). Hinzu kommen geringe Entscheidungsspielräume und Mitsprachemöglichkeiten. Die unzureichende Gratifikation als Gegenwert für erbrachte Leistungen kann ebenfalls Stress erzeugend wirken, z. B. unzureichende Anerkennung (sowohl auf einer interpersonalen Ebene im Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen, Pflegebedürftigen und Angehörigen, als auch auf einer gesellschaftlichen Ebene im Sinne einer Anerkennung des Berufs, als zu gering empfundene finanzielle

Entlohnung sowie fehlende Aufstiegs- und Fortbildungsmöglichkeiten (Siegrist, Rödel 2005, 8).

In der Arbeitsstressforschung gibt es Ergebnisse zu verschiedenen Modellen. Als besonders fruchtbare Ansätze gelten das Anforderungs-Kontroll-Modell und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Karasek & Theorell 1990, Siegrist 1996). Nach den Annahmen des Anforderungs-Kontroll-Modells ergeben sich stressphysiologisch bedeutsame Belastungen aus der Kombination von hohen Anforderungen (z. B. Zeitdruck) und geringer Kontrolle über die Erledigung der Arbeitsaufgabe (z. B. wenig Entscheidungsspielraum). Zusätzlich fehlender sozialer Rückhalt am Arbeitsplatz führt zu einer weiteren Verstärkung von Stressreaktionen.

Ausgangspunkt des Modells beruflicher Gratifikationskrisen ist, dass für erbrachte Leistungen Gratifikationen in Form dreier gesellschaftlich sanktionierter ‚Transmitter‘ gewährt wird, nämlich Lohn, bzw. Gehalt, Achtung und Wertschätzung sowie beruflicher Aufstieg bzw. Arbeitsplatzsicherheit. Ausgeprägte Stressreaktionen sind dann zu erwarten, wenn fortgesetzt hoher Verausgabung keine angemessenen Gratifikationen gegenüberstehen (Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung). Insbesondere sind auch Personen von solch erhöhter Stressbelastung betroffen, die durch eine bestimmte psychische Disposition in Form einer übersteigerten beruflichen Verausgabungsneigung gekennzeichnet sind (Siegrist, Rödel 2005, 12).

Im Alltag der Altenpflegekräfte wird davon ausgegangen, dass diese ein zuvorkommendes, einfühlsames und Anteil nehmendes Verhalten den BewohnerInnen entgegenbringen. Von ihnen wird stets erwartet, dass sie freundlich, aufgeschlossen, „immer bereit“, „edel und hilfreich“ sind. Aber, wer ist es zu ihnen? Lob, Anerkennung und Verständnis von Vorgesetzten, Trägervertretern oder anderen sind vielerorts selten zu hören.

Das Zusammenspiel von „emotionalen Belastungen“ und „emotionaler Arbeit“ kann ohne den Einsatz geeigneter Unterstützungsstrukturen zu Burn-out- Erscheinungen führen (Petzold 1991k, 1993g). So ist in Supervisionssitzungen oft zu hören: „Ich darf meinen Ärger doch nicht zeigen, er ist doch Bewohner“. Doch verborgene und destruktiv-aggressive Gefühle nimmt z. B. gerade ein Dementer erheblich sensibler auf als ein gesunder Mensch und reagiert verunsichert. Deshalb stellt Hirsch (2002) die Fragen: Wer hilft dem Helfer? Wer hat für ihn „emotionale“ Wärme? Wer schützt und fördert ihn?

4.4 Arbeitszeitbedingte Belastungen

Von den Beschäftigten in der Altenpflege werden sowohl Schichtarbeit als auch Wochenendarbeit als störende Arbeitsbedingungen erlebt. Insbesondere die so genannten „kurzen Wechsel“, d. h. auf einen Spätdienst folgt am nächsten Tag ein Frühdienst, lässt zu wenig Zeit zur körperlichen und psychischen Regeneration, wie mir oftmals in der supervisorischen Arbeit von Altenpflegekräften berichtet wurde.

Spontane Dienstübernahmen bei Krankheitsausfällen von KollegInnen sind für die verbleibenden Pflegekräfte ebenfalls belastend, da Überstunden absolviert werden sowie auf freie Tage und freie

Wochenenden verzichtet wird. Grundsätzlich ist die regelmäßige Arbeit an den Wochenenden eine enorme Belastung für das Privatleben, vor allem für Eltern.

Studien zu den Auswirkungen von Schichtarbeit auf die Gesundheit speziell bei Altenpflegepersonal sind selten (zusammenfassend bei Hofmann & Michaelis 1999); die Ergebnisse belegen, dass Beschäftigte in Schichtarbeit in Kombination mit Nachtarbeit häufig von Beeinträchtigungen der Befindlichkeit berichten und häufiger unter Schlafstörungen leiden als MitarbeiterInnen in Tagarbeit. Aus Ergebnissen der arbeitsmedizinischen Forschung lassen sich Vorschläge zu einer bestmöglichen Gestaltung von Schichtplänen erarbeiten, wodurch das Ausmaß an Belastung durch den Schichtdienst auf ein Mindestmaß reduziert werden kann (z. B. vorwärtsorientierte Schichten, wenige aufeinander folgende Nachtschichten, ausreichende Ruhezeiten) (Siegrist, Rödel 2005, 6).

Eine weitere arbeitszeitliche Belastung stellen die nicht ungestört einhaltbaren Pausen sowie zu kurze Ruhephasen zwischen den einzelnen Arbeitsperioden dar. In meiner supervisorischen Tätigkeit wurde von den TeilnehmerInnen mehrfach berichtet, dass so gut wie keine Pausen durchgeführt werden und die Pausenräume leer seien, da jeder Mitarbeiter nonstop durcharbeite.

4.5 Organisationsbedingte Belastungen

Grundsätzlich muss Altenpflegepersonal eine steigende Zahl von Anforderungen und Aufgaben erfüllen. Nach Zimmer (et al. 2000) sind die zentralen organisationsbedingten Belastungen unklare Zuständigkeiten, ineffektive Arbeitsabläufe, die zu unnötigen Arbeitsspitzen führen, unzureichende Informationsweitergabe und geringe Berücksichtigung von Vorschlägen der MitarbeiterInnen. Weiterhin werden Arbeitsunterbrechungen, aber auch die Ausübung pflegefremder Tätigkeiten, wie hauswirtschaftliche Aufgaben und Dokumentation als Belastung erlebt.

Aufgrund des oftmals vorherrschenden mangelnden Selbstverständnisses versucht die Pflegekraft, alle Erfordernisse zu kompensieren und erledigt darüber hinaus auch pflegefremde Tätigkeiten und Schnittstellenaufgaben, die anderen Professionen zuzuordnen wären. Altenpflege ist somit eine ‚Querschnittsaufgabe‘. Grundsätzlich verfolgt die Altenpflegekraft mit ihrer Tätigkeit nämlich zwei Hauptziele: zum einen die Unterstützung und Versorgung der BewohnerInnen und zum anderen die Gewährleistung eines reibungslosen Ablaufs in der Einrichtung. Dieser Anspruch kann zu Rollenkonflikten führen (Zellhuber 2003, 120). Weitere organisationsbedingte Belastungen ergeben sich aus der unzureichenden Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen und dem Fehlen von regelmäßigen, strukturierten Teambesprechungen.

Neben der Organisation der Einrichtung spielt jedoch auch die Selbstorganisation der Pflegekraft eine Rolle. Der Einfluss der Reihenfolge der Arbeitsschritte, die Wahl von Hilfsmitteln und die professionelle Wahrnehmung der Umweltbedingungen sind notwendig, um Belastungen vorzubeugen. Informationsmangel, Arbeitserschwerung durch z. B. unklare Zuständigkeiten oder Arbeitsunterbrechungen

und geringer Einfluss auf die Arbeitszuteilung erschweren das Arbeiten. Unkoordinierte Prozessabläufe zeigen sich z. B. in schlechter oder oberflächlicher Pflegeübergabe und unnötigen Wegstrecken (Zimmer et al. 2000).

Der BGW-DAK Gesundheitsreport weist auf eine Untersuchung der Arbeitsunterbrechungen hin. Benötigte Informationen, Materialien und Arbeitsmittel stehen oftmals nicht zur Verfügung und sind ein Hinderungsfaktor für einen reibungslosen Arbeitsprozess. Die hier durchgeführte Untersuchung des Handlungsspielraums der Pflegekräfte zeigt jedoch, dass AltenpflegerInnen einen nennenswerten Einfluss auf die selbständige Planung und Bestimmung ihrer Arbeit haben, was somit als Ressource eingestuft wird (Berger et al. 2003) und als maßgebender protektiver Faktor anzusehen ist.

4.6 Belastungen durch Einflüsse der materiellen Umwelt und durch Ausscheidungen

Pflegekräfte sind im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit vielfältigen Einflüssen der materiellen Umwelt ausgesetzt; empirische Studien zur spezifischen Belastungssituation von Altenpflegekräften sind eher selten (Übersicht bei Hofmann & Michaelis, 1999). Der Umgang mit potentiell infektiösen Materialien (Urin, Blut, Fäkalien etc.) gehört für MitarbeiterInnen in Pflegeberufen zum Alltag, dennoch ist dieser Umgang insbesondere unter dem Einfluss des permanenten Stresses belastend. Ekel, unterdrücktes Würgen, verhärtete Muskulatur blockiert die Atmung und kann der Beginn einer Karriere von Verspannung und ‚Selbstanästhesierung‘, um Angst und Unbehagen zu verdrängen, sein (Petzold 1991j, 259).

Damit eng verknüpft sind Belastungen durch Stoffe, die häufig allergische Überempfindlichkeitsreaktionen auslösen können, wie zum Beispiel Desinfektionsmittel oder Latexhandschuhe. Belastend können sich auch bestimmte physikalische Einflüsse auswirken wie künstliche Beleuchtung oder ungünstige klimatische Verhältnisse (z. B. hohe Raumtemperatur in den Pflegezimmern) (Siegrist, Rödel 2005, 4).

4.7 Kritische Lebensereignisse und prekäre Lebenslagen

Die Begleitung von Menschen, die sich in kritischen Lebenssituationen befinden, unheilbar krank sind oder bleibende Behinderungen haben, ist eine wesentliche Aufgabe von Pflegekräften. Unterstützung zu leisten heißt, offen zu sein, bewusst wahrzunehmen, aktiv zuzuhören, sich einzufühlen und Bewältigungshilfen geben zu können. Diese emotionale Anteilnahme erfordert ein hohes Maß an Professionalität, damit sie für die Pflegekräfte nicht zur Belastung wird. Eine wichtige Voraussetzung dazu ist die Fähigkeit zur Selbstreflexion, und diese muss geschult werden.

Petzold (2004a) betont die Notwendigkeit von Selbsterfahrung, um gut mit alten Menschen arbeiten zu können, und den Stellenwert von Supervision, um die Qualität in der Altenarbeit und die Effizienz der Institution insgesamt zu verbessern. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit persönlichen Erfahrungen, Vorstellungen und Einstellungen. Um mit den emotionalen Belastungen konstruktiv

umzugehen, benötigen Pflegekräfte darüber hinaus die Unterstützung im Team und von den Vorgesetzten. Im Rahmen der Belastungen bei Pflegekräften ist u. a. von drei wesentlichen Konfliktpotentialen auszugehen. Die Konfrontation mit Sterben und Tod, die Unsicherheit im Umgang mit verwirrten und depressiven HeimbewohnerInnen und die Schwierigkeit BewohnerInnen zu motivieren und aktivieren. Können diese Belastungserlebnisse nicht mit Hilfe von Supervision oder Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen mit selbsterfahrenderem Ansatz bearbeitet und aufgefangen werden, so kann sich bei den Pflegekräften ein Gefühl der Überforderung einstellen. Dieses Gefühl belastet das Selbstwertgefühl der Mitarbeiter und vor allem die Überzeugung der eigenen Kompetenz.

Weiterhin wirken sich die hohe zeitliche Beanspruchung und die eingeschränkten Planungsmöglichkeiten nicht nur negativ auf die privaten Beziehungen der Pflegekräfte aus, es kann sich bei zusätzlich als zu stark erlebter Reglementierung sogar ein Gefühl des Kontrollverlustes entwickeln, welches wiederum ein reduziertes persönliches Engagement und eine veränderte Berufseinstellung zur Folge haben kann (Kruse, Schmitt 1999). Pflege ist physische und psychische Schwerstarbeit, doch sie erhält dafür nicht die „gesellschaftliche Belohnung“ eines angesehenen sozialen Status: Arbeit im Altenheim wird nicht als besonders reputierlich gesehen und auch gering qualifizierten Menschen übergeben. Das unterminiert die Motivation und die Belastbarkeit (Petzold, Müller et al. 2005, 40). Überstresste, verspannte Pflegekräfte geben somit Verspannungen weiter oder können wenig zu lindernder Entspannung der zu Betreuenden beitragen, denn „ausgebrannte Schwestern spenden keine Wärme“. In interpersonalen Regulationssystemen gilt das Prinzip: Spannung generiert Spannung, Beruhigung erzeugt Ruhe (ebenda, 42).

Im Pflegeprozess ist ein wechselseitiger emotionaler Austausch sehr wesentlich und muss besonders beachtet werden. Jeder Mensch wünscht sich grundsätzlich eine gute Versorgung und professionelle Pflege für sich selbst. Prinzipiell ist er dafür ausgestattet, solche „Qualitäten der Humanität“ auch anderen zu zukommen zu lassen. Ein Verhindern von Beziehungs-, Begleitungs-, Pflege- und Fürsorgequalitäten durch Pflegestress, Überlastung, Zeitnot, mangelnde Kooperation „führt zu *prekären Situationen*, welche, wenn sie generalisieren und chronifizieren, für alle, die sich in solchen Milieus befinden - PatientInnen und MitarbeiterInnen - zu „prekären Lebenslagen“ geraten (Petzold 2000h; Müller, Petzold 2002a). Kommen schlechter Führungsstil, Gleichgültigkeit und Inhumanität hinzu, so entstehen Milieus, die Petzold als „sozialtoxische Kontexte“ bzw. als „kontextpathogene Bedingungen“ bezeichnet (Petzold 1990g). Sie produzieren Phänomene der „Dehumanisierung“, die neurobiologisch und immunologisch höchst destruktiv wirken und Pflegenden und Gepflegte gleichermaßen krank machen können sowie »Gewalt in der Pflege« den Boden bereiten“ (Petzold1991j; Meyer 1998).

Petzold definiert solche ‚prekären Lebenslagen‘ wie folgt:

„Prekäre Lebenslagen sind zeittextendierte Situationen eines Individuums mit seinem relevanten Konvoi in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als »bedrängend« erleben und als »katastrophal«

bewerten, weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen und Schwächung »protektiver Faktoren« gekommen ist. Die Summationen »kritischer Lebensereignisse« und die bedrohlichen Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine Erosion der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, sodass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner »supportiven Valenz« und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine destruktive Lebenslage eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substanziellen »Verbesserung der Lebenslage« durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität dauerhaft beseitigen und von Morenos (1923) Fragen ausgehen: Was hat uns in diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?“ (Petzold 2000h, Petzold et al. 2005, 31)

Pflegekräfte werden in solchen Milieus in ihrem Idealismus und in ihrer Gesundheit „verschlissen“, weil sie in diesen belastenden, unruhigen, *prekären Situationen* arbeiten müssen, welche ein schlechtes Milieu für die Performanz guter fachlicher Professionalität und für die Realisierung „zwischenleiblicher Dialoge und Polyloge“ bieten. Solche Qualitäten haben keinen Raum, wenn abgehetzte und ausgepowerte Pflegekräfte „im Eiltempo“ die Pflege durchführen. Ein beruhigender, freundlicher, konvivialer Polylog, wie er Gruppenpflege kennzeichnen sollte, kommt so nicht zustande. Wenn keine „Berührung aus Berührtheit“ stattfindet, sind Affiliationen kaum möglich und es ist humane Pflege zu schwer zu erreichen. (Petzold et al. 2005, 42).

5 Auswirkungen von Belastungen bei MitarbeiterInnen in der Altenpflege

Folgen arbeitsbedingter Belastungen lassen sich laut BGW (Studie 2005) in drei Kategorien zusammenfassen: Psychische Beschwerden zeigen sich vor allem in der Form von Burn-out-Syndrom und/oder Arbeitsunzufriedenheit. Kreuzschmerzen sind häufige somatische Beschwerden. Wechselwirkungen von psychischen und physischen Belastungsfolgen äussern sich durch diverse psychosomatische Beschwerden. Die Stärke dieser Beschwerden ist dabei abhängig vom Ausmaß des erlebten Stresses.

Überstunden sind „gesundheitsrelevante Belastungen“. Sie verlängern die Arbeitszeit, wodurch die fehlende arbeitsfreie Zeit nicht zur „psychophysischen Regeneration“ bzw. zur Erholung genutzt werden kann. Verschiedene Studien (z. B. Stress-Monitoring, Studie zu Gesundheitsrisiken in der ambulanten Pflege) haben Überstunden als Belastung definiert (BGW 2005).

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

Jede der im vorherigen Kapitel skizzierten Belastungsfaktoren kann allein für sich oder kumuliert zu Konflikten, emotionalen Belastungen oder Überforderung führen. Ob eine Belastung wahrgenommen wird, hängt von ihrer Intensität und Dauer ab sowie von den erworbenen Copingstrategien (s. Kap. 6.2.2), d. h. der Fähigkeit zur ‚Bewältigung‘ oder der Strategiebildung zur Stressbewältigung der betroffenen Person ab (Petzold 2007a).

Belastungen am Arbeitsplatz müssen deshalb nicht zwangsläufig zu Beeinträchtigungen führen. Ob sich negative Auswirkungen einstellen, hängt von den gesamten Arbeits- und Kontextbedingungen ab sowie von dem Vorhandensein von Resilienzen und von der Verfügbarkeit protektiver Faktoren.

5.1 Einschränkungen der Arbeitszufriedenheit

Der Personalmangel und die damit verbundene Hektik lassen in vielen Einrichtungen nur die allernotwendigsten Tätigkeiten zu. Zu gezielten pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen, geschweige denn für die oft geforderte „aktivierende Pflege“ bleibt keine Zeit. Hierdurch bleibt aber ein Hauptmotiv für die Wahl des Berufes frustriert und „ungesättigt“ (Schmidbauer 1983 zit. in Bermejo, Muthny 1994, 32). Die genannten Aspekte führen dann nicht selten zu Enttäuschung und Gereiztheit, Sinn und Zweck der Arbeit

werden in Frage gestellt, die Mitarbeiter resignieren und vollziehen die „innere Kündigung“, sie beklagen die Demotivation und das Fehlen innovativer Konzepte, und gleichzeitig fehlt es ihnen an den notwendigen Energien, um Veränderungen durchzusetzen (Bermejo, Muthny 1994, 32).

5.2 Verweildauer im Beruf und Krankenstand

Generell gehen Krankenstände in Zeiten schwieriger wirtschaftlicher Situationen zurück. Die Sorge um den eigenen Arbeitsplatz kann eine Erklärung dafür sein. Bundesweit und über alle Branchen hinweg ist in den letzten Jahren zu sehen, dass sich der Krankenstand der gesetzlich Versicherten verringert. Mit durchschnittlich 3,31 % lag er Ende 2006 auf einem historischen Tief (Busch 2007 zit. in Weidner, Isfort 2007, 21).

Für die Pflegeberufe werden jedoch regelmäßig über dem Durchschnitt anderer Berufe liegende Krankheitszahlen festgestellt (Badura et al. 2006 zit. in Weidner, Isfort 2007, 22). Im Pflege-Thermometer 2007 (Weidner, Isfort) wurde untersucht, wie sich Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer der Mitarbeiter in Pflegediensten im Jahr 2006 gegenüber dem Vorjahr verändert habe. Erwartungsgemäß beschrieben über die Hälfte keine Veränderung bei der Krankheitshäufigkeit und ein Viertel der Befragten bemerkte eine Steigerung der Krankheitshäufigkeit (Untersuchung GEK, 2004).

Besondere Belastungen, wie Zeitdruck, fehlende emotionale Unterstützung bei der Arbeit und die Ableistung von Überstunden über einen längeren Zeitraum können sich ursächlich auf einen überdurchschnittlichen Krankenstand auswirken.

Ausfallzeiten ziehen eine hohe Kostenbelastung mit sich und zwingen die KollegInnen zur Mehrarbeit, Überstunden sowie zu Qualitätseinbußen.

Als mögliche vergütungsrelevante Fehlzeiten kommen in Betracht:

- Gesetzlich bedingt, z. B. Krankheit bis zu 6 Wochen, Feiertage, Zusatzurlaub für Schwerbehinderte
- Tariflich bedingt, z. B. Erholungsurlaub, Sonderurlaub, Arbeitsbefreiung nach Tarifrecht
- Betrieblich bedingt, z. B. Einarbeitung in einen neuen Arbeitsbereich bzw. bedingt durch eine neue Aufgabenzuweisung, Anleitung neuer MitarbeiterInnen oder Auszubildender, interne Fortbildungsmaßnahmen, übertarifliche Sonderregelungen

Nicht vergütungsrelevante Fehlzeiten sind z. B. Krankheit über 6 Wochen, unbezahlter Urlaub, unentschuldigtes Fehlen, Mutterschaftsurlaub, usw. (Gennrich 1995, 47)

In diesen Zeiten erbringen die MitarbeiterInnen faktisch keine Arbeitsleistung, werden jedoch im Personalschlüssel berücksichtigt.

Eine Dokumentation der Fehlzeiten und die daraus resultierenden Maßnahmen wie zum Beispiel so

genannte Rückkehrergespräche im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 Abs. 2 SGB IX) können zur Qualitätssicherung und Personalentwicklung beitragen und einer Überlastung der MitarbeiterInnen entgegenwirken.

Becker, Meifort (1997, 197f) führten eine Längsschnittuntersuchung bei Altenpflege-schülerInnen durch zum Thema „Abbruch der Ausbildung“. Es wurden AbsolventInnen von mehr als 300 westdeutschen Fachseminaren für Altenpflege zwischen dem Ende ihrer Ausbildung und ihrer ersten 5 Berufsjahre mehrfach befragt. Etwa ein Viertel war bereits im ersten Jahr aus ihrem gerade erst erlernten Beruf wieder ausgestiegen. Die dafür am häufigsten genannten Gründe waren „körperliche und psychische Überforderung“, „schlechte Arbeitsbedingungen“ und bei den Frauen „Mutterschaft“. Während bei der Befragung 1994 noch etwa 65 % auf die Frage, ob Altenpflege ein Lebensberuf sei, mit „ja“ antworteten, hatte sich diese Zustimmung bis 1996 drastisch reduziert: Am Ende des vierten Berufsjahres wollte diesen Beruf nur noch knapp ein Drittel auf Dauer ausüben (Pro Alter 1997 zit. in Knaus 2005, 55). Auszubildende haben zu Beginn der Ausbildung bedauerlicherweise oftmals nur eine ungenaue Vorstellung vom Berufsalltag und können die realen Gegebenheiten nur schwer einschätzen. Sie treten mit persönlichen Ansprüchen an den Beruf, ihre Tätigkeit an. Die Diskrepanz zwischen den individuellen Vorstellungen, den vermittelten theoretischen Grundlagen in der Altenpflegeschule und der Praxisrealität kann außerdem zu einer desillusionierenden Situation und in der Folge entweder zum Berufsausstieg oder zu extremen Belastungen führen (Zellhuber 2003, 112).

Die europäische NEXT-Studie (nurses' early exit study) untersuchte in 10 europäischen Ländern (Hasselhorn, Müller 2005) die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, welche Bedeutung dieser Schritt sowohl für die betroffenen Personen als auch für die Pflegeeinrichtungen und das Gesundheitswesen im Allgemeinen hat.

Die Next-Studie ist eine der aktuellsten Publikationen, deren Ergebnisse ältere Forschungsergebnisse der BGW bestätigen und erweitern. So gehört Deutschland zu den Ländern, die besonders unter einem vorzeitigen Berufsausstieg von Pflegenden zu leiden haben. Besonders die Gefahr von Burn-out und Arbeitsunzufriedenheit bestärken die Beschäftigten, ihren Beruf zu verlassen (BGW-Forschung 2005, 7). Die Autoren schlussfolgern weiterhin, dass in Deutschland akuter Handlungsbedarf zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bei Pflegepersonal besteht.

Diesen Ergebnissen stehen praxeologische Erfahrungen aus der supervisorischen Arbeit mit Pflegekräften gegenüber. Insbesondere von robusten, resilient wirkenden Pflegekräften, die mit vielen inneren und äußeren Ressourcen ausgestattet sind und die oftmals einen freien Entscheidungs- und Tätigkeitsspielraum haben (z. B. langjährige MitarbeiterInnen, Stationsleitungen), werden oftmals eigene Grenzen im Krankheitsfall nicht wahrgenommen und es entsteht eine berufliche Verausgabungsneigung. Dann wird Krankheit aus Solidarität nicht auskuriert, weil sonst das Gefühl entsteht, die KollegInnen im Stich zu lassen und diese mit der nun noch schlimmeren Situation alleine zurück zu lassen. Die Gefahr der Entwicklung von Burn-out- Phänomenen ist dann besonders gegeben.

Langfristig wird ein Mangel an Fachpflegekräften den Arbeitsmarkt dominieren; dann wird der Pflegeberuf eine attraktive Alternative zu anderen Berufen darstellen müssen (Hasselhorn, Müller 2005, 21) damit er wieder vermehrt engagierte Menschen anziehen und halten kann, welche diese Lücken füllen können.

5.3 Aggressionen, Gewalt, gefährliche Pflege

Die Gewalt:

Die Gewalt fängt nicht an, wenn einer den anderen erwürgt.

Sie fängt an, wenn einer sagt: „Ich liebe dich: du gehörst zu mir.“

Die Gewalt fängt nicht an, wenn Kranke getötet werden.

Sie fängt an, wenn einer sagt: „Du bist krank. Du musst tun, was ich sage.“

Erich Fried (1985) auszugsweise

Dieses Gedicht beschreibt den möglichen Beginn und die breite Spanne von Gewalt in Pflegesituationen. Das Thema „Gewalt in der Pflege“ ist weitestgehend mit einem Tabu behaftet und mit unangenehmen Gefühlen verbunden. Brisant ist das Thema, weil jeder Mensch altert und irgendwann in die Situation derjenigen kommen kann, die derzeit in stationären Einrichtungen leben und möglicherweise Gewalterfahrungen erleben (Meyer 1998).

Jeder, der im Bereich der Altenhilfe oder in der Betreuung von Schwerkranken tätig ist, kommt immer wieder mit inhumanen institutionellen Situationen, mit Phänomenen von riskanter oder gar „gefährlicher Pflege“ und mit schlechter Betreuungsqualität in Kontakt. Konflikte zwischen BewohnerInnen und Pflegekräften können zu Gewalt führen. Eine unzureichende Pflege, gekennzeichnet durch Nichtbeachtung der Bedürfnisse und Möglichkeiten der alten Menschen (ruppiger Umgang, zu schnelles Anreichen von Speisen und Getränken, Vernachlässigung des Schmerzempfindens etc.) stehen an erster Stelle. Nicht selten werden diese Verhaltensweisen durch Personalmangel, Zeitnot oder mangelnde Kenntnisse in der Pflege hervorgerufen. Eine weitere Form von Gewalt stellen unterlassene Hilfeleistungen (kein Wechsel der Einlagen, vernachlässigte Körperpflege, keine fachgerechte Lagerung, fehlende Mobilisierung etc.) dar. Vielfach geben Altenpflegekräfte ihre eigene „Überforderung“ in Form von Beschimpfungen, respektlosen Ansprachen oder Antworten, Tadel oder Zurechtweisungen an die BewohnerInnen weiter.

Nicht zuletzt birgt auch die Struktur des Heimalltages Gewaltmomente in sich. Starre Zeitfenster, wie zum Beispiel feste Essens-, Schlafens- oder Waschzeiten beeinträchtigen die BewohnerInnen in ihrer Autonomie und verhindern die Möglichkeit der individuellen Tagesgestaltung zur Befriedigung von Wünschen und Bedürfnissen (Meyer 1998).

Gewalt und Misshandlung treten oft in Bereichen auf, die eigentlich „Räume der Hilfeleistung“ sein sollten (Petzold, Müller, Horn, Leitner 2005, 32). „Räume der Hilfeleistung sind öffentliche und private Institutionen/Organisationen, denen die Erwartungen/Attributionen aus dem allgemeinen gesellschaftlichen Kontext und von Seiten der Klienten und Nutzer solcher Räume sachlich-professionelle und persönlich-

mitmenschliche Hilfe und Unterstützung zuordnen, was auch durch die Selbstattributionen der in diesen Räumen arbeitenden Helfer geschieht, so dass man sich vertrauensvoll, auf Sicherheit, fachliche Qualität und menschliche Integrität zählend, in diese Räume begeben kann“ (ebenda).

Schlimme Pflegesituationen, Vernachlässigungen, Misshandlungen oder gar Tötungen von Patienten oder Bewohnern in Altenheimen geschehen in ‚prekären‘ Situationen. Probleme wie Zeitdruck, Personalmangel, unzureichende Ausstattung von Materialien und Medikamenten kennzeichnen Situationen, die zu „riskanter Pflege“ oder „gefährlicher Pflege“ führen können. Petzold (ebenda) definiert die Begrifflichkeiten wie folgt:

„Als *riskante Pflege* werden Pflegehandlungen und Pflegesituationen bezeichnet, die für die Gepflegten ein Risiko bergen, an Gesundheit und Leben Schaden zu nehmen und die zu *gefährlicher Pflege* entgleist sind, wenn unbefugte und schädigende Handlungen und Pflegemissstände Teil des Pflegealltags geworden sind und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit und das Lebender PatientInnen besteht und Schädigungen erfolgen“. (Petzold et al. 2005, 33). „*Riskante Pflege* wird als eine einerseits durch Nachlässigkeit, Überlastung, Unwissen und geringer fachlicher Kompetenz und Performanz von einzelnen Pflegenden oder Gruppen bzw. »Pflegeteams« und andererseits durch infrastrukturelle Mängel, Fehlen von Pflegemitteln und -hilfen, schlechte quantitative und qualitative Personalschlüssel und fehlende bzw. inkompetente Fachaufsicht und Leitung gekennzeichnete Pflegesituation gesehen, in der die Pflegenden und ihre Vorgesetzten Risiken von Fehlleistungen und Pflegefehlern, Mangelbetreuung, von schlechter Versorgung und kommunikativer Vernachlässigung zu Lasten der Pflegebedürftigen als Möglichkeiten in Kauf nehmen“ (Petzold 1990g, Petzold et al. 2005, 37).

„*Gefährliche Pflege* ist einerseits eine durch (offene oder verdeckte) massive Vernachlässigungen, Gleichgültigkeit, Verrohung (d. h. verbale und physische Gewalt) und ggf. pathologische Grausamkeit von einzelnen Pflegenden oder Gruppen/Teams und andererseits durch infrastrukturelle Mängel, verwaehrte institutionelle Strukturen, inkompetente oder toxische Leitung gekennzeichnete Pflegesituation, in der die Pflegebedürftigen verdinglicht und faktisch schon geschädigt werden und sie der unmittelbaren Gefahr ausgesetzt sind, durch Gewalt, vernachlässigende und falsche Pflege weiteren Schaden zu nehmen, zu Tode zu kommen oder - im Extremfall - Opfer eines Tötungsdeliktes werden. Die Faktizität dieser Delikte wird z. T. von KollegInnen und Vorgesetzten ausgeblendet, verschleiert, gedeckt“ (Petzold 1990g in: Petzold et al. 2005, 37).

Die Mitarbeiter erleben durch solche belastenden Situationen einen Verschleiß ihrer Hilfsbereitschaft, eine „deformation professionelle“ (Petzold et al. 2005, 102) und sind somit in ihrer Kompetenz und Performanz erheblich eingeschränkt.

Pflege, die durch Tun oder Unterlassen nicht den Qualitätsanforderungen (Standards, Leitlinien, Dienstanweisungen usw.) entspricht und deshalb nicht den Ansprüchen genügt (vgl. §§ 276, 278 BGB), wird als *gefährliche Pflege* bezeichnet. Diese Art der Pflege tendiert dahin, dem zu Pflegenden (Patienten, Pflegebedürftigen) körperlichen bzw. seelischen Schaden zuzufügen und kann folglich nicht hingenommen werden (vgl. u. a. § 823 BGB). Ist eine mangelhafte bzw. gefährliche Pflege aufgrund unzureichender

Organisationsmaßnahmen oder Personalmangel absehbar, müssen ArbeitnehmerInnen reagieren und sich unter Darlegung der ungenügenden Arbeitsbedingungen an die Führungsverantwortlichen bzw. den Arbeitgeber wenden, und zwar zweckmäßigerweise schriftlich zum Beispiel in Form einer Überlastungsanzeige. ArbeitnehmerInnen sind grundsätzlich immer zur sorgfältigen Dienstleistung verpflichtet (§§ 276, 278 BGB). Wenn sie dem Sorgfaltsgebot aufgrund bestimmter (Organisations-) Mängel nicht gerecht werden können, drängt sich eine Mitteilung an die Führungsverantwortlichen auf.

Wenn die aufgezeigten Probleme nicht behoben werden, muss das Bemühen zur bestmöglichen Dienstleistung unvermindert aufrechterhalten bleiben. Allerdings hat sich die Verantwortlichkeit für schlechte Arbeitsergebnisse, die arbeitnehmerseitig letztlich nicht beeinflusst werden können, verschoben. Es wird als zweckmäßig erachtet, die Anzeige bestimmter Mängel zu wiederholen, unter Umständen mehrfach. Dies wird die Führungsverantwortlichen/den Arbeitgeber nicht erfreuen, erscheint aber gleichwohl geboten!

„*Riskante und gefährliche Pflege* sind ein Alarmsignal erster Ordnung, denn sie kennzeichnen genau das Milieu „bedrohter Lebenswelten“, in dem Phänomene wie die „Erosion der Tragfähigkeit“ des Personals auftreten und eventuell „*maligner Burnout*“ (Petzold 1991j) eintreten kann, bei dem dann PatientInnenmisshandlungen, ja PatientInnenötungen vorkommen können“ (Petzold et al. 2005, 35). Vorzufinden sind sie häufig in „*sozialtoxischen Kontexten*, in denen institutionelle bzw. organisationale Verhältnisse vorzufinden sind, die aufgrund gravierender infrastruktureller Mängel, Job-Stress, Überlastung, Zeitnot u. Ä. verhindern, dass ethisch und humanitär selbstverständlich erforderliche Mitmenschlichkeit und Zwischenmenschlichkeit, wie sie z. B. Pflege und Betreuung kennzeichnen, keinen Raum haben, abgewertet und verhindert werden. Somit treten an die Stelle von *Humanität* menschenunwürdige Bedingungen und damit bei MitarbeiterInnen eine ‚Erosion der persönlichen Tragfähigkeit‘, Erschöpfung, Vergleichgültigung und Verrohung, was bei Patienten einen gravierenden Abbau von geistigen, psychischen und physischen Potentialen als Folge kustodialer Hospitalisierung verursacht. In einem solchen sozialtoxischen Kontext entwickeln sich Strategien der *Dehumanisierung*, es werden Menschen wie gefühllose Gegenstände behandelt, Menschenwürde wird verletzt, es findet sich regelhaft »riskante Pflege« als Folge kontextpathogener Bedingungen, die unsorgfältig und vernachlässigend gesundheitliche Schäden billigend in Kauf nimmt. Es kommt zunehmend auch zu sozialpathologischem, aggressivem bzw. zu verletzendem Verhalten und zu malignem Burn-out - d. i. Abwehr von Überlastung durch Aggression, Misshandlung und aktive Vernachlässigung (*neglect*) - sowie zu »*gefährlicher Pflege*«, bei der schwere Schädigungen und Verletzungen, ja tödliche Folgen aufgrund von Fehlbehandlungen, Unterversorgung, Gewalttätigkeit eintreten können und auch gezielte Patiententötungen möglich werden“ (Petzold et al. 2005, 48).

Im Gegensatz dazu ist „*professionelle Pflege*, die im Auftrag sozialstaatlicher Fürsorgepflicht durchgeführte, qualifizierte Betreuung eines erkrankten, kranken, leidenden, behinderten, geschwächten oder in irgendeiner anderen Form in seinen Möglichkeiten der gesunden und selbstversorgenden Lebensführung eingeschränkten Menschen als Ganzem in lebenserhaltender, Krankheit und Sterben begleitender, in heilender, lindernder Absicht, aber auch mit stützender, identitätssichernder Lebensqualität und Entwicklung

fördernder Zielsetzung. *Professionelle Pflege* bedient sich dabei medizinischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher, psychologischer und pädagogischer Erkenntnisse und Methoden im jeweiligen institutionellen Kontext (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) und auf dem Hintergrund des mitmenschlichen Engagements in zwischenmenschlichen Beziehungen: zwischen den Pflegenden, den Pflegebefohlenen und ihren Angehörigen. Pflege ist demnach von der Struktur her interaktional und intersubjektiv angelegt. Sie bezieht stets gleichermaßen Pflegenden und Gepflegte als Personen ein“ (Petzold, Petzold 1993b in Petzold et al. 2005, 38).

5.4 Burn-out

Unter Burn-out versteht man laut Fengler (2001) einen Prozess oder Zustand seelischer Erschöpfung, der oft am Ende einer langanhaltenden Überforderung durch vielfältige Belastungen ohne angemessenes Korrektiv eintritt. Das Burn-out-Syndrom, ‚Ausbrennen‘, oder auch Erschöpfungssyndrom genannt, wird als schleichend beginnende oder abrupt einsetzende Erschöpfungserfahrung körperlicher, geistiger oder gefühlsmäßiger Art in Beruf, Freizeit, Freundeskreis, Partnerschaft und Familie beschrieben, oft verbunden mit Aversion, Ekel und Fluchtgedanken.

Petzold (et al. 2005) bezeichnet Burn-out, das als Folge chronischer Belastung auftreten kann, als Stress- bzw. Hyperstresserkrankung. Er definiert Burn-out als ein „komplexes Syndrom, das durch multifaktorielle, z. B. makro-, meso-, und mikrosoziale zeitextendierte Belastungen bzw. Überlastungen eines personalen oder sozialen Systems bis zur völligen Erschöpfung seiner Ressourcen verursacht wird, besonders wenn ein Fehlen protektiver Faktoren und eine schon vorhandene Vulnerabilität gegeben sind. Sofern nicht durch die Beseitigung von Stressoren und Entlastung, z. B. durch Zuführung von Ressourcen, eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burn-out Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge. Bei personalen Systemen führt dies zu Motivationsverlust, emotionaler Erschöpfung, Leistungsabfall, Selbstwertkrisen und psychischen bzw. psychosomatischen aber auch psychosozialen Symptomen, wie z. B. aggressiver Umgang mit Patienten und Klienten bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung“ (Petzold 1998g, 164).

Hier ist der ganze Mensch als personales System betroffen, wenn durch Dauerbelastung oder Überlastung, für die keine Abhilfe durch die Mobilisation von Ressourcen, Support und protektiven Faktoren geschaffen werden kann, Burn-out-Phänomene eintreten (ebenda).

Bermejo, Muthny (1994, 26) beschreiben als Folgen von Burn-out psychische, emotionale und geistige Erschöpfung mit Gefühlen von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, sowie negativer Einstellung bis hin zu Aggressionen gegen die Arbeit, die Menschen und das Leben allgemein. Positive Gefühle gehen verloren, ebenso wie Sympathie und Respekt gegenüber den BewohnerInnen, sodass Abgestumpftheit gegenüber dem Leiden und den Bedürfnissen der BewohnerInnen entsteht. Das jeweilige Ausmaß dieser emotionalen Distanzierung und Entfremdung ist abhängig vom Zusammenwirken spezifischer Belastungsfaktoren und

der individuellen Fähigkeit, diesen Stress und diese Belastungen zu ertragen und zu meistern.

Pflegekräfte in chronifizierten Überlastungssituationen, die z. B. auf einer personell chronisch unterbesetzten Demenzstation arbeiten, stehen durchaus in der Gefahr, z. B. dysfunktionale Genregulationen und damit psychosomatische Störungen auszubilden und ein Burn-out-Syndrom zu entwickeln (Petzold 1993g). Petzold spricht dann von „alltäglichem Horror“, indem es in diesen „bedrohten Lebenswelten“ zu Phänomenen wie dem „*malignen Burn-out*“ kommt, wo Pflegepersonal durch Überlastung, Abstumpfung, Vergleichgültigung, Verrohung in eine Entwicklung zur Inhumanität gerät und „*riskante Pflege*“ geschieht. (Petzold et al. 2005, 47).

Eine Überlastung kann übrigens auch dann eintreten, wenn kompetentes Pflegepersonal durch schlechte Infrastruktur behindert wird, seine Kompetenz einzusetzen und zu nutzen, was ebenfalls Burn-out zur Folge haben kann. (Petzold et al. 2005, 43).

6 Gesundheitsförderung im Pflegeberuf

Nach einer ausführlichen Darstellung der Belastungsfaktoren und deren Folgen stellt sich nun die Frage nach den Ressourcen, die Betroffenen zur Verfügung stehen, damit schädigende Einflüsse abgepuffert oder kompensiert werden können.

In den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung hat das Thema Salutogenese in den Sozialwissenschaften und in der Medizin in jüngster Zeit viel Aufmerksamkeit erfahren. Eingebracht in die gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion wurde dieses Konzept durch Aaron Antonovsky (1923-1994). Er kritisiert eine rein pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise und stellt ihr eine salutogenetische Perspektive gegenüber. Die Frage, warum Menschen in Belastungssituationen gesund bleiben, soll Vorrang vor der Frage nach den Ursachen von Krankheit und Risikofaktoren bekommen.

Die salutogenetische Perspektive ist ressourcenorientiert und fragt primär nach den Bedingungen von Gesundheit und nach Faktoren, welche die Gesundheit schützen und zu Resilienz beitragen, zu psychischer Widerstandskraft.

6.1 Das Konzept der Salutogenese

Im Gegensatz zur Pathogenese, welche die Entstehung und Ursachen von Krankheiten zu erklären versucht, wird in der Perspektive der Salutogenese die Frage untersucht, welche Faktoren und Bedingungen die Gesundheit erhalten und warum Menschen, die unter gleichen oder ähnlichen widrigen Umständen leben oder arbeiten, nicht die gleichen Reaktionen zeigen.

Kritische Lebensereignisse (critical life events) (Filipp 1995), die in ‚Krisen‘ und ‚Herausforderungen‘ differenziert werden können (Petzold 2002h), werden von manchen Menschen gut gemeistert, von anderen dagegen nicht bewältigt, sodass Depression, Traumatisierung oder psychische Überforderung bis hin zum Burn-out eintritt.

Insbesondere im Arbeitsfeld „Altenpflege“ ist die „Salutogeneseperspektive“ (Müller, Petzold, 2003) von besonderer Bedeutung, da grundsätzlich bei der Pflege und Betreuung alter Menschen nicht defizitorientiert vorgegangen werden sollte, sondern im Sinne einer ganzheitlichen Pflege aktivierend, ressourcen- und potentialfördernd.

Antonovsky sieht in seinem Modell zur Untersuchung von „Pathogenese“ und „Salutogenese“ Einstellungen, Überzeugungen, Kompetenzen als wichtig an, die das Gesundwerden und Gesundbleiben unter belastenden Lebensumständen ermöglichen. Er beschreibt als Kernstück seines Modells das „Kohärenzgefühl“, das er als „globale Orientierung“ versteht, „die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, 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“ (Antonovsky 1979, Übersetzung durch Franke 1997, 36).

Mit diesem Konzept durchaus kompatibel ist das Gesundheits- und Krankheitsverständnis des Integrativen Ansatzes, das integrativer supervisorischer Intervention zugrunde liegt und wie folgt definiert werden kann: „Gesundheit wird als eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes und seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schließlich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Integrität und Wohlbefinden entwickelt“ (Petzold 2003a, 448, 1991k).

Der komplexe Blick auf übergeordnete Zusammenhänge und die Betrachtung einzelner Faktoren - z. B. Risikofaktoren und protektiven Faktoren - und ihrer Interaktion ist in der Integrativen Supervision demnach ein wesentlicher Bestandteil. Gesundheitsförderung als ein sozial-ökologisches Gesundheits- und Präventionsmodell verstanden, betrachtet Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Mittel, um Individuen zu befähigen, individuelles und gesellschaftliches Leben positiv zu gestalten.

Warum Menschen trotz potentiell wenig gesundheitsfördernder Einflüsse gesund bleiben, wie sie es schaffen, sich von Erkrankungen wieder zu erholen und was das Besondere an Menschen ist, die trotz extremster Belastung nicht krank werden, sind die zentralen Fragen, die für Antonovsky zum Ausgangspunkt seiner theoretischen und empirischen Fragen wurden.

Laut Antonovsky, der die Entstehung von Gesundheit systemtheoretisch zu erklären versucht, ist sie kein normaler, passiver Gleichgewichtszustand, sondern ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen. Das Grundprinzip menschlicher Existenz ist nicht Gleichgewicht und Gesundheit sondern Ungleichgewicht, Krankheit, Leiden. Der menschliche Organismus kann seine organisierten Strukturen verlieren, aber die Ordnung auch wieder aufbauen, denn „der menschliche Organismus ist ein System und wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgeliefert“ (BZgA / Bengel, Strittmatter, Willmann 1998, 25). Bezogen auf den Gesundheitszustand bedeutet dies, dass Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muss und dass gleichzeitig der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess ist.

Das Krankheitsverständnis der modernen Medizin beruht auf einem mechanistischen Modell: Defekte, die durch krankmachende Einflüsse entstanden sind, gilt es zu erkennen und durch gezielte Behandlung zu

beheben. Antonovsky hingegen richtet sein Interesse nicht auf spezifische Symptome, sondern auf die Tatsache, dass ein Organismus seine Ordnung nicht mehr aufrechterhalten kann - die genaue Art der Störung ist dabei nicht von Interesse.

Anstatt der ausschließlichen Bekämpfung krankmachender Einflüsse setzt der salutogenetische Ansatz zusätzlich auf die Stärkung der Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen. Das ressourcenorientierte Denken veranlasst zur Berücksichtigung der ganzen Person mit ihrer Lebensgeschichte sowie zur Betrachtung des gesamten Systems, in dem die Person lebt. In der individuellen Geschichte einer Person lassen sich nur in Kenntnis aller ihrer Lebensaspekte die Ressourcen auffinden und fördern, die zur Genesung der Person beitragen können (BZgA / Bengel et al. 1998, 27).

Der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wird nach Antonovsky wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt: eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben - eine Weltanschauung. Äußere Faktoren wie Krieg, Hunger oder schlechte hygienische Verhältnisse können die Gesundheit gefährden. Dennoch gibt es auch unter gleichen äußeren Bedingungen Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener Menschen. Wenn also die äußeren Bedingungen vergleichbar sind, dann wird es nach Ansicht Antonovskys von der Ausprägung dieser individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung abhängen, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen.

Antonovsky bezeichnet diese Grundhaltung als „Kohärenzgefühl“ (sense of coherence, SOC). Kohärenz bedeutet Zusammenhang, Stimmigkeit. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren kann. Dies kann auf vorhandene protektive Faktoren, die in erfolgreichen Bewältigungsprozessen Resilienzen ausgebildet haben, zurückzuführen sein. Diese Grundhaltung des Individuums, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich nach Antonovskys (1997, 34f) Überlegungen aus drei Komponenten zusammen:

- Verstehbarkeit (comprehensibility)
- Handhabbarkeit (manageability)
- Sinnhaftigkeit, Bedeutsamkeit (meaningfulness)

Der Bereich der *Verstehbarkeit* hat seine Bedeutung darin, dass die Lebensprobleme und die mit ihnen verbundenen Stressoren erst einmal in ihrer dimensionalen Ausprägung zu erfassen sind, und darin, wie ein Verständnis und eine klare Definition über die Art und das Ausmaß des z. B. gerade anstehenden Problems zu finden ist. Auf kognitiver Ebene geht es hier um die subjektive Bewertung bzw. die subjektive Probleminterpretation, über die der Ort bestimmt wird, von dem die Bewältigung ausgeht. Auf dieser Ebene

gilt es zunächst einmal darum, das Problem zu erkennen und zu definieren. Vorher kann dessen Bewältigung nicht konkret erörtert bzw. bedacht werden (Lorenz 2005, 37).

Die *Handhabbarkeit*, so Antonovsky, beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Er nennt dies auch „instrumentelles Vertrauen“. Es geht hierbei jedoch nicht nur darum, über eigene Ressourcen und Kompetenzen verfügen zu können, sondern auch, dass andere Personen oder eine höhere Macht dabei helfen, Schwierigkeiten zu überwinden. Antonovsky betrachtet das Gefühl von Handhabbarkeit als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster.

Die *Sinnhaftigkeit* bzw. *Bedeutsamkeit* weicht von den mehr kognitiv orientierten Komponenten ab und ordnet einen tiefer liegenden emotionalen Sinn zu. Diese Dimension beschreibt das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: „Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky 1997, 36). Antonovsky sieht diese motivationale Komponente als die wichtigste an, denn ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben ergibt sich trotz hoher Ausprägung der anderen beiden Komponenten kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls. Mit dieser Komponente sieht der Mensch - bei guter Ausprägung - das Leben auch in schwierigen Lagen als lebenswert und ist bereit, die Schwierigkeiten als Selbstverständlichkeiten der menschlichen Existenz anzunehmen (Lorenz, 2005).

Das Kohärenzgefühl basiert somit als Persönlichkeitseigenschaft intrinsischer Natur auf einem Erleben, welches einen Zusammenhang und Sinn für das Leben ergibt, und darauf, dass das Leben nicht vor allem durch unbeeinflussbare Gegebenheiten bestimmt ist. Menschen mit einem gut ausgebildeten Kohärenzgefühl setzen sich verantwortungsbewusst mit neuen Bewältigungsmöglichkeiten auseinander und versuchen flexibel auf die unterschiedlichen Herausforderungen des Lebens zu reagieren, statt auf alte, festgefahrene und fixierte Verhaltensmuster rigide zurückzugreifen. Somit werden neue Informationen grundsätzlich als Herausforderung betrachtet, und neuen Lösungsansätzen wird offen gegenübergestellt. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl begünstigt die Selbstannahme und eine Einsicht, dass die gegebenen Verhältnisse und die eigenen Lebensmöglichkeiten einen Sinn haben, während umgekehrt ein schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl zu Gefühlen der Nichtlösbarkeit und letztendlich Ohnmacht führt (Lorenz 2005, 39).

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich nach Antonovsky im Laufe der Kindheit und Jugend und wird von den gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen beeinflusst. Mit etwa 30 Jahren ist seiner Meinung nach das Kohärenzgefühl ausgebildet und bleibt relativ stabil. Ob sich ein starkes oder schwaches Kohärenzgefühl ausbildet, hängt für Antonovsky vor allem von den gesellschaftlichen Gegebenheiten ab, d. h. von der Verfügbarkeit ‚generalisierter Widerstandsressourcen‘ (s. Kap. 6.1.2). Sind generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden, die wiederholt konsistente Erfahrungen ermöglichen und eine Balance von Über- und Unterforderung beinhalten, dann entsteht mit der Zeit ein starkes Kohärenzgefühl.

Erfahrungen hingegen, die überwiegend durch Unvorhersehbarkeit, Unkontrollierbarkeit und Unsicherheit geprägt sind, führen zu einem schwachen Kohärenzgefühl. Grundsätzlich ist für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden Ereignissen erforderlich.

Eine grundlegende Veränderung des SOC im Erwachsenenalter hält Antonovsky nur begrenzt für möglich: allenfalls kann eine radikale Veränderung der sozialen und kulturellen Einflüsse oder der strukturellen Lebensbedingungen (z. B. Wohnortwechsel, Veränderung des Beschäftigungsverhältnisses, etc.), welche die bisherigen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten massiv verändert oder viele unerwartete Erfahrungen mit sich bringt, zu einer deutlichen Veränderung des Kohärenzgefühls führen.

Wenn dem Menschen vielfältige Coping-Strategien und Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, dann sieht er sich in der Lage, Unsicherheiten abzubauen und Sicherheiten aufzubauen. Dies fördert positives Selbstwerterleben und kann als entscheidenden Faktor für Gesundheit aufgefasst werden. Misslingt dies, so leiden die betreffenden Menschen unter ihren Stressgefühlen. Sieht jemand das auftretende Stressgefühl als Aufgabe bzw. Herausforderung an, die dazu prädisponiert, den Bewältigungsschritt zu bestehen, oder wirkt sich das Stresserleben so hemmend auf die Person aus, dass sie gar nicht erst den Versuch unternimmt, die Situation als bewältigungsrelevant anzusehen, dann stellt sich die Frage nach Unterschieden in der Persönlichkeit (Lorenz 2005, 57).

Antonovsky geht von der Annahme aus, dass der Mensch, der mit einem starken Kohärenzgefühl ausgestattet ist, Anforderungen eher als Herausforderungen, denn als Stressoren zu betrachten in der Lage ist und seine Ressourcen situationsangemessen und zielgerichtet einzusetzen weiß. Dabei werden häufig auch die Fähigkeiten eingesetzt, die erkennen helfen, in welchen Bereichen wir unsere Stärken haben, die zum Einsatz gelangen sollen. Der Wahrnehmung und Wertschätzung eigener Ressourcen ist darum große Bedeutung zuzumessen.

Hüther (2001, 33f) spricht von „der individuellen Bewertung der Kontrollierbarkeit des Stressors“, die bedeutet: „Wenn sich eine Belastung als kontrollierbar erweist, kehrt sich plötzlich alles um, aus einer Bedrohung wird eine Herausforderung, aus Angst wird Zuversicht und Mut, aus Ohnmacht wird Wille, und am Ende, wenn wir es geschafft haben, spüren wir, wie unser Vertrauen in das, was wir wissen und können, gewachsen ist.“

6.1.1 Das Gesundheits-Krankheitskontinuum

Die salutogenetische Sicht definiert den Menschen auf einem Weg, der als ein „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ mit vielen verschiedenen Betrachtungsdimensionen zu sehen ist und der sich von der zweigeteilten Sicht Gesundheit vs. Krankheit abwendet. Es geht bei der Auseinandersetzung mit Stressoren um deren Charakter und wie dem Individuum im Umgang mit ihnen die Auflösung der Anspannung gelingt. Erfolgreiches Coping besteht darin, individuelle Möglichkeiten aktivieren zu können, die in der Situation

angemessen und effizient sind (Lorenz 2005, 26).

Für Antonovsky ist die zentrale Aufgabe des Organismus die Bewältigung der Spannungszustände. Gelingt die Spannungsbewältigung, so hat dies eine gesundheitserhaltende bzw. gesundheitsförderliche Wirkung. Misslingt Spannungsbewältigung, dann entsteht „Stress“ (Belastung, Belastungsfolgen) oder eine die Person subjektiv und/oder objektiv belastende Situation. Die entstandene Stressreaktion muss jedoch nicht immer zwangsläufig negative gesundheitliche Folgen haben. Die Belastung kann auch neutrale oder sogar gesundheitsfördernde Wirkung haben. Erst zusammen mit Krankheitserregern, Schadstoffen und körperlichen Schwachstellen und Verletzlichkeiten führt die Stressreaktion zur Schwächung der körperlichen Gesundheit. Im Rahmen der psychosozialen Stressoren setzt Antonovsky mit seinem Konstrukt des Kohärenzgefühls an. Personen mit einem starken SOC z. B. bewerten manche Reize als neutral, die eine andere Person mit einem schwächeren SOC als spannungserzeugend erfahren würde (sog. Primäre Bewertung I). Wird zum Beispiel ein spannungserzeugender Stressor als ‚potentiell bedrohlich‘ definiert, wird sich eine Person mit hohem SOC wahrscheinlich nicht wirklich bedroht fühlen, denn ihr grundlegendes Vertrauen, dass sich die Situation bewältigen lassen wird, schützt sie. Bewertet eine Person mit hohem SOC einen Reiz als Stressor, dann kann sie unterscheiden, ob der Stressor ‚bedrohlich‘, ‚günstig‘ oder ‚irrelevant‘ ist (sog. Primäre Bewertung II). Die Bewertung als ‚günstig‘ und ‚irrelevant‘ bedeutet, dass Anspannung wahrgenommen wird; gleichzeitig nimmt die Person aber an, dass die Anspannung auch ohne das Aktivieren von Ressourcen wieder aufhört. Der Stressor, der Anspannung auslöste, wird zum Nicht-Stressor umdefiniert (Antonovsky 1997, 124f). Antonovsky geht davon aus, dass Menschen mit einem hohen SOC auf bedrohliche Situationen eher mit situationsangemessenen und zielgerichteten Gefühlen reagieren, die sich durch Handlungen beeinflussen lassen. Personen mit schwachem SOC reagieren dagegen eher mit diffusen, schwer zu regulierenden Emotionen (z. B. blinde Wut). Sie werden handlungsunfähig, da ihnen das Vertrauen in die Bewältigbarkeit des Problems fehlt (sog. Primäre Bewertung III).

6.1.2 Generalisierte Widerstandsressourcen

Laut Antonovsky gibt es so genannte generalisierte Widerstandsressourcen, die eine erfolgreiche Spannungsbewältigung erleichtern und dadurch einen Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung von Gesundheit haben. Diese sind sowohl individuelle (z. B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle Faktoren (soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeit, kulturelle Stabilität). Sie können in Situationen aller Art, also in allen Lebenslagen, wirksam werden - dies bedeutet der Begriff ‚generalisiert‘. Ressourcen, welche die Widerstandsfähigkeit der Person erhöhen, Widerstandsressourcen also, prägen kontinuierlich die Lebenserfahrungen und ermöglichen dem Menschen, bedeutsame Erfahrungen von Bewältigungskompetenz zu machen, die wiederum das Kohärenzgefühl formen. Sie wirken als Potential, das aktiviert werden kann, wenn es für die Bewältigung eines neuerlichen Spannungszustandes erforderlich ist. Spannungen, die sich aus dem Problem ergeben, können somit bewältigt werden ohne maligne Stressbelastung zu verursachen (Lorenz 2005, 35).

Diese generalisierten Widerstandsressourcen werden nach Antonovskys Verständnis in der Entwicklungszeit der Kindheit und Jugend ausgeprägt. Sie bleiben defizitär entwickelt, wenn in dieser Zeit unverständliche, nicht in sich geschlossene, eben inkonsistente Lebenserfahrungen gemacht werden; wenn der heranwachsende Mensch über- bzw. unterfordert ist und wenn keine altersgemäße Teilhabe an den wesentlichen Entscheidungen stattfinden kann (ebenda, 35). Das Gelingen einer Spannungsreduktion hat eine stärkende Wirkung auf das Kohärenzgefühl. „Indem wir einen Stressor bewältigen, lernen wir, dass das Leben weder zerstörerisch noch sinnlos ist“ (Antonovsky 1979, 194, Übersetzung nach Bengel et al. 1998). Aufgrund der erfolgreichen Spannungsreduktion bleibt der Gesundheitszustand bzw. die Lokalisation auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhalten; eine günstige Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erleichtert dann wiederum den Erwerb neuer Widerstandsressourcen. Erfolgreiches Spannungsmanagement führt hingegen zu einem Stresszustand. Dieser Stresszustand steht in Wechselwirkung mit vorhandenen pathogenen Einflüssen und Vulnerabilitäten und wirkt sich damit negativ auf die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus.

Für den Bereich der Gesundheitsförderung oder der Prävention im Rahmen supervisorischer Interventionen liegt hier der entscheidende Perspektivenwechsel. Neben den potentiell pathogenen Risikofaktoren rücken die salutogenen, die gesundheitserhaltenden Ressourcen und die individuellen Bewältigungsstrategien der Menschen in das Blickfeld. Weiterhin sind aktiv die positiven Aspekte der jeweiligen Situation (z.B. Arbeitskontext) in den Blick zu nehmen.

Die Arbeit in der Pflege und Betreuung darf nicht einseitig als gesundheitsbelastend begriffen werden. Einer sinnvollen Tätigkeit nachgehen zu können schafft Anerkennung, soziale Stabilität und ist somit ein wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität. Im Rahmen der Gesundheitsförderung durch Supervision in der Altenpflege gilt es daher, die Ressourcen für die Gesunderhaltung zu entdecken und zu fördern, sowohl die persönlichen, als auch jene, die in der Pflegetätigkeit selbst begründet sind (Bausch-Weis, 2004, 25).

6.2 Das integrative Ressourcenkonzept

Im Integrativen Ansatz der Supervision muss der Aspekt der Belastungen (Stress, Überforderung) und der der Anforderungen (Entwicklungsaufgaben, Ansprüche) stets berücksichtigt werden, um eine einseitige Orientierung auf Pathologie oder Negativprobleme zu vermeiden. Neben der Problem- und Konfliktanalyse sollte in der Supervision also immer die Ressourcenanalyse zum Tragen kommen mit den Fragestellungen: was steht dem Supervisanden an Eigen- und Fremdressourcen, z. B. an sozialem Netzwerk, physischer Konstitution, materiellen Mitteln, Bildung, Lebenserfahrung, Coping-Strategien zur Verfügung (Petzold 1997p in: 2007a)?

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln detailliert beschrieben, weisen die Komponenten des „Integrativen Ressourcenkonzepts“ deutliche Parallelen zu den durch Antonovsky dargestellten Ausgangsannahmen auf. Zu den Risikofaktoren sind stets protektive Faktoren mitzudenken, die Antonovsky - wie bereits dargestellt - als ‚generalisierte Widerstandsressourcen‘ in Gegenüberstellung zu den

‚Widerstandsdefiziten‘ sieht und definiert. Dabei ist der Grundgedanke ausschlaggebend, dass die förderlichen Faktoren auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit dem Individuum dazu verhelfen, in Richtung Gesundheit zu gelangen, während die Risikofaktoren in Richtung Krankheit disponieren (Lorenz 2005).

6.2.1 Ressourcen

Die Definitionen des Ressourcenbegriffs sind vielfältig. So sind Ressourcen z. B. vor dem Hintergrund von Belastung, Überforderung und Support als „Hilfsmittel“ zur Bewältigung von Krisen und Belastungssituationen zu betrachten. Andererseits stellen Ressourcen auch Quellen dar, die Grundlagen für die Entwicklung von Potentialen bilden. Dies sind nur zwei der möglichen Definitionen. Ressourcenberatung hat die Aufgabe, ein optimales Ressourcenmanagement zu fördern und zur optimalen Entwicklung von Ressourcen beizutragen. Allerdings können nur Ressourcen genutzt werden, die bewusst sind und als verfügbar erlebt werden. Die Aufgabe von Supervision ist es, diese Ressourcen nutzbar zu machen, die vorhandenen Ressourcenbestände zu konnektivieren und dadurch weitere Möglichkeiten der Nutzung zu erschließen (Petzold 2007a).

Petzold definiert *Ressourcen* u. a. in einem Bezug zur Belastungs-, Überforderungs- und Krisentheorie des Integrativen Ansatzes wie folgt: „Ressourcen sind alle erdenklichen Mittel der Hilfe und Unterstützung, ja die Prozesse des ‚Supports‘ selbst, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können: innere Ressourcen/Stützen wie physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, Intelligenz, geistige Werte aber auch äußere Ressourcen/Stützen wie Freunde, soziale Netzwerke (Moreno), Unterkunft, Geld. Ressourcen tragen dazu bei, die Stabilisierung einer erschütterten Persönlichkeit, einer zerrütteten Familie, eines maroden sozialen Systems, einer desorganisierten Organisation zu ermöglichen, die Selbstregulationskräfte und Interaktionskompetenz des Systems mit der Umwelt zu restituieren und darüber hinaus - derartige Konsolidierungen überschreitende - Entwicklungen auf den Weg zu bringen und zu fördern“ (Petzold 1997p in: 2007a, 290).

Petzold betont ergänzend die Entwicklungspotentiale von Ressourcen, genau wie er dies in seiner Interpretation der protektiven Faktoren (vgl. Kap. 2) benennt: „Ressourcen sind gute Quellen, aus denen die Kreativität schöpft, die einerseits Belastungen und Probleme abpuffern, zum anderen aber Grundlage für Potentiale (sie sind mit diesen nicht gleichzusetzen) bieten. Ressourcen stehen der Person oder Personengruppen zur Lebensbewältigung wie auch zur kokreativen Lebensgestaltung zur Verfügung, um Entwicklungspotentiale freizusetzen und zu nutzen“ (Petzold 2007a, 292).

Eine wesentliche Aufgabe von Supervision besteht im Sinne des Integrativen Ansatzes darin, etwaige durch falsche Bewertung, fehlendes Wissen, Kompetenz oder unzureichende Performanz blockierte Ressourcen nutzbar zu machen, durch neue, „intelligente Konnektivierungen“ verschiedener Ressourcenbestände weitere Nutzungsmöglichkeiten vorhandener Quellen zu erschließen oder durch den umsichtigen Einsatz vorhandener Mittel neue Ressourcen aus dem Kontext zugänglich zu machen.

Ressourcen können laut Petzold niemals losgelöst vom Kontext und der Lebensgeschichte und Lebenserfahrung einer Person betrachtet werden. Sie stehen deshalb im Kontinuum und sind dadurch mit Problemen und Potentialen/Erwartungen verbunden. Unter Nutzung von Ressourcen kommt es schließlich zu konkreten Handlungen der Bewältigung (coping) oder der schöpferischen Gestaltung (creating) und kreativen Konfliktlösung. Diese werden im folgenden Kapitel beschrieben:

6.2.2 Bewältigungsstrategien, Coping, Creating

Der Begriff Bewältigungs- oder Copingstrategie (engl.: to cope with = "bewältigen, überwinden") bezeichnet die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase. Im Pflegeberuf sind es häufig Überforderungssituationen, welche es zu bewältigen gilt. Diese definiert Petzold wie folgt: „Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, unzureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquate Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen“ (Petzold 2007a, 291). Solche Situationen können, vor allem wenn sie lange andauern und häufig auftreten, als ein sehr schwieriges Lebensereignis erlebt werden und Krisen auslösen, die die Identität der betreffenden Person labilisieren oder in schwere Turbulenzen bringen, sodass Coping, d. h. bewusste oder unbewusste Bewältigungsversuche notwendig werden (Petzold 2003a, 473). In der Integrativen Supervision kann mit Hilfe von Ressourcen auf die wahrgenommenen, kontextbedingten Probleme (d. h. Aufgaben, Anforderungen, Schwierigkeiten) geantwortet werden (Petzold 2007a, 297), indem bei den Bewältigungsversuchen (coping) die folgenden häufigen Strategien (Copingstile) (Petzold 2007a, 299) eingesetzt werden können:

- *Evasive coping*, welches Belastung und Bedrohungen durch Ausweich- und Vermeidungsstrategien zu entgehen sucht;
- *Aggressive coping*, Strategien der Konfrontation, der (Selbst)behauptung, des Kampfes
- *Adaptive coping*, Strategien der Anpassung, Regression, Zurücknahme, um zu versuchen, mit Problemen, Belastungen, Überforderungen zurecht zu kommen.

Creating bedeutet die kreative, bzw. unter Nutzung sozialer Ressourcen, die kokreative Gestaltung von vorgefundenen Gegebenheiten. Häufig ist *creating* verbunden mit Ressourcengewinn und der Chance zu einer positiven Spirale der Gewinnmaximierung, während *coping* mit Ressourcenminderung und Ressourcenverfall einhergehen kann.

Für das *creating* nennt Petzold situations- und personenabhängige „*Stile schöpferischen Handelns*“,

- *Creative adjustment*, ein kreatives Einpassen in vorfindliche Gegebenheiten unter erfindungsreicher Ausnutzung der angetroffenen Möglichkeiten
- *Creative change*, ein kreatives Gestalten und Verändern der vorfindlichen Gegebenheiten im Sinne ihrer

Überschreitung und Ressourcenvermehrung

- *Creative cooperation*, eine das individuelle schöpferische Tun überschreitende kokreative Aktivität, in der die Möglichkeiten einbezogen werden, Konfluxphänomene (d. h. das fließende Zusammenspiel von Potentialen) auftauchen, durch die neue Ressourcen freigesetzt bzw. geschaffen werden (Petzold, Orth 1996b)

Für das Feld der Altenpflege bedeutet dies, dass die Mobilisation von institutionellen (z. B. Personalaufstockung, Supervision) und persönlichen Ressourcen (Unterstützung durch KollegInnen, Freunde, Familie) durch Entlastung zu positiven Problemlösungen führen kann, oder – wenn sie misslingt – in den Burn-out bzw. bei Chronifizierung der Burn-out-Situation in eine maligne Entgleisung, d. h. Vernachlässigung, Missbrauch, Misshandlung führen kann (Petzold 1991j). Gesundheit wird also gewonnen oder gekräftigt, wenn Strategien des Coping und Creating eingesetzt werden, die Bewältigungsversuche über Entlastung, Heranführung von inneren und äußeren Ressourcen, vorhandene Vitalität und protektiven Faktoren und ein positiver Zukunftshorizont stärken. Dadurch kommt es zu funktionalen Problemlösungen, und Neuorientierung wird möglich (Petzold 2003a, 473).

Das komplexe Erleben, d. h. Wahrnehmen und Erfassen von Ressourcen, das Verstehen und Erklären der Muster des Ressourcengebrauchs, d. h. der Ressourcenbewertung (valuation, appraisal), der Erwartungsperspektiven und der Ressourcennutzung (resourcing, acting) sind zentrale Momente in Prozessen von Ressourcenassessment und Ressourcenberatung. Sie sollen Reflexionshilfen, Unterstützung und Möglichkeiten des Empowerments bereitstellen. Der Supervisor steht mit seinen Kenntnissen, Wissensbeständen und seinem methodischen Rüstzeug den Supervisanden im Rahmen des vereinbarten Beratungsauftrags als Ko-respondenzpartner und Experte zur Verfügung (Petzold 2007a, 308). Hier finden sich wesentliche Elemente des Integrativen Ansatzes wieder, nämlich die im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Hermeneutik entwickelte „Hermeneutische Spirale“ von Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären und die am Ko-respondenzmodell entwickelte Beratungstheorie.

Der Mitarbeiter im Altenpflegeberuf muss über seine Ressourcen informiert sein; er muss wissen, was er für das Unternehmen, in dem er arbeitet, „wert“ ist. Er muss seinen eigenen „Wert“ als Person, als Experte in seiner Profession kennen. Dies alles ist nicht möglich ohne Kenntnis seiner Ressourcen und der Art und Weise, wie er seine Ressourcen nutzt, sie z. B. in seinem Team oder im normalen Arbeitsalltag, d. h. in verschiedenen Situationen und Ereignissen mit ihren Potentialen (= Erwartungs- und Handlungsspielräumen, Wachstums-möglichkeiten, Chancen) oder in Problemen (= Anforderungen, Schwierigkeiten) zur Verfügung stellt.

Bei der Entdeckung und Mobilisation vorhandener Ressourcen kann die Integrative Supervision behilflich sein. Vorhandene Ressourcenbestände müssen sog. Inventuren unterzogen werden, d. h. es muss geprüft werden, inwieweit sie erkannt und angemessen bewertet werden, denn oftmals liegen Ressourcen verborgen und werden nicht genutzt. Es gilt, die Ressourcen im Kontext zu nutzen, um optimale Hilfe zu mobilisieren (Petzold 2007a, 306). Im Schulungs- und Supervisionsbereich unterscheidet Petzold (2007a)

für Ressourcenassessment und Ressourcenberatung folgende Kategorien:

- Personale Ressourcen (Gesundheit, Vitalität, persönliche Souveränität, Intelligenz, Willenskraft etc.)
- Soziale Ressourcen (Familie, Freunde, KollegInnen, Beziehungen etc.)
- Materielle Ressourcen (Haus- und Grundstücksbesitz, Beteiligungen, Geld, Wertpapiere etc.)
- Professionelle Ressourcen (berufliche Position, formelles Portfolio, berufliches Fachwissen, Berufserfahrung, Mitarbeiterkompetenz, Geschäftsbeziehungen etc.)

In der Integrativen Supervision können im Rahmen von Ressourcenarbeit mit kreativen Medien so genannte „charting-Ansätze“ angeboten werden. Mit dieser Methode können SupervisandInnen die Ressourcen im gegenwärtigen Kontext, die motivationalen Kräfte der Vergangenheit, die Zukunftsziele und vorhandene unterstützende Personen des persönlichen professionellen Netzwerkes kreativ darstellen um gemeinsam zum Beispiel Konflikte sichtbar werden zu lassen, Probleme zu lösen oder Ziele - unter bestmöglicher Nutzung von Ressourcen - zu erreichen (Petzold 2007a, 306).

Gelingt es, die Überforderungssituation, die das Individuum oder auch ein ganzes Team in die Krise geführt hat, zu meistern, die damit verbundenen Probleme konstruktiv zu lösen, kommt es zu einem Kompetenzgewinn. Scheitern die Bewältigungsversuche, tritt ein gravierender Kompetenzverlust ein, der die Persönlichkeit des Mitarbeiters durch derartigen Dauerstress verändert (Depersonalisation); er wird professionell deformiert (Petzold 1991j, 269).

7 Präventivmaßnahmen für MitarbeiterInnen in der Altenpflege

„Die Helfenden und Pflegenden brauchen unsere Unterstützung, Achtung und Wertschätzung, denn sie leisten den schweren Dienst der Mitmenschlichkeit für uns in einer Situation, vor der *ein jeder Mensch* unausweichlich stehen wird.“

(Horn 1996)

7.1 Veränderungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten in den Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz

Den wachsenden Anforderungen in Altenpflegeeinrichtungen stehen seit Einführung der Pflegeversicherung knappere finanzielle Ressourcen gegenüber, die sich ungünstig auf die personelle Situation niederschlagen. Personalabbau ist oft die Regel. So kann Humanität zerstört werden, denn Humanität hat man nicht unendlich, sondern sie entsteht und muss gepflegt und gefördert werden (Petzold 1991j, Petzold, Petzold 1992, 258). Wird Personalmangel von den MitarbeiterInnen angesprochen, so wird von den Vorgesetzten nicht selten auf den ‚vorgeschriebenen Personalschlüssel‘ verwiesen, und es werden weitere Begründungen, wie ‚Geldknappheit‘, ‚tarifliche Vorschriften‘ etc. genannt. Vorschläge von der Basis werden oft ungeprüft nicht beantwortet oder als „unsinnig und nicht machbar“ abgelehnt (Hirsch 2002, 287).

Zu fordern sind demnach „Personalpflege“, menschenwürdige und Fachlichkeit fördernde Arbeitsbedingungen, die Annahme von Verbesserungsvorschlägen, Aufnahme von Beschwerden über Qualitätsmängel und eine *qualifizierte Personalpolitik* und *-führung* besonders von Seiten der Geschäftsführung und keine „Maulkorberlasse“ (Petzold et al. 2005, 107), sonst kommt es zu verstärkter Fluktuation der MitarbeiterInnen (s. Kap. 5.2) als Folge unmöglicher Arbeitsbedingungen.

Die immer wieder aufkommenden Diskussionen über die „Pflegemissstände“ und Zwischenfälle „allüberall“ (Petzold et al. 2005) machen deutlich, dass sich SupervisorInnen, aber auch sämtliche Berufsgruppen, die im Feld der Altenhilfe arbeiten, Verantwortung übernehmen müssen, indem für die Patienten eingetreten wird, d. h. deren Sicherheit und Lebensqualität gewährleistet wird. Pflegende und MitarbeiterInnen von Einrichtungen der Altenarbeit müssen in Fach- und Berufsverbänden vertreten werden; ihre Arbeits- und Pflegequalität muss unterstützt werden (Petzold et al. 2005, 33). Pflegende, ihre Vorgesetzten und diejenigen, die die politische Verantwortung tragen, müssen sich verantwortlich zeigen. Oftmals verstecken sich Führungskräfte und Vorgesetzte hinter einem „davon haben wir nichts gewusst“ oder beschuldigen die Mitarbeiter, „schlecht qualifiziert oder überfordert“ zu sein. Vorgesetzte sind und bleiben für den quantitativen und qualitativen Personalschlüssel und die Situation der Pflegenden verantwortlich (Petzold et al. 2005, 33). Wenn die infrastrukturellen Bedingungen (materielle und personelle Ausstattung, qualitativer

und quantitativer Personalschlüssel) in Heimen oder ähnlichen Institutionen keine ausreichenden Handlungsmöglichkeiten für humane Lebensqualitäten bieten und keine sachgerechte und menschliche Pflege in guten Affiliationen, d. h. hier den Dimensionen kommunikativer Beziehungen und fachlich qualitätsvollen Pflegeprozessen ermöglichen, dann werden sie zu *Asylen* (Goffman), in denen „Inhumanität produziert wird: Menschenrechtsverletzungen, Körperverletzungen, gefährlicher Pflege, unzulässigen Pflegehandlungen, Fehl- und Mangelernährung, Misshandlungen, Todesfälle, Tötungen - strafbare Handlungen also (ggf. Mord und Totschlag) kann Vorschub geleistet werden. Bei solchen Zwischenfällen müssen die Verantwortlichen zur Rechenschaft gezogen werden, und das sind nicht nur die unmittelbaren TäterInnen, sondern auch die Vorgesetzten, die keine wirkliche Verantwortung übernommen haben, die ihre Aufsichts- und Fürsorgepflicht (für die Patienten wie auch für ihr Personal) vernachlässigt haben. Das gilt auch für die Träger und die zuständigen Behörden und Politiker, die aufgrund ihrer Verantwortlichkeit die Kontrolle der Einrichtung und ihre angemessene Ausstattung gewährleisten müssen. Sie tragen hier Verantwortung wie die Eigner jedes anderen Betriebes, für dessen betriebliche Sicherheit sie eben Sorge zu tragen haben. Sie können sich nicht hinter „entgleisten, kriminellen Pflegekräften“ als „pathologischen TäterInnen“ verstecken, denn sie haben solches Personal eingestellt und Ihnen obliegt Dienst- und Fachaufsicht“ (Petzold et al. 2005, 44).

Besonders große seelische Probleme machen MitarbeiterInnen im Pflegebereich repressive Führungsstile und die Androhung, bei Informationsweitergaben von Interna aus der eigenen Einrichtung mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen auf dem Hintergrund der Datenschutzregelung zu reagieren. MitarbeiterInnen werden somit gehindert, „gegen Inhumanität aufzustehen, die Öffentlichkeit zu informieren und Solidarität einzuwerben“ (Petzold et al. 2005, 49).

Zur Integritätssicherung der MitarbeiterInnen und der BewohnerInnen müssen diese Probleme in der Öffentlichkeit diskutiert werden. Verschweigen und Vertuschen muss verhindert werden, stattdessen ist eine „offene ungeschminkte Diskussion von Problemen“ (ebenda) die erforderliche Strategie. Zur inhumanen Situation alter Menschen und zur Überlastung von Mitarbeitern darf nicht geschwiegen werden; es muss „das Elend der alten Leute“ (Schenda 1972) aufgezeigt und benannt werden (Petzold 1991j, 249).

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der Altenpflege und im Hinblick auf die Bemühung um Arbeitsplatzqualität muss an Professionalität und guten Pflegebedingungen gearbeitet, und mit Schwachstellen und Missständen offen umgegangen werden, damit die „Versicherung“ für alte Menschen in unserer Gesellschaft gewährleistet ist und Altenarbeit und Pflege zu einem attraktiven Arbeitsfeld gemacht wird (Petzold et al. 2005).

Ziel ist insgesamt „riskante Pflegesituationen zu verhindern, ein Empowerment der Betroffenen und ihrer Pflegenden und Angehörigen zu bewirken, aufgeklärte, engagierte Berufseinsteiger für dieses Feld zu gewinnen, um etwas zu bewegen, gute Kräfte in diesem Feld zu halten und Supervisoren mit Feld- und Fachkompetenz und Bereitschaft zu kritischen Rückmeldungen an die Institutionen in diesem Bereich zu ziehen“ (Petzold et al. 2005, 50). Pflegende sollen eintreten, um Stigmatisierungen des Berufsstandes

abzuwehren und um bessere Arbeitsbedingungen zu kämpfen. „Weiterführende Kritik ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens und Analysierens, des problematisierenden Vergleichens und Wertens von konkreten Realitäten (z. B. Handlungen) oder virtuellen (z. B. Ideen) aus der *Exzentrizität* unter *mehrperspektivischem Blick* aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (hier die der Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit). Weiterführende Kritik ist Ausdruck einer prinzipiellen, *schöpferischen Transversalität*“ (ebenda, 50). Die Entwicklung von Bewusstheit für die sozialtoxischen und potentiell kontextpathogenen Qualitäten ‚prekärer‘ Pflegesituationen, die entsprechende Schulung, Vorbereitung, Copinghilfen, Beratungs- und Therapieangebote umfassen müsste, sowie qualifizierte und feld- und fachkompetente Supervision, die besonders für diesen Aufgabenbereich sensibilisiert ist (ebenda, 51) sind weitere Präventivmaßnahmen.

MitarbeiterInnen haben ein Bedürfnis nach Anerkennung der eigenen Leistungen und einer angemessenen Rückmeldung seitens der Leitung. Erwiesenermaßen gelten insbesondere positives Feed-back und eine umfangreiche Leistungsanerkennung durch die Vorgesetzten im Pflegeberuf und ein gutes Arbeitsklima mit den Kollegen als motivationsfördernd und belastungsmindernd (Dymarczyk 2003a). Oftmals wird in supervisorischen Arbeiten mit Pflegekräften genau das Fehlen solcher Qualitäten beklagt. Repressive und autoritäre Führungsstile, Einschüchterungen von Vorgesetzten demotivieren, erhöhen die Krankenstände und machen krank, bringen die Helfer in Krisen und Burn-out (Petzold 1993g), sie verhindern Partizipation der MitarbeiterInnen und Zivilcourage.

Ein angemessener Führungsstil trägt wesentlich zu einer Verringerung der erlebten Beanspruchung durch die Arbeitsbedingungen und in der Folge auch zu einer höheren Arbeitszufriedenheit bei. Es ist erwiesen, dass sich Pflegekräfte, die über einen hohen Zeitdruck berichten, zunehmend beanspruchter fühlten, wenn sie gleichzeitig unter einem Führungsstil leiden, der mit Rückmeldungsdefiziten geprägt ist (Berger 1999, 149).

MitarbeiterInnen in der Altenpflege streben nach Möglichkeiten der Mitwirkung, Mitgestaltung und Eigenverantwortung am Arbeitsplatz. Um die Konkurrenzfähigkeit der Einrichtungen in der Altenhilfe beizubehalten, gilt es die Attraktivität der Arbeitsplätze zu steigern und den MitarbeiterInnen entgegenzukommen.

Um die zum Berufsbild gehörenden konfliktreichen und belastenden Situationen bewältigen zu können, benötigen Altenpflegekräfte sozialpflegerische Grundqualifikationen, d. h. sie müssen bereit sein, ihr Handeln zu reflektieren und sich aktiv mit den eigenen Normen, Werten und Einstellungen in Bezug auf Altern auseinander zu setzen. Nur auf der Grundlage einer persönlichkeitsentwickelnden Ausbildung haben die AltenpflegerInnen die Chance, die physischen und psychischen Anforderungen der Altenpflege entsprechend bewältigen zu können. Weiterhin benötigen sie die Fähigkeit, sich adäquat abgrenzen zu können. Im täglichen Geschehen wird die Bewältigung des Grundkonflikts von Nähe und Distanz insbesondere durch die permanente Begegnung mit Leiden, Verfall, Sterben und Tod erschwert. Teils extreme, teils widersprüchliche Gefühle, wie Ärger, Wut, Mitleid, Traurigkeit, Ohnmacht etc. treten auf und

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

Personaltechnisch ist also eine breitere Einbettung auch von gerontologisch qualifiziertem Personal in die Institutionen und die Dienste der Altenarbeit nötig. Dies wird auf Dauer zu der unerlässlichen Qualitätsverbesserung führen, die erreicht werden muss (Petzold et al. 2005, 51).

7.1.1 Präventivmaßnahmen in der Beziehung zu KollegInnen und im Arbeitsklima

Die Mehrzahl der Konflikte im KollegInnenkreis geht auf unterschiedliche Vorstellungen einer angemessenen Betreuung und Versorgung der HeimbewohnerInnen zurück. Daneben ist vor allem häufig die Gestaltung des Dienstplans mit Konflikten verbunden: Zum einen werden häufige Fehlzeiten und Verspätungen von KollegInnen bemängelt, die das Ableisten unfreiwilliger Überstunden unumgänglich machen. Zeitweise fühlen sich MitarbeiterInnen bei der Festlegung von Arbeitszeiten durch Vorgesetzte benachteiligt. Individuelle Überforderung und Überlastung geht oftmals mit einer erhöhten Gereiztheit und einer reduzierten Toleranz gegenüber dem Verhalten von BerufskollegInnen einher. Persönliche Antipathien und üble Nachrede unter den MitarbeiterInnen können die Folge sein.

Personalwechsel, Teamprobleme, Mobbing oder Konflikte in der Zusammenarbeit verstärken das Belastungsempfinden. „Eine verschworene Gemeinschaft leistet gute Pflege“ behauptet Schäfer (1997) in seinem Artikel und beschreibt, dass unterschiedliche Charaktere im Team „eine gute Symbiose bewirken“, so dass externe Einflüsse nicht zu einem Zerfall des Teams führen können. Teammitglieder sollten das Betriebsklima selbst bestimmen, indem sie die Prinzipien einer kollegialen Zusammenarbeit erfüllen. Hierzu gehört sowohl das gemeinsame Fällen und Tragen von Beschlüssen, Sachlichkeit und Transparenz in der Kommunikation und Humor.

Petzold (2007a, 211f) betont die Notwendigkeit der Entwicklung einer „fundierten Kollegialität“, denn gute zwischenmenschliche Beziehungen am Arbeitsplatz sind eine Grundvoraussetzung für Arbeitszufriedenheit, Produktivität und kreative Zusammenarbeit. Im so genannten „Konflux“ sollen ‚wahrnehmen, spüren, fühlen, denken und tun‘ zusammenwirken, sodass sich ein „fließendes Zusammenspiel“ zwischen MitarbeiterInnen entwickeln kann, was motiviert, die Bereitschaft zu entwickeln, sich für ein gutes kollegiales Klima zu engagieren.

Insbesondere in meiner Tätigkeit als Supervisorin kann ich immer wieder beobachten, dass sich neben Solidaritätsgefühlen auch ein Ansteigen der kollegialen Hilfsbereitschaft zwischen den SupervisandInnen einer Gruppe einstellt, was von den Beteiligten als hilfreich und heilsam erlebt wird.

7.1.2 Veränderungsnotwendigkeiten in den Beziehungen zu BewohnerInnen

Mit dem Einzug in ein Altenheim vollzieht sich für die Betroffenen ein bedeutender Wandel. Das Heim bildet eine abgeschlossene Einheit, in der man teils unfreiwillig mit unterschiedlichsten Menschen eine „Zwangsgemeinschaft“ bilden muss (Zellhuber 2003, 124). Diese Tatsache kann zu Verunsicherung, Rückzugstendenzen und Resignation bei den alten Menschen führen. Die eintretende Isolation, bedingt durch reduzierte Kontakte zu Partnern und Familienangehörigen, Verlust der häuslichen Umgebung, Mobilitätsprobleme, partieller Verlust von Freunden und Bekannten kann nur selten durch neue Kontakte im Heim kompensiert werden. Die offensichtlichen oder latenten Unzufriedenheitszustände der BewohnerInnen sowie die spezielle Lebenssituation im Alten- und Pflegeheim begünstigen spezifische Konflikte zwischen Älteren und dem Altenpflegepersonal. Im Heim nimmt das Personal eine Autoritätsposition ein, wogegen den Pflegebedürftigen ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis zugewiesen wird, was im Pflegealltag ständig bewusst oder unbewusst demonstriert wird.

Ein hohes persönliches Engagement für individuelle Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen schützt nicht vor Konflikten, vielmehr hat ein hohes Engagement häufig erst Konflikte mit Bewohnern zur Folge. Das Bemühen um eine individuelle und umfassende Betreuung und Versorgung birgt auch die Gefahr, „sich nicht abgrenzen zu können“. Das kann dazu führen, dass die Erwartungen der BewohnerInnen kontinuierlich höher werden und die eigenen Ressourcen übersteigen, oder unrealistisch hohe Erwartungen an die BewohnerInnen gestellt werden, was zu dem Eindruck führen kann, diese würden sich nicht ausreichend bemühen und stattdessen lieber ihr „schweres Schicksal“ beklagen (Kruse, Schmitt 1999).

Die häufigsten Beschwerden von BewohnerInnen beziehen sich in der Regel auf mangelndes Interesse und Engagement des Pflegepersonals für ihre persönlichen Bedürfnisse, auf die Berufsauffassung des Pflegepersonals, die Überforderung oder das Fehlen von MitarbeiterInnen, Verletzung ihrer Intimsphäre oder die Nichtbeachtung ihrer seelischen Bedürfnisse, Unfreundlichkeit oder Unzufriedenheit über Essen und Wetter. BewohnerInnen entwickeln dann häufig psychosomatische Erkrankungen, aggressive Ausbrüche oder depressive Verstimmungen. Dies zeigt die Präsenz dieses „stillen“ Konfliktpotentials. Darin kommt eine Erwartungshaltung der BewohnerInnen zum Ausdruck, die über eine medizinische und hygienische Grundversorgung hinaus, eine am Individuum orientierte, psychosoziale Betreuung als einen wesentlichen Teil in der Altenpflege zu leistenden Aufgaben versteht.

Nicht selten ignorieren dann die Pflegekräfte Bitten, Wünsche, Fragen und Forderungen der BewohnerInnen, was als Selbstschutz gegenüber Überforderungen und Konfrontationen interpretiert werden kann. Diese Erwartungshaltung bleibt m. E. nicht ohne Auswirkungen auf den alltäglichen persönlichen Kontakt zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen. Nach Aussagen von Pflegekräften fühlen sich diese insbesondere durch die artikulierten Forderungen der BewohnerInnen bei den alltäglichen Pflegesituationen unter Druck, da diese ihrer Einschätzung nach oftmals nicht eingelöst werden können. Darüber hinaus werden die MitarbeiterInnen auch über Kontakte mit den Angehörigen der BewohnerInnen mit der Forderung nach einer individuelleren und umfassenderen Betreuung und Versorgung konfrontiert. Die

alltägliche Berufspraxis nötigt jedoch die MitarbeiterInnen, sich in ihrer Tätigkeit auf eine Grundversorgung der BewohnerInnen und einen eher formalen Umgang zu beschränken.

Hier sind Altenpflegekräfte - aufgrund von Personalknappheit und daraus folgender Überforderung - in ihrer beruflichen Tätigkeit ständig mit einer Diskrepanz zwischen (eigenem) Berufsbild und Berufspraxis konfrontiert. Diese Diskrepanz kann sich auf Dauer negativ auf das eigene Selbstwertgefühl niederschlagen, indem eine Selbstverwirklichung im Beruf durch ungünstige Rahmenbedingungen erheblich erschwert oder verhindert wird (Kruse, Schmitt 1999). Die Pflegekraft steht hier in einem Spannungsverhältnis, ausgelöst einerseits durch die unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Anforderungen der Einrichtung und andererseits durch die Bedürfnisse und Ansprüche der BewohnerInnen. Um ausgeglichen und entspannt arbeiten zu können, benötigen die Pflegenden sowohl die Identifikation mit der Einrichtung als auch die Zuneigung und Anerkennung der alten Menschen.

Neben der einer Erhöhung des Personalschlüssels und einer Verbesserung des Fort- und Weiterbildungs- bzw. Supervisionsangebots werden zur Verbesserung der Bedingungen in der Altenpflege Tätigkeit auch Veränderungen in der Arbeitsorganisation gefordert.

Insbesondere ein Ausbau der Pflegeaktivitäten im Bereich der Förderung, Aktivierung und Rehabilitation von HeimbewohnerInnen könnten die Arbeitsbedingungen verbessern und die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen erhöhen und auf diese Weise dazu beitragen, dass Konfliktsituationen auf Seiten von HeimbewohnerInnen und Pflegepersonal abgebaut werden können (Kruse, Schmitt 1999). Als Beispiel sei hier die Einbindung des Pflegepersonals in die Freizeitbereiche der alten Menschen genannt, wie zum Beispiel die gemeinsame Teilnahme an Festen, Ausflügen oder Urlaubsreisen.

7.1.3 Präventivmaßnahmen in den Beziehungen zu Angehörigen

Angehörige stellen eine wichtige Bezugsgruppe für die Pflegekräfte in Altenpflegeheimen dar. Die Beziehungen zu ihnen können durch verschiedene Faktoren beeinträchtigt werden. Mit dem Heimeinzug ergeben sich nicht nur Belastungen für die Betroffenen selbst, auch die Angehörigen erleben diese Umbruchphase als psychische Belastung, denn sie müssen Verantwortung abgeben und die Pflege in fremde Hände geben.

Dies verursacht bei Angehörigen oftmals das Gefühl, versagt zu haben, was wiederum zu übersteigerten Ansprüchen an das Betreuungspersonal führen kann. Käppeli (1989) weist darauf hin, dass sich Angehörige kontinuierliche Gespräche mit Altenpflegekräften wünschen. In der Realität kommt dieses Bedürfnis jedoch kaum zur Umsetzung, da sie noch immer nicht ausreichend als Kooperationspartner integriert werden. Auch verbleibt im Tagesablauf nur wenig Zeit, um Gespräche mit Verwandten zu führen, was einen Konflikt zusätzlich verstärken kann. Besondere Reibungsverluste ergeben sich durch unterschiedliche Ansprüche an die Versorgung und Pflege der BewohnerInnen, denn Angehörige reagieren dann oft mit Beschwerden und einem hohen Anspruchsverhalten oder aber mit Rückzug. Beides wirkt sich ungünstig für den alten

Menschen aus.

Wenn keine Angehörigen vorhanden sind oder sie ihre Kontakte auf ein Minimum reduziert haben, verlagern sich die Ansprüche der BewohnerInnen manchmal auf die Pflegekräfte. Diese werden dann mehr eingebunden und sollen die fehlende verwandtschaftliche Unterstützung kompensieren, was den Druck auf die Pflegekräfte um ein weiteres Element verstärkt.

Ein informativer und aktiver Einbezug von Angehörigen in den Pflegealltag und in die rehabilitativen und freizeitgestalterischen Aktivitäten sowie die Durchführung von Informationsveranstaltungen, Erfahrungsaustauschabenden und Feierlichkeiten wirkt sich förderlich für die Kommunikation und das Miteinander von Pflegenden und Angehörigen aus. Gelingt eine konstruktive Integration, können sowohl die Lebensqualität der BewohnerInnen verbessert, als auch Belastungseffekte für die MitarbeiterInnen reduziert werden.

7.1.4 Veränderung in der Beziehung zu Ärzten und anderen Berufsgruppen

Eine angemessene Behandlung von Patienten sowie die Wahrnehmung ihrer vitalen Interessen und psychischen Bedürfnisse sind u. a. abhängig von der Beziehung und der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und den anderen Berufsgruppen im Pflegekontext. Insbesondere zwischen Pflegekräften und Ärzten werden oft erhebliche Beziehungs- und Kommunikationsschwierigkeiten beobachtet, und das, obwohl diese beiden Berufsgruppen doch so eng zusammenarbeiten sollen und aufeinander angewiesen sind. (Meine 1997, 154). Oft stört oder verhindert die streng hierarchische Organisations- und Führungsstruktur eine optimale Kommunikation, zeitweise sind es persönliche Unstimmigkeiten oder auch fachspezifische Auffassungsdifferenzen.

Pflegepersonal muss über Sinn und Zweck der Therapiemaßnahmen von den Ärzten informiert werden und sollte nicht einfach nur ärztliche Anordnungen ausführen müssen. Pflegekräfte sind sich ihrer "Gefühlsarbeit" bewusst, die sie an und mit den Patienten zu leisten haben - auch ohne ärztliche Präsenz. Zu ihrem Kommunikations- und Informationsbedürfnis gehört es aber auch, mit den Ärzten über unterschiedliche Auffassungen zur Behandlung, über eigene Probleme im Umgang mit Bewohnern und Patienten und vor allem auch über Sterben und Tod auf der eigenen Station zu sprechen. Gleichzeitig besteht bei Pflegekräften das Bedürfnis, in Notfällen kurzfristig mit dem Arzt Kontakt aufnehmen zu können, was oftmals von den Ärzten nicht gewährleistet werden kann, da sie in der Regel in einen eigenen Praxisbetrieb eingebunden sind. Oftmals kommt es deshalb erst Stunden oder Tage, nachdem die Pflegekraft darum gebeten hat, zur Ärztekonsultation. Dies führt beim Pflegepersonal zu Reibungsverlusten, die sich negativ auf die Zusammenarbeit und auf den gesamten Arbeitsablauf auswirken und schließlich zu einem weiteren Belastungsfaktor werden können.

Anzuregen sind daher neben der telefonischen Erreichbarkeit regelmäßige störungsfreie Gespräche oder Visiten mit Ärzten, an denen möglichst alle MitarbeiterInnen des Pflegepersonals, d. h. nicht nur die

Stationsleitungen oder Wohnbereichsleitungen, wechselnd teilnehmen können.

7.2 Notwendigkeiten an Fort- und Weiterbildung

Wer mit älteren Menschen berufsmäßig arbeitet, von dem wird eine Vielzahl von fachspezifischen Kenntnissen erwartet und auch gefordert. Meist werden hierunter zunächst eher theoretisches Wissen und praktische Handlungsstrategien u. Ä. verstanden, doch gehören auch die Fähigkeiten, über das eigene Handeln zu reflektieren dazu, kompetent eigenverantwortlich mit Älteren und deren sozialem Umfeld umzugehen, das intra- und interindividuelle Handlungs-, Kommunikations- und Erlebensspektrum der älteren Kranken erkennen und verstehen zu können. Konfrontiert wird der Helfer zudem mit mehrdimensionalem Denken und Handeln, Arbeiten in einem multiprofessionellen Team und mit institutionellen - oft unzulänglichen - Rahmenbedingungen. Von ihm wird psychische und physische Stabilität, Ausdauer und Geduld sowie hohes Engagement und Motivation bei einer gesellschaftlich kaum anerkannten Arbeit (Hirsch 2002, 100) erwartet.

7.2.1 Anforderungen der Einrichtungen

Seit den 80er Jahren gibt es eine Zunahme von Fort- und Weiterbildungsangeboten in Einrichtungen der Altenhilfe zu verzeichnen. Ausschlaggebend dafür war zum einen der demographische Wandel, der die Altenpflege vor neue Herausforderungen stellte. Zum zweiten veranlasste der Personalmangel in stationären Bereichen zu Überlegungen der sinnvollen Personalerhaltung und -gewinnung. Eine weitere Besonderheit in Altenheimen ist der zum Teil relativ niedrige Ausbildungsgrad der dort in der Pflege Beschäftigten; ein großer Teil der pflegerischen und psychosozialen Tätigkeiten wird von unqualifizierten Kräften durchgeführt. Für die examinierten Kräfte bedeutet der extrem hohe Anteil von Hilfskräften eine enorme Zusatzbelastung durch Anleitungs- und Überprüfungsarbeiten (Zellhuber 2003, 98).

Die Heimpersonalverordnung (Verordnung über personelle Anforderungen für Heime, HeimPersV, § 5) schreibt eine Fachkraftquote vor, die bei den meisten Einrichtungen bei 50% liegen müsste (d. h. die Hälfte der erbrachten Arbeitsleistung müsste durch ausgebildete Fachkräfte erfolgen). Diese Quote wird nicht von allen Einrichtungsträgern (oder nicht immer; insbesondere nicht an Wochenenden und in den Nächten) eingehalten. Durch den Anstieg multimorbider und gerontopsychiatrisch erkrankter BewohnerInnen steigen die Erfordernisse an die Qualität und Professionalität pflegerischer Maßnahmen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege rapide an. Anforderungen werden verstärkt an das Personal herangetragen, aktivierende und ganzheitliche Pflege durchzuführen. Die Vermittlung der dafür erforderlichen Kenntnisse erfolgt in der Ausbildung oftmals nur teilweise. Aufgrund mangelnder Informationen und/oder gerontopsychiatrischer Kompetenzen können Pflegekräfte häufig keine geeignete Betreuungsform wählen und arbeiten dann anhand allgemeiner Standards. Außerdem ist häufig ein Mangel an Erfolgserlebnissen zu beklagen, was durch Supervisions-, Fort- und Weiterbildungs- und Ausbildungsangebote kompensiert werden könnte. Ausbleibende Erfolge werden häufig falsch - nämlich auf eigene Fehler und Unterlassungen

attribuiert, und dann hat die Pflegekraft das Gefühl, nicht das Richtige zu tun. Dies hat negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit, was wiederum Einfluss auf Konfliktpotentiale und das Verhalten in Konfliktsituationen hat.

Eine Verbesserung des Supervisions-, Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebots soll zu einem unter den MitarbeiterInnen vergleichbaren und höheren Kenntnisstand beitragen. Dadurch können einerseits Meinungsverschiedenheiten über die im Einzelfall notwendigen Betreuungs- und Versorgungsleistungen reduziert werden und andererseits ein konstruktiveres Konfliktverhalten gefördert werden, in dem begründbare Argumente den Vorrang vor ideologisch geprägten Behauptungen und ausschließlich durch hierarchische Strukturen begründete Entscheidungen haben (Kruse, Schmitt 1999).

7.2.2 Rahmenbedingungen für Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildung dienen in Einrichtungen der Altenhilfe oftmals zur Kompensation von Defiziten der Grundausbildung. Speziell in den Bereichen Gerontopsychiatrie, Rehabilitation und Prävention weist die Altenpflegeausbildung nach wie vor Mängel auf und muss durch geeignete Fortbildungsangebote ergänzt werden (Kuhlmeier, Winter 2000, 485). Spezifische geriatrische, psychiatrische und sozialgerontologische Kenntnisse tragen dazu bei, abweichendes Verhalten von PatientInnen und HeimbewohnerInnen zu verstehen und einzuordnen.

In § 8 der Heimpersonalverordnung heißt es hinsichtlich der Fort- und Weiterbildungen: „Der Träger des Heims ist verpflichtet, dem Leiter des Heims und den Beschäftigten Gelegenheit zur Teilnahme an Veranstaltungen berufsbegleitender Fort- und Weiterbildung zu geben“, denn Trägern und Einrichtungen sollte daran gelegen sein, die Qualität ihres Angebotes kontinuierlich zu verbessern.

Der Medizinische Dienst der Pflegekassen (MDK) prüft die Pflegequalität von stationären Pflegeeinrichtungen und von ambulanten Pflegediensten. Den Auftrag für eine Prüfung bekommt der MDK von den Verbänden der Pflegekassen im jeweiligen Bundesland. Geprüft wird sowohl bei konkreten Anlässen – in der Regel nach einer Beschwerde über eine Pflegeeinrichtung oder einen Pflegedienst – als auch stichprobenartig. Diese Prüfungen werden angemeldet oder ohne Vorankündigung durchgeführt. Künftig sollen die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und ihre Qualität veröffentlicht werden. So sieht es das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das zum 01.08.2008 in Kraft getreten ist in § 115 Abs. 1a vor. Bis 2010 sollen alle Pflegeeinrichtungen einmal geprüft werden, ab 2011 einmal jährlich (sog. Regelprüfungen, die grundsätzlich ohne Ankündigung stattfinden) (www.mdk.de). Der MDK prüft insbesondere auch die Fortbildungsplanungen der Einrichtungen oder ob es ein internes Qualitätsmanagementsystem, zum Beispiel in Form eines Handbuchs, gibt. Zwar können schwierige Arbeitsbedingungen in der Pflege durch Fort- und Weiterbildung besser bewältigt werden; gleichzeitig hemmen diese Bedingungen jedoch die Fortbildungsteilnahmen und die Fortbildungsmotivation. Der Vorrang der grundpflegerischen Aufgaben und Versorgung in den meisten stationären Einrichtungen steht teilweise im Widerspruch zu den Anforderungen an gute fachliche Kenntnisse. So habe ich oftmals

beobachtet, dass Pflegekräfte, die bereits für eine Fortbildung angemeldet sind, diese aufgrund von Personalmangel dann nicht besuchen können. Empirische Untersuchungen zu Weiterbildungszielen (Strümpel, Zank 1994) haben ergeben, dass extrinsische Ziele wie Aufstieg oder die Möglichkeit einer höheren Bezahlung bei der beruflichen Weiterbildung deutlich im Vordergrund stehen. Oft gelten so genannte „interessante“ Themen auch als motivationsfördernd für eine Teilnahme an einer Fort-/Weiterbildung, wobei es hier lohnenswert wäre zu untersuchen, welche Themen als interessant erlebt werden (s. Kap. 12). Weitere Ergebnisse dieser Studien sind, dass Befragte ohne Kinder eine höhere Fortbildungsintention als Befragte mit Kindern vorweisen, was bedeutet, dass private Verpflichtungen oder Belastungen die Fortbildungsteilnahme hemmen. Einige Einrichtungen der Altenpflege beschreiben die so genannten „Fortbildungsbarrieren“: hierzu gehören u. a. Zeitmangel, fehlende Finanzierungsmöglichkeiten, hohe Arbeitsbelastung, Probleme bei der Freistellung sowie defizitäre Informationsstrukturen (Strümpel, Zank 1994, 242).

Qualifizierungsmaßnahmen der Fort- und Weiterbildung kommt demnach eine bemerkenswerte Funktion für die Gesundheitsförderung zu. Hirsch (2002, 273f) hat festgestellt, dass Fortbildung von Vielen immer noch als reine Wissensvermittlung von Theorie und praktischen Handlungsanweisungen verstanden wird. Supervision und Balintarbeit werden eher als Ergänzung dazu betrachtet. Ihr Stellenwert ist bei weitem nicht so hoch, wie z. B. eine Vortragsreihe zu gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern.

Aufgrund seiner Erfahrungen und Beobachtungen im Feld der Altenpflege hat Hirsch das Konzept der „Mehrdimensionalen Teambberatung“ entwickelt. Hier bietet er in der Altenarbeit Tätigen kontinuierliche Fortbildungsveranstaltungen an, die die breite Palette der Fortbildungsinhalte (kognitive, emotionale und handlungsorientierte) vermittelt und offen ist für alltägliche Probleme der Praxis. Sie beinhaltet:

1. Theorie zu z. B. gerontopsychiatrischen Themen
2. Falldemonstration
3. Beziehungsdiagnostik und Gesamtdiagnose (= Verbesserung der Gesamtfach-kenntnisse)
4. praktische Erarbeitung von Handlungsstrategien / supervisorische Intervention

7.3 Supervisorische Ansätze

Die Begegnung und Auseinandersetzung mit Themen wie Leiden, Siechtum, Sterben, Tod, mit Macht und Ohnmacht sowie den Wechselwirkungen zwischen physischen und psychischen Störungen verlangen nach Fach- und Sachkenntnis. Supervision im Feld der Gerontologie, Gerontopsychiatrie und -psychologie sollte stets von SupervisorInnen mit sozialgerontologischen Kompetenzen durchgeführt werden (Müller, Petzold, Schreiter-Gasser 2005, 206). Ein/e feldkompetente/r SupervisorIn muss Altenheime und Einrichtungen der Altenarbeit gut kennen, über Fragen der Pflege und des Alters gut informiert sein, um die Probleme und Dynamiken dort gut zu erfassen und zu verstehen. Eine „allgemeinsupervisorische Kompetenz“ genügt nicht

(Knaus, 2005, 14), denn „das Alter“ und die „gerontotrophe“ Umwälzung unserer Gesellschaft stellen eine Herausforderung dar, die den SupervisorInnen ein hohes sozialgerontologisches Wissen abverlangt (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003, Petzold 2005). SupervisorInnen müssen darüber hinaus Wissen über die MitarbeiterInnen dieses Feldes, z. B. über den Aus- und Weiterbildungsstand dieser MitarbeiterInnen, Potenziale und Ressourcen des SupervisandInnensystems usw. und andererseits Informationen und Entwicklungen des Feldes (gesetzliche Rahmenbedingungen, mikro- und makrosoziologische Bedingungen) haben. Institutionelle Rahmenbedingungen (Pflege- und Personalschlüssel, traditionelle Ausformung), des Weiteren gesellschaftliche Rahmenbedingungen (konfessionelle, mundane Verhältnisse) und vorhandene Kontextfaktoren sind ebenso wichtig zu kennen (Knaus 2005).

Da Supervision eine hohe Fort- und Weiterbildungsfunktion hat (Schreyögg 1991, Petzold 2007a), sollten SupervisandInnen auch Unterstützung in Form von Theorieinputs (s. Kap. 7.2.2) erfahren. Dabei geht es einerseits um einen Zuwachs an gerontologischem Fachwissen, andererseits aber auch – und hier erhält die Supervision auch eine Kontrollfunktion - um das Wissen um Risiken und Gefahren unprofessionellen Handelns und damit natürlich um die Vermeidung von riskanter und gefährlicher Pflege. Der Bedarf an Fachwissen ist in der supervisorischen Arbeit leicht zu ermitteln, denn oftmals werden bei der Analyse vorhandener Ressourcen und protektiver Faktoren zwar eine Reihe von Bewältigungsmechanismen sichtbar, die jedoch nicht ausreichen, um komplexe Konfliktsituationen zum Beispiel mit BewohnerInnen zu bewältigen. Oftmals sind dazu erweiterte fachliche Inhalte notwendig, damit professionelle Kompetenz (Wissen und Fähigkeiten) und Performanz (Umsetzung des Wissens und der Fähigkeiten in Form von Fertigkeiten / Tätigkeiten) in Einklang sind und auf der Handlungsebene umgesetzt werden können. Fortbildungen verhelfen zu Fachkompetenz, kritischer Urteilsbildung und fördern die „Psychohygiene“ von Altenpflegekräften. Mit Hilfe von Supervision können z. B. sinnvolle Handlungsstrategien für ältere Menschen und die kommunikative Zusammenarbeit eines Teams direkt gefördert und erreicht werden. Burn-out-Risiken können so verringert, Kompetenzen und Performanzen für Pflegekräfte und Ältere aufgebaut, stabilisiert und vermehrt werden. Die Möglichkeit in „Ko-respondenz“ mehrere Sichtweisen zu äußern, gemeinsam ein „Behandlungs- oder Umgangskonzept“ zu erarbeiten und realitätsorientiert zu überprüfen, führt zu einer kompetenteren Arbeitsweise.

Integrative Supervision ist an der "Entwicklungspsychologie der Lebensspanne" orientiert und vertritt einen schulenübergreifenden, differentiellen und methodenintegrativen Ansatz. Dieser integrative Ansatz besagt, dass Gesundheit und Krankheit nicht voneinander isoliert betrachtet werden dürfen.

Menschliche Persönlichkeit ist das Resultat aller positiven, negativen und Defiziterfahrungen. Sie wird bestimmt durch die Interaktion von Schutz- und Risikofaktoren, Ketten widriger, belastender Ereignisse („chains of adverse events“) und Ketten positiver, stützender und schützender Ereignisse („chains of supportive/protective events“) (Petzold et al. 1993). Im mehrperspektivischen Zugang der Integrativen Supervision werden Gesundheit und Krankheit kontextabhängig, karrierebezogen und multifaktoriell bestimmt gesehen, wobei negative Beziehungserfahrungen in Interaktion mit supportiven Erlebnissen, „stressfull live events“ in Interaktion mit positiven Lebensereignissen zu "zeitextendierten Belastungen" (mit

den sie begleitenden Überforderungsgefühlen und ihren Bewertungen in "subjektiven Theorien") werden können, die als krankheitsverursachend für die Persönlichkeit und ihre Strukturen "Selbst, Ich und Identität" betrachtet werden.

Störungen, defizitäre Erfahrungen oder Traumatisierungen, die über das ganze Leben hinweg eintreten können und zu denen sich zum Beispiel Belastungsmomente in Pflegeberufen zählen lassen, gehören zum menschlichen Leben. Wir sind von der Evolution dazu ausgestattet, (Petzold, Wolff et al. 2002) Traumatisierungen nicht nur zu überleben, sondern sie auch zu „verdauen“ und damit umzugehen, sie in unsere Biographie, unser Selbstkonzept und in unsere Persönlichkeit zu integrieren (Petzold et al. 2001b, 178/362). In ‚prekären Lebenslagen‘ kann sich aber das Gefühl einstellen, gescheitert zu sein, ohnmächtig zu sein, keinen Einfluss zu haben auf das Geschehen (der *locus of control* ist dann external [Flammer 1990]) – solche Erlebnisse können in der Integrativen Supervision bearbeitet werden.

Gerade bei den zentralen Themen in der Altenpflege, wie die eigene Endlichkeit oder die Endgültigkeit von Verlusten, ist es die Aufgabe von Supervision, Helfer in ihren eigenen Prozessen zu begleiten und ihnen zu helfen, im ‚Mehrebenensystem der Supervision‘ ihrerseits ihre PatientInnen und KlientInnen angemessen zu begleiten (Varevics, Petzold 2005, 135).

In der Integrativen Supervision gilt es also dann, nicht nur die Erfassung traumatischer Erzählungen, *traumatic body narratives, psychological and social narratives*, oder Berichte von Belastendem und von Mangel in den Blick zu nehmen, sondern auch Erzählungen über das Entstehen von gesundem Verhalten zu fördern. Hier wird auf Geschichten geschaut, was für den Menschen nährend und heilsam war und was ihm in vorherigen prekären Lebenslagen geholfen hat. Für die SupervisandInnen ist es somit wichtig, nicht nur auf die Risikosituationen und -faktoren und Katastrophensituationen zu blicken, sondern ressourcenorientiert zu sehen, was in solch einer Situation an Heilsamem, z. B. an Solidaritätserfahrungen oder Erfahrungen von wechselseitiger Hilfeleistung gab und aktuell gibt. Wenn Menschen in guten sozialen Netzwerken als Weggeleit (convoi) überleben können, wenn sie Solidarität erfahren, dann gehört dazu auch, dass diese Netzwerke „Erzählgemeinschaften“, Gesprächs- und Handlungsgemeinschaften mit einer ausgeprägten und gepflegten Erzähl-, Gesprächs- und Kooperationskultur werden, dass Narrationen als Sprechakte, als Handlungen verstanden werden. Hierbei müssen die Menschen aktiv an die Gestaltung der eigenen Rolle gehen, d. h. sie müssen heraustreten aus der Opferrolle, aus der Hilflosigkeitsrolle in den Raum einer aktiven Gestaltung hinein. Sie müssen ihr eigenes „Elend“ verbalisieren, damit, wenn der „Ort der Kontrolle“ (Flammer 1990) vorwiegend external zu liegen droht, also von den Betroffenen nicht zu beeinflussen ist, dies nicht zu ‚erlernter Hilflosigkeit‘ führt (Seligmann 1999). Der „Ort der Kontrolle sollte deshalb bei den Handelnden, bei den Menschen selbst liegen“. (Petzold et al. 2001b, 363/179)

Ergebnisse aus der Traumaforschung zeigen, dass neben der traumatischen Situation an sich noch etwas anderes wichtig ist, was die Lebensgeschichte prägt, nämlich ob der Mensch der traumatischen Situation hilflos ausgeliefert ist, oder ob er noch agieren kann (Petzold, Wolff et al. 2000). Ohnmacht plus Trauma (Petzold et al. 2001b) wird als besonders schlimm erfahren, insbesondere wenn die Ohnmacht ohne einen

stützenden, helfenden Menschen oder eine Gruppe von helfenden Menschen, Kollegen etc. durchlebt wird.

„Zur Entwicklung von Gesundheit brauchen wir protektive Menschen. Der wichtigste Schutzfaktor für Menschen ist ein bedeutsamer, sorgender Anderer, bei Kindern ist dies ein „significant caring adult“, also ein umsorgender Erwachsener. Die Erwachsenen dagegen brauchen sich selber - also andere Erwachsene - als bedeutsame Andere und alte Menschen brauchen möglichst valide junge Menschen als bedeutsame andere.“ (Müller/Petzold 2002 in: Petzold et al. 2001b, 364). MitarbeiterInnen im Pflegebereich sollten eine „fundierte Kollegialität“ entwickeln können, was dem Team genauso nützt wie der Einrichtung und somit auch wiederum den Patienten. Dadurch, dass mit einem Team supervisorisch gearbeitet wird, werden die Kompetenzen gebündelt und die Effizienz gesteigert. MitarbeiterInnen in der Pflege sollen ihre zwischenmenschlichen Beziehungen aus mehrperspektivischer Sicht betrachten lernen und in der Lage sein, exzentrisch und selbstkritisch das eigene Tun und Verhalten zu reflektieren. Durch das Vernetzen (Konnektivieren) unterschiedlicher Wissensbestände mehrt sich das Wissen nicht nur, sondern es potenziert sich. Dadurch wird zwar einerseits Komplexität geschaffen, andererseits kommt es so zum gewünschten Polylog, wo jede und jeder sich äußern kann und jeder auf den anderen hört, und so im Team auf einer Sachebene die „beste aller Lösungen“ erarbeitet und aus der Komplexität die Lösung herauskristallisiert werden kann. Durch das Fragen nach der Ursache hinter den Ursachen, nach den Folgen nach den Folgen, wird es möglich, eigene Standpunkte zu hinterfragen, umzudenken und andere Möglichkeiten zu sehen (Petzold 2007a, 211f, Brühlmann-Jecklin, 27).

In der Integrativen Supervision wird ein Beziehungsangebot gemacht, welches getragen ist durch aktives empathisches Zuhören, Entlastung, Verständnis und Bestätigung wie auch durch die Ermutigung, Erarbeitetes zu erproben. Für die SupervisandInnen geht es in erster Linie darum, mit der individuellen Sichtweise ernst genommen zu werden, wodurch die Grundlage für kreatives Handeln im Auffinden neuer Lösungsansätze und der Aktivierung der Selbstgestaltungskräfte bereitgestellt wird. Dadurch wird das Kohärenzgefühl verändert bzw. gefördert (Lorenz 2005).

8 Forschungsdesign und empirische Untersuchung

Auf die genauere Erforschung der Wirksamkeit protektiver Faktoren als gesundheitsfördernder Aspekt in der Integrativen Supervision für MitarbeiterInnen in der Altenpflege zielt die vorliegende Erhebung ab.

Die Anforderungen an die MitarbeiterInnen in der Altenpflege haben sich in den letzten Jahren extrem erhöht. Nicht nur die stetig wachsende Anzahl der hilfebedürftigen Menschen, die Zunahme von multimorbiden Krankheitszuständen sowie eklatante Strukturveränderungen, sondern auch die in den Vordergrund getretenen Qualitätsanforderungen belasten das Altenpflegepersonal.

Ungünstige Rahmenbedingungen können ebenfalls zu schwerwiegenden Folgen für das Pflegepersonal führen. Physische und psychische Anforderungen in Verbindung mit Strukturelementen, wie Schicht-, Wochenend- und Nachtarbeit, hohe Krankenrate bei Personal, Überstunden, unzureichende materielle Ausstattung und mangelnde Arbeitsorganisation können zu einer geringeren Arbeitszufriedenheit und zu einer hohen Mitarbeiterfluktuation beitragen. Die Gefahr gesundheitlicher Beeinträchtigungen und anhaltender Überforderung kann die Folge sein (Zellhuber 2003, 191).

Die zentralen Fragestellungen dieser Untersuchung lassen sich nun wie folgt skizzieren:

- Welche Belastungsfaktoren entstehen bei MitarbeiterInnen im pflegerischen Arbeitsfeld?
- Wie können krankmachende Faktoren im Arbeitsfeld Altenpflege reduziert werden und welche Möglichkeiten der Entlastung bieten sich an?
- Welche protektiven Faktoren halten Pflegekräfte trotz starker beruflicher Belastungen gesund?
- Wie gelingt die Förderung und Aktivierung protektiver Faktoren in der Supervision, im Speziellen auf dem Boden des Ansatzes der Integrativen Supervision?

Ziel der Untersuchung ist:

- Die Gewinnung von Daten zu Arbeitsbelastungen für MitarbeiterInnen in der Altenpflege und deren Auswirkungen auf die Bereiche Arbeitszufriedenheit, Ausgeglichenheit; Gedanken und Verhalten in Belastungssituationen
- Die Gewinnung von Daten zu Bildern des Alters, Ressourcen, Bewältigungsstrategien und Methoden der kreativen Konfliktlösung in der Altenpflege sowie zu Erfahrungen mit Supervision am Arbeitsplatz
- Die Auswertung der individuellen Fragebögen einer Mitarbeiterbefragung, die Durchführung regelmäßiger Supervisionssitzungen mit WohnbereichsleiterInnen und die Veranstaltung von Seminaren mit Pflegekräften zum Thema „Psychohygiene am Arbeitsplatz“

- Die Erstellung von Empfehlungen für Träger und Einrichtungen der Altenhilfe im Rahmen von Neustrukturierungen der Arbeitsbedingungen sowie ergänzenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Anforderungen von Qualitätssicherung und -verbesserung sowie der Reduzierung von Stress- und Belastungsfaktoren
- Die Anregung für die Praxis der Integrativen Supervision, eine ressourcenorientierte Sichtweise unter Berücksichtigung der Herausarbeitung und Aktivierung protektiver Faktoren einzunehmen.

Hypothesen:

Vor dem Hintergrund des in Kapitel 1.3 formulierten Zieles der Arbeit und der in den Kapitel 2 bis 7 ausgeführten theoretischen Grundlagen können die Hypothesen für die empirische Untersuchung formuliert werden. Dabei ergeben sich drei Haupthypothesen, die durch die vorliegende Studie überprüft werden sollen:

1. Gute Erfahrungen mit alten Menschen und positive Altersbilder sind protektive Faktoren für Mitarbeiter im Altenpflegeberuf: Sie können in Belastungssituationen Schutz vor Abstumpfung, Gleichgültigkeit und der Neigung, gefährliche Pflege durchzuführen, geben. Dies ist wiederum ein protektiver Faktor für die betreuten alten Menschen.
2. In Stress- und Belastungssituationen ist das Sprechen über Belastungen, die Bewusstwerdung eigener Ressourcen und die Mobilisation von Hilfen im Netzwerk gesundheitsfördernd und verringert die Ausprägung von Überlastungssymptomen bei Altenpflegekräften.
3. Ausreichende Qualifizierung bei Altenpflegekräften schützt in Belastungssituationen vor Überforderung und längerfristig vor Burn-out.

8.1 Experteninterviews

Um Mehrperspektivität zu gewährleisten führte ich zu Beginn der Durchführung dieses Projektes Experteninterviews mit Mitarbeitern im Feld der Altenhilfe mit unterschiedlichen Funktionen und Rollen durch: mit einem Heimleiter, einer Pflegedirektorin, examinierten Altenpflegerinnen und examinierten Krankenschwestern. Somit wurde das Themenfeld aus verschiedenen Perspektiven erschlossen.

Expertengespräche sind dadurch gekennzeichnet, dass mehrere Personen daran teilnehmen, die auf dem zu erforschenden Fachgebiet herausragende Kenntnisse und/oder Fähigkeiten besitzen (Landau, Weißert-Horn, 2001).

Die Eingangsfrage bei allen Interviewpartnern war, warum manche Menschen trotz großer Belastung gesund bleiben und andere nicht. Geantwortet wurde nahezu einheitlich, dass es wichtig sei, Überlastungen zu erkennen und sich abgrenzen zu können, um gesund zu bleiben. Externale Ressourcen, wie ein schönes Umfeld zu Hause, etc. seien ebenso wichtig eine berufliche Tätigkeit gemäß seiner Funktion, Aufgabe und

Rolle. Auf die Frage, ob, inwieweit und in welchen Situationen sich die Befragten überlastet oder überfordert fühlen, antworteten alle „manchmal“ bis „häufig“ (vorgegeben war: nie - manchmal - häufig - immer). Alle Befragten klagten über Zeitnot. Während von den Pflegekräften im Wesentlichen Überlastungen in den Bereichen Umgang mit dementen, aggressiven Bewohnern, Konflikte mit Vorgesetzten (zu wenig Anerkennung) und zu häufige und zu schwierige administrative Tätigkeiten (z. B. Pflegeplanung) benannt wurden, gaben die Leitungspersonen eher organisatorische und strukturelle Mängel in der Einrichtung als Überlastungsfaktor an. Bei der Benennung von erlebten Burn-out-Phänomenen wurde angegeben, dass zu viele Tage am Stück ohne Erholung gearbeitet würde. Weiterhin wurden Schlafstörungen und stressbedingte Erkrankungen angegeben.

Ressourcen wurden von den Befragten erkannt und konnten benannt werden: Ehepartner, Supervisor, Garten, Handwerken, Fahrrad fahren, Yoga, lesen, Sport, Freundeskreis (aus Pflegefeld und anderen Berufsgruppen), singen im Chor.

Internale und externale Schutzfaktoren wurden wie folgt angegeben: *durch Erkrankung „nein“ sagen gelernt, Intelligenz, großer Rückhalt durch Familie + Partner/in, in Großfamilie mit vielen Geschwistern aufgewachsen, mit Haustier in andere Welt abtauchen, großer Bekannten- und Freundeskreis und ein ehrlicher kollegialer Austausch.*

Den Interviewpartnern wurde erklärt, dass protektive Faktoren schädigende Einflüsse abpuffern und die Bildung von Widerstandskräften, sogenannten Resilienzen ermöglichen (Petzold 2000h). Als Resilienzen fördernde Faktoren wurde bei den Befragten vor allem gute Vitalität aufgrund von lebenslänglicher körperlicher Anforderungen, frühe Verantwortungsübernahme in der Kindheit und Robustheit durch schwierige Kindheit (Suchtproblem in Familie) angegeben. Weiterhin wurden Methoden benannt, wie eigenes Fachwissen angeeignet wird und dass dieses Wissen widerstandsfähiger macht, wenn es eingesetzt wird. Das Vorhandensein von Vorbildern mit der Haltung, immer vom „Positiven“ im Menschen auszugehen, wurde außerdem als Resilienz fördernd angegeben.

8.2 Die Einrichtung (Altenheim)

Nach Abschluss eines Experteninterviews, bot der Heimleiter des nachfolgend beschriebenen Altenheimes an, das Forschungsprojekt in seinem Hause durchzuführen. Die Pflegedienstleiterin wurde in die Planung mit einbezogen, die Vorgehensweise ausführlich erklärt und mit den Gegebenheiten des Hauses abgestimmt. Das Interesse und die Motivation der beiden Führungskräfte waren von Beginn an sehr hoch, und die Unterstützung des Projektes gestaltete sich sehr intensiv. Die positive Einstellung zeigte sich darin, dass Heim- und Pflegedienstleitung die WohnbereichsleiterInnen und sonstigen MitarbeiterInnen motivierten, an der Fragebogenerhebung teilzunehmen. Weiterhin wurden für die angebotenen Supervisionssitzungen und Seminare Befreiungen im Dienstplan geschaffen, sodass die Teilnahme für die MitarbeiterInnen möglich war.

Das in das Projekt einbezogene Alten- und Pflegeheim gehört zu einer katholischen Ordensgemeinschaft, deren Ziele im mildtätigen und gemeinnützigen Dienst, in der Armen- und Krankenpflege sowie in der Jugenderziehung liegen. Zu dieser Ordensgemeinschaft gehören neben dem Alten- und Pflegeheim ein weiteres Altenheim, ein Kindergarten und ein Krankenhaus in der Region. Das Heim wurde im Jahre 1974 erbaut und steht 139 BewohnerInnen aller Konfessionen und Weltanschauungen offen. Es liegt am Rande eines großen Waldgebietes in der Region Aachen und verfügt über 117 Einzelzimmer mit Balkon und 11 Zweibettzimmern, aufgeteilt in 6 Wohnbereiche. Der Personalbestand der Mitarbeiter im Pflegebereich (examinierter und nicht examinierter Personal) liegt bei 59 MitarbeiterInnen (Stand November 2008).

8.3 Supervisionsgruppe

Das Forschungsprojekt bestand unter anderem aus einer Supervisionsgruppe von 6 examinierter Pflegekräften (5 Frauen, 1 Mann), die als Wohnbereichsleitungen in der Einrichtung beschäftigt sind. Die SupervisandInnen sollten laut Hinweis der Heim- und Pflegedienstleitung im Rahmen ihres sehr belastenden Berufsalltages insbesondere in der Reflexion und Verbesserung ihrer Leitungskompetenz Unterstützung erfahren.

Die Supervisionsgruppe fand alle 14 Tage innerhalb der Einrichtung statt. Von der verantwortlichen Ordensschwester wurde jeweils für Getränke und Gebäck gesorgt, sodass die Rahmenbedingungen schon bereits ein protektives Milieu boten. Nur zwei der 6 TeilnehmerInnen hatten im Vorfeld Erfahrungen mit Supervision gemacht, und diese wurden als sehr negativ und kränkend erlebt.

Die Bereitschaft der TeilnehmerInnen, Themen einzubringen war von Anfang an sehr hoch, sodass in den Sitzungen sehr effizient und lösungsorientiert gearbeitet werden konnte. Nach der ersten Sitzung wurde eine erste schriftliche Befragung durchgeführt (Anhang C), wie die Gruppensitzung von die TeilnehmerInnen erlebt wurde und was besonders bedeutsam war. Die Sitzung wurde als gut und bereits nach einer Sitzung als befreiend erlebt. Besonders die entstandenen Solidaritätsgefühle, mit den Problemen nicht alleine da zu stehen und in Krisen Unterstützung zu erhalten, wurden als besonders heilsam erfahren. Hier ist eine Stärkung des Gruppenzusammengehörigkeitsgefühls und des Kohärenzgefühls entstanden.

Nach der 6. Sitzung wurde die zweite Befragung durchgeführt (Anhang D). Ergebnis dieser Befragung war, dass sich ausnahmslos alle SupervisandInnen in der Gruppe vollständig auf-, angenommen und gestärkt fühlten, sich durch gute Vorschläge und das Einüben verschiedener Handlungsstrategien in ihrer beruflichen Handlungskompetenz sicherer fühlten und die Sicherheit besitzen, in einer Stress-, Belastungs- oder Notsituation auf Hilfe und Unterstützung der KollegInnen aus dieser Gruppe vertrauen zu können. Der Wunsch nach einer Fortsetzung der Supervisionssitzungen wurde von nahezu allen Befragten unter Punkt 6. „was ich noch sagen wollte“ aufgeführt.

In der 7. Sitzung wurde mit den Teilnehmerinnen eine Übung zur Wahrnehmung von protektiven Faktoren und Ressourcenfeldern durchgeführt. Die Übung gestaltete sich wie folgt (zunächst meditative Imagination,

danach kreativer Ausdruck mit Wachsmalstiften):

„Wir haben uns nun viel um Ihre aktuellen Probleme am Arbeitsplatz gekümmert. Ich möchte Ihnen nun ein kleines Experiment anbieten, bei dem es sich um die „guten Erfahrungen“ in Ihrem Leben und Berufsleben und gerade in der jetzigen Zeit handelt. Vielleicht rücken Sie sich mal so zurecht, dass Sie bequem sitzen und schließen die Augen. Lassen Sie einfach Ihren Atem, so wie er ist, kommen und gehen und folgen Sie den Bildern, die ich Ihnen nun geben werde: Stellen Sie sich Ihre jetzige Lebens- und Berufssituation jetzt als Landschaft vor. Stellen Sie sich vor, Sie fahren auf einem Fahrrad durch diese Landschaft, durch ihr aktuelles Leben und Ihren Beruf. Welche Personen und welche Ereignisse begegnen Ihnen da? Familienangehörige, Partner, Freunde, Kollegen, entfernte Bekannte, Nachbarn etc. Konzentrieren Sie sich nun auf diejenigen, von denen Sie Gutes und Freudvolles erfahren, die Ihnen wohlgesonnen sind und von denen Sie sich verstanden und in Ihren Wünschen und Anliegen unterstützt fühlen (Zeit geben). Diese nehmen Sie nun mit in Ihr „Gepäck“, und radeln langsam wieder hierher in die Gegenwart, in unsere Stunde und malen etwas dazu auf das Papier, Symbole, Farben, Personen, was Ihnen gerade in die Gedanken kommt“ (Osten 2000, 463).

Im Anschluss konnten Einfälle und Eindrücke zu jedem Bild niedergeschrieben werden. Somit hatte jede Teilnehmerin Rückmeldungen von den anderen über Schrift und Poesie. Die Teilnehmerinnen stellten nach einer Vernissage ihr Bild vor und teilten über das Bild differenziert mit, wie sie sich während und nach der Übung gefühlt hatten. Die Ergebnisse waren vielfältig. Neben den Belastungsfaktoren und der ohnmächtigen Wut hinsichtlich der bestehenden schwierigen institutionellen Rahmenbedingungen (z. B. Personalmangel, ständiger Zeitdruck), die die Teilnehmerinnen bei sich spürten, wurden insbesondere Ressourcenfelder in den Bereichen Familie und Partnerschaft, schönes Zuhause, Haustiere, die Ruhe und Zufriedenheit ausstrahlen, die durch die regelmäßige Supervision neu entwickelte Solidarität der KollegInnen und die Unterstützung durch mich als Supervisorin kreativ dargestellt. Den Teilnehmerinnen wurde bewusst, dass durch die kreative Darstellung der positiven Aspekte diese erstmals deutlich und als Schutzfaktoren transparent wurden. Dadurch falle die Bewältigung der Belastungsfaktoren leichter, so die Teilnehmerinnen. „Es ist nicht alles hoffnungslos...so sehe ich auch positive Sachen, die das Haus betreffen, und ich fühle mich nicht mehr so alleine: gemeinsam sind wir stärker, kompetenter.“

Das Interesse am anderen Bild gestaltete den Gruppenprozess lebendig und die Neugier auf den anderen wurde geweckt. Die Verschiedenheit der Farben und Motive zeigte die individuelle Ausdrucksfähigkeit der einzelnen Personen. Die Gruppe öffnete sich zunehmend für innovative Darstellungen neuer Gestaltungs- und Gedankengänge. Dadurch wurde die Gruppenkohäsion erheblich stärker erlebt.

Im Verlauf der weiteren Supervisionssitzungen zeigte sich, dass Kompetenz und Performanz der Supervisandinnen in ihrem Beruf angestiegen war. Die TeilnehmerInnen erfuhren für sich eine Zunahme der Autonomie, Sicherheit und Festigkeit. Sie fühlten sich kompetenter für die Bewältigung der beruflichen Alltagsprobleme und konnten sich besser abgrenzen, sich auf ihre Aufgaben konzentrieren, in schwierigen Situationen die Ruhe behalten und weiterarbeiten, statt in einen blockierten und resignierenden Zustand zu

geraten.

8.4 Seminar

Das Seminar, das 2 Mal im Abstand von 14 Tagen angeboten wurde, war zunächst 5 Wochen früher geplant angesetzt. Aufgrund einer Periode hohen Krankenstands und demzufolge reduzierten Personalbestands bat die Einrichtung darum, den Termin für die Seminare zu verschieben. Das Seminarangebot war grundsätzlich allen Mitarbeitern des Hauses freigestellt und wurde an 2 verschiedenen Werktagen in der Zeit von 9.00 - 16.00 Uhr angeboten.

Im ersten Seminar fanden sich von 14 angekündigten TeilnehmerInnen 8 Personen ein; am 2. Seminar nahmen 12 MitarbeiterInnen teil. Von den insgesamt 20 TeilnehmerInnen waren 4 examinierte AltenpflegerInnen, 4 examinierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, 8 Schwestern-/Pflegehelfer und 4 Hauswirtschaftskräfte.

Das Seminar wurde auf der Basis des „Integrativen Ressourcenkonzepts“ konzipiert und durchgeführt. Dabei wurden die Theoriekonzepte auf die „social world“, d. h. die Sprachebene, das Konzeptualisierungsniveau, die Vorbildung, die Vorstellungswelt der Adressatengruppe zugespart (Petzold 2007a, 312). Zur Betrachtung der komplexen Lebenswelten wurde hier die ‚teilnehmende Beobachtung‘, eine qualitative Forschungsmethode angewandt (Friedrichs 1973).

Die persönliche „Bedürftigkeit“ der MitarbeiterInnen nach Fortbildung und Entlastung war bereits zu Beginn des Seminars spürbar, da die Teilnehmer sehr deutlich machten, dass der Fort- und Weiterbildungsanteil im Haus zu gering sei. Supervisionserfahrung hatte nach Befragung in der Eingangsrunde niemand der Teilnehmer; auch keine Erfahrung in Fortbildungsthemen wie Psychohygiene oder Burn-out. Selbsterfahreresches Arbeiten war nahezu allen TeilnehmerInnen neu.

Das Seminar wurde unter dem Titel „Stressbewältigung in der Altenpflege - Möglichkeiten zur Psychohygiene am Arbeitsplatz“ mit folgenden Inhalten angeboten:

- Frühzeitige Wahrnehmung der eigenen Stressquellen und Belastungsreaktionen in der Person und im Arbeitskontext
- Ressourcen und das persönliche Unterstützungssystem erweitern und stärken
- Entwicklung geeigneter Bewältigungsstrategien
- Lösungsorientierte Bewältigungs- und Handlungshilfen entwickeln und im Arbeitsalltag anwenden können

Ziel des Seminars war die Erkenntnis und die Erarbeitung von Strategien, wie man sich im Altenpflegeberuf vor Überforderung schützen kann und inwieweit Ressourcen und protektive Faktoren für jeden einzelnen Teilnehmer mobilisiert werden können.

Zunächst sollten in Dyaden die eigenen persönlichen Stärken („Was kann ich gut?“) betrachtet und im

Anschluss im Plenum vorgestellt werden. Diese Übung fiel den TeilnehmerInnen ausgesprochen schwer, denn es sei ihrer Meinung nach leichter, Defizite bzw. Schwächen vorzutragen, als positive Eigenschaften. Aussagen wie „Eigenlob stinkt“, „warum kommt die Fortbildung erst jetzt, wir sind schon krank!“, „Hier passieren wenige positive Sachen, kein ‚Danke‘, es ist alles selbstverständlich“, „wir arbeiten stupide, auf Knopfdruck“ und die Frage an mich „Machen Sie das auch mit der oberen Etage?“ wurden bereits zu Beginn des Seminars an mich gestellt. Die nächste Aufgabe war, sich in Kleingruppen à 4 Personen zusammenzufinden und typische Stresssituationen im Arbeitsalltag zu benennen und niederzuschreiben. Bereits während der Kleingruppenarbeit zeichnete sich ein reger Austausch ab. Im Anschluss wurden die Ergebnisse im Plenum vorgestellt, was ebenfalls in sehr emotionalen Gesprächen mündete, in denen Phänomene wie tiefe Betroffenheit, ohnmächtige Wut und Hilflosigkeit sichtbar wurden.

Zusammengefasst wurden folgende Stress- und Belastungsfaktoren benannt:

Psychische Belastungen:

Konflikte im Team werden nicht offen angesprochen; durch Personalmangel Überbelastung der MitarbeiterInnen; Konflikte in der Familie durch häufigen Arbeitseinsatz; Konflikte mit Pflegedienstleitung (PDL) und Heimleitung (HL); Gefühl, keine ausreichende Leistung erbracht zu haben; nicht auf Gefühle und Bedürfnisse der Bewohner ausreichend eingehen zu können; Pflege wird wegen Zeitdruck oberflächlich durchgeführt (entscheiden müssen, ob Füße oder Rücken des Bewohners gewaschen wird); Sterbebegleitung nicht möglich; Wohnbereichsleitung muss Balance zwischen PDL, HL + KollegInnen sein; Essen anreichen unter Zeitdruck „stopfen“, da zu wenig Personal (Menschenwürde wird nicht eingehalten); Ressourcen erhaltende Pflege ist nicht möglich (d. h. manche Bewohner könnten z. B. die Brote noch selbst schmieren); keine Zeit für demente Bewohner, brauchen mehr Zuwendung, Verständnis; Dementer Bewohner klingelt ständig, hat angeblich Harndrang, braucht Aufmerksamkeit; Gefühl, langsamer zu arbeiten als die Kollegen (es reicht nicht); Gefühl, andere Kollegen arbeiten weniger, oder „picken sich die Rosinen raus“; Drohungen der Leitung wegen Fehlverhalten mit Abmahnungen und Kündigungen macht Angst; Reagieren auf Notfälle ist ungenügend (Stürze, Epilepsie, sterbende Bewohner, Schlaganfälle, zusätzliche Auseinandersetzung mit Angehörigen) Bewohner spüren den Stress bei den Mitarbeitern, sind unruhig, wollen nach Hause.

Arbeitszeitbedingte Belastungen:

Kurzer Dienstwechsel von Spät- auf Frühdienst, 3 Schichten in einer Woche; häufiger Schichtwechsel; Nachtdienste; Minimalbesetzung am Wochenende; ständiges Einspringen, viele Überstunden; gestrichene freie Tage oder Wochenenden; private Aktivitäten zu planen ist nicht möglich, Dienstpläne werden ohne Absprache kurzfristig geändert und ausgehängt; Pflegepersonal fühlt sich gehetzt (Zeitdruck) durch feste Zeiten für Wäsche verteilen, Geschirr spülen, Betten beziehen und auswaschen.

Organisationsbedingte Belastungen:

Hoher Krankenstand beim Personal; im Krankheitsfall muss der Dienstplan schnell geändert werden, wenig

Bereitschaft bei KollegInnen zur Übernahme von Diensten; allg. Notfallsituation, man ist alleine auf Station (personelle Unterbesetzung); Einarbeitung von neuen MitarbeiterInnen und Azubis; neben der Pflege zuviel administrative Tätigkeit, Telefon, Ärzte, Angehörige fragen, etc.; Mangelnder Informationsfluss bei Übergaben; Neuaufnahmen von Bewohnern; demente Bewohner laufen durch das Haus, und man kann eigentlich die Station nicht verlassen, da zu wenig Personal vorhanden ist; Arbeit von Kollegen muss mit erledigt werden; hoher Dokumentationsaufwand; Personalmangel durch Ausfallzeiten wie Urlaub, Krankheit, etc.; Besetzung durch wohnbereichsfremde MitarbeiterInnen; häufiger Wechsel von Kollegen (Teamtrennung); pflegefremde Tätigkeiten; unangekündigte Arztvisiten zur Mittagszeit, dann unter Zeitdruck (nicht mehr genügend Personal auf Station, schafft Fehlerquellen); Bewohneraufnahme aus Krankenhaus Mittags; in Notfallsituationen sind die Pflegezeiten zu kurz; keine geregelten Pausenzeiten trotz Vorgabe; Prioritäten setzen beim Arbeitsablauf; für 23 Bewohner Brote schmieren und zu 1-2 Pflegekräfte anreichen; nicht examinierte Pflegekraft ist alleine auf Stat.; Medikamente werden unter Zeitdruck gestellt; Übergaben finden unvollständig statt; Neuaufnahmen kommen unvorbereitet; bei Krankheit selber für Ersatz sorgen; Urlaubs-, Freizeitplanung schwierig da Urlaube spät bewilligt werden.

Belastungen durch Einflüsse der materiellen Umwelt und durch Ausscheidungen:

Material organisieren

Körperliche Belastungen:

Schweres Heben der Bewohner, Hebehilfen (Lifter werden unzureichend genutzt)

Da sich bei dieser Übung bei zwei TeilnehmerInnen Anzeichen einer Dekompensation im Rahmen der dargestellten Belastungsfaktoren bemerkbar machte, wurden im Sinne einer Krisenintervention zwei Situationen supervisorisch betrachtet und gelöst.

Nach der Pause, einer Bewegungsübung und einem kurzen Vortrag über das Integrative Ressourcenkonzept und protektive Faktoren wurden die TeilnehmerInnen aufgefordert, sich in Triaden darüber auszutauschen, wie sie es schaffen, in diesem schweren Beruf mit den vorher beschriebenen Stress- und Belastungssituationen gesund zu bleiben. Jeweils drei innere und drei äußere Ressourcen sollten benannt werden.

Kurz zusammengefasst wurden als bedeutsamste *innere* Ressourcen mit der größten Häufigkeit: „ehrgeizig, willensstark, (emotional) belastbar, geduldig, intelligent, innerlich zufrieden, ruhig, humorvoll, harmonisch, phantasievoll, selbstbewusst, interessiert an Bewohnern, kann selbständig arbeiten“ genannt, während *äußere* Ressourcen am häufigsten in den Bereichen „schönes Zuhause, Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, soziales Netzwerk, finanzielle Absicherung, Kinder, Fernsehen, Radfahren, Shoppen - Frusteinkäufe, nette Kollegen“ angegeben wurden.

Diese Ergebnisse wurden wieder an Stellwänden präsentiert; im Anschluss per Ranking mit roten und blauen Punkten versehen:

„Was hilft mir am meisten?“ (rote Punkte) und „was würde Sie am meisten beeinträchtigen, wenn es in dieser Kategorie Einbrüche gäbe?“ (blaue Punkte)

Zur ersten Frage wurden die meisten Punkte bei den inneren Ressourcen verteilt (belastbar, pflichtbewusst, willensstark, ehrgeizig, selbstbewusst). Die zweite Frage wurde nahezu übereinstimmend beantwortet: die größte Beeinträchtigung wäre für die TeilnehmerInnen, wenn es im familiären Bereich Einbrüche gäbe.

Als nächster Schritt sollte diskutiert werden, wie diese Ressourcen individuell entstanden sind und wie sie in das Berufsleben einzubauen sind, denn aus ihnen kann in Belastungssituationen Kreativität geschöpft werden. Belastungen und Probleme können so abgepuffert werden, und es stehen mehr Kräfte zur Aufgabenbewältigung zur Verfügung.

Die Ergebnisse zu dieser Frage sind hier kurz zusammengefasst:

Entwicklung der Ressourcen:

- Belastbarkeit - durch Berufserfahrung und Wissen
- Selbstbewusstsein - durch Kindheit und Schule, bin immer gehänselt worden wegen meiner roten Haare, fühle mich jetzt attraktiv
- Pflichtbewusstsein - durch meine Mentalität und politisches, soziales Umfeld (komme aus Polen)
- Ehrgeiz - wollte schon immer im Leben etwas erreichen
- Belastbar - bin vom Leben geprägt, durch alle Höhen und Tiefen gegangen
- Willensstark - habe in meiner Partnerschaft immer das Kommando gehabt, konnte bestimmen
- Belastbar - „was nicht tötet, härtet ab“ (Devise im Elternhaus)
- Abschalten - meinen Mann hat es irgendwann nicht mehr interessiert, habe erkannt: „ich kann nicht jeden belagern“
- Selbständig - Mutter gestorben, da war ich 5 Jahre alt, musste ins Heim, mit 14 aus Heim raus, musste früh selbständig werden
- Optimistisch - Ältteste von 7 Geschwistern, sehe immer das Gute im Menschen, „wer feiern kann, kann auch arbeiten“
- Interesse an Bewohnern - in Großfamilie aufgewachsen und in soziales Umfeld integriert
- Beharrlichkeit - bin mit 10 Geschwistern aufgewachsen, musste mich durchboxen

Im Abschlussteil ging es noch einmal um die Zuschreibung positiver Anteile für die KollegInnen („was ich an

dir schätze“).

In der Abschlussrunde wirkten die TeilnehmerInnen erleichtert, zufrieden, gelöst und entlastet. Es entstand ein Gefühl von Solidarität, wachsender fundierter Kollegialität. Ein präsenten Netzwerk mit der Möglichkeit des supports zeigte sich und konnte angenommen werden, und die Konfliktsituationen, die zuvor vorgetragen wurden, konnten im Rahmen des geübten Perspektivenwechsels und der Neuorientierung lösungsorientiert betrachtet werden.

Fazit:

Die Erkenntnisse aus diesen persönlichkeitsbildenden Seminartagen in Form einer Selbsteinschätzung waren breit gestreut. Die Bewusstwerdung der eigenen Ressourcen gelang den Teilnehmern bezüglich ihrer äußeren und materiellen Ressourcen noch am leichtesten, denn diese ließen sich auflisten und zusammenstellen. Das Erkennen persönlicher Eigenschaften, Stärken oder Schwächen setzt Erfahrungen mit sich selbst im Kontakt mit anderen voraus, bedarf angemessener Rückmeldungen von anderen als Ressource zur Entwicklung von personalen, sozialen und professionellen Kompetenzen und Performanzen sowie eines „Ressourcenreservoirs“ (Petzold 2007a, 311). Im Rahmen eines eintägigen Seminars war dies natürlich nur in Ansätzen möglich. Die Entwicklung von Potentialen und die Förderung vorhandener Ressourcen der MitarbeiterInnen sind länger dauernde Prozesse. In diesem Seminar konnten sie angeregt und begonnen, aber erst bruchstückhaft umgesetzt werden. Es wurden aber bereits positive Erfahrungen vermittelt, und ein Einblick in Methoden und Techniken integrativer supervisorischer Arbeit konnte gewonnen werden, es war jedoch eher unter *ressourcendiagnostischen* Gesichtspunkten relevant. *Persönlichkeitsentwicklung* und *systematische Ressourcenförderung* bedürfen einer längerfristigen Begleitung, wie sie zum Beispiel durch kontinuierliche Einzel-, Gruppen- oder Teamsupervision gewährleistet werden kann (Petzold 2007a, 304).

Insgesamt erfuhren die TeilnehmerInnen jedoch, dass sie einen aktiven Beitrag zur Reduzierung und zur besseren Bewältigung ihrer Belastungen leisten können und erlebten damit eine Erweiterung des Handlungsspielraums in der Gestaltung ihrer Arbeitssituation.

8.5 Fragebogen

Für die Erhebung der Daten wurde einen Fragebogen (Anhang A) entwickelt, der in der Zeit von September bis November 2008 in dem beschriebenen Altenheim zum Einsatz kam.

Bei seiner Entwicklung wurde auf die Ergebnisse der Experteninterviews zurückgegriffen und anhand der wesentlichen theoretischen Grundlagen für das zu untersuchende Thema Fragen zusammengestellt:

Insgesamt teilten sich die Fragen auf folgende Bereiche auf:

1. Persönliche und berufliche Rahmenbedingungen

2. Fragen zur Arbeitszufriedenheit
3. Fragen zu eigenen Ressourcen / protektiven Faktoren / Resilienzen
4. Abfrage vorhandener Altersbilder
5. Fragen zur Arbeitsbelastung
6. Fragen zu Coping- und Creatingstrategien

Der 16 Seiten umfassende Fragebogen (s. Anhang B) besteht aus 36 Items, von denen 16 Fragen offen waren. Bei 6 Fragen waren die Antworten aus einer vorgegeben Auswahl zu geben, in 14 Fragen mussten vorgegebene Bewertungen angekreuzt werden (z. B. voll zutreffend, teilweise zutreffend, weniger zutreffend, nicht zutreffend).

Zu allen Fragen bestand die Möglichkeit, Bemerkungen in freier Formulierung ergänzend aufzuschreiben.

8.6 Rücklaufquote des Fragebogens

Von 59 verteilten Fragebögen wurde ein Rücklauf von 32 Fragebögen verzeichnet; dies bedeutet eine Rücklaufquote von 54 %.

Die Wahrung der Anonymität war selbstverständlich. Die leeren Fragebögen wurden direkt mit Briefumschlägen verteilt und sollten ausgefüllt und bereits im verschlossenen Umschlag in einen dafür vorgesehenen Karton am Empfang des Hauses geworfen werden.

Um die vorhandene Datenmenge zu reduzieren und damit übersichtlicher zu machen, wurden die Ergebnisse der Fragebögen zusammengefasst und graphisch dargestellt; alle handschriftlichen Antworten und Bemerkungen wurden herausgeschrieben und in die Auswertung integriert. Der größte Teil der Fragen lässt offene Antworten zu, der zweitgrößte Teil sieht Beantwortungen vor, ob und wie weit die verschiedenen Aussagen zutreffen (trifft voll zu, trifft teilweise zu, wenig zufrieden, gar nicht zufrieden, hoch belastet, wenig belastet etc.). Viele Teilnehmer haben die offenen Fragen gar nicht beantwortet, was zum Teil am dafür erforderlichen Aufwand aber auch evtl. an der Komplexität der Fragestellungen liegen mag.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte ca. 30 bis 45 Minuten, was von den Teilnehmenden als zu lang eingeschätzt wurde und evtl. als Grund für die geringe Rücklaufquote zu nennen ist (Zeitmangel).

8.7 Nachgespräch mit der Einrichtung

Nach Beendigung der zunächst vorgesehenen vorletzten Supervisionssitzung fand ein Auswertungsgespräch zwischen dem Heimleiter, der Pflegedienstleiterin und mir statt. Ziel des Gesprächs war, der Leitungsebene des Hauses eine zusammengefasste Rückmeldung darüber zu geben, welche Ergebnisse die empirische Untersuchung gebracht hat und welche Impulse aus den Seminaren und der

Supervisionsgruppe gewonnen werden konnten.

Die Leitungsebene zeigte großes Interesse an den Ergebnissen des Projektes und befürwortete eine Fortführung der Supervisionsgruppe. Die beschriebene Einrichtung hat durch ihre Bereitschaft, diese Untersuchung in ihrem Hause durchführen zu lassen, einen immensen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -verbesserung geleistet, was u. a. durch die mittlerweile seit 1 Jahr (Stand: September 2009) regelmäßig alle 14 Tage stattfindenden Supervisionssitzungen für die Wohnbereichsleiterinnen deutlich wird.

8.8 Empirische Ergebnisse

Im Folgenden werden die **Ergebnisse der befragten Personen** (N=32) dargestellt:

8.8.1 Persönliche und berufliche Rahmenbedingungen

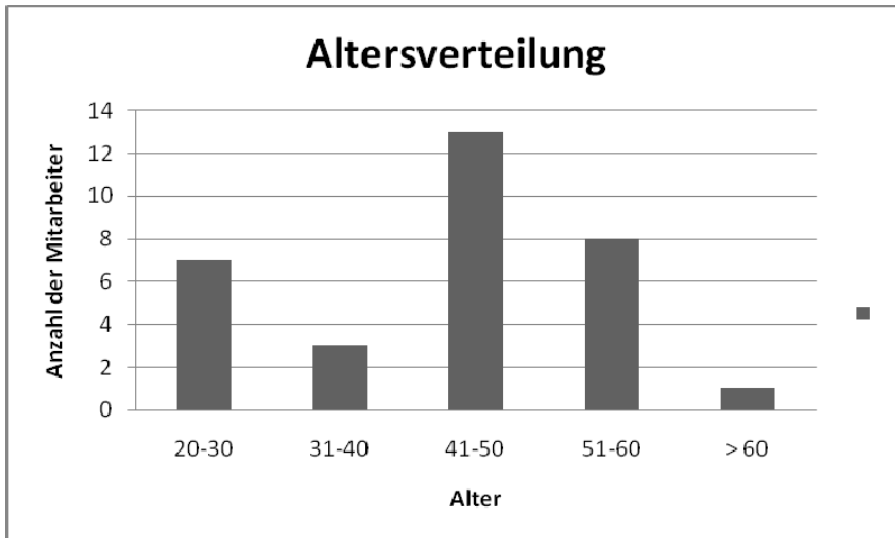


Abbildung 8.1 Alter der befragten Personen

Die Altersspanne der Befragten bewegt sich zwischen 20 und 68 Jahren, das Durchschnittsalter beträgt 45,6 Jahre. Die meisten Befragten, 41 %, sind zwischen 41 und 50 Jahre alt.

Geschlecht	Anzahl (absolut)	Anzahl (in %)
Weiblich	27	84%
Männlich	5	16%

Tabelle 8.1 Geschlecht der befragten Personen

84 % (27 Personen) der Befragten sind Frauen, 16 % (5 Personen) sind Männer.

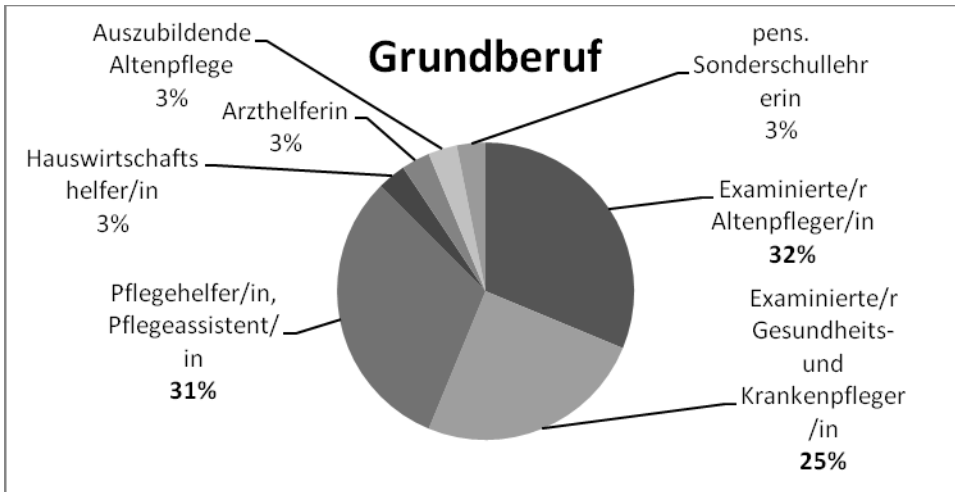


Abbildung 8.2 Grundberuf der befragten Personen

Von den Befragten verfügen 32 % über eine abgeschlossene Ausbildung als examinierte/r AltenpflegerIn. 25 % verfügen über eine Ausbildung als examinierte/r Gesundheits- und KrankenpflegerIn und 31 % über eine Qualifikation zur/zum Pflegehelfer/Pflegeassistentin ohne examinierten Abschluss. 6 % arbeiten unausgebildet in der Pflege (1 ehrenamtliche Mitarbeiterin, 1 Arzthelferin) und 3 % im Hauswirtschaftsbereich (1 Hauswirtschaftshelferin); diese Person führt jedoch laut eigenen Angaben auch angrenzende leichte pflegerische Tätigkeiten durch. Eine Auszubildende der Altenpflege nahm ebenfalls an der Befragung teil.

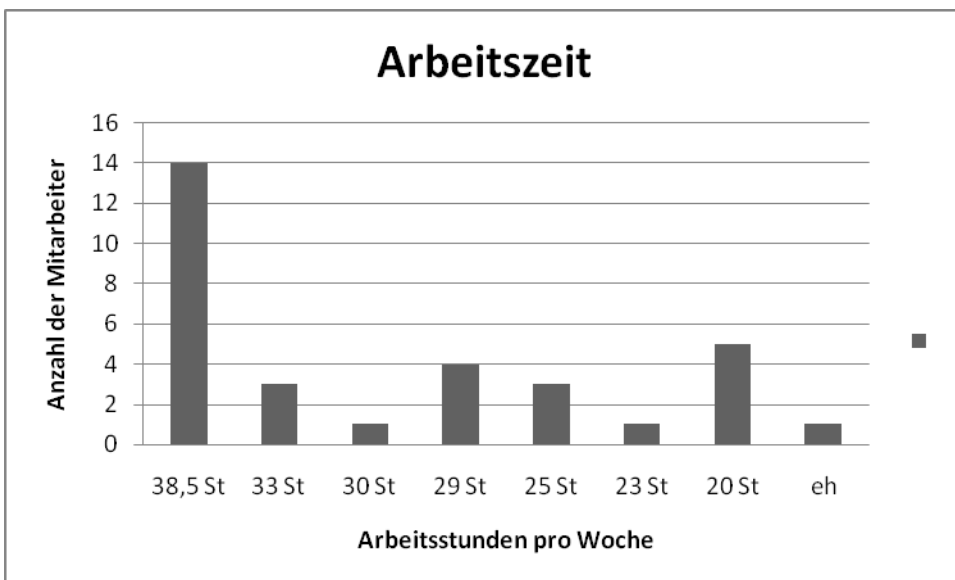


Abbildung 8.3 Arbeitszeit

Von den Befragten arbeiten 44 % im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung, d. h. mit einem wöchentlichen Stundenumfang von 38,5 Stunden. Die weiteren Befragten verteilen sich gleichmäßig auf andere Stundenmodelle, wie 33 Stunden, 30 Stunden, 29 Stunden, 25 Stunden, 23 Stunden und 20 Stunden. Eine befragte Person arbeitet ehrenamtlich mit einem durchschnittlichen Stundenumfang von 20

Wochenstunden.

Anzahl der Stunden pro Woche	25-30	31-35	36-40	41-45	>45
Anzahl der Mitarbeiter	5	6	8	5	8
<i>Daraus ergibt sich eine Überstundenquote von 22,56%</i>					

Tabelle 8.2 Anzahl tatsächlich geleisteter Arbeitsstunden (pro Woche)

Der Anzahl der Arbeitszeit gemäß Arbeitsvertrag wurden die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden gegenübergestellt. Ergebnis ist, dass sich im Durchschnitt eine Überstundenquote von 22,56 % pro Woche ergibt.

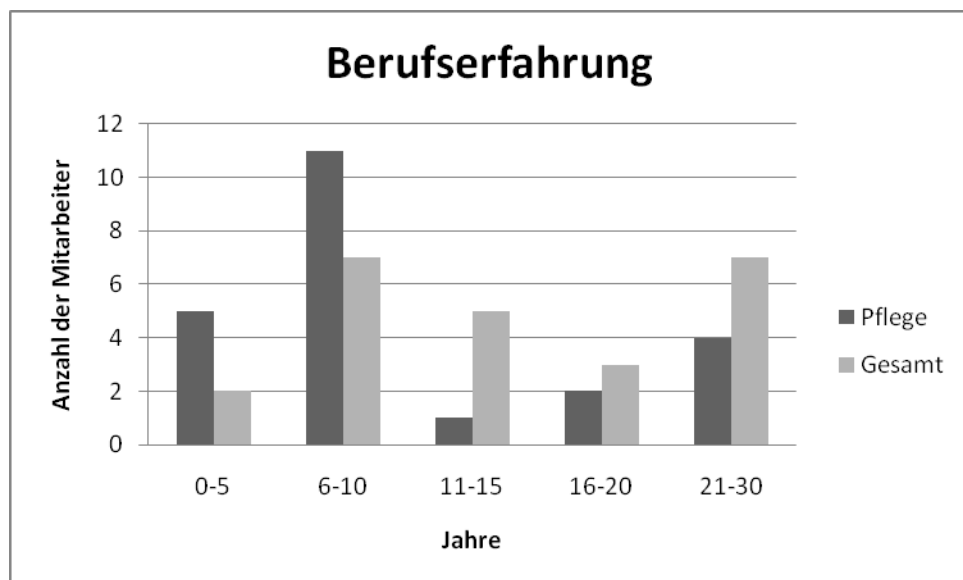


Abbildung 8.4 Anzahl Jahre Berufserfahrung der befragten Personen

Die durchschnittliche Berufserfahrung beträgt 8,1 Jahre, wobei die größte Gruppe der Befragten, nämlich 34 %, eine Berufserfahrung im Feld der Altenpflege zwischen 6 und 10 Jahren vorweist. 13 % der Befragten geben eine pflegerische Berufserfahrung von mehr als 21 Jahren an.

8.8.2 Fragen zur Arbeitszufriedenheit

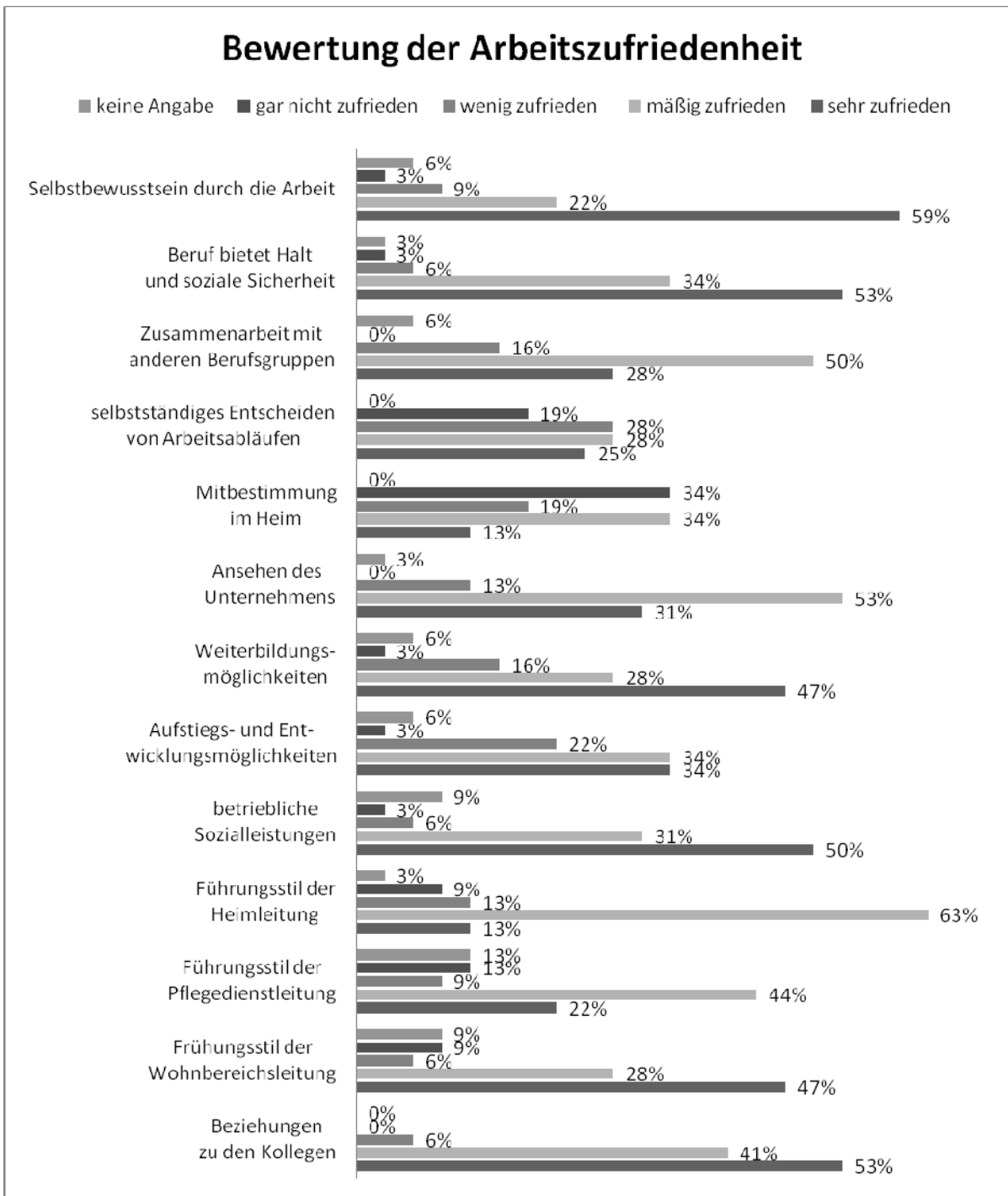


Abbildung 8.5 Bewertung der Arbeitszufriedenheit

Die Bewertungen der Arbeitszufriedenheit ergaben, dass 53 % der Befragten, also mehr als die Hälfte, ihre hohe Arbeitszufriedenheit aus der Beziehung zu Kollegen schöpfen und weitere 41 % mit der Beziehung zu KollegInnen ‚mäßig zufrieden‘ sind. 50 % der Befragten sind mit den betrieblichen Sozialleistungen sehr zufrieden und 53 % sind sehr zufrieden damit, dass ihr Beruf ihnen Halt und soziale Sicherheit bietet. 59 % der Befragten gaben an, dass sie durch ihre Arbeit die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessern; ihnen dies Bestätigung gebe und ihr Selbstbewusstsein fördere, was sie in ihrer Arbeit sehr zufrieden macht. 34 % sind mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten im Heim gar nicht zufrieden. Die Zufriedenheit mit

dem Führungsstil durch die Heimleitung liegt bei 63 % der Befragten im Bereich „mäßig zufrieden“ und nur 13 % sind sehr zufrieden. Beim Führungsstil der Pflegedienstleitung sind 44 % mäßig zufrieden und 22 % sehr zufrieden. 47 % sind mit dem Führungsstil der Wohnbereichsleitung sehr zufrieden und 28 % mäßig zufrieden.

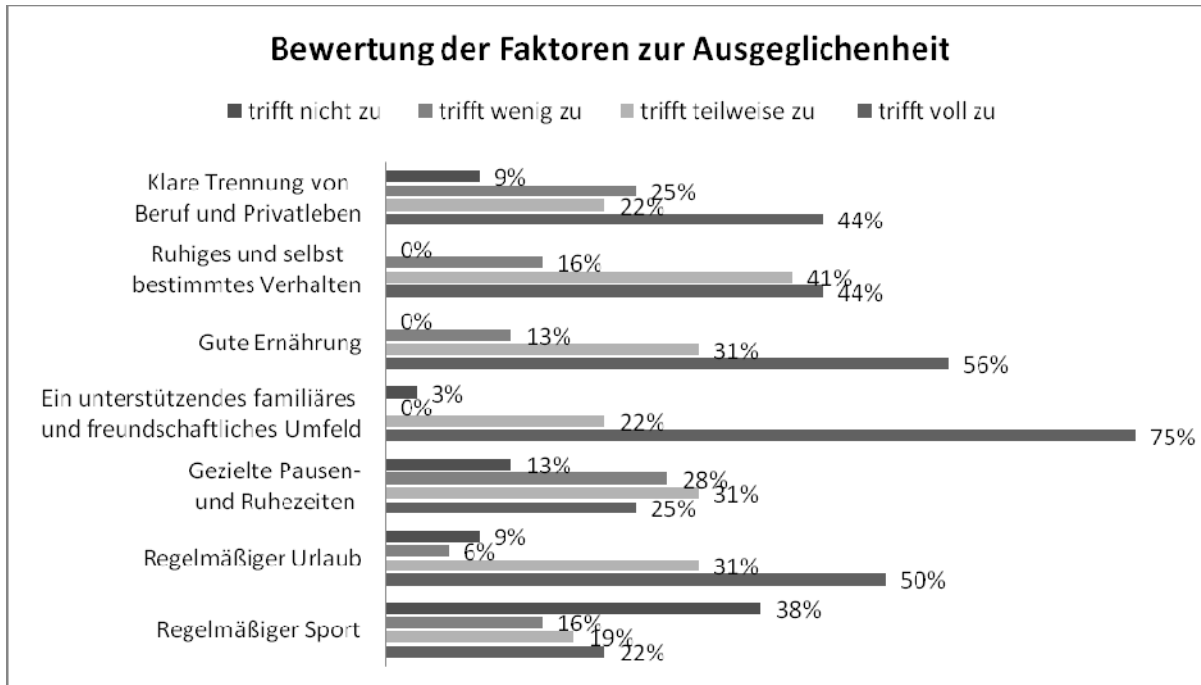


Abbildung 8.6 Bewertung der Faktoren zur Ausgeglichenheit

Bei 75 % der Befragten entsteht in Gefühl der Ausgeglichenheit durch ein unterstützendes familiäres und freundschaftliches Umfeld und bei 50 % durch regelmäßigen Urlaub (voll zutreffend). Gezielte Pausen- und Ruhezeiten sind nur für 25 % der Befragten eine Ursache für Ausgeglichenheit, für 44 % der Befragten trägt die klare Trennung von Beruf und Privatleben zur Ausgeglichenheit dazu bei. Nur für 22 % der Befragten trifft es voll zu, in regelmäßiger sportlicher Betätigung Ausgeglichenheit zu finden.

8.8.3 Fragen zu Ressourcen, protektiven Faktoren, Resilienzen

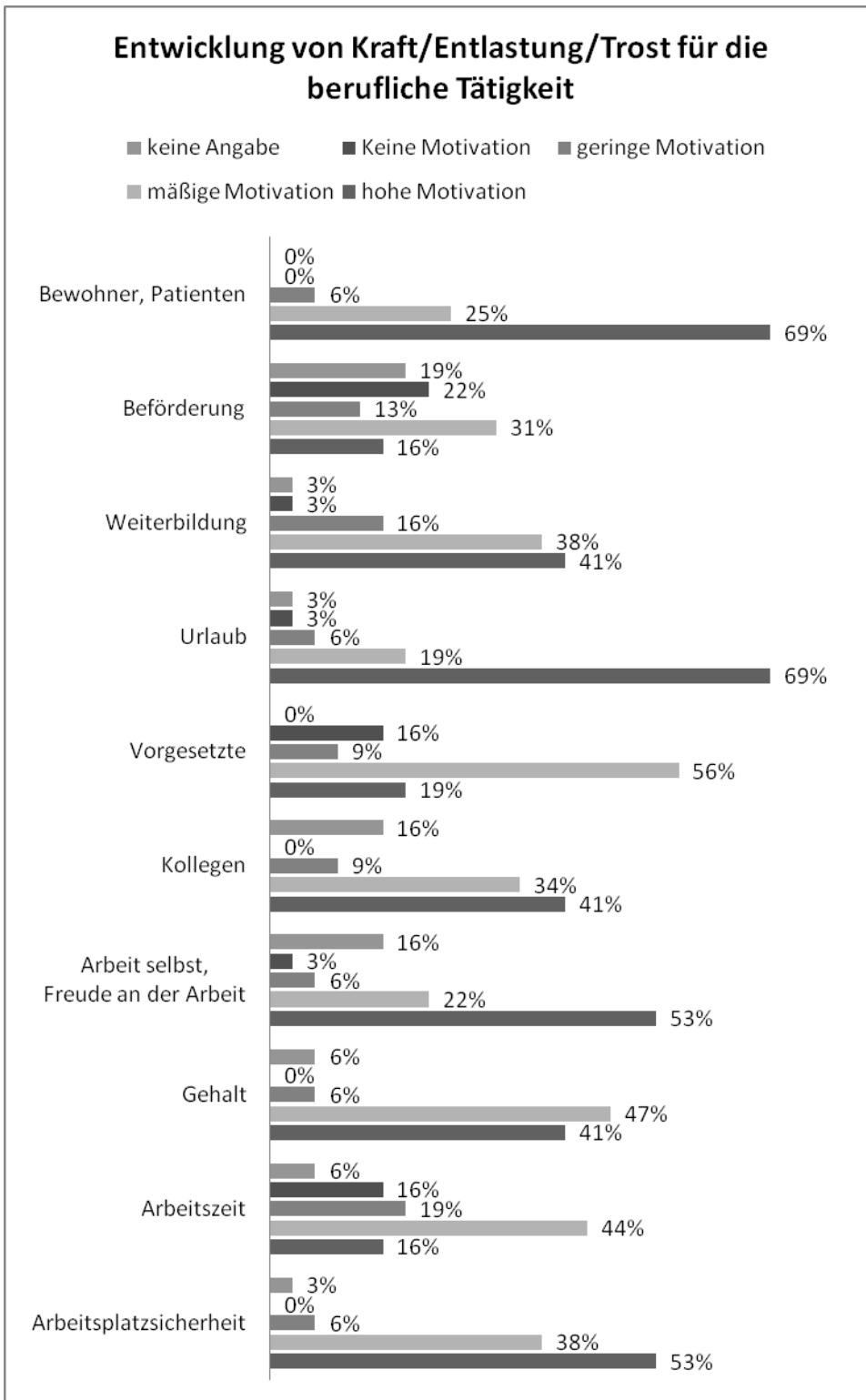


Abbildung 8.7 Entwicklung von Kraft/Entlastung/Trost für die berufliche Tätigkeit

69 % der Befragten geben an, dass sie durch die Bewohner und Patienten Kraft, Entlastung und hohe Motivation für ihre berufliche Tätigkeit entwickeln. Ebenfalls 69 % der Befragten halten ihre Motivation durch Urlaub hoch. Für 53 % bietet die Arbeitsplatzsicherheit hohe Kraft- und Motivationsquelle für die berufliche Tätigkeit. 41 % entwickeln hohe Motivation und Entlastung aus der Beziehung zu Kollegen und 53 % motiviert die Arbeit an sich, da Freude an der Arbeit vorhanden ist. 16 % erleben keine und 45 % nur

mäßige Motivation durch die Vorgesetzten.

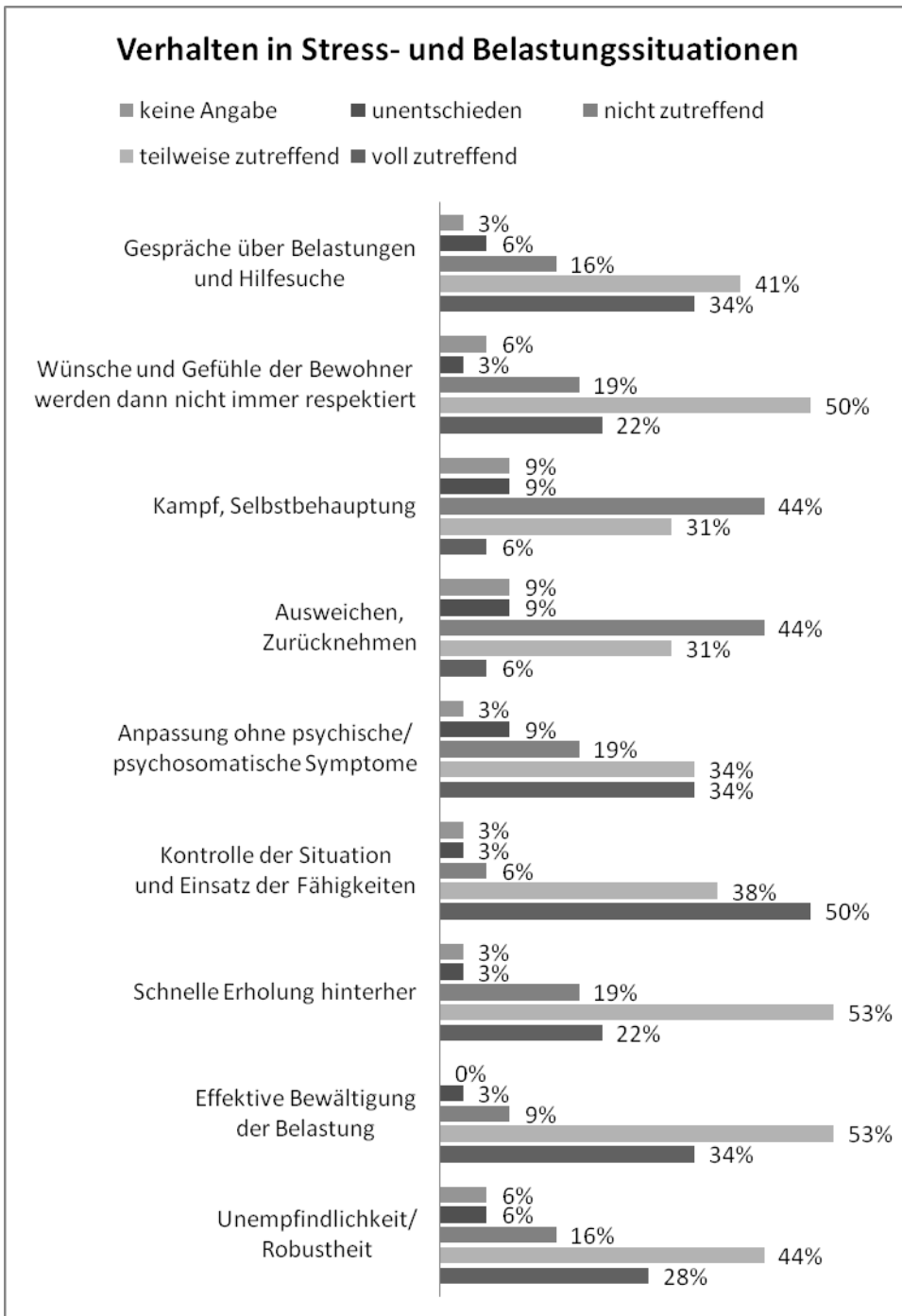


Abbildung 8.8 Verhalten in Stress- und Belastungssituationen

In Stress- und Belastungssituationen ist für 72 % voll bis teilweise zutreffend, dass sie nicht immer die Möglichkeit haben, die Wünsche und Gefühle der Bewohner zu respektieren. Für nur 75 % ist voll bis teilweise zutreffend, dass sie in Stresssituationen über ihre Belastung sprechen und in ihrem Umfeld Personen mobilisieren, die helfen. Die Stresssituation weiterhin kontrollieren und die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten einsetzen ist für 50 % der Befragten voll zutreffend. Für 53 % trifft eine schnelle und nachhaltige Erholung hinterher teilweise zu. Nur 28 % der Befragten bezeichnen sich (voll zutreffend) in Stress- und Belastungssituationen als robust, unempfindlich und weiterhin vital.

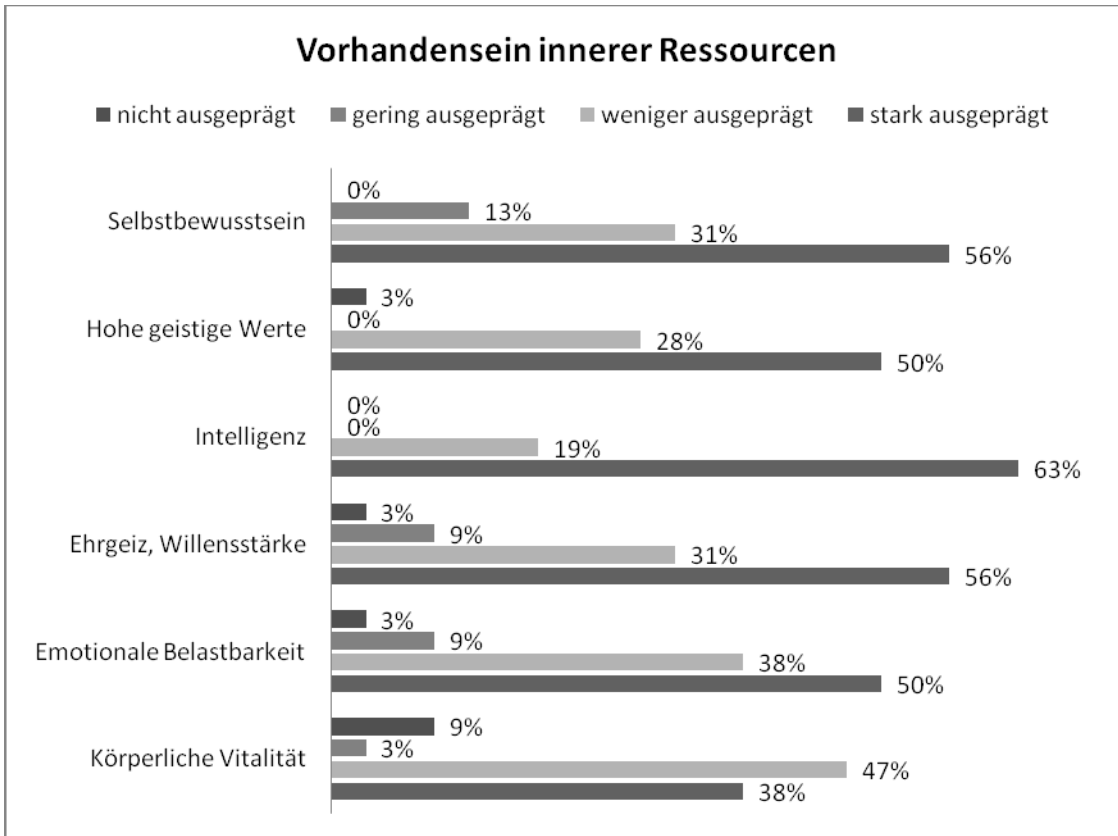


Abbildung 8.9 Vorhandensein innerer Ressourcen

Innere Ressourcen sind bei den Befragten überdurchschnittlich vorhanden. 56 % bezeichnen sich als selbstbewusst, 63 % als intelligent, 56 % als willensstark und ehrgeizig und 50 % der Befragten fühlen sich emotional belastbar. Das Vorhandensein hoher geistiger Werte ist für 50 % der Befragten voll zutreffend, hingegen sprechen sich nur 38 % eine stark ausgeprägte körperliche Vitalität zu.

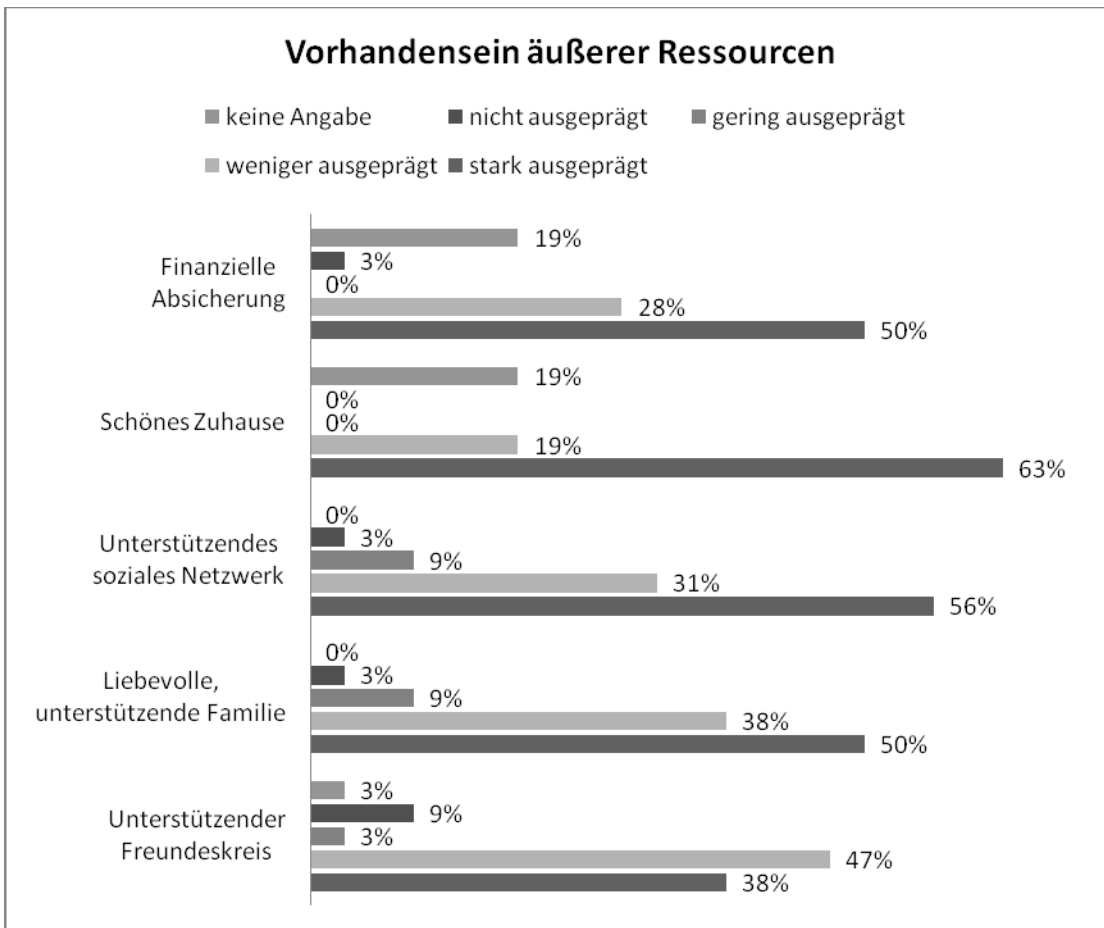


Abbildung 8.10 Vorhandensein äußerer Ressourcen

Bei den äußeren Ressourcen werden finanzielle Absicherung (50 %), ein schönes Zuhause (63 %), ein unterstützendes soziales Netzwerk (56 %) und eine liebevolle unterstützende Familie (50 %) als stark ausgeprägt wahrgenommen. Von einem unterstützenden Freundeskreis als Ressource berichten lediglich 38 %. Freiwillige Bemerkungen weisen darauf hin, dass freundschaftliche Beziehungen aus „Zeitmangel“ nicht gepflegt werden können.

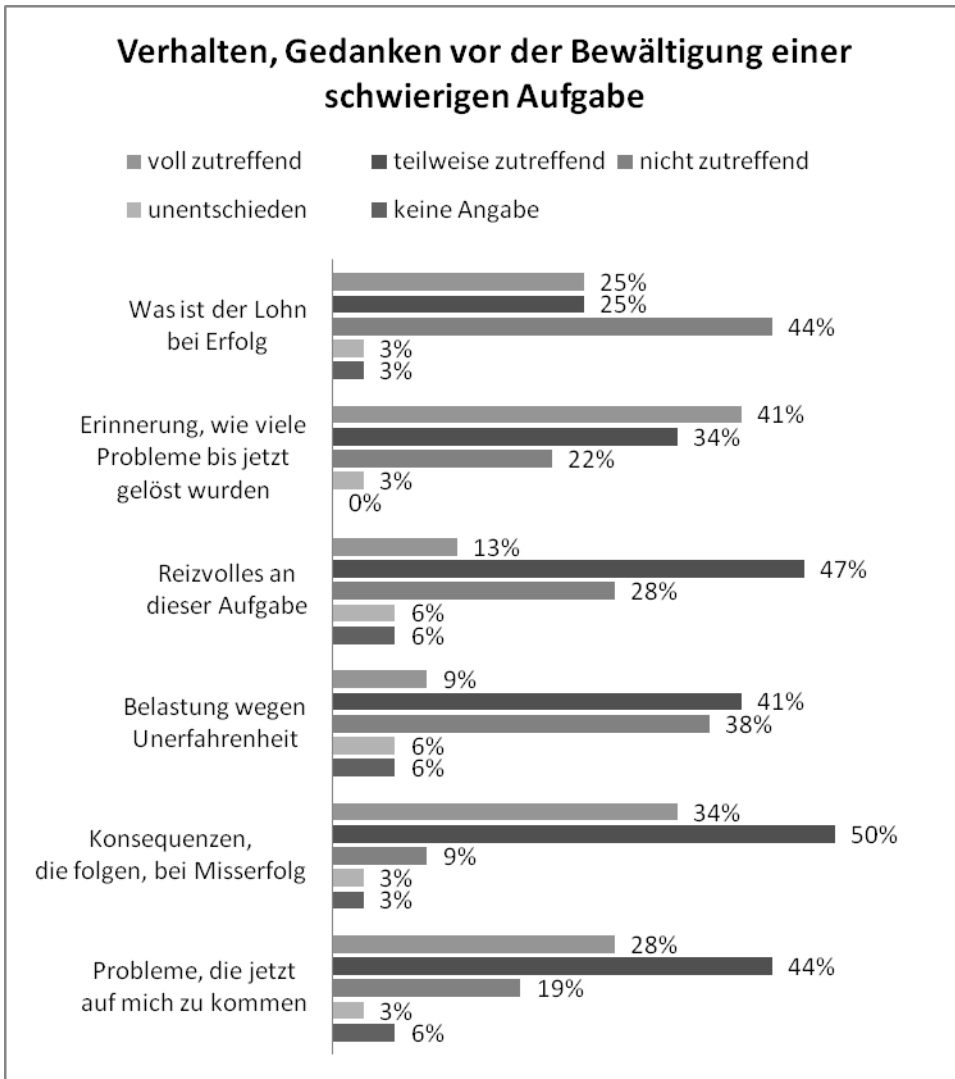


Abbildung 8.11 Verhalten/Gedanken vor der Bewältigung einer schwierigen Aufgabe

Stehen die Befragten vor einer schwierigen Aufgabe, so ist für 41 % voll zutreffend, dass sie sich daran erinnern, wie viele derartige Probleme sie schon gelöst haben. Die am zweithäufigsten gewählte Antwort (34 % voll zutreffend und 50 % teilweise zutreffend) war der Gedanke an die Konsequenzen eines Misserfolges. Als Bemerkung wurde „Angst“ genannt.

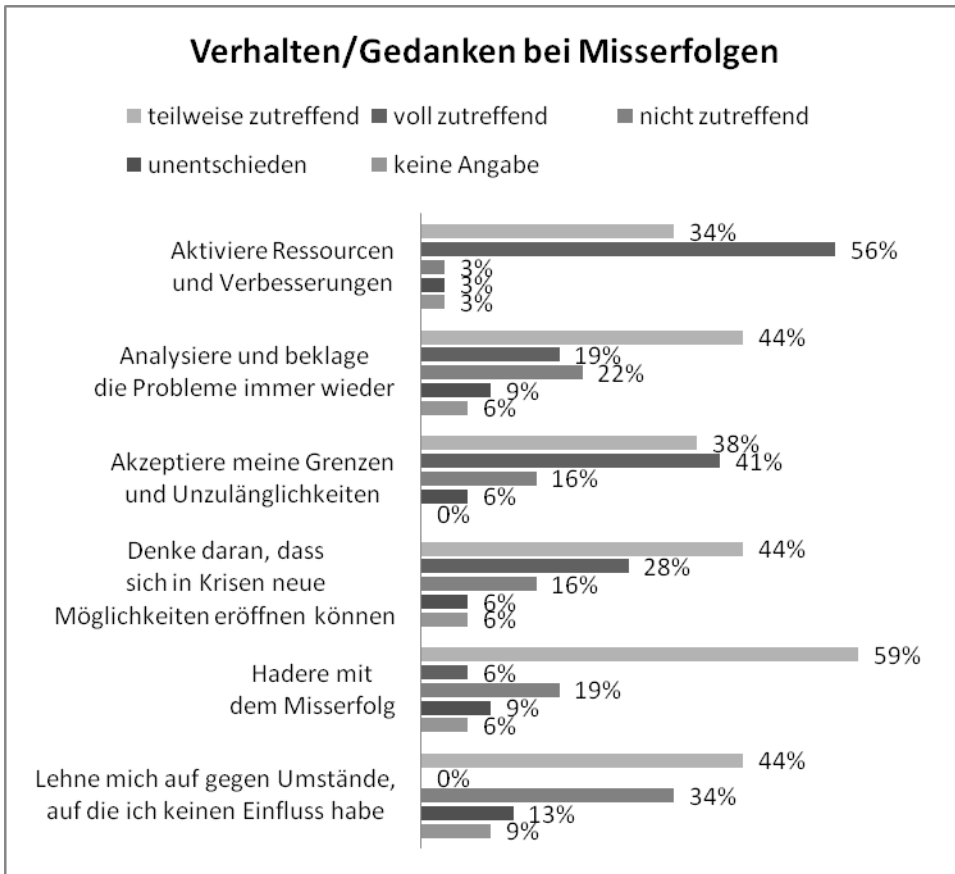


Abbildung 8.12 Verhalten/Gedanken bei Misserfolgen

Bei Misserfolgen versuchen 90 % (teilweise oder voll zutreffend) Ressourcen zu aktivieren sowie Verbesserungen und Fortschritte zu erreichen und 79 % der Befragten können die eigenen Grenzen und Unzulänglichkeiten akzeptieren. Nur für 28 % ist es voll zutreffend, dass sich in Krisen auch neue Möglichkeiten eröffnen können, für 44% trifft dies nur teilweise zu.

8.8.4 Abfrage nach Bildern des Alters

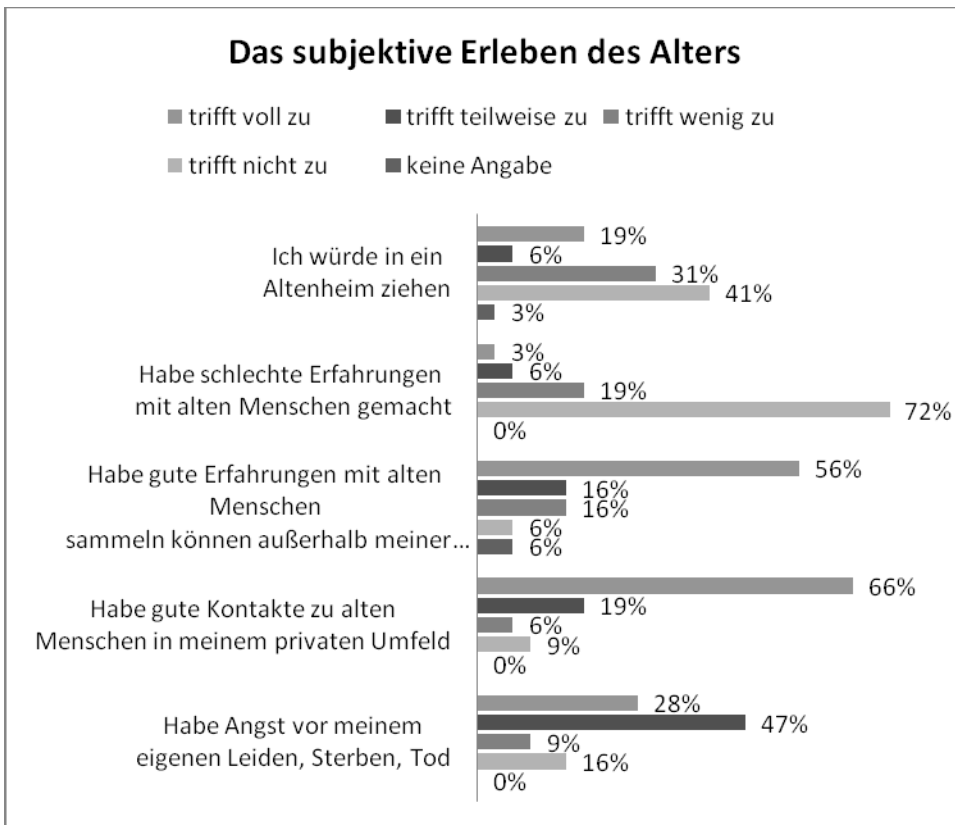


Abbildung 8.13 Das subjektive Erleben des Alters

41 % der Befragten würden nicht in ein Altenheim ziehen, und 75 % benennen Angst vor dem eigenen Leiden, Sterben, Tod (Zusammenfassung der Angaben voll zutreffend und teilweise zutreffend). Von den Befragten haben 56 % (voll zutreffend) gute Erfahrungen mit alten Menschen außerhalb der eigenen Familie sammeln können, und 66 % berichten von einem guten Kontakt zu alten Menschen im privaten Umfeld. 3 %, also eine Person aus der Befragtengruppe, hat schlechte Erfahrungen mit alten Menschen gemacht, 6 % teilweise schlechte Erfahrungen und 72 % berichten davon, keine schlechten Erfahrungen mit alten Menschen gemacht zu haben.

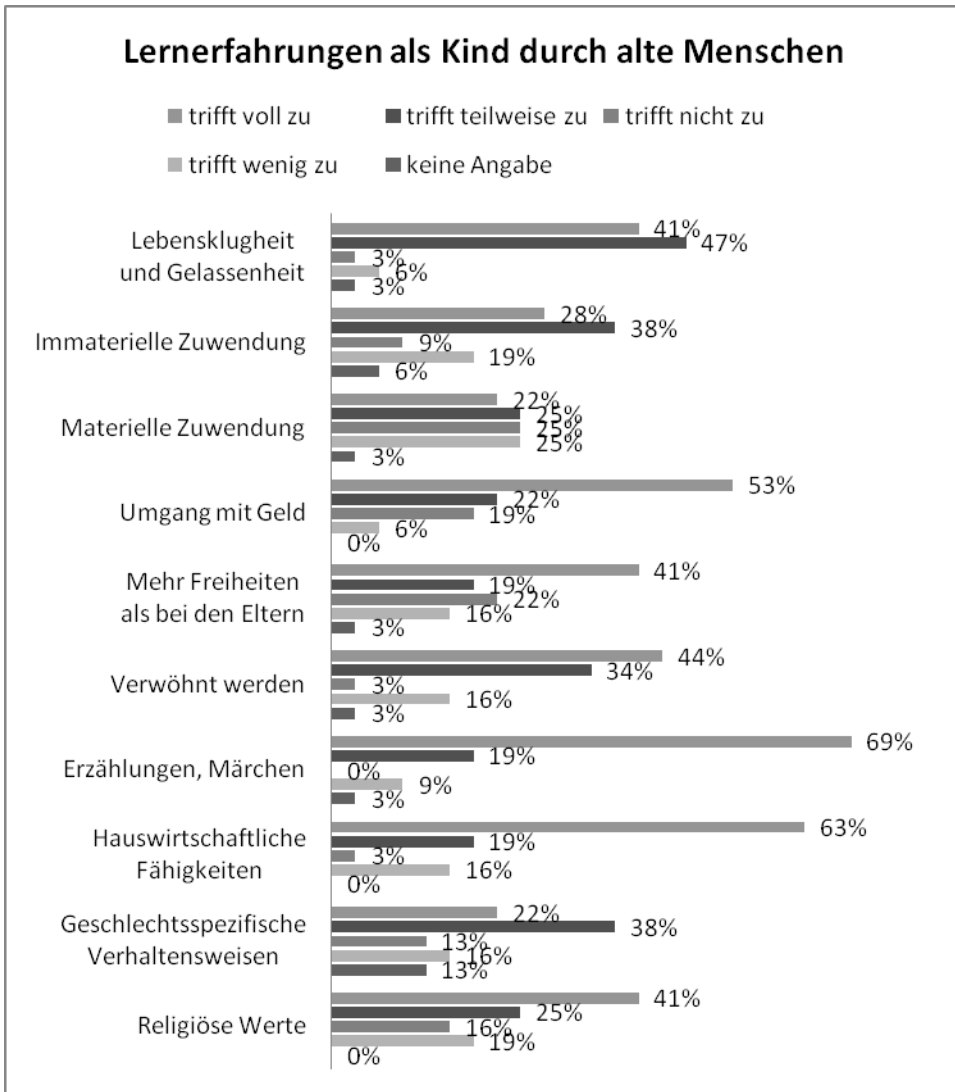


Abbildung 8.14 Lernerfahrungen als Kind durch alte Menschen

Sehr viele Lernerfahrungen von alten Menschen (voll zutreffend) wurden in den Bereichen ‚Erzählungen, Märchen‘ (69 %), ‚Hauswirtschaftliche Fähigkeiten‘ (63 %) und im ‚Umgang mit Geld‘ (53 %) gemacht. Mehr Freiheiten als bei den Eltern gehabt zu haben, benannten 41 % als voll zutreffend, religiöse Werte vermittelt zu bekommen traf auf 41 % der Befragten voll zu und die Erfahrung, verwöhnt zu werden, gaben 44 % der Befragten an.

Persönlichkeitsmerkmale alter Menschen

■ keine Angabe ■ weiß nicht ■ trifft nicht zu ■ trifft teilweise zu ■ trifft voll zu

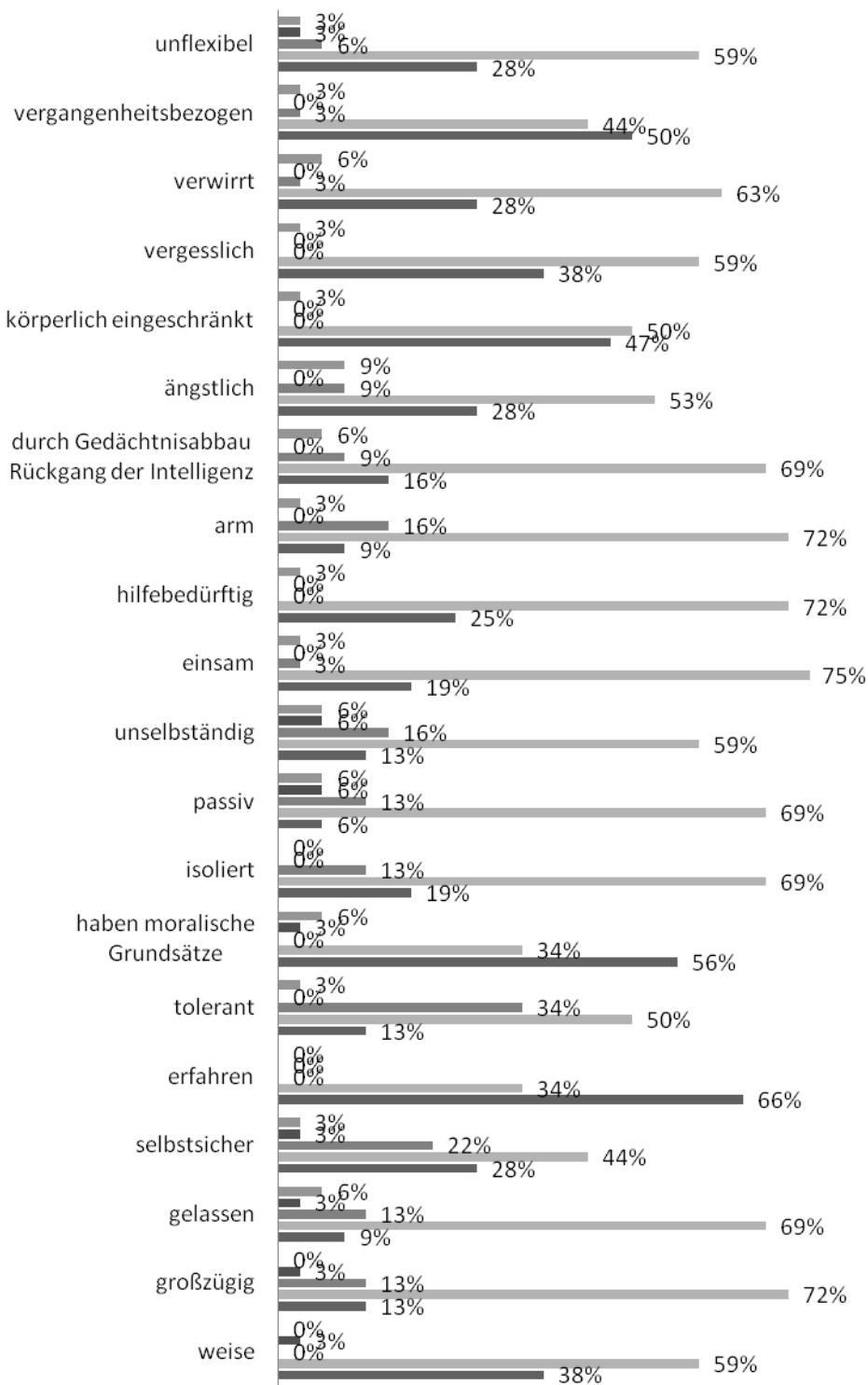


Abbildung 8.15 Persönlichkeitsmerkmale alter Menschen

Als „voll zutreffend“ benannten die Befragten Persönlichkeitsmerkmale alter Menschen wie folgt:

- vergangenheitsbezogen (50 %)

- körperlich eingeschränkt (47 %)
- erfahren (60 %)

Alle anderen Persönlichkeitsmerkmale wurden von der Mehrheit als „teilweise zutreffend“ eingeschätzt. Die ‚defizitären‘ Persönlichkeitsmerkmale wurden tendenziell häufiger als zutreffend oder teilweise zutreffend gewählt als die positiven Zuschreibungen.

In den Fragen, die hier im Anschluss frei formuliert beantwortet werden sollten waren folgende Schwerpunkte erkennbar:

Benennung positiver Vorbilder von Altsein:

Als positive Vorbilder von Altsein, d. h. zum Beispiel Personen, die den Befragten bekannt sind, wurden vor allem Großeltern benannt, oder differenziert in Oma/Opa, die als warmherzig, liebenswert und zufrieden beschrieben wurden. Bescheiden zu sein, aber auch die eigenen Grenzen akzeptieren zu können und darüber sprechen zu können, immer ein offenes Ohr zu haben und das „Gefühl über den Dingen zu stehen“ wurde bei positiven Vorbilder erlebt.

Positive Erfahrungen mit alten Menschen in Kindheit bzw. Lebensverlauf:

Auf die Frage, welche Erfahrungen mit alten Menschen in der Kindheit bzw. im Lebensverlauf gemacht wurden, nannten die Befragten wiederum Erlebnisse ihre Großeltern. Diese wurden als lieb und großzügig beschrieben. Liebe, Zuwendung und Nächstenliebe sei auch trotz geringen finanziellen Möglichkeiten erlebt worden, und die Großeltern hätten Zeit gehabt sowie Akzeptanz und Interesse am Leben der jungen Menschen gezeigt.

Negative Erfahrungen mit alten Menschen in Kindheit bzw. Lebensverlauf:

Negative Erfahrungen mit alten Menschen wurden nur wenige genannt. Es handelte sich dabei um überfordernde Situationen als Auszubildende im Pflegeberuf mit 16 Jahren oder um Begegnungen als Jugendliche mit alten Menschen, die über die „Jugend von heute“ schimpften, mit vereinsamten alten Menschen, Verbitterten, die alles negativ sehen.

An welche Situation mit alten Menschen sich gerne erinnert wird:

Auf die Frage, an welche Situationen mit alten Menschen sich die Befragten gerne erinnern, wurden in der Regel wieder die Großeltern benannt, hier insbesondere: spielen, kochen, beten, singen, Feste, Humor, im Bett kuscheln, Märchen vorlesen, Erzählungen aus der Vergangenheit und dass sie sich freuen, wenn man zu Besuch kommt. Einige wenige Befragte berichteten von Bewohnern, von denen sie Wertschätzung erfahren.

Tröstliche Erinnerungen an alte Menschen:

Alte Menschen verlieren nie die Ruhe, zeigen trotz schwieriger Situationen und Erlebnisse wie z. B. Kriegserlebnisse, Tod des Partners, Krankheiten noch Lebensmut, Gottvertrauen und Gelassenheit, immer wieder weiterzumachen und ihr Leben zu Ende zu gehen. Tote haben einen entspannten Gesichtsausdruck, deshalb sei „sterben nicht so schlimm“. „Gut sterben zu können“ war ebenfalls ein tröstlicher Gedanke, wie auch alte Menschen, die im hohen Alter geistig und körperlich aktiv sind.

8.8.5 Fragen zur Arbeitsbelastung

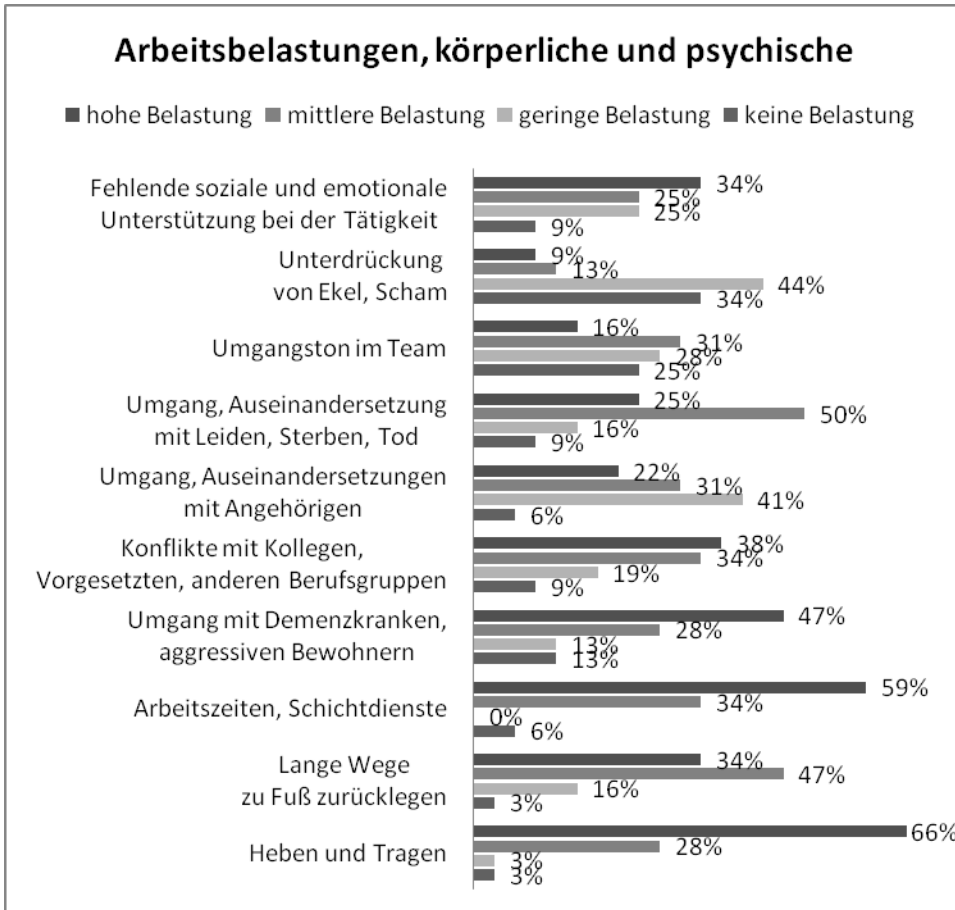


Abbildung 8.16 Arbeitsbelastungen, körperliche und psychische

Herausragende Belastungsfaktoren sind für die 94 % der Befragten (Zusammenfassung der positiven Aussagen hohe (66 %) und mittlere (28 %) Belastung) die körperliche Belastung durch Heben und Tragen der Pflegebedürftigen sowie für 93 % (59 % hohe, 34 % mittlere Belastung) der Befragten die arbeitszeitbedingten Belastungen durch Schichtarbeit, Wochenenddienste, Nachtdienste und insbesondere (kurze) Wechsel der Dienste. 87 % erleben die langen Wege, die im Laufe eines Arbeitstages zurückgelegt werden müssen als Belastung (34 % als hohe, 47 % als mittlere, 16 % als geringe), 38 % der Befragten erleben die Konflikte mit Kollegen, Vorgesetzten oder anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten) als hoch belastend, weitere 34 % als mittlere Belastung.

Für 75 % der Befragten ist der Umgang mit Demenzkranken, verhaltensauffälligen, aggressiven Heimbewohnern eine hohe (47%) oder mittlere (28 %) Belastung, wobei hingegen die Unterdrückung von

Ekel und Scham von 34 % der Befragten als keine Belastung und von 44 % nur als geringe Belastung erlebt wird.

Weiterhin ist bemerkenswert, dass die fehlende soziale und emotionale Unterstützung bei der Tätigkeit bei 34 % der Teilnehmenden als hohe, bei weiteren 25 % als mittlere Belastung angegeben wird.

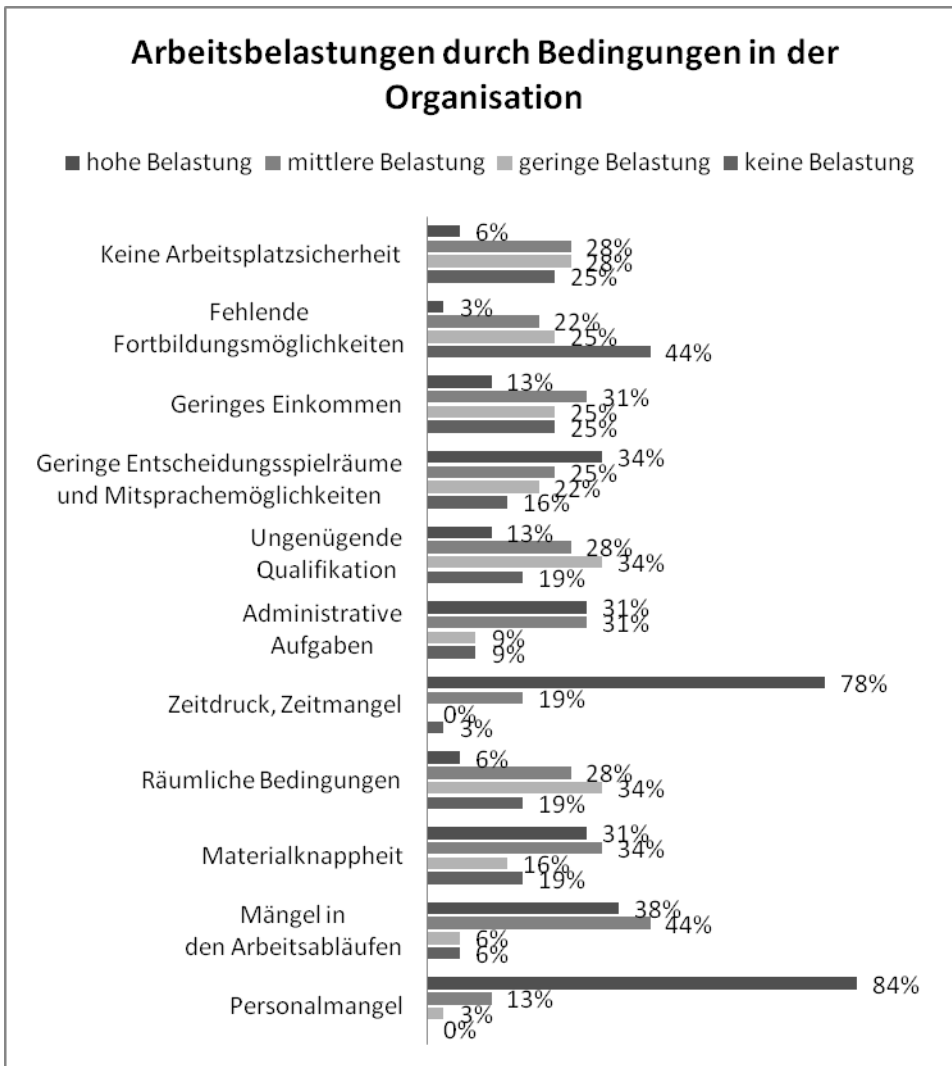


Abbildung 8.17 Arbeitsbelastungen durch Bedingungen in der Organisation

Die Arbeitsbelastungen durch Bedingungen in der Organisation wurden mit Abstand am häufigsten in den Bereichen Personalmangel und Zeitdruck gesehen. Für 84 % bedeutet der Personalmangel eine hohe, und für 13 % eine mittlere Belastung. Zeitmangel und Zeitdruck gelten für 78 % als hohe Belastung und für 19 % als mittlere Belastung. Administrative Aufgaben sind für 31 % der Befragten eine hohe, für 31 % eine mittlere Belastung.

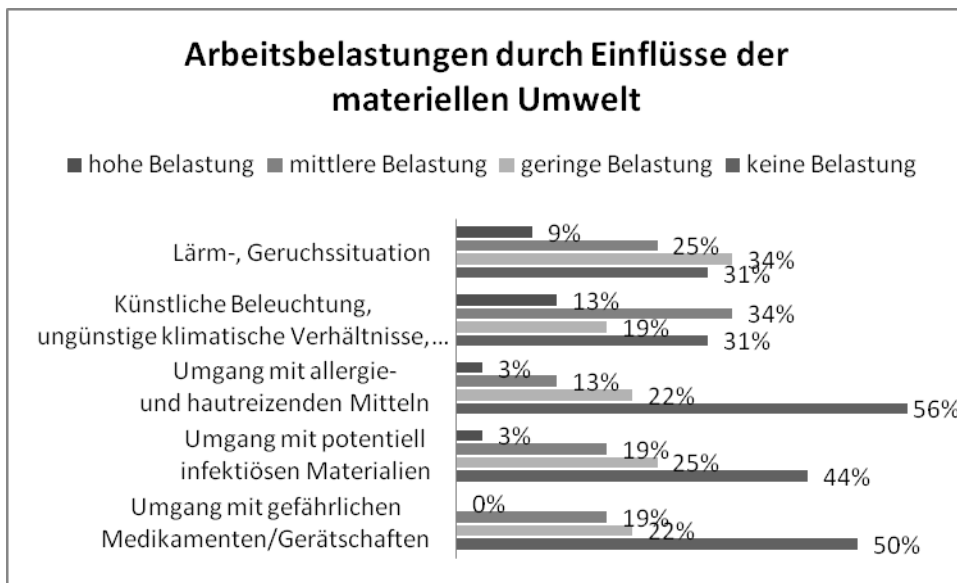


Abbildung 8.18 Arbeitsbelastungen durch Einflüsse der materiellen Umwelt

13 % der Befragten benannten künstliche Beleuchtung und ungünstige klimatische Verhältnisse als hohe Belastung und für 34 % stellen diese Faktoren eine mittlere Arbeitsbelastung durch Einflüsse der materiellen Umwelt dar. Der Umgang mit allergie- und hautreizenden Mitteln, der Umgang mit potentiell infektiösen Materialien, der Umgang mit gefährlichen Medikamenten/Gerätschaften sowie die Lärm- und Geruchssituation im Heim stellen für weit über die Hälfte der Befragten keine oder nur eine geringe Belastung dar.

Bereiche	Anzahl der Nennungen	In Prozent
Kompetenz	20	62,5 %
Intelligenz	16	50 %
Berufserfahrung	25	78,1 %
Gesunder Menschenverstand	30	93,75 %
Fortbildungen	19	59,4 %

Tabelle 8.3 Ursachen von Kompetenzgefühlen in Belastungssituationen

Bezug nehmend auf die vorherige Frage, in denen Aufgaben und Situationen benannt werden sollten, in denen Kompetenz oder Inkompetenz verspürt wurde, sollte nun angegeben werden, auf welche Gegebenheiten die Kompetenzgefühle zurückzuführen seien. Nur 50 % der Befragten gab Intelligenz an, aber nahezu 94 % der Befragten verfügen ihrer Meinung nach über gesunden Menschenverstand und

fühlen sich dadurch in den Belastungssituationen des Berufsalltages kompetent. Nur 59 % fühlen sich durch Fortbildungen kompetent, was auf eine niedrige Fortbildungsteilnahme schließen lässt (oder auf wenig effiziente Fortbildungsangebote?). Berufserfahrung als eine weitere interne Ressource wurde von 78 % genannt.

Gefühl, von Burn-out betroffen zu sein	Ja: 16	Nein: 10	Keine Antwort: 6
	50%	31,25%	18,75%

Tabelle 8.4 Burn-out

50 % der Befragten teilten mit, dass sie schon einmal das Gefühl gehabt haben, von Burn-out betroffen zu sein. 31,25 % der Teilnehmenden beantwortete diese Frage mit nein und 18,75 % der Befragten machte zu dieser Frage keine Angaben.

Bei den Bemerkungen, die zu dieser Frage möglich waren, nannten die Befragten Folgendes: *„Hohe Krankenrate ist belastend, Dienstpläne schreiben, administrative Aufgaben, Personalmangel, bin sehr erschöpft, dass ich noch stehe, ist ein Wunder, häufiger Schichtwechsel, das Personal wird reduziert, die Bewohner kommen zu kurz, die Arbeit (im Laufschrift) nimmt zu, immer wieder einspringen an freien Tagen, viele Überstunden, zu wenig Raum und Zeit zum Abschalten und Erholen, die Arbeitsbelastung ist so groß, dass ich mich in Situationen, wo ich mich kompetent fühle, maßlos überfordert bin, Schlaflosigkeit, Gedankenkreisen fast ständig auch nachts über Probleme und Problemlösungen im Altenheim, keine Zeit mehr für Bewohner, da die Priorität des Berufes auf die administrativen Tätigkeiten gerutscht ist, meine Vorstellung von Altenpflege ist dem entgegengesetzt, habe oft das Gefühl, mehr zu tun als andere, habe aber auch Konzentrationsmängel (vergesse Dinge einzutragen, gebe Infos nur ungenügend weiter), bin mit mir selbst unzufrieden, bin nicht mehr so ausgelassen und geduldig, was mir während meiner Ausbildung gelungen ist. Manchmal nerven Menschen einen sehr und es entsteht ein ungutes Gefühl und man sucht Abstand, ist gleichgültig. Ich habe schon Motivation verloren. Andere Schicksale (schwere Krankheiten, Todesfälle) nimmt man mit nach Hause und grübelt darüber nach“.*

Gefühle/Verhalten in Stresssituationen

stark ausgeprägt
 weniger ausgeprägt
 gering ausgeprägt
 nicht ausgeprägt
 keine Angabe

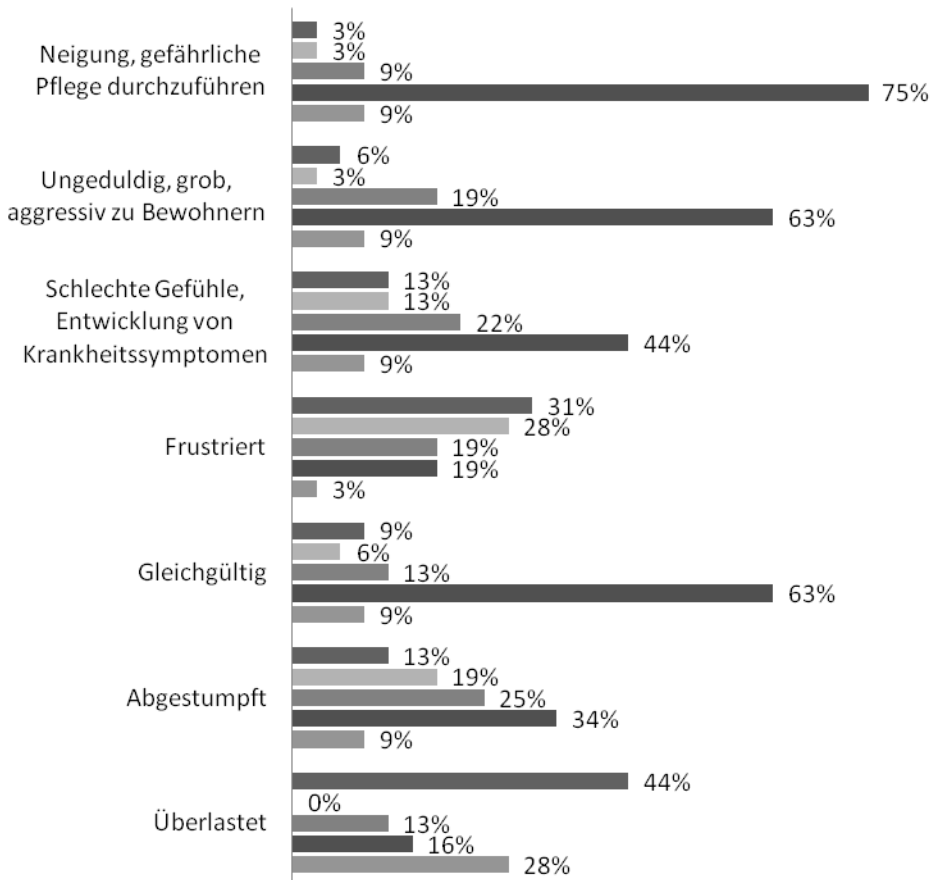


Abbildung 8.19 Abfrage von Gefühlen/Verhalten in Stresssituationen

In Stresssituationen benennen 31 % der Befragten, dass Gefühle von Frustration stark bzw. weniger stark (28 %) oder gering (19 %) ausgeprägt sind. 3 % der Befragten, d. h. 1 Person, gab an, dass sie die Neigung habe, in Stresssituationen gefährliche Pflege durchzuführen, eine weitere Person benennt dieses Verhalten immerhin noch als „weniger ausgeprägt vorhanden“, zwei weitere als gering ausgeprägt. 6 % der Befragten gaben an, dass Gefühle stark ausgeprägt seien, in Stresssituationen ungeduldig, grob, aggressiv zu Bewohnern zu sein. 48 % gaben an, schlechte Gefühle und Krankheitssymptome in Stresssituationen zu entwickeln (bei 13% stark, bei 13% weniger, bei 22% gering ausgeprägt)

Die freien Antworten auf die Frage, was jemandem zu raten wäre, der an Burn-out leide, waren vielfältig:

„Professionelle Hilfe aufsuchen durch Supervision, an sich selbst denken, öfter „nein“ sagen, Freiräume für sich selbst schaffen, Gespräche suchen, Arzt aufsuchen, dann für mindestens 2 Wochen in Urlaub fliegen, mehr Ruhepausen einplanen, Autogenes Training, den Beruf wechseln, Sport, Sauna, Kur, intaktes soziales Netzwerk suchen, Fachliteratur lesen, jeder muss seinen eigenen Weg finden, Aufgaben abgeben,

delegieren lernen, es hinschmeißen, Auszeit nehmen, privates Umfeld mit einbeziehen und dort Hilfe suchen, Stressbewältigungsstrategien für sich erlernen, gezielt nach Gründen suchen, wieso es soweit kommen konnte“.

Folgende Vorschläge wurden von den Befragten genannt, wenn sie an ihrer Arbeitssituation etwas ändern könnten:

„Mehr (erfahrenes) Personal einstellen, damit bekämpft man Stresssituationen, wie z. B. Zeitdruck, hat ruhigere Arbeitsweise beim Anreichen von Mahlzeiten und Getränken sowie bei der Mobilisation, mehr Zeit für (demente) Bewohner, Pflegedienstleitung ohne Kasernenton einstellen, Pflegedienstleitung muss Druck auf Mitarbeiter reduzieren, Mitarbeiter sind verängstigt, Dienstplan mit Vorplaner, damit alle Mitarbeiter zufrieden sind, feste Zeiten für Vollübergaben, geregelte Arbeitsabläufe für Früh- und Spätdienst, Aushilfen einstellen“.

8.8.6 Fragen zu Coping- und Creatingstrategien

Bewertung	Wenige	Viele	Sehr viele	Dauerhaft
Krisen	14	13	3	1
Sehr schwierige Phasen	8	13	7	1
Stressreiche Perioden	6	6	11	8

Tabelle 8.5 Krisen in der Berufstätigkeit

„Viele‘ Krisen und ‚sehr schwierige Phasen‘ erleben jeweils 13 Personen der 32 Befragten, stressreiche Perioden erleben 11 Personen ‚sehr viel‘, von 8 Personen werden sie gar als ‚dauerhaft‘ benannt.



Abbildung 8.20 Bewältigungsstrategien

22 Personen (69 %) der 32 Befragten gaben an, Gespräche mit Partner, Freunden, Familienangehörigen, etc. zu führen, um Krisen oder stressreiche Perioden zu bewältigen. 17 Personen (53 %) sprechen mit Vorgesetzten und/oder Kollegen darüber, während 14 Personen (44 %) Fernsehen gucken, Musik hören/machen oder kreativ sind. Mehrfachnennungen waren möglich.

Bewertung	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend
Mein Gesundheitszustand ist meiner Meinung nach insgesamt ...	2	13	9	5	3	-
<i>In Prozent (%)</i>	<i>6,25%</i>	<i>40,63%</i>	<i>28,13%</i>	<i>15,63%</i>	<i>9,38%</i>	<i>-</i>

Tabelle 8.6 Abfrage des eigenen Gesundheitszustandes

Von 32 Befragten gaben 13 Personen (41 %) an, dass ihr Gesundheitszustand ‚gut‘ sei. 9 Personen (28 %) bezeichnen ihren Gesundheitszustand als ‚befriedigend‘. 5 Personen (15 %) verfügen ihrer Meinung nach über einen ‚ausreichenden‘ Gesundheitszustand und für 3 Personen (9 %) ist ihr Gesundheitszustand ‚mangelhaft‘.

Erfahrung mit Supervision **Ja: 7** **Nein: 23** **Keine Antwort: 2**

21,88%	71,88%	6,25%
--------	--------	-------

Tabelle 8.7 Erfahrung mit Supervision

Von den 32 Befragten beantworteten diese Frage nur 30 Personen, von denen 23 Personen keine Erfahrung mit Supervision und 7 Personen Erfahrung mit Supervision am Arbeitsplatz haben.

Als Bemerkungen zu dieser Frage (freie Formulierung) wurde im Wesentlichen mitgeteilt, dass die Befragten nur durch dieses Projekt einen Einblick in die supervisorische Arbeit (durch die Seminare und Supervisionsangebote) bekommen haben und sehr dankbar sind, da sie als hilfreich angesehen wurde.

In der frei zu beantwortenden Fragen, welche konkreten positiven Erfahrungen (schützende, stützende, förderliche Anteile) in Supervision erlebt wurden, nannten die Befragten folgende Faktoren:

„Austausch mit Kollegen, entspannend und interessant, wurden Möglichkeiten aufgezeigt, wie man Hilfe erhält, bisher nur positive Erfahrungen, habe nicht alleine diese Probleme, das Gefühl zu ertrinken und die Lenkung in eine positive Richtung zu erleben, eigene Wertschätzung, Lösungen werden aufgezeigt, Handlungen sichtbar“

Danach befragt, ob sich die Teilnehmer mehr emotionale Unterstützung bei ihrer Arbeit z. B. in Form von Supervision wünschen würden, beantworteten nahezu alle Befragten mit „ja“ und begründeten dies damit, *„dass Supervision Raum zum Austausch gebe, dass für alle Probleme Lösungen gefunden werden, dass Supervision eine befreiende Wirkung habe, dass es in Teamgesprächen oft keine konstruktiven Lösungen gibt, da sich niemand verantwortlich fühle. Durch Supervision fühlt sich eine Befragte mehr verstanden, „um in einem gestärkten Kollektiv Veränderungen zu erreichen“; eine weitere Aussage war, dass Strategien erlernt wurden, um Konflikten mit KollegInnen, BewohnerInnen oder Vorgesetzten zu begegnen. Versprochen wird sich durch Supervision eine Verbesserung der allgemeinen Zufriedenheit und der Arbeitsbedingungen sowie emotionale Unterstützung am Arbeitsplatz, die zu wenig gegeben wird. Durch Supervision falle viel Ballast von den Schultern und dies bedeute, dass die eigene emotionale Einbindung durch die Arbeit nicht immer nach Hause getragen wird. Eine weitere Aussage war, dass durch Supervision die Vorgesetzten sich besser in die Mitarbeiter hineinversetzen können und ihnen somit mehr Unterstützung anbieten bzw. mehr Verständnis zeigen.*

8.9 Bewertung der Ergebnisse

Zu den einzelnen Ergebnissen kann zusammenfassend gesagt werden:

- Der größte Teil der Befragten verfügt über eine qualifizierte abgeschlossene Berufsausbildung (Abb. 8.2)

im pflegerischen Bereich (57 %). 43 % der Befragten hingegen arbeiten im pflegerischen Feld ohne qualifizierten Abschluss. In späteren Ergebnissen zeigt sich trotz dieser Qualifikationen eine hohe Belastungsrate, was möglicher Weise auf unzureichende Kenntnisse durch Ausbildung, Fort- und Weiterbildung oder Supervision (reflektierter Umgang mit sich und/oder mit den Bewohnern) zurückzuführen ist.

- Die Befragten entwickeln Kraft, Entlastung und Trost für ihre berufliche Tätigkeit (Abb. 8.7, Zusammenfassung der Angaben, ‚mäßige und hohe Motivation‘) insbesondere durch arbeitsbezogene Faktoren (Bewohner (94 %), Vorgesetzte (75 %), Kollegen (75 %), Freude an der Arbeit selbst (75 %) und Arbeitsplatzsicherheit (91 %)). Von den verschiedenen internalen und externalen Ressourcen werden die meisten von über der Hälfte der Befragten stark wahrgenommen. Ausnahmen ‚körperliche Vitalität‘ und ‚unterstützender Freundeskreis‘, welche bei weniger als 50 % stark ausgeprägt sind und bei einem großen Teil (47 %) nur mäßig ausgeprägt. Hier wird deutlich, dass die MitarbeiterInnen ihre äußeren Ressourcen aus ihrem privaten, persönlichen Umfeld sicherstellen, obwohl die Rahmenbedingungen des schweren Tätigkeitsfeldes zahlreiche Belastungsfaktoren mitbringen.
- Bei der Angabe der Copingstrategien fällt auf, dass die Befragten in der Regel auf vertraute Bewältigungsstrategien zurückgreifen (Abb. 8.8 und 8.20), wie Gespräche mit Partner, Freunden, Familienangehörigen (22 von 32 Befragten) oder Gespräche mit Kollegen, Vorgesetzten (17 von 32 Befragten), um Krisen zu meistern. Es sind nur ganz wenige Nennungen zu verzeichnen, die sich auf professionelle Hilfsangebote beziehen, die die Einrichtung anbieten könnte (Fortbildungen, Supervision u. ä.). Insbesondere bei speziellen Krisen im Feld der Altenpflege, wie zum Beispiel in akuten Situationen der Sterbebegleitung oder der schwierige Umgang mit Dementen müssen für die beteiligten Pflegekräfte sehr spezifische Unterstützungsmaßnahmen (Krisenintervention, Prozess-Supervision, spezielle themenorientierte Schulungen etc.) zur Verfügung gestellt werden, um Überforderung zu vermeiden.
- Als innere Ressourcen oder auch internale Schutzfaktoren wurden am häufigsten Intelligenz (63 %), dann Selbstbewusstsein und Willensstärke (je 56 %), sowie emotionale Belastbarkeit und ‚hohe geistige Werte‘ (je 50 %) angegeben. Als Ursachen für Kompetenzgefühle in Belastungssituationen wurde von 93,75 % gesunder Menschenverstand genannt. Diese Angaben sind durchaus als positive Selbstzuschreibungen von Selbstvertrauen, Souveränität im Sinne erlebter und integrierter Selbstwirksamkeit und positiver internaler Kontrollüberzeugung (Flammer 1990) zu verstehen. Inwiefern sie jedoch „objektiv verfügbar“ sind und „subjektiv wahrgenommen und bewertet“ werden, muss individuell in der Diagnostik protektiver Faktoren und Ressourcen unterschieden werden.
- Im Rahmen von ‚Creating‘, der kreativen Konfliktlösung, wurden von den Befragten kaum Angaben gemacht, wie Veränderungen und Verbesserungen in die Einrichtung eingebracht werden könnten. ‚Creating‘ braucht in der Praxis Zeit und Raum, d. h. dass die MitarbeiterInnen z. B. unter Anleitung in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden (in Form von Arbeitsgruppen, Gesundheitszirkeln etc.). Dies erhöht u. a. die Arbeitszufriedenheit und setzt kreative Prozesse frei.

- Für lediglich 28 % der Befragten trifft die Aussage voll zu, dass sich bei Misserfolgen und in Krisen neue Möglichkeiten eröffnen können (Abb. 8.20) (bei zusätzlichen 44 % trifft sie immerhin teilweise zu), was darauf hinweisen könnte, dass diese Gruppe über ausgeprägtere Resilienzen verfügt als die restlichen Befragten.
- Für fast die Hälfte der Befragten (41 %) ‚trifft es voll zu‘, dass sie selbst nicht in ein Altenheim ziehen würde (Abb. 8.13). Hier scheinen Zweifel an der Lebens- und Versorgungsqualität im Altenheim zu bestehen. Da diese Personen selbst die Pflegekräfte in dieser Einrichtung sind, ist diese Aussage umso erstaunlicher und lässt auf subjektive Kritik an der Einrichtung Altenheim schließen.
- Stellt man die Ergebnisse zu den subjektiven Altersbildern (Abb. 8.13) und zu den Lernerfahrungen durch alte Menschen (Abb. 8.14) den Persönlichkeitsmerkmalen (Abb. 8.15) gegenüber, welche von denselben Personen alten Menschen zugeschrieben wurden, so fällt auf, dass trotz vieler positiver Erfahrungen mit alten Menschen die defizitären Persönlichkeitsmerkmalen häufig zugeschrieben werden. Hier wird eine Diskrepanz deutlich, die vielleicht teilweise damit erklärt werden kann, dass die Befragten durch ihre berufliche Tätigkeit in hohem Maße mit den Einschränkungen und Defiziten alter Menschen konfrontiert sind, was ihre Altersbilder beeinflusst haben könnte.
- Bei der freien Benennung positiver Vorbilder für Altsein wurden keine „klingenden“ Namen wie z. B. ‚Johannes Heesters oder Helmut Schmidt‘ benannt, welche als Positivbilder (Tews 1995, 135) und als ‚aktive Alte‘ gelten. Vielmehr wurden alte Menschen aus dem familiären Umfeld erwähnt. Bei den Negativbildern wurden häufig Pflegebedürftige benannt und beschrieben, also eher Personen aus dem beruflichen Kontext.
- Insgesamt wurden erhebliche Arbeitsbelastungen (Abb. 8.16 - Abb. 8.18 - Angaben ‚hoher‘, und ‚mittlerer‘ Belastung zusammengefasst) beschrieben, insbesondere in den Bereichen Heben und Tragen (94 %), lange Wege zu Fuß zurücklegen (81 %), Arbeitszeiten, Schichtdienste (93 %), Umgang mit Demenzkranken, aggressiven Bewohnern (75 %), Umgang, Auseinandersetzung mit Leiden, Sterben, Tod (75 %), fehlende soziale und emotionale Unterstützung bei der Tätigkeit (59 %), Zeitdruck, Zeitmangel (97 %) und Personalmangel (97 %). Diese Angaben lassen inadäquate Konzepte in der Einrichtung vermuten: Den MitarbeiterInnen werden hier zu wenig Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt.
- 50 % der Befragten haben schon einmal das Gefühl gehabt, von Burn-out betroffen zu sein (Tab. 8.4) und 18,75 % machten zu dieser Frage keine Angabe, was insgesamt gesehen ein beunruhigendes Ergebnis ist. Aus diesen Angaben wird deutlich, wie sehr sich die Pflegekräfte psychisch und physisch belastet fühlen. Durch die Auswirkungen von Burn-out, der Zunahme von emotionaler Erschöpfung und der Entwicklung von Depersonalisation kann es sein, dass Pflegekräfte in der Folge inadäquat und abgestumpft auf die zu betreuenden Personen reagieren. Hier besteht akuter Handlungsbedarf.
- In der Befragung nach Gefühlen oder Verhalten in Stresssituationen (Abb. 8.19) antworteten

zusammengefasste 6 % der Befragten (Angaben der Kategorie ‚stark‘ und ‚weniger ausgeprägt‘ zusammengefasst), dass sie dazu neigen, gefährliche Pflege durchzuführen. 9 % der Befragten werden in Stresssituationen u. U. ungeduldig, grob und/oder aggressiv zu Bewohnern. Diese Ergebnisse sind erschreckend, insbesondere da der Bedarf nach Unterstützung eklatant deutlich wird und stattdessen Verletzung geschieht. 59 % sind frustriert, 32 % sind abgestumpft und 44 % sind überlastet, was unter anderem auf fehlende Kontrolle und Qualitätssicherung in der Einrichtung zurückzuführen sein könnte. Hier werden Merkmale einer „still-satt-sauber“-Pflege deutlich - eine angemessene menschliche und psychosoziale Betreuung ist zu hinterfragen.

- Grundsätzlich ist eine recht hohe Zufriedenheit (Abb. 8.5 - Bewertungen von ‚mässig zufrieden‘ und ‚sehr zufrieden‘ zusammengefasst) durch diverse Faktoren am Arbeitsplatz ‚Selbstbewusstsein durch Arbeit‘ (81 %), ‚Beruf bietet Halt und soziale Sicherheit‘ (87 %), ‚Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen‘ (78 %), ‚Weiterbildungsmöglichkeiten‘ (75 %) und die ‚Beziehung zu den Kollegen‘ (94 %) vorzufinden. Zu einer hohen Ausgeglichenheit tragen insbesondere Bedingungen im familiären und freundschaftlichen Umfeld, also im Privatleben bei (75%). Hier ist eine Diskrepanz im Bezug zur Gesamtbefragung sichtbar. Warum geben die Befragten trotz sehr hoher Belastungsfaktoren eine hohe Arbeitszufriedenheit an?
- Die Angaben über hohe Belastungsfaktoren der MitarbeiterInnen und ihren zum Teil bedenklichen Reaktionen in Stresssituationen gibt Hinweise auf eine fehlende oder mangelhafte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die in anderen Arbeitsfeldern oder Unternehmen (z. B. Produktionsbetrieb) undenkbar wäre. Es besteht deshalb ein großer Bedarf an Entlastungs- und Unterstützungsangeboten, spezifischer Fort- und Weiterbildung aber auch an regelmäßigen Qualitätsprüfungen im Interesse der Einrichtung, ihrer MitarbeiterInnen und BewohnerInnen.
- In der vorliegenden Analyse wird aber auch deutlich, dass verschiedene Faktoren eine stresspuffernde und -mildernde Wirkung haben. Insbesondere wurden Faktoren wie Entscheidungsspielraum (53 %), Führungsstil der Heimleitung (76 %), Beziehung zu den KollegInnen (94 %) von mehr als der Hälfte der Befragten positiv bewertet (‚sehr zufrieden‘ und ‚mässig zufrieden‘ zusammengefasst), was auf ein protektives soziales Klima hinweist. Das mag auch ein Grund dafür sein, dass die Befragten immer noch in ihrem Beruf verweilen und trotz der vielen belastenden Bedingungen eine erstaunlich hohe Arbeitszufriedenheit angeben. Dies lässt auf das Vorhandensein von gut ausgebauten inneren und äußeren Ressourcen schließen und kann als protektive Wirkung bezeichnet werden. Bei der Frage nach den Grundlagen ihrer Kompetenzgefühle in Belastungssituationen wurden alle vorgeschlagenen (internalen) Ressourcen von 50 oder mehr % der Personen genannt. Am häufigsten wurde das Kompetenzgefühl auf den „gesunden Menschenverstand“ zurückgeführt, der in belastenden Situationen wirksam wird. Diese Ergebnisse bestätigen Resultate aus der Stressforschung und den Ansatz der Integrativen Supervision, welche die Wahrnehmung und Nutzung innerer und äußerer Ressourcen als ein zentrales Konzept zur Vorbeugung negativer Folgen von Arbeitsbelastungen anwendet.

9 Überprüfung der Hypothesen

Zu den Hypothesen können folgende Aussagen gemacht werden:

- 1. Gute Erfahrungen mit alten Menschen und positive Altersbilder sind protektive Faktoren für Mitarbeiter im Altenpflegeberuf. Sie können in Belastungssituationen Schutz vor Abstumpfung, Gleichgültigkeit und der Neigung, gefährliche Pflege durchzuführen, geben. Dies ist wiederum ein protektiver Faktor für die betreuten alten Menschen.**

Durch die differenzierte Betrachtung derjenigen 19 Fragebögen, in denen die Befragten das subjektive Erleben des Alters und die Lernerfahrungen durch alte Menschen positiv beschrieben, stellte sich heraus, dass diese BefragungsteilnehmerInnen in dem Teil „Arbeitsbelastungen“ von den 26 Belastungsfaktoren im Durchschnitt nur 5,5 als ‚hoch belastend‘ angekreuzt haben. Zumeist wurden von diesen Personen folgende Punkte angegeben: Körperliche Belastung durch Heben und Tragen der Pflegebedürftigen - Arbeitszeiten/Schichtdienste - Umgang mit Demenzkranken, verhaltensauffälligen, aggressiven Heimbewohnern - Personalmangel - Zeitdruck/Zeitmangel - Umgang, Auseinandersetzung mit Leiden, Sterben, Tod - Fehlende soziale und emotionale Unterstützung bei der Tätigkeit. Diese Ergebnisse wurden in Bezug zu den Ergebnissen der Frage „Verhalten in Stresssituationen“ gestellt. Hier zeigte sich, dass von 7 Möglichkeiten („Welche Gefühle, Handlungen würden bei Ihnen in der beschriebenen Stresssituation ausgelöst?“ Gefühl der Überlastung - Abstumpfung - Gleichgültigkeit - Frustration - sich schlecht fühlen, Krankheitssymptome entwickeln - ungeduldig, grob aggressiv zu Bewohnern werden - Neigung, gefährliche Pflege durchzuführen) im Durchschnitt eine als ‚voll zutreffend‘ beurteilt wurde, im Wesentlichen in den Bereichen ‚Überlastung‘ und ‚Frustration‘. Während die Mehrheit dieser Befragten die angegebenen Gefühle den Kategorien ‚weniger ausgeprägt‘ / ‚gering ausgeprägt‘ / ‚nicht ausgeprägt‘ zuordneten, gab es lediglich eine Teilnehmerin (Pflegehelferin) in dieser Gruppe, die angab, in Stresssituationen dazu zu neigen, gefährliche Pflege durchzuführen. Bei der Frage nach Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ergab sich bei dieser Befragtengruppe ein arithmetischer Mittelwert von 2,73, d. h. der Gesundheitszustand wurde im Durchschnitt als ‚befriedigend‘ erlebt.

In der „Kontrollgruppe“ - 6 Personen, die keine oder negative Angaben zum eigenen Altersbild machten und von keinen oder schlechten Erfahrungen mit alten Menschen berichteten - wurden im Gegensatz dazu im Durchschnitt 10 Belastungsfaktoren als ‚hoch‘ eingestuft. Die problematischen Verhaltensweisen in Stresssituationen wurden im Durchschnitt von 2 Personen aus dieser Gruppe mit ‚stark ausgeprägt‘ angegeben. 3 Personen aus dieser Kontrollgruppe gaben an, ein ‚stark ausgeprägtes‘ Gefühl der Überlastung zu verspüren und ebenso 3 Personen ein ‚stark ausgeprägtes‘ Gefühl der Frustration. 1 Person nennt ihr Gefühl ‚stark ausgeprägt‘, ungeduldig, grob, aggressiv zu Bewohnern zu werden. Die Neigung, gefährliche Pflege durchzuführen gab kein Befragter aus dieser Kontrollgruppe an. Der eigene Gesundheitszustand wurde von dieser Befragtengruppe im Durchschnitt mit der Note 3,2 angegeben, d. h. auch im befriedigenden Bereich, jedoch ca. eine halbe Note schlechter als die zuvor beschriebene Gruppe. Somit wird deutlich, dass das Vorhandensein positiver subjektiver Altersbilder Belastungsgefühlen

entgegenwirkt und einen Schutz davor bietet, in Stresssituationen inadäquate pflegerische Versorgung durchzuführen, was wiederum schützend für die Pflegebedürftigen ist. Diese These gilt somit als gestützt.

2. In Stress- und Belastungssituationen ist das Sprechen über Belastungen, die Bewusstwerdung eigener Ressourcen und die Mobilisation von Hilfen im Netzwerk gesundheitsfördernd und verringert die Ausprägung von Überlastungssymptomen bei Altenpflegekräften.

Von den 32 Befragten gaben 27 Personen an, in Stress- und Belastungssituationen über diese zu sprechen und im Umfeld Hilfen zu mobilisieren. Diese Ergebnisse wurden den Aussagen zu inneren und äußeren Ressourcen gegenüber gestellt. Im Durchschnitt gab diese Gruppe der Befragten bei 3 von 6 vorgeschlagenen inneren Ressourcen an, diese ‚stark ausgeprägt‘ wahrzunehmen. Von den angegebenen äußeren Ressourcen wurden im Durchschnitt 4 von 5 als ‚stark ausgeprägt‘ gekennzeichnet. An Belastungsfaktoren benannte diese Gruppe im Durchschnitt 8 Faktoren als ‚hoch belastend‘ und bei der Abfrage nach problematischen und potentiell gefährlichen Gefühlen und Verhalten in Stresssituationen wurde im Durchschnitt 1 Angabe als ‚stark ausgeprägt‘ angegeben. Der eigene Gesundheitszustand wurde von dieser Befragtengruppe im Durchschnitt mit der Note 2,9 angegeben, was einer ‚befriedigenden‘ Bewertung entspricht.

In der „Kontrollgruppe“ (5 Personen), die in Stress- und Belastungssituationen andere Bewältigungsstrategien (im Wesentlichen Sport, Humor, Haustiere, Verdrängung, Nein sagen, Stressreduktion durch Alkohol, Nikotin, Essen etc.) anwenden, wurden im Durchschnitt 3 innere und 3 äußere Ressourcen stark wahrgenommen und angegeben, demnach also weniger als in der ersten Gruppe. Erstaunlich ist, dass diese Gruppe im Durchschnitt jedoch nur 6 Belastungsfaktoren als ‚hoch belastend‘ benannte, also weniger. Bei der Abfrage der Reaktion in Stresssituationen wurde ebenfalls durchschnittlich eine Angabe bei ‚stark ausgeprägt‘ gemacht. Der eigene Gesundheitszustand wurde von dieser Befragtengruppe im Durchschnitt mit einer halben Note besser angegeben (Note 2,4), als die zuvor beschriebene Gruppe der 27 Befragten.

Die Ergebnisse dieser Gegenüberstellung zeigen, dass Gespräche mit Kollegen, Vorgesetzten oder dem familiären und freundschaftlichen Umfeld nicht dazu führen, dass weniger Belastungsfaktoren wahrgenommen werden und der Gesundheitszustand als besser eingestuft wird, denn die Befragten der Kontrollgruppe nahmen für sich zwar weniger innere und äußere Ressourcen wahr, zeigen aber bei den anderen Ergebnissen ein geringeres Belastungserleben. Demnach lässt sich vermuten, dass Gespräche über Belastungssituationen vor allem für diejenigen MitarbeiterInnen hilfreich sind, die sich subjektiv vielen Belastungsfaktoren ausgesetzt sehen und aber über vielfältige Ressourcen verfügen. Bei der kleinen Anzahl von BefragungsteilnehmerInnen ist jedoch eine solche Schlussfolgerung nur sehr vorsichtig zu ziehen.

3. Ausreichende Qualifizierung bei Pflegekräften schützt in Belastungssituationen vor Überforderung und längerfristig vor Burn-out und der Durchführung von gefährlicher Pflege.

Wie in Tabelle 8.2 ersichtlich verfügen 18 der 32 Befragten über einen qualifizierten, examinieren

Berufsabschluss (examinierte/r Altenpfleger/in oder examinierte/r Gesundheits-/KrankenpflegerIn). Diesen wurde die Gruppe der 14 in der Pflege ohne qualifizierten Abschluss Tätigen gegenüber gestellt. Ergebnis ist, dass von den Hilfskräften im Durchschnitt nur 6 Belastungsfaktoren als ‚hoch belastend‘ wahrgenommen wurden, dies sind 2 weniger als bei der Gruppe des examinierten Personals. Auch von den problematischen Verhaltensweisen in Stresssituationen nennt die Gruppe der unqualifizierten Pflegekräfte im Durchschnitt nur eine Variante. Es werden benannt: Gefühle der Überlastung - Gleichgültigkeit - Frustration - Krankheitssymptome - Abstumpfung‘. In der Gruppe des examinierten Personals werden hingegen im Durchschnitt 1,4 Varianten als zutreffend benannt. Von den 14 Befragten ohne Fachabschluss fühlen sich lediglich 5 Personen, schon einmal von Burn-out betroffen‘, während sich in der Gruppe der 18 Qualifizierten 13 Personen von Burn-out schon einmal betroffen fühlten.

Diese Gegenüberstellung zeigt, dass die Gruppe der Pflegekräfte ohne qualifizierten Abschluss deutlich weniger Belastungsfaktoren bei sich wahrnimmt und sich weniger von Burn-out betroffen fühlt, als die Gruppe der Pflegekräfte mit qualifiziertem Berufsabschluss.

Als Begründung dieses irritierenden Ergebnisses kann möglicherweise die mangelnde Fähigkeit der nichtqualifizierten MitarbeiterInnen genannt werden, die eigenen Arbeitsprozesse im Rahmen einer Selbstbetrachtung kritisch beleuchten zu können. Oft fehlt mangels Qualifizierung die Fähigkeit zur Eigenreflexion; es fehlt an Sprachkompetenz, an ‚Brillen‘ (Schreyögg 1994), um eigene Performanz und Kompetenz qualifiziert zu betrachten. Ausserdem tragen examinierte Pflegekräfte mehr Verantwortung, haben mehr und schwierigere Aufgaben zu erfüllen, die faktisch zu mehr Belastung führen. Untersuchungen bei Hofmann & Michaelis (1999, 208) haben gezeigt, dass MitarbeiterInnen mit geringer Aus- und Fortbildung eher resignieren als solche, die eine bessere Aus- und Weiterbildung genießen. Hier ist weiterer Forschungsbedarf gegeben, und die Bedeutung lebenslanger Fortbildung auch für bereits qualifizierte Pflegekräfte sei hervorgehoben.

Eine weitere Untersuchung könnte diese Ergebnisse mit der Dauer der bisherigen Berufserfahrung vergleichen, was als einer weitere Fragestellung etwa wie folgt Hypothese zu formulieren wäre: Stellt eine lange Berufserfahrung einen protektiver Faktor dar, der Schutz vor Überforderung und Burn-out bietet?

10 Zusammenfassung

Belastete und überlastete Pflegekräfte befinden sich oftmals in ‚prekären Lebenslagen‘ und sind häufig lange anhaltenden Negativeinflüssen (adversive events) und Stresssituationen ausgesetzt. Fehlen außerdem protektive und supportive Einflüsse (Rutter 1990, Petzold et al. 1993), sind sie durch ihre eigene Burn-out-Gefährdung und die Überlastungssymptome möglicher Weise zu einer emotionalen Unterstützung und liebevoll-achtsamen Pflege der HeimbewohnerInnen nicht mehr in der Lage, was in riskante oder gefährliche Pflege münden kann.

Meine Analysen legen nahe, dass im Altenpflegeberuf insbesondere die Faktoren ‚Zeitdruck‘, ‚Personalmangel‘, ‚Heben und Tragen‘, ‚lange Wege zu Fuß zurücklegen‘, ‚Arbeitszeiten, Schichtdienste‘, ‚Umgang mit Demenzkranken, aggressiven Bewohnern‘, ‚Umgang, Auseinandersetzung mit Leiden, Sterben, Tod‘, ‚fehlende soziale und emotionale Unterstützung bei der Tätigkeit‘ als sehr hoch belastend erlebt werden.

Die Hälfte der Befragten hat sich von Burn-out schon einmal betroffen gefühlt. Auch wenn dieses „Gefühl“ längst nicht in jedem Fall in ein Burn-out-Syndrom (was immer das genau sei) gemündet haben mag, wird damit deutlich, wie sehr die Pflegekräfte psychisch und physisch belastet sind. Trotz dieses Ergebnisses wird von den Befragten eine hohe Arbeitszufriedenheit bescheinigt, insbesondere durch die Beziehung zu den KollegInnen und die Unterstützung aus dem privaten und familiären Umfeld. Ein gut funktionierendes soziales Umfeld im privaten Bereich zu haben stellt, wie durch diese Untersuchung bestätigt wurde, einen besonders bedeutsamen protektiven Faktor dar. Er reicht aber nicht aus; denn auch am Arbeitsplatz benötigt man supportive soziale Systeme, die den vorhandenen Belastungen entgegenwirken können. Zu einem guten Betriebsklima gehören auch gute Beziehungen zu KollegInnen und Vorgesetzten sowie die Möglichkeit zum kollegialen Informations- und Erfahrungsaustausch.

Der Informationsaustausch und die Kommunikation der Pflegekräfte beschränken sich oft auf die Dienstübergaben. Zur eingehenden Besprechung und gemeinsamen Verarbeitung beruflicher Probleme und Belastungen gibt es meist wenig Raum. In einer Arbeitsorganisation, in der wenig Zeit und Raum für die Pflege sozialer Kontakte und zwischenmenschlicher Beziehungen zwischen den Mitarbeitern bleibt, kommt es leicht zu Missverständnissen und Misstrauen, was wiederum zu Rivalitäten und Missgunst im Kollegenkreis führen kann. In einem solchen Klima ist es aber nahezu unmöglich, über Ängste, Belastungen, Unsicherheiten, oder gar mögliche Fehler zu reden. Der Einzelne ist mit seinen Bewältigungsversuchen allein gelassen; hat er damit aber keinen Erfolg bzw. reichen seine Ressourcen nicht aus, ist ein „Ausbrennen“ vorprogrammiert (Bermejo, Muthny 1994).

Der Mensch ist kein Selbstversorger, er ist eingebunden in soziale Bezüge, deshalb helfen gute Beziehungen, Belastungen und Stress zu bewältigen (Petzold et al. 1993, 201). Sind die Beziehungen gut, kann er sich leichter und eigenständiger entfalten, sind sie belastend oder schädigend, wird er in seiner Entwicklung gehemmt, eingeschränkt, wird er verletzt oder krank. Die Intensivierung und Verbesserung

sozialer Bezüge kann im Rahmen einer Integrativen Supervision unterstützt werden. Solche „protektiven Prozesse“ zielen nicht nur auf die Verminderung von Risiken und Verhinderung von Schäden ab, sondern sie nehmen insbesondere Entwicklungsförderung und interventive Perspektiven in den Blick. Belasteten Pflegekräfte wird mit Hilfe der Integrativen Supervision die Möglichkeit geboten, über protektive Beziehungen, supportive Netzwerke und eine fördernde Umwelt nachzudenken und bei Bedarf deren Entwicklung zu unterstützen, damit in Krisen Hoffnung und Zielorientierung in ausreichendem Maße entstehen kann.

„Wie“ genau protektive Faktoren wirken, insbesondere die Interaktion verschiedener Einflussgrößen, muss in der Betrachtung eines jeden Individuums exploriert werden (Petzold et al. 1993, 187) und kann durch Fragestellungen im supervisorischen Setting wie: ‚Beschreibung der Lebenssituation, Belastungen und Stärken, was stützt und schützt im Leben, was hat bisher geschützt und was könnte weiterhin schützen?‘ analysiert werden. So kann dem Supervisanden deutlich werden, über welche Ressourcen er verfügt, welche protektiven Faktoren bereits wirken und welche erfordern und entwickeln könnte. Vielleicht wird der Supervisor zu einem wichtigen Schutzfaktor. (Müller, Petzold 2003, 20). Um protektive Faktoren zu mobilisieren, ist es deshalb bedeutsam, herauszufinden, welche ‚inneren Beistände‘ vom Supervisanden internalisiert wurden (s. Kap. 2.3), denn diese bilden für den Menschen einen positiven emotionalen Hintergrund und verstärken sein Selbstwertgefühl (Petzold et al. 1993, 199) genauso, wie verinnerlichte bedrohliche und belastende Personen als „innere Feinde“ (Petzold 1985I, 2004a) gewichtige interne Risikofaktoren sind (Müller, Petzold 2003, 18).

Das Bewusstmachen solcher ‚inneren Beistände‘ erschließt persönliche Ressourcen und kann die Persönlichkeit stabilisieren, denn durch eine biographische Betrachtung der positiven, negativen und Defiziterfahrungen, wird der ‚Kohärenzsinn‘ gefördert, den Antonovsky (1997) als so bedeutsam für die seelische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit des Menschen ansieht (Petzold et al. 1993, 187).

Viele Altenpflegekräften helfen sich in Belastungssituationen durch die Verbalisierung ihrer Gefühle und das Sprechen über ihre ‚prekäre‘ Situation, was in der Regel mit Personen des persönlich-privaten Umfelds oder mit KollegInnen geschieht. Es stellte sich jedoch im Rahmen dieser Untersuchung heraus, dass grundsätzlich eine Mobilisation des persönlichen Netzwerkes nicht unbedingt mit der Wahrnehmung und Aktivierung vieler innerer und äußerer Ressourcen einhergeht.

Kommunikative Kompetenz und Performanz sind im Altenpflegeberuf im Hinblick auf die Ergebnisse dieser Untersuchung unerlässlich und werden als protektive Faktoren gesehen, die gelingende Interaktion ermöglicht. Beeinträchtigungen bei einem oder beiden der Interaktionspartner erhöhen das Risiko misslingender Kommunikation und können sich negativ auf die Gesundheit auswirken (Petzold et al. 1993, 191).

Belasteten Pflegekräften könnte aus diesen Gründen die Implementierung regelmäßiger Supervisionssitzungen mit feldkompetenten SupervisorInnen von großem Nutzen sein. Integrative Supervision unterstützt beim Aufbau positiver Selbstkonzepte und positivem Identitätserleben, denn oftmals

fühlen sich überlastete Pflegekräfte ohnmächtig und gescheitert. Denn „nur Menschen, die ein klares Selbstgefühl haben, eine Selbstgewissheit, die sich zum Selbstwertgefühl verdichtet und dann zu einem positiven Selbstwertgefühl führt, Menschen, die nicht von Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstzweifeln gequält werden, die sich nicht abwerten, sondern für wertvoll halten (weil sie Wertschätzung erfahren haben), haben gute Chancen in der Bewältigung ihrer ‚Entwicklungsaufgaben‘“ (Petzold et al. 1993, 192). Integrative supervisorische Interventionen sollten außerdem die Auseinandersetzung mit eigenen Normen, Werten und Einstellungen in Bezug auf Altern sowie mit negativen Altersstereotypen (s. Kap. 3) in den Blick nehmen und sich mit dem Bewerten bzw. Neubewerten von Vergangenheit und Biographiearbeit auseinandersetzen (Müller, Petzold 2003). Da Patienten und Bewohner den Pflegekräften täglich den Spiegel der eigenen Vergänglichkeit vors Gesicht halten, ist es umso wichtiger, neben den vielen belastenden Seiten die heiteren, liebevollen und aufbauenden Erfahrungen zu betrachten, denn Pflege kann auch für die Pflegenden etwas heilsames bieten. Supervision muss also auch für solche „salutogenetischen“ Aspekte sensibilisieren (Orth-Petzold, Disler, Gottschalk, Kernbichler, Müller, Petzold 2009, 9).

Integrative Supervision stellt ein protektives Milieu zur Verfügung, das die Möglichkeit zur Entlastung bietet, das getragen ist durch Verständnis, Bestätigung und durch die Ermutigung, Erarbeitetes zu erproben und Veränderungen umzusetzen. „Hier wird deutlich, wie externaler Support ein positives Selbstbild aufbauen und soweit stärken kann, dass dieses zum ‚protektiven Faktor‘ gegenüber feindseligen (adversiven) Einflüssen und externalen Negativattributionen wird. Die positive Selbstattribution bzw. die Bewertung der eigenen Möglichkeiten, des eigenen Wertes“, ist dann stärker (Petzold et al. 1993, 193). Die SupervisorInnen können heilsame protektive Handlungen erleben, die auch in einer Untersuchung von Petzold et al. (ebenda, 206) als besonders bedeutsam herausgestellt wurden: Trost spenden, praktische Hilfen geben, Mut machen, Beruhigen, Wertschätzung, Akzeptanz, Verständnis geben, ernst und wichtig nehmen, Nähe, Wärme, Schutz und Geborgenheit.

Belastete Phasen mit schwierigen Situationen werden „in intersubjektiven Beziehungen, gemeinsam durchlebten Geschichten erlebt, und diese Erfahrungen werden in den Archiven des Gedächtnisses gespeichert und aufgehoben. Die beschädigenden, demütigenden, entwerteten feindseligen Beziehungserfahrungen formieren ‚innere Feinde‘: Die beschützenden, ermutigenden, Vertrauen schaffenden, wertschätzenden Beziehungserfahrungen führen zur Ausbildung ‚innerer Beistände‘“ (ebenda, 207), die durch das Vorhandensein eines „significant caring other“ als protektiven Faktor noch verstärkt werden. Steht jedoch in Krisenzeiten kein „umsorgende Anderer“ zur Verfügung, kommt möglicher Weise der/dem SupervisorIn diese Rolle zu (Petzold 2007a).

Integrative Supervision sollte behilflich sein, die Einflüsse „innerer Feinde“ zu reduzieren und stattdessen „innere Beistände“ mit „guten Geschichten“ zu bekräftigen. „Menschen brauchen in ‚Krisenzeiten‘ verlässliche ‚Beistände‘ als Einzelbeziehungen und als stützende Netzwerke zur Existenzsicherung und Stärkung personaler Identität“ (Petzold et al. 1993, 201).

Mit derartigen protektiven Faktoren können Pflegekräfte positive Selbstkonzepte aufbauen und das interne

protektive Kapital wird durch Internalisierung salutogener Einflüsse gefördert. Diese wirken wie Katalysatoren: Sie vermindern die Einflüsse widriger Umstände und führen damit zu einer Elastizität und Anpassungsfähigkeit in widrigen und bedrohlichen Situationen (ebenda, 184). Damit kann die Ausbildung von Resilienzen unterstützt werden, die als Fähigkeiten zu betrachten sind, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen (Welter-Enderlin 2006, 13).

In der Integrativen Supervision gilt es, Coping-Möglichkeiten zu fördern und den Supervisanden dabei zu helfen, spezifische Bewältigungsformen zu entwickeln und ihnen emotionale Entlastungsmöglichkeiten bereitzustellen (Petzold et al. 1993, 219).

Wenn schon keine Beseitigung aller pathogenen Einflussgrößen erreicht werden kann, so ist es die Aufgabe der Integrativen Supervision, protektive Faktoren zu „implantieren“ und sei es nur mit dem Effekt, ein Gegengewicht zu Risikofaktoren herzustellen. Die supervisorische Beziehung und der supervisorische Prozess selbst werden dabei zu einem protektiven „Megafaktor“ (ebenda, 239)

Es besteht kein Zweifel, dass Pflegepersonen zu den wichtigsten Interaktionspartnern der zu betreuenden alten Menschen zählen. Die Diskussion über den Pflegenotstand in der Altenhilfe sollte sich daher nicht allein auf das quantitative Problem fehlenden Personals, sondern auch auf die Qualität des Ausbildungsstandes konzentrieren. Eine Verbesserung der psychosozialen Kompetenz des Pflegepersonals im Umgang mit schwerkranken alten Menschen hat positive Auswirkungen auf deren Wohlbefinden (Besserung der depressiven Symptomatik, höhere Zufriedenheit mit der Betreuung und Pflege etc.) (Weyerer, Schäufele 1999).

Im Alltag als Supervisorin insbesondere in der Arbeit mit Pflegekräften wird mir immer wieder deutlich, dass berufliche traumatische Erfahrungen Menschen nicht für ihr Leben schädigen müssen. Im Gegenteil. Die Sensibilität, mit der sie Hürden überwunden haben, die Erfahrung ihrer eigenen Wirksamkeit und die Herausarbeitung protektiver Faktoren, aus denen sich Resilienzen bilden können, sind oftmals ausgezeichnete Charakteristika professioneller Pflegekräfte.

11 Perspektiven und Empfehlungen für die Praxis

Es ist schon paradox, dass Pflegende einerseits berufliche um das Wohlbefinden anderer Menschen bemüht sind und an Orten tätig sind, in denen Gesundheit gefördert und Krankheit bekämpft wird, dass es andererseits aber kaum eine weitere Berufsgruppe gibt, deren eigene Befindlichkeit so häufig mit Ausgebranntsein, Überforderung und Fluktuation in Verbindung gebracht wird.

Der demographische Wandel der Bevölkerung in Deutschland mit einem wachsenden Anteil hochaltriger multimorbid erkrankter Menschen wird einen weiteren Anstieg von Pflegebedürftigkeit verursachen. Wegen des steigenden Bedarfs nach Pflegeleistungen gewinnt der Altenpflegeberuf eine verstärkte Bedeutung im Gesundheitswesen. Die Nachfrage an qualifizierten Pflegekräften nimmt zu. Die Tätigkeit in der Altenpflege ist nun aber mit vielfältigen gesundheitlichen Risiken verbunden. Den körperlichen und psychischen Belastungen, die der Altenpflegeberuf mit sich bringt, scheinen viele Pflegekräfte auf Dauer nicht gewachsen zu sein. Ein Indikator hierfür ist das frühzeitige Ausscheiden aus dem Beruf. Da mittelfristig nicht mit einer nennenswerten Veränderung der finanziellen und vor allem personellen Rahmenbedingungen in der Altenhilfe gerechnet werden kann, gilt es, Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz der PflegemitarbeiterInnen zu erarbeiten und in der Praxis umzusetzen (Zellhuber 2003). Soll der zunehmende Bedarf an Pflegekräften gedeckt werden, müssen geeignete Präventionsmaßnahmen ergriffen werden, die es Pflegekräften ermöglichen, ihre Tätigkeit langfristig auszuüben.

Um Überlastungen, Überforderung und Burn-out in Einrichtungen der Altenpflege erfolgreich bekämpfen zu können, ist es nicht ausreichend, Einsicht in den Zustand des Arbeitsfeldes und die Zusammenhänge zu haben und sich damit kognitiv auseinanderzusetzen. Notwendig sind Verhaltens- und Einstellungsveränderungen, sowohl auf der Seite des Individuums selbst, als auch auf Seiten des sozialen und organisatorisch-institutionellen Umfeldes. Präventive Maßnahmen müssen dabei durch prozessbegleitende Interventionen ergänzt werden (Bermejo, Muthny 1994).

In Kombination mit der Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien sind organisations- und institutionsbezogene Maßnahmen besonders effektiv. Schon relativ kleine organisatorische und/oder strukturelle Veränderungen können sich positiv auf das psychische und physische Wohlbefinden der MitarbeiterInnen und damit auch der BewohnerInnen auswirken. Solche Veränderungen beziehen sich vor allem auf den Aufbau humanerer Arbeitsumstände und -bedingungen (Begrenzung belastender Tätigkeiten, Schaffung von zeitweiligen Rückzugsmöglichkeiten etc.), auf die Schaffung günstigerer Kommunikationsstrukturen (z. B. Verbesserung des Arbeitsklimas, regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen, Ermöglichung von positivem Feed-back etc.) sowie das Angebot von Fortbildungsveranstaltungen und Supervision. Grundlegende Veränderungen, die das Gesamtsystem betreffen, müssen zunächst von der obersten Leitungsebene initiiert werden. Gefordert wird daher, dass sich die Träger der Einrichtungen, einzelne Interessensverbände sowie der Gesetzgeber stärker engagieren (Bermejo, Muthny 1994).

In der Regel führen Einrichtungen der Altenpflege Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sporadisch und ohne Gesamtplanung durch. Die Maßnahmen werden zwar als erforderlich angesehen und ein fester Rhythmus wird eingeplant; es werden jedoch oft Themen gewählt, die sich ‚gerade so anbieten‘. Nach Einschätzungen von Heimleitungen sind interne Fortbildungen kostengünstiger. Durch Schulung des gesamten Teams lässt sich der Arbeitsstil vereinheitlichen und eine gemeinsame Qualitätsbasis kann geschaffen werden. Außerdem lassen sich hausinterne Rahmenbedingungen mit einbeziehen. Da die Fortbildungen meist mit einer Teilnahmeverpflichtung verbunden sind, empfinden die MitarbeiterInnen die Angebote als oktroyiert und nehmen nicht selten nur unter Druck und unmotiviert teil. Oftmals ist auch die Pflegedienstleitung der Einrichtung als Referentin der Fortbildungen beauftragt und somit in einer Doppelfunktion, was MitarbeiterInnen Angst macht, Schwachstellen und Unsicherheiten des Arbeitsalltages zu benennen, denn die Fortbildnerin ist gleichzeitig die Vorgesetzte mit Kontroll- und Weisungsbefugnis. Außerdem kann sie vielleicht gegenüber den ‚hausinternen‘ Problemen nicht genügend Exzentrizität gewinnen, um ihnen lösungsorientiert zu begegnen. Externe und interne Fortbildungen weisen somit Vor- und Nachteile auf. Sinnvoll ist eine ausgewogene Mischung beider Systeme.

Fort- und Weiterbildung im Feld der Altenhilfe sollte stets als Möglichkeit der Organisations- und Personalentwicklung eingesetzt werden. Ein jährliches Fort- und Weiterbildungsprogramm in einer Einrichtung sollte nach einem individuell ausgearbeiteten Konzept, organisatorisch und inhaltlich geplant sein. Planung und Durchführung jeglicher Lernprozesse sollte immer auch die Vermittlung und Herausarbeitung von Schlüsselqualifikationen - wie z. B. Entscheidungsfähigkeit, Selbstverantwortung, Kreativität und Innovationskraft - mit berücksichtigen. Qualifizierungsmaßnahmen müssen neben der Vermittlung von Fachwissen auch eine Entlastungsfunktion für die MitarbeiterInnen beinhalten. Fort- und Weiterbildung hat in diesem Sinne die Aufgabe, Themen wie berufliches Selbstverständnis und Psychohygiene einzubeziehen, um einen besseren Umgang mit Belastungssituationen zu unterstützen (Zellhuber 2003). Schließlich gehört die Bewusstmachung der Phänomene von *riskanter* und *gefährlicher Pflege* zwingend zum Informationsstand von Pflegekräften, Leitungspersonal und verantwortlichen Leitungskräften der zuständigen Behörden (Petzold et al. 2005, 35).

Psychosoziale Fort-, Weiterbildung und Supervision ist kein unnötiger Luxus, sondern eine wirkungsvolle Methode zur Qualifizierung der MitarbeiterInnen und unabdingbar, um eine adäquate psychosoziale Arbeit zu ermöglichen. In der Altenpflege, in der Gefühle Arbeitsgegenstand sind und der Beziehungsarbeit eine ausschlaggebende Rolle zukommt, ist sie als Hilfe, Entlastungsmöglichkeit und gewünschte Selbstkontrolle gefordert. Studien haben ergeben, dass Schwierigkeiten innerhalb des Teams, Hierarchieprobleme und Schwierigkeiten bei der interdisziplinären Zusammenarbeit neben organisatorischen und strukturellen Aspekten immer wieder als bedeutsame Hinderungsgründe für den Einbezug psychosozialer Inhalte und Ideen in die pflegerische Arbeit angesehen werden (Bermejo, Muthny 1994, 46). Sehr wichtig ist im Fortbildungsbereich eine gewisse Regelmäßigkeit. Nur wenn regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden und stattfinden, ist der Aufbau von Vertrauen unter den Teilnehmern möglich und es können längerfristige Ergebnisse erzielt werden. Die kognitive Umstrukturierung eingefahrener und

inadäquater Einstellungen und Sichtweisen sowie Änderungen im Verhalten benötigen viel Zeit, Geduld und Übung. Auf der anderen Seite ist es nur bei einem guten Vertrauensklima möglich, an schwierige persönliche Themen heranzugehen. Integrative Supervision hilft durch ‚joint competence‘ und die Feldkompetenz des Teams, einen Prozess der Kokreativität zu schaffen und zu fördern (Knaus 2005 in Petzold, Müller 2005).

Im weiteren sollten Führungskräfte die MitarbeiterInnen über die Pläne und Zielsetzungen der Einrichtung informieren, sie in Entscheidungsprozesse mit einbeziehen und sie ermutigen, sich an Veränderungsprozessen aktiv zu beteiligen. Hierzu empfiehlt sich die Gründung kleinerer Arbeitsgruppen, in denen einzelnen MitarbeiterInnen entsprechend ihrer Stärken Verantwortung übertragen wird.

Pflegende brauchen Ermunterungen und Unterstützung, ihre Vorstellungen von Arbeits- und Lebenswelt in der Pflege umzusetzen. Insbesondere die Leitungskräfte der Einrichtungen brauchen die Einsicht, dass kein Mensch ohne Gestaltungsmöglichkeit an seinem Arbeitsplatz glücklich werden kann, dass individuelle Pflege auf Individualität bedachte MitarbeiterInnen voraussetzt und dass eine einheitliche Milieugestaltung dem entgegensteht. Sie brauchen den Mut, die Pflegenden experimentieren zu lassen (Schützendorf 2006, 102).

Schnittstellen übergreifende Kommunikationsstrukturen sind in der Regel nur auf der Leitungsebene angesiedelt und demnach ist oftmals eine systematische Nachverfolgung der in Besprechungen gefassten Beschlüsse für andere MitarbeiterInnen nicht mehr möglich. Zur Optimierung hausinterner Kooperations- und Kommunikationsprozesse sind regelmäßige Schnittstellen übergreifende Dienstbesprechungen unerlässlich (Ertel et al. 2005, 230) und gelten als Qualifikationselement zur Verbesserung der beruflichen Handlungskompetenz, da „über den Tellerrand“ Einblick in die verschiedenen Fachbereiche möglich ist und somit ‚joint competence‘ entstehen kann (Petzold 2007a, 153f). Außerdem fördert dies das Gefühl der Handlungsfähigkeit und führt zu einer hohen Akzeptanz der umgesetzten Verbesserungsvorschläge in der Belegschaft.

Ein Einbezug von MitarbeiterInnen regt einen intensiven Kommunikationsprozess in der Einrichtung an, der es den Beschäftigten ermöglicht, auch nicht veränderbare Belastungen besser zu bewältigen (Resch et al. 2005). Die Einbindung von Führungskräften und MitarbeiterInnen ist bei Veränderungsprozessen ein wesentlicher Bestandteil und sollte insbesondere beim Aufbau und der Implementierung eines internen Beschwerdemanagements berücksichtigt werden. Die Entwicklung und Fortentwicklung eines internen Beschwerdemanagements bietet die Möglichkeit, an Veränderungen konstruktiv (optimalerweise mit Begleitung einer/s externen Supervisors/in) zu arbeiten, damit bei Beschwerden z. B. die Heimaufsicht nur eingeschaltet wird, wenn ein Konsens im Einzelfall nicht herbeigeführt werden kann. Als Experten für ihren Arbeitsplatz analysieren MitarbeiterInnen und Führungskräfte Probleme, Belastungen, Reibungsverluste und können zusammen konkrete und praxisnahe Lösungsvorschläge entwickeln.

Enge zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen, die für dieses Feld typisch sind, lassen oftmals nur einen begrenzten Handlungsspielraum innerhalb der Pflegeeinrichtung zu. Der Umgang mit kaum

änderbaren Problemen hat hohen Einfluss auf das Belastungsempfinden der Beschäftigten. Hohem Arbeitsdruck in Verbindung mit geringem Handlungsspielraum kommt bei der Entstehung von gesundheitlichen Beschwerden eine besondere Bedeutung zu. Gefordert sind daher Instrumente zur Förderung der Personal- und Organisationsentwicklung. Die Transparenz von Entscheidungen sowie eine Organisationskultur der Mitarbeiterbeteiligung tragen dazu bei, Probleme besser zu bewältigen (Resch et al. 2005, 238).

Die Einrichtung von Gesundheitszirkeln eignet sich für Einrichtungen, in denen grundsätzlich ein partnerschaftlicher Führungsstil vorzufinden ist. Eine offene Kommunikation im Betrieb ist erforderlich, bzw. sollte gewünscht sein, um wirkliche Veränderung in der Einrichtung zu initiieren. Somit wird „creating“ möglich, d. h. eine kreative bzw. unter Nutzung sozialer Ressourcen kokreative Gestaltung, die mit einem Ressourcengewinn verbunden ist (Petzold 2007a, 299). Kommunikationsstrukturen werden verbessert, und es kann ein kreatives Arbeitsklima entstehen (Petzold, Müller 2005, 16).

Die Ergebnisse meiner Untersuchung haben gezeigt, dass die MitarbeiterInnen in der Altenpflege hohen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind. Ressourcen und Unterstützungsangebote in der Einrichtung werden nur unzureichend angeboten. Insbesondere müssen MitarbeiterInnen regelmäßig aufgefordert und ermutigt werden, an sich selbst und an die eigene Gesundheit zu denken, denn dies vergessen sie immer wieder. Sie neigen dazu, sich zu überfordern, und das kann, wenn sich der Zustand chronifiziert, zu riskanter und gefährlicher Pflege oder sogar zu Formen von Gewalt gegen die BewohnerInnen führen. Pflegende wissen oder ahnen in der Regel, womit sie sich verwöhnen können, wie sie Druck abbauen können und was sie zum Lachen oder auf andere Gedanken bringt und wie sie ihr Gleichgewicht wieder herstellen können. Im Wesentlichen praktizieren sie ihre Bewältigungsformen nach Dienstende, indem sie ihren Hobbys nachgehen oder Gespräche mit Menschen ihres sozialen Netzwerks führen. Wichtig wäre jedoch, die Entlastungsmöglichkeiten in das Arbeitsfeld zu integrieren, denn die Belastungen in der Pflege sind viel zu hoch, als dass man ihnen ohne schützende Faktoren mehrere Stunden ausgesetzt sein kann. Pflegende müssen also in ihre Dienstzeit „Schleusen zum Druckausgleich und Krafttanken“ einbauen (Schützendorf 2006, 69) und diese Schleusen müssen benannt und gekennzeichnet sein. Schützendorf spricht von „Inseln“, in denen zum Beispiel gelobt werden darf (Belobigungsecken), in denen man seinen Ärger, seine Erlebnisse in Worte fasst (schriftlich in einer Kladde niederschreibt oder mündlich), in denen man sich entspannen kann (durch Entspannungs- oder Massagestühle, die auch von den BewohnerInnen angewandt werden können, Hängematten, Entspannungsnischen), in denen Druck abgebaut wird oder in denen gelacht wird (lustige Postkarten, auf denen Pflegende karikiert werden, „Lachstationen“). Auch ein sorgfältig und liebevoll gestaltetes Angebot an kulinarischen Genüssen für die MitarbeiterInnen (z. B. ein Frühstücksbuffet) kann protektiv wirken genau so wie die Sicherstellung der Einhaltung von Pausen.

Pflegende sind fast täglich Kränkungen, Demütigungen, Erniedrigungen, Entbehrungen, Aggressionen und Ekel ausgesetzt. Da helfen ihnen keine weißen Kittel, keine Schutzkleidung und keine Handschuhe. Das freundliche Wort des Bewohners, das Lächeln eines Bewohners, das sich Pflegende erhoffen, bekommen sie manchmal viel zu selten, sodass es sehr wichtig ist gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung zu

pflegen. Wo dies nicht der Fall ist, können andere Prozesse gefördert werden: z.B. ein Klima der Konkurrenz oder des Wettbewerbs, wer mehr aushält und wer die wenigsten Probleme hat (Schützendorf 2006, 69).

Angesichts der seit der Einführung der Pflegeversicherung verschärften Arbeitssituation im Feld der Altenpflege stellt sich die dringende Aufgabe, effektive und effiziente Maßnahmen zur langfristigen Vermeidung von Gesundheitsrisiken sowie zur Sicherung der Pflegequalität zu entwickeln und diese gezielt in der Berufspraxis umzusetzen. Die Maßnahmen müssen zum einen an der Verbesserung der Qualifikation von AltenpflegerInnen, zum anderen an der Optimierung des noch immer defizitären Pflegemanagements ansetzen. Aufgrund meiner Praxiserfahrung in diesem Feld lässt sich sagen, dass in Einrichtungen der Altenpflege folgende Zielsetzungen angezeigt sind:

- die Entwicklung und Evaluation von qualifizierten, dem Bedarf der MitarbeiterInnen angepassten Fortbildungsprogrammen
- ein Ausbau von Qualifizierungs- und Professionalisierungsstrategien
- ein regelmäßiges Angebot an Supervisions- oder Balintarbeit
- der Gründung von Gesundheits- und Qualitätszirkeln

Solche ‚protektiven Maßnahmen‘ könnten verhindern helfen, dass sich Belastungssymptome bei MitarbeiterInnen zu malignem Burn-out verschärfen und sich in ressourcenorientierte Entwicklungsaufgaben mit positiver Charakteristik umwandeln können. Akzeptierende, an den Gegebenheiten der Einrichtung und an den Problemen, Ressourcen und Potentialen der MitarbeiterInnen orientierte Qualitätssicherung im Feld der Altenpflege muss deshalb darauf gerichtet sein, für be- und überlastete Pflegekräfte „protektive Faktoren“ bereitzustellen und weitere Risikofaktoren zu vermindern (Petzold, Schay, Hentschel 2004, Petzold et al. 1993). In akuten Phasen von Überlastung muss zunächst einmal eine emotionale Entlastung angeboten werden, um dem akuten Ressourcenmangel zu begegnen, z. B. durch Supervision eventuell in Form von Prozesssupervision (Petzold 2007a). Damit wird unter anderem der Aufbau supportivsozialer Netzwerke ermöglicht. Weiterhin sind Qualifizierungsmaßnahmen zur Förderung der beruflichen Handlungskompetenz unerlässlich, diese sind zum Beispiel Schulungen in Rücken schonender Arbeitsweise, die mit Krankengymnasten eingeübt werden, um Bewohner bezogene Tipps zu Hebe- und Tragetechniken zu erlernen. Sensibilisierungstrainings für den Einsatz von Hilfsmitteln zur körperlichen Entlastung oder Schulungen zu Entspannungstechniken sind weitere Themengebiete. Die Implementierung von Arbeitsinseln zum Entspannen und Krafttanken (Schützendorf 2006), Freikarten für die MitarbeiterInnen für ein Fitnessstudio und die Möglichkeit, zusätzliche Einbindung ehrenamtlicher Helfer in die Unterstützung der Pflegekräfte z. B. für Hol- und Bringdienste der BewohnerInnen, Mahlzeitengabe oder Beschäftigungsangebote (vorlesen, Spaziergänge, kreatives Gestalten etc.) sind zusätzlich institutionelle Möglichkeiten, um MitarbeiterInnen zu entlasten.

Betriebe sollen befähigt werden, betriebliche Gesundheitsförderung langfristig in die Strukturen zu implementieren. Dies fördert einen umfangreichen Kommunikationsprozess und ist ein Beitrag zur

gesundheitsförderlichen Personal- und Organisationsentwicklung (Resch et al., 238).

Für Pflegekräfte wird es künftig unumgänglich sein, sich fachübergreifende Kompetenzen anzueignen, die es ihnen erlauben, mit den eigenen Ressourcen ihrer Psyche und Körperkräfte proaktiv in geeigneter Form zu haushalten.

Es wäre sinnvoll zu überlegen, wie in Zeiten knapper Ressourcen die Arbeitsbedingungen von Pflegepersonal so gestaltet werden können, dass Pflegenden gerne ihren Beruf ausüben und eine eigene berufliche Perspektive in der Pflege sehen.

Gerade für die in hohem Maße engagierten MitarbeiterInnen dürfte es angesichts der durch die Personalknappheit gesetzten Grenzen auf Dauer schwierig sein, eine positive Einstellung gegenüber dem eigenen Berufsstand und der eigenen beruflichen Tätigkeit, Identifikation und Motivation aufrechtzuerhalten. Dies bedeutet aber auch, dass es schwierig sein könnte, die am besten geeigneten MitarbeiterInnen auf Dauer zu halten. Sofern man den Anspruch einer umfassenden Betreuung und Versorgung aufrechterhalten will - was schon aus ethischen Gründen, die hier nicht dargelegt werden müssen, unerlässlich ist - erscheint die Erhöhung des Personalschlüssels unumgänglich (Kruse, Schmitt 1999, 166).

Organisatorische Veränderungen können auch unter schwierigen zeitlichen Rahmenbedingungen in der Altenpflege Zeitressourcen erschließen, sowie wichtige Bedingungen für eine gesundheitsgerechte Betriebskultur schaffen. Besondere Bedeutung kommt dabei der innerbetrieblichen Kommunikation und Mitarbeitereinbindung zu. Das Gefühl der Handlungsfähigkeit muss dabei stets berücksichtigt werden, denn oftmals fühlen sich überlastete MitarbeiterInnen den Gegebenheiten machtlos ausgeliefert - sie fühlen sich als Opfer. Menschen, die überzeugt sind, dass sie weder auf ihre eigenen Gedanken, Stimmungen und Verhaltensweisen noch auf äußere Gegebenheiten Einfluss nehmen können, verharren dauerhaft in der Opferhaltung. Werden z. B. durch Integrative Supervision protektive Faktoren mobilisiert und entstehen daraus Resilienzen, so können diese Menschen nach einiger Zeit die Initiative ergreifen, die Opferrolle verlassen und ihr Leben (wieder) in die Hand nehmen. Resiliente Menschen übernehmen Verantwortung für sich selbst: für ihr Denken, Fühlen, Handeln und für ihre eigenen Angelegenheiten. Sie wissen zu unterscheiden, was ihrem Einfluss und ihrer Kontrolle unterliegt und was in den Verantwortungsbereich anderer fällt. Weder belasten sie sich selbst mit überflüssigen und wirkungslosen Schuldgefühlen, noch werfen sie anderen vor, an ihren Problemen schuld zu sein. Sie nehmen wahr, wo sie anderen Menschen Schwierigkeiten bereiten. Dabei übernehmen sie die Verantwortung für das, was sie selbst sagen und tun, ohne in die Sphäre der anderen einzugreifen. Fehler und Rückschläge betrachten sie als Quelle von Lernen und Erfahrung und als Hinweise zur Verbesserung (Gruhl 2008, 69). Somit gehen die Menschen aktiv an die Gestaltung der eigenen Situation heran, gestalten das „Skript“ ihres Lebens aktiv, souverän und selbstbestimmt. Integrative Supervision kann Menschen dabei behilflich sein, dass der „Ort der Kontrolle“ bei den Handelnden, bei den Menschen selbst liegt. Durch protektive Menschen, d. h. bedeutsame, sorgende Andere wird in der Integrativen Supervision Gesundheit generiert (Petzold et al. 2001b, 363/179).

12 Überlegungen zu weiteren Forschungsfragen

Trotz besserer Gesundheit im höheren Lebensalter, das immer mehr Menschen erreichen werden, wird der Hilfe- und Pflegebedarf steigen und die Anforderungen an das Pflegepersonal werden wachsen. Umso wichtiger ist es, die Ausbildung und berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung der in der Altenpflege Tätigen zu optimieren, Problemfelder ihrer beruflichen Tätigkeit zu analysieren, die spezifischen Arbeitsbelastungen aufzuzeigen, nach den vielfältigen Gründen der häufig beobachteten Burn-out-Phänomene weiter zu forschen und so den Pflegealltag zu erleichtern - zum Wohle des Pflegepersonals, aber auch zum Wohle der Menschen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind.

Im Fragebogen haben 50 % der Befragten angegeben, sie hätten schon einmal „das Gefühl gehabt, von Burn-out betroffen zu sein“. In der Arbeit als Supervisorin in diesem Forschungsprojekt, insbesondere in den Fortbildungsveranstaltungen war mein subjektiver Eindruck, dass weitaus mehr Pflegekräfte von Burn-out betroffen sind oder zumindest solche Symptome haben. Dies machte sich in zynischen Haltungen, der Beschreibung unreflektierter beruflicher Handlungen und Gefühlen von Ausweglosigkeit bemerkbar. Die Pflegekräfte beschrieben ihren Arbeitsalltag und ihre Funktion mit Bildern wie „Maschinerie“ oder „Pflegeroboter“. Hier wird deutlich, dass die MitarbeiterInnen sich durch permanente Zeitnot bei der Arbeit zu einer gehetzten Arbeitsweise genötigt sehen und somit „Pflegeziele und ganzheitliche Konzepte einer anspruchsvollen und befriedigenden Pflege nicht umsetzen können, was zu einer Diskrepanz zwischen Pflegeanspruch und tatsächlicher Umsetzbarkeit in der Realität führt“ (Petzold et al 2005, 59).

Die hier ausgewählten Ergebnisse können zum Teil nur exemplarisch verstanden werden, denn sie gelten nur für die beschriebene Einrichtung. Es sollten weitere repräsentativere Studien mit größeren Probandenkollektiven aus mehreren Einrichtungen durchgeführt werden, wobei weitere Einflussgrößen, wie individuellere Untersuchung, welche protektiven Faktoren in welchen Belastungssituationen in welcher Form wirken und welche Fort- und Weiterbildungsthemen dezidiert unterstützend und hilfreich für Altenpflegekräfte sind, berücksichtigt werden müssten. Im Nachhinein kann zu der Planung der Forschungsarbeit gesagt werden, dass die Reihenfolge der Untersuchungsmethoden ungünstig war. Durch die intensive Erfahrung der Supervisionsgruppe über einen Zeitraum von 7 Monaten, den Seminaren mit den MitarbeiterInnen und die intensive Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen zu dieser Arbeit, wäre es sicherlich sinnvoller gewesen, den Fragebogen für die Mitarbeiterbefragung gegen Ende des Projekts zu entwerfen, um danach die Befragung durchzuführen. Somit hätten andere, noch differenziertere Fragestellungen z. B. zur Wirkung protektiver Faktoren eingearbeitet werden können. Ob es gelingt, Belastungen langfristig zu reduzieren und Gesundheitsressourcen zu fördern, um Probleme wie Burn-out oder einen frühzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf zu vermeiden, muss eine mehrjährige Evaluation zeigen.

Auch in Zukunft ist nicht davon auszugehen, dass sich die Situation für Mitarbeiter in der Altenpflege verbessert. Der Anteil von zu Betreuenden mit demenziellen Erkrankungen steigt und der Anteil von zu Betreuenden mit geringfügigem Hilfe- und Pflegebedarf nimmt ab. Des Weiteren ist mit einer

Verschlechterung der finanziellen Situation der Einrichtungen und damit auch der quantitativen und qualitativen Personalausstattung zu rechnen.

So unterschiedlich die Qualifikationen und Einsatzorte sind, so gilt doch für alle Pflegenden, dass ihre Gesundheit ein hohes Gut ist, welches es zu schützen und zu stärken gilt.

Die Politik trägt die Verantwortung für die Ausgestaltung eines Gesundheitswesens, das die gesundheitlichen Belange der Beschäftigten angemessen berücksichtigen sollte. Die Verantwortung liegt dafür bei den Arbeitgebern und Führungskräften, den Sozialpartnern und bei den Pflegekräften selbst.

Danksagung: In der Zeit der Erstellung dieser Masterthese ist mein Sohn auf die Welt gekommen. Die Durchführung eines solchen Forschungsprojekts erfordert stetige Aufmerksamkeit, Disziplin und Genauigkeit, was durch die zeitgleiche Versorgung eines Säuglings nicht immer zu bewältigen ist. In dieser Zeit, die geprägt war durch stringente Planungen und zahlreiche Entbehrungen, habe ich stets versucht, das Thema dieser Arbeit auf mich und meine persönliche Situation zu übertragen. Es ist mir gelungen, immer wieder meine internalen und externalen Ressourcen wertschätzend wahrzunehmen und zu erkennen. Somit war ich befähigt, die Arbeit zielorientiert fortzuführen und Kräfte für die Weiterentwicklung dieser Arbeit zu mobilisieren. - Mein Dank gilt Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, für die Ermutigung, dieses Themenfeld zu beschreiten und selbstbewusst den Forschungsgedanken in die Praxis der Altenpflege zu tragen. Frau Lotti Müller danke ich sehr herzlich für ihre geduldige und wertschätzende Unterstützung. - Mein besonderer Dank gilt der Heim- und Pflegedienstleitung des Altenheims, in dem ich mein Projekt durchführen durfte. Hier fühlte ich mich jederzeit bestens unterstützt, was sich in der Akzeptanz meiner Person und meiner Fachlichkeit, aber vor allem der Motivation der SupervisandInnen meiner Supervisionsgruppe und den TeilnehmerInnen der Fortbildungsseminare zeigte. - Ganz herzlichst danken möchte ich allen lieben Menschen, mit denen ich verwandt, befreundet und bekannt bin und die mir im sozialen Miteinander alle nur denkbare Zeit zur Verfügung stellten, dass diese Arbeit gelingen konnte

Literaturverzeichnis

Autor	Titel
Antonovsky, A. (1979)	Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass
Antonovsky, A. (1997)	Salutogenese - zur Entmystifizierung der Gesundheit, Deutsche Herausgabe von Alexa Franke, dgvt-Verlag, Tübingen
Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, Chr. (Hrsg.) (2005)	Fehlzeitenreport 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg
Baltes, M. M. (1996)	Gutes Leben im Alter. Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. In: Psychologische Rundschau 47 (1996), H. 4, 199 – 215
Bausch-Weis, G. (2004)	Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung - Abschlussbericht des Modellprojekts zur „Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege“, Altenheime der Stadt Mönchengladbach, online verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/PdfAnlagen/altenpflegeschueler-gesundheitsfoerderung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf zuletzt geprüft am 24.01.2009 und gekürzt in: Badura, Schellschmidt, Vetter (Hrsg.) (2005), 254 – 265
Beardslee, W. R., Podorefsky, D. (1988)	Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. American Journal of Psychiatry 145 (1), 63 - 69
Becker, W., Meifort, B. (1997)	Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf für´s Leben. Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 200, Berlin/Bonn

- Becker, W.,
Meifort, B. (1998)** Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf für´s Leben. Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften, Teil 2. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 227, Berlin/Bonn
- Berger, G. (1999)** Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In: Zimmer, A., Weyerer, S. (1999), 138 - 152
- Berger, J.,
Genz, H. O.,
Küfner, S. et al. (2003)** BGW-DAK Gesundheitsreport 2003, Berlin, IGES
- Bermejo, I.,
Muthny, F. A. (1994)** "Burnout" und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege, Medizinische Psychologie, Band 6, Münster
- Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege
BGW (2005)** „Psychische Belastungen in der Altenpflege“ - Zusammenfassung verschiedener Studien, BGW - Forschung, Hamburg
- Brühlmann-Jecklin, E.,
Petzold, H. G. (2006)** Supervision bei Pflegefachleuten. Eine Studie zur Situation in der Schweiz. Bei www.fpi-publikationen.de, Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet Zeitschrift, Jg. 2006
- Bundeszentrale für
gesundheitliche
Aufklärung / Bengel,
J., Schrittmatter, R.,
Willmann, H. (Hrsg.)
(1998)** Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussion und Stellenwert, Köln
- Bürgerliches
Gesetzbuch (BGB)** Online verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/bgb/>
zuletzt geprüft am 25.04.2009
- Busch, K. (2007)** Krankenstand 1970 bis 2006 und Januar bis April 2007. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Berlin
- Deutsches Institut für
Wirtschaftsforschung
(DIW)** Berlin, online verfügbar unter:
<http://www.diw.de/documents/publikationen/73/38583/dp240.pdf>
zuletzt geprüft am 15.01.2009

- Dymarczyk, Chr. (2003a)** Zusammenfassung: Das Altenheim aus Perspektive des Pflegepersonals - Lebensort für die eigene Zukunft? www.uni-bonn.de/Aktuelles/Presseinformationen/2003/432/bilder/Altenheim-Umfrage.pdf
Zuletzt geprüft am 10.10.2009
- Eck, D. (Hg.) (1998)** Supervision in der Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Ertel, M., Richter, G., Blass, K., Klein, B., Gaugisch, P. (2005)** Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen in der Pflege – aktuelle Projekte im Rahmen der Initiative „Neue Qualität der Arbeit“. In: Badura, Schellschmidt, Vetter (Hrsg.) (2005), 221 – 235
- Europäische NEXT-Studie (nurses` early exit study)** online verfügbar unter: http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/index_dt.htm
zuletzt geprüft am 24.01.2009
- Fengler, J. (2001)** Helfen macht müde - Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Filipp, S.-H. (Hrsg.) (1990)** Kritische Lebensereignisse, 2. erw. Auflage, Psychologie Verlags Union, München
- Filipp, S.-H., Mayer, A. K. (1999)** Bilder des Alters - Altersstereotype und die Beziehung zwischen den Generationen, Kohlhammer, Stuttgart
- Flammer, A. (1990)** Erfahrung der eigenen Wirksamkeit: Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung, Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto
- Freund, A. M., Riediger, M.: (2005)** Gerontopsychologie: Erfolgreiches Altern, Psychologie of Aging. In: Weber, H., Rammsayer, Th. (2005), 564 - 571
- Fried, E. (1985)** „Um Klarheit“ und in: „Gesammelte Werke“ (1998), Bd. 3, 183, Wagenbach, Berlin
- Friedrichs, J. (1973)** Methoden empirischer Sozialforschung, Rowohlt Verlag Hamburg, 288 – 308
- Frühmann, R., Petzold, H. G. (1993a)** Lehrjahre der Seele, Junfermann Verlag, Paderborn.

- Garnezy, N. (1993)** Children in poverty, Resilience despite risk. Psychiatry 56, 127-136
- Gmünder Ersatzkasse (GEK) (2004)** Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band XXXII, online verfügbar unter:
http://media.gek.de/downloads/magazine/EditionGesundheitliche_Belastungen.pdf
 zuletzt geprüft am 10.02.2009
- Gennrich, R. (1995)** Dimensionen und Modelle angemessener Personalschlüssel in der stationären Altenpflege. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) „Forum“ 22, Köln
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG)** Fassung der Neubekanntmachung vom 25.08.2003, Bundesgesetzblatt 2003, Teil I, S. 1690, zuletzt geändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. Teil I, S. 874) und das Gesetz zur Durchführung des Altenpflegegesetzes und zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe vom 27. Juni 2006 sowie die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Altenpflegehilfeausbildung (APRO-APH) vom 23.08.2006. Die APRO-APH trat mit Wirkung vom 01.09.2006 in Kraft.
 Online verfügbar unter:
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/gesetze,did=3268.html>
 Zuletzt geprüft am 10.10.2009
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)** 16.07.2003, Bundesgesetzblatt 2003, Teil I, S. 1442, Inkrafttreten der letzten Änderung am 8. November 2006 (Art. 559 VO vom 31. Oktober 2006).
 Online verfügbar unter:
<http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/bgbl103s1442.pdf>
 Zuletzt geprüft am 10.10.2009
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) (2008)** 28.05.2008, Bundesgesetzblatt 2008, Teil I, Nr. 20.
 Online verfügbar unter:
<http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/bgbl108s0874.pdf>
 Zuletzt geprüft am 10.10.2009

- Gottfried, K.,
Petitjean, S.,
Petzold, H. G.
(2003)** Supervision in der Psychiatrie - eine Multicenterstudie (Schweiz). In: Petzold, Schigl, Fischer, Höfner (2003), 299 – 334
- Görres, S.,
Friesacher, H.
(1998)** Pflegewissenschaft in Deutschland – gegenwärtiger Stand und Entwicklungsperspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 31, Heft 3, 157-169, Darmstadt
- Grond, E. (2007)** Gewalt gegen Pflegende - Altenpflegende als Opfer und Täter, Verlag Hans Huber, Bern
- Gruhl, M. (2008)** Die Strategie der Stehauf-Menschen. Resilienz - so nutzen Sie Ihre inneren Kräfte, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau
- Hasselhorn, H. M.,
Müller, B. H.** Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie. In: Badura, Schellschmidt, Vetter (Hrsg.) (2005), 21 – 47
- Hirsch, R. D. (1983)** Arbeitsbelastung und deren Bewältigung: Soziale, psychische und somatische Belastungen, Bewältigung und Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Eine Analyse vorliegender Ansätze und eine empirische Untersuchung des Pflegepersonals in einer Nervenklinik, Leudemann-Verlag, München
- Hirsch, R. D. (2002)** Supervision, Teambesprechung, Balintgruppe - Professionalisierung in der Altenarbeit, Ernst Reinhardt Verlag, München
- Hofmann, F.,
Michaelis, M.** Körperliche und psychische Erkrankungsrisiken im Altenpflegeberuf: Arbeitsmedizinische Ergebnisse. In: Zimmer, A., Weyerer, S. (Hrsg.) (1999), 200 – 214
- Horn, E. (1996)** Einleitung. Studententag. Bildungshaus Maria Trost, Graz
- Hüther, G. (2001)** Biologie der Angst - wie aus Stress Gefühle werden, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Käppeli, S. (1989)** Projekt „Treffpunkt“ - Ein Aktionsforschungsprojekt in einem Pflegeheim. In: Pflege, 2, 49 – 57
- Knaus, K.-J. (2005)** Zur Situation von Altenheimen in Deutschland - Materialien, Insiderperspektiven, Aufgaben für die Supervision. In: Petzold, Müller (2005), 7 – 27

- Knaus, K. - J.,
Petzold, H. G.,
Müller, L. (2005)** Supervision im „Feld“ der Altenhilfe in Deutschland - eine explorative Multicenterstudie.
Bei www.fpi-publikationen/supervision.de, Supervision: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. 2005
- Kruse, A.,
Schmitt, E.** Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In: Zimber, A., Weyerer, S. (Hrsg.) (1999), 155 – 169
- Kuhlmeiy, A.,
Winter, M. H. - J.
(2000)** Qualifikationsentwicklung in der deutschen Pflege - Ergebnisse einer aktuellen Datenanalyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 33, Heft 6, 480 - 487, Darmstadt
- Kühnert, S. (Hrsg.)
(1995)** Qualifizierung und Professionalisierung in der Altenarbeit. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Vincentz-Verlag, Hannover
- Landau, , K.,
Weißert-Horn, M.
(2001)** Altenpflege - belastend für Geist und Körper? Instrumentarium zur Darstellung der körperlichen, mentalen und emotionalen Belastungen bei pflegerischen Tätigkeiten - Grundlegende Hilfe zur Erkennung von Belastungen sowie zur Orientierung und Optimierung von Arbeitsabläufen. Erweiterte Pilotstudie durchgeführt vom Institut für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt und der Paul-Lempp-Stiftung, Stuttgart
- Landau, K.,
Weißert-Horn, M.
(2004)** „Arbeitsgestaltung und Arbeitssituation bei psycho-mentaler Belastung in der Altenpflege“. Gefördert durch die Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen des Programms „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“, online verfügbar unter:
http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02020311_landau.pdf
zuletzt geprüft am 23.02.2009
- Lehr, U. (2007)** Psychologie des Alterns, Quelle & Meyer Verlag, Wiebelsheim
- Lewis, M.,
Miller, S. M. (1988)** Handbook of developmental psychopathology, Plenum, New York
- Lorenz, R. (2005)** Salutogenese - Grundwissen für Psychologen, Mediziner- und Pflegewissenschaftler, Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag, München
- MDK** Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, online verfügbar unter
<http://www.mdk.de/index.htm>
zuletzt geprüft am 11.01.2009

- Maisch, H. (1997)** Patiententötungen - Dem Sterben nachgeholfen, Kindler Verlag GmbH, München
- Märtens, M.,
Petzold, H. G. (2002)** Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Grünewald. Mainz
- Metzmacher, B.,
Petzold, H. G.,
Zaepfel, H. (1995)** Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 1, Junfermann, Paderborn
- Meyer, M. (1998)** Gewalt gegen alte Menschen in Pflegeeinrichtungen, Verlag Hans Huber, Bern
- Miles, C. C.,
Miles, W. R. (1932)** The correlation of intelligence scores and chronological age from early to late maturity. American journal of psychology, 44, 44 – 78
- Müller, L.,
Petzold, H. G. (2002)** Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen - Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen. Grundlagen für eine integrative Praxis, Teil 1. In: Integrative Therapie - Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, 1/2002, 52 - 90, Junfermann, Paderborn
- Müller, L.,
Petzold, H. G. (2002)** Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen - Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen. Grundlagen für eine integrative Praxis, Teil 2. In: Integrative Therapie - Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, 2/2002, 109 - 134, Junfermann, Paderborn
- Müller, L.,
Petzold, H. G. (2002a)** Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „prekären Lebenslagen“ - „Client dignity“?. In: Märtens, Petzold (2002), 293 - 332
- Müller, L.,
Petzold, H. G. (2003)** Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen, Bei www.fpi-publikationen/polyloge.de, Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Ausgabe 08 / 2003, Verlag Petzold + Sieper, Düsseldorf/Hückeswagen und in: Petzold, H. G. (2004a), 108 – 154

- Müller, L.,
Petzold, H. G.,
Schreiter-Gasser, U.
(2005)** Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit - Eine explorative Multicenterstudie in der Deutschschweiz. In: Petzold, H., G., Müller, L. (Hrsg.) (2005), 181 – 214
- Niederfranke, A.,
Schmitz-Scherzer, R.,
Filipp, S. H. (1996)** Die Farben des Herbstes. Die vielen Gesichter des Alters heute. In: Studienbrief 1, Funkkolleg Altern, 1/1 – 1/48
- Oerter, R.,
von Hagen, C.,
Röper, G.,
Noam, G. (1999)** Klinische Entwicklungspsychologie, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Oerter, R.,
Montada, L. (2008)** Entwicklungspsychologie, Beltz Verlag, Weinheim, Basel
- Oppikofer, S.,
Albrecht, K. et al.
(2002)** Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 1, 39-48, Darmstadt
- Orth-Petzold, S.,
Disler, T.,
Gottschalk, R.,
Kernbichler, I.,
Müller, L.,
Petzold, H. G. (2009)** Überlegungen zur Feld- und Fachkompetenz von Supervisoren in der Pflege und Altenarbeit - Ein Projekt zur Ausbildung von SupervisorInnen aus der Pflege für die Pflege. Bei: www.fpi-publikationen.de/supervision
Supervision: Theorie - Praxis - Forschung. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Ausgabe 02 / 2009
- Osten, P. (2000)** Die Anamnese in der Psychotherapie, Ernst Reinhardt Verlag, München
- Ostermann, D. (2009)** Gesundheitscoaching, VS Verlag, Wiesbaden
- Petzold, H. G. (1977e)** Integrative Geragogik – gestalttherapeutische und integrative Methode in der Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: Petzold, H. G. (2004a), 155 – 193
- Petzold, H. G. (1979c)** Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. Integrative Therapie 1/2, 51 – 78
- Petzold, H. G. (1981g)** Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen. In: Petzold, H. G. (2004a), 219 – 248

- Petzold, H. G. (1990e)** Integrative Therapie der Lebensspanne. In: Petzold, H. G. (2003a), 515 – 605
- Petzold, H. G. (1990g)** Vorlesungen zur Sozialgerontologie I: Nonverbale Interaktion, II: Prinzipien der Organisationsentwicklung im Heimwesen, Vorlesungen auf dem Studientag von Pro Senectute Österreich, 7.12.1990, Batschuns, Vorarlberg
- Petzold, H. G. (1991j)** Bedrohte Lebenswelten - Überforderung, Burnout und Gewalt in Heimen. In: Petzold, Petzold (1992), 248-292, erw. von (1989b)
- Petzold, H. G. (1991k)** Der "Tree of Science" als metahermeneutische Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf, repr. Bd. II, 2 (1992a), 457-647; (2003a), 383 – 514
- Petzold, H. G. (1992b)** Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, Bd. II, 2 (1992a), 789 - 870; (2003a), 607 - 663 und revid. in (1995g)
- Petzold, H. G. (1993c)** Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1: Frühe Schäden, späte Folgen, Junfermann, Paderborn
- Petzold, H. G. (1993g)** Krisen der Helfer. In: Schnyder, U., Sauvant, Ch. (2000), 157-196.
- Petzold, H. G. (1994j)** Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke, Junfermann, Paderborn
- Petzold, H. G. (1995a)** Weggeleit und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1995), 169 – 280
- Petzold, H. G. (1997p)** Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. In: Petzold, H. G. (2007a), 287-319 und in: Integrative Therapie 4 (1997), 435-471
- Petzold, H. G. (2000h)** Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der "Integrativen Therapie" und ihrer biopsychosozialen Praxis für "komplexe Lebenslagen" (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen.
Bei: www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 01/2002

- Petzold, H. G. (2002h)** "Klinische Philosophie" - Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur. Über die Quellen der Integrativen Therapie, biographische Einflüsse und ReferenztheoretikerInnen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpipublikationen.de/materialien.htm - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 06/2002
- Petzold, H. G. (Hrsg.) (2003g)** Lebensgeschichten erzählen - Biographiearbeit, Narrative Therapie, Identität (Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie), Junfermann Verlag, Paderborn
- Petzold, H. G. (2003a)** Integrative Therapie (3 Bände), Junfermann Verlag, Paderborn (überarbeitete und ergänzte Neuauflage von 1991, 1992, 1993)
- Petzold, H. G. (2004a)** Mit alten Menschen arbeiten - Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis, Teil 1, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Petzold, H. G. (2005a)** Mit alten Menschen arbeiten - Lebenshilfe - Psychotherapie - Kreative Praxis, Teil 2, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Petzold, H. G. (2007a)** Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung - Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Petzold, H. G. et al. (2001b)** Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen - Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative "Biographiearbeit" bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Amsterdam. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 04 / 2001 auch in: Integrative Therapie 4 / 2002, 332 – 416
- Petzold, H. G., Goffin, J. J. M., Oudhof, J. (1993)** Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in der Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold (1993c) und in: Petzold, H. G., Sieper, J. (Hrsg.) (1993a), 173 – 266
- Petzold, H. G., Müller, L. (2001)** Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. (Chartacolloquium I, Kindertherapie). Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2001

- Petzold, H. G.,
Müller, L. (2004a)** Biographiearbeit mit alten Menschen – Erarbeiten und Teilen biographischer Erfahrung. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 02/2004. Auch in Petzold (2004a), 249-262.
- Petzold, H. G.,
Müller, L. (2004b)** „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Moderne Altersforschung, „Philosophische Therapeutik“ und „Lebenskunst“ in einer „gerontotropen“ Gesellschaft. Überlegungen mit Cicero über die „kompetenten Alten“ für die Arbeit mit alten Menschen. In: Petzold, H. G. (2004a), 17 – 85
- Petzold, H. G.,
Müller, L. (Hrsg.)
(2005)** Supervision in der Altenarbeit, Pflege und Gerontotherapie, Junfermann Verlag, Paderborn
- Petzold, H. G.,
Müller, L.,
Horn, E.,
Leitner, A. (2005)** Der permanente Skandal - gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen - in Tirol und allüberall. Eine sozialwissenschaftliche und supervisorische Felderkundung. In: Petzold, H. G., Müller, L. (Hrsg.) (2005), 28 – 117
- Petzold, H. G.,
Müller, L.,
König, M. (2008)** Supervision in Einrichtungen der Altenarbeit im deutschsprachigen Raum - ein Vergleich freier Studien der empirischen Felderkundung im Österreich, Deutschland und der Schweiz. Bei www.fpi-publikationen.de/supervision Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Ausgabe Jg. 2008
- Petzold, H. G.,
Orth, I. (1994)** Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama in der karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse der Integrativen Therapie - diagnostische, therapeutische, symboltheoretische Konzepte, in: Frühmann, R., Petzold, H. G. (1993a), 367 – 445
- Petzold, H. G.,
Orth, I. (1996b)** Das Konflux-Modell und die Arbeit mit kokreativen Prozessen in Teamsupervision und Organisationsberatung. Fritz Perls Institut, Düsseldorf. Erw. in: Kunst & Therapie, 1, (1997), 1 - 46. Erw. in: Petzold (1998a), 255 - 304 und in Petzold (2007a), 211 – 248
- Petzold, H. G.,
Petzold, Ch. (1993b)** Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden - gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG, in: Petzold, Sieper (1993a) 633 – 647

- Petzold, H. G.,
Rodriguez-Petzold, F.
(1997)** Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen - ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem. Erw. in: Petzold (2007a), 149 - 175 und in: Eck, D. (Hrsg.) (1998), 79 – 98
- Petzold, H. G.,
Schay, P., Ebert, W.
(2004)** Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Verlag für Sozialwissenschaften, Band I, Wiesbaden
- Petzold, H. G.,
Schay, P.,
Hentschel, U. (2004)** Niedrigschwellige Drogenarbeit und „intermittierende“ Karrierebegleitung als Element einer protektiven Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, Band I, 79-107.
- Petzold, H. G.,
Schay, P.,
Scheiblich, W. (Hrsg.)
(2006)** Integrative Suchtarbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Petzold, H. G.,
Schigl, B.,
Fischer, M.,
Höfner, C. (2003)** Supervision auf dem Prüfstand - Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation, Leske + Budrich, Opladen
- Petzold, H. G.,
Sieper, J. (Hrsg.)
(1993a)** Integration und Kreation, Junfermann Verlag, Paderborn
- Petzold, H. G.,
Wolff, H. - U.,
Landgrebe, B.,
Josic, Z. (2002)** Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie, Junfermann Verlag, Paderborn
- Petzold, H. G.,
Wolff, U.,
Landgrebe, B.,
Josic, Z.,
Steffan, A. (2000)** Integrative Traumatherapie - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit "posttraumatischer Belastungsstörung". In: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe. Junfermann Verlag, Paderborn, 445 – 579

- Petzold, Ch.,
Petzold, H. G. (Hrsg.)
(1991)** Lebenswelten alter Menschen - Konzepte, Perspektiven, Praxisstrategien, Vincentz Verlag, Hannover
- Petzold, Ch.,
Petzold, H. G. (1993b)** Integrative Therapie mit alten Menschen und Sterbenden - gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG. In: Petzold, H. G., Sieper, J. (Hrsg.) (1993a): 633 – 644
- Petzold, Chr.,
Petzold, H. G. (1997b)** Supervision in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen. In: Eck, D. (1998), 240 – 255
- Pflegestatistik 2007** Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse, online verfügbar unter:
<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?-cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023269>
zuletzt geprüft am 24.02.2009
- Pro Alter (1997)** Fachmagazin des Deutschen Kuratoriums Altershilfe, 04/1997, Köln
- Rabkin, J. G,
Remien, R.,
Katoff, L.
Williams, J. B. W.
(1993)** Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. Hospital and Community Psychiatry 44 (2), 162 - 167
- Resch, G.,
Heimerl, K.,
Weissmann, V.,
Gunkel, L. (2005)** „Gesunde Arbeit in der Altenpflege“ – ein leitfadenbasiertes Selbstbewertungsverfahren zur Reduktion arbeitsbedingter Belastungen. In: Badura, Schellschmidt, Vetter (Hrsg.) (2005), 237 – 251
- Rolf, J., Masten, A.,
Cicchetti, D.,
Nuechterlein, K. H.,
Weintraub, S. (eds)
(1990)** Risk and protective factors in the development of psychopathologie. Cambridge University Press, Cambridge
- Rotter, J. B. (1954)** Social learning and clinical psychology. New York: Prentice-Hall.
- Rutter, M. (1990)** Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf, J. et al. (1990), 181 – 214

- Sange, P. (2005)** Integrative Supervision zum Thema Sterben und Tod in der Ausbildung junger Krankenschwestern und -pfleger. In: Petzold, H., G., Müller, L. (Hrsg.) (2005), 164 – 180
- Schäfer, D. (1997)** Eine verschworene Gemeinschaft leistet gute Pflege. In: Pflegezeitschrift Nr. 1/97, 853-856
- Schay, P.,
Petzold, H. G.,
Jakob-Krieger, C.,
Wagner, M. (2006)** Lauftherapie als übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie in der klinischen Rehabilitation Drogenabhängiger – Theorie, Praxis, Forschung. In: Petzold, H. P., Schay, P., Scheiblich, W. (2006), 159 - 207
- Schenda, R. (1972)** Das Elend der alten Leute, Patmos-Verlag, Düsseldorf
- Schmidbauer, W. (1983)** Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. Überarbeitete und erweiterte Neuauflage (1992), Rowohlt, Hamburg
- Schneider, K.,
Muster-Wäbs, H.,
Bohrer, A.,
Thranberend, T. (2004)** Vom Lernfeld zur Lernsituation – Pflege. Strukturierungshilfe zur Analyse, Planung und Evaluation von Unterricht. (1. Auflage). Troisdorf: Eins.
- Schnyder, U.,
Sauvant, Ch. (2000)** Krisenintervention in der Psychiatrie, Verlag Hans Huber, Bern
- Schreyögg, A. (1991)** Supervision - ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis, 3. Auflage 2000, Junfermann Verlag, Paderborn
- Schreyögg, A. (1994)** Wie viele „Brillen“ verwenden Berater? Zur Bedeutung von Mehrperspektivität in Supervision und Organisationsberatung. In: Organisationsberatung - Supervision - Clinical Management, Heft 1, 1994, 5 – 28
- Schulz, E.,
Leidl, R.,
König, H.-H. (2001)** Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle - Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050
- Schützendorf, E. (2006)** Wer pflegt muss sich pflegen - Belastungen in der Altenpflege meistern, Springer-Verlag, Wien
- Seligman, M. E. P. (1999)** Erlernte Hilflosigkeit, Beltz Verlag, Weinheim und Basel

- Siegrist J., Rödel, A. (2005)** Arbeitsbelastungen im Altenpflegeberuf unter besonderer Berücksichtigung der Wiedereinstiegsproblematik, Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf, Anhang 3 zur Machbarkeitsstudie, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Köln
- Simsa, R. (2004)** Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen - Forschungsergebnisse und Ansatzpunkte für Personalmanagement und Politik, ISW - Institut für Sozialwissenschaften, Linz, Austria, Auszug aus WISO 2/2004, 57 – 77
- Sozialgesetzbuch (SGB)** Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), online verfügbar unter:
http://bundesrecht.juris.de/sgb_11/___11.html zuletzt geprüft am 24.01.2009
 Statistisches Bundesamt Deutschland, Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.
 Bei www.destatis.de
- Strümpel, Ch., Zank, S. (1994)** Zur Fortbildungsbereitschaft von Pflegekräften in der Altenpflege: Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 7, Heft 4, 239 – 252
- Studienbrief 1, Funkkolleg (1996)** Altern. Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen
- Tews, H. P. (1995)** Altersbilder - Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter. Forum Kuratorium Deutsche Altershilfe, Nr. 16
- Thomae, H. (1983)** Altersstile und Altersschicksale - Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie, Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart – Wien
- Van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (2000)** Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze; Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Erweiterte deutsche Ausgabe. Junfermann Verlag, Paderborn
- Varevics, P., Petzold, H. G. (2005)** Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid, Trost, Sinn - Hilfen für therapeutische, beraterische und supervisorische Suchbewegungen in der Lebensspanne. Integrative Therapie 1-2, 129-161 und in: Petzold, Müller, L. (2005), 130 - 163

- Verordnung über personelle Anforderungen für Heime** (Heimpersonalverordnung - HeimPersV), online verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/heimpersv/BJNR120500993.html#Seitenanfang> zuletzt geprüft am 11.01.2009
- Walter, U., Flick, U., Neuber, A., Fischer, C., Schwartz, F-W. (2006)** Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden
- Weber, H., Rammsayer, Th. (2005)** Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und differentiellen Psychologie / Handbuch der Psychologie, Band 2, Hogrefe Verlag, Göttingen
- Welter-Enderlin, R. (2006)** Einleitung: Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie, in: Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (2006), 7 – 19
- Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (2006)** Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände, Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- Weidner, F., Isfort, M. (2007)** Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) Köln, online verfügbar unter: <http://www.dip.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf> zuletzt geprüft am 09.01.2009
- Weyerer, S., Schäufele, M. (1999)** Epidemiologie körperlicher und psychischer Beeinträchtigung im Alter. In: Zimmer, A., Weyerer, S. (1999), 3 – 23
- Zellhuber, B. (2003)** Altenpflege - ein Beruf in der Krise? Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich / Zugl.: Dortmund, Univ., Diss., 2004, online verfügbar unter: <http://eldorado.uni-dortmund.de:8080/handle/2003/2916> zuletzt geprüft am 06.02.2009
- Zimmer, A. (1999)** Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege. In: Zimmer, A., Weyerer, S. (Hrsg.) (1999), 170 – 184

- Zimber, A.,
Albrecht, A.,
Weyerer, S. (2000)** Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. In: Pflege aktuell 05/2000, 272 - 275, Berlin
- Zimber, A.,
Barthelme, G.,
Ihsen, M.,
Polak, U. (2000)** Die Situation der Pflegeberufe in Deutschland: Gutachten zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Hamburg: BGW
- Zimber, A.,
Weyerer, S. (Hrsg.)
(1999)** Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen

A. Anhang - Anschreiben Fragebogen

ANDREA NIESSEN • DIPLOM-SOZIALPÄDAGOGIN • SUPERVISORIN DGSV*

Brückweg 7
52146 Würselen
(02405) 45 47 85
(0172) 936 78 80
niessen.andrea@gmx.de
www.andreaniessen.de

Andrea Niessen • Brückweg 7 • 52146 Würselen

An die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
im Altenpflegerischen Arbeitsfeld

Würselen, 06. Oktober 2008

Studie zum Forschungsprojekt „Arbeitsbelastungen für Mitarbeiter in Altenheimen“ - eine Studie zur Untersuchung protektiver Faktoren

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie einladen, an einem Forschungsprojekt mitzuarbeiten, das sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Altenpflegerischen Arbeitsfeld richtet.

Das Ziel der Untersuchung ist, folgendes herauszufinden:

- Welche Belastungsfaktoren entstehen im pflegerischen Arbeitsfeld?
- Welche Faktoren halten Pflegekräfte trotz starker beruflicher Belastungen gesund?
- Wie können krankmachende Faktoren im Arbeitsfeld Altenpflege reduziert werden und welche Möglichkeiten der Entlastung bieten sich an?

Kurz zu meiner Person: Ich bin Dipl. Sozialpädagogin und arbeite seit vielen Jahren im Aus- und Weiterbildungsbereich von Pflegekräften. Zurzeit befinde ich mich in Elternzeit. Seit 2002 arbeite ich freiberuflich als Supervisorin im Gesundheits-/Sozialwesen.

Im Rahmen meines Studiums an der Donau-Universität in Krems (Österreich) führe ich dieses Forschungsprojekt mit den entsprechenden Befragungen durch.

Ich bitte Sie nun, diese Studie zu unterstützen, indem Sie beiliegenden Fragebogen bis zum 20. Oktober 2008 ausgefüllt an mich zurückgeben (**verschlossene Abgabe am Empfang im Altenheim**).

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Angaben nur zu Forschungszwecken ausgewertet und in anonymisierter Form verarbeitet werden.

Eventuell können Sie die Fragebögen (sie können fotokopiert werden) auch an weitere Kolleginnen und Kollegen weitergeben, denn ich brauche einen möglichst großen Rücklauf. Sie können natürlich auch bei mir weitere Exemplare bestellen.

Die Ergebnisse sollen in Form einer Publikation allen interessierten Kreisen und damit auch Ihnen als Mitwirkende zugänglich gemacht werden.

Sollten Sie Fragen zur Untersuchung oder an mich haben, können sie gerne Kontakt zu mir aufnehmen.

Herzlich dankend für Ihre Unterstützung verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen

Andrea Niessen

B. Anhang - Fragebogen für MitarbeiterInnen eines Altenheims zum Forschungsprojekt

„Arbeitsbelastungen für MitarbeiterInnen in Altenheimen“ - Eine Studie zur Untersuchung protektiver Faktoren

Ich danke Ihnen, dass Sie Zeit und Konzentration aufwenden, um den folgenden anonymen Fragebogen möglichst exakt auszufüllen. Er wird Sie ca. 30 - 45 Minuten in Anspruch nehmen.

I. Persönliche und berufliche Rahmenbedingungen:

Ausfüllende Person:

Männlich Weiblich (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Alter _____

Funktion in der Einrichtung (z. B. Mitarbeiterin in der Pflege, Wohnbereichsleiterin, Küchenhilfe, etc.)

Wie hoch ist Ihr Stellenumfang (Arbeitszeit pro Woche) laut Arbeitsvertrag? _____

Wie viele Stunden arbeiten Sie im durchschnitt pro Woche tatsächlich? _____

Ihr Grundberuf: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Exami nierte/r Altenpfleger/in
- Exami nierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger/in
- Exami nierte/r Altenpflegehelfer/in
- Exami nierte/r Krankenpflegehelfer/in
- Pflegehelfer/in / Pflegeassistent/in
- Hauswirtschaftshelfer/in
- Hauswirtschaftler/in
- Hauswirtschaftsmeister/in
- Ergotherapeut/in (früher: Arbeits-/Beschäftigungstherapeut/in)
- Physiotherapeut/in
- Sozialarbeiter/in
- Sozialpädagoge/in
- Psychologe/in
- Arzt/Ärztin
- Sonstiges _____

Berufsausbildung(en) und evtl. Weiterbildungen (bitte chronologisch, d. h. Erstausbildung zuerst)

Beispiel: 1986-1988: Ausbildung zur Arzthelferin, 2001-2004 Umschulung zur Altenpflegerin, 2006-2007 Weiterbildung zur Wohnbereichsleitung

Berufserfahrung im Pflegebereich in Jahren _____

Berufserfahrung insgesamt in Jahren _____

II. Arbeitszufriedenheit

Bewertung	sehr zufrieden	mäßig zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Mit den Beziehungen zu den Kollegen bin ich				
Mit dem Führungsstil durch die Vorgesetzten (z. B. WBL) bin ich				
Mit dem Führungsstil durch die Pflegedienstleitung bin ich				
Mit dem Führungsstil durch die Heimleitung bin ich				
Mit den betrieblichen Sozialleistungen bin ich				
Mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten bin ich				
Mit den Weiterbildungsmöglichkeiten bin ich				
Mit dem Ansehen des Unternehmens bin ich				
Mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten im Heim bin ich				
Mit den Möglichkeiten, über die Arbeitsabläufe (Art der Durchführung, Einteilung, Tempo etc.) selbst zu entscheiden bin ich				
Mit der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bin ich				
Mein Beruf bietet Halt und soziale Sicherheit				
Durch meine Arbeit wird die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessert. Das gibt mir Bestätigung und fördert mein Selbstbewusstsein				

Ausgeglichenheit:

Ich fühle mich ausgeglichen durch:

Bewertung	Trifft voll zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	trifft nicht zu
regelmäßigen Sport				
regelmäßigen Urlaub				
gezielte Pausen- und Ruhezeiten				
ein unterstützendes familiäres und freundschaftliches Umfeld				
Gute Ernährung				
ruhiges und selbst bestimmtes Verhalten				
klare Trennung von Beruf und Privatleben				

Bemerkungen

III. Ressourcen/protective Faktoren/Resilienz

Woraus entwickeln Sie im allgemeinen Kraft/Entlastung/Motivation für Ihre berufliche Tätigkeit?

Bewertung	Hohe Motivation	Mäßige Motivation	Geringe Motivation	Keine Motivation
Arbeitsplatzsicherheit				
Arbeitszeit				
Gehalt				
Arbeit selbst, Freude an der Arbeit				
Kollegen				
Vorgesetzte				
Urlaub				
Weiterbildung				
Beförderung				
Bewohner, Patienten				

In Stress- und Belastungssituationen ... (bitte ankreuzen)

Bewertung	Voll zutreffend	Teilweise zutreffend	Nicht zutreffend	Unentschieden
bin ich weiterhin vital und relativ unempfindlich gegenüber Belastungsfaktoren				
kann ich Belastungen oder Risiken effektiv bewältigen				
kann ich mich hinterher schnell und nachhaltig erholen				
kann ich die Situation weiterhin kontrollieren und meine Fähigkeiten und Fertigkeiten einsetzen				
passe ich mich an die Belastungssituationen an, ohne dass psychische oder psychosomatische Symptome feststellbar werden				
weiche ich aus, nehme mich zurück				
kämpfe ich, behaupte mich selbst				
habe ich nicht immer die Möglichkeit, die Wünsche und Gefühle der Bewohner zu respektieren				
spreche ich über meine Belastungen und mobilisiere in meinem Umfeld Personen, die mir helfen				

Bemerkungen:

„Ressourcen sind Mittel, bzw. Hilfsmittel zur Erledigung oder Bewältigung von Anforderungen und Aufgaben. Mit ihnen können Belastung, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden.“

Bitte kreuzen sie an, inwieweit Sie diese Ressourcen bei sich selbst wahrnehmen:

Bewertung				
Innere Ressourcen / Stützen:	Stark ausgeprägt	Weniger ausgeprägt	Gering ausgeprägt	Nicht ausgeprägt
Fühle mich körperliche vital				
Bin emotional belastbar				
Bin willensstark, ehrgeizig				
Bin intelligent				
Habe hohe geistige Werte				
Bin selbstbewusst				
<u>Äußere Ressourcen / Stützen:</u>				
Habe einen unterstützenden Freundeskreis				
Habe eine liebevolle, unterstützende Familie				
Habe eine unterstützendes, soziales Netzwerk				
Lebe in einem schönen Zuhause				
Bin finanziell abgesichert				

Bemerkungen

Wenn ich vor einer schwierigen Aufgabe stehe, ...

Bewertung	Voll zutreffend	Teilweise zutreffend	Nicht zutreffend	Unentschieden
Geht mir eher durch den Kopf, welche Probleme diese mit sich bringt				
Denke ich daran, welche Konsequenzen folgen könnten, wenn ich nicht damit fertig werde				
Belaste ich mich mit Gedanken an meine Unerfahrenheit mit dieser speziellen Anforderung				
Denke ich als allererstes daran, was mich an dieser Aufgabe reizt				
Erinnere ich mich, wie viele Probleme ich bisher schon gelöst habe				
Mache ich mir bewusst, was der Lohn ist, wenn ich es schaffe				

Wenn die Dinge nicht so laufen, wie ich es mir vorstelle, dann ...

Wenn ich von anderen Menschen oder von mir selbst enttäuscht bin, ...

Bewertung	Voll zutreffend	Teilweise zutreffend	Nicht zutreffend	Unentschieden
Lehne ich mich gegen die Umstände auf, auf die ich keinen Einfluss habe				
Hadere ich dauerhaft damit, dass sich die Dinge anders als erwünscht entwickelt haben				
Denke ich daran, dass sich in Krisen auch neue Möglichkeiten eröffnen				
Kann ich meine eigenen Grenzen und Unzulänglichkeiten akzeptieren				
Verwende ich viel Zeit und Energie darauf, die Probleme immer wieder zu analysieren und zu beklagen				
Versuche ich, Ressourcen zu aktivieren sowie Verbesserungen und Fortschritte zu erreichen				

Bemerkungen

IV. Bilder des Alters

Das subjektive Erleben des Alters

Bewertung	Trifft voll zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	trifft nicht zu
Ich habe Angst vor meinem eigenen Leiden, Sterben, Tod				
Ich habe gute Kontakte mit alten Menschen in meinem privaten Umfeld				
Ich habe gute Erfahrungen sammeln können mit alten Menschen außerhalb meines familiären Rahmens (Nachbarschaft, im Verein, über Kontakte zu Freunden und deren Eltern, Großeltern, etc.)				
Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht mit alten Menschen außerhalb meines familiären Rahmens				
In der letzten Phase meines Lebens würde ich in ein Altenheim ziehen				

Haben Sie Lernerfahrungen durch alte Menschen? Wenn ja, benennen Sie Dinge, die Sie schon als Kind von alten Menschen gelernt haben:

Bewertung	Trifft voll zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	trifft nicht zu
Religiöse Werte				
Geschlechtsspezifische Verhaltensweisen				
Hauswirtschaftliche Fähigkeiten				
Erzählungen, Märchen				
Verwöhnt werden				
Mehr Freiheiten als bei den Eltern				
Umgang mit Geld				
Materielle Zuwendung				
immaterielle Zuwendung				
Lebensklugheit und Gelassenheit				

Bemerkungen: _____

Welche Persönlichkeitsmerkmale haben Ihrer Meinung nach alte Menschen?

Bewertung	Trifft voll zu	Trifft teilweise zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
weise				
großzügig				
gelassen				
selbstsicher				
erfahren				
tolerant				
haben moralische Grundsätze				
isoliert				
passiv				
unselbständig				
einsam				
hilfebedürftig				
arm				
durch Gedächtnisabbau Rückgang der Intelligenz				
ängstlich				
körperlich eingeschränkt (insbes. Seh- und Hörvermögen, Mobilität)				
vergesslich				
verwirrt				
vergangenheitsbezogen				
unflexibel				

Bemerkungen: _____

Benennen Sie für sich positive Vorbilder von Altsein (z. B. Personen, die Ihnen bekannt sind und beschreiben Sie diese)

Welche Erfahrungen haben Sie mit alten Menschen in Ihrer Kindheit bzw. in Ihrem Lebensverlauf gemacht?

Positive Erfahrungen: wodurch?

negative Erfahrungen: wodurch?

An welche Situationen mit alten Menschen erinnern Sie sich gerne?

Welche Erinnerungen an alte Menschen sind tröstlich für Sie? Beschreiben Sie die Situationen.

V. Arbeitsbelastung

Sind folgende Situationen/Aufgaben für Sie **belastend**?

Fühlen Sie sich in ihnen **kompetent** oder eher **inkompetent**?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile **2 Mal** an.

Bewertung	Hohe Belastung	Mittlere Belastung	Geringe Belastung	Keine Belastung	Fühle mich kompetent	Fühle mich nicht kompetent
<u>Körperliche Belastung:</u>						
Körperliche Belastung durch Heben und Tragen der Pflegebedürftigen						
Lange Wege, die im Laufe eines Arbeitstages zu Fuß zurück gelegt werden müssen						
<u>Arbeitszeitbedingte Belastung:</u>						
Schichtarbeit, Wochenenddienste, Nachtdienste, Wechsel der Arbeitszeiten						
<u>Psychische Belastung:</u>						
Umgang mit Demenzkranken, verhaltensauffälligen, aggressiven Heimbewohnern						
Konflikte mit Kollegen, Vorgesetzten oder anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten)						
Umgang und Auseinandersetzung mit Angehörigen						
Umgang, Auseinandersetzung mit Leiden, Sterben und Tod						
Umgangston im Team						
Unterdrückung von Ekel und Scham						
Fehlende soziale und emotionale Unterstützung bei der Tätigkeit						
<u>Belastungen durch Bedingungen in der Organisation:</u>						

Bewertung	Hohe Belastung	Mittlere Belastung	Geringe Belastung	Keine Belastung	Fühle mich kompetent	Fühle mich nicht kompetent
Personalmangel						
Mängel in den der Arbeitsabläufen						
Materialknappheit						
räumliche Bedingungen						
Zeitdruck, Zeitmangel						
Administrative Aufgaben						
Ungenügende Qualifikation						
Geringe Entscheidungsspielräume und Mitsprachemöglichkeiten						
Zu gering empfundenes Einkommen						
Fehlende Fortbildungsmöglichkeiten						
Keine Arbeitsplatzsicherheit						
<u>Gefährdung durch Einflüsse der materiellen Umwelt</u>						
Umgang mit gefährlichen Medikamenten oder Gerätschaften, z. B. Injektionsnadeln (Verletzungsgefahr)						
Umgang mit potentiell infektiösen Materialien (z. B. Blut, Urin, Stuhl)						
Umgang mit allergie- und hautreizenden Mitteln (Latexhandschuhe, Desinfektionslösung etc.)						
Künstliche Beleuchtung oder ungünstige klimatische Verhältnisse in der Einrichtung (hohe Temperatur), enge Bewohnerzimmer						
Lärm-, Geruchssituation						

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile **2 Mal** an.

Bemerkungen _____

Die Bereiche, in denen sie sich kompetent fühlen, sind auf bestimmte Gegebenheiten zurückzuführen? Was trifft für Sie zu?

- Kompetenz
- Intelligenz
- Berufserfahrung
- Gesunder Menschenverstand
- Fortbildungen

„Burn-out kennzeichnet einen beruflichen Verausgabungsprozess, an dessen Ende Erschöpfung, reduzierte Leistungsfähigkeit und (zynische) Distanzierung von ehemals stark positiv besetzten Zielen stehen.“

Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt von Burn-out betroffen zu sein? ja nein

Bemerkungen _____

Beispiel:

Frau Richter weigert sich, ihre Medikamente zu schlucken. Pflegekraft Maria wird immer unruhiger. Sie verlässt die alte Dame und läuft über den Flur. Dort steckt sie die Kollegen mit ihrer Erregung an: „Ist der Arzt schon angerufen worden? Nachher kommt die Tochter von Frau Müller. Da liegt ja immer noch der Waschlappen. Kann mal einer die Tür zu machen.“ Dann geht sie zu Frau Richter zurück und unternimmt einen zweiten Anlauf. „Bitte Frau Richter. Frau Richter machen sie den Mund auf! Frau Richter so geht das nicht.“ Frau Richter denkt nicht daran den Mund zu öffnen und Sr. Maria dreht die nächste Runde.

Eine solch beispielhafte Situation kommt häufig im Heimalltag vor. Welche Gefühle, Handlungen würden bei

Ihnen in dieser Stresssituation ausgelöst?

Bewertung	Stark ausgeprägt	Weniger ausgeprägt	Gering ausgeprägt	Nicht ausgeprägt
Gefühl der Überlastung				
Gefühl der Abstumpfung				
Gefühl der Gleichgültigkeit				
Gefühl der Frustration				
Fühle mich schlecht, entwickle Krankheitssymptome				
Werde ungeduldig, grob, aggressiv zu Bewohnern				
Neige dazu, gefährliche Pflege durchzuführen				

Bemerkungen _____

Was würden Sie jemandem raten, der an Burn-out leidet?

Was würden Sie tun, wenn Sie an Ihrer Arbeitssituation etwas verändern könnten?

VI. Coping / Creating

Gab es in Ihrer bisherigen Berufstätigkeit im Feld der Altenpflege

Bewertung	wenige	viele	sehr viele	dauerhaft
Krisen				
sehr schwierige Phasen				
stressreiche Perioden				

Wie haben Sie diese bisher gemeistert?

Was hat Ihnen dabei (am meisten) geholfen? (Mehrfachnennung bis **drei** möglich, bitte ankreuzen)

Gespräche mit Kollegen/innen, Vorgesetzten, etc...

Gespräche mit Partner, Freunden, Familienangehörigen, etc...

professionelle Beratung oder Hilfe (Supervision, Therapie, etc.)

Abgrenzung, Nein sagen

Spaziergänge

Sport

Entspannungstechniken

Fernsehen, Musik hören, lesen, kreativ sein

Haustier/e

Humor

Religion / Kirche

Glaube / Gebet

Fortbildung, Fachliteratur

Stressreduktion durch Alkohol, Nikotin, Essen, etc.

Betäubung durch Medikamente

Verdrängung und einfach weiterarbeiten

Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes

Bewertung	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Mein Gesundheitszustand ist meiner Einschätzung nach insgesamt...						

Bemerkungen: _____

„Supervision begleitet Einzelne, Teams, Gruppen und Organisationen bei der Reflexion und Verbesserung ihres beruflichen Handelns.“

Haben Sie Erfahrung mit Supervision am Arbeitsplatz? ja nein

Bemerkungen: _____

Wenn ja: Haben Sie konkrete positive Erfahrungen (schützende, stützende, förderliche Anteile) in einer Supervision erlebt? Welche?

Wünschen Sie sich mehr emotionale Unterstützung in Ihrer Arbeit in Form von z. B. Supervision? Warum?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Geben Sie nun bitte Ihren **anonym ausgefüllten** Fragebogen (in dem beiliegenden Umschlag) **verschlossen** am Empfang ab.

© Andrea Niessen, 2008

D. Anhang - Fragebogen nach der 6. Supervisionsitzung der WohnbereichsleiterInnen

Frau
 Andrea Niessen
 Brückweg 7
 52146 Würselen

Mittwoch, 19.11.2008, 6. Sitzung
 bitte Rückgabe am 03.12.2008

1. Haben Sie in der Gruppe „Ihren Platz“ gefunden?

2. Wie ist Ihre Beziehungs- und Arbeitsebene zu der Supervisorin?
 (Kreuz in das Kästchen)

Bewertung	Gut	Geht so	Schwierig	Weiß noch nicht
Beziehungsebene				
Arbeitsebene				

3. Sehen Sie für Ihre Anliegen und Probleme konkrete Arbeitsmöglichkeiten in der Gruppe?

4. Was hat sich bis jetzt für Sie durch Supervision in Ihrem Arbeitsalltag geändert?

5. Reagieren Sie in Belastungssituationen an Ihrem Arbeitsplatz anders, seitdem Sie Supervision haben und wenn ja, in welcher Form?

6. Was ich noch sagen wollte:

Bitte benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite. Vielen Dank!