

1	EINLEITUNG.....	4
2	DIE SITUATION DER ALTENPFLEGE IN DER BRD.....	8
2.1	DEMOGRAPHIE UND EPIDEMIOLOGIE.....	8
2.2	ENTWICKLUNG DES BERUFSSTANDES DER ALTENPFLEGE.....	13
2.3	AKTUELLE SITUATION UND ANSÄTZE ZUM METHODENWANDEL IN DER ALTENPFLEGE.....	15
3	AUSBILDUNG UND BERUFSBILD.....	19
3.1	BERUFSAUSBILDUNG.....	20
3.1.1	<i>Voraussetzungen.....</i>	<i>20</i>
3.1.2	<i>Dauer und Abschluss der Ausbildung.....</i>	<i>20</i>
3.1.3	<i>Ausbildungskosten und -vergütung; Einkommensverhältnisse.....</i>	<i>21</i>
3.1.4	<i>Ausbildungssituation und -möglichkeiten.....</i>	<i>22</i>
3.2	BERUFSBILD.....	22
3.2.1	<i>Berufsanforderungen.....</i>	<i>22</i>
3.2.2	<i>Berufsvorbereitende Ausbildungsinhalte.....</i>	<i>24</i>
3.2.3	<i>Beschäftigungsmöglichkeiten nach der Ausbildung.....</i>	<i>25</i>
3.2.4	<i>Berufliche Zukunftsperspektiven.....</i>	<i>26</i>
3.2.4.1	<i>Qualitätssicherung und Qualitätsstufen.....</i>	<i>28</i>
3.2.4.2	<i>Pflegestandards als Anforderungsprofil für Altenpflegepersonal.....</i>	<i>29</i>
4	MOTIVATIONSASPEKT BEI DER BERUFSWAHL ALTENPFLEGE.....	34
4.1	DER KONFLIKT UM BERUFSFUNKTION UND HILFELEISTUNG.....	35
4.2	INFORMATION, BEEINFLUSSUNG UND BERUFSWAHL.....	36
4.3	DIE HELFERROLLE UND ALTRUISMUS IM ALTENPFLEGEBERUF.....	38
4.4	EMPIRIE ZUR BERUFSMOTIVATION IN DER ALTENPFLEGE.....	41
5	ANFORDERUNGEN DER BERUFSREALITÄT.....	45
5.1	AUSBILDUNGSANSPRÜCHE IM SINNE DER ANFORDERUNGSPROFILE.....	46
5.2	ERSTE ANFORDERUNGSVERÄNDERUNGEN UND DARAUS RESULTIERENDE BELASTUNGEN IM BERUFSBILD.....	49
5.2.1	<i>Ganzheits- oder Grundpflege – nur ein Gedankenspiel?.....</i>	<i>50</i>
5.2.2	<i>Standardisierte Pflegeregelung.....</i>	<i>52</i>
5.2.3	<i>Standardisierte Ausbildung – Theoretische Konsequenzen der veränderten Anforderungen.....</i>	<i>54</i>
5.2.4	<i>Die neue Heimpopulation und daraus resultierende Konsequenzen.....</i>	<i>55</i>
5.2.4.1	<i>Heimpopulation und Kostenpolitik.....</i>	<i>55</i>

5.2.4.2	Eine Verlaufsstudie zu den Auswirkungen der veränderten Berufs-anforderungen	56
5.3	NOTWENDIGKEIT VON ZUSATZAUSBILDUNG	57
5.3.1	<i>Weiterbildung durch veränderte Anforderungsprofile</i>	58
5.3.2	<i>Angleichung differenter Vorkenntnisse</i>	60
5.3.3	<i>Eine Untersuchung zu personalen Fortbildungswünschen</i>	60
5.3.4	<i>Fortbildung im informationstechnologischen Bereich</i>	61
5.3.5	<i>Eine empirische Studie zu Rahmenbedingungen von Fortbildungen</i>	62
5.4	BERUFLICHE ÜBERFORDERUNG UND BURNOUT IN DER ALTENPFLEGE.....	64
5.4.1	<i>Ergebnisse und Berichte zu Folgen der Überforderung</i>	64
5.4.2	<i>Burnout als berufliches Überlastungssymptom: ein Exkurs</i>	68
5.5	ZUSAMMENFASSENDER ÜBERBLICK ÜBER AUSBILDUNG, BERUFSALLTAG UND ÜBERFORDERUNG IN DER ALTENPFLEGE.....	71
6	 EIGENE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG.....	74
6.1	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	75
6.1.1	<i>Hintergrund, Fragestellung und Zielsetzung der Studie</i>	75
6.1.2	<i>Hypothesen</i>	76
6.2	STUDIENDESIGN UND UNTERSUCHUNGSMETHODEN	77
6.2.1	<i>Auswahl der Untersuchungsvariablen</i>	77
6.2.2	<i>Studiendesign und Zeitplan</i>	84
6.2.3	<i>Stichprobe</i>	85
6.2.4	<i>METHODEN</i>	86
7	 ERGEBNISSE.....	87
7.1	GESCHLECHT, NATIONALITÄT UND SCHULBILDUNG.....	87
7.1.1	<i>Private Situation</i>	88
7.1.2	<i>Finanzen und Freizeit</i>	91
7.2	DATEN ZUR AUSBILDUNGSBEURTEILUNG.....	93
7.2.1	<i>Externale Modalitäten: Arbeitszeit und Stellung, Bezahlung, Beförderung</i> . 93	
7.2.2	<i>Internale Modalitäten: Intrinsische Motivation der Berufswahl und subjektive Einschätzung der Berufsrealität</i>	95
7.3	ERGEBNISSE ZUR GESUNDHEIT	98
7.3.1	<i>Körperliche Gesundheit</i>	98
7.3.2	<i>Medikamentengebrauch</i>	99
7.3.3	<i>Genuss- bzw. Suchtmittel</i>	102
7.3.4	<i>Psychische Gesundheit</i>	103
7.3.4.1	<i>Subjektive Befindlichkeitseinschätzung der Psyche und der Stimmung</i>	103
7.3.4.2	<i>Gefühle und Stimmungseindrücke aus dem Arbeitsbereich</i>	106

7.4	ERGEBNISSE ZU ARBEITSBEDINGUNGEN UND –EINDRÜCKEN	109
7.4.1	<i>Bestätigung durch Vorgesetzte.....</i>	109
7.4.2	<i>Kollegialer Umgang und Zusammenhalt</i>	110
7.4.3	<i>Eigenständigkeit bei Arbeitsentscheidungen.....</i>	111
7.4.4	<i>Subjektive Einschätzung der Kritik durch das berufliche Umfeld.....</i>	112
7.4.5	<i>Urteil über psychische Arbeitsstressoren</i>	113
7.4.6	<i>Umsetzbarkeit motivationaler Faktoren im Arbeitsalltag.....</i>	115
7.5	ERGEBNISSE ZUM EIGENEN SOZIALEN UMFELD	117
7.6	ERGEBNISSE ZU FORT- UND WEITERBILDUNG.....	119
7.6.1	<i>Angebotsbereiche</i>	120
7.6.1.1	<i>Hauswirtschaftlicher Bereich.....</i>	120
7.6.1.2	<i>Medizinisch-Pflegerischer Bereich</i>	120
7.6.1.3	<i>Psychosozial orientierte Angebote.....</i>	120
7.6.1.4	<i>Sonstige Fort- und Weiterbildungen</i>	120
7.6.2	<i>Nützlichkeit der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen</i>	121
7.6.3	<i>Hinterungsgründe für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsangeboten</i>	121
7.6.4	<i>Wünsche zu Fort- und Weiterbildungsangeboten.....</i>	121
7.6.5	<i>Supervisions-Möglichkeiten.....</i>	123
7.7	ERGEBNISSE ZU COPINGSTRATEGIEN.....	123
7.7.1	<i>Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.....</i>	123
7.7.2	<i>Stressverarbeitung.....</i>	125
7.8	DATEN ZUM SCHULISCHEN UNTERRICHT	127
7.8.1	<i>Praxisnützlichkeit des Unterrichtes.....</i>	128
7.8.2	<i>Beurteilung des curricularen Umfanges</i>	129
8.	ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK.....	132
	ANHANG: LITERATURVERZEICHNIS	149

1 EINLEITUNG

Die zunehmende Lebenserwartung bei gleichzeitig vermehrter körperlicher und geistiger Fitness im Alter hat zu einer Verschiebung des Pflegebedarfs alter Menschen geführt, sowohl in der Art wie auch im Ausmaß der Pflegegestaltung. Menschen werden nicht nur älter, sondern die länger aufrechterhaltene Fitness führt auch zu einer veränderten Eintrittssituation im stationären Pflegebereich: der Heimaufenthalt wird erst dann in Betracht gezogen, wenn sich die Eigenständigkeit gar nicht mehr aufrecht erhalten läßt und dementsprechend verschiebt sich nicht nur die Alters- sondern auch die Gebrechlichkeits- bzw. Krankheitsgrenze der pflegebedürftigen Population nach oben. Die Einführung der Pflegeversicherung seit dem 1. Juli 1996 als 5. Säule des Sozialversicherungssystems brachte weitere Veränderungen für Arbeitnehmer im Bereich der Altenpflege mit sich. Diesen Veränderungen mußte zum einen organisatorisch und betriebswirtschaftlich Rechnung getragen werden, zum anderen zogen sie erhebliche personale und vor allem leistungsbezogene Konsequenzen nach sich: die Pflegeleistung betrifft vermehrt alte und kranke bis hin zu schwerstkranken Menschen, was sowohl im zeitlichen wie auch im fachlichen Bereich der Pflege mehr Zuwendung und Kompetenz erfordert.

In Anbetracht des noch relativ jungen Berufes der Altenpflege -entstanden in den 60er Jahren in Abgrenzung zur Krankenpflege- scheint es deshalb notwendig sich diesen Berufsstand genauer zu betrachten. Die zunehmende demographische Verschiebung geht einher mit einer später als bisher gewohnt einsetzenden Pflegebedürftigkeit. Diese ist dann auch geprägt von zunehmender Schwere der körperlichen und geistigen Einbußen. Dadurch ist im Berufsbereich der stationären Altenpflege im gleichen Ausmaß ein spezifischer Einsatz notwendig. Menschen werden älter und die Inanspruchnahme der Pflege auch im Sinne von Bedürftigkeit wird möglichst lange hinaus gezögert, so daß heute in Alten- und Pflegeheimen wesentlich ältere Bewohner mit hoher Pflegebedürftigkeit leben. Zu einer adäquaten Versorgung ist ein fachlich kompetentes und in der spezifischen Pflege bestimmter Krankheitsbilder versiertes Personal erforderlich. Die Berufsbezeichnung des Altenpflegers/in ist bis heute noch nicht gesetzlich geschützt und das Berufsbild stellt sich noch immer bundesweit uneinheitlich dar. Obgleich also eine bundesweit einheitliche Versorgungsregelung vorliegt, gibt es keine einheitliche Ausbildung des dafür erforderlichen Personals. Hier scheint eine Diskrepanz von Ausbildung und Berufsanforderung vorzuliegen. Aus neueren Erhebungen geht hervor, daß etwa ein Drittel der AltenpflegerInnen im ersten Jahr den Beruf aufgeben (KDA, 1995).

Bei den meisten Berufsabbrechern steht der Ausstieg im Zusammenhang mit der sogenannten „Burn-out-Symptomatik“, die sowohl körperliche als auch psychische Erschöpfungszustände umfaßt. Doch obwohl medikamentöse und psychische Interventionen mehr oder weniger gezielt einen diesbezüglichen beruflichen Ausfall aufzufangen versuchen, fehlen

neben der exakten Symptom-Definition jedwede Anhaltspunkte bzw. Ansätze zu einer dringend notwendig erscheinenden Prophylaxe.

Der bisherige Forschungsstand im Pflegebereich befaßt sich primär mit der Krankenpflege, der Beruf der Altenpflege mutet hierbei fast als unliebsames Stiefkind an, das in Anbetracht vieler unklarer Komponenten lieber von genaueren Betrachtungen ausgeschlossen wird. Denn wie kann man eine bisher noch uneinheitliche Ausbildung genauer untersuchen, wie soll man mit den Unsicherheiten, die der noch neue Einsatz der Pflegeversicherung mit ihren Komponenten wie Einstufungs- und Interventionskriterien mit sich bringt, umgehen, wenn es noch keinerlei genaueren Anhaltspunkte gemäß einem roten Handlungsleitfaden gibt? Wie sind Qualitätssicherung und –überprüfung zu beachten und gar zu handhaben und wo kann man eine Abgrenzung schaffen im Sinne von spezifischem Bedarf an erforderlicher Spezialausbildung und bei welchem Personal ist diese Ausbildung sinnvoll? Welche Berufsbilder findet man überhaupt in der Altenpflege und von welchem generellen Ausbildungsstand kann man ausgehen, d.h. welche Vorkenntnisse durch die Ausbildung ermöglichen welchen Einsatz von spezifischer Behandlungspflege, aber auch: wo setzt eine Überforderung des Personals mit daraus resultierender Minderung der Pflegequalität und gleichzeitig gesundheitlichen Einbußen im Sinne von Burnout-Symptomatik und folgenden Fehlzeiten des Personals ein, was unweigerlich wieder zu einer weiteren Überforderung des noch vorhandenen Personals und zu einer weiteren Minderung der Pflegequalität führt?

Faßt man diese vorhandenen und leider sehr indifferenzierten Fakten zusammen, so ist klar ersichtlich, daß es sich bei dem Beruf der Altenpflege nicht nur um einen notwendigen Berufsstand sondern gerade wegen der zunehmenden Alters- und Pflegebedürftigkeitsentwicklung um einen zukunftssträchtigen und noch viel zu wenig spezifizierten Berufsstand handelt, welcher dringend klarer definiert werden muß, um endlich eine präzise Ausbildungsrichtlinie im Sinne von gezielter und adäquater Einsatzmöglichkeit im Rahmen der beruflichen Anforderungen zu erstellen. So sollten bereits im Vorfeld Ausbildungsmängel registriert und beachtet werden, damit die beruflich scheinbar spezifische Demotivation und Resignation bis hin zur auch körperliche Einbußen umfassende Burn-out-Symptomatik aufgefangen bzw. ihr vorgebeugt werden kann.

Der Burnout-Begriff gewinnt mittlerweile in der psychologisch-psychotherapeutischen Praxis zunehmend an Bedeutung für die Entwicklung medizinischer und psychologischer Interventionen. Neben bisherigen medizinischen Interventionen mittels Psychopharmaka wird diese Symptomatik längst im psychologischen Bereich durch Entspannungs- und euthyme Verfahren, durch kognitive und psychosozial orientierte Verstärkungen und Umstrukturierungen aufzufangen oder zu beheben versucht. Dabei ist gewiß eine Prävention der sich langsam aber stetig entwickelnden Burnout-Symptomatik nicht nur volkswirtschaftlich sondern auch für die individuelle Befindlichkeit gesehen die sinnvollere Intervention als eine Behandlung oder gar Rückfallprophylaxe der bereits voll ausgebrochenen Symptome. Somit sollten im Vorfeld eines für das Burnout-Syndrom prädisponierten Berufsstandes be-

reits Untersuchungen stattfinden, die Präventivmaßnahmen auch im Sinne von Auswahlkriterien bei der Entscheidung für einen extrem psychisch und physisch beanspruchenden Beruf zulassen. Auch sind Ressourcen bildende Maßnahmen zu entwickeln, die schon in der Ausbildung vermittelbar sind, um entsprechenden Ausfallzeiten oder Ausstiegsargumenten vorzubeugen.

Aus diesem Grund befaßt sich die vorliegende Arbeit mit der Situation im Altenpflege-Ausbildungsbereich: es sollen einerseits gewisse Berufseinstellungen erfaßt werden, die Rückschlüsse auf vielleicht vorhandene spezifische Berufsmentalitäten zulassen im Sinne von überdimensioniertem und deshalb auf die eigenen psychischen und physischen Kraftreserven nicht mehr achtenden Helfersyndrom. Andererseits sollen auch mögliche gesundheitliche Veränderungen bereits während der Ausbildung dargestellt werden, aus denen sich vielleicht prophylaktische Maßnahmen entwickeln lassen, die einem verfrühten Berufsausstieg schon im ersten Tätigkeitsjahr vorbeugen. Hierzu wird auch die Symptomatik des Burnout näher zu beschreiben versucht, um derartige Präventivmaßnahmen aus psychologischer Sicht gezielter entwickeln zu können.

Die subjektive Evaluation der Ausbildungsqualität und -quantität sollte Hinweise geben auf mögliche curriculare Präventiv-Interventionen während der Ausbildung. Eventuell lassen sich auch Hinweise auf notwendige Berufsvoraussetzungen im Sinne von Auswahlkriterien finden, mit denen Berufsauswahlverfahren zu entwickeln sind.

Aufgrund der Komplexität des Themas kann diese Arbeit keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Hierzu wären eingehende Untersuchungen des Pflegepersonals und der zu betreuenden Population erforderlich. Ebenso müßte in diese Untersuchungen die curricular und rationell praktizierbaren Ausbildungsmöglichkeiten einer angehenden Berufspopulation eingehen. So sollte diese Arbeit eher den Versuch darstellen, eventuelle Mißstände eines noch jungen aber bereits wieder in der Umstrukturierung befindlichen Berufsstandes während der Ausbildung aufzudecken. Diesen könnte dann insofern Rechnung getragen werden, als eine Modifikation der Ausbildung ermöglicht würde, die erste Präventionsmaßnahmen zur Burnout-Prophylaxe beinhaltet. Gleichzeitig sollte eine so modifizierte und vereinheitlichte Ausbildung Ressourcen vermitteln, die nicht nur psychisch, sondern in Folge auch somatisch zu selbst initiierten Schutzverhaltensweisen führen, ohne daß die den alten Menschen gerecht werdende adäquate Versorgung und Pflege beeinträchtigt wird. Folgerichtig könnte diese Ausbildungsform eine kompetente Versorgung der alten Menschen auf würdige und gesundheitlich adäquate Art eher gewährleisten, ohne das Pflegepersonal psychisch oder physisch zu überfordern. Bisher konnte das durch häufigen Personalwechsel, uneinheitliche Ausbildungs- und Arbeitsstrukturen und manchmal gar mangelnde Definition des Arbeitseinsatzes kaum garantiert werden. Da diese Arbeit einen der ersten Versuche darstellt, aus psychologischer Sicht eventuell erkennbare Mängel bereits im Vorfeld aufzudecken, sollte sie als Ansatz in Richtung notwendiger psychologisch-präventiver Basisarbeit betrachtet werden, die die möglichen Mißstände eines wenig spezifisch definierten

Berufsstandes aufzeigt. Somit könnte sie quasi als Ausgangspunkt und Leitfaden für die längst fälligen Ausbildungsmodifikationen dienen.

In diesem Sinne danke ich allen Schülerinnen und Schülern der sich bereitwillig zur Verfügung gestellten Schulen, die durch ihre vielfältige und engagierte Mitarbeit zur Erhebung der vorliegenden Ergebnisse beigetragen haben und die hoffentlich noch von eventuell daraus resultierenden Veränderungen profitieren können. Zumal die bisherige Planung einer einheitlichen Ausbildung zur/zum Altenpfleger/in auf Bundesebene immer realistischere Formen annimmt und mit einer Gesetzesänderung diesbezüglich in naher Zukunft zu rechnen ist.

2 DIE SITUATION DER ALTENPFLEGE IN DER BRD

Das System der pflegerischen Versorgung alter Menschen in Heimen in der BRD ist zur Zeit betroffen von unterschiedlichen Wandlungen und Modifikationen. Die demographischen Veränderungen innerhalb der Bevölkerung sind sowohl von der versorgenden wie auch von der zu versorgenden Seite im Wandel. Die noch nicht abgeschlossene Entwicklung des uneinheitlichen Berufsbildes „AltenpflegerIn“ bedarf bereits wieder Modifikationen durch die neu implementierte Pflege- und der damit verbundenen Qualitätssicherung. Der ständige Fortschritt im Bereich der Gerontologie mit sich daraus ergebenden neuen Aspekten eines adäquaten Pflege- und Versorgungsanspruchs für alte und pflegebedürftige Menschen und daraus resultierenden Forderungen an den betroffenen Berufstand verlangen einen Methodenwandel im Bereich der Altenpflege. So sollten in diesem Kapitel kurz die Entwicklungstendenzen der Demographie und Epidemiologie und des Berufsbildes dargestellt werden.

2.1 DEMOGRAPHIE UND EPIDEMIOLOGIE

Um Ausgangsposition und Anforderungen der aktuellen Pflegesituation verstehen zu können, scheint es als Ausgangspunkt dieser Arbeit unerlässlich einen genaueren Blick auf die demographische Situation und Entwicklung zu werfen.

Hinter dem fast simpel anmutendem Slogan „*unsere Gesellschaft wird immer älter*“ verbirgt sich eine hochbrisante Problematik der Bedarfsermittlung und auch der Organisation der Bedarfsabdeckung medizinischer und pflegerischer Dienste zur Versorgung alter Menschen. Unzweifelhaft verändert sich die Gesellschaft im Sinne der Altersverteilung und Altersgesundheit derart, daß es zunehmend ältere Menschen gibt, die wesentlich länger selbstständig sind, so daß die Pflegebedürftigkeit immer weiter nach hinten hinaus geschoben wird. Das bedeutet für die Versorgungsnotwendigkeit gleichzeitig eine Verschiebung derart, daß künftig immer mehr sehr alte und sehr kranke Menschen offizielle Versorgungssysteme in Anspruch nehmen, als es früher der Fall war. Dadurch verändert sich natürlich auch der Anspruch an das Pflegepersonal bezüglich seiner Leistungserfüllung.

Bei zunehmend älter und pflegebedürftiger werdenden Heimbewohnern der Alten- und Pflegeheime sind andere Pflegezeiten und -aufgaben erforderlich, als bisher. Das ändert auch den Belastungsfaktor des Personals im gleichen Ausmaß, denn zunehmende Beeinträchtigungen kognitiver, psychischer und physischer Art sind entsprechend spezifisch und adäquat zu versorgen. Damit sind eventuell völlig andere Vorkenntnisse zu einer qualitätssicheren Pflege notwendig, als es bisher der Fall war. Sonst könnte es zu einer Überforderung des mit den bisherigen Ausbildungsstandards inadäquat auf die veränderten Pflichten vorbereiteten Pflegepersonals kommen, was sich derzeit widerspiegelt in Berufsabbrüchen und Fehlzeiten.

Gleichzeitig ist die soziostrukturelle Situation im Hinblick auf familiäre Versorgungsmöglichkeiten derart verschoben, daß offizielle Versorgungseinrichtungen in ihrer Notwendigkeit und Ausrichtung der Pflegekomponenten und -angebote ständig aktualisiert werden müssen.

Die demographische Entwicklung in Deutschland ist gekennzeichnet zum einen durch eine zunehmende Zahl älterer und alter Menschen und zum anderen durch eine Strukturverschiebung im Altersaufbau der Bevölkerung zugunsten der höheren Altersgruppen. Lebten zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland rund 4,4 Mio. Menschen, die 60 Jahre und älter waren, waren es 90 Jahre später 16,4 Mio. Menschen.

Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung stieg innerhalb dieses Zeitraums (1900 bis 1991) von rund 8% auf etwas über 20% (BMFuS, 1994). Die Tendenz bleibt weiterhin steigend.

Der steigende Altenanteil in Deutschland geht mit einem sinkenden Anteil der jüngeren und damit erwerbsfähigen Menschen einher, was dazu führen wird, daß immer weniger Erwerbspersonen für immer mehr Menschen im Rentenalter die „Last“ der materiellen Sicherheit tragen müssen (siehe Pflegeversicherung): innerhalb des Prognosezeitraums von 1990 bis 2030 geht der Anteil der Kinder und Jugendlichen von rund 22% auf rund 17% und der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 20 und 59 Jahren von rund 58% auf rund 48% zurück.

Basierend auf strukturellen Veränderungen in der demographischen Entwicklung, welche die zunehmende Erwerbsbeteiligung von verheirateten Frauen impliziert, ergibt sich für die Sozialquotienten folgendes: bei einem Renteneintrittsalter von 60 Jahren würden im Jahr 2030 rund 80 Senioren auf 100 Erwerbstätige entfallen. Bei einem Renteneintrittsalter von 65 Jahren wären es rund 61 Senioren je 100 Erwerbstätige, wobei in beiden Fällen unterstellt wird, daß alle Erwerbstätigen, also auch Beamte und Selbständige, Beitragszahler für die Rentenversicherung sind (BMFuS, 1994).

Die im Zusammenhang mit dem demographischen Altern der Bevölkerung und den unvermeidbaren gravierenden Veränderungen ihres Altersaufbaus geführten Diskussionen um die künftige materielle Sicherung der Älteren haben u.a. bereits zur Einführung der Pflegeversicherung im stationären Bereich am 1. Juli 1996 geführt. Sie betreffen aber auch weitere Veränderungsplanungen bzgl. der Ausgabenentwicklung im sozialen und Gesundheitsbereich und haben alle einen gemeinsamen Nenner: den wirtschaftlichen und sozialen Folgen des Alterungsprozesses praxiswirksam entgegenzutreten, aber auch eine Versorgung der alten Menschen in adäquater Form zu gewährleisten.

Macht man sich ein Bild von den Alten der Zukunft, so genügt es nicht, nur deren Zahl und Anteil hochzurechnen, sondern es gilt auch zu prüfen, inwieweit die zukünftige veränderte Quantität mit einem qualitativen Wandel verbunden sein könnte. Es gilt zu fragen, ob und in welchem Maße sich die zukünftigen Alten von den heutigen unterscheiden und wel-

che Population künftig eine institutionelle Versorgung beanspruchen wird, respektive, welcher Art die dafür notwendige Ausbildung der in diesem Bereich Tätigen zu sein hat.

Das Bundesministerium für Familie und Senioren (1994) geht davon aus, daß sich die Anteile der Hilfe- und Pflegebedürftigen bezogen auf die demographischen Merkmale in den nächsten Jahren nicht wesentlich verändern werden. Schon im April 1991 lebte der überwiegende Teil der über 60jährigen (97%) in Privathaushalten, davon über ein Drittel in Ein-Personen- und etwas über die Hälfte in Zwei-Personen-Haushalten. Ältere Menschen versuchen ihre Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Hilfsinstitutionen wie „Essen auf Rädern“, häusliche Kranken- und Mobilisierungsgymnastik, ambulante Pflegedienste ermöglichen ein längeres Verbleiben in der gewohnten Umgebung. Zunehmende Fitneß im Alter verschiebt den Einsatz dieser ambulanten Institutionen zusätzlich nach hinten, so daß selbst erste physische oder psychische Einbußen bei alten Menschen nicht unweigerlich zu einer Umsiedlung in Alten- oder Pflegeheime führen. Statt dessen wird die Möglichkeit der stationären Versorgung hinaus gezögert, bis markante Einschränkungen geistiger oder körperlicher Art tatsächlich keine Selbstversorgung mehr zulassen.

Betrachtet man die Gesamtzahl hilfs- und pflegebedürftiger alter Menschen, so wird der demographische Wandel in Deutschland nicht nur zu einer kontinuierlichen Zunahme der Anteile und der Anzahl von Hilfe- und Pflegebedürftigen in privaten Haushalten führen. Auch werden sich die Fälle der Schwerst- und Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen prozentual häufen. Diese Fakten implizieren die Veränderungsnotwendigkeit sowohl quantitativer wie auch qualitativer Art im ambulanten Altenversorgungs- und im stationären Altenpflegebereich.

Eine Infratest-Repräsentativerhebung (Infratest Burke, 1995) kam zu Zahlen, die sich bezüglich der Pflegebedürftigkeit in Prozentpunkten von 100 im Jahr 1991 auf einen Vergleichswert von 139 im Jahr 2030 ausdrücken lassen.

Differenziert man nach Pflegestufen ergibt sich eine kontinuierliche Zunahme beim Anteil der Personen mit mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf von 0,65 (1991) auf 1,1% (2030), was einer Steigerung von rund 470.000 Personen im Jahre 1991 auf rund 750.000 Personen im Jahre 2030 entspricht. Weniger deutlich steigt der Anteil der Personen mit täglichem Pflegebedarf von 0,6% 1991 auf 0,8 % im Jahr 2030, was einer Zunahme von rund 470.000 auf rund 600.000 Personen 2030 entspricht. Der Anteil der Personen mit ständigem Pflegebedarf nimmt geringfügig von 0,2% (1991) auf 0,3% (2030) zu, was absoluten Zahlen von 190.000 Personen 1991 bzw. 210.000 Personen im Jahr 2030 entspricht. Rein demographisch betrachtet nimmt also der Anteil der Fälle mit etwas weniger intensivem Pflegebedarf zu, was auch einen Hinweis für künftige Berufsfelder von Altenpflegern/innen darstellt.

Basierend auf solchen Feststellungen kommt das BMFuS auf die Gesamtzahl von rund 450.000 Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen in Deutschland. Berechnet man nun

die künftige Anzahl der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen anhand der Anteile, welche die stationär betreuten Pflegebedürftigen je nach Alter an der Gesamtbevölkerung aufweisen, so ergibt sich für das Jahr 2030 eine Zahl von rund 730.000 Pflegebedürftigen in Heimen.

Bei allen Einschränkungen bzgl. der Aussagekraft dieser noch fiktiven Hochrechnung ergibt sich daraus eine Gesamtzahl von fast 2,3 Mio. Pflegebedürftigen im ambulanten und stationären Bereich im Jahr 2030 gegenüber rund 1,6 Mio. im Jahr 1991. In Prozentanteilen ausgedrückt entspricht dies einer Steigerung von 2% auf 3,3% vom Jahr 1991 bis zum Jahr 2030 (BMFuS, 1994).

So beeindruckend sich diese Zahlen auch darstellen, so sind sie nicht alleine ausschlaggebend für die Berechnung künftig notwendiger Anforderungen, gerade auch an das Personal im Bereich der Altenpflege. Vielmehr spielt die gesundheitliche Verfassung der alten Menschen eine weitere sehr wichtige Rolle in der Planung künftig notwendiger Alten- und Pflegehilfeentwicklung. Die Einführung der Pflegeversicherung mit ihren Abstufungen bezüglich der Pflegenotwendigkeit und der entsprechenden Kosten und Kostenerstattungen führte zu Versuchen, den Heimaufenthalt so lange wie möglich hinauszuzögern. Folgerichtig ergibt sich daraus eine Verschiebung in der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohner, bei denen der allgemeine und spezielle Gesundheitszustand ein Ausmaß erlangt hat, das speziell geschulte Fachkräfte zur Intervention und Unterstützung im stationären Pflege- und Versorgungsbereich erfordert.

T. KLEIN ET AL. (1997) haben im Hinblick auf mögliche Determinanten für einen Heimeintritt einige wichtige Aspekte analysiert. So konnten sie in ihrer Untersuchung feststellen, daß u.a. folgende Motive einem Heimeintritt zugrunde liegen: unterstützungsbedürftiger Gesundheitszustand, ein defizitäres soziales Netzwerk, welches die versorgenden Bedürfnisse keinesfalls oder nur sehr unzulänglich stillen kann und eine der Pflegebedürftigkeit unangemessene Wohnungssituation. Häufige Auslöser sind laut KLEIN ET AL. auch Ereignisse, die den bis dahin stabilen Gesundheitszustand durch eine akute Notsituation wie Stürze derart verändern, das die bisherige Situation nicht mehr oder nur unter unzureichenden Voraussetzungen aufrecht erhalten werden könnte. Zusätzlich erwähnt der Autor gesundheitliche Probleme wie Herz- und Kreislaufbeschwerden und dementielle Probleme, die zu für die alten Menschen unerträglichen Situationen führen.

Zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter gehören laut SCHUMACHER ET AL. (1997) sowohl Depressionen als auch kognitive Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen. Bei der von den Autoren vorgelegten Studie fanden sich bei über 50% von Heimbewohnern relevante kognitive Beeinträchtigungen, bei ca. 48% depressive Verstimmungen und nur bei einem vergleichsweise geringen Anteil (ca. > 20%) traten depressive und kognitive Beeinträchtigungen gemeinsam auf. SCHNEEKLOTH stellte in seiner

Studie über die pflegerische Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe 1997 ähnliche Zahlen fest, jedoch kam er bei den Pflegebedürftigen der Heimbewohner auf den Prozentsatz von 60% mit psychischen Störungen, welche in vielen Fällen Ausdruck von dementiellen Erkrankungen sind. SCHNEEKLOTH verweist zusätzlich auf Mobilitätseinschränkungen als ein charakteristisches Merkmal bei Bewohnern von Alteneinrichtungen, wobei er von 63% der Bewohner von Alteneinrichtungen als pflegebedürftig im Sinne von Leistungsempfängern der neuen Pflegeversicherung ausgeht.

ZIMBER UND WEYERER (1999) haben in 20 Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen folgende psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten festgestellt:

Dementielle Störungen	50,6%
Depressivität	48,8%
Agitiertheit	34,1%
Ängstlichkeit	31,6%
Aggressivität	22,9%
Misstrauen	22,7%
Wahnvorstellungen/ Halluzinationen	11,1%

Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in Alten(pflege)heimen, Quelle: Zimmer und Weyerer (1999).

Ähnliche Zahlen ergaben sich bei einer Vergleichsstudie der Autoren in 20 Tagespflege-Einrichtungen in Baden (Erhebung 1997/1998).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Altenhilfeentwicklung im vergangenen Dezennium aus demographischen und epidemiologischen Gründen gekennzeichnet war durch steigende inhaltliche Anforderungen und wachsenden Bedarf an Leistungen, die aus den Folgen der Hochaltrigkeit resultieren. Vielfach sehr ausgeprägte soziale und gesundheitliche Problemlagen stellen das Pflegepersonal vor erhöhte qualitative (z.B. Zunahme der Demenzen) und quantitative (z.B. Anzahl der Pflegebedürftigen) Ansprüche. Behandlung, Pflege und vor allem auch Rehabilitation im fortgeschrittenen Alter gewinnen an Bedeutung.

Altenhilfe sollte demnach immer als Personen- und fachangemessenes Leistungspaket denk- und umsetzbar sein: als Paket bedarfsadäquater, individuell bemessener Dienstleistungen und als Paket abgestuften und die soziale Umwelt berücksichtigenden Zusammenwirkens verschiedener Hilfsinstanzen. Dabei sollten die Fachkräfte im Rahmen ihrer jeweils gegebenen Möglichkeiten und Grenzen kompetent ausgebildet sein und bei ihren professionel-

len Handlungen der Multimorbidität und den therapeutischen Zielen in ihrem Zusammenspiel auch tatsächlich entsprechen (DZFA, 1991).

So ist dem häufig erhobenen Vorwurf, daß sich die praktische Altenarbeit zu stark auf die Pflege konzentriere und Rehabilitationsansätze außer acht lasse, Rechnung zu tragen und dringend erforderliche Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen der Altenpflege zu implementieren und zu evaluieren. Die Schlüsselrolle bei der Umsetzung dieser Maßnahmen kommt dem Pflegepersonal zu, das dementsprechend ausgebildet sein sollte. Leider klafft hier immer noch die große Lücke von Theorie und Realität: aus einer Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung (1996) geht hervor, daß nahezu die Hälfte (48%) der über 2.000 befragten Altenpfleger ihren gerontopsychiatrischen Teil der Ausbildung für völlig unzulänglich halten. Die Wurzel des Übels könnte also auch in der Ausbildung vermutet werden, welche augenscheinlich weder praxisgerecht noch einheitlich stattfindet und so schon im Vorfeld nur eine ungenügende Vorbereitung auf die Realität darstellen mag.

2.2 ENTWICKLUNG DES BERUFSSTANDES DER ALTENPFLEGE

Bis ins 19. Jahrhundert hinein wurden an das Personal, das die Pflege und Betreuung alter Menschen in entsprechenden Einrichtungen übernahm, keine bestimmten Kriterien angelegt, allerdings waren 1871 in Deutschland auch nur 4% der Bevölkerung über 65 Jahre und die soziodemographische Situation (z.B. Großfamilien) eine gänzlich andere als heute.

Zu Beginn der 50er Jahre, als die sozialen Auswirkungen steigender Lebenserwartung und damit die Probleme der Versorgung alter Menschen deutlich wurden, machte man sich Gedanken über die Qualifikation des Personals in der Altenpflege.

Der Typ des Pflegepersonals hatte zu diesem Zeitpunkt weniger der exzellent ausgebildeten und leistungsfähigen Operationsschwester zu entsprechen, als vielmehr eine weiblich intuitive und lebenserfahrene, seelisch ausgeglichene, tatkräftige und doch gütige Pflegerin darzustellen: „Sie muß sich in die Lage der Alten hineinversetzen können und mit Takt ein Bindeglied zwischen den Pfléglingen und ihren Angehörigen bilden“ (STEIGERTHAL, zitiert nach BALLUSECK, 1980). Eine solche Betrachtungsweise wirkt sich auch heute noch belastend auf das Berufsbild aus (OSTNER, 1997).

Bis in die 60er Jahre hinein hatten Krankenschwestern und -pfleger wichtige Funktionen in der Altenpflege übernehmen können, jedoch reichte das bestehende Angebot an qualifiziertem Pflegepersonal bald nicht mehr aus, um die Versorgung der zunehmenden Anzahl alter Menschen zu gewährleisten. Da als einzige Zielgruppe bei der einsetzenden Vollbeschäftigung Frauen ohne Berufsausbildung zur Verfügung standen und gleichzeitig das helfende Bild nicht mit der noch herrschenden Frauen- und Berufstätigkeitsrolle kollidierte, schien ein entsprechender Rückgriff auf diesen Personenkreis schlüssig.

Die Ansicht der speziellen Persönlichkeitsstruktur als völlig ausreichend zur Erfüllung der Aufgaben in der Altenpflege führte dazu, daß die ersten Entwürfe zum Berufsbild und zur Ausbildungsordnung speziell auf diese Zielgruppe zugeschnitten wurden (VOGES & KONEBERG, 1984).

Vor dem Hintergrund des veränderten gesellschaftlichen Verständnisses vom Alter abseits einer Gleichsetzung mit Armut oder Krankheit wurde ein neuer Vorschlag für das Berufsbild des Altenpflegers vorgelegt, der erklärte, „daß die Altenpflegerin *nicht* (Hervorhebung im Original) ein Hilfsberuf der Krankenschwester ist“ (DEUTSCHER VEREIN, DIE ALTENPFLEGERIN, 1965, S. 200), sondern „ein moderner sozial-pflegerischer Beruf“ (EBD., S.201). Damit war zwar die Trennung von den medizinalpflegerischen Berufen vollzogen, aber noch keine Annäherung an die anderen sozialpflegerischen Berufe gegeben. Problematisch war dann vor allem das Misslingen der Entwicklung einer Vorstellung von der Altenpflege als sozialpflegerischen Beruf sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei potentiellen Arbeitgebern. Konsequenzen dieses Dilemmas zeigen sich nicht nur in der andauernden Diskussion um ein einheitliches Berufsbild, sondern vor allem auch in der unterschiedlichen Zuordnung der Altenpflege-Ausbildung in den Ministerien der Länder. So haben einige Länder dem Ministerium für Arbeit und Soziales die Kompetenz zugesprochen und betrachten die Ausbildung im Rahmen des Gesundheitswesens analog zur Ausbildung in der Krankenpflege, während andere Länder die Altenpflege-Ausbildung analog zu anderen sozialen Berufen dem Bildungsbereich und somit dem Kultusministerium zugeordnet haben. So differieren noch heute die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung zur/m Altenpfleger/in wie auch die Ausbildungsinhalte an sich (VOGES & KONEBERG, 1984).

Der Beruf der/s Altenpflegers/in sollte entsprechend der Ursprünglichkeit eine Mittelstellung zwischen Krankenpflege und sozialer Fürsorge einnehmen, in dem er Elemente medizinal-pflegerischer und sozial-pflegerischer Fertigkeiten und Fähigkeiten in sich vereinigt. In welchem Verhältnis diese Fähigkeiten und Fertigkeiten eingesetzt werden können, dürfte u.a. davon abhängen welche Verschiebungen der Aufgabenstrukturen sich in der Altenpflege etwa durch neuere Erkenntnisse der Geriatrie und Gerontologie ergeben. Auch die zunehmende Bedeutung der Rehabilitation, die zunehmende Technisierung in den Einrichtungen der Altenpflege, die Einführung der Pflegeversicherung, der Anspruch der Qualitätssicherung und die Zunahme des Anteils betagter Heimbewohner sollten hierbei eine tragende Rolle spielen.

Gegenwärtig arbeiten in der Altenpflege viele Berufsgruppen: Staatlich anerkannte Altenpfleger/innen, Altenpflegehelfer/innen, Krankenschwestern/-pfleger und Krankenhelfer/innen, sowie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Hinzu kommt die große Anzahl der nicht ausgebildeten Hilfskräfte, Praktikanten, Zivildienstleistenden und Helferinnen im freiwilligen sozialen Jahr. Die Altenpfleger/innen bilden dabei die einzige Berufsgruppe, die speziell

für Problemlagen der Zielgruppe „alte Menschen“ vorbereitet wurden, respektive vorbereitet sein sollten (VOGES & KONEBERG, 1984).

Entsprechend dieser Diffusion der Tätigkeitszuordnung im Altenpflegebereich sind dann auch -verschiedene Berufe zusammenziehende- Tabellen folgender Art, welche die Ausweitung des Dienstleistungsbereiches, zu welchem auch die Pflegeberufe zählen, darstellen sollen:

Jahr	Beruf: Sozialarbeiter, Haus- und Familienpfleger, Altenpfleger
1985	103.292
1986	111.474
1987	119.773
1988	127.457
1989	135.214

Altenpflege als Beruf, (Quelle Hans-Joachim Büker, 1995).

2.3 AKTUELLE SITUATION UND ANSÄTZE ZUM METHODENWANDEL IN DER ALTENPFLEGE

Ergeben sich schon durch die sich ständig verändernde demographische Lage und den daraus resultierenden quantitativ und qualitativ veränderten Versorgungsansprüchen alter Menschen in Heimen ständige Modifikationsanforderungen an das Berufsbild der/des Altenpflegers/in, so fand eine der eingreifendsten Veränderungen für diesen Berufsstand statt durch die Einführung der Pflegeversicherung im Sommer 1996.

Die aus demographischen Gründen längst überfällige Einführung der Pflegeversicherung als 5. Säule des Sozialversicherungssystems in der Bundesrepublik Deutschland sah die Eingruppierung alter und pflegebedürftiger Menschen in drei Pflegestufen vor, wobei je nach Stufenzuordnung die Pflege in ihrem Aufwand und zeitlichem Ausmaß klar strukturiert geregelt sein sollte und entsprechende Vorgaben entwickelt wurden.

Drei Stufen der Pflege werden unterschieden: Stufe 1 umfaßt unterstützende und begleitende Dienste bei vielfach noch vorhandener Selbständigkeit mit einem pflegerischen Zeitaufwand von 45 min./Tag, Stufe 2 betrifft den eher für- und umsorgenden Bereich der Pflege (71 min./Tag) und Stufe 3 geht von einer kompletten Pflegebedürftigkeit mit einem Arbeitsaufwand von 128 min./Tag aus. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung war es der Berufsgruppe Medizin überlassen, den Pflegebedarf alter und versorgungsbedürftiger Menschen gutachterlich zu bestimmen, nun ist der medizinische Dienst der Krankenversicherung verpflichtet, Fachkompetenzen der Berufsgruppe Pflege zur Begutachtung der Pflegebedürf-

tigkeit heranzuziehen. Im Jahr 1995 durchgeführte „Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der BRD gesamt“ ergaben folgendes Ergebnis: 29,5% galten als Nicht-Pflegebedürftig, 31,4 % der Stufe 1 und 26,5 % der Stufe 2 zugehörig. 12,6 % wurden der Pflegestufe 3 zugeordnet (Quelle: MDS Pflegestatistik, Stand 30.09.1995).

Die immensen Auswirkungen sowohl auf die betroffenen alten Menschen wie auch auf den Pflegeberuf lassen sich unschwer nachvollziehen, zumal die Pflege bis vor einigen Jahren keine Definitionen vorlegte, was sie leistet und was sie zu leisten vermag (H. BÖHME, 1996).

Insbesondere letzteres führt dann auch zu dem in der Pflege neu hinzu gekommenen Faktor der Qualitätssicherung, welcher wiederum Innovationen wie z.B. die Installationen von Balintgruppen, Supervisionen für Krankenpfleger/innen etc. mit sich brachte. So wird nach Einführung der Pflegeversicherung vermehrt über das Altenbild nachgedacht. FRIELING-SONNENBERG (1997) fordert auf, sich bei der Betreuung alter Menschen von krankpflege-theoretischen Ansätzen abzuwenden und vielmehr an gesundheitswissenschaftlichen Konzepten zu orientieren. Umgangssprachlich könnte man die Entwicklung im Bereich der Altenpflege wie folgt zusammen fassen: es tut sich etwas, aber noch lange nicht genug und vor allem bisher in fast ausschließlich theoretischer Form.

Diesen Theorien lassen sich auch die basalen Überlegungen bezüglich einer funktionalen vs. ganzheitlichen Pflege zuordnen, die sich u.a. STRACK (1997) gemacht hat, als er sich die Frage über das Menschenbild in der Altenpflege stellte und vor allem den daraus resultierenden Einfluß auf das persönliche Denken und Handeln des Personals in der Altenpflege. STRACK reflektiert die Überlegung, daß dieser menschenbildliche Einfluss nicht nur im alltäglichen Leben das Verhalten und die Handlungen beeinflusst, sondern um so mehr an Bedeutung gewinnt in der Pflege von alten, kranken und behinderten Menschen. STRACK geht von der Beeinflussung des persönlichen Menschenbildes eines jeden aus, wobei er insbesondere auf die Bedeutsamkeit des Einflusses durch die normativen Grundvoraussetzungen einer Gesellschaft und der in der öffentlichen Meinung vertretenen Menschenbilder ausgeht. So stellt er als Hinweis auf mögliche und gewiß notwendige Voraussetzungen für Planungen in der Pflege, respektive in der Altenpflege folgende Grundgedanken dar und verweist auf nachfolgend dargestellte Menschenbild-Modelle.

Das **Modell der Lebensaktivitäten** nach ROPER (1976) basiert auf dem Modell der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) von L. JUCHLI (1994) und entstand durch die Beobachtung des menschlichen Verhaltens im Sinne der eher medizinischen Sichtweise. Bei diesem Modell wird das menschliche Verhalten durch 12 Aktivitäten charakterisiert: *Atmen; Essen/Trinken; Ausscheiden; Kontrolle der Körpertemperatur; Schlafen; Bewegen; Sterben; Erschaffen und Erhalten einer sicheren Umgebung; Kommunizieren; persönliches und individuelles Waschen und Anziehen; arbeiten und spielen; Sexualität ausdrücken und ausüben.*

Bei diesem Modell besteht der Mensch quasi aus der Summe seiner Teile. Was ihn im Innersten umtreibt und am Leben erhält und eventuell für einen Pflegeprozeß von größter Wichtigkeit sein kann, wird dann am Rande berührt, wenn es sich über eine der 10 Lebensaktivitäten erfassen läßt. Festgestellt werden Symptome, die abzarbeiten sind, wobei ein möglicherweise zentrales Problem des Patienten zu einem „Aktivitätsproblem“ wird und ein übergeordnetes psychosomatisches Problem als solches gar nicht erfaßt wird. Für die praktische und rein medizinische Umsetzung ist dieses Modell nicht nur ein althergebrachtes, sondern auch sehr nützliches. Das gilt besonders für Berufsanfänger in der Pflege, welche lernen müssen, Krankenbeobachtungen zu dokumentieren und im Sinne einer Pflegeplanung umzusetzen in Denken und Handlung (Gewährleistung der mindest erforderlichen „Sauber-Satt-Pflege“). Das Modell ist jedoch ungeeignet als Orientierungshilfe und deshalb eher dienlich für versierte Pflegekräfte mit einem bereits gefestigten Menschenbild und genügend Erfahrung und Flexibilität in der Umsetzung. Die Kritik an der Ignoranz einer mit diesem Modell nicht erfaßbaren Psychosomatik macht klar, daß das Modell eher einem veralteten System angehören sollte, als daß es Verwendung im Rahmen der Ganzheitspflege findet.

Ein zweites **Modell der Interaktion** basiert auf dem „Symbolischen Interaktionismus“ und seiner Anwendung auf die Pflege. Nach diesem Modell ist jeder Mensch bestrebt, Dingen und Situationen, die ihm im Leben begegnen, einen Sinn zu geben und ein wichtiger Bestandteil des Menschen ist seine Fähigkeit, die Welt in Form von Symbolen zu verstehen. Die Aufgabe der Pflegeperson sollte es sein, einen Einstieg zu finden in diese subjektive Welt des zu Pflegenden, um die Dinge aus seiner Sicht zu sehen und auch deren Bedeutung zu verstehen. Für das Pflegepersonal bedeutet das beispielsweise, sich mit der Annahme einer Behinderung, einer Krankheit, der Annahme von Reduktion in den Funktionen, aber auch z.B. sich mit den „Nebenwirkungen“ von einem Umzug ins Pflegeheim verständnisvoll auseinander zu setzen.

Anhand der Anwendung dieses Modells sollte das Pflegepersonal in der Lage sein, die alten Menschen zu verstehen und einen Ausgleich zu schaffen zwischen selektiver subjektiver Wahrnehmung und tatsächlicher Gegebenheit.

Basis hierfür ist das Streben nach Empathie und die Bereitschaft sich in das Leben der Alten hinein zu denken, um dann bei der Annahme der neuen Situation stützend wirken zu können und die von den neuen Lebensumständen geforderten Verhaltensweisen zu fördern. Ein Manko dieses Modells ist klar erkennbar: es geht nicht mehr von einer funktionalen Degradierung aus, impliziert aber die Akzeptanz gegebener Umstände entgegen dem wieder herstellenden Rehabilitationsgedanken. Zudem erfordert das Modell in seiner Umsetzung eine intensive Betroffene-Pflegepersonal-Beziehung, welche immens zeitaufwendig ist und somit der augenblicklichen Situation des Altenpflege-Personalschlüssels in Gänze widerspricht.

Ein drittes Menschenbild-Modell stellt STRACK schließlich 1997 vor mit dem **Modell des einheitlichen Feldes** nach MARTHA ROGERS. Ausgehend vom Leben und Verständnis vom Menschen als mehrdimensionales und mit den Umfeldern ständig Energie austauschenden Energiefeldes mit der Prägung durch spezifische Organisationsstrukturen ist hier das Schlüsselkonzept die Bewegung: Leben und Menschsein bedeutet Dynamik, Entwicklung und Veränderung im evolutionären Sinn. Die Funktion der Pflege in diesem grundsätzlich offenen und nichtstatischen System besteht darin, zur Erhaltung der individuellen Rhythmen und Muster beizutragen und so den Lebensprozeß des einzelnen Menschen zu unterstützen. Ungleichgewicht erfordert daher Intervention im Sinne der pflegerischen Hilfe bei der Entwicklung anderer neuer und mit dem neuen Umfeld kompatiblen Verhaltensweisen. Aus diesem Pflegemodell ergibt sich zwingend die Betrachtungsweise des Menschen als homogenes Ganzes in jeder Situation.

In diesem Modell ist der Mensch mehr als die Summe seiner Teile und das Pflegemodell schließt im Ansatz Intoleranz und dogmatische Engführungen aus. Es ist als deduktives Modell auf hohem Abstraktionsniveau und für das individuelle Menschenbild der einzelnen Pflegekraft offen. Leider liegt hierin auch wieder das Manko des Modells: es erfordert hohe Einsatzfreudigkeit, Toleranz trotz belastender Berufssituation und im Sinne des Aufeinandergehens auch einen gewissen Zeitspielraum.

Zusammenfassend ist zu bemerken, daß sich die heutige Situation der Altenpflege im Vergleich zu dem beruflichen Entstehungszeitpunkt nachhaltig geändert hat und eine weitere prägnante Modifikation des Berufsbildes inkl. der Ausbildungsstandards unumgänglich ist.

Die genannten drei Modelle sind insofern von Wichtigkeit, als deren Kombination der heutigen Altenpflegesituation am ehesten entspräche und in der Ausbildung bereits vermittelt werden könnte: Das Basisprogramm der Pflege einschließlich der heute herrschenden Dokumentationspflicht wäre nicht nur für Berufseinsteiger sondern auch im Rahmen des im Altenpflegebereich häufig herrschenden Zeitdrucks gut einsetzbar; das zweite Modell könnte durch seine empathische Basis dementielle Auswüchse wie Aggressivität, Depressionen etc. besser verstehen lassen; das letzte Modell hingegen lässt mit seiner Dynamik auch die erforderlichen Rehabilitationsprozesse als etwas ganz Normales zu.

3 AUSBILDUNG UND BERUFSBILD

Erschreckende Berufsausstiegszahlen von schon jeder/jedem vierten AltenpflegerIn bereits im ersten Berufsjahr (KDA, 1995) weisen auf die problematischen Umstände im Bereich des Altenpflegeberufes hin und lassen eigentlich nur wenige Vermutungen über die Verhältnisse zu: einerseits könnte die Berufswahl eine Fehlentscheidung gewesen sein, was sich in hohen Ausbildungs-Abbruchzahlen bemerkbar machen müßte, andererseits könnte auf beruflicher Ebene eine derartige physische und/oder psychische Überforderung vorliegen, daß an ein Verbleiben im Berufsalltag nicht zu denken ist.

Da sich die vorliegenden Ausstiegszahlen auf bereits fertig ausgebildete AltenpflegerInnen beziehen, sollte man vorerst vom Punkt der Überforderung ausgehen. Diese Überforderung kann entweder entstehen durch ungenügende Vorbereitung auf den Berufsalltag während der Ausbildungszeit oder durch ein völlig falsch vermitteltes Berufsbild bereits vor der Entscheidung, diese Ausbildung zu absolvieren. Aus letzteren Gründen wären die offiziellen Vorinformationen des Berufsbildes von Interesse, denn sie könnten eine derartig falsche Ansicht vom Leistungsniveau in der Praxis vermitteln, daß die Ausbildung zwar noch voller Hoffnung auf Verbesserung im Berufsalltag beendet wird, ein darauf folgender Praxisschock jedoch nicht durch die ursprünglich hohe Berufsmotivation aufgefangen werden kann.

So sollte ein ausführlicher Blick sowohl auf die Berufsausbildung und deren Inhalte wie auch auf das den Interessenten im Vorfeld vermittelte Berufsbild von nicht unerheblicher Relevanz sein: offensichtlich entspricht der tatsächliche Berufsalltag in keinerlei Hinsicht den zu vermittelnden Ausbildungsinhalten oder gar den vorab vermittelten Berufsinhalten.

Auch uneinheitliche Ausbildungsinhalte könnten der Auslöser für spätere Überforderungsreaktionen sein: dieses müßte jedoch anhand einer Kontrolluntersuchung mit Berufsaussteigern und ihrer jeweiligen Ausbildungsform bzw. den Ausbildungsinhalten genauer untersucht werden. Für eine Evaluation des Zusammenhangs von spezifischen Ausbildungsformen und Berufabbrüchen im Altenpflegebereich wäre das gewiß von hohem Interesse, zumal eine einheitliche Ausbildung nicht nur für eine Berufschancengleichheit spricht, sondern eine adäquate Berufsvorbereitung im Hinblick auf allgemeingültige Qualitätssicherungsmaßstäbe darstellt.

3.1 BERUFSAUSBILDUNG

Die Ausbildung zur/zum Altenpfleger/in ist in den Bundesländern ebenso different gestaltet wie für den Beruf der/des Altenpflegehelfers/in, der für viele Auszubildende in der Altenpflege einen Berufseinstieg mit anschließender Weiterbildung darstellt. Der Ausbildungsweg ist in den einzelnen Bundesländern von unterschiedlicher Dauer: in zwei Ländern (Hamburg und Schleswig-Holstein) dauert die Hilfeausbildung zwei Jahre, in anderen Ländern ein Jahr oder es existieren gar keine Angebote zur Ausbildung im Bereich Altenpflegehilfe.

Zum Beruf des/der Altenpflegers/in lag bis Ende 1998 offiziell ein allerdings vergriffenes Exemplar der „Blätter zur Berufskunde“ vor, je nach Arbeitsamt gibt es nun statt dessen Ausdrucke aus der Datenbank für Berufsinformation. Die geplante Vereinheitlichung der Ausbildung sowie sich ständig ändernde Rahmenbedingungen in den einzelnen Ländern ließen bisher keinen Druck eines neuen „Blattes zur Berufskunde“ zu. Hier wird deutlich, wie wenig Informationen für Berufsinteressenten vorliegen und im Vorfeld über einen Beruf aufgeklärt wird, der an insgesamt 168 Schulen in der Bundesrepublik in unterschiedlichster Form gelehrt wird.

3.1.1 VORAUSSETZUNGEN

Rechtlich gesehen gelten die Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 18.07.1985 und der Kultusministerkonferenz vom 09.11.1984 als Empfehlung und stellen kein bindendes Recht dar.

Ausbildungsvoraussetzungen waren Hauptschulabschluß oder formal die Erfüllung der Berufsschulpflicht bzw. eine gleichwertige Schulbildung oder den mittleren Bildungsabschluß. Eignungsprüfungen finden nicht statt, spezifische Vorpraktika sind nicht unbedingt erforderlich, jedoch wird teilweise beim Mindestalter von 17 Jahren zum Ausbildungsantritt eine berufliche Vorbildung gefordert. Diese muß weitestgehend in einem sozialen oder sozialpflegerischen Bereich stattgefunden haben und mindestens ein, in manchen Ländern zwei Jahre umfassen. Teilweise gilt eine vorangegangene fachfremde abgeschlossene Ausbildung als Zugangsvoraussetzung oder alternativ ein 3-monatiges Praktikum in einer fachlich relevanten Einrichtung. Ansonsten muß ein ärztliches Gesundheitszeugnis über die Befähigung zur Berufsausübung der Altenpflegehilfe vorliegen und teilweise ein amtliches bzw. polizeiliches Führungszeugnis.

3.1.2 DAUER UND ABSCHLUSS DER AUSBILDUNG

Die Dauer der Ausbildung zur/zum Altenpfleger/in beträgt 2 oder 3 Jahre in Vollzeitform bzw. 3 bis 5 Jahre in Teilzeitform, wobei die Unterschiede abhängig sind von den einzelnen Bundesländern und den einzelnen Bildungseinrichtungen.

Verkürzungen der Ausbildungsdauer sind aufgrund von Leistung keinesfalls vorgesehen, jedoch ist eine eventuelle Minderung der Ausbildungszeit aufgrund entsprechender Vorbildung in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. In der Regel werden abgeschlossene einschlägige Berufsausbildungen in festem zeitlichen Ausmaß angerechnet, so daß hiermit eine Verkürzung der Ausbildungszeit entsprechend gehandhabt wird.

Für Verlängerungen der Ausbildungszeit durch z. B. Wiederholung der nicht bestandenen Abschlußprüfung gelten wiederum die Bestimmungen der einzelnen Bundesländer, wobei die Wiederholung der Abschlußprüfung je nach Bundesland und Schule ein- bis zweimal möglich ist.

Als Ausbildungsabschluß findet - außer bei der Stufenausbildung (Hamburg)- eine Staatliche Prüfung statt, in Hamburg wird die Abschlußprüfung gemäß §34 BBiG absolviert. Die Abschlußbezeichnung lautet „staatlich anerkannte /r Altenpfleger/in“, obgleich die Abschlußprüfungen nicht in allen Ländern gleich gestaltet sind. In einigen Bundesländern wird die staatliche Anerkennung erst nach einem Berufsanererkennungsjahr, auch Berufspraktikum genannt, erteilt. Als prüfende Stelle gilt der staatliche Prüfungsausschuß der jeweils zuständigen Behörde, er setzt sich je nach Bundesland völlig unterschiedlich zusammen.

3.1.3 AUSBILDUNGSKOSTEN UND -VERGÜTUNG; EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

Ausbildungskosten sind Empfehlungen ohne Rechtscharakter und der Ausgestaltung der einzelnen Bundesländern überlassen.

Die Ausbildungsvergütungen sind während des Anerkennungs- oder Berufspraktikums abhängig von den für die beschäftigenden Einrichtungen geltenden Tarifbestimmungen.

Mit der Neufassung der Anlage 1 b (Angestellte im Pflegedienst) zum Bundesangestelltentarif (BAT) vom 30.09.1989 wurden die Altenpfleger/innen voll in den BAT einbezogen. In entsprechenden gleichartigen Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der einzelnen Verbände der freien Wohlfahrtspflege kam die Berufsgruppe Altenpflege bereits vor, wobei die Eingruppierungen weitgehend identisch sind.

Altenpfleger/innen, die in Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern, geriatrischen Abteilungen und ähnlichen Einrichtungen eingesetzt sind, werden überwiegend nach dem Krankenhaustarif vergütet, zuzüglich tariflicher Zuschläge, zusätzlicher Altersversorgung und sonstiger Leistungen.

Die Eingangsvergütung ist geregelt nach Kr 4 (2.159,37 DM/1993), zuzüglich Ortszuschlag (mindestens Stufe 1, was 1993 760,20 DM betrug), allgemeine Zulagen und Pflegezulage, außerdem eventuell Schicht- und Zeitzuschläge unterschiedlichster Art, vermögenswirksame Leistungen und gegebenenfalls eine zusätzliche Altersversorgung. So konnte man

bereits 1993 bei Aufrechnung von Grundvergütung, Ortszuschlag, allgemeiner Zulage und Pflegezulage (ohne die zu addierenden weiteren Zuschläge) von einem sicheren Einstiegsgehalt von mindestens 3.182,19 DM ausgehen.

3.1.4 AUSBILDUNGSSITUATION UND –MÖGLICHKEITEN

Die Ausbildung zur/zum Altenpfleger/in setzt sich zusammen aus theoretischem und praktischem Unterricht im Klassenverband und einer praktischen Ausbildung in Einrichtungen der Altenhilfe. Sie kann sowohl in allgemeinen Altenpflege-Ausbildungsinstitutionen wie auch in speziellen Bildungseinrichtungen der Altenhilfe oder Altenpflege stattfinden.

Ausbildungsinteressenten werden darauf hingewiesen, daß sie bereits während der praktischen Ausbildung Umgang haben mit alten und zum Teil behinderten, kranken oder verwirrten Menschen und daß dabei oft ein ständiger und unmittelbarer Körperkontakt mit mittelschwerem und schwerem körperlichen Einsatz, häufig auch in gewissen Zwangshaltungen, stattfindet. Auch der Umgang mit Angehörigen gehört bereits in die praktische Ausbildung. Als Umgebungseinflüsse werden geschlossene Räumlichkeiten, aber auch der Umgang mit Ausscheidungen, Erbrochenem und Blut angegeben, ebenso der Umgang mit hautreizenden Stoffen wie Reinigungs-, Desinfektions- und Pflegemittel, die Konfrontation mit entsprechenden Gerüchen und es wird auf eine nicht immer zu umgehende Infektionsgefahr hingewiesen.

Ausbildungsmöglichkeiten im Ausland sind in den EU-Staaten und im anderen Ausland möglich, wobei im Vorfeld die Akzeptanz des Abschlusses abgeklärt werden sollte, da in einigen Ländern kein direkt vergleichbarer Ausbildungsgang bekannt ist und keine formale gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsabschlüsse zwischen den Ländern existiert.

3.2 BERUFSBILD

3.2.1 BERUFANFORDERUNGEN

Während in früheren Informationsbroschüren des Arbeitsamtes z.B. keinerlei förderliche oder eher nachteilige Eigenschaften für Berufsinteressenten angegeben wurden, findet heute eine „Aufklärung über ungefähre Berufsanforderungen“ statt. Diese weist darauf hin, welche persönlichen Interessen und Eigenschaften eher förderlich bzw. eher hinderlich für eine Ergreifung des Altenpflegeberufs sind. Dabei handelt es sich um eine „Aufklärung“ rein theoretischer Art, die vom Inhalt her so allgemein gehalten ist, daß von einer Zugangseingrenzung an sich nicht gesprochen werden kann.

Notwendige Interessen beruflicher Art werden nicht genannt, jedoch Kenntnisse, Fähigkeiten und „Sonstiges“, die einer durchschnittlichen Schulbildung, einer durchschnittlichen Ge-

schicklichkeit und Auffassungsgabe, sowie einer mittelmäßigen Bereitschaft zum persönlichen Berufsengagement entsprechen.

Als *förderlich* für den Beruf der/des Altenpflegers werden u.a. Interessen an medizinischen und psychologischen Sachverhalten und Hilfsbereitschaft genannt.

Körperliche Anforderungen im Beruf der Altenpflege werden angegeben als durchschnittliche Körperkraft und motorische Flexibilität.

Um eine ablehnende Berufsentscheidung treffen zu können, werden als Kriterien zur *voraussichtlichen Nichteignung* für den Beruf Faktoren benannt, die einer Einschränkung in den genannten physischen und psychischen Eignungsbereichen entsprechen.

Als *Ausschlusskriterien* für den Beruf der Altenpflege gelten ganz allgemein Abneigung gegen unmittelbaren Körperkontakt, gegen Umgang mit psychisch veränderten Menschen, Alkohol- oder Drogensucht, nervliche Labilität und Persönlichkeitsstörungen.

Als Ausbildungsalternativen für den Beruf der Altenpflege gelten die Bereiche der Sozialpädagogik und Pädagogik, Heilerziehung und Heilerziehungspflege; außerdem Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe, Bereiche der Hauswirtschaft, Therapie und Arzthilfe.

Im Folgenden wird ein Überblick gegeben, welche Klientel derzeit die Ausbildung absolviert:

Schüler/innen an Fachschulen im Schuljahr 1996/97, Bereich Altenpflege: 16.506

- davon 86,6% Frauen
- Vergleich Frauenanteil aller Schülerinnen an Fachschulen: 53,2%

Schüler/innen an Berufsfachschulen 1996/1997, Bereich Altenpflege: 7.949

- Davon 82,0% Frauen
- Vergleich Frauenanteil aller Schüler/innen an Berufsfachschulen, welche einen beruflichen Abschluß in einem Nichtausbildungsberuf vermitteln: 79,5%

Schüler/innen an Schulen des Gesundheitswesens im Schuljahr 1996/1997, Bereich Altenpflege: 14.775

- Davon Frauen 79,9%
- Zum Vergleich: Frauenanteil aller Schüler/innen des Gesundheitswesens: 78,1%

Bei Ausbildungsabbrecher/innen und UmschülerInnen aus nah verwandten Berufsausbildungsgängen wie Krankenschwester/pfleger oder Haus- und Familienpfleger/in ist eine Anrechnung vorher erbrachter Ausbildungsleistungen nach einzelner Überprüfung möglich.

3.2.2 BERUFSVORBEREITENDE AUSBILDUNGSINHALTE

Die Ausbildungsinhalte sind von den zuständigen Stellen der Bundesländer unterschiedlich geregelt, deshalb soll hier ein zusammenfassender Querschnitt den Überblick über Lehrpläne verschiedener Altenpflegeschulen in den einzelnen Bundesländern geben. Die Lehrpläne differieren ebenfalls an den unterschiedlichen Schulen bzw. Schulsystemen der einzelnen Länder und der genannte Querschnitt orientiert zum einen sich an den Lehrinhalten, die vom „Deutschen Verein für Öffentliche und Private Fürsorge“ empfohlen werden, zum anderen an Lehrinhalten, die in der „Rahmenvereinbarung über die Lehrinhalte in der Ausbildung und Prüfung von Altenpfleger/innen“ festgelegt wurden.

Der Ausbildungsaufbau der Schulischen Ausbildung mit praktischen Ausbildungsabschnitten dauert 2 bis 3 Jahre und gestaltet sich wie folgt:

Schulische Ausbildung

(theoretischer und fachpraktischer Unterricht)

z.T. Zwischenprüfungen

Fachpraktische Ausbildung oder Berufspraktikum,

z.T. mit begleitendem Unterricht

(je nach Bundesland unterschiedlich)

Staatliche Prüfung

(z.T. vor dem Berufspraktikum)

Staatliche Anerkennung

Die schulische Ausbildung setzt sich zusammen aus einer praktischen Ausbildung mit der Vermittlung von Lerninhalten des Fachpraktischen Unterrichts und einem nicht in allen Bundesländern vorgeschriebenen Berufspraktikum, sowie einer Schulischen Ausbildung, die sich aus folgenden als Richtlinie geltenden Lehrinhalten zusammensetzt:

Theoretischer Unterricht:

Spezifisch gerontologischer Bereich:

- Grundbegriffe der Gerontologie
- Ausgewählte Bereiche der Psychologie, Sozialpsychologie, Soziologie (z.B. Sozial- und Motivationspsychologie, spezielle Alterssoziologie)

Medizinisch-Pflegerischer Bereich:

- Gesundheitslehre (bzw. Hygiene)
- Krankheitslehre
- Alterspsychiatrie
- Arzneimittellehre
- Ernährungslehre
- Pflege alter Menschen einschließlich Altenkrankenpflege

Rehabilitativer (sozialpädagogisch beratender) Bereich

- Physiotherapie
- Bewegungstherapie
- Altengymnastik
- Beschäftigungstherapie, Freizeitgestaltung

Allgemeiner und berufskundlicher Bereich

- Methodik und Technik des Lernens
- Berufskunde
- Berufsethik
- Staatsbürgerkunde, Sozialkunde
- Rechtskunde, Recht der Sozialen Sicherung
- Inhalt und Methoden der Altenhilfe

3.2.3 BESCHÄFTIGUNGSMÖGLICHKEITEN NACH DER AUSBILDUNG

Mit dem Abschluß der Ausbildung zur/zum „Staatlich anerkannter/n Altenpfleger/in“ stehen mittlerweile mannigfache Berufsausübungsformen zur Verfügung, die die Varianz des Berufsbildes und seine Zukunftsträchtigkeit markieren. Nicht alle diese Berufe sind ohne Weiterbildungsmöglichkeiten ausführbar: dazu gibt es gesonderte Qualifizierungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten, wie die Teilnahme an Lehrgängen, Kursen oder Seminaren, z.B. über Gemeindealtenpflege, Gerontopsychiatrische Konzepte der Altenpflege, Künstliche Ernährung und Schmerztherapie, Gesprächsführung in schwierigen Situationen etc.

Nach entsprechender Aufstiegsfortbildung stehen weitere Berufe zur Verfügung, z.B. Lehrkraft an Altenpflegesschulen und auch an etlichen Fachhochschulen (Stand Mai 1999: 58 private und staatliche FH's) sind neue gesundheitliche Studiengänge etabliert, so daß die u.a. Auflistung keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.

- Altenpfleger/in
- Altenpfleger/in in der gerontopsychiatrischen Abteilung
- Altentherapeut/in
- Leiter/in einer stationären Einrichtung der Altenhilfe
- Tagesstättenleiter/in im Bereich Altenpflege
- Lehrkraft an Altenpflegesschulen
- Leiter/in einer Altenpflegeschule
- Stomatherapeut/in
- Hospizschwester/pfleger
- Gruppenleiter/in im Pflegedienst
- Stationsleiter/in oder Stellvertretende/r Stationsleiter/in im Pflegedienst
- Abteilungsleiter/in im Pflegedienst
- Praxisanleiter/in in der Krankenpflege
- Gemeindeschwester/pfleger
- Leiter/in ambulante Dienste bzgl. Pflege/Sozialwesen
- Pflegebereichsleiter/in
- Pflegefachberater/in
- Gutachter/in bzgl. Pflegeversicherung
- Staatlich geprüfte/r Fachwirt/in für Organisation und Führung
- Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen

Weiterführende Information für Berufsausbildungsbewerber sind also ausgesprochen umfangreich ist und weisen durchaus auf positive und negative Berufsseiten hin. In Anbetracht der vielen Berufsabbrecher scheint das zwar sehr sinnvoll, aber offensichtlich mangelt es an Klarheit in der expliziten Anforderungsdarstellung.

Insgesamt stellt sich die Situation eines allein schon aus demographischen Gründen zukunftssträftig erscheinenden Berufes sehr uneinheitlich dar.

Dabei sollten die Ausbildungsabschlüsse der einzelnen Bundesländer mit der Bezeichnung „Staatliche Anerkennung“ eigentlich nicht nur als hochqualifiziert einzustufen sondern auch allgemein anerkannt sein.

3.2.4 BERUFLICHE ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN

Die Zukunftsperspektiven eines Berufes hängen vor allem von seinem künftigen Bedarf ab. Die Gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste im Bereich Altenpflege haben in erster Linie eine kompensatorische Funktion. Ihre Ziele und Aufgaben sind zum einen die Erhöhung und Stärkung der Fähigkeit zur selbständigen und unabhängigen Lebensführung, zum anderen die Betreuung bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Gesundheits- und sozialpflegerische Dienste erbringen also Grund- und Behandlungspflegeleistungen sowie sozialpflegeri-

sche Leistungen in unterschiedlicher Kombination als Kranken-, Alten-, Haus- und Familienpflege oder hauswirtschaftliche Hilfe und Beratung.

Folgende Hilfs- und Pflegeeinrichtungen mit entsprechenden Angeboten und Diensten (Leistungen, Funktionen) haben sich mit der zunehmenden Anzahl alter Menschen als künftiges Berufsfeld für AltenpflegerInnen etabliert:

Ambulante Pflegedienste: Einrichtungen wie Sozial-, Gemeindepflege- und Familienpflegestationen oder mobile Hilfs- und Pflegedienste zur ambulanten pflegerischen Versorgung von zu Hause lebenden hilfsbedürftigen Menschen, insbesondere von Alterskranken. Diese Pflegedienste beschäftigen hauptamtliches und ehrenamtliches Personal.

Sozialstationen: Gesundheits- und sozialpflegerische Zentren, die neben Krankenpflege überwiegend Altenpflege, Haus- und Familienpflege sowie hauswirtschaftliche Hilfen und Kurse zur Anleitung von Familienangehörigen bieten. Das hauptamtliche Personal setzt sich aus Krankenpflege-, Altenpflege-, Haus- und Familienpflegekräften, angelernten Helfern sowie Sozialarbeitern zusammen, unterstützt von einer nicht unerheblichen Zahl ehrenamtlicher Helfer.

Mobile soziale Hilfsdienste: Ergänzung des Angebotes von Sozialstationen durch mobile soziale Dienste mit hauswirtschaftlichen Hilfen und Fahrdiensten, Mahlzeitendienste wie "Essen auf Rädern" und Dienste wie Beratungs- und Nachbarschaftsdienste sowie Haus- und Familienpflegevereine. Das zugehörige Personal besteht in der Mehrzahl aus Teilzeitbeschäftigten, Zivildienstleistenden und ehrenamtlichen Tätigen, in beratenden Diensten sind schwerpunktmäßig Sozialarbeiter beschäftigt.

Einrichtungen der offenen Altenhilfe: Hierzu zählen Altentagesstätten und Altenclubs, die vor allem ein sozialpflegerisches Angebot mit Bildungs- und Unterhaltungsveranstaltungen sowie Seniorensport und –gymnastik und Mittagstische anbieten.

Bei den Heimen für stationäre Betreuung wird wie folgt unterschieden:

Altenwohnheime bestehen aus in sich abgeschlossenen Wohnungen, die in Anlage, Ausstattung und Einrichtung den besonderen Bedürfnissen des älteren Menschen Rechnung tragen sollen und ihn in die Lage versetzen sollen, möglichst lange ein selbständiges Leben zu führen. Im Bedarfsfall werden Verpflegung, Versorgung und Betreuung gewährleistet.

In *Altenheimen* werden den Bewohnern neben Wohnraum alle Leistungen der Haushaltsführung angeboten sowie die Teilnahme an einer Gemeinschaftsverpflegung und pflegerische Versorgung im Krankheitsfall. Vielfach verfügen Altenheime über eine Pflegeabteilung.

Altenpflegeheime dienen der umfassenden Pflege, Betreuung und Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger alter Menschen.

Mehrgliedrige Einrichtungen der Altenhilfe sind verschieden gestaltete Verbindungen von Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim, die ihre Aufgaben in gegenseitiger Ergänzung erfüllen und die einen jeweiligen Zuordnungsübergang ohne räumliche Veränderung gewährleisten sollen.

Die demographische Entwicklung wird künftig eine zunehmende Umwandlung von Altenheimplätzen mit geringem Pflegeaufwand in Pflegeheimplätze mit hohem Pflegeaufwand bedingen. Durch die finanzielle Absicherung der Pflege per Pflegeversicherungsgesetz werden bei steigender Nachfrage nach Pflegeleistungen auch die strukturellen, quantitativen und qualitativen Aspekte der Pflege an Bedeutung gewinnen (BESKE ET AL., 1993). Das wiederum bedeutet einen eklatanten Hinweis auf die steigende Nachfrage von Altenpflegekräften mit entsprechend qualifizierter bzw. sogar spezifizierter Ausbildung für diese Bereiche, also eine hoch einzuschätzende berufliche Zukunftsträchtigkeit.

3.2.4.1 QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSSTUFEN

Unter *Qualitätssicherung* versteht man, sich Regeln zu geben für die eigene Tätigkeit, diese einzuhalten, bei Nichteinhaltung die Gründe dafür zu erkennen und Veränderungen zu schaffen. Demnach wird eine gewisse Fachkompetenz bzgl. der Fähigkeit, die eigenen Tätigkeitsbereiche autonom und kritisch zu begutachten, vorausgesetzt. Hier könnte es bereits bei einfachster Pflege zu ersten Komplikationen bzgl. der Qualitätssicherung kommen, wenn z.B. ein bettlägeriger alter Mensch nicht nach bestem Fachwissen korrekt gelagert wird. Deshalb sollten die Instrumente der Qualitätssicherung auch als Leitfaden für die Entwicklung von Pflegestandards in der Ausbildung gelten und vermittelt werden:

- Pflegeverständnis, Pflegephilosophie
- Pflegetheorien und Pflegemodelle
- Pflegeprozess, Pflegeplanung und Pflegedokumentation
- Pflegestandards
- Beschäftigung qualifizierten Personals
- Fort- und Weiterbildung
- Qualitätszirkel
- Kommunikation und Kooperation
- Ist-/Sollvergleich

Die Pflegequalität wird in vier Kategorien, den *Qualitätsstufen*, unterteilt:

Stufe 0: gefährliche Pflege, wobei der Bewohner Schäden erleidet oder durch Unterlassung/Fehler in der Pflege gefährdet ist

Stufe 1: sichere Pflege als absolutes Minimum, die den Bewohner mit dem nötigsten versorgt, ihn nicht gefährdet oder gar Schaden erleiden läßt.

Stufe 2: angemessene Pflege, bei der der Bewohner Berücksichtigung seiner geäußerten Bedürfnisse und Gewohnheiten erfährt

Stufe 3: optimale Pflege, die den Bewohner und seine Angehörigen in die Pflegeplanung mit einbezieht. Der Bewohner erhält gezielte Hilfen in seiner Auseinandersetzung mit veränderten Umständen.

Dabei haben die Qualitätsstufen oft einen nahezu fließenden Übergang und eine leichtere Realisierung der Minimalstufe anstatt der schwieriger zu erfüllenden Maximalanforderung kann einen Verlust der Glaubwürdigkeit des Pflegeanspruches und der –standards bedeuten.

3.2.4.2 PFLEGESTANDARDS ALS ANFORDERUNGSPROFIL FÜR ALTENPFLEGEPERSONAL

Will man Perspektiven für die Pflege entwickeln und deren Umsetzbarkeit konkret artikulieren, so stellt die Verfügbarkeit von Pflegestandards eine wichtige Voraussetzung als sachgerechte Orientierungsmöglichkeit für das Pflegepersonal dar. Überträgt man die Definition des „Standards“ als „Normalmaß, Richtschnur, allgemeines Qualitätsniveau“ auf die Pflege, so ist folgende Beschreibung zutreffend: „Pflegestandards sind allgemeingültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren. Pflegestandards legen themen- und tätigkeitsbezogen fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten wollen/sollen und wie diese Leistung auszusehen hat. Nach den Vorstellungen der WHO soll in der Pflege zwischen Struktur- und Prozeßstandards differenziert werden, zudem soll es Ergebnisstandards geben:

Strukturstandards beschreiben die Bedingungen, unter denen die Pflege stattfindet und benennen die Kriterien, die als Voraussetzung für die Ausübung von professioneller Pflege notwendig sind.

Prozeßstandards beschreiben die Durchführung der pflegerischen Handlungen (teilweise im Detail), die notwendig sind, damit die für einen Bewohner festgelegten Ziele erreicht werden. Die verbindliche und anzustrebende Qualitätsstufe wird hierbei festgelegt und beschrieben. Prozeßstandards unterscheiden zwischen Standardpflegeplänen und Pflegestandards:

- *Standardpflegepläne* sind auf einen ausgeweiteten Pflegebedarf ausgerichtet, der typischerweise durch eine bestimmte Krankheit/Situation bedingt ist (z.B. Demenz-Betroffene).
- *Pflegestandards* beinhalten in der Regel einen bestimmten pflegerischen Handlungsbereich, der auf einen speziellen Pflegebedarf ausgerichtet ist **sowie auf exakt formulierte Pflegeziele**, die eine Überprüfung der Pflegewirkung auf den Bewohner ermöglichen (z.B. Katheterismus der Harnblase).

Ergebnisstandards beschreiben den physischen und psychischen Zustand des Bewohners, der nach Abschluß der Maßnahmen erreicht wird. Daher ist eine Zielformulierung unerlässlich.

Der Zweck von Pflegestandards ist zum einen die Qualitätskontrolle, denn Pflegestandards bieten dem Pflegepersonal die Möglichkeit, ein erreichbares Pflegeniveau festzulegen und durch Soll-/Ist-Vergleiche ein Absinken unter dieses Niveau zu verhindern. Zum anderen gewährleisten Pflegestandards eine angemessene Personalbedarfsberechnung, die Dokumentation der erbrachten Pflegeleistungen wird einfacher und kann gleichzeitig die Darstellung der erbrachten Leistungen gegenüber Kostenträgern erleichtern.

Die Vorteile von Pflegestandards liegen in einer maximalen Sicherheit und Zufriedenheit für den Bewohner durch eine gewisse Konstanz in der Pflege. Denn alle standardisierten Maßnahmen werden unabhängig von den Pflegepersonen immer ähnlich ausgeführt. Auch den Pflegenden bieten die Pflegestandards maximale Sicherheit durch die Vereinfachung gezielter Pflegeplanung. Pflegefehler durch mangelnde Absprachen oder Mißverständnisse können aufgrund der detaillierten und präzise gefaßten Vorgaben auf ein Minimum reduziert werden. Neuen MitarbeiterInnen wird bei der Einarbeitung eine optimale Unterstützung geboten, auch für seltener durchgeführte Pflegevorgänge.

Nicht zuletzt sind auch für die Einrichtungen Vorteile durch die Pflegestandards gegeben: die Zeitersparnisse bei der Dokumentation ermöglichen die Kostenminimierung und per definierter Leistungen sind Vertragsverhandlungen und Abrechnungen mit Kostenträgern vereinfacht (BESENDORFER ET AL., 1996).

Sowohl Pflegestandards wie auch Qualitätssicherung verlangen aus einleuchtenden Gründen einen EDV-Einsatz, der eine entsprechende Weiterbildung bei bisherigen Mitarbeitern notwendig macht bzw. schon in der Ausbildung in Kenntnis und berufsalitäglicher Umsetzung gelehrt werden muß. Das bisherige Berufsbild der/des Altenpflegers/in mit intuitiven Vorstellungen der in der Berufsausübung differiert von aktuellen Anforderungen: stringenter Aufbau der Patientendaten und medizinisch-strukturierte Erfüllung der Pflegepflichten (RICHTER, 1997).

Nach KOWALZIK (1997) erfordert die leitende Funktion in Einrichtungen der Altenhilfe Methoden und Haltungen eines professionellen Managements. Die neuen Anforderungen verlangen eine optimale Nutzung der Ressourcen des Personals. Die Differenzierung und Ausweitung der Palette des Hilfsangebots und die Definition der Heime als Dienstleistungsbetriebe verlangen ein angemessenes Leistungsverständnis und machen neue Leistungsmuster unerlässlich. Fast lassen Aussagen dieser Art schon an die Erstellung eines Kosten-Nutzen-Modells denken, welches weder die Pflegepersonen, noch die zu Pflegenden in ihrer Ganzheit beachtet. Im Sinne der ursprünglich angestrebten Ganzheitspflege sollte vorab differenziert werden, in welche Richtung die Altenpflege laufen soll: die Richtung der sozialpflegeri-

schen Ganzheit oder die Richtung der straff organisierten medizinisch-pflegerischen Einstellung?

Als eine Konsequenz der Qualitätsmaßstäbe der Pflegeversicherung (§80) ist jedenfalls die Erstellung eines Leistungskataloges notwendig, wobei der Einbezug des Lebensumfeldes der alten Menschen, die Organisationsbedingungen der Pflege und die Arbeitsprozesse impliziert sein sollten. Eine entsprechende Qualifizierung des Pflegepersonals im Sinne von einheitlicher Ausbildungsstruktur erscheint deshalb nicht nur sinnvoll, sondern unabdingbar notwendig. Gemäß der Erkenntnis der neuen Anforderungen und Aufgaben im Altenpflegebereich sollte die Ausbildung entsprechend modifiziert werden, um Unkenntnis und Überforderung schon im Vorfeld auszuschließen.

KÜHNERT und GABMANN (1997) äußern sich gemäß ihrer empirischen Studie von 1996 über den Zusammenhang von Fort- und Weiterbildung und Qualitätssicherung in der Altenpflege dementsprechend: Qualitätssicherung ist in ihrer Umsetzung maßgeblich auf den Rückgriff entsprechend qualifizierter Mitarbeiter angewiesen. Fort- und Weiterbildung nehmen dabei wichtige Funktionen zur Vorbereitung auf neue Aufgaben und zum Ausgleich von Ausbildungsdefiziten wahr. Bisher gibt es zwar das Gesetz zur Pflegeversicherung inklusive entsprechender Qualitätsmaßstäbe, nicht aber eine gesetzliche Regelung mit der Festlegung von dafür erforderlichen Fort- und Weiterbildungen, respektive von Ausbildungsmaßstäben. Bundesweit besteht immer noch kein Konsens über eine altenhilferelevante Ausbildung bzw. Fort- und/oder Weiterbildung. Bisher müssen AltenpflegerInnen gemäß dem alten Ausbildungskonzept mit den neuen Anforderungen zurecht kommen, eine dringend notwendige und eventuell angleichende Fort- oder Weiterbildung ist noch nicht adäquat den neuen Aufgabenbereichen geregelt.

Demgemäß verweisen KÜHNERT & GABMANN (1997) in ihrer Studie auf das ebenso vorhandene Defizit bei der Sicherstellung einer den Qualitätsanforderungen angepaßten Lehrqualität. Auch in diesem Bereich sind Forschungen und Evaluationen notwendig und sollten zu einer entsprechenden Modifikation der Lehre führen.

KÄMMER (1999) beschreibt die Altenpflege als hart umkämpften Markt: wer den Anforderungen der Zukunft gerecht werden, Karriere machen und fachlich auf dem aktuellen Stand sein will, kommt um regelmäßige Fort- und Weiterbildungen nicht herum. Das Berufsbild hat sich völlig verändert und analog zur demographischen Entwicklung wächst der Bedarf an Pflege älterer Menschen.

Im *stationären Bereich* ist die erwartete Steigerung eher gering. Entwicklungsschwerpunkte der nächsten Jahre sind hier die Qualitätsentwicklung, die Qualifikationssteigerung und die Vernetzung. Das Arbeitsplatzpotential erhöht sich leicht und die Einstellungs- und Karrierechancen sind stärker als heute von Qualifikation und reflektierter Erfahrung abhängig.

Im *ambulanten und teilstationären Bereich* ist die erwartete Steigerung hoch. Insgesamt erhöht sich das Arbeitsplatzpotential, aber aktuelle Änderungen rechtlicher Rahmenvorgaben wirken einschränkend auf die Vertrags- und Durchführungskompetenzen von AltenpflegerInnen. Die Chancen direkt in eine gut bezahlte, verantwortliche Position aufzusteigen, haben sich für Altenpflege-EinsteigerInnen verschlechtert. Mit entsprechenden Weiterqualifikationen ist dies allerdings kein Problem.

Die *Gerontopsychiatrie* dagegen gilt als das Handlungsfeld der Zukunft. Für die Entwicklung der Arbeitsmarktsituation Pflegender wird die Personengruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten älteren Menschen immer wichtiger und es profitieren Pflegende mit gerontopsychiatrischen Kenntnissen und einer entsprechenden Handlungskompetenz.

Infolge der aktuellen politischen Entwicklungen und des Pflegeversicherungsgesetzes wurden *neue Betätigungsfelder*, aber auch Begrenzungen geschaffen. Tätigkeitsfelder und -profile entstehen z.B. in der Zusammenarbeit mit Angehörigen, in der Qualitätssicherung, in der Vermittlung pflegerischer Dienstleistung und Beratung. In der weiteren Vernetzung von stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung übernehmen Pflegefachpersonen inzwischen Überleitungsfunktionen. Ebenfalls ausgebaut werden Pflegestellen und entsprechende Bildungsangebote in Hospizen für Sterbende. Der Aufbau von Hospiznetzen wird derzeit staatlicherseits durch finanzielle Förderung stimuliert. Probleme gibt es und wird es weiterhin geben in der Altenpflegeausbildung, was viele Altenpflegekräfte verunsichert. Sie fürchten um die Perspektive ihres Berufes und um seine Reputation. Aus bildungsstrategischer Sicht empfiehlt KÄMMER (1999) deshalb, sich für den Beruf stark zu machen, sich über die weiteren Entwicklungen zu informieren und von sinnvollen Weiterqualifikationsangeboten offensiv Gebrauch zu machen. Letzteres ist natürlich ohne eine lückenlose gesetzliche Regelung insofern schwierig, als die Möglichkeiten und deren Inanspruchnahme auch von der jeweiligen betrieblichen Seite abhängig sind.

Auch WEYERER & SCHÄUFELE (1999) fordern dringend eine Verbesserung der Ausbildung in der Altenpflege auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie. Dieses Defizit wird auch von den Altenpflegern selbst gesehen: in einer Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung gaben 48% von 2.000 befragten AltenpflegernInnen an, daß die Gerontopsychiatrie ein in der Ausbildung vernachlässigtes Thema sei. Bei der Diskussion um den künftigen Pflegenotstand sollte nicht nur das Problem mangelnden Personals beachtet werden, sondern insbesondere die Qualität des Ausbildungsstandes.

Zusammenfassend ist für den Ausblick des Altenpflegeberufs zu sagen, daß allein aufgrund der demographischen Entwicklung von einer absoluten Zukunftsträchtigkeit des Berufes ausgegangen werden kann. Neue Anforderungen durch die Einführung der Pflegeversicherung bieten gleichzeitig neue Tätigkeitsfelder, verlangen aber auch neben einer nunmehr andersartig qualifizierenden Ausbildung weitere ständige Inanspruchnahme von Fort- und

Weiterbildungen. Das bedeutet nicht nur eine Umwandlung des bisherigen Berufsbildes von einer eher als Hilfstätigkeit zu betrachtenden Tätigkeit hin zu einer wirklichen Profession, sondern impliziert in der Zukunft regelrechte Spezialisierung mit entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Einen Hinweis auf die erhöhten qualitativen Anforderungen im Berufsbereich der Altenpflege stellen auch die mittlerweile vorhandenen Studiengänge in diesem Berufsbereich dar. Sowohl an Fachhochschulen (z.B. Katholische Fachhochschule Freiburg: Pflegedienstleitung/Pflegemanagement/Pflegepädagogik), wie auch an Technischen Hochschulen (z.B. Karlsruhe: Kontaktstudien Vernetzung in der Pflege/Psychologische Gesundheitsförderung) und an Universitäten (z.B. Bamberg: Lehramt an berufsbildenden Schulen/Gesundheitspädagogik; Berlin: Medizin-/Pflegepädagogik) werden mittlerweile akademische Ausbildungen angeboten, die im Bereich der Altenpflege anzusiedeln sind und als Zugangsvoraussetzung oft eine abgeschlossene einschlägige Berufsausbildung verlangen. Werden 1996 Studiengänge an 24 verschiedenen Einrichtungen angeboten, ermöglichen 1999 bereits 58 Institutionen in Deutschland diverse Studiengänge in genannter Richtung. Der Altenpflegeberuf bietet gute Perspektiven an, lediglich in der Basisausbildung hat sich bisher nicht viel geändert: Ausbildungs-Vereinheitlichungs-Pläne wurden immer wieder verhindert und die Ausbildung gilt nur theoretisch als gut strukturiert. Bisher ist diese Theorie eine solche geblieben: die bereits erwähnten Aussteigerzahlen von einem Viertel aller AltenpflegerInnen schon im ersten Berufsjahr (KDA, 1995) sprechen eine deutlich andere Sprache. Die praktisch nicht umsetzbare und immer noch nicht durch entsprechende Aufklärung im Vorfeld normalisierte hohe Motivation bei der Berufswahl scheint einer der hauptsächlichsten Überforderungsgründe für AltenpflegerInnen zu sein. Denn hohe Motivation, die nie umgesetzt werden kann, gilt im psychologischen und Verhaltensbereich als ausgeprägter Überforderungsfaktor, der bis hin zur Burnout-Symptomatik führen kann.

4 MOTIVATIONSASPEKT BEI DER BERUFSWAHL ALTENPFLEGE

Eine fehlende Vorstellung von dem, was eine/n Altenpfleger/in ausmacht scheint ein allgemeines Kennzeichen dieses relativ neuen Berufes mit seinen Abgrenzungsproblemen gegenüber der Krankenpflege zu sein. Sieht sich der Berufsanfänger die zahlreichen einführenden Darstellungen zum Beruf des Altenpflegers an, so kann er nur schwerlich eine Vorstellung davon entwickeln, was den Beruf kennzeichnet. In der aktuellen Berufseinführung (MÜLLER-KOHLBERG, 1984) wird der Beruf des Altenpflegers den sozialen Berufen zugeordnet, womit natürlich bei der Entscheidung für diesen Beruf auch eine bestimmte Zugangsmotivation angesprochen wird. Inhaltlich jedoch spricht man von der Schwester/dem Pfleger, was wiederum die Annahme der Art eines medizinisch-pflegerischen Berufes zuläßt. Meist und eigentlich für beide Berufsrichtungen –Alten- und Krankenpfleger/in- wird von der sozialen Seite ausgegangen und eine entsprechende Berufsmotivation liegt vor. Um so mehr liegt diese Motivation offensichtlich bei der Entscheidung für den sozialpflegerischen Beruf Altenpflege vor, zumal die bewußte Trennung der beiden helfenden Berufssparten per Gesetz durch Trennung der Ausbildung und differenten Berufsbezeichnung gegeben ist.

BECKER & MEIFORT haben 1997 in einer Längsschnittstudie Altenpfleger/innen befragt, welche 1992 ihre Ausbildung abgeschlossen hatten. Trotz großer Unterschiede in der Bildungs- und Altersstruktur ergaben sich viele Gemeinsamkeiten in der Motivation für die Auswahl des Altenpflegeberufes. Bei den meisten Befragten dominierten intrinsische Motive mit hoher beruflicher Motivation und idealisierten Erwartungen an die Tätigkeit, welche häufig bereits bei der ersten Praxiserfahrung gedämpft werden. „Kontakte zu anderen Menschen“, „Hilfsbedürftigen zu helfen“ und „eine abwechslungsreiche Tätigkeit auszuüben“ waren die drei meist genannten Gründe für die Berufsentscheidung Altenpflege bei den Befragten.

In Anbetracht der genannten Ergebnisse und in Anbetracht der klaren beruflichen Kompetenzanforderungen erscheint es fast unvermeidlich, daß es zu einer Konfusion dieser beiden Aspekte beim Personal im Altenpflegebereich kommt und die daraus resultierende Frustration bzgl. des beruflichen Alltages zu einer Überforderungssymptomatik führt. Deshalb sollte die Wichtigkeit der motivationalen Aspekte bei der Berufswahl anhand einiger theoretischer Faktoren und einiger empirischer Ergebnisse dargestellt werden. Dabei soll klar ersichtlich werden, daß der motivationale Aspekt für die Berufswahl einerseits sehr wichtig ist, andererseits durch eine Ausschließlichkeit bei der Berufswahl unweigerlich ein Praxisschock stattfindet. Dieser Praxisschock kann wiederum zur Demotivation führen, welche zumindest die depressiven Symptome des Burnout-Syndroms nach sich zieht.

4.1 DER KONFLIKT UM BERUFSFUNKTION UND HILFELEISTUNG

Lt. WAHL & KRUSE (1994) ist die Entscheidung für eine Ausbildung in Richtung Pflege des alten Menschen eine Entscheidung für den Dienst am Menschen, die sicherlich alles andere als einfach nur als „Job“ betrachtet werden muß. Eine der klassischen Definitionsversuche dessen, was Pflege ist bzw. sein soll, beschreibt VIRGINIA HENDERSON (1977): Die besondere Funktion des Altenpflegers besteht in der Hilfeleistung für den einzelnen, ob krank oder gesund; in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu einem friedlichen Tod), welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, daß der Alte/Kranke so rasch als möglich seine Unabhängigkeit wieder erlangt.

Ernst genommen und nur auf den alten Menschen bezogen bedeutet das: gefordert ist die hohe und in den verschiedensten Situationen gegebene Sensibilität für die Belange und die Bedürfnisse des alten Menschen, nicht nur des kranken, sondern auch des gesunden. Gefordert ist weiterhin die ausgeprägte Identifikation mit dem alten Menschen und seiner Lebenslage, die es erst ermöglicht, das zu tun, was der alte Mensch, wenn er denn könnte, genauso oder in ähnlicher Form auch selbst tun würde. Hier hören die ausschließlichen Belange der Hilfsbereitschaft auf, hier ist hochwertiges berufliches Pflegefachwissen gefragt, jedoch ist die optimale Umsetzung dieses Wissens offensichtlich nicht denkbar ohne die (Hilfs-) Bereitschaft und (Hilfs-) Fähigkeit zur Rollenübernahme und Empathie.

Schließlich sind auch mit gewissen Konflikten umzugehen, z.B. dem „Paradox des Helfens“, das darin besteht, daß die eigene Hilfe nicht zu höherer, sondern zu geringerer oder gar gänzlich verschwundener Abhängigkeit des alten Menschen von seinem Helfer führen muß, d.h. das, was die Motivation des Altenpflegers (Bereitschaft zur Hilfe) ausmacht, sollte er gleichzeitig abzustellen suchen. Damit liegt eine Forderung vor, die hohe soziale Kompetenz und Kreativität voraussetzt, was wiederum der Ausgangsmotivation von Altenpflegern entspricht (BECKER & MEIFORT, 1997). Die Rolle des Altenpflegepersonals ist die des wichtigsten Sozialpartners für die im Heim wohnenden alten Menschen, welche die gesamte Person des professionell Pflegenden fordert (WAHL & KRUSE, 1994).

KURT WIRSING beschreibt in seinem praktischen Lehrbuch für Altenpflegeberufe 1987 einige Probleme, die mit der gewählten Helferrolle bei einem Berufsentscheid für Altenpflege einhergehen:

Jeder lernt in seinem Leben verschiedene soziale Rollen zu übernehmen. An eine Pflegekraft stellt nun die Gesellschaft ganz bestimmte Erwartungen hinsichtlich deren rollengemäßen Verhaltens, was eine Berufsentscheidung beeinflussen und fördern kann. Eine solche Rolle repräsentiert umgekehrt das durch Erwartungen gesteuerte Verhalten, welches ein Rolleninhaber in einer bestimmten Situation zeigt und zeigen will. Bezogen auf den Alten-

pflegeberuf sind solche verhaltenssteuernden Normen im Vorfeld häufig weniger die Erwartungen der Heimleitung/Verwaltung, weniger die Erwartungen der Kollegen oder die Erwartungen von Angehörigen der zu pflegenden alten Menschen. Vielmehr gehen die meisten Entscheidungen für den Altenpflegeberuf von einer ausgeprägten Hilfsbereitschaft aus, dem sog. „Helfersyndrom“, welches die Berufsausübenden ausleben und befriedigt sehen wollen. Das perfekte Gegenstück dazu sind natürlich die Erwartungen der alten Menschen in Pflegeheimen, die diese Hilfsbereitschaft bestätigen sollen. Es liegt klar auf der Hand, daß es sich bei dem Beruf der/des Altenpflegers/in um mehr als nur das Ausleben eigener Hilfsbereitschaft handelt. So kommt es auch bezüglich der Hilfsbereitschaft sehr schnell zu Intra- und Inter-Rollenkonflikten.

Beim Intra-Rollenkonflikt steht auf der einen Seite die Erfahrung einer Praxis, deren Erwartungen sich sehr stark an der optimalen Erledigung medizinisch-pflegerischer und hygienischer Tätigkeit orientiert. Auf der anderen Seite steht eine schulische Ausbildung, die daneben den sozial-pflegerischen und ganzheitlichen Aspekt der Betreuung alter Menschen betont. Und auf der dritten Seite steht eben die gerade bei extremer Pflegebedürftigkeit zeitlich schwer unterzubringende und selten Resonanz ergebende Hilfsbereitschaft.

Beim Interrollenkonflikt konkurrieren zwei oder mehrere Rollen, die ein Mensch innehat. So können die Berufsrolle als Altenpflegerin und die Privatrolle als Mutter gerade bezüglich der helfenden Fürsorge kollidieren, wenn eine Patientin von dieser Altenpflegerin kurz vor Dienstschluss noch eine aufwendige pflegerische Versorgung erwartet, sich bei selbiger aber der Sohn bereits auf den vereinbarten gemeinsamen Kinobesuch freut.

In Anbetracht dieser Konflikte ist es ein lohnenswerter Aspekt, die Vorinformationen über das Berufsbild zu betrachten, wie es gesellschaftlich bzw. informativ von den für den Beruf der/des Altenpflegers/in werbenden Stellen immer noch vermittelt wird.

4.2 INFORMATION, BEEINFLUSSUNG UND BERUFSWAHL

Von der Darstellung menschlicher Qualitäten als Ausgangs- und Schwerpunkt eines Berufes ging 1993 eine Image-Kampagne der Frankfurter Altenpflege aus. Mit großen Werbeplakaten wurde für die Entscheidung des Berufes Altenpflege geworben; auf diesen Plakaten demonstrierten sympathische Gesichter Menschlichkeit und hatten schlichte Zitate als werbende Überschrift: *„Aus Ihrem Interesse für Menschen läßt sich ein Beruf machen“*; *„Wenn Sie alten Menschen wirklich helfen wollen, sollten Sie es lernen“*; *„Es gibt einen Beruf, in dem Sie sich weiterentwickeln. Nicht nur Ihr Können.“* Die sogenannte Wichtigkeit und der Stellenwert des Berufes wurde noch hervorgehoben mit dem Slogan *„Die Wirtschaft kann auf Menschen verzichten. Die Altenpflege nicht“*. Hier wird ein ansprechendes, von der Gesellschaft honoriertes Berufsbild voll tiefgreifenden altruistischen Gedankengutes dargestellt und nicht auf die harte Berufspraxis im Rahmen der Pflegestandards und Qualitätssicherung

hingewiesen. Einzig die Zukunftsträchtigkeit des Berufes scheint aufgrund der demographischen Lage realistisch dargestellt zu sein.

Diese Werbekampagne der Frankfurter Altenpflege 1993 steht aber bei weitem nicht alleine da mit der Suggestion der menschlichen Tendenzen als wahrer Ausgangspunkt für eine Berufswahl, die doch eigentlich unter nüchternen und fachlich kompetent unterstützten Gesichtspunkten getroffen werden sollte. KÖPPL schreibt 1995 in der Zeitschrift „unterrichten/erziehen“ diesbezüglich über den Zusammenhang von qualitativer Berufsvorbereitung und einem dementsprechenden Ausbildungserfolg, womit er den Verbleib im erlernten Beruf meint. Ein unübersichtliches Angebot an Ausbildungsplätzen, vermeintlichen Berufsinhalten und Zukunftsperspektiven mit beruflichen Sicherheiten kann unter Umständen eine falsche Berufswahlentscheidung begünstigen. Wieweit das soziale Vorfeld derartige Berufswahlentscheidungen beeinflusst, läßt sich auch nachlesen bei BRAUN (1978): Vier Fünftel der Altenpflegeschüler hatten vor Beginn ihrer Ausbildung bereits näheren Kontakt zu alten Menschen, wie z.B. zu Verwandten oder Großeltern, kleine Dienste in der Pfarrei oder in der Nachbarschaft. Das Bild alter Menschen bei den Altenpflegeschülern/innen dürfte entscheidend von diesen Kontakten geprägt sein. So äußerten diese Schüler, daß Kontaktpflege und eine Ermöglichung zur Aussprache für alte Menschen das wichtigste seien.

Auch KÖPPL (1995) stellte fest, daß Berufserstwähler bezüglich der Informationsauswahl möglichen Konflikten ausweichen und ihre Entscheidungen stark von Zufällen, günstigen Gelegenheiten und den Einflußnahmen des sozialen Umfeldes abhängen. Seiner Meinung nach wird die Berufswahlentscheidungsfähigkeit wesentlich von charakterlichen Eigenschaften und von bisherigen Entscheidungserlebnissen beeinflusst. Dabei ist es redundant auf den Unterschied zwischen großmütterlicher Zuwendung und dem realen Altenpflegealltag hinzuweisen. KÖPPL expliziert als notwendige Forderung der Berufswahl eine differenzierte Wahrnehmung der Berufswahlsituation und verlangt eine entsprechende Aufklärung bereits im Vorfeld der Berufswahlentscheidung:

Es müssen Informationen über sich, über berufliche Möglichkeiten innerhalb des vorgegebenen aktuellen Ausbildungs- und Beschäftigungssystems gesammelt und diese nach bestimmten Kriterien geordnet werden. Weiterhin ist ein Vergleich zwischen wichtigen und unwichtigen und zwischen zuverlässigen und unzuverlässigen Angaben notwendig, wobei jeder noch unvoreingenommene Schüler im Vorfeld die entsprechende Unterstützung braucht.

KAROTSCH (1996) weist ausschließlich auf massive Interessenkonflikte von Pflegenden mit Bewohnern und Einrichtungen hin. Er spricht von Abwertung stationärer Arbeit durch die Bevorzugung der häuslichen und schwieriger zu kontrollierenden Pflege und betont die Problematik der Pflegestandards.

KRUSE & WAHL (1994) haben auf die reale und von den beruflichen Vorstellungen divergierende Arbeitsbelastung der Altenpflege hingewiesen: minderwertige Berufsvorbereitung während der Ausbildung und mangelnde Gelegenheiten zur Fort- und Weiterbildung, welche etwaige durch falsche Vorstellungen entstandene Defizite durch fachliche Kompetenzen ausgleichen könnte. Ebenso verwiesen sie auf die Notwendigkeit von Supervisionsmöglichkeiten und den Einsatz von Balintgruppen zum Abfedern der Überforderungs- und Frustrationsgefühle. So betonen Kruse & Wahl die Notwendigkeit einer Attraktivitätssteigerung der Altenpflegeberufe.

G. FORSTER (1992) hebt sogar bezüglich des durch Ausbildungs- und Berufsabbruch entstehenden Notstandes der Pflegekräfte den Zusammenbruch wesentlicher ethischer Motivationen zur Altenpflege in der Realität des Pflegealltags und des Pflegeheims hervor: Pflegekräfte beginnen ihre Arbeit im Alten- oder Pflegeheim mit hoher Motivation und halten so lange durch, bis sie feststellen, daß sie mit ihren Problemen und Sorgen in der Hektik des Pflegealltags allein gelassen werden. Die bei Forster zitierte Altenpflegeanwärtlerin beschreibt ihren Eindruck von alten Menschen als Personen voller Güte, Erfahrungswerte und mit viel Zeit und Müße, denen sie helfen wollte, ihren letzten Lebensabschnitt glücklich und geborgen zu begehen. Keine Rede ist von notwendiger Standardpflege, vielmehr wird ein beschaulicher mitmenschlicher Umgangseindruck vermittelt und die Perspektive der zunehmenden Schwerstkrankheiten im Bereich der Altenpflege fehlt. Doch gerade hier liegen die Schwierigkeiten und werden gemäß demographischer Prognose zunehmen.

4.3 DIE HELFERROLLE UND ALTRUISMUS IM ALTENPFLEGEBERUF

DOUBRAWA (1995) reflektiert die Helferrolle: vornehmlich im sozialen Bereich werden besondere Kompetenzen von den Tätigen gefordert, ohne im Vorfeld explizit dargestellt zu werden. DOUBRAWA führt verschiedene theoretische Erklärungsansätze für die Wahl des Sozialberufes, bzw. auch des Altenpflegeberufes auf. Sie stellt die Frage, weshalb Menschen solche Berufe wählen und geht davon aus, daß alle helfenden Berufe hinsichtlich der Tatsache vergleichbar sind, daß das Selbst des Helfers das wichtigste Instrument in diesen Berufen ist:

„Helfen als Suche nach Kommunikation und Selbstvervollständigung“ (H.E.RICHTER):

Helfende Berufe werden deshalb gewählt, weil sich junge Menschen hierbei eine befriedigende Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Betreuten versprechen. Auch der Wunsch nach einem Ausgleich eigener Kontaktdefizite wird in dieser Tätigkeit zu erfüllen gesucht. In der Ausbildung erfährt man zwar einiges über Methoden und Techniken des Faches, weniger jedoch über die Klienten, denen diese Kompetenz zugute kommen soll. Gar

nichts erfahren Auszubildende über ihren Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Wünschen, geschweige denn etwas darüber, wenn deren Nichterfüllung zur Frustration führt. Die unzureichende Vorbereitung auf die spätere Tätigkeit zieht häufig das nach sich, was durch sie eigentlich vermieden werden sollte: die auf die zu Betreuenden gerichteten Bedürfnisse der Helfer (hier: Zuwendung und Zuspruch) werden oft aus organisatorischen Gründen verdrängt und können sich ungünstig auf die Arbeit bzw. rückwirkend auf die Psyche der Helfer auswirken.

„Die Theorie des Helfersyndroms“ (W.SCHMIDBAUER):

In seinem Buch „Die hilflosen Helfer“ problematisiert Schmidbauer die seelische Gesundheit von Angehörigen helfender Berufe aus psychoanalytischer Sicht. Insbesondere beschäftigt er sich mit der psychischen Gesundheit der in helfenden Berufen professionell Tätigen, die sich meist auf Kosten ihrer eigenen psychischen und physischen Gesundheit überengagieren. Als besonders charakteristisch für Vertreter helfender Berufe bezeichnet SCHMIDBAUER (1977), daß Hilflosigkeit und Schwäche sowie das offene Eingestehen von (emotionalen) Problemen bei anderen akzeptiert und gefördert, bei sich selbst aber verdrängt und untersagt werden. Den „Helfersyndrom-Helfer“ schildert er als „hilflosen, verwahrlosten, ausgehungerten Säugling hinter einer sozial starken Fassade“. Diese Fassade läßt jede Hilfsbedürftigkeit vermissen und weist jede angebotene Unterstützung weit von sich (z.B. nach Sterbefällen). Die eigene verleugnete Bedürftigkeit ist für den Helfersyndrom-Helfer nicht mit der nach außen gezeigten und praktizierten altruistischen Moral vereinbar. So zeigt sich sein Helfersyndrom in bestimmten charakteristischen Äußerungsformen: er/sie neigt zu Überengagement und auch zur Gestaltung seiner privaten Beziehungen und Einstellungen gemäß einem tendenziell altruistischem Muster. Er sucht Anerkennung, Zuwendung und Bestätigung vorwiegend über soziale Leistungen und Einstellungen, wobei er diese bei den heute geltenden Pflegestandard-Anforderungen selten ausüben kann. Dementsprechend bekommt er selten die erwünschte positive Resonanz, auch nicht durch eine entsprechende Akzeptanz seines Berufes innerhalb der Gesellschaft. Die zu betreuenden alten Menschen sind teilweise gar nicht dazu in der Lage und der Altenpflegeberuf ist als kompetenter Berufstand immer noch nicht anerkannt.

Die Wichtigkeit, diese Helfermotivation anzusprechen, wird durch einen Exkurs über das Helfersyndrom in einem Lehrbuch der Altenpflege deutlich (BÜKER, 1996, S. 29 ff.):

Zur Entstehungserklärung wird der Psychoanalytiker SCHMIDBAUER zitiert, der folgendes herausgefunden hat: Menschen, die in früher Kindheit, in der Phase also, als eine sehr enge Beziehung zwischen Eltern und Kindern gegeben war, nicht um ihrer selbst willen geliebt worden sind, sondern nur dann, wenn sie bestimmten Ansprüchen durch Leistung gerecht

geworden sind, entwickeln ein sogenanntes Helfersyndrom. Die in der Kindheit grundgelegte Erfahrung, nur für Leistung geliebt zu werden, wird zum starren Maßstab für das eigene Verhalten: Anspruch des Über-Ich. Dieser Anspruch wird verinnerlicht und insofern verarbeitet, als die gesamte Persönlichkeit darauf ausgerichtet ist, anderen Menschen in aufopferungsvoller Weise zu helfen. In dieser Zuwendung zum nächsten ist aber eigentlich keine Mitmenschlichkeit zu sehen, sondern nur die Kompensation eigener Mangel Erfahrungen des Es aus der frühen Kindheit, nämlich der Wunsch nach wirklicher Liebe.

Diese Berufspersönlichkeit, die in ihrer täglichen Arbeit eigentlich immer nur zeigt, wie sie selbst behandelt werden möchte, sucht den alten Menschen nicht als Partner, sondern als Objekt, das bemuttert werden muß. Jede Verselbständigung dieses Objektes würde eine Gefährdung des „Idealbildes“ der aufopfernden Persönlichkeit bedeuten. Also wird die Helfersyndrompersönlichkeit möglichst als einzige Bezugsperson des alten Menschen anstreben, diesen in Abhängigkeit zu bewahren und somit nicht nur kontraindikativ zum eigentlichen Rehabilitationsgedanken zu agieren versuchen. Auch die unvermeidliche Konfrontation mit Tod und Sterben wird hier als persönliches Versagen interpretiert werden und eine entsprechende Frustration ist vorprogrammiert. Ein weiteres Manko des Helfersyndroms ist ein Konkurrenzdenken gegenüber Mitarbeitern und Angehörigen. Diese Vorstellungen sind mit einem ganzheitlichen Bild des alten Menschen und einer auf Aktivierung ausgerichteten Pflege schwerlich zu vereinbaren: Eigenständigkeit würde ebenso wie Tod zum Verlust des Pflegeobjektes führen und den Versagensgedanken nach sich ziehen.

Frustration ist also durch das Helfersyndrom prädisponiert und führt eher zu Berufsunzufriedenheit bzw. Überlastungsempfindungen, deren Ursprung selten in der eigenen Person gesucht wird.

In der sozialpsychologischen Forschung setzte man sich erst seit Mitte der 60er Jahre, also etwa zeitgleich zur Entwicklung des Berufsbildes „Altenpflege“ intensiv mit „positivem“ sozialen Handeln wie Hilfeleistung, Fürsorglichkeit, Mildtätigkeit auseinander (NEUBERGER et al.; 1985). Solche Verhaltensweisen werden oft als „altruistisch“ bezeichnet. Funktionen von Altruismus im Sinne der Altenpflege bedeuten, daß wir uns um diejenigen kümmern müssen, die sich aus eigener Kraft nicht um ihr Wohlergehen sorgen können, hier also unterstützungs- und pflegebedürftige alte Menschen. Aber auch negative Wirkungen übertriebener Fürsorge, Mildtätigkeit und Hilfeleistung sind bekannt: Menschen gewöhnen sich daran, daß sie umsorgt werden, sie geraten in Abhängigkeit und bemühen sich nicht mehr, ihr Leben selbst zu gestalten, das Gegenteil also des Gedankens der Ganzheitspflege und Rehabilitation.

4.4 EMPIRIE ZUR BERUFSMOTIVATION IN DER ALTENPFLEGE

Einige Untersuchungen über Berufseinmündungen, Berufswahl und den Berufsverbleib bestätigen im Ergebnis selbst oder in Nebenergebnissen die hohe Motivation als mit ausschlaggebend bei der Berufswahl von Altenpflegern/innen.

BECKER (1997) ging bei seiner Untersuchung (BIBB-Studie 1992-1995) auf die Motive zur Berufswahl von Altenpflegeschüler/innen ein. Danach äußerten 94% der Befragten, der „Kontakt zu anderen Menschen“ sei ihnen sehr wichtig bzw. wichtig. Diese hohe soziale Motivation bleibt aber diffus und unspezifisch, weil es im Verlauf der Ausbildung nicht gelingt, diese an ein professionelles Berufsverständnis zu binden. Das hat ein Phänomen zur Folge, was BECKER mit „Privatisierung der Berufsausübung“ bezeichnet und sich u.a. darin zeigt, daß statt professionelle Normen eher private Verhaltensweisen und –standards den Pflegealltag und die Beziehungen zwischen AltenpflegerInnen und den zu Pflegenden bestimmen. In Anbetracht der Anforderungen gemäß Qualitätssicherung und Pflegestandards ist eine Frustration vorprogrammiert und entsprechend lautete ein weiteres Ergebnis von Beckers Studie: ein Drittel des Ausbildungsjahrgangs von 1992 plante bereits im ersten Berufsjahr (1995) den Berufsausstieg für die unmittelbare Zukunft. Nicht erwähnt wird hier die unfreiwillige Frustrationskonsequenz: Burnout-Symptome mit anschließender Berufsaufgabe aus gesundheitlichen Gründen. Laut genannter Studie fühlten sich nach subjektiver Einschätzung 82% durch die Ausbildung nicht genügend auf die Berufsrealität im Sinne von Anforderungen in der Altenpflegepraxis vorbereitet, wobei nicht differenziert wird in erlernbaren eventuellen Auffangmechanismen dieser Frustration oder dem Erwerb von Kompetenzen, welche die eigenen und Berufsinteressen eventuell verbinden könnten.

Eine weitere Untersuchung über die Berufsmotivation künftiger AltenpflegerInnen liegt mit der empirischen Studie von MAHNKOPF (1992) vor. Hauptanliegen dieser Studie war es, herauszufinden warum Menschen trotz deutlich erkennbarer Belastungen in den Pflegeberufen die Arbeit mit alten Menschen zum Inhalt ihres Berufes machen wollen. Nebenher interessierte Mahnkopf, ob die Motivation zur Berufswahl eher intrinsisch oder extrinsisch war, ob Kenntnisse über den anvisierten Beruf bereits vor der Ausbildung vorlagen, Stellungnahmen zum vermeintlichen Image des Altenpflegeberufs in der Gesellschaft und es interessierte die Möglichkeit der Bündelung von Berufsinteressenten zu Gruppen differenter Motivationsstrukturen:

- 44,4% Spaß/Freude: Helfen wollen; Bestätigung erhalten; Arbeit mit Menschen; abwechslungsreich
- 16,9% Berufsspezifische Gründe: Beziehung aufbauen; Gespräche führen; etwas bewirken können
- 14,4% Äußere Gegebenheiten: Zufall; Scheidung; Beratung durch Dritte; Ausbildung haben wollen
- 8,9% Besondere Fähigkeiten: Eigenes Talent; Pflegeerfahrung von früher
- 5,6% Lebensaufgabe: Traumberuf; Berufung; sinnvolle Tätigkeit

- 5,6% Verdienstmöglichkeiten: Einkommen; krisensicherer Beruf; Aufstiegschancen
- 4,4% Gesellschaftskritische Motive: z.B. Pflegenotstand beseitigen; gegen die Benachteiligung alter Menschen angehen.

Es bestätigte sich in MAHNKOPFS Untersuchung, daß insgesamt deutlich intrinsische Motive gegenüber extrinsischen Motiven überwiegen, wobei wider Erwarten eher die Jüngeren als die Älteren mehr intrinsisch motiviert sind. Ältere Umschülerinnen weisen statistisch einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen intrinsischen Motiven und konkreten beruflichen Plänen auf. Intrinsische Motivation war hochsignifikant ausgeprägter je länger der Wunsch nach einem Pflegeberuf bestand.

Die Frage nach dem beruflichen Vorfeld-Wissensstand wies einen niedrigen Ausprägungsgrad auf, d.h. das Vorwissen ist eindeutig als gering einzustufen; die gesellschaftliche Nichtakzeptanz wurde von den Befragten vehement negiert.

KEMPE & CLOSS (1984) befragten in einer repräsentativen bundesweiten Studie (n=1000) Pflegekräfte nach den Gründen ihrer Berufswahl. Eine Differenzierung Alten-Krankenpflege wurde nicht explizit formuliert. Als Ergebnis liegt eine Zuordnung von fast zwei Dritteln der gegebenen Antworten zu altruistischen Motiven vor:

- der Wunsch zu helfen, Not lindern, gebraucht werden
- der Wunsch mit alten Menschen in Kontakt zu stehen, an ihren Erfahrungen teilzuhaben, ihnen Verständnis entgegenzubringen
- der Wunsch, Sinn und Verwirklichung in der Arbeit mit und für alte Menschen zu finden.

Auch STRACKE-MERTES (1987) untersuchten 1987 Bewerber/innen hinsichtlich ihrer persönlichen Gründe für die angestrebte Altenpflegeausbildung. Die vielzähligen Antworten bündelte er in vier Kategorien, wonach sich die befragten Bewerber wie folgt unterscheiden lassen:

- 38,6% begründen ihre Hilfeleistung aus überwiegend karitativ-fürsorglichem Interesse für alte Menschen.
- 30,5% setzen ihre Hilfeleistung überwiegend zur Befriedigung eigener Bedürfnisse ein.
- 19,3% geben an, die Altenpflegeausbildung aus Interesse an einem sicheren Arbeitsplatz, einer höheren beruflichen Kompetenz oder aus Statusgründen anzustreben.
- 11,6% begründen ihre Hilfeleistung aus überwiegend sozial-gesellschaftlichem Interesse.

GUTBERLET (1985) sammelte sieben Jahre lang die Antworten bezüglich des zentralen Berufswahl-Motives von den Bewerbern der Lehranstalt für Altenpflege im Hufeland-Haus in

Frankfurt/Main. Die Auswertung ergab ein zentrales Motiv bei den Bewerbern: alten Menschen helfen zu wollen.

Von BÜKER (1996) wurden in den Bewerbungsjahren 1986 und 1987 in einer Studie insgesamt 223 Bewerber nach ihren persönlichen Motiven für die angestrebte Ausbildung befragt. Die Antworten konnten dabei in vier verschiedene Antwortdimensionen unterteilt werden:

- 38,6% karitatives Interesse
- 30,5% eigene Bedürfnisse
- 19,3% soziale Sicherheit
- 11,6% soziales Interesse

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß es bei der Berufswahl im Sinne von Motivation zum Beruf primär um das Syndrom des „Helfen wollens“ geht. Eine genauere Differenzierung liegt nicht vor, da in keiner Untersuchung Fragen oder Zusammenhänge ermittelt wurden, welche eventuell Hinweise auf einen bestimmten Typus von Auszubildenden geben könnte. Auch dem Vorfeld-Wissen über den Beruf wird kaum bzw. wenn, dann nicht differenziert nachgegangen, ebenfalls nicht einem eventuell im Vorfeld vorhandenen Berufsbild. Insgesamt kann von einer bisher einseitigen Ausrichtung in der Forschung zur Berufswahl von Altenpflege-Auszubildenden gesprochen werden.

Auch etliche Diplomarbeiten beschäftigen sich mit diesem Thema, meist handelt es sich dabei aber um die globalen Perspektiven sozialer Berufe (BURISCH; 1980).

Noch heute wird bei der Pflege alter und pflegebedürftiger Menschen als einem zentralen Anliegen der Altenpflege ausgegangen und dabei klassischerweise in Grund- und Behandlungspflege unterteilt, wobei hier in der Regel körperliche Pflege gemeint ist. Das aktuelle Altenpflegekonzept berücksichtigt alte und neuere gerontologische Erkenntnisse im Sinne von Ganzheitlichkeit: danach bilden Leib, Seele und soziales Umfeld des Menschen eine untrennbare Einheit, die auch in altenpflegerischen Arbeitsvollzügen nicht getrennt werden sollte und basal den Gedanken der Rehabilitation beinhaltet. Entsprechend ist helfende Motivation als Berufszugangsvoraussetzung zwar notwendig, aber bei weitem nicht hinreichend. Vielmehr liegt daraus resultierend die Vermutung nahe, daß ein „nur“ vorhandener Helfergedanke unweigerlich zu Überforderungssymptomen entweder schon bei der Berufsausbildung oder aber spätestens bei vollem beruflichen Einsatz führen wird. Entsprechende Fluktuationsdaten im Beruf Altenpflege liegen vor, wobei als Hauptgrund des beruflichen

Wechsels oder Ausstiegs immer wieder die enormen physischen und psychischen Belastungen des Berufes genannt werden.

5 ANFORDERUNGEN DER BERUFSREALITÄT

Die Altenhilfeentwicklung war im vergangenen Dezennium gekennzeichnet durch steigende inhaltliche Anforderungen und steigenden Bedarf an Leistungen, die aus den Folgen der Hochaltrigkeit resultieren. Häufige, sehr ausgeprägte soziale und gesundheitliche Problemlagen stellen heutzutage im hohen Lebensalter sämtliche Hilfsinstanzen von der Familie bis hin zu professionellen Diensten vor qualitativ und quantitativ gesteigerte Ansprüche. Dabei sind besonders die vergüteten Hilfsprofessionen vor ein Leistungsprinzip gestellt, welchem sie innerhalb gesetzlich festgeschriebener Ansprüche und nach vorgegebenen Maßstäben gerecht werden müssen.

Behandlung, Pflege und Rehabilitation im fortgeschrittenen Alter gewinnen an Normalität und es reift allmählich die von der Geriatrie explizit betonte Erkenntnis, daß Krankheiten im Alter durchaus in gewissem Rahmen der Behandlung und medizinischen Erkenntnis zugänglich sind. Die Kunst und der therapeutische Erfolg liegen darin, Multimorbidität und die vieldimensionalen Faktoren, die für eine bestimmte Behinderung Verantwortung tragen, in einer pluridisziplinären Anstrengung anzugehen und sie zu einem realistischen Behandlungs- und Rehabilitationsplan zusammen zu fassen (vgl. HUBER; 1991).

Laut BRUDER (1991) basiert das Rehabilitationsverständnis auf der Akzeptanz von Defiziten, und definiert als Handlungsziele das Bestreben, alles zu tun, was zur Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung auch des psychischen Gleichgewichts beiträgt. Geht es also um ein Leben mit chronischen Krankheiten und Behinderungen im hohen Alter, so ist damit längst ein Normalzustand zu bezeichnen. Altenhilfe und Altenpflege sollen personen- und fachangemessen als Leistungspaket denk- und umsetzbar sein. Als solches soll die Altenhilfe und Altenpflege bedarfsadäquate, individuell bemessene Dienstleistungen umfassen, die das Zusammenwirken der sozialen Umwelt mit den verschiedenen Hilfeinstanzen im Rahmen ihrer jeweils gegebenen Möglichkeiten und Grenzen berücksichtigt. So können professionelle Handlungen dem Zusammenspiel von Multimorbidität und therapeutischen Zielen tatsächlich entsprechen (DZA/KDA; 1991).

Laufen in einem Zeitraum Prozesse der Nachfragesteigerung nach Altenhilfe- bzw. Pflegeleistungen in allen Funktionsbereichen mit solchen der Komplexitätssteigerung und Blick auf fachliche Anforderungen und Standards parallel, so sind zwangsläufig auch Interdependenzen von Verberuflichung und Verfachlichung um so bedeutungsvoller. Laufen diese wiederum auseinander, weil die Ausbildung entsprechend neuer Standards nicht modifiziert ist, so kann das Bedingungsfeld dauerhaft und mit verschärfter Tendenz in Widerspruch geraten zu dem, was Handlungskonzepte und -ziele als Qualitätsmerkmal benennen. Das Niveau dieser personalen Dienstleistungen bleibt dann in der Relation rückständig und die

„Macht unzureichender Verhältnisse“ verschiebt die im Konstrukt „Welfare Mix“ verbundenen Handlungen zu Lasten der Position „Leistungsbereiche von Fachkräften“ hin zur Betonung von „Leistungen primärer Netzwerke und Systeme“ auf dem Helferniveau (vgl. R. SCHMIDT; 1991). Dieses Niveau negiert bereits im Vorfeld die Möglichkeit entsprechenden Leistungsansprüchen gerecht zu werden, kurz: ungenügend ausgebildetes Personal wird den Anforderungen des aktuell umzusetzenden Pflichtbereiches im beruflichen Tätigkeitsfeld nicht gerecht und personelle Überlastungssymptome sind nahezu vorprogrammiert.

5.1 AUSBILDUNGSANSPRÜCHE IM SINNE DER ANFORDERUNGSPROFILE

Im Sinne eines professionellen Berufsstandes versus einem helfenden Substandard sind Fachlichkeit bzw. fachliche Kenntnisse vor allem auf den Ausbildungsstandard zu beziehen. So wäre zu überprüfen, inwieweit diese Fachlichkeit bereits während der Basisausbildung vermittelt wird und wo eventuell noch Mängel herrschen, auch im Sinne einer Unzufriedenheit der (Berufs-)tätigen über ungenügend oder gar nicht vermittelte Vorkenntnisse.

Berufsverbände gehen mehr oder weniger vom aktivierbaren alten Menschen aus und erwähnen den pflegebedürftigen alten Menschen eher am Rande. Beim Deutschen Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) wird bezüglich Altenpflege das medizinisch-pflegerische Tätigkeitsprofil des Berufes beschrieben und als allgemeine Aufgabe werden Beratung, Betreuung und Pflege herausgestellt. Die Bedürfnisse des aktivierbaren alten Menschen sollen mit den dem Altenpfleger als allgemeine Aufgaben zugeschriebene Tätigkeiten also befriedigt werden. Wie es sich dagegen mit den allgemeinen Aufgaben bei den nicht mehr aktivierbaren alten Menschen verhält, bleibt noch unklar (vgl. VOGES; 1985).

Die Anteile sozial- und medizinisch-pflegerischer Tätigkeiten werden bei der Übersicht über Tätigkeiten im Altenpflegeberuf unterschiedlich gewichtet und scheinbar dominiert dabei der medizinal-pflegerische Part auf selbstverständliche Weise. Dabei ist z.B. die Betreuung Sterbender, die als eine bedeutsame und besonders arbeitsintensive Tätigkeit in der Altenpflege mit der Voraussetzung besonderer Arbeitsfähigkeiten gesehen wird, nur ein Beispiel für die Forderung nach mehr psychotherapeutischer Behandlung und dementsprechender Vorbildung in der Altenpflege. So wird (1994) im Informationsblatt „Altenhilfe“ gefordert, daß sich die Behandlung von Alterskrankheiten nicht auf die Verabreichung von Arzneimitteln wie etwa Psychopharmaka beschränken solle, sondern Ziele der Altenpflege müsse es sein, die Fähigkeit auch anderer Patienten zu erhalten, sich im Alter zurecht zu finden (DGVP). Hierzu müsse auch vermehrt psychotherapeutische Behandlung angeordnet und eingesetzt werden, welche letztendlich sachkompetent von Altenpflegern/innen im Sinne der Ganzheitspflege durchzuführen ist. Das impliziert eine Vermittlung entsprechender Kenntnisse z.B. im Bereich der Gesprächsführung bereits in der Basisausbildung.

KOWALZIK (1997) fragt nach mehr Professionalität und fordert dementsprechend die Anpassung der Ausbildungskonzepte: die neuen Anforderungen in der Altenhilfe verlangen eine optimale Nutzung der personellen Ressourcen, worauf sich Lehrgangskonzepte sowohl in der Aus- wie auch bei der Fort- und Weiterbildung einstellen müssen. Moderne Pflege muß ziel- und konzeptorientiert ausgerichtet sein und die Qualifizierung soll dazu beitragen, daß diese Aufgaben und Anforderungen besser erkannt und bewältigt werden können.

BÖHLE ET AL. (1997) fordern im Rahmen der „Pflegearbeit als situatives Handeln“ ein realistisches Konzept zur Sicherung von Qualität und Effizienz der Altenpflege, was bereits in der Ausbildung vermittelt werden sollte. Im Zusammenhang mit der Notwendigkeit von Kostenreduzierungen ist in der Altenpflege aber eine Tendenz zu erkennen, Arbeitsabläufe detailliert zu beschreiben und zu standardisieren, um so möglichst zeitsparendes, effektives und rationelles Arbeiten zu gewährleisten. Dabei soll die Pflege konsequent einem zweckrationalen Handlungsmuster folgen: für ein gegebenes Ziel werden die dazu nötigen Mittel und Wege im Voraus durchdacht und geplant, „systematisiert“ und mit dem geringst möglichen Aufwand „umgesetzt“, was zu erheblichen Rationalisierungseffekten führt. Eine explorative Studie im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprojektes „Situative und flexible Arbeitsorganisation in der stationären, integrativen Altenpflege“, das im Haus Aja Textor-Goethe in Frankfurt/Main durchgeführt wird, gibt entscheidende Hinweise dafür, daß diese Annahme falsch ist. Effektives und zeitsparendes Handeln in der direkten Altenpflege folgt nicht dem Handlungsmuster zweckrationaler Arbeit. Die Untersuchung konzentrierte sich auf die Grundpflege und ging der Frage nach: wie sieht effizientes und effektives Handeln in der direkten Pflege aus? Sie kommt zu dem Ergebnis, daß in der direkten Pflege „subjektivierendes“ oder „situatives“ Handeln ökonomischer und erfolgreicher ist. Solches Handeln ist gekennzeichnet durch interaktiv-dialogisches Vorgehen, bildhaft-assoziatives Denken, intuitiv-subjektive Wahrnehmung und persönlich-empathische Beziehung zu den Pflegebedürftigen.

Bei der Entscheidung für den Altenpflegeberuf (vs. dem Krankenpflegeberuf) sollte demnach der größere Raum des sozialpflegerischen Bereiches betont werden, also Soziologie, Psychologie, Gesprächsführung etc.

Für Gesetzgeber und Ausbildungsstätten scheint das klar zu sein, denn das Altenpflegegesetz vom 19. Juni 1994 sagt in §3Abs.1: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen, eigenverantwortlichen und geplanten Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind; sie soll darüber hinaus dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten und Verwaltungsarbeiten zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen (Ausbildung).“

Trotz dieser gesetzlichen Ausbildungsvorgabe klaffen Ausbildungstheorie und berufliche Praxis weit auseinander:

Beispielsweise ist die Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme theoretisch eine wichtige Altenpflegerische Tätigkeit, die hilft, einen verbliebenen Teil Selbständigkeit zu erhalten. Praktisch hat eine Pflegekassette dazu geraten, medizinisch-pflegerisch eine PEG-Sonde zu legen, wenn der Personal- und Zeitmangel die zeitraubende Hilfestellung nicht zuläßt.

DIEKERMANN (1997) kritisiert den derzeitigen Ausbildungsstand als stellenweise „de Luxe“: Vieles wird gelernt und als Kenntnisstand verlangt, was in der Praxis nicht umsetzbar ist, wohingegen vieles nicht gelehrt wird, was praktisch notwendig ist.

STRACKE-MERTES (1994) pointiert mit seiner Kritik die „profil-lose“ Altenpflege-Ausbildung: „wer die Qualität der Pflege sichern will, muß zunächst für Qualitätsstandards in der Ausbildung sorgen“.

So bedarf die berufliche Qualifikation in der Altenpflege einer genaueren Betrachtung und Erläuterung mit der Frage nach der Art der Qualifikation einer Altenpflegekraft, damit diese dem vielschichtigen Anforderungsprofil genügen kann..

Berufliche Qualifikation und die Frage der Pflegequalität haben sich dabei unmittelbar an den Interessen alter Menschen zu orientieren, denn sie bestimmen das Maß der notwendigen Intervention und Unterstützung und sie formulieren indirekt das Anforderungsprofil für die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Pflegepersonals. Die Voraussetzung dafür ist, daß professionell Tätige in der Altenpflege eine einheitliche Ausbildung erhalten. Die zu erlernende Handlungskompetenz richtet sich gemäß STRACKE-MERTES (1994) nach vier Kategorien der Kompetenzbereiche:

- *Formelle-fachliche, materielle Kompetenz:* Berufsspezifisches Fachwissen über Altersphänomene, Krankheiten, psycho-soziale Kenntnisse, Methoden der Pflege, Wissen um Qualitätsstandards.
- *Soziale und kommunikative Kompetenz:* Eigenschaften wie Fähigkeiten der Empathie, Rollenflexibilität, Teamfähigkeit, Offenheit.
- *Selbstreflexive Kompetenz:* Fähigkeit der Überprüfung eigenen Handelns mit Fähigkeit der Selbstreflexion, Rollenbewusstsein, Einschätzungsfähigkeit beruflicher und persönlicher Möglichkeiten und Grenzen, Kooperationswille in einem multiprofessionellen Team, Bemühung um Aufrechterhaltung eigener Tätigkeitskontrollen.
- *Ethische Kompetenz:* Bereitschaft zur Verantwortung, Begründung des eigenen Handelns, Orientierung des pflegerischen Handelns an allgemeingültigen Wertmaßstäben, Bereitstellung und Unterstützungsleistungen und Hilfen, auch ohne Hoffnung auf Genesung und Besserung des Patienten.

WAHL & KRUSE weisen bereits 1994 darauf hin, daß die Entscheidung für eine Ausbildung in Richtung Pflege des alten Menschen die Entscheidung für einen Dienst am Menschen und sicherlich alles andere als nur einfach ist: Konfrontationen mit hohen Anteilen hirnorganisch veränderter alter Menschen, extremer Zeitdruck in Verbindung mit einer manchmal zu hinterfragenden schlechten Bezahlung und schlechtes gesellschaftliches Berufsimago oder auch Konflikte aufgrund von Diskrepanzen zwischen eigenverantwortlichem Tun und hierarchischen Strukturen.

Auch die ständige existenzielle Herausforderung durch schwere chronische Krankheiten, die ein ganz besonderes Verständnis von „Arbeitserfolgen“ notwendig machen oder die alltägliche Konfrontation mit Sterben und Tod: alle diese und noch mehr Problembereiche sollten bereits in der Ausbildung thematisiert werden, um ein realistisches Anforderungsprofil darzustellen.

VOGES & KONEBERG konstatierten bereits 1984, daß die Berufskonstitution ein Prozeß ist, der den Prinzipien und Strategien eines Marktes folgt: bei Veränderungen des Marktes wie hier durch die Veränderung der Heimpopulation und die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes mit neuen Pflegestandards ist ein Prozeß in Gang gesetzt worden, der nicht nur eine Strukturierung sondern auch Modifizierung der Ausbildung und Ausbildungsinhalte verlangt, um dem veränderten Anforderungsprofil gerecht zu werden.

Zusammenfassend ist zu bemerken, daß die Ansprüche an eine Altenpflegeausbildung genau so hoch sein müssen, wie es die beruflichen Anforderungen gemäß den Kriterien der Pflegeversicherung mit ihren Qualitätsstandards sind. Trotz Implementierung der Pflegeversicherung im stationären Pflegebereich bereits 1996 gibt es noch keine adäquate Modifikation der Ausbildung, die der neuen Berufsrealität gerecht wird. So kann es zu Überforderungen des Personals mangels richtiger berufsalldäglicher Vorbereitung kommen und im Sinne geplanter curricularer Modifikationen sollte man sich dabei nicht nur an den Realitäten der täglichen Berufspraxis und -anforderung orientieren, sondern eventuell auch an den Aussagen der „Experten in Vivo“. Das sind von Altenpflegeschüler/innen festgestellte Ausbildungsdefizite und entsprechende Verbesserungsvorschläge. Um einen ersten Hinweis in dieser Richtung zu erhalten, wurden bei der eigenen Untersuchung an AltenpflegeschülerInnen neben einer Beurteilung des schulischen Unterrichts bzgl. seiner Praxisnützlichkeit auch Wunschfächer erhoben, von denen sich die Betroffenen eine Verbesserung ihrer beruflichen Situation im Sinne von adäquater Praxisvorbereitung erhoffen.

5.2 ERSTE ANFORDERUNGSVERÄNDERUNGEN UND DARAUS RESULTIERENDE BELASTUNGEN IM BERUFSBILD

Sind die beruflichen Anforderungen schon durch demographische Verschiebungen wesentlich verändert, so ist ebenfalls eine gravierende Veränderung des Berufsanforderungs-

profils durch die Installation der zweiten Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes am 1. Juli 1996 zu verzeichnen. Differente Pflegestufen, Qualitätssicherung und Pflegestandards haben den professionellen Anforderungen des Altenpflegeberufs nicht nur dieses andere Profil gegeben, sondern sollten letztendlich auch zu einem anderen Berufsimago der professionellen Kompetenz führen.

5.2.1 GANZHEITS- ODER GRUNDPFLEGE – NUR EIN GEDANKENSPIEL ?

Der Beruf der Altenpflegekraft umfaßt nicht nur das breite Spektrum fachlich-spezifisch äußerst anspruchsvoller Anforderungen, sondern findet noch dazu in einer Berufssituation und in einem Berufsumfeld statt, das per se schon erfüllt ist von Konflikt- und Belastungssituationen. Dazu wurde bereits im Januar 1987 –also lange vor Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes- am Institut für Gerontologie in Heidelberg eine Studie zum Thema Konflikt- und Belastungssituationen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe begonnen (Der BMFuS 1992).

Dabei stellte sich heraus, daß die ständige Konfrontation mit belastenden Aspekten des Alters wie Behinderung, Krankheit, Pflegebedürftigkeit und vor allem Verwirrtheit für die Mehrheit der Befragten besonders problematisch war, was sowohl für die Bewohner von Heimen, aber eben auch und in besonderem Maße für das Pflegepersonal gilt. Das Pflegepersonal wird von den Heimbewohnern zwar als freundlich und hilfsbereit beschrieben, doch bei fast allen Bewohnern klingen Unbehagen oder gar Enttäuschung über fehlende individuelle Zuwendung und Betreuung an, ein Punkt, den das Pflegepersonal selbst immer wieder moniert: Zeitmangel für Zuwendung auch individueller Art. Ebenso werden die fehlenden personellen Kapazitäten für rehabilitative Maßnahmen und für „Dinge, die nicht zwingend notwendig sind, aber eben gut tun“ von beiden Seiten –Heimbewohner wie Personal- als belastend erlebt. Gerade für Heimbewohner, die ihre Kompetenz in einigen Bereichen als eingeschränkt erleben, wären Möglichkeiten der Rehabilitation auch im Sinne des Modells der Ganzheitspflege von großer Bedeutung, denn es ist zu berücksichtigen, daß Bewohner, die in einigen Funktionen eingeschränkt sind, in anderen Bereichen durchaus ihre Fähigkeiten erhalten oder auch ausbauen könnten. Jedoch bedürften sie hierzu der Unterstützung qualifizierter Mitarbeiter, um nicht zum Beispiel durch Einschränkungen im Bewegungsapparat auch Einschränkungen in anderen (z.B. sozialen) Funktionsbereichen hinnehmen zu müssen. FRIELING-SONNENBERG (1997) kritisiert, daß Krankheit und Einschränkung im pflegebedürftigen Alter durch die neuen Strukturen der Altenhilfe und –pflege gefördert werden. Die einseitig an körperlichen Defiziten ausgerichtete uniforme Altenhilfeversorgung verhindert den Prozeß des Aussöhnens mit gelebtem und nicht gelebtem Leben. Eine Konzentration auf bestimmte Beschwerden führt dahin, daß z.B. bei bestimmten Formen dementieller Erkrankungen durch die einfache Gabe von Neuroleptika keine Heilung sondern eher die pflege-bequeme Sedierung stattfindet.

In der Praxis bedeutet diese Form der Altenhilfeversorgung eher Stagnation und Krankheit als Förderung der Gesundheit und Selbstbestimmung im Alter (vgl. auch FRIELING-SONNENBERG, 1997), was eine Desillusionierung des hoch intrinsisch motivierten Personals nach sich zieht und unweigerlich eine extreme Belastungssituation darstellt.

Als weitere Belastungsmomente werden genannt: starke Reglementierung des Tagesablaufs sowie mangelndes Erleben von Kompetenz, was nicht nur von den momentan vorhandenen individuellen Fähigkeiten abhängt, sondern in hohem Maße mitbestimmt wird von den wahrgenommenen Möglichkeiten, die das soziale Umfeld zur Ausübung kompetenten Verhaltens bietet.

Ein als zu gering erachteter Personalschlüssel steht im Vordergrund der von Mitarbeitern geschilderten Konflikt- und Belastungssituationen: fachgerechte und angemessene Versorgung und Pflege der Heimbewohner wird aufgrund der Personalsituation immer schwieriger und in manchen Bereichen geradezu unmöglich. Heimleiter beklagen den Mangel an gutem und nach den neuen Pflegestandards voll ausgebildetem Fachpersonal. Diese oft wenig attraktiven Arbeitsbedingungen für Altenpflegekräfte, die eine Abwanderung qualifizierter Mitarbeiter in andere Berufe begünstigt und so die Personalsituation weiter verschärft, sind folgerichtig der nächste Belastungsfaktor. Denn häufiger Personalwechsel mindert die Motivation der Eigenaktivität, aber auch den Willen vieler Mitarbeiter, an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen teil- und im Heimalltag mehr Verantwortung zu übernehmen. In einer verbesserten Personalsituation hätten die Mitarbeiter im Heimalltag mehr Zeit für die einzelnen Heimbewohner und könnten stärker auf ihre individuellen Bedürfnisse –im Sinne der Ganzheitspflege- eingehen, jedoch müßten viele Kollegen dann umdenken. Verstärktes Eingehen auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Heimbewohner führt zu deren vermehrter Selbständigkeit und das wiederum zu vermehrtem Unterordnen des Personals nicht nur unter einen Pflegestandard-strukturierten Zeitplan, sondern auch unter dann zusätzlich gewünschte Leistungen, für die doch eigentlich gar kein (Zeit-) Raum mehr gegeben ist. Dabei ist die Förderung, Aktivierung und Rehabilitation der Heimbewohner im Pflegeversicherungsgesetz längst impliziert, da das Modell von der Ganzheitspflege ausgeht und die psychologische Betreuung der Heimbewohner durch ein größeres Angebot an psychologischer Beratung und Therapie, Gesprächsführung und Verwirrtenarbeit eigentlich verbessert werden sollte.

Ein solch anspruchsvolles Angebot ginge einher mit einer Aufwertung der Altenpflegetätigkeit im Sinne von Anhebung des Berufsniveaus aus gesellschaftlicher Sicht. Dieser von fast allen betroffenen Mitarbeitern geäußerte Wunsch wird unterstrichen durch die Forderung nach einer Vergrößerung und Verbesserung des Fortbildungs-, Supervisions- und Ausbildungsangebotes in der Altenpflege, besonders im Hinblick auf Belastungsreduktion.

Insgesamt kann man die Situation der Grundpflege als schwierig bezeichnen, denn trotz Vorgabe des Ganzheitspflege-Modells und den Wünschen vieler Mitarbeiter gemäß diesem Modell arbeiten zu können, scheitert es zum einen an in der Ausbildung erlernten Fachkompetenzen, zum anderen an dem sich daraus ergebenden schlechten Personalschlüssel. Überforderung ohne gleichzeitige Kenntnis von Streß-Präventionsmaßnahmen führt zu hoher Fluktuation mit schlechtem Personalschlüssel, der wiederum nur die Möglichkeit der Erledigung notwendiger Grundpflege-Aufgaben nach sich zieht.

5.2.2 STANDARDISIERTE PFLEGEREGELUNG

Die seit 1. Juli 1996 in Kraft getretene zweite Stufe der Pflegeversicherung sollte die Versorgung der Pflegebedürftigen in Heimen regeln, jedoch funktioniert diese Regelung nach FISCHER (5/1997) noch nicht so ganz: momentan ist eher von einer Übergangszeit zu sprechen und es soll noch etliches in der stationären Pflege auf eine neue Grundlage gestellt werden. Die Pflegekassen haben Anfang 1997 ganz überraschend ein Modell entwickelt: das „Standard-Pflegesatz-Modell“, abgekürzt SPM, das seither für erhebliche Aufregung und Irritation innerhalb der Pflegebranche sorgt, weil die Versorgung der Pflegebedürftigen auf einem Niveau stattfindet, das sich keiner für den Fall seiner eigenen Betroffenheit wünschen kann. Zudem wird vor den gravierenden arbeitsmarktpolitischen Auswirkungen gewarnt: bei Zugrundelegung der SPM-Werte müßte etwa 40 Prozent des Pflegepersonals entlassen werden.

Die dramatischen Kernaussagen des SPM bestehen unter anderem auch in vorgegebenen Zeitwerten als Berechnungsgrundlage für alle Heime. Es werden verbindliche Zeitwerte als normative Obergrenzen vorgegeben, und innerhalb dieser Zeiten hat die gesamte Pflege in einer ausschließlichen Honorierbarkeit per Pflegesatz zu erfolgen, also Grundpflege einschließlich indirekter Pflegezeiten, Behandlungspflege sowie die gesamte soziale Betreuung.

Diese Zeitwerte betragen:

Für die Pflegestufe I: 45 min./Tag

Für die Pflegestufe II: 71 min./Tag

Für die Pflegestufe III: 128 min./Tag

Wenn man bedenkt, daß der Durchschnitt der HeimbewohnerInnen in Stufe II eingruppiert ist, und weiterhin einbezieht, daß BewohnerInnen der Stufe 0 gar nicht aufgeführt sind, obwohl sie tatsächlich oft einen beträchtlichen Betreuungsbedarf haben, so ergibt sich die näherungsweise Konsequenz, daß nach diesem Modell in der Zukunft nur mehr ca. 70 Minuten Pflege pro Tag und Bewohner zur Verfügung stehen sollen. Zum Vergleich: aus einer Blitzumfrage vom März 1997 in Nürnberg ergeben sich momentan ca. 90 Minuten pro Tag und Bewohner, die rechnerisch zur Verfügung stehen und laut Mitarbeiter oftmals nicht genügen, geschweige denn eine rehabilitative Ganzheitspflege zulassen würden. Schon bei

dem geltenden Personalschlüssel arbeiten die meisten Pflegekräfte hart an der Grenze ihrer eigenen Belastbarkeit, sind ausgepowert und haben innerlich schon gekündigt. Nun sollen sie einfach ihre „Wirtschaftlichkeitsreserven“, die sie weder kennen, noch sie demzufolge einsetzen können, mobilisieren und auf Ausbildungsideale hinsichtlich „ganzheitlicher Pflege“ verzichten.

Einige Details der neuen 70-Minuten-Vorgabe sollen kurz erläutert werden und damit annähernd die Konsequenzen vermuten lassen:

- Für das Aufstehen/Zu-Bett-Gehen liegt der Maximalwert bei zwei und drei Minuten pro Tag. Mittagschlaf des Hochbetagten also gestrichen.
- Für die Leistung „Hilfestellung bei der Darm- und Blasen-Entleerung“ stehen weniger als acht Minuten pro Tag zur Verfügung. In der Regel ist diese Zeit bis zum Mittagessen „aufgebraucht“. Und was dann?
- Für die soziale Betreuung liegt der Durchschnittswert bei vier Minuten pro Tag, also 120 Minuten oder lediglich zwei Stunden innerhalb eines ganzen Monats. Damit sollen die Bereiche Krisenbewältigung, Sterbebegleitung sowie Hilfen bei der Orientierung und der Alltagsgestaltung abgedeckt sein.

Mit der grundsätzlichen Veränderung in der Pflegelandschaft und deren nachhaltige Auswirkungen, so auch MEYER-KRIECHBAUM (1997), ist die Pflege als Dienstleistung zu einer Ware geworden, die auf dem freien Markt nicht mehr qualitativ sondern kostentechnisch gehandelt wird und die Versorgung alter, kranker und behinderter Menschen auf ein Minimum beschränkt.

Die so reduzierte Pflege steht im Wettbewerb und wird auf den körperlichen Bereich als notwendigen Pflegebereich eingegrenzt. Alte Menschen, die zum Beispiel psychisch krank, also verwirrt sind, erhalten keine Hilfe mehr durch die Pflegekassen. Sie können sich zwar noch selbständig waschen und anziehen, wissen aber nicht, wo und wer sie sind. Andere werden gewaschen und angezogen, dann aber in einen Stuhl gesetzt und sitzen gelassen. Für Betreuung, Zuwendung, Gespräche oder Beschäftigung bleibt keine Zeit. Diese Tätigkeiten werden nicht bezahlt bzw. sind mit der neuen Gesetzesregelung gar nicht mehr finanzierbar.

Per Pflegedokumentation wird jede Tätigkeit schriftlich festgehalten, sie wird dadurch nachvollziehbar, überprüfbar und nur so auch bezahlbar. Nicht Dokumentiertes kann nicht abgerechnet werden und jede Altenpflegekraft muß durch die Dokumentation der Leistung den Nachweis ihrer Arbeit erbringen, gleichwohl das selbst wiederum Zeit kostet (MEYER-KRIECHBAUM, 1997).

Mit dieser Dokumentation wird der Umfang der abzurechnenden Leistung ermittelt und die Vergleichbarkeit zwischen Anbietern von Pflege erstmals ermöglicht. Das führt nicht nur zur Zertifizierung von Einrichtungen, sondern auch zu Wettbewerbsverhalten auf Kosten der

Pflegequalität. Diese grundsätzliche Veränderung in der Pflegelandschaft seit Einführung der Pflegeversicherung kann und wird notwendigerweise zu einer Veränderung des Berufsbildes von Altenpflegerinnen und Altenpflegern führen. AltenpflegerInnen erleben, daß die Leistung zum Arbeitsnachweis transparent gestaltet sein muß, um die Bezahlung zu rechtfertigen. So bleibt der Arbeitsplatz erhalten und das Gehalt gesichert. *Eigentlich* ist das ein entscheidender positiver Faktor, der zu mehr Professionalität führt: die Reflexion eigenen Verhaltens macht immer wieder deutlich, welche Tätigkeiten fachlich notwendig sind und auch von einer Fachkraft durchgeführt werden müssen. Es ist immer wieder nachgewiesen worden, daß professionelle und gut geschulte Pflegekräfte effektiver und damit auch sparsamer arbeiten können, da sie ihre Handlungen besser organisieren, einteilen und Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden können (MEYER-KRIECHBAUM, 1997).

Betrachtet man den Ausgangspunkt der z. Zt. noch geltenden Ausbildungsmodalitäten, so wird deutlich, daß diese neue Professionalität und gute Schulung auch im Sinne von Organisationsfähigkeit auch in der Ausbildung verändert vermittelt werden muß.

5.2.3 STANDARDISIERTE AUSBILDUNG – THEORETISCHE KONSEQUENZEN DER VERÄNDERTEN ANFORDERUNGEN

In der Folge wird sich also auch die Ausbildung ändern und stärker noch als bisher an Qualitätsstandards orientieren müssen. Auch Unterrichtsinhalte müssen so gestaltet werden, daß sie vergleichbar und transparent sind und somit dem hohen Anspruch der Qualitätsstandards und deren Umsetzbarkeit entsprechen. So sollten sich die Curricula in Zukunft deutlicher an den unterschiedlichen Anforderungen der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege orientieren. Ihre Ziele sind klar zu formulieren und die jeweiligen Schwerpunkte müssen stärker als bisher geschehen in den Unterricht einfließen. Die unterschiedlichen Praktika müssen dazu genutzt werden, Theorie und Praxis zu verzahnen, das heißt sowohl auf Praxis vorzubereiten als auch die praktischen Erfahrungen zu reflektieren und bei alledem sollte das Basismodell der Pflegeversicherung, nämlich das Ganzheitsmodell nicht vergessen werden.

Die Ausbildung wird sich künftig stärker als bisher am medizinisch-pflegerischen Bereich orientieren müssen, wobei Didaktik oder Geragogik als Grundlagenfächer auch weiterhin unverzichtbar bleiben sollten. Aber auch geplantes und zielgerichtetes Handeln, Organisation und Reflexion bleiben wichtige Bausteine guter Pflege, somit auch guter Ausbildung.

Neben den medizinischen Fächern und der Ausbildung in Pflege ist die Vermittlung von Grundkenntnissen in EDV künftig unabdingbar, denn die gesamte Abrechnung erfolgt über Computer: alle Tätigkeiten müssen datenmäßig eingegeben und erfaßt werden.

Eine Konzentration der Ausbildung auf rein körperlich-medizinische Pflege wird deutlich und es entsteht die Frage nach dem Verbleib der anderen Fächer der Ausbildung wie Musik, Seniorengymnastik oder Werken, die alle in den Bereich der Zuwendung, Tagesgestaltung

und Beschäftigung, aber eben auch in den Bereich der Rehabilitationspflege fallen. Bei konsequenter Umsetzung der Pflegeversicherung wären lt. SPM Fächer mit sozialpflegerischem Inhalt künftig nicht notwendig und daher in der Studententafel nicht mehr enthalten.

Der gesamte Fächerkatalog der Altenpflege-Ausbildung steht damit zur Diskussion. Übrig bleibt im schlimmsten Fall eine „Minikrankenschwester“, die all die pflegerischen Tätigkeiten lernt und später ausführt, die bei alten Menschen anfallen.

Mit diesen Veränderungen würden auch die Zielsetzungen für das Berufsbild, wie sie in den gesetzlichen Verordnungen zur Ausbildung in der Altenpflege festgeschrieben sind, entfallen. Dort werden als Ziele neben den pflegerischen Tätigkeiten die Beratung und Betreuung in persönlichen und sozialen Angelegenheiten, die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung einer möglichst eigenständigen Lebensführung, die Förderung sozialer Kontakte und der Freizeitgestaltung, die Begleitung von Familienangehörigen und die umfassende Begleitung schwerkranker, chronisch kranker und sterbender Menschen ausdrücklich genannt.

Mit einer derart reduzierten Ausbildung, wie sie gemäß Pflegeversicherung künftig ausreichen würde, sind solche Ziele kaum zu erreichen, vielmehr wird eine noch größere Überforderung provoziert und zwar schon während der Ausbildungszeit.

5.2.4 DIE NEUE HEIMPOPULATION UND DARAUSS RESULTIERENDE KONSEQUENZEN

Betrachtet man die Honorierungsbasis der Pflegeversicherung, die nur transparent dokumentierte Leistungen berücksichtigt, so ist leicht vorstellbar, daß es zu einer Verschiebung der Finanzierung seitens der Kassen in Richtung körperlich schwerst Pflegebedürftiger kommt. Diese Fälle sind unbedingt einfacher im Pflegeaufwand zu dokumentieren: waschen, füttern und betten sind leichter nachvollziehbar als beruhigen, trösten und gut zureden. Körperlich weniger schwere Pflegefälle werden durch die Heime als „nicht so lukrativ“ abgewertet und Demenzen und andere nicht physische Beeinträchtigungen entgehen dieser Dokumentation und dadurch auch dem Honorarbudget.

5.2.4.1 HEIMPOPULATION UND KOSTENPOLITIK

Um Einnahmen sicherzustellen, sind die Heime darauf angewiesen, bevorzugt Personen mit einer hohen Pflegebedürftigkeit, d.h. in den Pflegestufen II und III, aufzunehmen. Bei der Aufnahme „rüstiger“ BewohnerInnen würden die Alten- und Pflegeheime langfristig schwerwiegende finanzielle Engpässe in Kauf nehmen. Wegen dieser Rahmenbedingungen ist zu erwarten, daß vermehrt Personen mit erheblichen Alltagseinschränkungen und einem hohen Pflegebedarf in die Heime gelangen. Diese Personen weisen aber oft neben körperlichen Beeinträchtigungen sehr häufig auch psychische Störungen, vor allem dementielle und depressive Erkrankungen auf (SCHNEEKLOTH, 1997; WEYERER, MANN & AMES, 1995).

Neben einem steigenden Bedarf an Grund- und Behandlungspflege ergibt sich hieraus auch ein wachsender Bedarf an gerontopsychiatrischer Behandlung und psychosozialer Be-

treuung, was im Kostenmodell wegen schwieriger Dokumentationsmöglichkeit kaum berücksichtigt wird. Durch die Vorgaben des neuen Finanzierungsmodells und die allgemeine Kostendämpfung im Gesundheitswesen kommt es zu einer Verknappung der finanziellen Ressourcen mit entsprechend ungünstigen Auswirkungen auch auf die personelle Ausstattung der Heime. Weniger Honorar zieht aber gleichermaßen den Aspekt von weniger Personal im Sinne von ungünstigem Personalschlüssel nach sich.

Durch die Zunahme des Pflege- und Betreuungsaufwandes –gleichwohl Betreuung per se nicht mehr in den Pflegeleistungen erscheint- bei einem gleichzeitigen Rückgang des Personalstandes ist absehbar, daß die Arbeitsbelastungen des Altenpflegepersonals wie auch die damit verbundenen Streßfaktoren der Überlastung zunehmen werden. Auf der Grundlage arbeitspsychologischer Konzepte (GREIF, BAMBERG & SEMMER, 1991; RICHTER & HACKER, 1998) kann man dann folgerichtig davon ausgehen, daß sich diese erhöhten Belastungen mittel- bis langfristig in einer erhöhten körperlichen und psychischen Beanspruchung niederschlagen und es zur sogenannten Burnout-Symptomatik mit eventuellem Berufsausstieg kommt.

5.2.4.2 EINE VERLAUFSSTUDIE ZU DEN AUSWIRKUNGEN DER VERÄNDERTEN BERUFSANFORDERUNGEN

Die Studie „Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen des Altenpflegepersonals (AB-BA)“ (WEYERER & ZIMBER, 1996; ZIMBER & WEYERER, 1998) untersucht im Rahmen einer Verlaufsstudie die Veränderungen der Arbeitssituation von Altenpflegekräften durch die Einführung der Pflegeversicherung.

Einige relevante Ergebnisse sollen kurz dargestellt werden, um die bisherigen Aussagen zu stützen:

- *Arbeitsbezogene Beanspruchung:*

Im BHD-Beanspruchungsscreening (HACKER ET AL., 1995) zeigten sich im Rahmen der Verlaufsstudie zwar keine Veränderungen, jedoch waren die Wertebereiche aller fünf erfaßten Beanspruchungsindikatoren sehr hoch angesiedelt: emotionale Erschöpfung, arbeitsbedingte intrinsische Motivierung (vgl. oben), Unzufriedenheit in der Arbeit, Aversion gegenüber BewohnerInnen und reaktives Abschirmen.

- *Gesundheitliche Beanspruchung:*

In allen bei der Verlaufsstudie erfaßten Merkmalsbereichen zeigte sich eine Zunahme der körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen während eines Arbeitsjahres:

-Körperliche Krankheiten: Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen, Magen- und Darmkrankheiten, Hautkrankheiten, selbst berichtete andere körperliche Krankheiten

-Subjektiver Gesundheitszustand

-Somatisierung: Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Schweregefühl in den Armen oder Beinen, Schwächegefühl in den einzelnen Körperteilen

-Müdigkeit und Schlafstörungen

-Depressive Symptome

Insgesamt weisen die bei ZIMBER & WEYERER (1999) erhobenen Daten in eine deutliche Richtung: der Altenpflegeberuf ist einerseits höchst anspruchsvoll im Sinne von Beanspruchung der eigenen Gesundheit, andererseits ein sehr belastendes Arbeitsfeld, noch verschärft seit der Einführung der Pflegeversicherung. Daraus resultiert implizit der Anspruch auf eine Modifikation der Ausbildung, um derartigen Berufsanforderungen durch die Vermittlung adäquater Kenntnisse im Vorfeld gerecht zu werden, aber auch um eigene Ressourcen konträr zu diesen Streßfaktoren aufzubauen.

Über die gravierenden Veränderungen im Berufsfeld mit der eigentlich zwingend notwendigen Konsequenz einer Um- und Neuorientierung bezüglich anfallender Ansprüche auch im Rahmen der Ausbildung äußert sich KOTSOBOLOS (1999). Sie kritisiert den Ausdruck „geeignete Pflegekräfte“ als zu „schwammig“. Um die neuen Anforderungen zu erfüllen, sollen die Arbeitsplätze per Stellenbeschreibung neu und klar definiert werden. Eine bestimmte Tätigkeit lange ausgeübt zu haben, reicht jetzt nicht mehr zur Legitimation eines bestimmten Arbeitsplatzes.

Summiert man die derzeit gültigen Ausbildungsmodalitäten, die veränderten Berufsanforderungen und die körperliche und psychische Beanspruchung des Altenpflegeberufes, so liegt eine Veränderungsnotwendigkeit auf der Hand, die bereits in der Berufsausbildung ansetzen sollte. Es scheint fraglich, ob die mittlerweile notwendigen komplexen Kenntnisse in der Grundausbildung vermittelt werden können, zumal bereits tätige AltenpflegerInnen mit dem herkömmlichen Ausbildungssystem eindeutig benachteiligt wären. Die logische Konsequenz wäre neben der guten Grundausbildung eine laufende Fort- und Weiterbildung, um den ständig steigenden Berufsanforderungen auf kompetente Art und Weise gerecht zu werden und diversen Streßfaktoren eigenständig per geeigneter Coping-Strategien entgegen zu treten.

5.3 NOTWENDIGKEIT VON ZUSATZAUSBILDUNG

Da die Pflegekräfte gegen die wachsenden Anforderungen in ihrem Beruf durch die bisherige Ausbildung keineswegs gewappnet zu sein scheinen, sind Zusatzqualifikationen durch Fort- und Weiterbildung unbedingt vonnöten. Der berufliche Anforderungskatalog ist derart gestiegen, daß in der Basisausbildung maximal die beruflich notwendigen Grundkenntnisse vermittelt werden können. Zumal es in der Basisausbildung keine Differenzierung

in spezifizierte Zweige wie z. B. Demenzbetreuung etc. gibt, welche zunehmend im Berufsleben gefragt sein werden. So ist im Vorfeld von einer Notwendigkeit ständiger Fort- und Weiterbildungen auszugehen, nicht zuletzt durch permanent neue Erkenntnisse in allen gerontologischen und geriatrischen Bereichen.

5.3.1 WEITERBILDUNG DURCH VERÄNDERTE ANFORDERUNGSPROFILE

Die Wichtigkeit solcher Fort- und Weiterbildungen wird dokumentiert durch viele entsprechende Berichte in Fachzeitschriften und Fachbüchern. So gab es 1999 eine gesonderte Beilage zur Zeitschrift *Altenpflege*, die sich ausschließlich mit Bildungswegen im Bereich der Altenpflege befaßt. KÄMMER (1999) geht von der Pflege als Wachstumsbranche aus, wobei die Zunahme der älteren Menschen, der chronischen Krankheiten und der Multimorbidität nicht nur zu einem quantitativ wachsenden Pflegebedarf führen, sondern auch zur qualitativ spezifizierten Pflegeanforderung. Infolge der aktuellen politischen und demographischen Entwicklungen und der Installation des Pflegeversicherungsgesetzes wurden völlig differente Handlungsfelder in der Pflege geschaffen mit ganz neuen Tätigkeitsprofilen. Träger und Einrichtungsleitungen sind deshalb gefordert, systematisch Fort- und Weiterbildungsangebote innerhalb und außerhalb der Einrichtungen anzubieten und die Umsetzung neuer Erkenntnisse aktiv zu unterstützen.

Mit Fortbildung wird jede betriebliche Bildungsarbeit bezeichnet, die auf Sicherung geeigneter, ausreichend qualifizierter, in ihrem Beruf motiviert und engagiert arbeitender Menschen zielt. Unter Weiterbildung wird ein systematischer, didaktisch geordneter Bildungsgang verstanden, der bei den TeilnehmerInnen zu einer umfassenden Spezialisierung in einem bestimmten Gebiet führt. Beide setzen Planung voraus, bauen auf einer Bedarfserhebung auf, orientieren sich an Zielen und sind auf Wirksamkeit angelegt. Gut geplante Bildungsangebote fördern die Eigenständigkeit, Arbeitszufriedenheit und Kreativität aller MitarbeiterInnen.

Folgende Themeneinteilungen bieten sich in Anbetracht des veränderten Pflegeprofils an:

- *Fachlichkeit (hier: Pflege und Begleitung)*

Zum Beispiel Umgang mit dementiell Erkrankten, Einführung neuer Pflegeverfahren, Notfallkurse und Brandschutzübungen, konflikträchtige Pflege Themen des Hauses, Hygiene.

- *Kooperation*

Verbesserung von Übergabegesprächen und Besprechungen, Verbesserung von organisatorischen Mängeln, verbesserte Gesprächsverfahren mit Bewohnern und ihren Angehörigen, Vermeidung von Beschwerden und gegebenenfalls deren optimale Bearbeitung.

- *Gesunderhaltung*

Rückenschonendes Arbeiten, Reflexion der Pausengestaltung und Einrichtung von Ruhezeiten für das Personal, Nichtrauchertrainings und Gesundheitsaufklärung in Kooperation mit der VHS und Krankenkassen, ebenso Atem- und Entspannungsübungen.

Fortbildungen außerhalb der Einrichtung, z.B. bei Bildungsträgern bieten sich an, um neue Impulse in die Einrichtung zu holen, um in bestimmten Bereichen „über den Tellerrand zu schauen“ und sich mit anderen auszutauschen und um MitarbeiterInnen gezielt zu fördern. Neben den Hilfen zur unverzichtbaren Weiterentwicklung der eigenen Fachlichkeit im Rahmen des eigenen Fachgebietes, der Neigungen und Perspektiven, kommen Bücher, Trainings und Kurse zur Weiterqualifikation in Frage, z.B. in folgenden Themenbereichen (KÄMMER, 1999):

- *Organisation*

Verbesserung der Tagesablauforganisation; Leiten von bewohnerorientierten, kleinen Teams; Projekt- und Prozessmanagement; betriebswirtschaftliche Grundlagen; Selbst- und Zeitmanagement.

- *Kommunikation*

Gesprächsführung; Überzeugen im Gespräch und Konfliktgespräche führen; Moderationstechniken.

- *Persönlichkeitsentwicklung*

Förderung des Selbstbewußtseins, des eigenen Standpunktes und der Selbstreflexion.

Angesichts komplexer Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsbilder sowie kumulierter psychosozialer Problemkonstellationen bei chronisch kranken älteren Menschen sollte sich die Weiterbildung an differenter Sachverhalten orientieren. Nicht nur die Vermittlung ganzheitlicher und therapeutisch-aktivierender Pflegekonzepte als Erhöhung geriatrisch-rehabilitativer Fachkompetenz, wie auch qualitative Erweiterung von Arbeitsinhalten, gesundheitsfördernde Arbeitsweisen (Arbeiten nach dem Bobath-Konzept), neue und attraktive Arbeitsstrukturen und Gestaltungsspielräume, innovative Tätigkeitsbereiche und multiprofessionelle, teambetonte Arbeitskonzepte sind von Interesse. Ziel der Fort- und Weiterbildung ist, daß AltenpflegerInnen lernen, psychosoziale und psychosomatische Zusammenhänge besser zu erkennen und in den Pflegeprozeß mit einzubeziehen. Dazu gehören Fähigkeiten, gezielte Beratung und Anleitung der Patienten und deren Angehörigen (Gesprächsführung) sowie ggf. die Koordination nachsorgerischer Maßnahmen einzuleiten und durchzuführen. Dar-

über hinaus soll ein Beitrag zu mehr Professionalität und Selbständigkeit der Pflegeberufe im therapeutischen Team einer Klinik, stationären Altenpflegeeinrichtung oder in der ambulanten Pflege geleistet werden. Die TeilnehmerInnen solcher Zusatzbildungen sollen nach dem Abschluß Multiplikatoren für therapeutisch-aktivierende und geriatrisch-rehabilitative Pflege darstellen (ADOLPH & GÖRRES, 1997).

5.3.2 ANGLEICHUNG DIFFERENTER VORKENNTNISSE

Laut KÜHNERT & SCHNABEL (1996) verdient die gute Qualifikation von Pflegekräften in der Debatte um Professionalisierung und Qualitätssicherung eine herausragende Bedeutung. Die Ergebnisse einer systematischen Analyse der gegenwärtigen Personalsituation belegen die große Heterogenität der beruflichen Qualifikationen und zeigen, daß in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe eine beträchtliche Anzahl von defizitär ausgebildeten Menschen tätig ist. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe liegt der Anteil von fachqualifiziertem Personal bei lediglich 17%, ohne Aussage darüber, wie gut diese fachliche Qualifikation ist (KÜHNERT & SCHNABEL; 1996). Bei einer Befragung zur Zufriedenheit mit der Ausbildung gaben nur etwa zwei Fünftel der AltenpflegerInnen an, nach subjektiver Meinung gut ausgebildet zu sein (MUTHNY & BERMEJO; 1999). Der Mangel an anspruchsgerecht ausgebildeten PflegerInnen führt zur inadäquaten Umsetzung gesicherter Erkenntnisse der Gerontologie und Pflegewissenschaften in die Praxis und fördert physische und psychische Überlastungssymptome beim Pflegepersonal. Permanente Überforderung durch subjektive Einschätzung geringer eigener beruflicher Kompetenzen ist ein charakteristisches Kennzeichen der Burnout-Symptomatik, die in vielen Fällen als Grund für Berufs- und manchmal sogar Ausbildungsausstieg genannt wird. In Anbetracht der hohen Personalfuktuation im Bereich der Altenpflege wird der psychosozialen Personalfortbildung und der Supervision ein immer höherer Stellenwert eingeräumt:

- unter dem Gesichtspunkt der Kompetenzerhöhung und Verbesserung der Patientenversorgung (Stichwort „Qualitätssicherung“);
- unter dem Ziel, über Kompetenzsteigerung die Arbeitszufriedenheit (und die Attraktivität der Pflegeberufe) zu erhöhen;
- aber auch unter der Notwendigkeit, Möglichkeiten der emotionalen Entlastung zu schaffen, vielleicht sogar in der Hoffnung einer gewissen Burnout-Prävention.

5.3.3 EINE UNTERSUCHUNG ZU PERSONALEN FORTBILDUNGSWÜNSCHEN

Aus den klinischen Erfahrungen eines ausgeprägten Fortbildungsbedarfs, der hohen Akzeptanz bedarfsorientierter Angebote in vielen Feldern der Betreuung chronisch Kranker und alter Menschen (BRODA & MUTHNY; 1990) und dem vergleichsweise geringen empirischen Dokumentationsstand speziell in der Altenpflege entstand die wesentliche Motivation zu einer Studie von MUTHNY & BERMEJO (1999). Zentrale Fragestellung der Untersuchung

waren u.a. Fragen nach Erfahrungen mit bisherigen Fortbildungen und Fragen nach dem Themenbedarf in der Fortbildung sowie deren Zusammenhang mit beruflichen Belastungen.

Als Ergebnis sollen die von den befragten Altenpflegern/innen genannten Themenwünsche hinsichtlich psychosozialer Fortbildung mit hoher Ausprägung erwähnt werden:

Umgang mit aggressiven Bewohnern	80%
Umgang mit depressiven Bewohnern	80%
Möglichkeit des Selbstschutzes	74%
Umgang mit Schwer- und Todkranken	73%
Verbesserung des Arbeitsklimas im Team	59%
Umgang mit klagsamen, jammernenden Bewohnern	58%
Gesprächsführung mit Bewohnern	51%
Problem der Nähe/Distanz zu Bewohnern	48%
Krankheitsbewältigung der Bewohner	44%
Beziehungs- und sexuelle Probleme der Bewohner	26%

Diese Ergebnisse sprechen für Veränderungen in der psychosozialen Fortbildung. Ein ausgeweitetes, bedarfsgerechtes Angebot psychosozialer Personalfortbildung und Supervision erscheint notwendig und langfristig wirksamer und sollte deshalb grundsätzlicher Ansatzpunkt einer verbesserten Ausbildung sein. Diese sollte den besonderen interaktionalen Belastungsaspekten des Arbeitsfeldes und den entsprechenden Kompetenzen Rechnung tragen. Fortbildungs- und Ausbildungsveranstaltungen sollten sich auf die neuen spezifischen Voraussetzungen und Anforderungen einstellen.

Zusätzliche berufsgruppenübergreifende Fortbildung und Supervision, die in Deutschland bislang leider wenig Tradition besitzt, hat in dieser Zielsetzung einen hohen Stellenwert und ihre Realisierbarkeit und Wirksamkeit ist in anderen Feldern längst bewiesen. Entsprechende Angebote wirken sich günstig auf die Verbesserung der Lebenssituation der Bewohner wie auch auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter aus und stellen damit vielleicht einen ersten Schritt in Richtung Burnout-Prävention auch im Sinne der Minderung von hoher beruflicher Fluktuation dar.

5.3.4 FORTBILDUNG IM INFORMATIONSTECHNOLOGISCHEN BEREICH

Nicht nur der psychosoziale Bereich sollte bei Fort- und Weiterbildung beachtet werden, auch andere Bereiche des Aufgabenfeldes von Altenpflegekräften sind neu und bedürfen einer zusätzlichen Schulung, um den arbeitstäglichen Anforderungen gerecht zu werden. Bislang ist der zunehmende EDV-Einsatz im Pflegebereich fast ohne die Mitwirkung von

Pflegekräften vonstatten gegangen. RICHTER (1997) identifiziert in einem kurzen Problem-Aufriß über die Implementierung von Informationstechnologien in der Pflege drei zentrale Problembereiche. Als erster kritischer Punkt wird die betriebswirtschaftliche Motivation zur Einführung von EDV betrachtet, eine Motivation, die sich auch auf die Pflegekräfte übertragen muß, um den entsprechenden Anforderungen gerecht zu werden. Als zweiten Problembereich benennt er die potentielle Diskrepanz zwischen intuitiver Pfl egetätigkeit und dem stringenten Aufbau der Pflegedaten. Der dritte Problembereich betrifft die mit der Einführung von EDV notwendigen Organisationsveränderungen auch zeitlicher Art. Es wird die These vertreten, daß genannte Bereiche aktiv durch Pflegekräfte mitgestaltet werden müssen, wenn der Einsatz von EDV in der Pflege erfolgreich sein soll und das Arbeitspotential der Pflegekräfte dadurch effektiver und effizienter genutzt werden kann. Das impliziert eine künftig unabdingbare EDV-Schulung in der Ausbildung und Nachschulung für bereits fertig ausgebildete Pflegekräfte.

Außer der Pflicht zur Pflegeplanung und –dokumentation fordert das Pflegeversicherungsgesetz die transparente Leistungsabrechnung, die für KundInnen und Kostenträger nachvollziehbar macht, was wann und wie oft geleistet wurde. Allein diese Forderung zwingt zur genauen Dokumentation. Die Kenntnis der Leistungsfähigkeit und des Leistungsangebotes bekommt im Planungsprozess einen unverzichtbaren Stellenwert: aus Qualitätssicherungsgründen müssen Verlauf und Wirkung der Pflegemaßnahmen transparent dargestellt werden (HENNECKE;1998). In idealer Form sollte diese Transparenz aus Zeiterparnisgründen auf vorgefertigten Formblättern stattfinden, die per Computer ausgefüllt und durch einheitlichen Ausdruck auf entsprechenden Formularen von Kostenträgern wieder per EDV eingelesen werden können. Die schnelle Datenabrufbarkeit in einheitlicher Form gewährleistet Transparenz bei KundInnen und Kostenträgern und ermöglicht schnelle und einheitliche Einarbeitung im Falle neuer MitarbeiterInnen.

5.3.5 EINE EMPIRISCHE STUDIE ZU RAHMENBEDINGUNGEN VON FORTBILDUNGEN

Im Rahmen einer empirischen Studie von STRÜMPPEL & ZANK (1994) wurde die Fortbildungsbereitschaft von Pflegekräften in der Altenpflege und die Wichtigkeit von Zielen erhoben, die mit der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen verfolgt werden. Außerdem wurde der eingeschätzte Nutzen von Fortbildung zur Erreichung dieser Ziele, situative Barrieren und Erleichterungen der Teilnahme sowie vorherige Fortbildungserfahrungen erfaßt. Gruppenvergleiche zwischen fortbildungsbereiten Pflegekräften und solchen, die nicht beabsichtigten, an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, ergaben einige Unterschiede in der Bewertung der Ziele, sehr unterschiedliche Auffassungen über den Nutzen von Fortbildung zur Erreichung dieser Ziele, aber keine Unterschiede in der Einschätzung situativer Faktoren. Eine mehrfach nachgewiesene positive Wirkung von vorherigen Fortbildungserfahrungen auf die Fortbildungsabsicht konnte repliziert werden. Die Teilnahmebereitschaft der Befragten war insgesamt positiv. Als förderlich für die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen

men wurden Unterstützung der Heimleitung und interessante Themenangebote angegeben, häufigste Hinderungsgründe waren Zeitmangel, Arbeitsbelastung und Informationsmangel. Einschränkend ist zu sagen, daß die Beantwortung der erhobenen Fragen freiwillig war, d.h. es ist bei den Probanden im Vorfeld von einem überdurchschnittlichen beruflichen Interesse allgemeiner Art auszugehen. Vermerkt werden kann jedenfalls, daß eine ausreichende Information und die Unterstützung von Heimleitungen die Weiterbildungsbereitschaft eher fördern. In Anbetracht der fachlichen Notwendigkeit wären diese Ergebnisse ein Ansatzpunkt für die künftige Handhabung und Organisation von Fortbildungsmaßnahmen, um nicht nur selektiv kompetentes Personal zu haben, sondern eine allgemeine Professionalität zu bewirken. Unbestritten ist, daß Fortbildung für Pflegekräfte sinnvoll ist, fraglich ist allerdings der Sinn einer Einforderung von Fortbildungspflicht (FALK & KÄMMER; 1997).

Zusammenfassend soll festgehalten werden, daß Zusatzausbildung in Anbetracht der veränderten Berufsanforderungen und den daran noch nicht angepaßten Ausbildungsinhalten notwendig ist. Dabei können sowohl Differenzen der Basisvorkenntnisse durch bundesweit unterschiedliche Ausbildungsregelungen beim Personal nivelliert werden, wie auch interessante spezifische Fachkenntnisse vertieft und dann durch ein Multiplikatorensystem an Kollegen weiter vermittelt werden. Dabei fördert letzteres nicht nur die Kollegialität und Kooperation, sondern es ermöglicht auch mit relativ wenig Aufwand eine Parität der Kenntnisse von zusammen arbeitenden Kollegen. Damit erhält die Pflege nicht nur einen höheren Standard, sondern selbst bei wechselnder Personalzuständigkeit ist adäquate und nicht tendenziell in der Qualität differierende Pflege gewährleistet.

Untersuchungen haben nicht nur Themenbereiche von personellem Interesse und Förderung eines guten Arbeitsablaufs erfassen können, sondern es war auch möglich, fördernde Faktoren für Weiterbildung an sich darzustellen. Dabei kristallisierte sich die Unterstützungsnotwendigkeit seitens der Heimleitungen heraus, was in Anbetracht eines extrem belastenden Berufes nicht verwunderlich ist: oft ist das Pflegepersonal schon durch die tägliche Arbeit überfordert, für zusätzliche Weiterbildung bedarf es dann schon der Motivationsförderung zur Weiterbildung seitens der Arbeitgeber.

Wie in jedem anderen Bereich gibt es unter den Pflegekräften hoch- und weniger hochmotivierte Fachkräfte, wobei erstere auch ohne externe Motivation mannigfaltige Weiterqualifikationen anstreben, die sogar in Richtung Lehre, Forschung und Führung gehen (KOTSOBOLOS; 1999). Da der Altenhilfesektor bekannt ist für eine hohe Fluktuation der Beschäftigten, sollten mit neuen Ausbildungsgängen, eventuell sogar an entsprechenden Fachhochschulen und Universitäten, fähigen Kräften die Möglichkeiten des brancheninternen Aufstiegs eröffnet werden. Damit würden sie einerseits der Altenhilfe erhalten bleiben und könnten sich andererseits mittels eigener Berufserfahrung und dem zusätzlich erworbenen „schulischen“ Wissen weiterentwickeln.

5.4 BERUFLICHE ÜBERFORDERUNG UND BURNOUT IN DER ALTENPFLEGE

Im Zusammenhang mit beruflicher Überforderung und Berufsausscheidung und auch bei Ausbildungsabbruch im Bereich der Altenpflege wird immer wieder der Begriff „Burnout“ genannt und mit als ausschlaggebender Grund für das Nichtverweilen im Bereich der Altenpflege bezeichnet. Deshalb sollen hier ein paar Daten zu Überforderungssymptomatik von Altenpflege-Beschäftigten genannt und der Burnout-Begriff diesbezüglich erläutert werden.

5.4.1 ERGEBNISSE UND BERICHTE ZU FOLGEN DER ÜBERFORDERUNG

Welche Folgen die Situation der Pflege für die Beschäftigten hat, zeigt eine Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim 1998. Dort wurden die Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Altenpflegepersonal (ABBA) vor und nach der Einführung der Pflegeversicherung am Beispiel von ausgewählten Pflegeheimen der Stadt Mannheim untersucht. Die Ergebnisse bestätigen Beobachtungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): die Arbeitsbedingungen für das Altenpflegepersonal haben sich deutlich verschlechtert. Der Personalbestand wurde zwischen 1997 und 1998 –umgerechnet auf Vollzeitstellen- um 13% reduziert, obwohl gleichzeitig der Betreuungs- und Pflegebedarf gewachsen war. Daraus resultierender Streß wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus: bei den Pflegenden war eine Zunahme von Kreuz- und Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, von Schweregefühl in den Armen und Beinen, von Müdigkeit und Schlafstörungen sowie von depressiven Symptomen und auch von Hauterkrankungen festzustellen.

Gleichzeitig waren erhöhte Ansprüche an die Qualität der eigenen Arbeit bei den Betroffenen zu verzeichnen. Mitarbeiter der Altenpflege messen ihre Arbeit an hohen ethischen und moralischen Maßstäben und formulieren wesentlich anspruchsvollere Ziele in der Pflege alter Menschen als es noch vor wenigen Jahren der Fall war. Dieser Anspruch an die Qualität der Arbeit hat sich so verändert, daß die Schere zwischen der Vorstellung von einer sinnvollen und vertretbaren Altenpflege und der definitiven Realisierungsmöglichkeit immer weiter auseinandergeht (MATHES, 1986). Das führt zu Unzufriedenheit und schlechtem Gewissen als Dauerzustand: „Mein oberstes Pflegeziel ist die Rehabilitation. Gleichzeitig lebe ich aber nicht vom selbständigen, sondern vom hilfebedürftigen Bewohner. Denn der Pflegebedürftige, der schwerkrank im Bett liegt, bringt dem Heim den höchsten Erstattungsgrad durch die Pflegeversicherung“ (Zitat eines Altenpflegers in „Altenpflege“, 7/1996). Der so entstehende Frust hat weitreichende Folgen, die durch die ABBA-Studie belegt werden konnten:

Etwa ein Viertel (25,5%) der befragten MitarbeiterInnen war mit der Arbeitssituation unzufrieden; ein knappes Drittel (30,2%) stufte sich in den vorgelegten Fragebögen als emotional derart erschöpft ein, daß von einem berufsbedingten Burnout auszugehen ist.

Hohe Belastungen im Arbeitsfeld haben auch Auswirkungen auf den außerberuflichen Bereich. Dabei ist vor allem an Auswirkungen auf die privaten sozialen Beziehungen zu denken, die eigentlich als Coping-Mechanismus für psychische Belastungen gelten sollten, aber auch an gesundheitliche und psychische Folgebeschwerden (COHEN-MANSFIELD, 1995).

Zwischen 10 und 15% aller MitarbeiterInnen geben Probleme in ihren sozialen Beziehungen an, am häufigsten sind Schwierigkeiten mit dem Partner (12,4%) oder den Kindern (12,4%). 20,7% aller Befragten sind der Meinung, daß Arbeitsbelastungen zu Ehe-, Partner- und Familienproblemen beigetragen haben. 36,5% können sich in der Freizeit nur teilweise, 11,5% gar nicht entspannen. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte ist unzufrieden mit dem Ausmaß an Zeit, das ihnen zum Ausgehen zur Verfügung steht, was unter anderem als eine Konsequenz der für diese Berufsgruppen häufigen Schicht- und Wochenenddienste anzusehen ist.

Unter den gesundheitlichen Beschwerden treten Folgeerscheinungen der hohen Wirbelsäulenbeanspruchung hervor: von Gelenkerkrankungen wie Rheuma und Arthrose sowie Wirbelsäulenleiden sind nach eigenen Angaben 44,8% der Pflegekräfte betroffen, weit mehr als von Magen- und Darmgeschwüren (14,7%), Hautkrankheiten (14,2%), Hypertonie (13,3%), Atemwegserkrankungen (12,8%) und Herz-/Kreislaufkrankungen (11,2%).

In der Liste körperlicher Beschwerden gaben über 81% der MitarbeiterInnen an, zumindest „ein wenig“ an Kreuzschmerzen zu leiden, Kopfschmerzen kommen bei etwa zwei Dritteln vor, Muskelschmerzen bei über der Hälfte der Pflegekräfte. Von Schlafstörungen sind etwa ein Viertel aller Befragten zumindest manchmal betroffen, mehr als die Hälfte der Pflegekräfte fühlt sich nach dem Aufstehen müde und zerschlagen und fast ein Drittel (30,9%) der Pflegekräfte sind nach der deutschen Version der „Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) als depressiv einzustufen. Damit stellt das Altenpflegepersonal eine besondere Risikogruppe auch für psychische Beeinträchtigungen dar.

Auch WINDISCH (1991) betrachtete die Überlastung von MitarbeiterInnen aus den Pflegebereichen der Heime als ein großes Problem. Die Pflegekräfte fühlen sich oft ausgebrannt und sehen sich dann nicht mehr in der Lage, in dem betroffenen Heim oder überhaupt im Altenpflegeberuf zu verbleiben. Resultat daraus ist eine hohe berufliche Fluktuation: mehr als jede/r Dritte (38%) wollen innerhalb der nächsten ein bis drei Jahre aussteigen, etwa 20% wollen dem Beruf innerhalb der nächsten vier bis zehn Jahre den Rücken kehren (SAMSON, 1990). Als wesentliche Gründe für das vorzeitige Aussteigen nennen die Altenpflegerinnen und Altenpfleger primär die schlechten Arbeitsbedingungen in den Heimen, an zweiter Stelle die unzureichenden Personalschlüssel, an dritter Stelle die zu schlechte Bezahlung sowie die mangelhafte Qualifikation der Heimleiter und Vorgesetzten, die eine qualitativ hochstehende Pflege verhindern würden. Hinzu kommt das von zwei Dritteln (65,2%)

der Pflegekräfte in der Altenhilfe als mäßig bis schlecht empfundene Ansehen ihres Berufsstandes (48,3% „mäßig“; 16,9% „schlecht“).

FALK (1995) versuchte die Gründe für einen bereits erfolgten Ausstieg bei Frauen und Männern des Altenpflegeberufes nach geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zu differenzieren und erhielt dabei u.a. folgendes Bild: Frauen gaben zu 43% die körperliche und psychische Überforderung als Ausstiegsgrund an. Männer nannten zu 44% schlechte Arbeitsbedingungen, zu 29% eine inadäquate Umsetzbarkeit des Berufsbildes in die Praxis und 14% nannten finanzielle Gründe für den Berufsausstieg.

Um diesen Notstand und seine intrapersonellen Auswirkungen auf psychischer Ebene darzustellen, soll abschließend eine Altenpflegerin selbst zu Wort kommen, die sich zum Notstand der Pflegekräfte wie folgt äußerte (Zeitschrift für Gerontologie, Band 25, Heft 1, 1992.):

„...Ich sah immer den Wunsch in den Augen der anderen, mehr Möglichkeiten für eine Reflexion zu haben. Doch, wann nachdenken, philosophieren in dieser Arbeitshektik? Viel zu wenig Personal, viel zu viele alte, leidende, pflegebedürftige Menschen! Die Spannungen, die dieser Zustand hervorrief, und die fehlenden Möglichkeiten zu einem Gedankenaustausch über die vorhandenen Probleme ließen die Stimmung verkrampfen. Der Pflegenotstand lag gleichsam wie ein Korsett um unsere eigentlich so motivierten Seelen und schnürte uns die Kehle ab, so daß wir nicht nach außen sprechen konnten von dem, was uns innerlich bewegte. Eine Entladung der Gefühle auf positive Weise schien nie möglich.....Pflegekräfte werden durch die Arbeitsüberlastung so in die Enge getrieben, daß sie ihre MitarbeiterInnen auch in die Enge treiben, denn erst wenn eine so schikaniert wird, daß sie in Tränen ausbricht und in ihrer Opfersituation Gefühle zeigen muß, löst sich bei den VerursacherInnen die Spannung....

Der Konflikt, der sich im Schwesternzimmer abspielt, der Konflikt zwischen dem, was die einzelne erreichen und fühlen möchte und der Realität, die heißt, schuften, windeln, windeln, windeln, Ausscheidungen abwischen, Becken reinigen, aufs Klo heben und wieder runter usw. – und dies alles im Sauseschritt, ohne daß dich jemand fragt: Wie geht es dir dabei?, wird von Außenstehenden nicht gesehen. Wie sind sie alle kühl, dachte ich zu Anfang immer, ja nahezu eiskalt wirken diese Schwestern....., bis ich merkte, daß sie so, wie die jetzige Situation im Pflegesektor ist, nicht mehr konnten, ausgebrannt waren sie, „burned out“! Der Alltag ist zu hart!....Eine Schwester muß immer den Anschein erwecken, als sei sie grenzenlos stark und immer bereit, Hilfe zu geben, denn die vielen Alten brauchen sie dringend. Was hilft es, wenn allen klar ist, daß so wenig Personal da ist, daß es oft nicht möglich scheint, die Pflege der nächsten Tage zu garantieren. Alle müssen durchhalten.

Und doch, irgendwann geht es nicht mehr. Die Arbeit geht über ihre seelischen und körperlichen Kräfte. Die Last erdrückt und zerdrückt. Ein Besinnen zu einem Zeitpunkt, als noch hätte geholfen werden können, war nicht drin. Wenn die Zeit vorbei ist, in der die Pflegekraft durch die eigene ursprüngliche Motivation getragen wurde.....dann ist die Hilfe von außen meist schon zu spät, denn aus Panik über den jetzt eingetretenen Zustand beginnt die Pflegekraft sich selbst nicht mehr ernst zu nehmen. Sie tritt von der „Schimpfphase“, in der sie noch Signale aussandte, um auf die Probleme hinzuweisen, und als es ihr noch gelang, Gefühle –wenn auch zumeist negative- zu erzeugen, in die Lach- und Blödelphase, in der sie sich über die ganze Situation und ihre eigenen Helfersyndrome und Pflegeambitionen lustig macht. Nach dieser „Selbstspottphase“, die keineswegs entlastet, kommt die Phase des hilflosen und kontrolllosen Loslassens des Angestauten. Die Pflegekraft merkt, daß sie ihre humanen Ziele nicht erreicht hat, sie bekommt selbst keinen Boden unter den Füßen und greift, um sich selbst noch definieren zu können, zu dem einfachsten Mittel, das geeignet ist, ihre Selbstachtung einigermaßen herzustellen: das Erniedrigen anderer, die „Aggressionsphase“. Zu diesem Zeitpunkt haben wir das Bild einer Pflegekraft, die als brutal bezeichnet wird....

Pflegende brauchen Hilfe, nicht erst dann, wenn sie so von sich und der Arbeitssituation enttäuscht sind, daß sie ihr eigenes Ich verlieren, sondern von Anfang an und fortwährend. Die Anfangsmotivationen dürfen nicht Schritt für Schritt in Resignation und deren Folgen übergehen. Pflegende müssen daran gehindert werden, ihr Inneres abzukapseln. Sie müssen Möglichkeiten haben, zu tanken, sich auszusprechen, zu empfinden, eigenes Leid mitzuteilen. Gerade AltenpflegerInnen leben mit den Menschen an der Schwelle des Lebens. Sie müssen die Möglichkeit und die Zeit bekommen, dies begreifen zu können.

(Altern und Sterben:) ...Erst mit der Zeit erkannte ich, daß die anderen auch so empfanden oder empfunden hatten, aber daß sie dieses Empfinden für den Tod mit der Zeit in der Hektik verlernt hatten, und jetzt plötzlich wurde durch den wirklichen Tod (einer Heimbewohnerin) das Vergessene in ihnen bloß gelegt. Deshalb wurde ihnen schlecht. Was müssen sie empfinden, wenn sie jetzt so plötzlich an Eigenes, Vergangenes erinnert werden und ihnen die Unfähigkeit, mit der eigenen Situation an diesem Ort fertig zu werden, klar wird? Tote bringen Wahrheit. Wenn auch nur für Momente. Denn lange darf um Tote nicht getrauert werden. Pflegende dürfen schon gar nicht trauern, denn hierfür ist keine Zeit in der Pflegehektik. Tote werden „fertiggemacht“ und dann in den Keller gefahren. Dort zwischen Heizungskellern und Abstellräumen liegen die Totenzimmer. Auch in neu geplanten Heimen werden sie dorthin gelegt.

..Die alte Frau lachte. Sie war so stark, als sie dies sagte (ich will nicht in den Himmel, ich will in die Hölle, dort ist es wenigstens warm), und ich war so schwach, weil ich keine Zeit hatte, mit ihr über das Problem Tod-Sterben zu sprechen. Ich muß wissen, daß ich nicht für Sentimentalitäten hier beschäftigt bin, Arbeit, sichtbare Arbeit ist gefordert!...Wer hindert Pflegende daran, trotzdem diese Themen anzusprechen? Theoretisch keiner, aber praktisch alle: die anderen, die Streßsituation und auch die mangelnde Einführung in dieses Gebiet. Vielleicht ist es auch die Angst, daß hier an diesem Ort sowieso alles zu Ende gehen muß. Dieser Ort ist kein lebendiger Ort, sondern ein abgeschiedenes Pflegeheim. Alten- und Pflegeheime sind Orte, an denen gestorben wird. Alte, die hineinkommen, wissen, daß sie hier nicht mehr lebend herauskommen.....Aber das heißt auch, daß die Alten niemanden sehen können, daß das Pflegepersonal mit ins Exil geht. Pflegende arbeiten an einer abgeschiedenen toten Stelle der Welt, auch sie will die Welt nicht mehr sehen, denn AltenpflegerInnen würden die Leute, die wännen, nicht alt und pflegebedürftig zu werden, nur daran erinnern, daß es „Alte“ und den „Tod“ gibt.

Deshalb diese Angst der Menschen, wenn wir sagen, daß wir von Beruf AltenpflegerInnen sind. Solange die Alten ins Exil geschoben werden, wird auch die AltenpflegerIn weggeschoben und ihre Tätigkeit nicht genügend anerkannt werden.“

5.4.2 BURNOUT ALS BERUFLICHES ÜBERLASTUNGSSYMPTOM: EIN EXKURS

In der sozialwissenschaftlichen Forschung wird „Burnout“ seit Mitte der 70er Jahre untersucht. Als eigentlicher Initiator der Burnout-Diskussion gilt jedoch der Analytiker FREUDENBERGER (1974), der den Begriff „Burnout“ benutzt hat, um folgende und von der zitierten Altenpflegerin geschilderte Beobachtung zu beschreiben:

Besonders aufopferungsvolle, pflichtbewußte und engagierte Mitarbeiter aus Selbsthilfe-, Kriseninterventions- und Drogeneinrichtungen zeigen zunächst körperliche Symptome von Müdigkeit und Erschöpfung und entwickeln sich daraufhin zu reizbaren, mißtrauischen und halsstarrigen Mitarbeitern, bei denen negative und sogar zynische Einstellungen zur Arbeit und zu den Klienten vorherrschen, gepaart mit Anzeichen der Depression.

Seit Freudenbergers Initialarbeit sind allein bis 1990 mehr als 2500 Bücher, Zeitschriftenbeiträge und Dissertationen zum Thema erschienen (vgl. KLEIBER & ENZMANN, 1990, die eine internationale Bibliographie zum Thema Burnout verfaßten). Burnout wurde dabei als Problem helfender Berufsgruppen beschrieben und untersucht. Besonders Burnout-bedroht sind demnach Personen, bei denen „Mensch-zu-Mensch-Interaktionen“ (people work) im Zentrum der beruflichen Anforderung stehen, die also in helfenden bzw. Dienstleistungsbereichen tätig sind. Seit Umwandlung der Altenpflege in Dienstleistungsbereiche durch die Einführung der Pflegeversicherung, kann man davon ausgehen, daß dieser Zweig doppelt be-

troffen ist: einmal durch den „Mensch-zu-Mensch-Interaktionscharakter“ im psychosozialen Helferbereich, zum anderen durch den Charakter der Dienstleistungsanforderung.

Die emotionale Beanspruchung in der Auseinandersetzung mit den Klienten oder Kunden der Arbeit führt zu einer *emotionalen Erschöpfung*, die sich in abnehmendem Mitgefühl und gedämpfter emotionaler Reaktionsfähigkeit zeigt. Die *Depersonalisierung* als zweite Dimension des Burnout-Syndroms, bezieht sich auf negative Haltungen und zynische Reaktionen gegenüber den Zielgruppen der Arbeit und ist als Ventil zur Reduktion emotionaler Beanspruchung zu verstehen. Die dritte Burnout-Dimension bezeichnet ein *reduziertes Wirksamkeitserleben*: Einschätzungen der abnehmenden positiven Wirksamkeit durch den eigenen Arbeitseinsatz. Bedenkt man die Situation der Altenpflege mit gleichbleibender Ausbildung bei ständig steigenden beruflichen Anforderungen, so leuchtet die Trefflichkeit des Begriffes für den Bereich Altenpflege ein.

Die vielzähligen Autoren zum Burnout-Syndrom stellen fest, daß es sich bei den für Burnout „Anfälligen“ um emphatische, sensible und idealistische Personen handelt, die gleichzeitig auch ängstlich, introvertiert, besitzergreifend und überenthusiastisch sind und sich leicht mit anderen Menschen überidentifizieren (BÜSSING & PERRAR, 1988).

Diese Auflistung von Helfereigenschaften spiegelt sich auch in der Aussage von PINES, ARONSON & KAFRY (1983): „ein Mensch muß einmal „entflammt“ gewesen sein, um ausbrennen zu können“ (PINES et al., 1983, S.13).

Im Zusammenhang mit Burnout werden eine Reihe von Befindensbeeinträchtigungen beschrieben, die mit einer Minderung des Wohlbefindens, der sozialen Funktionsfähigkeit sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einhergehen. Berichtet werden „großer Widerstand täglich zur Arbeit zu gehen“, „permanente Müdigkeitsgefühle“, ein „verstärkter Gebrauch von Suchtmitteln“, „Rückzug aus berufsbedingten Kontakten“, „wachsender Zynismus“, „psychosomatische Erkrankungen“, „erhöhte Fehlzeiten“ aber auch „Ehe- und Familienprobleme“. Von Burnout betroffene Personen erleben diese Fehlentwicklung in der Regel als eigenes Versagen und kämpfen mit Schuldgefühlen.

Versuche, theoretische Erklärungen der Entstehung des Burnout-Syndroms zu geben, rekurrieren vor allem auf drei Forschungstraditionen:

- Personenspezifische Ansätze –und hier vor allem klinisch-psychologische Konzepte– sehen oftmals unrealistische Zielsetzungen oder Erwartungen an die Arbeit sowie unzureichende Bewältigungskompetenzen der Helfer als ursächlich.
- In situationsspezifischen, arbeits- und organisations-psychologisch fundierten Erklärungsansätzen werden dagegen vor allem arbeitsorganisatorische Bedingungen wie zu hohe Fallzahlen, Zeitdruck, Handlungs- und Entscheidungsspielräume, Rollenkon-

flikte, mangelnde Rückmeldungen und geringe soziale Unterstützung in der Arbeit als mögliche Ursachen des Burnout beschrieben.

- Soziologische und gesellschaftstheoretische Ansätze beschreiben Entfremdungsprozesse sowie den Verlust an moralischer Verpflichtung und Anerkennung als ursächlich.

Die heutzutage wohl wichtigsten Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Burnout-Syndroms basieren auf streßtheoretischen Konzepten: Burnout gilt als Beanspruchungsreaktion, die durch Stressoren hervorgerufen bzw. durch mangelnde Bewältigungskompetenzen (coping) begünstigt wird

Interventionen setzen eine umfassende Situationsanalyse voraus, die zur Aufdeckung und Veränderung Burnout-begünstigender-Faktoren führen soll. Derzeit liegt der Schwerpunkt der Maßnahmen deutlich bei Trainings für Mitarbeiter zur Verbesserung ihrer Fertigkeiten und Kompetenzen. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen sind jedoch solange begrenzt, wie die in den Arbeitsaufgaben und den institutionellen Bedingungen identifizierten Burnout-Determinanten unverändert bleiben (KLEIBER & GUSY, 1996).

So lassen sich die Bedingungsfaktoren von Burnout auf verschiedenen Ebenen lokalisieren: Helferpersönlichkeit, Streß und Streßbewältigungsmechanismen, die Umwelt der Helfer im Sinne von Arbeitsbedingungen und sozialer Anerkennung bzw. Unterstützung durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Nach bisherigen Kenntnissen über mangelnde berufliche Vorbereitung durch ein veraltetes Ausbildungssystem und zunehmend veränderte berufliche Anforderungen fehlt es vermehrt an notwendigen spezifischen Fachkenntnissen. Daraus resultieren Überlastungen, die ein „Ausbrennen“ bei AltenpflegerInnen zu fördern scheinen. Bei der Burnout-Symptomatik handelt es sich weniger um ein akut auftretendes Phänomen, sondern vielmehr um einen sich langsam entwickelnden Zustand mit chronifizierendem Krankheitscharakter. Erste Erkennungsanzeichen könnten bereits durch entsprechende Prophylaxen aufgefangen werden. Das betrifft Maßnahmen, die schon in der Ausbildungsphase anzusetzen sind: denn wenn im ersten Berufsjahr schon Symptome in einem Ausmaß geschildert werden, daß ein Drittel aller Tätigen mit dem Ausstiegsgedanken spielt bzw. ein Viertel ihn in die Tat umsetzt (KDA-Studie 1995), so ist von ersten bemerkbaren Symptomen bereits in der Ausbildungsphase auszugehen.

Verbleiben und Leistung im Beruf setzt Gesundheit voraus, die von der World Health Organization (WHO) definiert wird als ein „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“. So wird der Gesundheitsbegriff nicht auf die Abwesenheit körperlicher Störungen beschränkt, sondern er bezeichnet eine positive Erfüllung in allen Lebensbereichen. Dazu dienen differente Maßnahmen:

- *Primäre Prävention* ist die Prophylaxe, bei der es sich um die präventive Ausrichtung am gesunden Menschen handelt mit der Hinwendung zu eventuellen Risikofaktoren, die es zu finden, zu definieren und auszuschalten gilt. Im Bereich der Altenpflege würde das ein Ausrichten an bisherigen Streßfaktoren bedeuten und der Intervention bereits im Vorfeld durch z.B. Vermittlung geeigneter Copingmaßnahmen bereits in der Grundausbildung.
- *Sekundäre Prävention* zielt darauf, riskante Funktionsstörungen und erste Krankheitsanzeichen zu erkennen und einer möglichst frühen Behandlung zuzuleiten. Im Fall der ausgebrannten AltenpflegerInnen könnte das bedeuten, daß auf erste Signale z.B. innerhalb von Balintgruppen oder Supervisionsgruppen bereits reagiert wird und entsprechende Gegenmaßnahmen, auch im Sinne von Fort- und Weiterbildung für besseres Kompetenzvermögen, eingeleitet und durchgeführt werden.
- *Tertiäre Prävention* bezieht sich auf Personen, die bereits in Behandlung standen, bei denen also krankhafte Veränderungen vorliegen, sei es auch in kompensiertem Zustand. Hier geht es darum, Rückfälle bzw. Verschlimmerungen zu vermeiden, die Kompensationsmöglichkeiten zu erweitern und im Bereich der Bewältigung von fort-dauernden Behinderungen und Beeinträchtigungen zu unterstützen. Im weitesten Sinn handelt es sich dabei um eine „Rückfallprophylaxe“, im Bereich der ausgebrannten AltenpflegerInnen sind diesbezüglich im weitesten Sinne die gleichen Interventionen zu treffen wie bei der Sekundärprävention.

Bisherige Untersuchungen und Forschungsarbeiten haben sich zumeist mit der Erfassung des bereits vorhandenen Burnout-Syndroms bei Altenpflegerinnen und eventuell der Entwicklung und Durchführung entsprechender Interventionsmaßnahmen beschäftigt, sowie auch einer eventuellen Evaluation der Erfolgsquoten hinsichtlich dieser Interventionen. Nicht in Betracht gezogen wurde bisher die Möglichkeit, vielleicht schon im Vorfeld der Ausbildung zu intervenieren, d.h. aus Erfahrungen Coping-Strategien zu entwickeln, durch deren Vermittlung Primärprävention betrieben werden könnte. Hierzu müßten der Zeitpunkt der ersten psychischen und physischen Gesundheitseinbußen bei AltenpflegerInnen bereits während der Ausbildung nachgewiesen werden, was sich diese Arbeit zur Grundlage gemacht hat.

5.5 ZUSAMMENFASSENDE ÜBERBLICK ÜBER AUSBILDUNG, BERUFSALLTAG UND ÜBERFORDERUNG IN DER ALTENPFLEGE

Nach bisherigen Informationen scheint es um die Berufsbedingungen im Bereich der Altenpflege nicht zum besten bestellt: überhohe Motivation im Vorfeld bei Auszubildenden, ungenügende Vorinformation über die Berufsrealität, verschärfte Anforderungen im Berufsfeld durch Implementierung des zweiten Teils des Pflegeversicherungsgesetzes am 1. Juli

1996, ungenügende Auffangmechanismen für diese Überforderungen und gleichzeitig dringend notwendige Fort- und Weiterbildungen bei einem ohnehin schon schwer „gestreßten“ Personal, was häufig mit seiner Überforderung alleine gelassen wird. Nicht zuletzt Qualitätsanforderungen, die bei einer personellen Unterbesetzung bzw. personellen Unterqualifikation kaum einzuhalten sind und die das Pflegeversicherungsgesetz dennoch im Rahmen seiner Qualitätssicherungsmaßnahmen gnadenlos fordert, egal ob entsprechende Situationen gegeben sind, die ein Nachkommen dieser Anforderungen ermöglichen oder nicht.

Diese Arbeitsbedingungen in der Altenpflege führen zu immer größeren psychischen und physischen Belastungen bei den Pflegenden. Darunter leidet zwangsläufig die Qualität der Pflege. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat deshalb Anfang des Jahres 1999 in einer Resolution an die politisch Verantwortlichen appelliert, neue wirtschaftliche und rechtliche Bedingungen in der Pflege zu schaffen. Die Bewertung der Pflegebedürftigkeit und die Berechnung der entsprechenden Pflegesätze richtet sich in erster Linie nach den körperlichen Beeinträchtigungen der zu Pflegenden. Zu wenig berücksichtigt werden gerontopsychiatrische Erkrankungen wie Depressionen oder Demenzen, unter denen viele Heimbewohner leiden. Die Vergütungsregelung führt in erster Linie zu Geldmangel in den Einrichtungen und Diensten und in zweiter Linie zu zunehmender Beschäftigung von weniger qualifiziertem und kostengünstigerem Personal. Der Anteil angelernter Kräfte ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen, die Ausbildung der qualifizierten Fachkräfte noch nicht gemäß aktuellen Anforderungen modifiziert worden. Aus diesem Grund leiden Altenpflegerinnen und Altenpfleger unter Überforderung und wachsender Arbeitsbelastung.

Viele Heime versuchen ihre Kosten zu decken, indem sie vor allem Schwerpflegebedürftige der Stufen II und III aufnehmen, für die höhere Pflegesätze gezahlt werden. Durch die vermehrte Aufnahme Schwerpflegebedürftiger entsteht ein deutlich höherer Pflegeaufwand und mehr Bedarf an psychosozialer Betreuung. Die zunehmende Arbeitsbelastung läßt bei vielen Pflegenden das Gefühl entstehen, ihren Aufgaben gegenüber den alten Menschen nicht mehr voll gerecht werden zu können. Aus Sicht der Pflegekräfte ist das Problem folgendermaßen zu definieren: Altenpflege ist in hohem Maße Beziehungspflege. Die Pflegekräfte haben jedoch nicht genügend Zeit, eine intensive Beziehung zu ihren Patienten aufzubauen, einer der wichtigsten Faktoren in der Ganzheitspflege und Rehabilitation. So wird ihre Arbeit auf eine rein körperorientierte Funktionspflege reduziert, welche Pflegebedürftige wie Pflegenden gleichermaßen unzufrieden macht.

Hinzu kommt, daß Pflegeberufe wenig gesellschaftliche Anerkennung finden. Durch die Berichterstattung von Einzelfällen schwerer Pflegemißstände verliert der Beruf weiterhin an Ansehen. Alte und pflegebedürftige Menschen werden mit der Einweisung in Pflegeheime an den Rand der Gesellschaft und gleichzeitig in eine Isolation getrieben: wer in ein Altenpflegeheim kommt, verläßt es nicht mehr: er begibt sich in sein "Sterbequartier". In dieser

Isolation arbeiten dann auch Altenpflegekräfte, nämlich am Rande der Gesellschaft und fernab jeglicher Integration.

Resultat dieser Verhältnisse ist eine hohe berufliche Fluktuation in den ersten Berufsjahren, die zu einer weiteren Verschärfung der Situation für die im Beruf verbleibenden AltenpflegerInnen führt. Als Hauptgrund für die Berufsaufgabe wird psychische und physische Erschöpfung oder sogar Gesundheitseinbußen angegeben, was verschiedene Studien empirisch belegen konnten (vgl. auch ABBA-Studie Mannheim, Zimmer & Weyerer, 1998). Die gesundheitlichen Einbußen lassen sich unter dem diagnostischen Begriff der Burnout-Symptomatik zusammenfassen und stellen ein Krankheitsbild dar, daß sich aus Überforderung mit mangelnden Kompetenzen in den Auffangmechanismen zusammensetzt. Dabei handelt es sich um ein sich langsam entwickelndes Syndrom mit mannigfaltigen Auswirkungen psychischer und physischer Art, die sich nicht nur auf das berufliche Umfeld beschränken, sondern sich auch auf den privaten Bereich der Betroffenen erstrecken. Gleichzeitig handelt es sich dabei aber auch um eine Symptomatik, die sich in ersten Veränderungen früh erkennen läßt und dementsprechende Maßnahmen der Prävention ermöglicht. Bisher interessierte die Chance der Intervention bei bereits vorhandenem Syndrom, so daß sich Erhebungen und Interventionsversuche auf den sekundären und tertiären Präventionsbereich beschränkten. In Anbetracht der Tatsache, daß Primärprävention als Mittel der Wahl bei prophylaktischen Gesundheitsmaßnahmen gilt, scheint es von unabdingbarer Notwendigkeit, die berufliche Situation im Sinne von Fähig- und Fertigkeiten des Personals auch in dieser Hinsicht zu überprüfen. Das bedeutet die Evaluation nicht nur motivationaler, sondern allgemeiner beruflicher Einschätzungsaspekte von Altenpflege-Auszubildenden, sowie die diesbezüglichen Veränderungen im Laufe der Ausbildung und zwar in Hinsicht auf zu entwickelnde Präventionsmaßnahmen primärer Art. Dabei ist es wichtig, sowohl den beruflichen Bereich, wie auch das private Umfeld zu erfassen und zwar zu verschiedenen Zeitpunkten der Ausbildung, um eventuelle Veränderungen im Sinne von Verschlechterungen sozusagen im Vorfeld des Berufes festzustellen. Gleichzeitig sollte man die Betroffenen als „Experten der eigenen Sache“ betrachten und überprüfen, ob dort Verbesserungsideen vorhanden sind, anstatt auf theoretischer Ebene Modifikationen zu planen, die eventuell an der Realität der Wirksamkeit vorbeigehen. In dieser Hinsicht wurde die eigene Untersuchung geplant: eventuelle Mängel bereits während der Ausbildungsphase oder sogar vorher aufzudecken und somit Anhaltspunkte für die geplante Ausbildungsmodifikation im Bereich Altenpflege zu geben.

6 EIGENE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

„Alle reden von Qualitätssicherung in der Pflege. Wer die Qualität der Pflege sichern will, muß zunächst für Qualitätsstandards in der Ausbildung sorgen, denn gut und sicher pflegen kann nur, wer gut und sicher ausgebildet ist. Mit anderen Worten: Qualitätssicherung in der Pflege setzt die Qualität der Pflegeausbildung voraus. Ein Anspruch, den viele Altenpflegeschulen derzeit nur schwer erfüllen dürften“ (STRACKE-MERTES, 1994).

„Überfordert und unterqualifiziert. Nur wer gesund ist, ist leistungsfähig. Nur wer qualifiziert ist, kann gute Ergebnisse erzielen....(ZIMBER, 1997)“.

„Belastung: Unterqualifizierung, ungünstige Arbeitsbedingungen und hohe psychische Beanspruchung der Pflegenden bestimmen den Arbeitsalltag. Eine belastende Situation..... Auch Helfer brauchen Hilfe.....“ (ZIMBER, 1997).

Aus diesen Überlegungen entwickelte sich der Grundgedanke der eigenen Untersuchung:

Bisherige Erhebungen befaßten sich mit der Situation von Altenpflegekräften in ihrem Berufsalltag. Dabei wurde festgestellt, daß physische und psychische Belastungen der Arbeitsrealität einer hohen Beanspruchung entsprechen (HOFMANN ET AL., 1995; LANDAU, 1991), die geringe Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit nach sich zieht. Langfristige Folgen sind physische und emotionale Erschöpfung, die zum „Burnout“ führen (ENZMANN & KLIEBER, 1989; SCHMIDTBAUER, 1977).

Bei diesen Untersuchungen handelte es sich um erste Symptomerfassungen bei sich bereits im Berufsleben befindlichen Altenpflegekräften. Es wurde also ein bereits vorhandener gesundheitlicher Schaden konstatiert, nicht aber dessen Entwicklung erfaßt. Eine Betrachtung der Wurzel des Übels schien dringend notwendig: wann sind erste Symptome bemerkbar, wie äußern sie sich und welche Präventionsideen haben die Betroffenen selbst, die vermutlich selbst besser als jeder andere erkennen können, wo es mangelt.

Da sich die Burnout-Symptomatik langsam entwickelt und bereits Berufsanfänger betroffen sind (KDA-Studie 1995) erschien es sinnvoll eine Untersuchung bei Auszubildenden anzusetzen. Zumal ohnehin eine in der BRD einheitliche Modifikation der Ausbildung zur Anpassung an die neuen Qualitätsmaßstäbe der Pflegeversicherung geplant ist und die Ergebnisse eventuell als Hinweis für notwendige Veränderungen dienen könnten.

In Anbetracht bereits vorliegender Studien und deren Ergebnisse (Zimber & Weyerer, 1998) sollte sich die Struktur der Untersuchung an bereits vorhandene Arbeiten anlehnen, um zusätzlich eine Vergleichsmöglichkeit von Ausbildungs- und Berufsbereiches zu ermöglichen.

Zur Orientierung sollte eine erst kürzlich vorgelegte Studie über Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Altenpflegepersonal (ABBA-Studie von Zimmer & Weyerer, 1998) aus dem Rhein-Neckar-Raum dienen, die Arbeitsbedingungen und deren Einschätzung, persönliche Belastungen, Arbeits- und individuelle Ressourcen, Arbeitsmotivation und Erschöpfungs- bzw. Gesundheitsfaktoren psychischer und physischer Art erfaßt hatte. Zusätzlich sollten Nutzen und Interesse von Aus-, Fort- und Weiterbildung evaluiert werden, ebenso Nutzen und Interesse an den gegebenen Unterrichtsfächern.

6.1 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

6.1.1 HINTERGRUND, FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER STUDIE

Hintergrund und daraus resultierende Fragestellung der Untersuchung waren folgende Faktoren:

- **Erfassung zunehmender Personal- und Berufsinhalts-bedingter Mißstände:**

Die aktuelle Berufssituation in der Altenpflege mit vermehrter Fluktuation der Berufsfachkräfte unter der Argumentation „nicht mehr zu können“, „ausgebrannt zu sein“: Klagen über Personalmangel und Verschiebung der Pflegeinhalte aus der sozialpflegerischen Richtung hin zur „Sauber-Satt-Pflege“ und die zunehmende Forderung nach einer endlich adäquaten, bundesweit einheitlichen Ausbildung.

- **Erfassung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowohl psychischer wie physischer Art:**

Die Definition des Burnout-Syndroms, die von einer vorangegangenen „Entflammbarkeit“, d.h. einer hohen Motivation ausgeht und sich langsam entwickelt: eine enthusiastische Anfangshaltung verändert sich langsam durch die stetige Aufsummierung von Belastungen zur völligen Frustration mit entsprechender physischer und psychischer Störungssymptomatik.

- **Erfassung von Berufsmotivation zur Entwicklung eines Altenpflege-spezifischen Vulnerabilitätsfaktors:**

Wenn bestimmte Merkmale von Personen bereits im Vorfeld auf eine erhöhte Vulnerabilität für Burnout hinweisen, könnte man eventuell Möglichkeiten der Primärprävention entwickeln, z.B. eine Zulassungsselektion für die Ausbildung.

- **Erfassung der curricularen Einschätzungen und der diesbezüglichen Optimierungsvorstellungen incl. Veränderungen seitens der Betroffenen:**

Der sich ständig wiederholende Ruf und die Forderung nach einer bundesweiten Vereinheitlichung der Ausbildung sowie nach einer Modifikation der Ausbildungsinhalte, der Ausbildungsstandards und der Curricula sollte sich an der Meinung der Betroffenen orientieren, die in diesem Falle als „Experten in vivo“ einzustufen sind.

Aus dem Zusammenschluß dieser Faktoren entwickelte sich der Gedanke, psychische und physische Veränderungen bei Altenpflegeschülern innerhalb eines Jahres zu erfassen. Zudem sollten Veränderungen der beruflichen Einstellung und der Einschätzung der berufsrealistischen Situation binnen eines Jahres erhoben werden, ebenso eine sich eventuell verändernde Einschätzung der Ausbildung.

Die erneute Befragung nach einem Jahr sollte erwähnte und erwartete Veränderungen erkennen lassen und erste Rückschlüsse auf eventuelle Streßfaktoren ermöglichen. Bei einer ohnehin anstehenden Modifikation der Ausbildungsinhalte im Altenpflegebereich könnten damit Anhaltspunkte geschaffen werden, wie künftige Fluktuationen und Überforderungen bereits im Vorfeld zu mindern wären.

6.1.2 HYPOTHESEN

In Anbetracht der derzeitigen beruflichen Zugangsvoraussetzungen und der Motivation der Berufsinteressenten versus den Realitätsanforderungen des in der Gesellschaft immer noch wenig anerkannten Berufsstandes Altenpflege ist im Rahmen der streß- und arbeitspsychologischen Beanspruchungs-Forschung davon auszugehen, daß die vorliegenden Arbeitsbedingungen zu Belastungsreaktionen führen. Diese Belastungsreaktionen stellen sich nicht in Form von akuter sondern einer sich eher langsam entwickelnden und zur Chronifizierung neigenden Symptomatik dar. So sollten die ersten Anzeichen bereits in der Ausbildungsphase durch Einstellungs- und im Verhaltensveränderungen festzustellen sein, welche weniger signifikant als tendenziell in Richtung Belastungssyndrom zu interpretieren wären.

Folgende Hypothesen liegen der Arbeit zugrunde:

- Die allgemeine Berufsmotivation der Auszubildenden sollte binnen eines Jahres sinken und die Einschätzung wichtiger Berufsfaktoren sollte sich verändern.
- Der Unterschied zwischen motivationaler Vorstellung und Realität sollte sich zu beiden Erhebungszeitpunkten sehr deutlich darstellen lassen.
- Die Tendenz zu einem Arbeitswechsel sollte steigen.

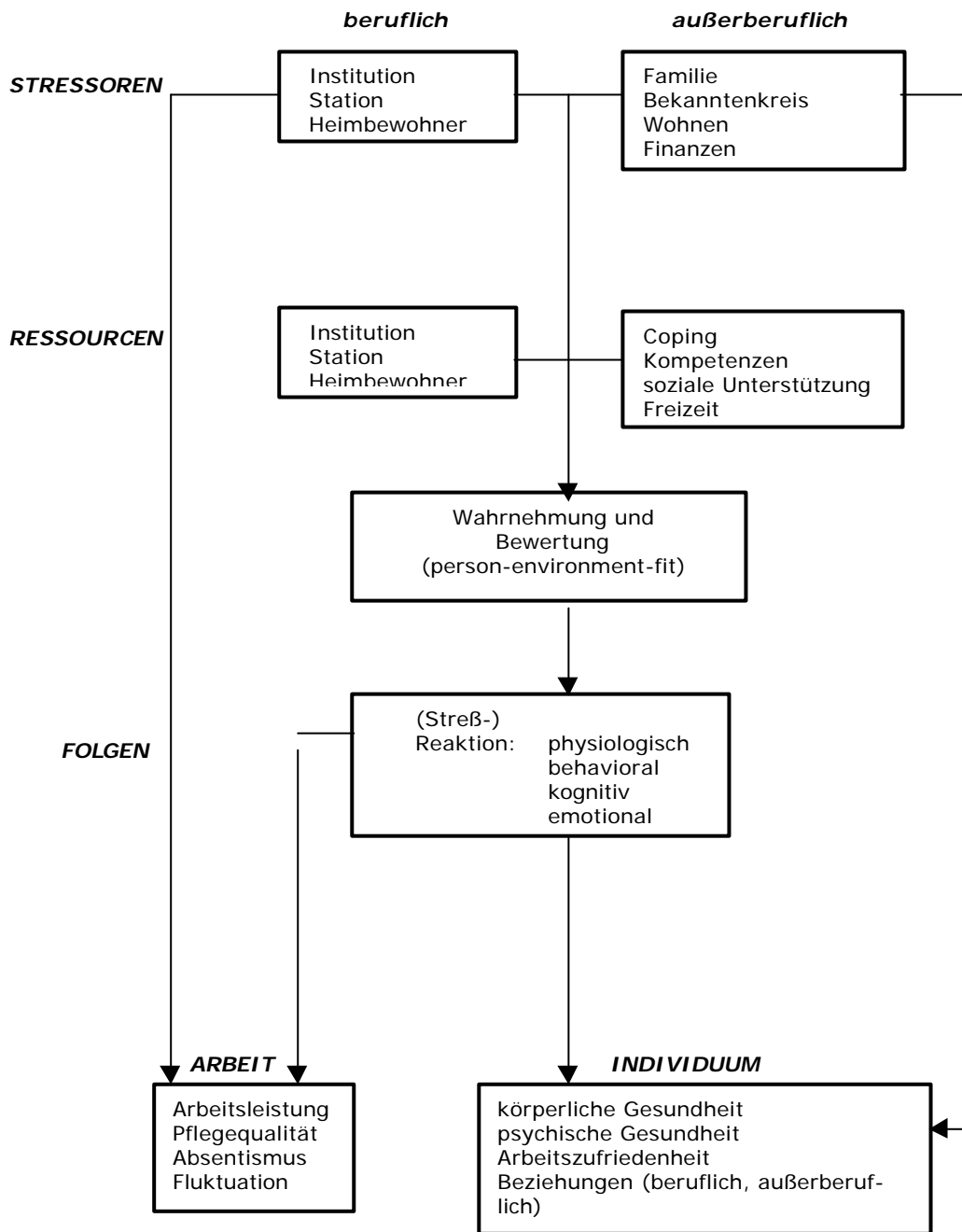
- Die psychische Belastungseinschätzung sollte sich reziprok zum physischen Wohlbefinden verändern.
- Das curriculare Interesse müßte sich mit steigender Tendenz eher an medizinisch-pflegerischen denn an sozial-pflegerischen Fächern ausrichten.
- In Anbetracht der hohen beruflichen Belastung ist mit einer tendenziellen Abnahme des Interesses an Fort- und Weiterbildung zu rechnen. Eine Ausnahme könnte der medizinisch-pflegerische Bereich bilden, weil es sich hierbei um ein gut strukturiertes und transparent darstellbares Handlungsfeld handelt, was den Obligationen der Pflegestandards entspricht.
- Private und kollegiale Probleme sollten aufgrund erhöhter Vulnerabilität und psychischer Belastung zunehmen, die Zufriedenheit mit Berufsrahmenbedingungen sinken.

6.2 STUDIENDESIGN UND UNTERSUCHUNGSMETHODEN

6.2.1 AUSWAHL DER UNTERSUCHUNGSVARIABLEN

Bisherige Untersuchungen befaßten sich kaum mit der auszubildenden PflegerInnen-Population, sondern betrachteten eher die Motivation der Berufswahl (BÜKER, 1996; GUTBERLET, 1985; SCHMID & SCHÖBERLE, 1978) oder den bereits im Beruf tätigen Status der Betroffenen (BECKER & MEIFORT, 1997; WAHL & KRUSE, 1994; ZIMBER ET AL., 1999). Weitere Forschungsansätze ausgeprägterer Form gibt es zwar in Amerika und Schweden, jedoch handelt es sich dabei jeweils um ein differentes Sozial- und Versorgungssystem, so daß sich ein direkter Vergleich mit der Situation in der Bundesrepublik Deutschland verbietet.

Mit der ABBA-Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim lag nicht nur die gute Operationalisierbarkeit eines Erhebungsinstrumentariums vor. Zusätzlich wäre die Möglichkeit des Vergleiches von bereits Berufstätigen und Auszubildenden als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen gegeben. Ein für die Komplexität der Fragestellung adäquates und ebenso gut operationalisierbares theoretisches Rahmenmodell ist das integrative Stressmodell von Cohen-Mansfield (1995):



Modell: Arbeitsbelastung, Beanspruchung, Streß und ihre Folgen:
 Integratives Streßmodell für die Altenpflege (nach Cohen-Mansfield, 1995)

Im Rahmen dieser Überlegungen wurde die Untersuchung geplant: die sehr umfangreichen Erhebungsbögen sollten Fragen zur Ausbildungsbeurteilung umfassen, zur somatischen und zur psychischen Gesundheit, zu Arbeitsbedingungen und Arbeitseindrücken, zum persönlichen sozialen Umfeld, zu Fort- und Weiterbildung, zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen und zur Streßverarbeitung, aber auch Fragen zur Motivation bei der Berufswahl und zur Realitätseinschätzung des erwählten Berufes, zu Arbeitszeit und -stellung und nicht zuletzt zu einer Einschätzung des schulischen Ausbildungsunterrichtes einschließlich Verbesserungsvorschlägen. Auf die Erhebung von Suchtmittelkonsum wurde mangels zu erwartender Compliance verzichtet. Als reine Genußmittel geltende Suchtmittel wie Kaffee und Nikotin wurden jedoch in ihrer Gebrauchsmenge als für den Gesundheitszustand relevant erfaßt.

Für die Erfassung der Beanspruchungsfolgen wurde ein breites Spektrum von Indikatoren herangezogen, das sowohl Konstrukte des klassischen Burnout-Konzeptes wie emotionale Erschöpfung und Depersonalisation (MASLACH & JACKSON, 1986) als auch Indikatoren der psychischen Befindlichkeit wie z.B. Depressivität berücksichtigt. Eine besondere Rolle spielen in dieser Studie gesundheitsrelevante Aspekte wie z.B. körperliche Befindensbeeinträchtigungen.

Der Bereich der mit den Belastungen zusammenhängenden Arbeitsbedingungen wird nach bereits gut erforschten und methodisch etablierten arbeitspsychologischen Kriterien abgedeckt (HACKER & RICHTER, 1984; BÜSSING & PERRAR, 1991; BÜSSING & GLASER, 1996). Besondere Beachtung finden hierbei nicht nur belastende Momente wie fehlendes Personal, Schichtarbeit, Überstunden und Betriebsklima, sondern auch die Ressourcen am Arbeitsplatz. Um die spezifischen Arbeitsplatzmerkmale in der Altenpflege hervorzuheben, werden organisatorische Merkmale der Arbeitssituation, konzeptionelle Merkmale der Pflege und protektive Bedingungen wie z.B. Partizipationsmöglichkeiten, Fortbildung und Supervision umfassend erhoben.

In Anlehnung an COHEN-MANSFIELD (1995) wird nicht nur die berufliche, sondern auch die außerberufliche Situation als wesentliche Bestimmungsgröße für das Auftreten von körperlichen und psychischen Belastungen postuliert. Daher werden im Untersuchungsprogramm auch außerberufliche Belastungen wie familiäre und finanzielle Probleme sowie außerberufliche Ressourcen wie Freizeit und soziale Unterstützung berücksichtigt. Da aus der Burnout-Forschung empirische Ergebnisse hierzu weitgehend fehlen, orientiert sich die Auswahl der Variablen an Ergebnissen aus anderen Forschungsbereichen (Streßforschung, Gesundheitspsychologie).

In einem zusätzlichen Segment der Studie werden Dispositionen auf Seiten der Pflegepersonen berücksichtigt, da sich gezeigt hat, daß individuelle Faktoren, wie Berufsorientierung, Attributionsstile und Streßbewältigungsverhalten (Coping) eine nicht unwesentliche Rolle für das Auftreten von Beanspruchungsfolgen spielen (ENZMANN & KLEIBER, 1989;

HACKER & RICHTER, 1984). Die Auswahl der Konstrukte erfolgte auf der Grundlage empirisch begründeter Ergebnisse. Das komplexe Konstrukt des „Person-Environment-Fit“ wird in vereinfachter Definition als Passung zwischen Arbeitsmotiven und deren wahrgenommener Realisierung in das Untersuchungsprogramm aufgenommen.

Als letztes Segment des Untersuchungsinstrumentariums wurde ein Evaluationsbogen des Unterrichtes bezüglich dessen Nützlichkeit und dessen quantitativen Ausprägungswunsches zusammengestellt, sowie eine Äußerungsmöglichkeit bezüglich gewünschter Zusatzfächer angeboten. Dafür wurde der geltende Stunden- und Unterrichtsplan der die Probanden stellenden Schulen zugrunde gelegt.

In der vorliegenden Studie ging es also um die Erfassung von Streß und Streßausmaß, so daß zuerst die möglichen Ursachen dafür als sogenannte *Stressoren* vorgegeben und deren Ausmaß erfragt wurde. Diese Stressoren werden von den *Unabhängigen Variablen* dargestellt und sie umfassen sowohl *Arbeitsanforderungen* wie auch persönliche *außerberufliche Belastungen*:

Arbeitsanforderungen (UV):

- Physikalische Stressoren
- Größe der Organisation und Zuständigkeit für viele Bewohner
- Schichtdienst
- Überstunden
- Schlechte Bezahlung
- Mangelhafte Qualifikation
- Keine Beförderungsmöglichkeiten
- Organisatorische Stressoren wie Personalmangel, Fluktuation und Absentismus
- Soziale Stressoren wie Beziehungen zu Kollegen, Vorgesetzten und Heimbewohnern
- Pflegebedürftigkeit und Verhaltensauffälligkeit der Heimbewohner

Persönliche (außerberufliche Belastungen (UV):

- Doppelbelastung durch Kinder, Haushaltsführung
- Ungünstige finanzielle und Wohnverhältnisse
- Familiäre Probleme (z.B. Arbeitslosigkeit des Partners)
- Wenig Freizeit

Als *intervenierende Variablen*, sogenannte *Moderatoren*, gelten *Arbeitsressourcen* und *individuelle Ressourcen*, die bei guter Ausprägung einen Auffangmechanismus darstellen, bei deren Mangel aber um so eher mit Belastungsauswirkungen zu rechnen ist. Diese Auswirkungen wurden bei der vorliegenden Arbeit vernachlässigt, da eine Untersuchung diesbezüglich den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte. Dennoch wurden die Daten mit erfaßt, um eventuelle weitere Auswertungen diesbezüglich zu ermöglichen.

Arbeitsressourcen (Moderatoren):

- Ökologische Ressourcen wie Erreichbarkeit, Sicherheit, Unterstützung, Orientierung, Stimulation, Privatheit
- Materielle und räumliche Ressourcen
- Personelle Ressourcen
- Soziale Ressourcen wie Beziehungen zu Kollegen, Vorgesetzten, Heimbewohnern
- Pflegequalität
- Nähe zu Heimbewohnern
- Partizipation, Tätigkeitsspielräume, Entscheidungsmöglichkeiten
- Heimangebote wie Fortbildung, Supervision etc.

Individuelle Ressourcen (Moderatoren):

- Einstellungen zur Pflege alter Menschen
- Berufsmotivation
- Freizeit- und Entspannungsmöglichkeiten
- Soziale und familiäre Unterstützung

Als *abhängige Variablen* gelten *Konsequenzen*, die sowohl die *arbeitsbezogenen Konsequenzen* wie auch die *gesundheitsbezogenen Konsequenzen für das Individuum* umfassen. Deren Erfassung in Ausprägung und Veränderung innerhalb eines Jahres sollte Rückschlüsse auf das Belastungsausmaß, selbstentwickelte Verhaltenshilfen aber auch zu evaluierende Interventionsmöglichkeiten zulassen:

Konsequenzen für das Individuum (arbeitsbezogen)(AV):

- Emotionale Erschöpfung
- Reaktives Abschirmen
- Arbeitsunzufriedenheit
- Intrinsische Arbeitsmotivation
- Bisheriger und beabsichtigter Stellenwechsel

- Absentismus

Konsequenzen für das Individuum (gesundheitsbezogen)(AV):

- Gesundheitszustand
- Körperliche Erkrankungen
- Funktionelle Beschwerden
- Müdigkeit und Schlafstörungen
- Depressivität
- Suchtverhalten (Koffein, Nikotin)

Um sämtliche Faktoren bei der Erhebung zu berücksichtigen wurde aus mehreren Untersuchungsinstrumentarien per Auswahl spezifischer Untersuchungsvariablen ein sehr umfassender dreiteiliger Fragebogen zusammengestellt, wobei folgende Instrumente bzw. Instrumententeile den jeweiligen Erhebungsmerkmalen zuordenbar sind:

- **SIESTA (BERGER & GERNGROB-HAAS, 1996):**

Mit dem „Instrumentarium zur Evaluation von stationären Altenhilfeeinrichtungen“ liegt ein Werkzeug zur detaillierten Qualitätsdiagnose auf der Grundlage rechtlicher Anforderungen und mit bewährten Qualitätskriterien unter anderem aus den Bereichen Pflegewissenschaft, Soziale Arbeit, Gerontologie und Geriatrie vor. Aus diesem Fragebogen wurden folgende Unterpunkten mit den jeweiligen Erhebungsmomenten gewählt:

- SIESTA-A1/A2, eigene Ergänzungen zur *Erhebung von baulicher Umgebung*
- SIESTA-B, eigene Ergänzungen zur *Erhebung der Pflegekonzeption und Organisation*

- **SIESTA-C-Auszüge**

wobei mit diesem Fragebogen ein Werkzeug zur Diagnose der Qualität der Arbeitssituation der MitarbeiterInnen aus deren Sicht vorliegt und eigene Ergänzungen zur *Erhebung von beruflichem Werdegang und momentanen Arbeitsbedingungen*

- SIESTA-C, Skala „*Einstellungen zur Pflege alter Menschen*“ zur Erhebung derselben

- **Eigene Skala** nach MARQUARD et al., 1993; SCHMITZ-SCHERZER et al., 1994

zur Erhebung von Berufsmotivation

- **Social Interview Schedule** (HECHT et al., 1987)

- Teil „Private Situation“ zur *Erhebung von privaten und familiären Belastungen*
- Ebd. Teil zur *Erhebung von privaten und familiären Ressourcen*

- **Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (FSOZU)** (SOMMER & FYDRICH, 1990)

Kurzversion zur *Erhebung von sozialer Unterstützung*

- **Tätigkeits- und Analyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH)** (BÜSSING & GLASER, 1996): Instrument zur Erfassung von Anforderungen, Spielräumen, Ressourcen und Belastungen
 - Teil 4 zur *Erhebung von sozialen Stressoren am Arbeitsplatz*
 - Teil 4 zur *Erhebung von Tätigkeitsspielräumen, Entscheidungsmöglichkeiten, Partizipation*
 - Teil 3 zur *Erhebung von sozialen Ressourcen am Arbeitsplatz*
 - Teil 3 und eigene Ergänzungen zur *Erhebung von Absentismus, Arztbesuchen, Fluktuationsneigung*
- Subskala „Beziehung zu Heimbewohnern“ des **„Betriebsklimafragebogen“** (KEMPE & CLOSS, 1985) zur *Erhebung von der Beziehung zu Heimbewohnern*
- Auszüge aus dem **„Fragebogen zu erlebten Belastungen und Bedarf an psychosozialer Fortbildung“** (MUTHNY et al., 1993) sowie eigene Ergänzungen zur *Erhebung von Fortbildungs- und Supervisionsangebot*
- **Fragebogen zu Beanspruchung durch Humandienstleistungen (BHD-FBH)** (HACKER et al., 1995) komplett zur *Erhebung von Beanspruchung und Burnout: emotionale Erschöpfung, Arbeits(un)zufriedenheit, intrinsische Arbeitsmotivation, Aversion gegen Klienten, reaktives Abschirmen*
- **CES-D (ADS)** (HAUTZINGER, 1994) komplett zur *Erhebung von Depressivität*
- **„Symptoms Checklist“ (SLC-90)** deutsche Fassung (FRANKE, 1995), mit der Messung subjektiv empfundener Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome bei guter Reliabilität in klinischen Gruppen und guter Validität: *die Subskala „Somatisierung“ zur Erhebung derselben*
- **„Freiburger Beschwerdeliste“ (FBL-G/R)** (FAHRENBERG et al., 1994) zur Inventarisierung körperlicher Beschwerden aus verschiedenen Funktionsbereichen mit anerkannten Normwerten:
 - Subskala „Müdigkeit“ zur *Erhebung von Müdigkeit und Schlafstörungen*
 - *„Subjektiver Gesundheitszustand“ zur Erhebung desselben*
- **Biogramm (Infratest 1982)** einzelne Items zur *Erhebung von Zigaretten- und Koffein-Konsum*
- **„Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit, Arbeitsbelastung und Gesundheit am Arbeitsplatz“** (Abteilung Psychiatrische Soziologie, 1995) Skala *„körperliche Erkrankungen“ zur Erhebung derselben*

- **Curricula der** die Probanden stellenden **Schulen** mit eigener Aufstellung
 - Fragen zum Unterrichtsnutzen zur Erhebung desselben
 - Fragen zur Unterrichtsmenge zur Erhebung der gewünschten Unterrichts-Quantität vorliegender Unterrichtsfächer
- **Eigener Bereich mit Angabemöglichkeiten für gewünschte Zusatzfächer**

Insgesamt liegt mit dieser Auswahl von abhängigen und unabhängigen Variablen bei gleichzeitiger Erfassung von Moderatorvariablen ein sehr komplexes Untersuchungsinstrument vor.

6.2.2 STUDIENDESIGN UND ZEITPLAN

In die Untersuchung gehen aus dem **Integrativen Stressmodell** zur Beanspruchung von Altenpflegekräften (**modifiziert nach COHEN-MANSFIELD, 1995**) Stressoren auf Seiten des Arbeitsplatzes und des Individuums als unabhängige Variablen ein:

Dabei geht Cohen-Mansfield von beruflichen und außerberuflichen Stressoren aus: Institution, Station und Heimbewohner stellen die Stressoren der beruflichen Seite dar; Familie, Bekanntenkreis, Wohnen und Finanzen bilden die außerberuflichen Stressoren. Berufliche Stressoren wirken einerseits direkt ein auf Arbeitsfolgen wie Arbeitsleistung, Pflegequalität, Absentismus und Fluktuation, gelten gleichzeitig aber als mögliche Ressourcen, wobei diese Funktion mit bestimmt wird durch persönliche Wahrnehmung und Bewertung bzw. den Reaktionen des Individuums auf physiologischer, behavioraler, kognitiver und emotionaler Ebene. Je nach Vorhandensein, Ausmaß und Intensität haben diese Reaktionen wiederum Auswirkungen auf die Arbeit und den Gesundheitszustand des Individuums. Außerberufliche Stressoren unterliegen dem gleichen WahrnehmungsfILTER und können somit ebenfalls auf die Gesundheit des Individuums einwirken, werden jedoch moderiert durch individuell vorhandene Coping-Strategien, Kompetenzen, soziale Unterstützung und (ausgleichende) Freizeit.

Moderierende Variablen sind also in der Untersuchung arbeits- und individuelle Ressourcen und die abhängigen Variablen werden dargestellt durch individuelle (Streß-)Reaktionen und die daraus resultierenden langfristigen Konsequenzen für Arbeit und Individuum.

Um die Veränderungen in den Einstellungen und Einschätzungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen zu überprüfen, sollen die Erhebungen zu zwei unabhängigen Meßzeitpunkten im Abstand von etwa zwölf Monaten stattfinden und die Differenzen der jeweiligen Mittelwerte verglichen werden. Zur Gewährleistung der Meßwiederholung bei den gleichen Personen werden AltenpflegeschülerInnen der ersten und der zweiten Altenpflegeunterrichtsklasse befragt.

Da die Studie einen möglichst großen Probandenkreis umfassen sollte und Schulklassen im Ausbildungsbereich Altenpflege aus kleineren Schülerzahlen bestehen, sollten sich die

Erhebungen auf mehrere Schulen verteilen und jeweils Einstiegs- und zweite Jahrgänge umfassen. Im Rahmen der Anlehnung an die ABBA-Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim sollte die Erhebung etwa im ähnlichen Untersuchungszeitrahmen stattfinden und sich dann jeweils nach einem Jahr wiederholen. Erster Meßzeitpunkt war im Sommer 1996, die Folgeerhebung im Sommer 1997. Eine weitere Erhebungswelle war für den Februar 1997 und 1998 geplant und eine dritte Erhebungswelle sollte im Herbst 1997 und 1998 stattfinden. Mit Abschluß der Erhebungen im Herbst 1998 entsprach die Situations-einschätzung der Probanden der geltenden Arbeitssituation nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes.

6.2.3 STICHPROBE

Um einen Vergleich mit Untersuchungen aus dem Berufsbereich Altenpflege der ABBA-Studie zu gestatten, wurde die Erhebung entsprechend ausschließlich im Rhein-Neckar-Raum angesiedelt. Es konnte von einem ungefähr gleichen Stundenplan und Stundenkontingent an den einzelnen Schulen ausgegangen werden. Interindividuelle Differenzen waren lediglich durch eventuell differierende Schulformen gegeben, da die Möglichkeit existiert, die Altenpflegeausbildung sowohl berufsbegleitend wie auch in Vollzeit zu absolvieren.

Folgende Schulen wurden zur Befragung rekrutiert:

- Käthe-Kollwitz-Schule, Duales Berufskolleg für Altenpflege in Bruchsal. Erhebungszeiträume: Sommer 1996 - Sommer 1997; Februar 1997 - Februar 1998.
- Berufsfachschule für Altenpflege, Bfw / Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB GmbH bfw in Neckargemünd. Erhebungszeitraum: Sommer 1996 - Sommer 1997.
- Staatlich anerkannte Fachschule für Altenpflege des DRK-Kreisverbandes Mannheim e.V., Mannheim. Erhebungszeitraum: Herbst 1997- Herbst 1998.
- F + U Gemeinnützige Bildungseinrichtung für Fortbildung und Umschulung GmbH, Heidelberg. Erhebungszeiträume: Sommer 1996 - Sommer 1997; Herbst 1997 - Herbst 1998.

Die Erprobung der eingesetzten Meßinstrumente hatte im Vorfeld weitgehend durch die Projektgruppe des Mannheimer Zentralinstituts für Seelische Gesundheit unter WEYERER und ZIMMER (1995) stattgefunden. Letzte Reliabilitätsprüfungen wurde 1995 im Rahmen der ABBA-Studie abgeschlossen, die Unterrichts-Evaluationsbögen sind in Folge angehängt worden.

Die Fragebögen wurden den Schülern klassenweise in einer Unterrichts- oder Freistunde vorgelegt, es gab keinerlei zeitliche Einschränkung. Erfahrungsgemäß war von einem Beantwortungszeitraum von ca. 60-90 Minuten auszugehen. Die Fragebögen waren durch vielstel-

lige und den Namen zuordenbaren Codenummern anonymisiert, so daß eine Zuordnung der nach einem Jahr jeweils zusammengehörigen Bögen gewährleistet war. Aus Daten- und Anonymitätsschutz wurden den Probanden die Fragebögen in Umschlägen vorgelegt, die nach der Beantwortung verschlossen abzugeben waren.

An dieser Stelle sei den Schulen nachdrücklicher Dank für die Teilnahme ausgesprochen, für die jeweils zwei Unterrichts- oder Freistunden geopfert wurden. Ebenfalls sei den Schülern gedankt, die sich voller Geduld mit dem umfangreichen Fragebogen auseinandersetzen und damit die Untersuchung erst ermöglichten.

282 SchülerInnen nahmen insgesamt an der Erst-Befragung teil, bei der Abschlußbefragung lagen noch 208 beantwortete Bögen zur Auswertung vor. Ein Teil der sich verringerten Zahl ist mit Abwesenheit während einer der beiden Befragungszeitpunkte zu erklären, d.h. es wurden ausschließlich Antwortbögen zur Datenverarbeitung herangezogen, die vollständig ausgefüllt von beiden Erhebungszeitpunkten vorlagen. Bei der Erstbefragung entfielen von den 282 Antwortbögen 146 auf die ersten und 136 auf die zweiten Klassen. Insgesamt gab es 28 Aussteiger, was einen Abbruchanteil von knapp 10 % bedeutet. Der größte Teil der Aussteiger brach die Ausbildung bereits im ersten Schuljahr ab (23 der 28 Personen).

Ob dieser Ausstieg auf das problematische Berufsfeld mit seinen extrem hohen Anforderungen bei gleichzeitig geringer finanzieller und auch gesellschaftlicher Anerkennung zurück zu führen ist, kann nur als Vermutung in den Raum gestellt werden. Auf eine weitere spezifische Analyse dieser ProbandInnen wurde aus Gründen der Komplexität des Ausgangsthemas der Untersuchung verzichtet. Hier sollte es um zu erfassende Veränderungen gehen, die Untersuchung von Abbruchgründen wäre für eine gesonderte Arbeit aber gewiß von Interesse.

6.2.4 METHODEN

Die Ergebnisse wurden nach den Differenzen der Mittelwerte beider Meßzeitpunkte mit dem t-Test ausgewertet (BORTZ & DÖRING, 1995). Für ausgewählte Ergebnisse wurden Signifikanzen mit dem Wilcoxon-Test (NETER, WASSERMAN & WHITMORE, 1978, BORTZ, 1993, DORSCH, 1987) per SPSS-Programm berechnet (Statistical package for the social sciences) (BORTZ, 1993). Das Signifikanzniveau wurde, wenn nicht anders angegeben, auf 5% festgelegt. Die Angabe der Streuung erfolgt jeweils in Klammern zu den zugehörigen Mittelwerten.

7 ERGEBNISSE

7.1 GESCHLECHT, NATIONALITÄT UND SCHULBILDUNG

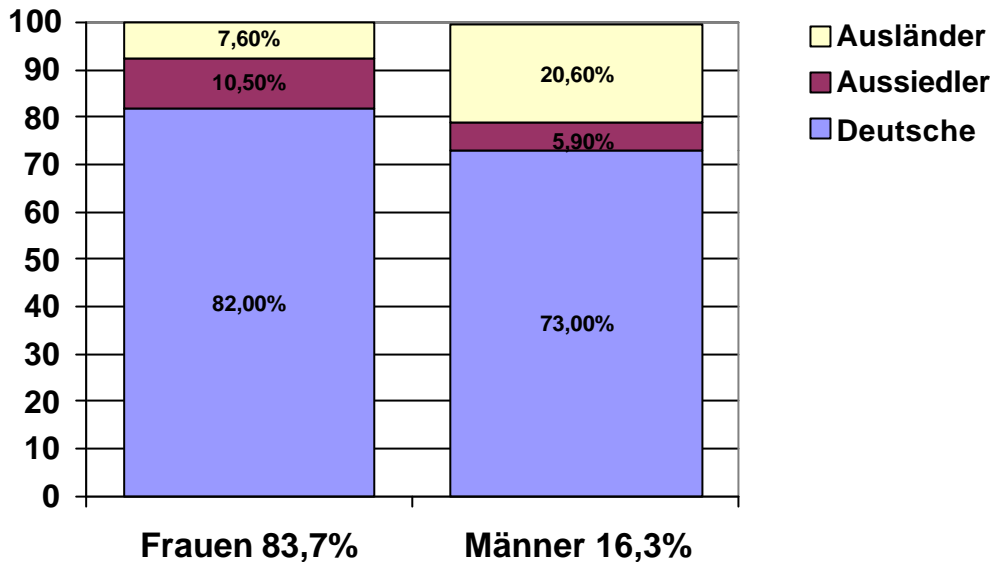


Abbildung 1: Geschlechter- und Nationalitätenverteilung bei den ProbandInnen

Der deutschsprachige Anteil der Auszubildenden ist bei den Frauen größer als bei den Männern, insgesamt macht er 90,5% aus. Die Übersiedlung der Aussiedler und Ausländer nach Deutschland verteilt sich auf den Zeitraum von 1970 bis 1995, der Löwenanteil befindet sich seit Ende der 80er Jahre, also etwa seit der deutschen Grenzöffnung in Deutschland.

Die Altersverteilung der Probanden streut immens: so war zum Zeitraum der Erstbefragung die jüngste Probandin 17 Jahre alt, die älteste zählte bereits 55 Jahre. Bei den Männern war der jüngste Befragungsteilnehmer 20 Jahre, der älteste 45 Jahre alt.

Auch die schulische Vorbildung ist sehr different und bei den männlichen Probanden prozentual betrachtet eindeutig höher. Ob dieser Unterschied am weiblich typischen Berufsbild liegt oder an etwas anderem war hier nicht auszumachen (Abb.2).

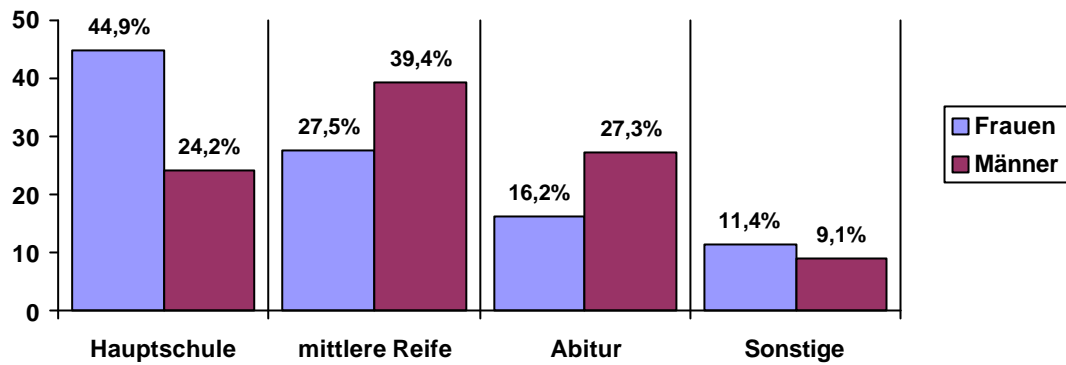


Abbildung 2: Schulische Vorbildung der ProbandInnen

Was die einschlägige Berufsvorbildung im Sinne von Krankenpflege, einjähriger Ausbildung und nichtexaminierendem/ter Helfer/in betrifft, haben 16,5% der Frauen bereits berufliche Vorerfahrung, bei den Männern sind es 3,1%.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Ausbildungspopulation im Altenpflegebereich sehr heterogen ist, sowohl das Alter, wie die Vorbildung betreffend. Gleichzeitig bestätigt der hohe Frauenanteil bei den Auszubildenden das scheinbar immer noch herrschende Bild des Altenpflegeberufes als Frauenarbeit.

7.1.1 PRIVATE SITUATION

In Anbetracht der Tatsache, daß das Erlernen des Berufes Altenpflege an sich schon eine Belastung darstellt, war interessant, wie viele der Auszubildenden eventuell noch die Sorge um Kinder im eigenen Haushalt als weitere Zusatzbelastung zu tragen haben:

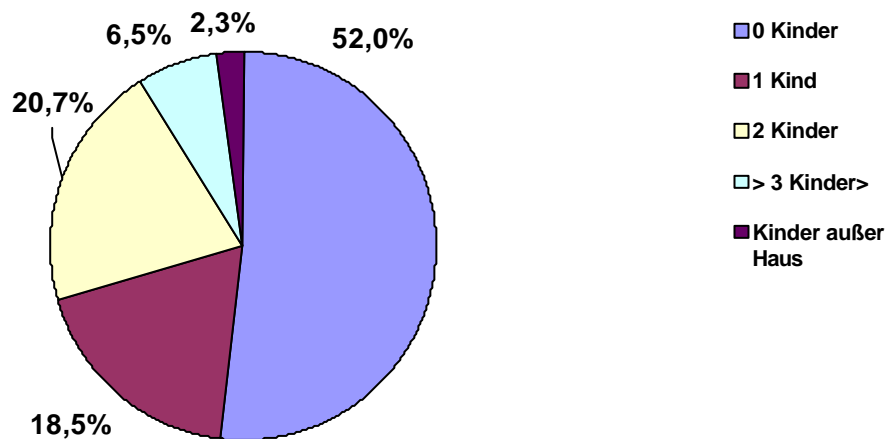


Abbildung 3: Anzahl der Kinder bei den ProbandInnen

Nur ca. die Hälfte der ProbandInnen hatten keine Kinder und bei 2,3% waren die Kinder bereits außer Haus. Knapp die Hälfte tragen zusätzlich zur Berufsausbildung die Belastung der Kindererziehung (Abb. 3).

Die *Wohnform* der ProbandInnen läßt Rückschlüsse auf eventuelle Stressoren zu: einerseits kann ein Zusammenleben soziale Ressourcen ausmachen, andererseits ist zu bedenken, daß bei mehr Personen im Haushalt eher zwischenmenschliche Stressfaktoren auftreten können und das Problem der Haushaltsorganisation und des Zusammenlebens gelöst werden muß. Nur 6,5 % der ProbandInnen leben allein, etwas mehr als ein Fünftel mit dem Partner allein, der Rest lebt mit ein oder mehr Kindern in der Familie:

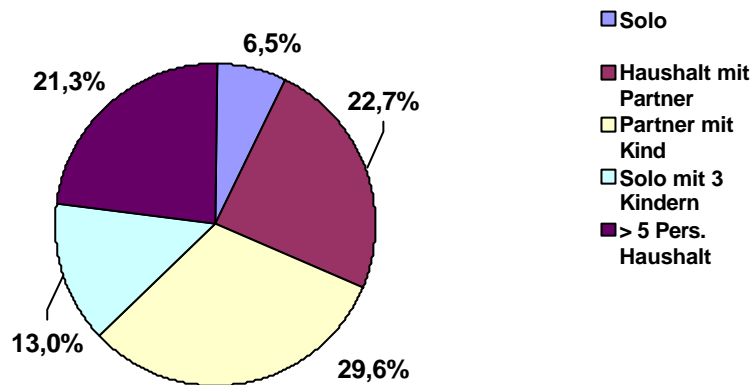


Abbildung 4: Wohnform der ProbandInnen

Bezüglich der *Kinderbetreuung* finden sich geringfügige Unterschiede zwischen den Befragungszeiträumen: bei der alleinigen Betreuung der Kinder variiert der Anteil der Befragten von 36,5% zum ersten Erhebungszeitraum im Vergleich zu 38,5% zum zweiten Befragungszeitraum. Bei der ausschließlichen Betreuung der Kinder durch den Partner liegt eine leichte Zunahme innerhalb des Befragungszeitraums vor: von 5,1% auf 7,3%.

Prägnanter ist der Unterschied bei der *Fremdbetreuung der Kinder* durch „sonstige Personen“: der Prozentsatz verdreifacht sich fast von 5,1% auf 14,6% nach einem Jahr. Die gemeinsame Kinderbetreuung zwischen den beiden Meßzeitpunkten verändert sich ebenfalls: bei der Ersterhebung betreuten 31,4% die Kinder gemeinsam mit dem Partner, bei der Zweitbefragung waren es 39,6%.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Eigenverantwortlichkeit und Zusatzbelastung der Kindesbetreuung nach einem Jahr weniger geworden ist. Das läßt die Vermutung zu, daß eine zusätzliche Belastungsquelle abzubauen versucht wurde. Bemerkenswert ist die erhebliche Minderung der Antwortcompliance zwischen den beiden Meßzeitpunkten. Fast

20% der Erstbeantworter verweigerte eine Aussage bei der Folgerhebung. Ob dies aus Gründen eines eventuell frustrierenden Reizthemas war oder andere Gründe hat, war nicht festzustellen.

Bei der Erhebung der *Zuständigkeit für den Haushalt* ergaben sich folgende Differenzen zwischen den Erhebungszeitpunkten, die auf eine Abnahme einer anfänglichen „Schonzeit“ hinweist. Die „Nichtzuständigkeit“ hat abgenommen und sich auf die teilweise oder alleinige Zuständigkeit für den Haushalt verlagert, d.h. die Belastung hat zugenommen (Abb.5):

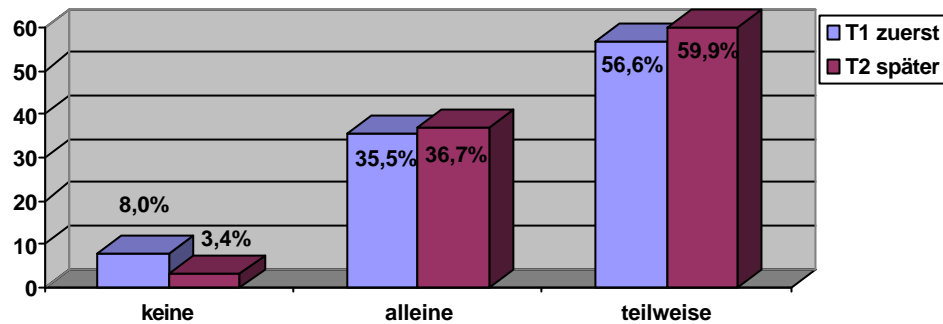


Abbildung 5: Zuständigkeit für den Haushalt

Da ein problemfreies privates Umfeld eine große soziale Ressource darstellt, waren etwaige *Problemzonen* mit (Ehe-)Partnern, Kindern, Eltern oder sonstigen Verwandten von Interesse.

Die Ergebnisse lassen vermuten, daß insbesondere die Kinder nach anfänglichem Reiz der neuen Situation zunehmend frustriert sind über die ausbildungsbedingte Abnahme der ihnen nun zukommenden Aufmerksamkeit. Ebenso wird die elterliche Belastung erhöht durch eine streßbedingt niedriger werdende Toleranzschwelle gegenüber den Kindern. Dementsprechend haben die Probleme mit dem Partner und mit den Kindern zugenommen, abgenommen haben dagegen Probleme mit den Eltern und den Verwandten (Abb.6).

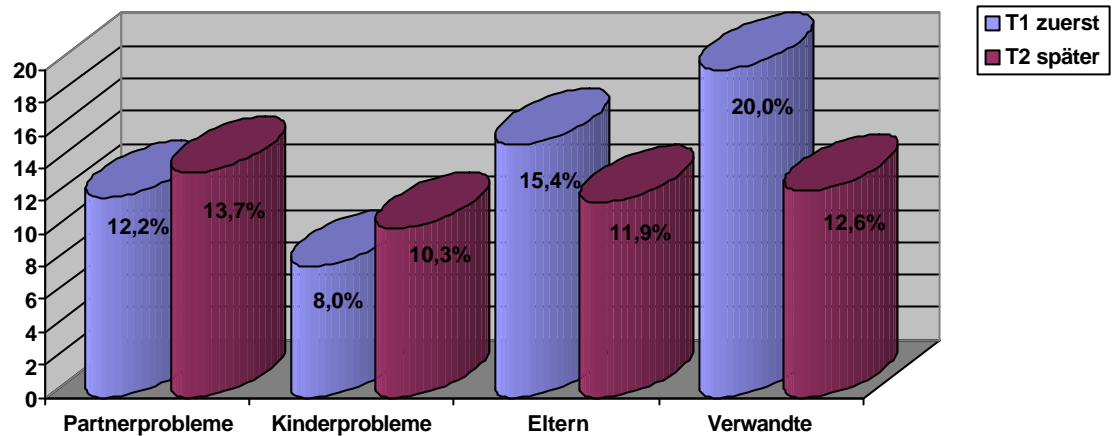


Abbildung 6: Probleme im privaten Umfeld

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß überdurchschnittlich viele Auszubildende der Doppelbelastung Beruf und Familie unterliegen und zunehmend Probleme in der Partnerschaft und mit den Kindern auftreten.

7.1.2 FINANZEN UND FREIZEIT

In Anbetracht eines physisch und psychisch hoch anspruchsvollen, aber gesellschaftlich wenig anerkannten und selten gut bezahlten Berufes ist von einer Minderung der finanziellen Zufriedenheit auszugehen. Auch war mit zunehmender Frustration über gegebene Freizeitmöglichkeiten zu rechnen. Die ProbandInnen wurden dazu befragt und hatten sich dabei zwischen vier Kategorien von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ zu entscheiden:

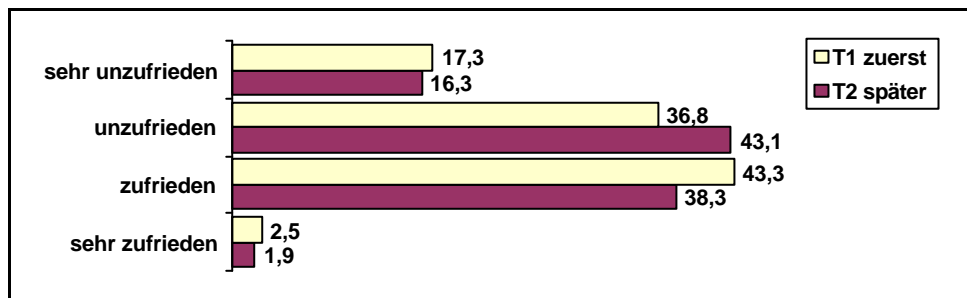


Abbildung 7: Zufriedenheit mit der finanziellen Situation

Auffällig war hier eine Differenz zwischen den Geschlechtern: Frauen waren prinzipiell zufriedener mit der Bezahlung als Männer, deren Unzufriedenheit umgekehrt auch größer war. Insgesamt hat die Zufriedenheit jedoch ab- und die Unzufriedenheit entsprechend zugenommen:

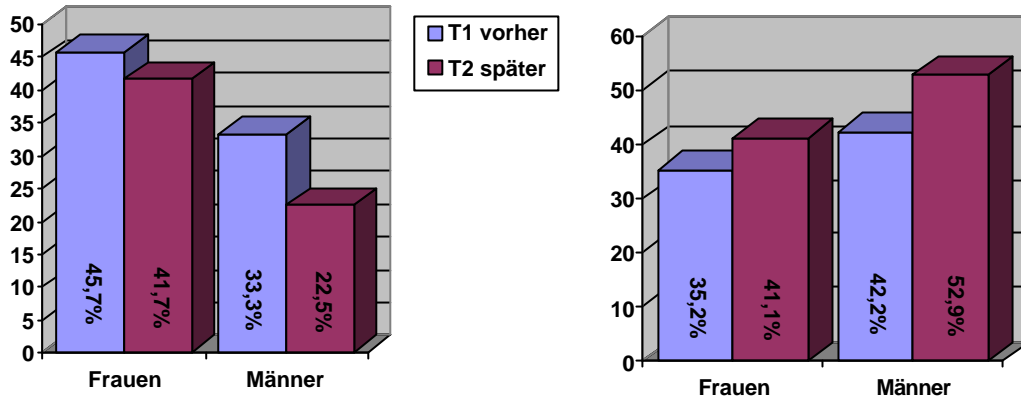


Abb. 8: Fallende Zufriedenheit m. d. Bezahlung Abb.9: wachsende Unzufriedenheit m.d. Bezahlg.

Bei der Erhebung der Komponente „Freizeit-Zufriedenheit“ wurde unterschieden zwischen ausreichender Entspannung durch Erholung und Sport und Zufriedenheit mit dem Ausmaß an Zeit, die zum Ausgehen verwendet werden kann. Ersteres betrifft mehr das physiologisch-psychische Coping, letzteres dient dem sozialen Coping. Hierzu lagen vier Kategorien vor mit einer Zufriedenheitsangabe von „voll und ganz“ bis „gar nicht“. Insgesamt nahm die Zufriedenheit ab und reziprok die Unzufriedenheit zu:

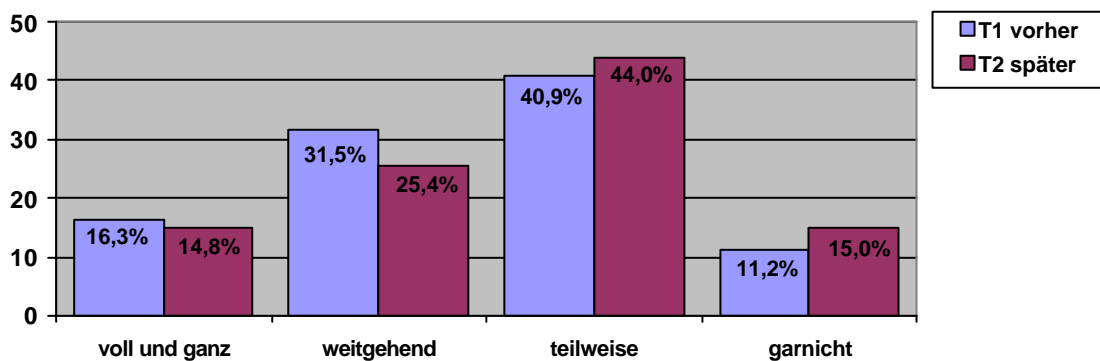


Abbildung 10: Zufriedenheit mit den Entspannungsmöglichkeiten

Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit dem Zeitausmaß für das Ausgehen fehlte die sehr positive Kategorie in der Vorgabe, die ProbandInnen hatten zwischen vier Sparten von „zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ zu entscheiden. Dabei kam es zu folgenden Bewertungen:

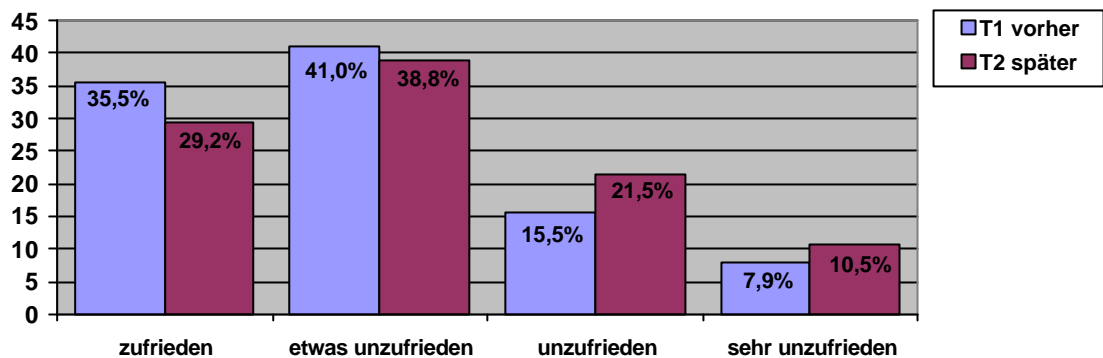


Abbildung 11: Zufriedenheit mit dem Ausmaß an Freizeit

Frauen und Männer unterschieden sich dabei vor allem in der Abnahme der Zufriedenheit: bei Frauen lag die Reduktion innerhalb eines Jahres bei 5,8%, bei Männern bei 12,8%. Die Unzufriedenheit mit dem Ausmaß an Zeit für das Ausgehen hatte entsprechend bei den Frauen nach einem Jahr um 5,4% zugenommen, bei den Männern waren es 10,9%.

Zusammenfassend kann von einer zunehmenden finanziellen Unzufriedenheit gesprochen werden, die ProbandInnen fühlen sich offensichtlich im Rahmen der von ihnen geforderten Leistungen und ihren Belastungen finanziell nicht adäquat vergütet, obgleich keiner der Werte signifikant war.

Was die Freizeitbeurteilung betrifft, nimmt die Zufriedenheit sichtlich ab, obwohl gerade eine ausreichende Freizeit und deren ausgleichende Gestaltung zum Beruf von immenser Wichtigkeit wäre. Jedoch lagen auch hier keine Signifikanzen vor. Nicht zuletzt fördert ausgleichende Freizeit Arbeitsmoral und Leistungsniveau, was gerade im Bereich des psychisch und physisch anspruchsvollen Berufes der Altenpflege von unendlicher Wichtigkeit wäre.

7.2 DATEN ZUR AUSBILDUNGSBEURTEILUNG

7.2.1 EXTERNALE MODALITÄTEN: ARBEITSZEIT UND STELLUNG, BEZAHLUNG, BEFÖRDERUNG

Über 90% der ProbandInnen haben eine Vollzeitstelle: 91,4% zum ersten und 93,4% zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Der Rest arbeitete in Teilzeitstellung zwischen 30% und 80% mit einer durchschnittlichen Auslastungszeit von ca. 67%.

Die *Form des Dienstes* unterteilte sich in

- „geteilten Dienst“ (ca. 5% der Befragten)
- Schichtdienst (etwa die Hälfte aller ProbandInnen)
- Wechselschichtdienst (ca. 45%).

Überstunden wurden bei der Ersterhebung mit einer durchschnittlichen Überstundenzahl von 10,6 pro Monat angegeben, wobei die ersten Klassen mit einem von 12,1 Std./Monat mehr Überstunden ableisteten als Befragte der zweiten Klasse: circa 9,0 Stunden/Monat.

Nach einem Jahr wurden mit 12,9 Std./Monat mehr *Überstunden* benannt, es wiederholte sich der Unterschied zwischen den Klassenstufen: die niedrigere Klassenstufe hatten einen Überstundendurchschnitt von 13,9 je Monat, die höhere Klassenstufe etwa 11,7 Std./Monat. Die zunehmende Überstundenanzahl könnte ein Hinweis auf vermehrte, bzw. veränderte Anforderungen nach Einführung der Pflegeversicherung sein: andere Arbeitsweisen, Dokumentationen und ungewohnte Abrechnungsmodi fordern ihr Tribut in Zeitform.

Was den *Ausgleich der Überstunden* betrifft, so kam es zu folgenden Ergebnissen:

- 6% (T 1) bzw. 8,7% (T 2) gar kein Ersatz
- 4,2% (T 1) bzw. 1,5% (T 2) Ausbezahlung
- 89,8% (T 1) bzw. 89,7% (T 2) Freizeitausgleich

Der *Weg zum Arbeitsplatz* nimmt maximal 90 min. in Anspruch, wobei der durchschnittliche Zeitaufwand für den Weg zum Arbeitsplatz ca. 21 min. beträgt.

Bei der Frage „*Wie gut fühlen Sie sich für Ihre jetzige Tätigkeit ausgebildet?*“ hatten die ProbandInnen auf einer 7-stufigen Skala von „1=gar nicht“ bis „7=sehr gut“ zu entscheiden. Dabei kam es bei der Erstbefragung zu einer Durchschnitts-Beurteilung von 4,75, nach einem Jahr hatte sich die Beurteilung der Ausbildung im Durchschnitt minimal verbessert mit der Bewertung 4,83.

Die *Angemessenheit der Bezahlung* wurde bei der Erstbefragung von 59,7% der ProbandInnen als nicht gegeben beurteilt, nach einem Jahr lag die Einschätzung der Vergütung als „nicht angemessen“ bei 73,3%.

Die *Möglichkeiten zur Beförderung* wurden abnehmend bewertet: bei der Erstbefragung hielten 71% Beförderungsmöglichkeiten für gegeben, nach einem Jahr waren es nur noch 64,9%.

Auf die Frage nach einem *Arbeitswechsel* negierten diesen Gedanken bei der Erstbefragung 78% der ProbandInnen bezüglich einer anderen Station und 79,5% bezüglich eines anderen Heimes. Bei der Befragung nach einem Jahr verneinten nur noch 70,9% einen Stations- und 69,9% einen Heimwechsel. Auch die Ablehnung bezüglich des Wechsels in einen anderen Berufsbereich hatte abgenommen. Daraus läßt sich eindeutig auf eine Tendenz der beruflichen Müdigkeit schließen: innerhalb eines Ausbildungsjahres zieht ein knappes Drittel (29,1%) einen Stationswechsel oder einen Heimwechsel (30,1%) in Erwägung, ein Drittel (33,3%) würde sogar gerne „in einem anderen Bereich als in der Altenpflege“ arbeiten.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß Auszubildende im Bereich Altenpflege überdurchschnittlich viel arbeiten bei gleichzeitiger Unzufriedenheit über ihre Bezahlung und bei nur mittelmäßiger Einschätzung der Ausbildungsqualität. Beförderungsmöglichkeiten werden zunehmend als geringer eingestuft, d.h. Karrierehoffnungen nehmen subjektiv betrachtet ab. In diesen Rahmen paßt auch der verhältnismäßig häufige Wunsch immerhin eines Drittels aller Auszubildenden: Wechsel des Berufsbereiches. Lediglich der globale Bereich der Pflege wird auch nach einem Jahr hochgeschätzt: über 90% lehnen einen völlig differenten, pflegefremden Beruf ab.

7.2.2 INTERNALE MODALITÄTEN: INTRINSISCHE MOTIVATION DER BERUFSWAHL UND SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER BERUFSREALITÄT

Da zu Beginn einer Ausbildung die Berufsmotivation oft hoch ist, wurden in der Untersuchung motivational wichtige Faktoren des Berufsbildes erfragt. Einerseits kann hohe Motivation wie eine Schutzmauer gegen anprallende Streßfaktoren wirken, andererseits kann hohe Motivation, die immer wieder in ihrer Umsetzbarkeit verhindert wird, desillusionieren oder gar frustrieren. Diese Frustration wäre gleichermaßen einem weiteren Stressor gleichzusetzen. Dementsprechend wurden die gleichen Fragen zweimal vorgelegt: das zweite Mal bezüglich der Realitätseinschätzung, was die Umsetzung dieser motivationalen Faktoren betrifft. Beide Antworten sind gegenüber zu stellen, um eine eventuelle Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit darzustellen.

Die Fragestellungen unterschieden sich bei gleichem Skalenumfang wie folgt:

- *Motivationsbereich:* „Wie wichtig finden Sie folgende Aspekte für Ihre berufliche Tätigkeit?“
- *Realitätsbereich:* „In welchem Ausmaß sind folgende Merkmale bei Ihrer momentanen beruflichen Tätigkeit gegeben?“

Nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse dar (Angabe der durchschnittlichen Bewertung auf zwei Dezimalstellen gerundet):

Skalenwerte: 1 - 7 gar nicht - sehr wichtig/stark	Berufsmotivation			Realitäts-Gegebenheit		
	Ersterhebung (MT1)	Folgerhebung (MT2) (-)	Signifikanz	Ersterhebung (RT1)	Folgerhebung (RT2) (+/-)	Signifikanz
Kompetenz u. Verantwortung ausüben	6,11 (1,32)	5,96 (1,29)	n.s.	4,65 (1,48) s	4,95 (1,35) s	p < 0,001
Mit alten Menschen in persönlichem Kontakt stehen	6,40 (1,10)	6,33 (1,08)	n.s.	5,60 (1,35) s	5,62 (1,27) s	n.s.
Pflegerische Aufgaben gut ausführen	6,70 (0,72)	6,65 (0,75)	n.s.	5,97 (1,10) s	6,01 (1,03) s	n.s.
Selbstverwirklichung in der Arbeit mit alten Menschen finden	5,88 (1,20)	5,87 (1,26)	n.s.	5,26 (1,43) s	5,28 (1,34) s	n.s.
Kontakt zu Kollegen, Arbeit im Team haben	6,16 (1,11)	6,08 (1,12)	n.s.	5,49 (1,38) s	5,37 (1,41) s	n.s.
Hilfsbedürftigen helfen, Not lindern u. gebraucht werden	6,34 (1,05)	6,07 (1,22)	p < 0,05	5,82 (1,31) s	5,59 (1,38) s	n.s.
Spiel- u. Freizeitgestaltung	5,46 (1,48)	5,23 (1,46)	n.s.	4,30 (1,67) s	4,30 (1,64) s	n.s.
Aufstiegs- u. Karriere-möglichkeiten	5,08 (1,55)	4,93 (1,47)	n.s.	3,95 (1,86) s	4,20 (1,67) s	p < 0,05
In der Freizeitgestaltung relativ flexibel sein	5,59 (1,48)	5,47 (1,43)	n.s.	4,49 (1,71) s	4,32 (1,64) s	n.s.
Über ein sicheres Einkommen verfügen	6,30 (1,13)	6,30 (1,12)	n.s.	5,34 (1,69) s	5,19 (1,67) s	n.s.
Möglichkeiten zur Qualifikation und Weiterbildung haben	6,24 (1,21)	6,23 (1,19)	n.s.	5,29 (1,73) s	5,15 (1,59) s	n.s.

Tabelle 7.2.2: Vergleich Berufsmotivation und Realitätsgegebenheit

Folgende Punkte sind zusammenfassend hervorzuheben:

- Zu beiden Erhebungszeitpunkten waren die Realitätskomponente signifikant niedriger als die motivationalen Komponenten ($MT1:RT1 \rightarrow s$ und $MT2:RT2 \rightarrow s$), d.h. alle motivationalen Berufsaspekte waren in der Realität bei weitem nicht gegeben .
- Die motivationalen Aspekte wurden nach einem Jahr insgesamt als weniger wichtig eingestuft. Signifikant weniger wichtig war die Hilfe für Hilfsbedürftige und das Gefühl, zur Linderung der Not gebraucht zu werden (5%-Niveau).
- Der Unterschied zwischen motivationaler und realistischer Komponente war zum zweiten Erhebungszeitpunkt meist niedriger als bei der Erstbefragung, Motivations- und Realitätsaspekt scheinen sich anzunähern.
- Positive Signifikanzen lagen lediglich beim realen Gegebenheits-Vergleich vor: die Wichtigkeit von Kompetenz- und Verantwortungsausübung nahm auf dem 1%-igen Signifikanzniveau zu, Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten waren auf dem 5%-igen Signifikanzniveau an Wichtigkeit gestiegen.
- Knapp an der Signifikanzgrenze (zweiseitige asymptotische Signifikanz auf dem 5%-Niveau .054) stellte sich die Veränderung der Realitätseinschätzung bzgl. den Möglichkeiten „Hilfsbedürftigen zu helfen und Not zu lindern“ dar: die Werte waren gesunken, d.h. nach einem Jahr wurde die Möglichkeit „Hilfsbedürftigen zu helfen“ für weniger realistisch gehalten.

7.3 ERGEBNISSE ZUR GESUNDHEIT

7.3.1 KÖRPERLICHE GESUNDHEIT

Um Daten zum körperlichen Gesundheitszustand zu erfassen, wurden die ProbandInnen nach dem Vorhandensein diverser körperlicher Erkrankungen befragt. Sowohl Gelenkerkrankungen, wie Atemwegserkrankungen, Magen- und Darmgeschwüre und Bluthochdruck wurden als vermehrt vorhanden angegeben. Auch sonstige Krankheiten hatten zugenommen. Folgende Daten wurden ermittelt:

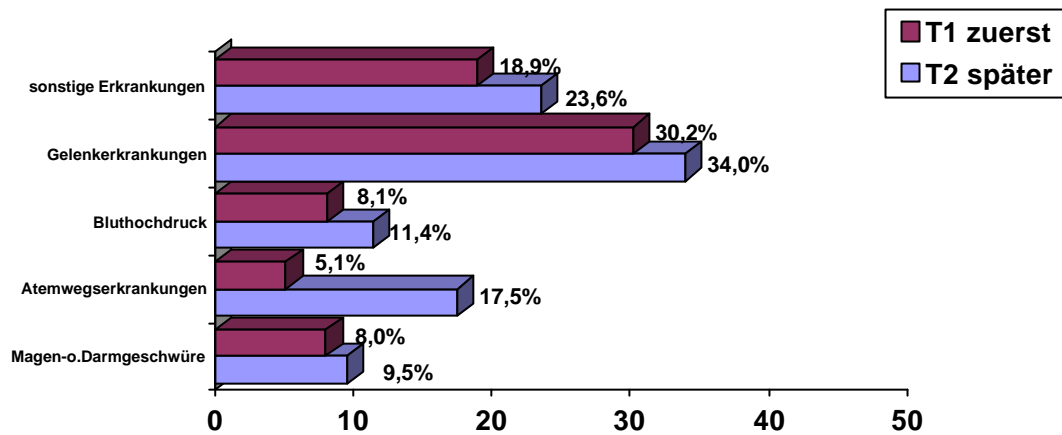


Abbildung 12 a: Zunahme somatischer Erkrankungen

Es waren keine signifikanten Beschwerdezunahmen zu verzeichnen, dennoch ist die Tendenz der Zunahme von körperlichen Beschwerden offensichtlich. Zur näheren Erfassung wurden die ProbandInnen in Folge nach Beschwerde-Symptomen der letzten sieben Tage befragt. Auch hier ist überall eine Zunahme zu verzeichnen, wobei Kreuzschmerzen signifikant zugenommen hatten (5%-Niveau).

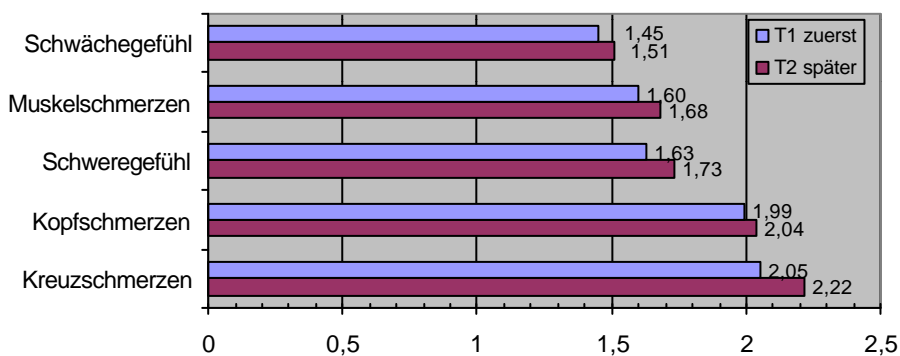


Abbildung 12 b: Belastungssymptome der letzten sieben Tage

Abschließend sollten die ProbandInnen ihren eigenen Gesundheitszustand auf einer Skala von 1=sehr gut bis 5=schlecht beurteilen. Dabei kam es zu einer Minderung der sehr guten Befindlichkeit zugunsten einer Zunahme der guten, mittleren, aber auch der schlechten und sehr schlechten Befindlichkeitsangabe:

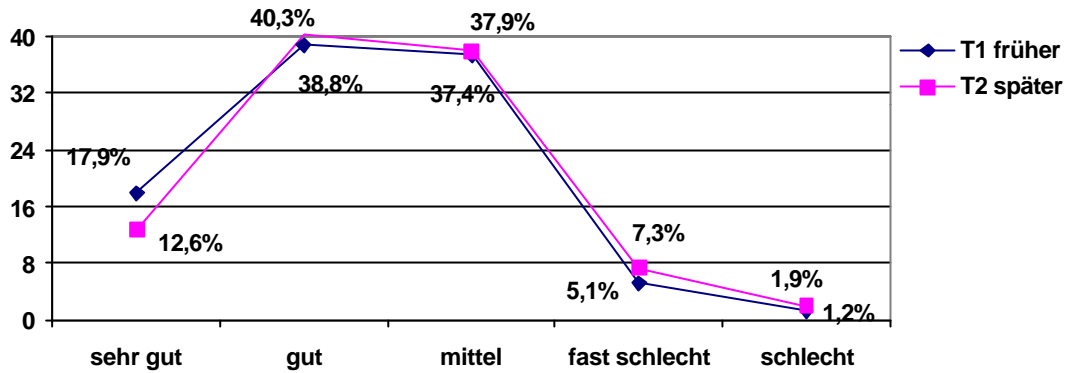


Abbildung 13: Subjektive Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes

Abschließend wurden allgemeine Beschwerden erhoben, die während der letzten Zeit aufgetreten waren. Dazu lag eine fünfstufige Skala vor von „1=fast täglich“ bis „5=praktisch nie“. Die Ergebnisse weisen eine leicht zunehmende Verschlechterung der Befindlichkeit auf, signifikant zugenommen hat „schnelles Ermüden“ (1%-Niveau). Knapp an der Signifikanzgrenze (5%-Niveau) lag die Zunahme der „körperlichen Leistungseinbußen“ und des Empfindens von „Benommenheit“.

Zusammenfassend läßt sich von einer geringfügigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes sprechen, es lagen keine Signifikanzen vor.

7.3.2 MEDIKAMENTENGEBRAUCH

Zur Erfassung des Medikamentengebrauches der ProbandInnen wurde nach der Einnahmehäufigkeit bestimmter Medikamentengruppen gefragt. Gleichzeitig konnte diese Frage als Kontrolle der vorangegangenen Symptomerfassung dienen, da vermehrte Medikamenteneinnahme auch auf mehr Symptome schließen läßt:

Herz-/Kreislaufmittel

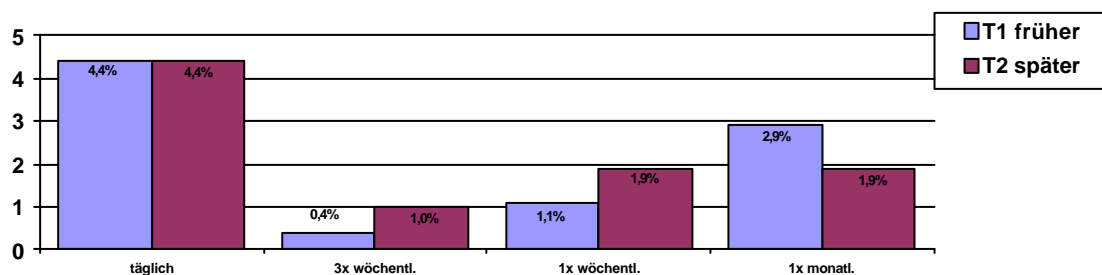


Abbildung 14: Einnahme von Herz-/Kreislaufmitteln

Mittel gegen Magen-/Darmbeschwerden

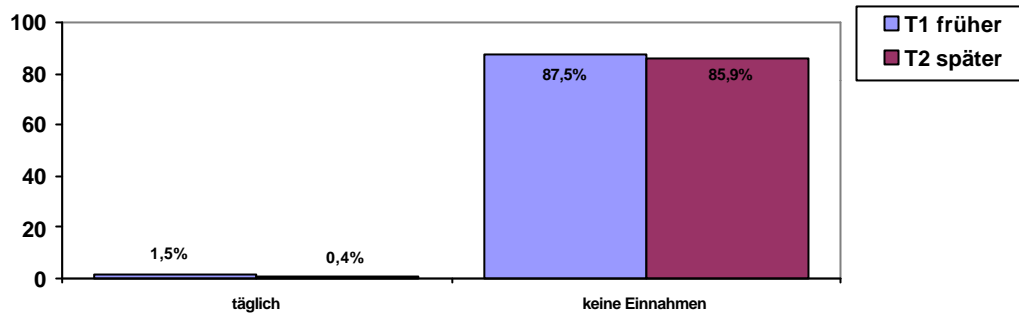


Abbildung 15: Einnahmeveränderung bei Magen-Darm-Präparaten

Schlaf- oder Beruhigungsmittel

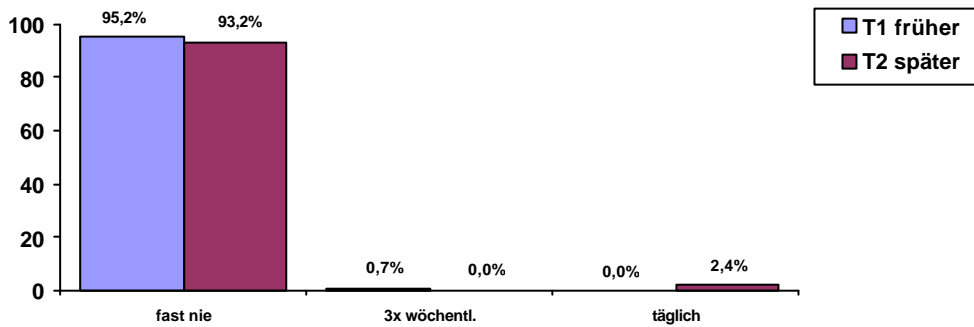


Abbildung 16: Veränderte Einnahme von Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln

Schmerzmittel

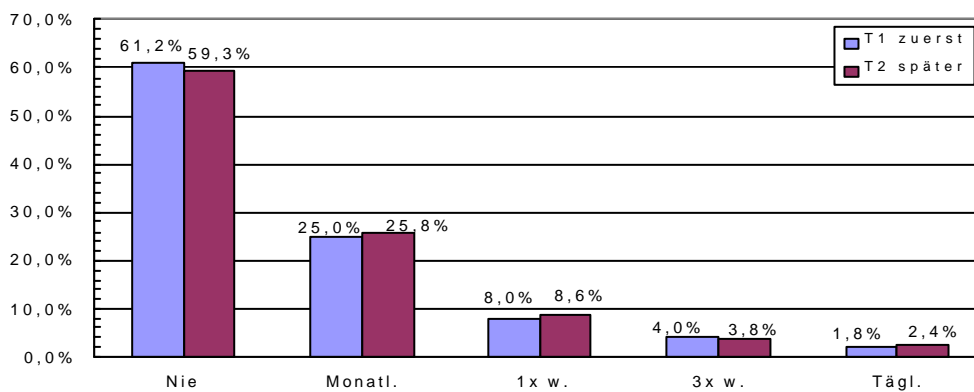


Abbildung 17: Veränderung in der Schmerzmitteleinnahme

Anregungsmittel/Stimulantien

Bei den Stimulantien, einem „altbewährten“ Mittel als hoffnungslosem Versuch einer Überforderung entgegen zu wirken, kam es zu folgenden Ergebnissen:

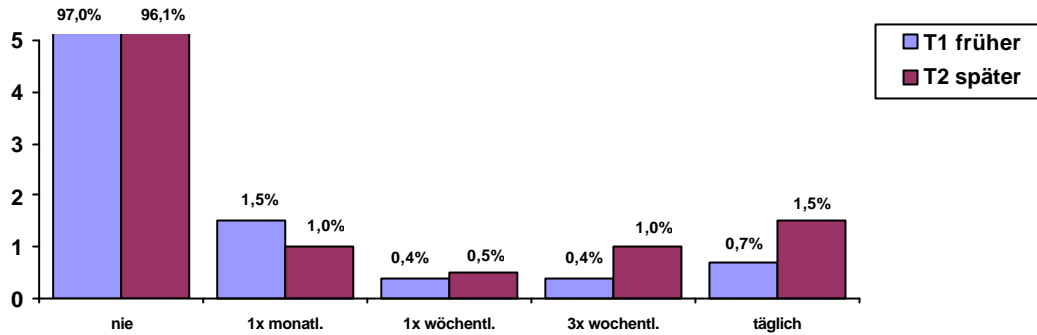


Abbildung 18: Einnahme von Anregungsmitteln/Stimulantien

Andere Medikamente

Hier wurden vorrangig neben Schilddrüsenpräparaten die Anti-Baby-Pille und Kopfschmerz- sowie Grippemittel und selten Vitamintabletten benannt. Aufgrund der Unterschiedlichkeit dieser medikamentösen Anwendungsbereiche erschien eine Auswertung der prozentualen Einnahmeverteilung nicht sinnvoll.

Zusammenfassend kann von einer vermehrten Medikamenteneinnahme ausgegangen werden. Signifikant zugenommen hatte die Einnahme von Magen-Darm-Präparaten, knapp an der 5%-igen Signifikanzgrenze lag die Zunahme bei der Anwendung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

Zur Vervollständigung der gesundheitlichen Daten wurde die Häufigkeit der *ärztlichen Behandlungen* und die *Fehlzeiten aus Krankheitsgründen* erhoben, wobei die medizinischen Konsultationen nicht signifikant, aber dennoch in einer ersichtlichen Tendenz zugenommen hatten:

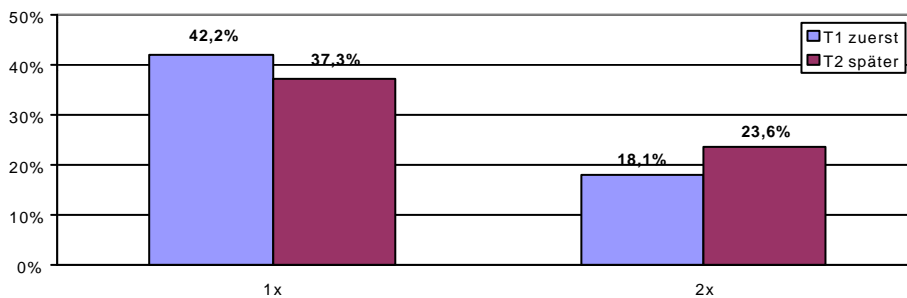


Abbildung 19 a: Medizinische Konsultationen in den letzten drei Monaten

Was die Fehlzeiten der ProbandInnen betrifft, so hatten die kurzfristigen Erkrankungen ab-, die länger dauernden also vermeintlich schwereren Erkrankungen jedoch zugenommen, wobei auch hier keine Signifikanzen vorlagen:

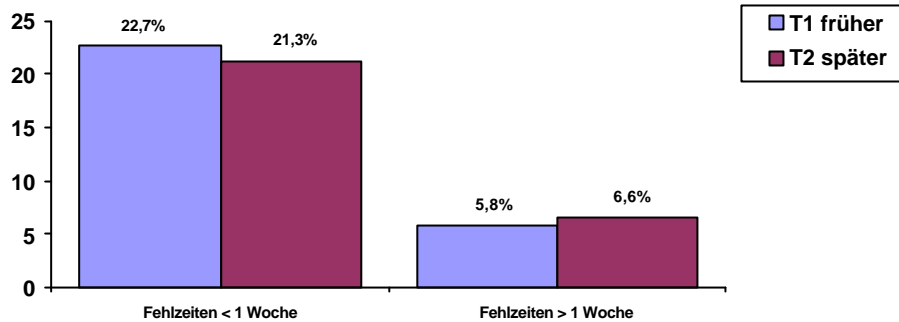


Abbildung 19 b: Fehl- und Krankheitszeiten

Die zwar nicht signifikante aber deutlich zunehmende Tendenz der Medikamenteneinnahme deutet auf einen schlechteren Gesundheitszustand insgesamt hin und untermauert damit die Ergebnisse der Daten zur körperlichen Gesundheit: dort war eine geringfügige Verschlechterung festgestellt worden.

7.3.3 GENUSS- BZW. SUCHTMITTEL

Im Bereiches Genuß- und Suchtmittel wurden die beiden Faktoren Koffein und Nikotin erhoben.

Koffein

Die ProbandInnen wurden gebeten, ihren ungefähren täglichen Kaffeekonsum in sechs Kategorien anzugeben (1= täglich mehr als sechs Tassen bis 6= überhaupt keinen Kaffee).

Der Zunahme des Kaffeeverbrauchs stieg im Mittelwert von 3,58 (ca. 1-2 Tassen Kaffee täglich) auf 3,41 (ca.3-4 Tassen täglich), es lag keine Signifikanz vor.

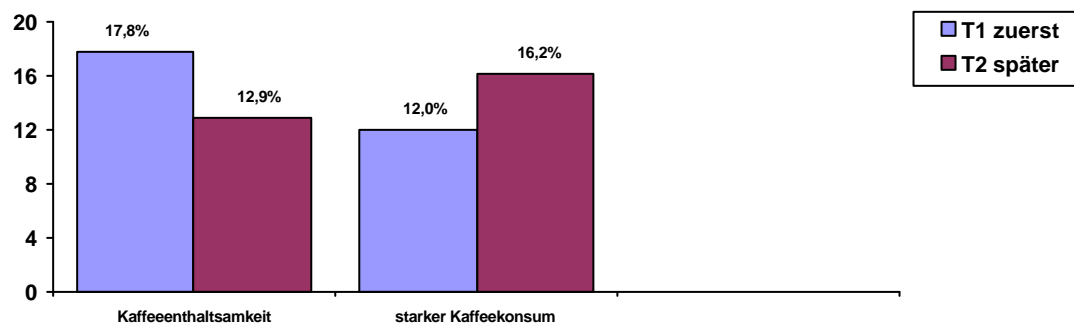


Abbildung 20: Kaffeekonsum

Nikotin

Bei den Rauchern kam es zu folgenden Ergebnissen: zwar rauchten nach einem Jahr prozentual 3,2% weniger der ProbandInnen, jedoch wurde diese eigentlich erfreuliche Zahl durch die Angabe der täglichen Zigarettenmenge bei den Rauchern relativiert:

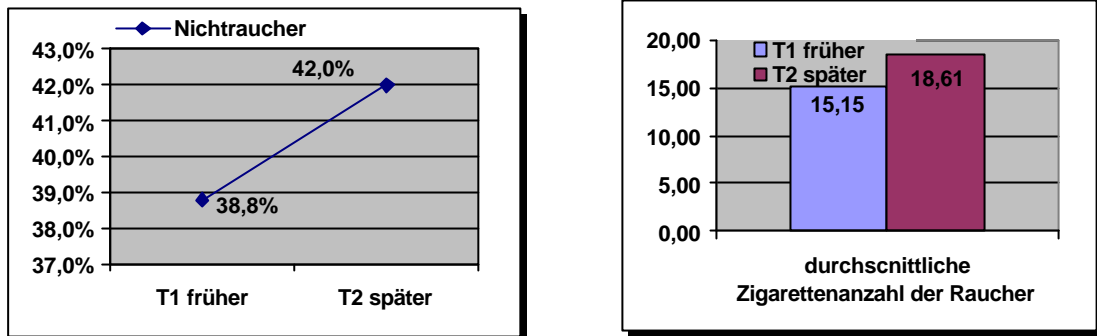


Abbildung 21 a & b: Nichtraucherverhalten und Zigarettenkonsum

Zusammenfassend ist zu bemerken, daß sich die Zahl der Kaffeetrinker erhöht hat, ebenso die Menge des täglich konsumierten Kaffees. Dagegen hat sich die Zahl der Raucher reduziert, nicht jedoch die Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten, die insgesamt gestiegen ist.

7.3.4 PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Um Angaben über die psychische Verfassung der ProbandInnen zu erhalten wurde die subjektive Befindlichkeitseinschätzung von Psyche und Stimmung innerhalb der letzten Woche erhoben. Außerdem sollten Aussagen gemacht werden über Eindrücke und Gefühle bezüglich der täglichen Arbeit.

7.3.4.1 SUBJEKTIVE BEFINDLICHKEITSEINSCHÄTZUNG DER PSYCHE UND DER STIMMUNG

Bei vorausgesetzter Belastung ist davon auszugehen, daß positive Befindlichkeit sinkt, und negative Befindlichkeit häufiger vorkommt. Unter den Fragen waren vier positiv konnotierte Items verteilt, die entsprechend der Hypothese gesunken sein sollten. Dabei ist das erste Item im Konkurrenz- und Karrierebereich anzusiedeln, so daß eine Zunahme mit vermehrter Berufstätigkeit plausibel erscheint:

Während der letzten Woche...	T(1)	+/-	T (2)	Sign.
kam ich mir genauso gut vor wie andere	1,57 (1,12)	+0,06	1,63 (1,15)	n.s.
dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	1,42 (1,10)	-0,01	1,41 (1,02)	n.s.
war ich fröhlich gestimmt	1,82 (0,99)	~	1,82 (0,97)	n.s.
habe ich das Leben genossen	1,72 (1,05)	-0,08	1,64 (1,06)	n.s.

Tabelle 7.3.4.1.a: Subjektive Stimmungseinschätzung (0 - 3/selten - meistens)

Bei den negativ konnotierten Fragen konnte man zwei Bereiche differenzieren: einen Bereich der psychisch-gesundheitlichen Befindlichkeit und einen mit der Professionalität vernetzten Bereich. Was diesen letzten Bereich betrifft, so ist davon auszugehen, daß bestimmte Verhaltensweisen im psychosozialen Dienst geschult werden, wie etwa die Fähigkeit einer emotionalen Selbstbeherrschung usw. Weiterhin ist aus dem Bereich der Sozialpsychologie bekannt (Selbst-Wahrnehmung nach BEM, 1972), daß sich external gezeigtes Verhalten – hier die Professionalität– auch nach innen auswirkt. Dementsprechend sollte es bei Antworten aus dem negativ konnotierten Bereich mit zunehmender Professionalität zu einer Minderung im Antwortbereich kommen, d.h. sich die Skalenwerte im Durchschnitt verringern (selteneres Vorkommen):

Während der letzten Woche...	T (1)	+/-	T(2)	Sign.
konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/ Familie versuchten aufzumuntern	0,63 (0,84)	-0,02	0,61 (0,76)	n.s.
dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	0,42 (0,78)	-0,01	0,41 (0,70)	n.s.
hatte ich oft Angst	0,52 (0,83)	-0,1	0,42 (0,74)	n.s.
habe ich weniger als sonst geredet	0,75 (0,82)	-0,04	0,71 (0,76)	n.s.
musste ich manchmal weinen	0,49 (0,75)	-0,02	0,47 (0,76)	n.s.
war ich traurig	0,74 (0,83)	-0,02	0,72 (0,83)	n.s.
konnte ich mich zu nichts aufraffen	0,91 (5,43)	-0,24	0,67 (0,77)	n.s.

Tabelle 7.3.4.1.b: Subjektive Stimmungseinschätzung (0 - 3/selten - meistens)

Obwohl eine Tendenz erkennbar ist, lagen auch hier keine Signifikanzen vor. Interessant ist die auffällige Abnahme der Angst, die mit zunehmender Abstumpfung zusammenhängen könnte, aber auch mit zunehmender Relativierung gewisser Werte in Anbetracht des Klientels, mit dem AltenpflegerInnen zu tun haben.

Noch prägnanter hat sich das Problem des „Nicht-aufraffen-Könnens“ verschoben: hier scheint eindeutig die Professionalität und das Pflichtgefühl gegenüber den zu betreuenden alten Menschen zum Tragen zu kommen.

Die übrigen negativ konnotierten Fragen zur Befindlichkeit der letzten Woche betrafen eher eine allgemeine Verfassung, die gemäß der Hypothese der zunehmenden Belastungseinwirkung auf die Psyche in der Bewertung gestiegen sein sollten:

Während der letzten Woche.....	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	0,63 (0,79)	+0,09	0,72 (0,82)	p < 0,05
hatte ich kaum Appetit	0,57 (0,83)	+0,03	0,60 (0,78)	n.s.
hatte ich Mühe mich zu konzentrieren	0,96 (0,89)	+0,06	1,02 (0,89)	n.s.
war ich deprimiert/niedergeschlagen	0,71 (0,70)	+0,02	0,73 (0,82)	n.s.
war alles anstrengend für mich	0,88 (0,84)	+0,05	0,93 (0,87)	n.s.
habe ich schlecht geschlafen	0,68 (0,87)	+0,03	0,71 (0,92)	n.s.
fühlte ich mich einsam	0,66 (0,87)	+0,02	0,68 (0,84)	n.s.
waren die Leute unfreundlich zu mir	0,38 (0,65)	+0,04	0,42 (0,70)	n.s.
hatte ich das Gefühl, daß mich die Leute nicht leiden können	0,44 (0,69)	+0,06	0,50 (0,71)	n.s.

Tabelle 7.3.4.1.c: Subjektive Stimmungseinschätzung (0 - 3/selten - meistens)

Alle Werte hatten entsprechend der Arbeitshypothese zugenommen. Signifikant zugenommen hatte auf dem 5%-Niveau „Unruhe über Dinge, die sonst nichts ausmachen“ (zweiseitige asymptotische Signifikanz .039) und knapp an der Signifikanzgrenze „Appetitlosigkeit“ (zweiseitige asymptotische Signifikanz .051). Alle anderen Items waren nicht signifikant, was aber auch einer Nivellierung von Belastungseinwirkung und Professionalitätszunahme zu schreiben sein kann.

7.3.4.2 GEFÜHLE UND STIMMUNGSEINDRÜCKE AUS DEM ARBEITSBEREICH

Eine andere Fragestellung im psychischen Bereich sollte Gefühle und Eindrücke erfassen, die sich auf die Arbeit beziehen. Bzgl. der Annahme, daß die Frustration schon bei Altenpflege-Auszubildenden einsetzt bzw. zunimmt, ist von einer Minderung positiver Arbeitsstimmung auszugehen. Das würde eine Abnahme der durchschnittlichen Wertung bedeuten, ausgenommen die Items, die berufsspezifische Lernfaktoren betreffen:

	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
Ich kann mich in meine Arbeit voll einbringen.	5,17 (1,61)	-0,03	5,14 (1,52)	n.s.
Trotz aller Belastung befriedigt diese Arbeit.	5,54 (1,64)	-0,05	5,49 (1,40)	n.s.
Ich fühle mich optimistisch und schwungvoll.	4,80 (1,68)	-0,14	4,66 (1,73)	n.s.
Meine Arbeit ist abwechslungsreich und interessant	5,11 (1,60)	-0,09	5,02 (1,64)	n.s.
Es ist leicht, mit Lust und Schwung zur Arbeit zu kommen	4,57 (1,81)	-0,13	4,44 (1,80)	n.s.
Von den Problemen meiner Heimbewohner bin ich persönlich berührt	4,38 (1,58)	-0,17	4,21 (1,57)	n.s.
Ich kann nach der Arbeit gut abschalten.	4,66 (1,96)	+0,02	4,68 (1,98)	n.s.
Es gelingt mir gut, mich in meine Heimbewohner hineinzusetzen.	4,76 (1,56)	+0,22	4,98 (1,54)	n.s.
Ich bin bei meiner Arbeit völlig frei und kann relativ unabhängig von starren Anordnungen ziemlich selbständig arbeiten.	4,16 (1,89)	-0,01	4,17 (1,84)	n.s.
Die Arbeit gibt täglich neue Kraft für eine herzliche Zuwendung zum Heimbewohner.	4,77 (1,57)	+0,06	4,83 (1,52)	n.s.

Tabelle 7.3.4.2.a: Arbeitsbezogene Emotionen (1 - 7/unzutreffend - zutreffend)

Die vermehrte Berufserfahrung sollte zu mehr Selbstbewußtheit im Professionalitätssinne führen, d.h. zu mehr selbstbewußter Verantwortung. Entsprechend kam es bei derartigen Items zu einer Bewertungszunahme nach einem Jahr. Jedoch gab es auch hier keine signifikanten Werte, sondern es zeichnete sich lediglich eine Richtung ab.

Bei negativ konnotierten Items des arbeitsbezogenen Emotionsbereiches ist eine durchschnittlich sinkende Wertung eher zu erwarten, wenn der Professionalitätsbereich betroffen ist. Werte des persönlichen Emotionalitätsbereiches dagegen sollten steigen. Da es sich bei

den ProbandInnen noch um relative Berufsneulinge handelt, die mit hoher Motivation ihre Ausbildung begonnen haben, ist von einer durchschnittlich niedrigen allgemeinen Bewertung dieser Items auszugehen. Negative Sichtweisen sollten anfänglich weniger stark ausgeprägt sein, denn das dient dem Eigenschutz im Sinne der Bestätigung der Berufsentscheidung (kognizierte Kontrolle aus der Sozialpsychologie).

	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
Es fällt mir oftmals schwer, gleichbleibend freundlich zu den Bewohnern zu sein.	2,71 (1,65)	-0,04	2,67 (1,60)	n.s.
Ich habe manchmal unbegründete Angst.	2,48 (1,83)	-0,08	2,40 (1,74)	n.s.
Meine Stimmung schwankt häufig.	2,55 (1,67)	-0,01	2,54 (1,77)	n.s.
Ich habe oft den Eindruck, nicht alles schaffen zu können.	3,56 (1,73)	-0,04	3,51 (1,85)	n.s.
Die Sorgen anderer nehme ich nicht mehr so wichtig.	2,57 (1,51)	-0,05	2,52 (1,45)	n.s.
Ich fühle mich in meiner Arbeit geistig unterfordert.	2,86 (1,76)	-0,03	2,83 (1,72)	n.s.
Meine Arbeit frustriert mich.	2,10 (1,50)	-0,06	2,04 (1,39)	n.s.
Es kommt vor, daß mich die Arbeit seelisch zu stark belastet.	3,33 (1,74)	-0,09	3,24 (1,70)	n.s.
Ich fühle mich manchmal machtlos.	4,41 (1,81)	-0,16	4,25 (1,76)	n.s.
Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt. Und denke darüber nach, ob ich den Job aufgeben soll.	2,19 (1,68)	-0,02	2,17 (1,54)	n.s.
Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich.	1,93 (1,42)	-0,18	1,75 (1,19)	n.s.

Tabelle 7.3.4.2.b: Arbeitsbezogene Emotionen (1 - 7/unzutreffend - zutreffend)

Einzige Ausnahme der erwarteten niedrigen Bewertung war der Faktor „Machtlosigkeit“. Im Rahmen eines an sich machtlosen Alterungsmeters ist das verständlich: gegen gewisse Beschwerden und Probleme des zu betreuenden Klientels ist schon aus biologischen Gründen kaum anzukommen. Durchschnittlich zunehmende Werte negativ konnotierter Items, sollten erste Hinweise auf eine Zunahme von Frustration, zunehmender Erschöpfung oder mangelnde Belastbarkeit (Burnout-Symptome) ergeben:

	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
Am Schichtende fühle ich mich oft erschöpft.	4,40 (1,65)	+0,09	4,49 (1,60)	n.s.
Ich habe gelegentlich ein Gefühl innerer Leere.	2,93 (1,68)	+0,20	3,31 (1,74)	p < 0,05
Ich brauche oft Kraft, um meinen inneren Widerwillen gegen die Arbeit zu überwinden.	2,11 (1,48)	+0,07	2,18 (1,55)	n.s.
Gelegentlich kämpfe ich mit einer Wut auf einen Bewohner.	2,24 (1,49)	+0,19	2,43 (1,65)	n.s.
Bei manchen Heimbewohnern interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus ihnen wird.	2,20 (1,60)	+0,10	2,30 (1,58)	n.s.
Ich fühle mich gehetzt	3,65 (1,89)	+0,04	3,69 (1,91)	n.s.
Ich befürchte, daß meine Arbeit mich emotional verhärtet.	3,08 (1,76)	+0,07	3,15 (1,79)	n.s.
Mich beschäftigt sehr, daß ich hier zu wenig Entwicklungschancen sehe.	2,89 (1,79)	+0,03	2,92 (1,56)	n.s.
Meine Arbeitsumgebung empfinde ich als deprimierend.	2,44 (1,65)	+0,22	2,66 (1,77)	n.s.
Ich möchte die Probleme der Heimbewohner nicht an mich herankommen lassen, um den Beruf durchzuhalten.	2,57 (1,58)	+0,05	2,62 (1,56)	n.s.
Gespräche über die Arbeit in der Freizeit versuche ich weitgehend zu vermeiden.	3,87 (1,84)	+0,07	3,94 (1,80)	n.s.
Hin und wieder verliere ich bei der Arbeit die Geduld und werde ärgerlich.	2,49 (1,44)	+0,01	2,50 (1,59)	n.s.
Ich habe ein großes Stück meines anfänglichen Idealismus für die Tätigkeit verloren.	3,06 (1,82)	+0,19	3,25 (1,82)	p < 0,05
Durch die Arbeit bin ich oft gereizt.	2,76 (1,61)	+0,01	2,77 (1,69)	n.s.
Ich fühle mich manchmal wie ausgebrannt.	3,27 (1,87)	+0,11	3,38 (1,96)	n.s.
Ich muss mich manchmal zwingen, nicht grob zu einem Heimbewohner zu sein.	1,82 (1,23)	+0,05	1,97 (1,46)	p < 0,05
Ich glaube, daß die Arbeitsbelastungen zu Ehe- (Partner-) und Familienproblemen in meinem Leben beigetragen haben.	2,96 (1,92)	+0,02	2,98 (1,98)	n.s.

Tabelle 7.3.4.2.c: Arbeitsbezogene Emotionen (1 - 7/unzutreffend - zutreffend)

Am niedrigsten dotiert wurde „Grobheit gegen Bewohner“, was ein Zeichen für Professionalität und Helfermotivation sein kann. Die signifikante Zunahme des Wertes binnen eines Jahres läßt zunehmend erschöpfte Geduld vermuten, eventuell bedingt durch zunehmende nervliche Belastung. Diese Annahme wird verstärkt durch den gestiegenen Wert der „Erschöpfung am Schichtende“ und der signifikanten Zunahme des „Gefühls innerer Leere“.

Der starke Anstieg der „Empfindung der Arbeitsumgebung als deprimierend“ ist zwar nicht signifikant, jedoch auffallend als ein Bereich ständiger psychischer Belastung. Auch die signifikante Zunahme des „Verlustes vom anfänglichen Idealismus“ weist in diese Richtung, was noch verstärkt zu werden scheint durch das binnen eines Jahres stark gestiegene „Gefühl des „Ausgebranntseins“. Hier könnten erste Hinweise auf die einsetzende Symptomatik des Burnout-Syndroms vorliegen.

Zusammenfassend läßt sich zu diesem Teil der Ergebnisse sagen, daß die psychische Ausgeglichenheit und positive Stimmung bereits in der Ausbildungszeit sinkt. Wenn auch wenig Signifikanzen vorliegen, so ist doch die Tendenz einer psychischen Beeinträchtigung im Arbeitsbereich recht gut erkennbar.

7.4 ERGEBNISSE ZU ARBEITSBEDINGUNGEN UND –EINDRÜCKEN

In diesem Teil der Erhebung sollten konkrete Arbeitsbedingungen erfaßt werden, die den Berufsalltag der Altenpflegekraft bestimmen. Ungünstige Arbeitsbedingungen können als Stressoren betrachtet werden, positiv eingeschätzte Arbeitsbedingungen mögen wie ein Coping-Mechanismus gegen andere Alltagsbelastungen wirken.

7.4.1 BESTÄTIGUNG DURCH VORGESETZTE

Zunächst wurde nach der *Rückmeldung seitens der/des Vorgesetzten* (StationspflegerIn o.a.) gefragt, der/die besonders bei Auszubildenden über den Stand ihrer jeweiligen Fähig- und Fertigkeiten informieren sollte. Dabei sollten die ProbandInnen auch angeben, ob diese Rückmeldung überhaupt stattfindet. Erfreulicherweise kam es innerhalb eines Jahres durchweg zu einer Verbesserung der durchschnittlichen Werte, so daß der hilfreiche Beurteilungsprozeß im Berufsalltag zugenommen hat. Auch hier waren keine signifikanten Veränderungen zu vermerken.

Am wenigsten Rückmeldung durch die/den Vorgesetzten erhielten die AltenpflegeschülerInnen „darüber, wie man sich gegenüber den Kollegen/-innen verhält“. Das entspricht jedoch der Norm, denn es ist in der Berufswelt selten üblich, daß ein/eine Vorgesetzte/r in die Belange eines Teams eingreift. Spannungen mit der/dem Vorgesetzten nahmen binnen eines Jahres zu, auch gab es zum zweiten Erhebungszeitraum weniger Kollegen/-innen, die gar keine Probleme mit der/dem Vorgesetzten hatten.

Am meisten zugenommen hatte lt. subjektiver Meinung der ProbandInnen die *Kritik der Stationsleitung/des Vorgesetzten* wegen jeder Kleinigkeit und deren Ignoranz dessen, was gut gemacht worden ist. Das ließe eventuell eine Interpretation auf erhöhte Empfindsamkeit im Sinne von weniger Belastbarkeit der ProbandInnen zu.

7.4.2 KOLLEGIALER UMGANG UND ZUSAMMENHALT

Bezüglich der Frage nach *Kollegialität* sollte man eigentlich davon ausgehen, daß bei einem stark belastenden Beruf der kollegiale Umgang und Zusammenhalt als ausgleichender Coping-Mechanismen zunehmend gepflegt wird. Erhöhter Streß und vermehrte Professionalität, die irgendeinen Ausgleich an dem zu betreuenden Klientel verbietet, könnten jedoch gerade das Team zum Abladeplatz emotionaler Negativa machen.

Bei seiner Arbeit auf dieser Station.....	T(1)	+/-	T(2)	
bestehen unter den Kollegen/-innen Konflikte und Spannungen.	2,89 (1,12)	+0,19	3,08 (1,06)	n.s.
bestehen zwischen den Pflegekräften und der Stationschwester/dem Stationspfleger Konflikte und Spannungen.	2,58 (1,06)	+0,16	2,74 (1,03)	n.s.
besteht unter den Kollegen/-innen gegenseitige Achtung und Anerkennung.	3,41 (0,91)	-0,09	3,32 (0,81)	n.s.
besteht unter den Kollegen/-innen ein vertrauensvolles Verhältnis.	3,33 (0,90)	-0,13	3,20 (0,95)	n.s.
hält man unter den Kollegen/-innen zusammen.	3,47 (0,98)	-0,11	3,36 (0,94)	n.s.
geht man unter den Kollegen/-innen fair miteinander um.	3,36 (0,97)	-0,11	3,25 (0,92)	n.s.
besteht zwischen den Pflegekräften und der Stationschwester/dem Stationspfleger gegenseitige Achtung und Anerkennung.	3,64 (1,99)	-0,25	3,39 (0,92)	n.s.
besteht zwischen den Pflegekräften und der Stationschwester/dem Stationspfleger ein vertrauensvolles Verhältnis.	3,39 (0,94)	-0,13	3,26 (0,94)	n.s.
halten die Pflegekräfte und die Stationschwester/der Stationspfleger zusammen.	3,62 (0,92)	-0,19	3,43 (0,97)	n.s.
gehen die Pflegekräfte und die Stationschwester/der Stationspfleger fair miteinander um.	3,58 (0,90)	-0,14	3,44 (0,94)	n.s.

Tabelle 7.4.2.a: Einschätzung der Kollegialität (1 - 5/nein, gar nicht - ja, genau)

Die Ergebnisse wiesen keine Signifikanzen auf, jedoch ist eine Tendenz durchaus ersichtlich: der Teamgeist nimmt ab und kollegiale Konflikte nehmen zu. Die Anzahl der Kolleginnen, die gar keine Probleme miteinander hatten, reduzierte sich um mehr als ein Drittel und bei der Überprüfung der Daten durch weitere Fragen wurden diese Ergebnisse bestätigt. Dabei war der Streitfaktor mit KollegInnen sogar signifikant (5%-Niveau) gestiegen:

Bei seiner Arbeit auf dieser Station...	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
hat man mit Kolleginnen Streit.	2,12 (0,94)	+0,12	2,24 (0,93)	p < 0,05
muss man ausbaden, was Kollegen/-innen falsch machen.	2,19 (0,98)	+0,23	2,42 (0,97)	n.s.
muss man mit Kollegen/-innen zusammenarbeiten, die keinen Spaß verstehen.	2,63 (1,10)	+0,08	2,71 (1,02)	n.s.
ignorieren Kollegen/-innen, was man bei seiner Arbeit gut macht.	2,47 (1,10)	+0,09	2,56 (1,08)	n.s.
wird man von Kollegen/-innen wegen jeder Kleinigkeit gleich kritisiert	2,31 (1,03)	+0,12	2,43 (1,08)	n.s.

Tabelle 7.4.2.b: Einschätzung kollegialer Streßfaktoren (1 - 5/nein, gar nicht - ja, genau)

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Kollegialität im Altenpflegebereich qualitativ kaum eine Güte aufweist, die als Copingfaktor zu werten wäre. Vielmehr scheint das Team tatsächlich zunehmend ein Abladeplatz emotionaler Negative zu werden.

7.4.3 EIGENSTÄNDIGKEIT BEI ARBEITSENTSCHEIDUNGEN

Weiterhin wurden die ProbandInnen befragt über gewisse *Eigenständigkeiten in diversen, die persönliche Arbeitsweise betreffenden Entscheidungsbereichen*.

Dabei kam es mit zwei Ausnahmen durchgängig zu Verbesserungen im Sinne von einem durchschnittlich erhöhten Eigenständigkeitsgefühl. Diese zwei „Ausreißer“ betrafen in Anlehnung an die bereits erhobenen Daten Fragen der Kollegialität: gemeinsame Einteilung und Entscheidung von Tagesaufgaben und deren Verteilung.

Voran genannte Ergebnisse werden hier eher bestätigt: bei zunehmend mangelnder Kollegialität ist eine Verbesserung bezüglich gemeinsamer Entscheidungen schwer möglich. Die Festlegungsmöglichkeit der Arbeitsart und der Hilfsmiteileinsätze nimmt im Laufe eines Jahres ebenso zu, wie die Entscheidung über den Einsatz von Pflegetechniken. Am ehesten war die selbständige Einteilung bei der Erledigung der Aufgaben gegeben, aber auch die selbständige Festlegung des eigenen Arbeitsablaufes und die Möglichkeit dabei kreativ zu sein.

Bei der Frage nach dem *subjektiven Eindruck* der ProbandInnen über das Entscheidungsausmaß bzgl. externaler Dienstgegebenheiten waren zwar nicht signifikante aber zunehmende Werte zu verzeichnen. Folgende Mitentscheidungsmöglichkeiten waren lt. ProbandInnen nach einem Jahr mehr gegeben:

Mitentscheidung bei

- der Erstellung von Dienstplänen
- der Veränderung der räumlichen und der materiellen (Hilfsmittel etc.) Ausstattung der Station
- der Dienstzeitenregelung und Mitspracherecht bei weitergehenden Entscheidungen z. B. Stationsbelegung
- der Aufnahme neuer Kollegen/-innen, aber auch neuer Heimbewohner auf die Station
- diagnostischen und therapeutischen Vorgehen
- Zimmerbelegungen und Verlegungen
- Pflegedokumentationen/-berichten
- der Erstellung von Pflegezielen/Pflegeplanung.

7.4.4 SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER KRITIK DURCH DAS BERUFLICHE UMFELD

Bei der nächsten Fragestellung sollte die Ignoranz und Kritik, die seitens des beruflichen Umfeldes auf die ProbandInnen zukommt, eingeschätzt werden. Dabei ging es auch hier um die subjektive Meinung der ProbandInnen. Üblicherweise reagiert der Mensch mit zunehmender Belastung auch zunehmend empfindlich auf Kritik, Ignoranz etc. Die durchschnittliche Bewertung nahm wie erwartet im Laufe eines Jahres zu, d.h. Kritik und Ignoranz wurden als häufiger vorhanden eingeschätzt, die Hypothese der erhöhten Empfindsamkeit konnte bestätigt werden:

Bei seiner Arbeit auf dieser Station.....	T(1)	+	T(2)	Sign.
Wird man von der Stationsleitung/dem Vorgesetzten angetrieben.	2,41 (1,02)	0,07	2,48 (1,00)	n.s.
Wird man von der Stationsleitung/dem Vorgesetzten gegen die Kollegen/-innen ausgespielt.	1,83 (0,97)	0,13	1,96 (0,96)	n.s.
Sieht die Stationsleitung/der Vorgesetzte die Ursache für Fehler bei der Arbeit immer bei den MitarbeiterInnen auf der Station.	2,52 (1,10)	0,15	2,67 (1,09)	n.s.
Lässt einen die Stationsleitung/der Vorgesetzte im Stich, wenn man bei seiner Arbeit kritisiert wird.	2,24 (1,01)	0,08	2,32 (1,03)	n.s.
Teilt die Stationsleitung/der Vorgesetzte angenehme Arbeit bestimmten KollegInnen zu.	2,31 (1,23)	0,04	2,35 (1,11)	n.s.
Wird man von der Stationsleitung/dem Vorgesetzten wegen jeder Kleinigkeit gleich kritisiert.	1,96 (1,00)	0,24	2,20 (1,03)	p < 0,05
Ignoriert die Stationsleitung/der Vorgesetzte, was man bei seiner Arbeit gut macht.	2,32 (1,12)	0,21	2,53 (1,08)	p < 0,01
Wird man von den BewohnerInnen gegen die Kollegen/-innen ausgespielt.	2,32 (0,96)	0,06	2,38 (0,88)	n.s.
Wird man von den BewohnerInnen angetrieben.	2,31 (1,00)	0,18	2,49 (1,00)	n.s.
Wird man von den Bewohnern/-innen wegen jeder Kleinigkeit gleich kritisiert.	2,12 (0,89)	0,06	2,18 (0,84)	n.s.
Ignorieren die Bewohner/-innen, was man bei seiner Arbeit gut macht.	2,35 (0,96)	0,14	2,49 (1,68)	n.s.

Tabelle 7.4.4: Ignoranz und Kritik der Arbeitsleistung (1 - 5/nein, gar nicht - ja, genau)

Resümierend ist auf die erhöhte Empfindlichkeit der ProbandInnen und ihre erhöhte Wahrnehmung von Kritik und Ignoranz an der eigenen Person hinzuweisen.

7.4.5 URTEIL ÜBER PSYCHISCHE ARBEITSSTRESSOREN

Bei der Erfassung *psychischer Stressoren* der Arbeit wurden Fragen zur beruflichen Begeisterungsfähigkeit gestellt. Diese dienen im Arbeitsfeld als ständige Motivation und waren im Vorfeld der Berufswahl stark ausgeprägt (vgl.7.4.6). Ein Anstieg rein emotionaler Belastungsfaktoren ist innerhalb eines Jahres zu erwarten, aber auch eine Verbesserung der Bereiche, die der zunehmenden Professionalität zuzuordnen sind:

Bei der Arbeit in der Altenpflege ist man belastet durch....	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
die Aussichtslosigkeit auf Besserung des Zustandes der Bewohner	3,04 (1,04)	+0,06	3,10 (0,93)	n.s.
Schwierigkeiten im Umgang mit der Sexualität alter Menschen	2,04 (0,93)	+0,09	2,15 (0,96)	n.s.
die eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten mancher BewohnerInnen (z.B. Verwirrte)	3,04 (1,08)	+0,03	3,07 (1,02)	n.s.
Sexuelle Belästigungen durch einzelne BewohnerInnen	1,88 (0,95)	+0,02	1,90 (0,89)	n.s.
die mangelnde Anerkennung der pflegerischen Arbeit durch die Angehörigen der BewohnerInnen	2,96 (1,07)	+0,03	2,99 (1,04)	n.s.
Schwierigkeiten, die BewohnerInnen zu aktivieren und zu Beschäftigungen anzuregen	3,10 (1,01)	+0,02	3,12 (1,00)	n.s.
den hohen Zeitdruck bei der Arbeit	4,03 (1,09)	+0,03	4,06 (0,94)	n.s.
die mangelnde Anerkennung der Altenpflege durch die Gesellschaft	3,71 (1,25)	+0,06	3,77 (1,12)	n.s.
die Zuständigkeit für (zu) viele HeimbewohnerInnen	3,43 (1,25)	+0,09	3,52 (1,15)	n.s.
die Aggressivität einzelner BewohnerInnen	3,04 (1,04)	-0,14	2,90 (0,91)	p < 0,05
die häufige Konfrontation mit Tod und Sterben	3,12 (1,19)	-0,17	2,95 (1,08)	n.s.
fehlende Möglichkeiten, die Schamgefühle der von mir betreuten Menschen respektieren zu können	2,56 (1,12)	-0,11	2,45 (1,09)	n.s.
die schlechte Behandlung von BewohnerInnen durch einzelne Kollegen/-innen	3,01 (1,31)	-0,06	2,95 (1,18)	n.s.
den Umgang mit chronisch schwer kranken Menschen	2,85 (1,11)	-0,14	2,71 (1,00)	p < 0,05
die zunehmende Verschlechterung des Zustandes der BewohnerInnen über die Jahre	3,14 (1,05)	-0,03	3,11 (1,02)	n.s.
Schwierigkeiten im Umgang mit depressiven und apathischen Bewohnern	3,09 (1,06)	-0,18	2,91 (1,00)	p < 0,05

Tabelle 7.4.5: Belastungseinschätzung im psychischen Bereich des Berufsalltages (1 - 5/nein, gar nicht - ja, genau)

Der größte Belastungsfaktor für die ProbandInnen ist *zu hoher Zeitdruck bei der Arbeit* und mangelnde Anerkennung des Berufes durch die Gesellschaft, direkt gefolgt von einem ungünstigen Personalschlüssel. Bei diesen Belastungsfaktoren kam es innerhalb eines Jahres

zu einer Zunahme der Einschätzung des Belastungsmaßes, allerdings nicht signifikanten Ausmaßes.

Signifikant geringer eingestuft wurden nach einem Jahr folgende Belastungsmomente: Belastung durch die „Aggressivität einzelner Bewohner und Bewohnerinnen“, „den Umgang mit chronisch schwer kranken Menschen“ und „Schwierigkeiten im Umgang mit depressiven und apathischen Bewohnern“. In allen drei Bereichen ist von einer Zunahme der Professionalität auszugehen, aber auch von einem Gewöhnheitseffekt im täglichen Umgang mit dem diesbezüglich problematischen Klientel.

7.4.6 UMSETZBARKEIT MOTIVATIONALER FAKTOREN IM ARBEITSALLTAG

Zuletzt wurden Faktoren aus dem Arbeitsbereich erhoben, die einem gewissen „*Berufsenthusiasmus*“ entsprechen, angelehnt an die hohe Berufseinstieg-Motivation. Die ProbandInnen sollten die direkte Praktikierbarkeit ihrer theoretischen Motivation bewerten. Es ist mit einer Minderung der Einschätzung innerhalb eines Jahres zu rechnen, da sich hohe Bewertungen in der Vorstellung selten adäquat in die Praxis umsetzen lassen. Reziprok zur zunehmenden Belastung werden intrinsische Motive und Enthusiasmus geringer. Da es sich bei den ProbandInnen um Berufsneulinge handelt, sind gleichzeitig noch insgesamt hohe Bewertungen zu erwarten. Ein sogenannter Praxisschock bzw. Desillusionierung sollte in der kurzen Tätigkeitsspanne zwar feststellbar, aber nicht allzu ausgeprägt sein:

Inwieweit stimmen Sie persönlich den folgenden Aussagen zu?	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
Die von mir betreuten Betagten haben Verständnis dafür, wenn ich mal etwas versäumt oder vergessen habe.	2,90 (0,76)	-0,07	2,83 (0,68)	n.s.
Die von mir betreuten Betagten geben mir deutlich zu verstehen, wie wichtig ich mit meiner Arbeit für sie bin.	2,90 (0,78)	0	2,90 (0,77)	n.s.
Bei der Arbeit mit alten Menschen erlebe ich so viel, daß mir diese Tätigkeit interessant und abwechslungsreich vorkommt und mir viel bedeutet.	3,55 (0,62)	-0,15	3,40 (0,65)	p = 0,01
Wenn ich meinen Freunden und Bekannten von meiner Tätigkeit erzähle, komme ich richtig „in Fahrt“ und merke, wie viel Interessantes es doch aus unserem Heim zu berichten gibt.	2,72 (1,04)	-0,12	2,60 (1,04)	n.s.
Ich bin zufrieden und stolz darauf, wie ich meine Aufgabe hier im Heim erfülle.	3,24 (0,71)	-0,13	3,11 (0,73)	p < 0,05
Es macht mir Spaß, wenn ich Besuchern, die sich dafür interessieren, unser Heim zeigen und von der Arbeit berichten kann.	2,74 (0,94)	-0,06	2,68 (0,90)	n.s.
Die alten Menschen, die ich betreue, wollen nicht nur versorgt werden, sondern zeigen auch für mich als Mensch Interesse, Verständnis und Anteilnahme.	3,21 (0,76)	-0,01	3,20 (0,75)	n.s.
Das, was ich im Kontakt mit alten Menschen erlebe, entschädigt mich für die Lasten, die mit der Versorgung Schwerpflegebedürftiger verbunden ist.	3,09 (0,85)	-0,17	2,92 (0,82)	p < 0,01
Es ist schon erstaunlich, wie manche alte Menschen aufleben, wenn ich sie einmal in den Arm nehme oder streichle.	3,51 (0,72)	-0,08	3,43 (0,67)	n.s.
Alles in allem befriedigt mich meine Tätigkeit hier im Heim sehr.	3,30 (0,74)	-0,04	3,26 (1,43)	p < 0,05

Tabelle 7.4.6: Umsetzbarkeit motivationaler Vorstellungen in die Realität (1 - 4/trifft nicht zu - trifft voll und ganz zu)

Die erhobenen Ergebnisse entsprechen der Arbeitshypothese: die Motivation sinkt zusehends durch die Härte der Berufsrealität und die enthusiastischen Vorstellungen lassen sich in Anbetracht harter Arbeitsanforderungen nicht lange aufrecht erhalten.

Signifikant auf dem 5%-Niveau sanken dabei Stolz und Zufriedenheit über Aufgabenerfüllung und Tätigkeitsbefriedigung. Abwechslungsreichtum und hohe Bedeutsamkeit der Arbeit, aber auch die erlebte Belastungsentschädigung durch den Kontakt mit den alten Menschen sanken sogar signifikant auf dem 1%-Niveau.

7.5 ERGEBNISSE ZUM EIGENEN SOZIALEN UMFELD

Um Streß besser ertragen, bzw. besser damit umgehen zu können, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Eine Ressource gegen Streß ist ein gutes soziales Umfeld, das stützt und auffängt. Da es sich bei dem Beruf der Altenpflege um einen sehr belastenden Beruf handelt, war interessant, wie das direkte soziale Umfeld der ProbandInnen geartet ist.

Dazu wurden den ProbandInnen Fragen vorgelegt, in denen es um ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn ging, d.h. wie sie selbst das jeweilige Beziehungserleben beurteilen.

Bei einem sehr belastenden Beruf ist davon auszugehen, daß sich die dort Beschäftigten intuitiv ein möglichst auffangendes Umfeld aufbauen, um mit arbeitsalltäglichen Strapazen besser umgehen zu können. So ist bei den diesbezüglichen Fragen davon auszugehen, daß sich positive Werte verbessern und negative Einschätzungen im Sinne der Doppelverneinung verschlechtern:

	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	2,87 (1,31)	+0,01	2,88 (1,25)	n.s.
Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe.	1,75 (1,19)	-0,13	1,62 (1,08)	n.s.
Ich fühle mich oft als Außenseiter.	2,10 (1,31)	-0,21	1,89 (1,17)	p < 0,05
Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	2,78 (1,47)	-0,08	2,70 (1,42)	n.s.
Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin.	4,23 (1,29)	+0,11	4,34 (1,19)	n.s.
Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	4,59 (0,80)	+0,05	4,64 (0,64)	n.s.
Meinen Freunden/Angehörigen ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	4,25 (0,85)	+0,09	4,34 (0,85)	n.s.
Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	4,58 (0,91)	+0,04	4,62 (0,85)	n.s.
Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.	4,37 (1,08)	+0,04	4,41 (1,04)	n.s.
Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	4,45 (0,99)	+0,11	4,56 (0,79)	n.s.
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach auch mal umarmen.	4,23 (1,26)	+0,09	4,32 (1,09)	n.s.
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B.Einkaufen) für mich zu erledigen.	4,41 (1,02)	+0,07	4,48 (0,88)	n.s.
Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	4,39 (1,10)	+0,13	4,52 (0,90)	n.s.
Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen.	4,35 (0,96)	0,03	4,38 (0,93)	n.s.
Bei manch. Freund./Angeh. kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	4,49 (0,89)	-0,14	4,35 (0,99)	p < 0,05
Ich habe einen vertrauten Menschen, i. dessen Nähe ich mich s. wohl fühle.	4,61 (0,86)	+0,03	4,64 (0,74)	n.s.
Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht mehr weiter weiß.	4,18 (1,10)	+0,02	4,20 (1,08)	n.s.
Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.	4,43 (0,89)	+0,02	4,45 (0,84)	n.s.
Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	4,13 (1,07)	+0,12	4,25 (0,99)	n.s.
Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	3,79 (1,32)	+0,14	3,93 (1,82)	p < 0,05
Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tips (z.B. guter Arzt, wichtige Informationen).	4,04 (1,08)	+0,04	4,08 (1,02)	n.s.
Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne daß es peinlich wird.	4,17 (1,23)	+0,05	4,23 (1,41)	n.s.

Tabelle 7.5. Erleben des sozialen Umfeldes (1 - 5/trifft nicht zu - trifft genau zu)

Die Ergebnisse bestätigen bis auf wenige Ausnahmen die hypothetischen Vorüberlegungen: das private soziale Umfeld wird als Stütze gegen berufliche Überforderung aus- und aufgebaut, d.h. die Werte nehmen insgesamt zu. Signifikanzen auf dem 5%-Niveau liegen jedoch nur bei folgenden Items vor: das Außenseitergefühl sinkt bedeutsam und das Zugehörigkeitsgefühl zur Freundesgemeinschaft steigt stark.

Ein Zeichen der Belastung ist eventuell zu erkennen in der signifikanten Abnahme der Ausgelassenheit. Die Unbeschwertheit scheint deutlich abzunehmen, was in Anbetracht der täglichen Konfrontation mit Krankheit und Tod wenig verwunderlich ist.

7.6 ERGEBNISSE ZU FORT- UND WEITERBILDUNG

Gerade der Aus- und Weiterbildungsbereich in der Altenpflege ist noch sehr uneinheitlich geplant. So ist ein Ziel dieser Untersuchung, etwaige Hinweise auf die dringlichsten Veränderungsnotwendigkeiten und Verbesserungen sowohl im schulisch-curricularen Bereich, wie auch im Bereich einer andauernden Weiterbildung während des Berufes zu erarbeiten. So waren die Erhebungen über Quantität und Qualität des zur Zeit angebotenen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen ein notwendiger Punkt, wenn Optimierungsmöglichkeiten benannt und definiert werden sollen.

Die erste Frage galt der prinzipiellen Existenz einer Fortbildung im oder außerhalb des Heimes. Dabei gab es zum Zeitpunkt der Ersterhebung offensichtlich mehr Zustimmungen über die Existenz von Fortbildungen überhaupt, jedoch nivelliert sich diese Aussage ein wenig unter dem Aspekt, daß die Antwortcompliance zum zweiten Erhebungszeitpunkt rapide gesunken war: fast 30% hatten eine Antwort verweigert. Ob dies nun aus Frust oder anderen Gründen geschah, ist nicht klar zu definieren. Jedenfalls negierten erst 18,6% die Existenz einer solchen Fortbildung überhaupt, nach einem Jahr waren es 23,6%.

Bereits bei der zweiten Frage nach den Rahmenbedingungen von Fortbildungsveranstaltungen könnte man dieses Thema als ein „Reizthema“ interpretieren. Denn auch hier sank die Antwortcompliance innerhalb eines Jahres stark: eine Gegebenheit, die sich latent durch alle Erhebungssitems bezüglich Fortbildung zog.

Fortbildungsveranstaltungen hatten zum ersten Erhebungszeitpunkt eher innerhalb des Heimes und der Arbeitszeit stattgefunden, was Freistellung bzw. Anrechnung der Arbeitszeit auf die Fortbildung impliziert. Nach einem Jahr ließen die Angaben der ProbandInnen bzgl. der außerhalb der Arbeitszeit und der Heime stattfindende Fortbildung auf eine eventuelle Zusatzbelastung schließen. Bei dem ohnehin stark beanspruchenden Beruf bzw. der Ausbildung ist dies sicher eine Erschwernis für die Teilnahme und somit für den Wunsch von mehr Weiterbildung bei AltenpflegerInnen eher kontraindiziert.

7.6.1 ANGEBOTSBEREICHE

Bei der Frage nach der Häufigkeit der Teilnahme an spezifischen Fortbildungen kam es trotz vermehrt widriger Teilnahmebedingungen erfreulicherweise zu einer Zunahme innerhalb eines Jahres. Gefragt wurde nach der Häufigkeit der Teilnahme an verschiedenen Bereichen von Fort- und Weiterbildungsangeboten innerhalb der letzten 12 Monate.

7.6.1.1 HAUSWIRTSCHAFTLICHER BEREICH

Zum ersten Erhebungszeitpunkt nahmen die ProbandInnen fast gar nicht an Angeboten im *hauswirtschaftlichen Bereich* teil, zum Zeitpunkt der Folgerhebung waren es nur wenig mehr: 94% nahmen gar nicht teil, 4,4% ein bzw. 1,5% zwei Mal. Insgesamt ist die Teilnahme an Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich so verschwindend gering, daß eigentlich nicht von einem nennenswerten Interesse gesprochen werden kann.

7.6.1.2 MEDIZINISCH-PFLEGERISCHER BEREICH

Im *medizinisch-pflegerischen Bereich* sah es etwas besser aus, die durchschnittlichen Teilnahmezahlen stiegen binnen eines Jahres leicht an: zum zweiten Erhebungszeitpunkt hatten 38,0% der ProbandInnen auf dieses Angebot verzichtet, zuvor waren es mit 46,2% knapp die Hälfte gewesen. Allerdings nannten ProbandInnen zum ersten Erhebungszeitpunkt noch Teilnahmezahlen von bis zu zehn Mal, bei der Zweiterhebung wurde die Höhe der fünfmaligen Teilnahme nicht überschritten, d.h. weniger Interessierte bekundeten mehr Interesse an den Fort- und Weiterbildungsangeboten im medizinisch-pflegerischen Bereich. Insgesamt wurde das im medizinisch-pflegerischen Bereich angesiedelte Angebot am häufigsten genutzt.

7.6.1.3 PSYCHOSOZIAL ORIENTIERTE ANGEBOTE

Die Teilnahme im Bereich der *psychosozial orientierten Fortbildungsangebote* hatte ebenfalls zugenommen, wenn auch die Häufigkeit nicht an den medizinisch-pflegerischen Bereich heranreicht. Hier lag die Teilnahme im Durchschnitt bei einem „halben Mal“ innerhalb der letzten 12 Monate, wobei zuerst 78,3% gar nicht partizipierten, später waren es diesbezüglich nur noch 67,1%. Der Rest der ProbandInnen hatte das Angebot der psychosozialen Fortbildung bis zu fünfmal genutzt, nach einem Jahr bis zu viermal. Dafür hatte insgesamt die Anzahl der teilnehmenden ProbandInnen in diesem Fortbildungsbereich zugenommen.

7.6.1.4 SONSTIGE FORT- UND WEITERBILDUNGEN

Zuletzt wurde noch nach „*sonstigen*“ *Fortbildungsteilnahmen* gefragt, wobei hier eine Zunahme zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten feststellbar ist. Zuerst verzichteten 85,6% der ProbandInnen, später 86,4% auf die Teilnahme. Allerdings nutzten bis zu 10% das Angebot sonstiger Fortbildungen wenigstens einmal. Die mehrfache Nutzung nahm geringfügig zu. Resümierend ist auch hier nicht von einer nennenswerten Teilnahme an sich ausgehen, d.h. vorhandene Angebote werden kaum genutzt.

7.6.2 NÜTZLICHKEIT DER FORT- UND WEITERBILDUNGSMASSNAHMEN

Über die *Nützlichkeit dieser Angebote* äußerten sich die ProbandInnen mit sinkender Tendenz:

Der größte Anteil der teilnehmenden ProbandInnen befand die Fortbildung zum ersten Erhebungszeitpunkt als sehr nützlich, bzw. bei der Zweiterhebung immer noch als nützlich. Für völlig unnützlich befanden die Fortbildung zum ersten Erhebungszeitpunkt 7,5% der ProbandInnen, später waren es 8,1%. Allerdings sollte man die Beurteilungsvalidität bei derart geringer Teilnahmefrequenz sehr kritisch betrachten.

7.6.3 HINDERUNGSGRÜNDE FÜR DIE TEILNAHME AN FORT- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTEN

Da erfahrungsgemäß viele Fortbildungen nicht genutzt werden, waren eventuelle *Hinderungsgründe* von Interesse:

Eindeutig geht aus den Ergebnissen hervor, daß die Leiter der Veranstaltung kein Hinderungsgrund waren: die Tendenz der Mittelwerte ließ diesen Ausschluß zu beiden Erhebungszeitpunkten zu. Ebenfalls schien das Thema kein Hinderungsgrund zu sein. Auch sonstige persönliche Gründe, die eine Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen verhindern könnten, waren zu beiden Zeitpunkten der Erhebung mit entsprechenden Mittelwerten weitgehend auszuschließen.

Hauptsächlicher Hinderungsgrund für eine Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen schien die den ProbandInnen zur Verfügung stehende Zeit zu sein, wie aus der Tendenz der Mittelwerte hervor geht.

Als zweiter Hinderungsgrund wurden äußere Bedingungen genannt wie Entfernung, Tageszeit etc. (steigender Mittelwert vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt). Ruft man sich o.a. Ergebnisse der vermehrt außerhalb des Heimes stattfindenden und außerhalb der Arbeitszeit liegenden Fortbildungsveranstaltungen in Erinnerung, so wird das durch die hier erhobenen Daten bestätigt. Gleichzeitig ist davon auszugehen, daß die Bereitschaft zur Weiterbildung außerhalb des arbeitszeitlichen und somit finanzierten Rahmens insgesamt geringfügig ist. Ebenfalls ist die Bereitschaft sehr niedrig angesiedelt, das eigene private Zeitbudget für Fortbildung zu nutzen.

7.6.4 WÜNSCHE ZU FORT- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTEN

Bezüglich eventueller *Themenwünsche im Rahmen des Fort- und Weiterbildungsangebotes* wurden die ProbandInnen über eine Liste von Angeboten befragt.

Interessant war bei dem Ergebnis, daß trotz geringer Bereitschaft für Weiterbildung der *Wunsch* nach diesen Angeboten nur in einem Bereich sinkend war, nämlich dem der hauswirtschaftlichen Fortbildungsangebote. Medizinisch-pflegerisch orientierte Fort- und Weiterbildungsangebote waren am meisten erwünscht.

Die Frage nach dem *Interesse an Fort- und Weiterbildung im psychosozial orientierten Bereich* war untergliedert worden, wobei folgende Themen innerhalb eines Jahres an Interesse *abnahmen*:

	T(1)	-	T(2)	Sign.
Beziehungs- und sexuelle Probleme der BewohnerInnen	1,57 (0,50)	-0,02	1,55 (0,50)	n.s.
Umgang mit klagsamen u. jammernden BewohnerInnen	1,63 (0,48)	-0,01	1,62 (0,49)	n.s.
Probleme der Nähe/Distanz zu BewohnerInnen	1,56 (0,50)	-0,03	1,53 (0,50)	n.s.
Möglichkeiten des eigenen Selbstschutzes	1,6825 (0,47)	-0,0021	1,6804 (0,47)	n.s.

7.6.4 a Abnahme des Interesses an Fort- und Weiterbildung im psychosozial orientierten Bereich (1=nein; 2=ja)

Zugenommen hatte innerhalb eines Jahres dagegen *das Interesse an folgenden Themen der Fort- und Weiterbildungsangebote im psychosozialen Bereich*:

	T(1)	+	T(2)	Sign.
Krankheitsbewältigung der BewohnerInnen	1,83 (0,37)	+0,02	1,85 (0,35)	n.s.
Umgang mit aggressiven BewohnerInnen	1,91 (0,28)	+0,03	1,94 (0,24)	n.s.
Umgang mit depressiven BewohnerInnen	1,93 (0,25)	+0,04	1,97 (0,18)	p < 0,05
Gesprächsführung mit BewohnerInnen	1,70 (0,46)	+0,02	1,72 (0,45)	n.s.
Verbesserung des Arbeitsklimas im Team	1,56 (0,50)	+0,16	1,72 (0,45)	p < 0,01
Umgang mit Schwer- und Todkranken	1,89 (0,30)	+0,01	1,90 (0,30)	n.s.

7.6.4 b Zunahme des Interesses an Fort- und Weiterbildung im psychosozial orientierten Bereich (1=nein; 2=ja)

Signifikant auf dem 5%-Niveau war die Steigerung des Wunsches nach Fortbildung sowohl im medizinisch-pflegerischen Bereich (zweiseitige asymptotische Signifikanz .021) wie auch im Bereich des Umgangs mit depressiven Bewohnern (zweiseitige asymptotische Signifikanz .013).

Hoch signifikant auf dem 5%-Niveau war die Zunahme des Bedarfes nach Fort- und Weiterbildung zur Verbesserung des Arbeitsklimas: zweiseitige asymptotische Signifikanz von .009! Das bestätigte bereits vorhandene Ergebnisse aus dem Bereich der kollegialen Zusammenarbeit (vgl. Kapitel 7.4.2).

7.6.5 SUPERVISIONS-MÖGLICHKEITEN

Abschließend wurden Daten zu *Supervisionen* erhoben, wobei die ProbandInnen zum einen die Teil- bzw. Nichtteilnahme an Besprechungen angeben sollten, in denen Probleme im Umgang mit HeimbewohnerInnen zur Sprache kamen (Supervision). Zum zweiten sollten Angaben gemacht werden über die Häufigkeit im Falle einer Teilnahme, und zuletzt noch über die subjektive Nützlichkeit dieser Veranstaltungen.

Dabei war die leider an sich geringe Teilnahme innerhalb eines Jahres etwas gestiegen: Zunahme von 2,08-maliger Teilnahme auf 2,32-malige Teilnahme. In Anbetracht eines Zeitraumes von 12 Monaten ist diese Anzahl jedoch insgesamt verschwindend gering: etwa alle halbe Jahr hatten die ProbandInnen an einer Supervision teilgenommen. Das aus so seltener Supervision wenig Nutzen entstehen kann, liegt auf der Hand: zum ersten Erhebungszeitpunkt wurde die Supervision mit einem Mittelwert von 4,43 als nur etwas mehr als mittelmäßig nützlich angegeben (1-7/ garnicht bis sehr nützlich). Nach einem Jahr lag der Mittelwert um $-0,32$ weniger bei 4,11.

Insgesamt ist zu den Angeboten der Fort- und Weiterbildung und der Teilnahmebereitschaft der ProbandInnen folgendes zu bemerken: das Angebot selbst scheint einerseits am Bedarf bzw. den Wünschen des Personals vorbei zu gehen, andererseits ist die Bereitschaft zur Teilnahme eher dann gegeben, wenn sie nicht mit zusätzlichem Aufwand (Freizeitbudget bzgl. Zeit und Weg) verbunden ist. Spezifischer Fort- und Weiterbildungsbedarf liegt zwar vor, jedoch nicht die Bereitschaft dafür eigene Kosten und eigenständigen Einsatz zu investieren. Hieraus läßt sich eine gewisse Minderung der ursprünglich hohen (Berufs-)Motivation im Sinne von wachsender Unlust interpretieren, denn ein Fort- und Weiterbildungsangebot scheint für die Betroffenen nur als Arbeitszeit-Alternative akzeptabel, nicht aber aus eigenem Engagement heraus.

7.7 ERGEBNISSE ZU COPINGSTRATEGIEN

7.7.1 KOMPETENZ- UND KONTROLLÜBERZEUGUNGEN

Um Streß entgegen zu wirken entwickelt der Mensch sehr persönliche Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, die ihm Souveränität über die Lage suggerieren sollen. Dadurch hat die belastete Person weniger das Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber den überfordernden Einflüssen. Die Hypothese ging von einer einsetzenden Belastung bereits während der Ausbildung aus, so daß eine eventuelle Veränderung im Bereich dieser Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen zu erwarten ist. Diese Formen der Coping-Strategien werden häufig erst als „letzter Ausweg“ vor Überlastung entwickelt. So ist zu Beginn des Berufslebens nur eine geringfügige Veränderung diesbezüglich zu erwarten.

Um das Ausmaß dieser Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen zu erfassen, wurden folgende Faktoren erhoben:

- Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten
- Fatalistische Externalität
- Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen
- Sozial bedingte Externalität

Im Bereich des Selbstkonzeptes müßte eine Zunahme der Mittelwerte vorliegen, denn vermehrte externale Stressoren ziehen vermehrt internale Sichtweisen nach sich, quasi ein innerer Ausgleich der Unsicherheit durch stringente Selbstkonzepte.

Die fatalistischen Externalität betrifft die eigene Hilflosigkeit gegenüber äußeren Einflüssen und sollte im Sinne der vermeintlichen Kontrolle sinken. Ein „Ohnmachtsgefühl wird negiert, damit die subjektive Kontrolleinschätzung erhalten bleibt.

Da durch Belastungen eine innere Unsicherheit bzgl. der eigenen Kontrollfähigkeit entsteht, ist mit einer Abnahme solcher Überzeugungen zu rechnen. Die Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen sollte demnach mit zunehmender Verunsicherung sinkende Bewertungstendenzen aufweisen. Zumal sie motivationalen Charakter hat und Belastung an sich immer demotivierend wirkt.

Die sozial bedingten Externalität entspricht der Zuschreibung von sinkenden Kompetenzen auf das soziale Umfeld, damit die subjektive Kompetenz- und Kontrollüberzeugung nicht „ins Wanken gerät“. Die Verantwortung wird eher mit den Einflüssen des umgebenden Sozialbereiches geteilt, was eine Minderung der Mittelwerte erwarten läßt.

Da es sich bei den ProbandInnen um Berufsneulinge handelt, dürften die Verschlechterungen vorrangig tendenzieller Art sein. Üblicherweise wächst die eigene Selbstsicherheit mit dem Beginn einer Ausbildung sehr stark und Streßfaktoren können noch nicht so sehr greifen. Frustration wird häufig aufgefangen durch die Sicherheit, den der berufliche Platz auch als Bestätigung eines Platzes im Leben vermittelt. So dürften erste Auswirkungen zwar bemerkbar sein, jedoch sind kaum signifikante Veränderungen zu erwarten:

Subskala (mit je 8 Items)	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	32,05 (6,17)	+ 0,39	32,44 (6,13)	n.s.
Fatalistische Externalität	24,03 (6,16)	- 0,24	23,79 (6,44)	n.s.
Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen	32,26 (5,82)	- 0,26	32,00 (5,40)	n.s.
Sozial bedingte Externalität	23,68 (6,23)	- 0,80	22,88 (6,13)	n.s.

Tabelle 7.1.1 Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (1 - 6/sehr falsch - sehr richtig)

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die erwarteten Ergebnisse bestätigt wurden. Signifikanzen auf dem 5%-Niveau lagen nicht vor, was mit der erst kurzfristigen Verweildauer im Beruf zu begründen ist. Die Tendenzen an sich gehen jedoch in Richtung Überforderung und dem Versuch des autonomen psychischen Ausgleiches per individueller Erklärungsstrategien.

7.7.2 STRESSVERARBEITUNG

Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen sind nicht nur eine Art des Streßmanagements, gleichzeitig stellen sie auch eine Ressource dar, andere Streßverarbeitungsmechanismen zu entwickeln. So war eine zusätzliche Erhebung von weiteren Streßverarbeitungsmechanismen sehr wichtig, um insgesamt interpretative Schlüsse über das Streßmanagement der ProbandInnen ziehen zu können. Verbessertes Streßmanagement kann eine Frustration durch Belastung, die zur Demotivation mit Burnout-Tendenzen führt, aufheben. Ungenügende Ausbildungsvorbereitung führt nur zur subtilen und nicht zu einer ausgeprägten beruflichen Souveränität. Bei zusätzlichen beruflichen Belastungsfaktoren durch die Implementierung des Pflegeversicherungsgesetzes müßte dementsprechend eine erkennbare Belastung bereits während der Ausbildungsphase ersichtlich sein.

Die Hypothese war nun, daß sowohl Kontrollmechanismen nachweisbar sind, aber auch erste Beeinträchtigungen des subjektiven Copingverhaltens wie z.B. Selbstbeschuldigung, soziale Abkapselung, Pharmaka-Einnahme etc.

Zur Erfassung von Bewältigungs- und Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen wurden 19 zeitlich relativ stabile und relativ situationsunabhängige Merkmale erhoben, die die Möglichkeit von Streßverarbeitungsvorgängen aktionaler und intrapsychischer Art implizieren. Alle Fragen bezogen sich auf Reaktionen bei beruflicher Belastung, innerer Erregung oder innerer Unausgeglichenheit:

Subskala (mit je 6 Items)	T(1)	+/-	T(2)	Sign.
Bagatellisierung	11,91 (3,81)	-0,71	11,20 (3,52)	p < 0,01
Ablenkung von Situationen	13,94 (4,14)	-0,99	12,95 (3,91)	p < 0,01
Ersatzbefriedigung	11,93 (4,81)	-0,92	11,01 (4,60)	n.s.
Suche nach Selbstbestätigung	12,21 (4,35)	-0,61	11,60 (3,96)	n.s.
Situationskontrollversuche	16,60 (3,69)	-0,43	16,17 (3,58)	n.s.
Positive Selbstinstruktion	16,25 (3,91)	-0,70	15,55 (4,28)	p < 0,05
Fluchttendenz	9,35 (3,89)	-0,31	9,04 (3,78)	n.s.
Gedankliche Weiterbeschäftigung	12,64 (5,41)	-0,79	11,85 (5,22)	p < 0,05
Selbstbemitleidung	9,54 (4,90)	-0,61	8,93 (4,47)	n.s.
Aggression	8,36 (4,89)	-0,44	7,92 (4,60)	n.s.
Herunterspielen durch Vergleich mit anderen	10,32 (4,31)	-0,32	10,00 (3,88)	n.s.
Schuldabwehr	9,91 (3,45)	-0,35	9,56 (3,56)	n.s.
Reaktionskontrollversuche	15,06 (3,87)	-0,61	14,45 (3,78)	n.s.
Resignation	8,01 (4,47)	-0,48	7,53 (4,34)	n.s.
Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	14,89 (4,73)	-0,01	14,88 (4,29)	n.s.
Vermeidungstendenz	11,83 (4,31)	-0,09	11,74 (4,28)	n.s.
Soziale Abkapselung	7,45 (4,79)	+0,03	7,48 (4,50)	n.s.
Pharmaka-Einnahme	3,54 (3,55)	-0,27	3,27 (3,17)	n.s.
Selbstbeschuldigung	11,02 (4,10)	-0,08	10,94 (4,04)	n.s.

7.7.2 Stressverarbeitung (0 - 4/gar nicht - sehr wahrscheinlich)

Auch hier gab es bei den Ergebnissen wenig Signifikanzen, nach einem Jahr ließ sich lediglich eine Tendenz in der Bewertungsveränderung erkennen. Statistisch bedeutsam hat lediglich die „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ zugenommen (zweiseitige asymptotische Signifikanz .030) und die „Positive Selbstinstruktion“ (zweiseitige asymptotische Signifikanz .037). Letztere steht auch für autonome Motivation. Hoch signifikant mehr fand „Bagatellisierung“ (zweiseitige asymptotische Signifikanz .003) statt, d.h. die Abwehr von belastenden Eindrücken hatte massiv zugenommen. Am deutlichsten war die Veränderung bei der „Situativen Ablenkung“ zu verzeichnen (zweiseitige asymptotische Signifikanz .000). Die hochsignifikante Abnahme bedeutet, daß situativ bedingte motivationale Frustrationen aus Gründen des Selbstschutzes ignoriert werden.

Weiterhin ist zu erwähnen, daß als einziger Bereich die „Soziale Abkapselung“ zugenommen hat. Hierbei handelt es sich um eine Depressions- und Burnout-typische Isolationstendenz, die jedoch zu diesem frühen beruflichen Zeitpunkt noch nicht sehr ausgeprägt ist.

7.8 DATEN ZUM SCHULISCHEN UNTERRICHT

Der beste Schutz vor beruflicher Überlastung ist eine anforderungsgerechte Aus- und Weiterbildung. So ist die Beurteilung dieser Ausbildung seitens der betroffenen ProbandInnen hochinteressant. Der schulische Unterricht ist auch deshalb von großem Interesse, da er alle Auszubildenden gleichermaßen erreicht. Die Unterschiedlichkeit der Heime, der Arbeitszeiten und der Arbeitseinsatzbereiche, die im praktischen Rahmen ausbilden, lassen weniger Gleichmäßigkeit und Gewährleistung einheitlicher Ausbildungsinhalte zu.

Zuerst interessierte, wie die ProbandInnen den Nutzen ihres theoretischen Unterrichtes bezüglich der Praxis-Umsetzbarkeit einschätzten und es wurden sowohl Haupt- wie auch Wahlfächer evaluiert.

In Folge sollten die ProbandInnen zu diesen Fächern angeben, ob sie darin lieber mehr oder weniger Unterricht hätten oder ob die Unterrichtsmenge des jeweiligen Faches praxisbezogen gerade recht sei. Dabei sollten sich einerseits eventuelle Interessen an Weiterbildungsbereichen ergeben, andererseits sich zeigen, ob das Curriculum von den Betroffenen als praxisadäquat eingestuft wird. Sollten ProbandInnen ein theoretisches Unterrichtsfach für praktisch sehr nützlich halten und gleichzeitig keine zusätzlichen Unterrichtsstunden wünschen, so wäre davon auszugehen, daß dieses Fach curricular den Bildungsbedarf adäquat abdeckt. Um eine „Bildungslustlosigkeit“ versus Überforderung zu überprüfen, wurden die ProbandInnen abschließend noch nach eventuellen zusätzlichen Wunschfächern befragt. Sollten diesbezüglich keine Angaben gemacht werden, ist eher von einer „Bildungslustlosigkeit“ auszugehen, d.h. die ProbandInnen sind unterrichtstechnisch gesättigt. Sollten jedoch Wünsche genannt werden, so ist davon auszugehen, daß ein Weiterbildungsinteresse besteht und gleichzeitig Praxis-adäquate Zusatzfächer erfaßt werden.

7.8.1 PRAXISNÜTZLICHKEIT DES UNTERRICHTES

Folgende Ergebnisse ergab die Frage nach der Unterrichtsnützlichkeit für die Praxis:

<u>HAUPTFÄCHER</u>	T(1)	-	T(2)	Sign.
Religionslehre	2,44 (0,88)	-0,05	2,39 (0,95)	n.s.
Deutsch	2,73 (0,83)	-0,33	2,40 (0,96)	p < 0,01
Ernährungslehre/Diätetik	3,01 (0,84)	-0,29	2,72 (0,91)	n.s.
Psychiatrie	3,82 (0,42)	-0,09	3,73 (0,52)	n.s.
Arzneimittellehre	3,88 (0,32)	-0,05	3,83 (0,45)	n.s.
Alten- und Krankenpflege mit Übungen	3,93 (0,25)	-0,02	3,91 (0,34)	n.s.
<u>WAHLFÄCHER</u>	T(1)	-	T(2)	Sign.
Gruppenpädagogik	3,09 (0,77)	-0,14	2,95 (0,83)	n.s.
Alternative Pflege	3,52 (0,59)	~	3,52 (0,60)	n.s.
Behandlungspflege	3,83 (0,38)	~	3,83 (0,42)	n.s.

Tab. 7.8.1 a Abnahme der Nützlichkeits einschätzung (1 - 4/nicht nützlich - sehr nützlich)

<u>HAUPTFÄCHER</u>	T(1)	+	T(2)	Sign.
Aktivierung u. Rehabilitation/Tägl. Versorgung	3,46 (0,74)	+0,02	3,48 (0,68)	p < 0,05
Berufs- und Rechtskunde	3,54 (0,68)	+0,01	3,55 (0,57)	n.s.
Gerontologie	3,56 (0,63)	+0,19	3,75 (0,86)	p < 0,05
Gesundheitslehre/Krankheitslehre	3,93 (0,27)	+0,01	3,94 (0,26)	n.s.
<u>WAHLFÄCHER</u>	T(1)	+	T(2)	Sign.
EDV im Pflegebereich	2,80 (0,84)	+0,03	2,83 (0,89)	n.s.
Altenliteratur	2,85 (0,80)	+0,03	2,88 (0,83)	n.s.
Aktivierung und Rehabilitation	3,27 (0,84)	+0,05	3,32 (0,73)	n.s.

Tabelle .7.8.1 b Zunahme der Nützlichkeits einschätzung / (1 - 4/nicht nützlich - sehr nützlich)

Erwartungsgemäß wurden *Religionslehre* und *Deutsch* als am wenigsten praxisnützlich eingestuft, gefolgt von *EDV*. Dabei sank die Nützlichkeits einschätzung des Faches *Deutsch* hoch signifikant (1%-Niveau).

Im medizinisch-pflegerischen Bereich anzusiedelnde Fächer wie *Arzneimittellehre*, *Behandlungspflege* und *Alten- und Krankenpflege mit Übungen* wurden als hoch nützlich eingestuft.

Signifikant gestiegen auf dem 5%-Niveau war die Nützlichkeits einschätzung der Fächer *Aktivierung und Rehabilitation/Tägliche Versorgung* und *Gerontologie*. Beide Fächer sind dem Bereich der Arbeitserleichterung zuzuordnen: einmal praktisch und einmal das Verständnis für das zu betreuende Klientel betreffend.

7.8.2 BEURTEILUNG DES CURRICULAREN UMFANGES

Bei der Befragung nach dem *Wunsch zur Unterrichtsmenge* kam es bei den Haupt- und Nebenfächern zu folgenden Daten:

HAUPTFÄCHER	T(1)	-	T(2)	Sign.
Religionslehre	1,68 (0,61)	-0,01	1,67 (0,58)	
Deutsch	1,84 (0,65)	-0,19	1,65 (0,62)	p < 0,05
Ernährungslehre/Diätetik	2,05 (0,33)	-0,35	1,70 (0,57)	n.s.
Psychiatrie	2,61 (0,54)	-0,09	2,53 (0,55)	n.s.
Gesundheits-/Krankheitslehre	2,62 (0,51)	-0,09	2,53 (0,50)	n.s.
WAHLFÄCHER	T(1)	-	T(2)	Sign.
Altenliteratur	2,10 (0,65)	-0,04	2,06 (0,65)	n.s.
Gruppenpädagogik	2,17 (0,65)	-0,09	2,08 (0,68)	n.s.

Tabelle 7.8.2 a Sinkendes Interesse (1 - 3/weniger Unterricht - mehr Unterricht)

<u>HAUPTFÄCHER</u>	T(1)	+	T(2)	Sign.
Gerontologie	2,15 (0,60)	+0,04	2,19 (0,56)	n.s.
Aktivierung u. Rehabilitation/Tägl. Versorgung	2,20 (0,65)	+0,06	2,26 (0,61)	n.s.
Berufs- und Rechtskunde	2,20 (0,56)	+0,13	2,33 (0,50)	n.s.
Arzneimittellehre	2,63 (0,54)	+0,06	2,69 (0,48)	n.s.
Alten- und Krankenpflege mit Übungen	2,67 (0,50)	+0,10	2,77 (0,44)	n.s.
<u>WAHLFÄCHER</u>	T(1)	+	T(2)	Sign.
EDV im Pflegebereich	2,03 (0,67)	+0,11	2,14 (0,71)	n.s.
Aktivierung und Rehabilitation	2,12 (0,65)	+0,09	2,21 (0,58)	n.s.
Alternative Pflege	2,49 (0,58)	+0,01	2,50 (0,57)	n.s.
Behandlungspflege	2,69 (0,49)	+0,05	2,74 (0,47)	n.s.

Tabelle 7.8.2 b Vermehrtes Interesse (1 - 3/weniger Unterricht - mehr Unterricht)

Hier ist festzuhalten, daß der Wunsch nach mehr Unterricht eher bei medizinisch-pflegerisch orientierten Fächern vorlag. Signifikante Veränderungen gab es binnen eines Jahres nur eine: der Deutsch-Unterricht sollte deutlich weniger stattfinden (5%-Niveau).

Insgesamt ist zu sagen, daß sowohl bezüglich der Haupt- als auch bezüglich der Nebenfächer eher eine Tendenz zu mehr Unterricht zu verzeichnen ist.

Das mindere Interesse ist hauptsächlich dadurch zu erklären, daß die Umsetzbarkeit dieser Fächer in der Praxis kaum gegeben ist: z.B. werden Diäten ausschließlich ärztlich verordnet und in der Küche hergestellt, AltenpflegerInnen haben im Rahmen der Ernährung lediglich das Essen zu verteilen und zu verabreichen und keinerlei eigene Bestimmungsbefugnis.

Bei der vorliegenden Tendenz nach vermehrtem Unterricht ist nicht von einer Bildungsübersättigung oder -übermüdung auszugehen. Diese Interpretation wurde bestätigt durch die Benennung weiterer erwünschter Unterrichtsfächer.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurden erheblich weniger Wünsche geäußert, als zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung. So ist anzunehmen, daß die Notwendigkeit weiterer bzw. auch anderer Ausbildungsinhalte zunehmend erkannt wird und nach einem Jahr gezielte Angaben gemacht werden zur praktischen Arbeitserleichterung bzw. -verbesserung.

Folgende **Wunschfächer** werden -nach Prioritäten sortiert- genannt:

- ***Bereiche der Arbeitserleichterung und der Burnout-Prophylaxe:***
 - Gymnastik und Aktivierungsmethoden
 - EDV/Formularumgang
 - Stressbewältigung/Entspannungsmaßnahmen/Validation
- ***Fachliche Sachlernbereiche:***
 - Reanimation/Erste Hilfe,
 - Pflegepraxis mit Kathedisieren/Spritzen,
 - Ethik/ Soziologie/ Berufspolitik
 - Kinästhetik
 - alternative Pflege-/Behandlungstechniken
 - medizinische Maßnahmen
 - spezifische Altenliteratur
 - Fachenglisch/Fremdsprachen
 - Ergotherapie/ Beschäftigung/ Werken
 - Hygiene
- ***Sonstige Wunschfächer***
 - Sterbebegleitung
 - Gesprächsführung/Kommunikation mit alten Menschen
 - Musik
 - Sport/Rückenentlastungstraining
 - Hygiene/spezifische Wundversorgung.
 - Pflegeplanung und Labor

8. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK

Primärer Ausgangspunkt dieser Untersuchung war die sich zuspitzende Situation in der stationären Altenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Zunehmende Lebenserwartung bei gleichzeitig vermehrter körperlicher und geistiger Fitness im Alter führt zu einer Verschiebung der Pflegenotwendigkeit alter Menschen und zu einer Verschiebung der Pflegeinhalte. Auf der einen Seite ist quantitativ ein höheres Maß an Pflege notwendig, denn immer mehr ältere Menschen mit entsprechend hohem Pflegebedarf bilden die Hauptpopulation in stationären Pflegeeinrichtungen. Auf der anderen Seite wird die Pflege dadurch qualitativ so anspruchsvoll, daß finanzielle und ausbildungstechnische Vorsorge zu tragen ist. Mit der Implementierung der Pflegeversicherung als fünfter Säule des Sozialversicherungssystems am 1. Juli 1996 sollte sich auch die Ausbildung zur/zum AltenpflegerIn in adäquater Qualität ändern (vgl. HÖHN, 1992; WEYERER & SCHÄUFELE, 1999). Bisher wurde die Ausbildung jedoch nicht gemäß diesen neuen Anforderungen modifiziert, weder curricular in der Fächerauswahl noch inhaltlich (vgl. KÄMMER, 1999; KRUSE & WAHL, 1994).

Aufgrund der veränderten beruflichen Anforderungen war ein sog. „Praxis-Schock“ der bisher tätigen Altenpfleger und Altenpflegerinnen zu befürchten, was sich durch drastische Ausstiegszahlen im ersten Berufsjahr darstellte. Ein Drittel aller AltenpflegerInnen gab zu diesem Zeitpunkt ihren Beruf auf (vgl. BFA-STUDIE 1997; FALK, 1995; WEYERER & SCHÄUFELE, 1999), wobei die meisten davon unter dem sogenannten „Burnout-Syndrom“ litten. Die Symptomatik des Burnout-Syndroms umfaßt sowohl körperliche wie auch psychische Erschöpfungszustände mit dem oft pathologischen Ausmaß des Behandlungsbedarfs (SCHNEEKLOTH, 1997; ZIMMER ET AL., 1999).

In Anbetracht der charakterisierten Symptome und ihrer Ätiologie schienen bisher vorliegende Untersuchungen an AltenpflegerInnen unvollständig in dem Sinne, als es sich bei dem Syndrom nicht um ein akutes sondern ein sich langsam entwickelndes und oft chronifizierendes Störungsbild handelt. So sollte eine Erhebung im „Anfangsstadium“ stattfinden, d.h. in der Ausbildungszeit mit SchülerInnen des Bereiches Altenpflege. Die Evaluation der Altenpflege-Ausbildung sollte dabei so umfassend angelegt sein, daß sie den Ansprüchen einer allgemeinen Qualifizierungs- und Qualitäts-Information ebenso genügt wie sie vergleichbar sein sollte mit bereits aus dem Berufsfeld vorliegenden anderen Untersuchungen.

Die Komplexität einer solchen Fragestellung beinhaltet bei der Erhebung allerdings eine gewisse Problematik: der Zeitfaktor Prospektivität war zu bedenken, so daß gleiche ProbandInnen-Population nach einem Jahr befragt werden sollten, um Veränderungen erfassen zu können. Außerdem mußte das Untersuchungsinstrument das gesamte Spektrum der relevanten Faktoren abdecken und war deshalb sehr umfangreich. Das war bei der Organisation

der Befragung zu berücksichtigen. Zudem mußte die Bereitschaft zur Compliance nicht nur im schulisch-organisatorischen Rahmen sondern auch bei den zu Befragenden abgesichert sein. Ebenso wichtig war eine ausreichend große Anzahl ProbandInnen, um mit der Erhebung wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht zu werden.

Die ProbandInnen entstammten den ersten und zweiten Klassen von vier Altenpflegeschulen im Rhein-Neckar-Raum und es lagen nach der Eliminierung unvollständiger Fragebogensätze zum Schluß 208 verwertbare Fälle vor. Die Auswertung der ersten und zweiten Klassen wurden zusammengezogen, denn Hauptaugenmerk der Untersuchung sollten erste feststellbare Veränderungen während der Ausbildungszeit sein.

Für den Fragebogen wurden in Anlehnung an die ABBA-Studie (ZIMMER & WEYERER, 1998) Teile des SIESTA (BERGER & GERNGROB-HAAS, 1996) verwendet, eigene Skalen zur Berufsmotivation, das Social Interview-Schedule von HECHT ET AL. (1987), Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (FSOZU, SOMMER & FYDRICH, 1990), Tätigkeits- und Analyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH, BÜSSING & GLASER, 1996), Heimbewohnerbezugs- und Betriebsklima-Fragebögen von KEMPE & CLOSS (1985), eigene sowie von MUTHNY ET AL. (1993) entwickelte Fragebögen zur Erfassung erlebter Belastungen. Zudem wurde der Bedarf bzw. das Angebot von Supervisionen und Weiterbildungen erfaßt, der Fragebogen zu Beanspruchung durch Humandienstleistungen herangezogen (BHD-FBH, HACKER ET AL., 1995), außerdem ein Fragebogen zur Erhebung von Depressivität (CES-D von HAUTZINGER, 1994) und eine Symptom-Checkliste (SLC-90, FRANKE, 1995), Fragebögen zur Erhebung von Genussmittelkonsum (Infratest 1982, Biogramm), Fragebögen zur Arbeitszufriedenheit und –belastung, Gesundheit am Arbeitsplatz und körperliche Erkrankungen (Abteilung Psychiatrische Soziologie, 1995), sowie zuletzt eine selbst entwickelte Skala zur Bewertung des schulischen Unterrichts mit Möglichkeiten von Verbesserungsvorschlägen.

Die gewählte Erhebungs- bzw. Auswertungsstrategie könnte hinsichtlich ihrer Zuordnung und Anwendbarkeit insofern kritisiert werden, als es noch keine einheitliche Zugangsvoraussetzungen und Schulsysteme im Bereich des Altenpflegeberufes gibt. So wurden differente Systeme bei der Erhebung und Auswertung kombiniert. Bereits vorliegende Untersuchungen über die Motivation bei der Auswahl zum Beruf der/des Altenpflegers/Altenpflegerin ergaben jedoch keine großen Diskrepanzen bei den Mentalitäten der unterschiedlichen Altersgruppen und Vorbildungsstrukturen, auch nicht bei verschiedenen Ausbildungsinhalten (z.B. BECKER & MEIFORT, 1997).

Das Hauptinteresse der Untersuchung lag bei der Erfassung einer möglichen Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen bei AltenpflegeschülerInnen bereits binnen des Zeitraumes von einem Jahr. Hieraus sollten Rückschlüsse auf Veränderungen ermöglicht werden, die einen Hinweis auf Überlastung und dem damit verbundenen vorzeitigen Berufsaustieg bei AltenpflegerInnen ergeben könnten. Da bereits seit Einführung der Pflegeversicherung über die Vereinheitlichung und Anpassung der Ausbildung debattiert wird, sollte

mit dieser Untersuchung ein Beitrag zu prinzipiellen Fragen einer Modifikation und Strukturänderung geleistet werden. Die wirtschaftlichen Folgen durch den vorzeitigen Berufsaustieg und durch die gesundheitlichen Rehabilitationsstrategien bei den Betroffenen selbst sollten durch künftige Primärprävention im Rahmen einer angepaßten und adäquaten Ausbildung minimiert werden können. Langfristig betrachtet würden durch eine solche konstruktive Prophylaxe nicht nur die adäquate Versorgung der alten Menschen gewährleistet sein, sondern auch wirtschaftliche Einbußen durch Berufsabbrüche vermieden werden.

Bisherige Studien dieser Art fanden bei sich bereits im Beruf befindlichen AltenpflegerInnen statt (z.B. WEYERER & ZIMBER, 1996; ZIMBER & WEYERER, 1998). Auch intervenierende Maßnahmen in Richtung Burnout-Behandlung wurden nur bei bereits fertig ausgebildeten AltenpflegerInnen (ZIMBER ET AL., 1999) angesetzt oder befinden sich noch in der Erprobungsphase (Studie der Gerontologischen Abteilung am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim). Genannte Kollegen wiesen bei vielen AltenpflegerInnen eine Burnout-Symptomatik nach. Da sich dieses Syndrom langsam entwickelt, schien es plausibel und notwendig, einen entsprechenden Zustand bei SchülerInnen zu evaluieren. Mangelnde Coping-Strategien und erhöhte gesundheitliche Beschwerden wie auch zunehmende psychische Müdigkeit konnten in der hier vorliegenden Untersuchung an SchülerInnen des Altenpflegeberufes zumindest tendenziell nachgewiesen werden.

Betrachtet man die Tatsache einer sich langsam entwickelnden Burnout-Symptomatik und die Zahl der Berufsabbrecher im Altenpflegebereich, so ergibt sich folgerichtig die Interventionsnotwendigkeit „an der Wurzel des Übels“, nämlich bei der Ausbildung.

Die als 5. Säule des Sozialversicherungssystems eingeführte Pflegeversicherung sollte einen finanziellen Vorbau vor hohen Sozialkosten durch immer ältere und pflegebedürftiger werdende Menschen darstellen (z.B. NAEGELE & SCHMIDT, 1995). Jedoch sollten diese Kosten nicht verschoben werden auf gesundheitspolitische Maßnahmen beim Pflegepersonal. Die spezielle Situation der alten und pflegebedürftigen Menschen (z.B. WEYERER & SCHÄUFELE, 1999) erfordert den Einsatz speziell und gut geschulten Personals, um in einem Sozialstaat wie der Bundesrepublik Deutschland den Versorgungsansprüchen gerecht zu werden. Gut qualifizierte Fachkräfte mit einem sich ständig weiter entwickelnden beruflichen Kenntnisstand sind erforderlich. So sollte man berufliche Zugangsvoraussetzungen in Erwägung ziehen, aber besonders eine bundesweit einheitliche und nach neuestem Kenntnissstand modifizierte Ausbildung bieten. Auch bei sich bereits im Beruf befindlichem Pflegepersonal könnte durch entsprechend verpflichtende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen Prävention geleistet werden, so daß gesundheitspolitisch nicht unerhebliche Kosten gemindert würden, die durch die Abbruch und Überlastung im Beruf entstehen. In anlehenden Berufsbereichen sind längst entsprechende Maßnahmen (Balintgruppen, Supervisionen u.ä.) erfolgreich installiert.

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

PROBANDINNEN

Es gab 28 Aussteiger, d.h. bereits bei den befragten SchülerInnen lag eine Abbruchquote von über 10% vor. Interessant war der hohe weibliche Anteil der ProbandInnen und die Altersstreuung von 17 bis 55 Jahre. Hieraus läßt sich gut erkennen, daß dem eigentlich körperlich sehr schweren Altenpflegeberuf immer noch das Image des weiblichen Einsatzbereiches anhaftet. Auch die *Altersstreuung* der Probandinnen läßt sich in dieser Richtung interpretieren: Frauen, die nach der „Familienpause“ wieder arbeiten wollen, greifen klischeehaft zu dem, „was sie doch eigentlich immer in der Familie getan haben“, nämlich hegen, pflegen und vor allem helfen. Daraus läßt sich auf eine der Berufswahl zugrunde liegende Hege- und Hilfsmotivation schließen, obgleich mittlerweile klar ersichtlich sein sollte, daß der Altenpflegeberuf keine „leichte und hegende Helfertätigkeit“ ist. Statt dessen sind körperlicher Einsatz, eine stabile Psyche und ausgeprägtes Fachwissen gefragt.

VORBILDUNG

Die *Vorbildung* der Auszubildenden ist sehr heterogen: der größte Anteil der Befragten hatte den Hauptschulabschluß vorzuweisen, direkt gefolgt von der Mittleren Reife. ProbandInnen mit Abitur waren nur wenig zu verzeichnen. Interessant ist die fast 2,5fach häufigere Vertretung von männlichen Probanden beim Vorbildungsfaktor Abitur. Auch im „Bereich der mittleren Reife“ gibt es einen leicht höheren Anteil bei Männern. Betrachtet man zusätzlich die geringere Altersstreuung bei den männlichen Befragten (25 Jahre), die wesentlich geringer ist als bei den Frauen (38 Jahre), so liegt die Vermutung nahe, daß bei Männern eine gezieltere und vielleicht realistischere Berufsentscheidung getroffen wird. Frauen mögen den Beruf eher aus veralteten Berufsbildgründen gewählt haben: „Hege und Pflege“. Auch das Motto „besser irgendwas tun als gar nichts“ und „was kann ich denn als Frau immer tun“ mag zur Berufsauswahl beigesteuert haben. Die Einschätzung des Berufsbildes bei Männern zielt anscheinend eher auf den nüchtern fachlichen Bereich des eigenverantwortlichen und sozial-medizinischen Aspektes. Das wird noch untermauert durch Ergebnisse aus dem Vergleich „Berufseinschätzung“ versus „Berufsrealität“. Interessant ist ebenfalls der Aspekt der Doppelbelastung: die meisten der ProbandInnen haben neben ihrer Ausbildung eine Familie zu versorgen oder in optimierter Form deren Versorgung zu organisieren. Dabei sinkt die familiäre oder partnerschaftliche Unterstützung bereits während der Berufsausbildung.

ASPEKTE DER BERUFSZUFRIEDENHEIT: Finanzen, Freizeit, Ausbildung

Die Ergebnisse der Frage nach *finanzieller Zufriedenheit* wiesen generell eine Akzeptanz der Bezahlung auf weiblicher Seite auf, jedoch mit sinkender Tendenz. Dementsprechend nahm die Unzufriedenheit zu. Auf der männlichen Seite war die Ausprägung der Zufriedenheit insgesamt geringer und die Ausprägung der Unzufriedenheit allgemein größer. Hieraus läßt sich auf eine gewisse Belastung schließen, denn kein Mensch hält es auf Dauer in einem Beruf aus, dessen Bezahlung nicht mit der Leistung und den Anforderungen gleich zu setzen ist. Das betrifft insbesondere Männer, die gesellschaftlich immer noch die „Ernährer-Rolle“ inne haben.

Die Beurteilung der *Freizeit Zufriedenheit* gibt einen relativ direkten Hinweis auf Frustration: je höher die berufliche Belastung ist, desto wertvoller wird die Freizeit empfunden. Die vorliegenden Ergebnisse zeigten die deutliche Abnahme der Zufriedenheit innerhalb eines Jahres. Die Unzufriedenheit wurde vermehrt ausgedrückt, wobei Männer erheblich unzufriedener waren. Um den dehnbaren Begriff der Freizeit nicht überzustrapazieren, sondern den Entspannungsfaktor per se noch heraus zu stellen, wurde auch nach diesem gefragt. Das vorangegangene Ergebnis konnte durch nachweisliche Abnahme von Entspannungsmöglichkeiten und -fähigkeiten bestätigt werden. Der finanzielle Frust kann also zunehmend weniger aufgefangen werden durch adäquate Freizeit. Ruft man sich kurzfristig die Ätiologie des Burnout-Syndroms in Erinnerung, so mag hier ein erster Hinweis auf notwendige präventive Interventionen vorliegen. Langfristige unterbezahlte Berufsansforderung und Frustration entsprechen einer kontinuierlichen Anspannung, der es entgegen zu treten gilt. Das kann z.B. durch die Vermittlung von Entspannungsverfahren schon im Ausbildungsbereich stattfinden und sowohl für die zu betreuenden Menschen, wie auch für die Pflegenden selbst zu nutzen sein.

Bei der Frage nach der Beurteilung ihrer *Ausbildung* wurden den ProbandInnen differenzierte Fragen zu Arbeitszeit und Stellung und zur Bezahlung und Beförderung vorgelegt. Die meisten der Befragten hatten eine Vollzeitstelle und machten dennoch Überstunden, welche selten ausgezahlt wurden. Einige Überstunden wurden durch Freizeit getilgt, oft fand aber gar kein Ausgleich statt. Ein Teil dieser Ergebnisse mag den veränderten Pflegeanforderungen nach Einführung der Pflegeversicherung zuzuordnen sein. Andere Arbeitsweisen, Dokumentationspflichten und ungewohnte Abrechnungsmodi fordern gewissermaßen einen zeitlichen Umstellungstribut bis zur Erlangung der Routine. Dennoch sollte der Status des Auszubildenden hier nicht vergessen werden, denn auch jeder Lernende hat das Recht und sogar die Pflicht zur entspannenden Freizeit. Hier könnte eine adäquate Vermittlung der Dokumentation in der theoretischen Ausbildung Abhilfe schaffen. Die bereits erwähnte Unzufriedenheit der Bezahlung wird noch übertroffen durch die binnen eines Jahres zunehmende Unzufriedenheit über die Qualität der Ausbildung. Die meisten schätzen die anfänglich noch qualitativ gut eingestufte Ausbildung bereits nach einem Jahr als nur noch

knapp mittelmäßig ein. Offensichtlich ist vieles aus der Theorie praktisch nicht verwendbar und es mangelt an der schulischen Vermittlung von praxisrelevanten Ausbildungsinhalten, die der berufsalldäglichen Erleichterung dienen. Beförderungsmöglichkeiten, die einen Lichtblick für das Ende der Ausbildungsphase darstellen könnten, werden zunehmend geringer eingestuft und ein Wechsel im Berufsbereich überdurchschnittlich oft schon während der Ausbildungszeit angestrebt. Lediglich die Akzeptanz des Pflegebereichs als angestrebter Berufsbereich bleibt erhalten, was wiederum für die Stärke der Berufsmotivation spricht.

BERUFLICHE MOTIVATION UND REALITÄT

Zur *Berufsmotivation und -Realität* wurden zweimal dieselben Fragen vorgelegt: einmal sollte die subjektive Relevanz diverser Faktoren für die berufliche Tätigkeit erfaßt werden, zum zweiten deren reale Gegebenheit im Berufsalltag.

Kein motivational wichtiger Berufsaspekt war im Berufsalltag im gleichen Ausmaß gegeben. Die Wertigkeit ambitionaler Motivationsfaktoren nahm insgesamt im Laufe eines Jahres ab, Realitätsaspekte wie die Verfügbarkeit eines sicheren Einkommens hingegen nahmen als motivationaler Berufsfaktor zu. Die Unterschiede zwischen motivationaler Perspektive und Realitätseinschätzung sind signifikant sinkend zu beiden Erhebungszeitpunkten. Berufliche Komponenten wie flexible Freizeitgestaltung, Teamarbeit und Kollegenkontakt, sicheres Einkommen und Weiterbildungsmöglichkeiten unterscheiden sich zwischen Motivation und Realität nicht ganz so hoch. Sie werden aber bereits nach einem Jahr desillusioniert als weniger realisierbar angegeben. Die ursprünglich extrem hoch eingestufte berufliche Wertigkeit der „Notlinderung, des Gebrauchtwerdens und der Möglichkeit, Hilfsbedürftigen zu helfen“ war in der Realität signifikant vermindert gegeben. Diese moralisch-ethischen Aspekte waren auch in der motivationalen Bedeutsamkeit nach einem Jahr signifikant gesunken. Offensichtlich waren vormalige berufliche Illusionen einem Realitätsbewußtsein gewichen. Gleichzeitig nahm die Wichtigkeit von motivationalen Berufsaspekten wie „Kompetenz und Verantwortung ausüben“ und „Wichtigkeit eines beruflichen Weiterkommens nach der Ausbildung“ innerhalb eines Jahres signifikant zu. So waren berufliche Illusionen verloren gegangen und bereits in der Ausbildung tragen sich die ProbandInnen vermehrt mit realistischen Berufsgedanken i.S. von Professionalität. Solche Ergebnisse sollten genutzt werden, um künftige Ausbildungsanwärter adäquat vorab zu informieren, damit einem Realitätsschock vorgebeugt werden kann. Des weiteren sind diese Aspekte sehr nützlich für die eventuelle Entwicklung eines Ausbildungszugangstests. Dieser mag bereits im Vorfeld eine Eignung feststellen, welche einem vorzeitigen Berufsaustieg vorbeugen könnte. So sind allzu illusorische Vorstellungen über das Berufsbild als Disposition für Burnout-Anfälligkeit zu werten und in solchen Fällen wäre von der Berufsentscheidung im Vorfeld abzuraten.

BURNOUT UND PHYSISCHE GESUNDHEIT

In der Annahme einer sich langsam entwickelnden *Burnout-Symptomatik*, deren primäre Anzeichen immer eher im somatischen als im seelischen Bereich zu erfassen sind, wurde mit ersten gesundheitlichen Verschlechterungen innerhalb des Erhebungszeitraumes von einem Jahr gerechnet. Faktoren wie kontinuierliche Frustration, anhaltende Überforderung ohne ausreichende Entspannungsmöglichkeit und permanente psychische wie physische Belastung sollten zu gesundheitlichen Einbußen führen. Dabei ist vermehrt von Feststellungen im physischen, danach auch im psychischen Bereich auszugehen. Auf somatischer Ebene kam es zu folgenden und eigentlich jede weitere Interpretation überflüssig machenden Ergebnissen:

Innerhalb eines Jahres ist eine Erkrankungszunahme zu verzeichnen, sowohl bei Magen- oder Darmgeschwüren, wie auch bei Atemwegserkrankungen wie chronischer Bronchitis und Asthma. Beides sind typische Krankheitsbilder des Störungskataloges vom Burnout-Syndrom. Dazu gehören ebenfalls die Zunahme hohen Blutdrucks und die Zunahme von Erkrankungen im Gelenksbereich, die auf dauerhafte Überlastung bzw. Fehlbelastung hinweisen. Durch die Vermittlung von z.B. haltungsstabilisierenden Maßnahmen im schulischen Unterricht könnte solchen Folgen durchaus entgegen gewirkt werden. Sonstige nicht näher beschriebene Krankheiten nahmen ebenfalls innerhalb eines Jahres zu, wobei Migräneerscheinungen mithin an erster Stelle standen. Lediglich Hauterkrankungen waren fast gleichbleibend bei einem knappen Siebtel aller Befragten genannt worden. Dabei ist hier an sich schon ein Bedenklichkeitsfaktor gegeben, denn es handelt sich immerhin um einen Beruf mit dem häufigen Einsatz von Desinfektionsmitteln und vermehrtem Körperkontakt mit alten und immun instabilen Menschen.

Die tendenzielle Verschlechterung des somatischen Zustandes bei den Befragten wird noch unterstrichen durch Ergebnisse der *allgemein subjektiv eingeschätzten Befindlichkeit, Fehlzeiten* und *Arztbesuchen*. Die erst als durchschnittlich gut angegebene Befindlichkeit sank in einem Jahr. Dabei wurden vorrangig typische Überforderungssymptome genannt wie „Müdigkeit nach dem Aufstehen“, „schnelles Ermüden“, „Ein- und Durchschlafschwierigkeiten“ und „Verringerung des körperlichen Leistungsvermögens“ bzw. „Benommenheit“.

Arztkonsultationen hatten innerhalb eines Jahres ebenso zugenommen wie längere Fehlzeiten. Lediglich kurze Fehlzeiten, wie etwa einen Tag, hatten abgenommen, was sich aber auch mit der Angst vor dem Verlust eines Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzes oder einer Übernahmechance erklären läßt. Nur die längeren Fehlzeiten lassen einen gezielten Rückschluß auf tatsächliche körperliche Einbußen im Bereich der Wohlbefindlichkeit zu. In diese Richtung tendieren auch die Ergebnisse der Befragung nach Einnahme von Medikamenten. Es kam zwar zu keinen Signifikanzen, jedoch folgend genannte Medikamente wurden nach einem Jahr verstärkt eingenommen: Herz- und Kreislaufmittel, Mittel gegen Magen-

Darmbeschwerden, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Schmerzmittel und besonders Anregungsmittel aus dem Bereich der Stimulantien.

Bereits während der Ausbildung weisen also schon Gesundheitseinbußen auf eine einsetzende Burnout-Symptomatik hin und lassen einen Mangel an beruflicher Vorbereitung vermuten. Wahllose Zugangsoffenheit zu einem bezüglich der Leistungsanforderungen hochqualifizierten Beruf und veraltete Curricula mit fehlender Modifikation hinsichtlich aktueller Berufsanforderungen prädestinieren diesen Berufszweig offensichtlich für das Burnout-Syndrom.

Entsprechend waren die Ergebnisse der Befragung zum Einsatz von „Genussmitteln“. Diese werden zwar oft als Entspannungsfaktor benutzt, gehen aber häufig in den „Suchtmittelgebrauch“ über, wenn der erhöhte Konsum gezielt eingesetzt wird und langfristig hohe gesundheitliche Schäden nach sich zieht. Aufgrund der zu erwartenden Aussageverweigerung bezüglich Alkoholkonsum wurde auf dessen Erhebung verzichtet, jedoch sprechen schon veränderter Zigaretten- und Kaffeekonsum eine Sprache für sich.

Der Kaffeekonsum stieg innerhalb eines Jahres erheblich an, trotz bereits erwähnter Zunahme der Magen- und Darmproblematik, die eigentlich zu einem insgesamt verminderten Konsum führen sollte. Erfreulicherweise hatte die Zahl der Nichtraucher zugenommen, was sich aber relativiert, wenn man die Zahlen der Nichtraucher tendenzen bundesweit vergleicht. Zum anderen spricht die Anzahl der gerauchten Zigaretten eine andere Sprache. Verliebene Raucher konsumierten durchschnittlich wesentlich stärker als noch ein Jahr zuvor. Insgesamt ist das Suchtpotential also eher gestiegen als gesunken. Das verminderte Gesundheitsbewußtsein im Sinne von Gesundheitsverhalten ist auffällig und entspricht keineswegs einer adäquaten Coping-Strategie für Streßbelastung im Beruf.

PSYCHISCHE GESUNDHEITSFAKTOREN

Auch psychische Stressoren wurden untersucht. Gemäß Burnout-Ätiologie war hier vermehrt mit nur tendenziellen Ergebnissen der Verschlechterung und weniger mit Signifikanzen zu rechnen. Denn die erste Erfassungsmöglichkeit von Überlastungssymptomen betrifft immer eher den somatischen als den psychischen Bereich. Die Ergebnisse entsprachen der Hypothese und lassen ebenfalls einen allerdings vorsichtigen Rückschluß auf die sich bereits während der Ausbildungszeit entwickelnde Burnout-Symptomatik zu.

Bei den *psychischen Faktoren* wurden zwei Bereiche erhoben: der Bereich der subjektiven Befindlichkeit und der mit der Professionalität zusammenhängende Befindlichkeitsbereich. Negative Befindlichkeiten nahmen zu, positive Gefühle, die nicht mit der ausbildungsbedingten Professionalitätszunahme in Zusammenhang gebracht werden konnten, nahmen ab. Aussagen, die auf körperliche Angeschlagenheit hinweisen, haben gemäß der Arbeitshypothese zugenommen: Konzentrationsschwierigkeiten und allgemeine Angestrengtheit, sowie Appetitlosigkeit und unerklärliche Unruhe. Abgenommen hingegen hat „Angst“ und das

Gefühl des „Sich-nicht-auffaffen-Könnens“, was eventuell mit der Zunahme von Professionalität während eines Ausbildungsjahres zusammenhängen könnte. Alle anderen negativen Gefühle waren nach einem Jahr stärker, so daß die Ergebnisse des mit der Professionalität zusammenhängenden psychischen Befindlichkeitsbereiches richtungsweisend sein könnten. Entsprechend vermittelte Professionalität in der Ausbildung sollte eine zunehmende Belastung auffangen können. Leider ließen die vorliegenden Ergebnissen keinesfalls den Rückschluss der guten Berufsvorbereitung zu. Negative Gefühle und Eindrücke waren nach einem Jahr durchgängig stärker vorhanden, positive Gefühle hatten sich verringert. Sämtliche diesbezüglichen Ausnahmen waren durch zunehmende praktische Berufserfahrung erklärbar und selten im Signifikanzbereich anzusiedeln.

Zusammenfassend kann von der Zunahme einer allgemeinen Desillusionierung und sogar eines allgemeinen Frustes ausgegangen werden. Gereiztheit und Nervosität waren vermehrt vorhanden und der „Verlust des anfänglichen Idealismus“ wurde binnen eines Jahres signifikant mehr benannt. So kann man insgesamt von einer rapiden Verschlechterung des psychischen Zustandes innerhalb eines Jahres bei den Auszubildenden sprechen, was einen deutlichen Hinweis auf die bereits hier einsetzende Überforderungssymptomatik darstellt.

Um etwaige durch Schule oder Arbeitsplatz vermittelte Coping-Strategien erfassen zu können, waren noch Daten zu Arbeitsbedingungen und -eindrücken, zu Fort- und Weiterbildungsangeboten, aber auch Daten zum persönlichen Umfeld der ProbandInnen erhoben worden. Eventuell könnten aus diesen Bereichen Hinweise für die professionelle Vermittlung von Coping-Strategien im schulischen Unterricht erarbeitet werden.

ARBEITSBEDINGUNGEN- UND EINDRÜCKE

Hier ging es um die Erfassung von konkreten, den Berufsalltag der Altenpflegekraft bestimmenden *Arbeitsbedingungen*. In diesem Bereich gelten ungünstige Bedingungen wie z.B. Teamschwierigkeiten und Vorgesetztenstreß als Stressoren. Zusammenhalt und Mitbestimmungsmöglichkeiten dagegen stellen Coping-Mechanismen dar. Ein stark belastendes Berufsumfeld und hohe berufliche Anforderungen sollten quasi als Ausgleich zu guter Kollegialität führen. Andererseits können erhöhter Stress und vermehrte Professionalität das Team zu einem Abladeplatz emotionaler Negative machen. In Anbetracht des belastenden Berufsbereiches und der als ungenügend vermuteten Berufsausbildung war eher von negativ zu interpretierenden Veränderungen innerhalb des Jahres ausgehen. Diese Prognose bestätigte sich in erheblich zunehmenden Zahlen zu Konfliktstärke und zu Konflikthäufigkeit mit Kollegen/Kolleginnen und/oder Vorgesetzten. Gleichzeitig nahm die gegenseitige Achtung innerhalb des Kollegenteams binnen eines Jahres stark ab. Signifikant mehr wurde bereits nach einem Jahr moniert, daß man die Unfähigkeiten von Kollegen/Kolleginnen ausbaden müsse. Kognizierte Kontrolle, die als eine der tragenden Coping-Strategien im Burnout-Bereich gilt, fand innerhalb eines Jahres vermehrt statt. Vermeintliche Eigenständigkeit in Mitbestimmung und Entscheidung wurde signifikant mehr betont, obgleich die Entschei-

dungsbereiche per se recht minimal waren und nicht die Selbstbestimmung im Pflegeablauf betrafen. Stark zugenommen hatte auch die Empfindlichkeit der ProbandInnen, was sich darstellt in zunehmenden Beschwerden über mangelnde Anerkennung seitens der Vorgesetzten und der zu betreuenden Personen, sowie über das Ausmaß und die Häufigkeit der Kritik. Diese erhöhte Sensibilität gilt im Bereich der Burnout-Forschung gleichermaßen als Seismograph für mangelnde Gelassenheit bei zunehmender Belastung. Diese stellt sich ebenfalls dar in der vermehrten Einschätzung des zu hohen Zeitdruckes bei der Arbeit, dem ungünstigen Personalschlüssel und der nicht vorhandenen gesellschaftliche Akzeptanz des anspruchsvollen Berufes.

Die Faktoren des Arbeitsbereiches, die anzulehnen sind an einen gewissen „Berufsenthusiasmus“, der am Anfang einer beruflichen Laufbahn eigentlich besonders groß sein müßte, lassen sich durch die intrinsische Motivation erfassen. Sie müßte demzufolge innerhalb eines Jahres abnehmen. Zwar sind bei Berufsneulingen noch durchschnittlich hohe Bewertungen zu erwarten, jedoch zeigten die erhobenen Daten exakt das prognostizierte Bild. Die intrinsischen Motive und der berufliche Enthusiasmus nahmen derart ab, daß sie kaum als Coping-Strategie gegen die andauernden Belastungen eingesetzt werden können. Somit wäre einer der Faktoren, die es bei der Neuerarbeitung bzw. der Modifikation der Curricula zu bedenken gilt, die Vermittlung von extrinsischer Motivation und eine coping-strategische Intervention und Stabilisierung.

SOZIALES UMFELD

Das der Untersuchung zugrunde liegende Streßmodell betrachtet je nach Wertigkeit und Beschaffenheit das soziale Umfeld als außerberuflichen Streßfaktor oder Ressource. Die erhobenen Daten zum *Sozialen Umfeld* der ProbandInnen befaßten sich mit unterstützenden Faktoren im moralischen und Kontaktbereich, was dem Sozialen Coping bei Belastung entspricht. Erwartungsgemäß und in Anlehnung an die Daten der knapp bemessenen Freizeit und Entspannungsmöglichkeiten überraschte das Ergebnis insofern nicht, als das soziale Umfeld in Ermangelung curricular vermittelter Coping-Strategien besonders gepflegt wird. Auch läßt der Anblick alter, pflegebedürftiger und alleinstehender Menschen das Bewußtsein über die Notwendigkeit eines stützenden sozialen Umfeldes eventuell wachsen. So zeigten sich nach einem Jahr durchweg verbesserte soziale Stützmaßnahmen privater Art, außer einem Faktor, der noch optimierbar ist: der „Wunsch nach mehr Verständnis“ im Sinne von Berufsakzeptanz.

FORT-UND WEITERBILDUNG

So positiv sich die privaten Bemühungen der Auszubildenden um Coping-Mechanismen darstellten, so negativ waren die *Daten der Fort- und Weiterbildungen*. Auch diese können Belastungen vorbeugend auffangen, wie es schon in vielen anderen Berufen durch Supervisionen und Balintgruppen etc. nachgewiesen wurde. Obgleich hier die Antwortcompliance der ProbandInnen rapide sank, lagen genügend verwertbare Daten vor, um zu einem groben Bild über das Interesse an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und deren Nützlichkeit zu gelangen. An sich ist nicht von einer nennenswerten Teilnahmebereitschaft an diesen Angeboten zu sprechen. Das Hauptinteresse gilt, wenn überhaupt, dem medizinisch-pflegerischen Bereich. Das Interesse an belastenden Themen wie „Umgang mit Depressiven“ und „Umgang mit Schwerst- und Todkranken“ nahm innerhalb eines Jahres signifikant zu. Dagegen war im Bereich der psychosozial orientierten Angebote nur eine geringfügige Zunahme des Interesses zu vermerken. Die insgesamt Zunahme des Interesses an Fort- und Weiterbildungsangeboten bestätigt die Ergebnisse der realistischeren Berufseinschätzung und die Abnahme der enthusiastischen Helfermotivation. Die SchülerInnen begreifen, wie wichtig gerade in Anbetracht zunehmender Anforderungen Weiterbildungsveranstaltungen für den verbesserten Wissensstand sind und wie sehr diese den Berufsalltag erleichtern. Bemerkenswert war auch die Interessenzunahme an Fort- und Weiterbildung im Bereich „Arbeitsklima im Team“. Das bestätigt die Ergebnisse des schlechten Teamzusammenhalts und gleichzeitig die zunehmende Erkenntnis, daß eine der größten Arbeitserleichterungen gute Kooperation ist.

Supervisionen waren scheinbar zu keinem Zeitpunkt der Erhebungen in einem Ausmaß angeboten worden, als daß sich die ProbandInnen dazu hätten qualifiziert äußern können. Eine jährlich nur einmalige Teilnahme läßt wohl kein auswertungsrelevantes Urteil über die Nützlichkeit von Supervisionen zu. Es scheint nur sehr erstaunlich, daß auf der einen Seite der zunehmende Wunsch nach verbesserter Zusammenarbeit besteht und auf der anderen Seite der Altenpflegebereich weit entfernt ist vom aktuellen Stand der Supervisionsnotwendigkeiten. Was für Kliniken und den allgemeinen Pflegebereich, aber auch für soziale und psychotherapeutische Berufsbereiche gilt, sollte vor einem so wichtigen Berufszweig der Zukunft, wie ihn die Altenpflege darstellt, nicht halt machen. Statt dessen wäre eine Verpflichtung dieser Kooperations-fördernden Maßnahmen zu bedenken.

SUBJEKTIVE COPINGSTRATEGIEN

Subjektive Coping-Strategien wie Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen und persönliche Stressverarbeitungsmechanismen stellen einen wichtigen Faktor zur Prävention von Überlastungsstörungen dar. Je weniger die von der Belastung betroffenen Personen an die eigene Hilflosigkeit glauben und je mehr sie mit eigener Kraft und Wirksamkeits-Überzeugung gegen diese Überlastung angehen, desto eher sind sie in der Lage, diesen Belastungen standzuhalten. Erlernte Hilflosigkeit führt zu vermehrten physischen und/oder

psychischen Symptomen, die am Ende ein behandlungsbedürftiges Ausmaß annehmen. Im Bereich der Altenpflege stellt sich das oft sogar in hilflosen Fluchtmechanismen dar, wie dem frühzeitigen Berufsausstieg.

So wurden bei der Untersuchung Daten erhoben, die vielleicht Hinweise für günstige persönliche Voraussetzungen für diesen Beruf ergeben. Anwendbar wären solche Daten für die Entwicklung eines eventuellen Zugangsvoraussetzungs-Kataloges, nötigenfalls auch in Testform.

Bei zunehmender Tendenz zur Burnout-Symptomatik ist mit einer gewissen Neigung zur Hilflosigkeit zu rechnen. Dieser Ohnmacht wird eine eigene *Kontrollüberzeugung* entgegen zu setzen versucht. Die zu Beginn jeder Ausbildung stark ansteigende und im Laufe des Berufslebens in eine langsam steigenden Gerade mündende Professionalität fördert die Selbstsicherheit und somit die Distanz- und Abgrenzungsfähigkeit. Gleichzeitig sorgen Praxischock und die Art des Klientels, mit dem Auszubildende des Altenpflegebereiches täglich zu tun haben, für das Erlernen eines gewissen Fatalismus. In diesem Fall wäre also einerseits mit der Zunahme von Selbstsicherheit zu rechnen, was ein Festhalten am neuen Selbstkonzept der vermeintlichen Stärke bedeutet. Andererseits sollte es durch die andauernden externalen Belastungen zu Verunsicherungen kommen.

Die Ergebnisse fielen erwartungsgemäß aus: es war insgesamt mehr Eigenverantwortung übernommen worden, also mehr Selbstsicherheit bezüglich eigener Verantwortlichkeit. Eine Veränderung im Selbstkonzept war jedoch noch nicht signifikant nachweisbar. Das begründet sich durch die Auffangmöglichkeit der Belastungen mittels zu Berufsbeginn stark ansteigender und sich später einpendelnder Professionalität. Die Selbstsicherheit gerät zwar ins Wanken, jedoch nicht nachweislich im Signifikanzbereich. Vielmehr liegt hier ein latenter Selbstzweifel emotionaler Art vor, der sich als Folge der andauernden Belastung interpretieren läßt.

Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, die ebenfalls subjektive Copingstrategien darstellen, steigen durch zunehmende Professionalisierung und dienen als autosuggestive Schutzfunktion. Durch permanent latente Frustration könnten sie allerdings aufgehoben werden.

Zu den diesbezüglichen Ergebnissen ist folgendes zu sagen: binnen eines Jahres sind erhöhte Pharmaka-Einnahme und soziale Abkapselung bei gleichzeitig zunehmendem Wunsch nach sozialer Unterstützung erkennbar. Die Zunahme von Vermeidungstendenzen und Selbstbeichtigungen als ein Anzeichen innerer Unsicherheit zeugten von der erwarteten Belastungszunahme. Der einzig stabilisierende Faktor scheint die am Anfang der beruflichen Laufbahn steil ansteigende Professionalität zu sein. Scheinbar wird diese aber in der noch nicht modifizierten Ausbildung nicht in dem Ausmaß vermittelt, daß sie eine Prophylaxe zur Burnout-Symptomatik darstellen kann. Würde die Berufsvorbereitung zu kontinuierlicher Kompetenz- und Kontrollüberzeugung führen, so wäre damit eine nicht zu unterschätzende

Entwicklung einer Coping-Strategie contra dauerhafter Überlastung gegeben. In diesem Sinne läge also mit der Vermittlung von adäquater Professionalität in der Ausbildung und den daraus resultierenden Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen das Mittel der Wahl gegen Überlastungen vor. Eine optimierte Ausbildung würde außerdem nicht nur eine Präventionsmaßnahme gegen Burnout-Symptomatik darstellen, sondern auch eine adäquate und der Qualitätssicherung gerecht werdende Versorgung der zu betreuenden alten Menschen gewährleisten. Private und soziale Ressourcen wären dann nur von sekundärer Wichtigkeit, zumal sie sind nicht nur weniger zu kontrollieren sind, sondern vor allem schwieriger erreichbar bezüglich eines Veränderungsmodus.

UNTERRICHTSEINSCHÄTZUNG

Zuletzt wurden *Daten zum schulischen Unterricht* erhoben, denn wer könnte den Sinn und die Nützlichkeit des Unterrichtes besser beurteilen als betroffene AltenpflegeschülerInnen selbst. So sollte nebst der Praxisnützlichkeit des Unterrichtes auch der Umfang des Unterrichtes beurteilt werden. Zudem sollten Verbesserungsvorschläge gemacht bzw. Wünsche geäußert werden bezüglich weiterer oder alternativer sinnvoller Unterrichtsfächer, die hilfreich sind bei der Ausübung des Berufes. Die Präzision und Souveränität, mit der die ProbandInnen ihre Aussagen über den Unterricht machten, war erstaunlich: offensichtlich haben die Auszubildenden das Desaster ihrer inadäquaten schulischen Vorbereitung auf den Berufsalltag erkannt und entsprechend hoch war die Antwortcompliance. Trotz Abschlußteil eines allein schon durch den Umfang ermüdenden Fragebogens –die Fragen nach dem Unterricht standen am Ende eines immerhin 31 Seiten umfassenden Untersuchungsinstruments- wurde sich um die Nennung von Wunschfächern bemüht. Eine Mittigkeitstendenz, die etwa auf eine oberflächliche Bearbeitung hinweisen könnte, war dabei nicht erkennbar.

Fächer wie Religionslehre und Deutsch empfanden die ProbandInnen erwartungsgemäß als nutzlos und wünschten weniger Unterricht. Ernährungslehre, Diätetik und Psychiatrie wurden zwar als nützlich für den Berufsalltag empfunden, jedoch mit abnehmender Tendenz, auch den Umfang des Unterrichtes betreffend. Eine Erklärung hierfür mag sein, daß beide Fächer an sich zwar interessant sind, jedoch praktisch wenig umsetzbar. Diäten und deren Erstellung unterliegen ebenso wenig wie der psychiatrische Aspekt dem Zuständigkeitsbereich von AltenpflegeschülerInnen, so daß beide Fächer lediglich als Hintergrundwissen von Interesse sind. Ähnliches gilt für das Fach Arzneimittellehre: nur fertig ausgebildete Schwestern/Pfleger dürfen mit der Einteilung von Medikamenten betraut werden. Dennoch scheint für die Auszubildenden die Kenntnis darüber so interessant und Verständnis bringend, daß sie sich nach einem Jahr durchschnittlich mehr Unterricht wünschten. Der praktische Nutzen des Faches „Alten- und Krankenpflege mit Übungen“ wurde nach einem Jahr zwar als niedriger eingestuft, an Unterrichtsmenge jedoch mehr gefordert. Das mag daran liegen, daß die Übungen im täglichen Berufsgeschehen wohl zur Genüge stattfinden, daß die Übung an sich aber nur im Unterricht zu notwendigen und erleichternden Korrekturen

führt. Denn nur dort kann ohne Zeitdruck trainiert und korrigiert werden. Auch Gesundheits- und Krankheitslehre erschien den ProbandInnen zunehmend nützlich, jedoch auch eher als Hintergrundwissen, was zum Wunsch nach weniger Unterricht führte. „Aktivierung und Rehabilitation/Tägliche Versorgung“ hingegen wurde als zunehmend nützlich eingestuft und es bestand Interesse an mehr Unterricht.

Betrachtet man sich die als sehr nützlich bzw. zunehmend als sehr nützlich eingestuften Unterrichtsfächer einschließlich des tendenziellen Wunsches nach mehr Unterricht, so heben sich in der Praxis verwendbare Fächer hervor. Dazu gehören EDV, Rechtskunde, Gerontologie, aber auch Behandlungspflege und Alternative Pflege. Gleichzeitig stehen diese Fächer stellvertretend für ein gewandeltes Berufsfeld: EDV im Rahmen der Dokumentation, Rechtskunde bzgl. Qualitätsstufen und -sicherung, Gerontologie und Behandlungspflege bzw. Alternative Pflege für eine Betreuungspopulation, die mehr der Pflege als der Hege unterliegt. Zudem bei geringer Hoffnung auf Verbesserung die Suche angesagt ist nach alternativen Erleichterungen akzeptabler Art für beide Seiten. Zeitmangel läßt wenig Hege zu, Pflege ist komplett durch die Pflegestufeneinteilung durchstrukturiert und das eigentliche Helfermotiv, das mit entscheidend zu Beginn der Berufswahl stand, ist degradiert zu einer Ohnmacht. Diese sollte erträglicher gestaltet werden und zwar gleichermaßen für beide Seiten: PflegerInnen und zu Betreuende. In dieselbe Richtung sind die als Zusatzfächer genannten Wunschfächer zu interpretieren. Auch sie spiegeln die veränderten Pflegekomponenten wieder: Aktivierungsmethoden und Gymnastik stehen gleichzeitig mit dem Erlernen des Umgangs mit Formularen und Streßbewältigungsmaßnahmen, Entspannungsverfahren und Validation an oberster Stelle. Fächer wie Reanimation und Erste Hilfe, Pflegepraxis mit Kathedisieren und Spritzen, Berufspolitik, Kinästhetik und Ergo- bzw. Beschäftigungstherapie sowie Hygiene sprechen eine deutliche Sprache. Es geht um die Erleichterung beider betroffener Seiten und um die Bemühung, der ursprünglichen Motivation in der Praxis wieder näher zu kommen.

Die bislang unveränderte Berufsausbildung wird den veränderten Berufsanforderungen nicht mehr gerecht und ein veraltetes Berufsbild sorgt bereits im Vorfeld für Berufswahl-Irrtümer. Der Altenpflegeberuf stillt längst nicht mehr „Jederfraus Helfermotivation“, sondern ist hochgradig leistungsorientiert und erfordert zunehmende Spezifikation und fachliche Kompetenzen.

AUSBLICK

Betrachtet man die vorliegenden Ergebnisse, so läßt sich eine deutliche Richtung erkennen, welche die Ansätze des Burnout-Syndroms sowohl auf physischer, wie auch auf psychischer Ebene darstellt. Damit wäre die der Untersuchung zugrunde liegende Arbeitshypothese belegt: erste Anzeichen der Erschöpfung und Überlastung im Altenpflegebereich zeigen sich bereits während der Ausbildung.

Zunehmende Erschöpfung und Verunsicherung stehen unrealistischer Motivation und übermäßigem Enthusiasmus im Berufsvorfeld gegenüber. Motivationale Berufswahlaspekte sind nicht umsetzbar, Teamgeist ist fast ein Fremdwort und die allgemeine Unsicherheit nimmt von Jahr zu Jahr zu. Entsprechend wird Aus-, Fort- und Weiterbildung als vermehrt wichtig eingestuft. Dabei ist es fast zynisch, daß in einem Beruf, dessen Leistungsmaßstäbe bundesweit durch einheitliche Pflegeversicherung und Qualitätsstandards geregelt sind, weder Zugangsvoraussetzungen noch einheitliche Ausbildungsstandards existieren. Zudem fehlt die Modifikation der Ausbildung gemäß dem veränderten Berufsleistungsbild.

Entsprechende Interventionen bei AltenpflegerInnen machen einerseits Sinn, andererseits können sie aber maximal mit Sekundärprävention gleichgesetzt werden. Laut Definition der WHO befaßt sich diese mit der Eindämmung weiterer gesundheitlicher Schäden und der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes. Primärprävention als Prophylaxe würde die Entwicklung vorbeugender Maßnahmen im Vorfeld bedeuten und eine Entstehung dieser Symptomatik im Vorfeld verhindern.

Ein weiteres Belastungsmoment, das sich immer wieder in der Literatur und Untersuchung finden läßt, ist die vermeintliche Nichtakzeptanz des Berufes in der Gesellschaft. AltenpflegerInnen meinen immer noch belächelt und nicht ernst genommen zu werden.

Faßt man diese Punkte zusammen, so kristallisiert sich als Interventionsmittel der Wahl das strukturierte und aktuellen Anforderungen angepaßte Berufsbild mit entsprechend qualifizierter Ausbildung heraus. Dabei wäre dann auch die medizinische Perspektive zu bedenken, nach deren Grundsätzen und Pflegemodellen die alten Menschen heute versorgt werden. Im Sinne der Reaktivierung darf es nicht mehr um Sauber-Satt-Sedierung gehen, sondern es ist die Rehabilitation im Sinne von Aktivierung noch vorhandener Ressourcen anzustreben.

Die nachgewiesene Überforderung würde durch adäquate Berufsvorbereitung minimiert werden und die Qualität der Ausbildung stünde der vermeintlichen „Jedermann's-Tätigkeit“ entgegen. In diesem Sinne ließe sich auch an eine Zugangsqualifikation denken, sei es per Aufnahmeprüfung oder per klar definiertem Praktikum, das dem Praxisschock bei Auszubildenden vorgreifen könnte. Mit solchen Primärpräventionen wäre der Burnout-Situation im

Altenpflegebereich durchaus entgegenzutreten, die sich auch in immensen Fluktuationszahlen darstellt.

Somit wäre die volkswirtschaftliche Seite der momentanen Altenpflegesituation angesprochen. 10% Abbrecher während der Ausbildung sind an sich nicht tragisch, finanziell relevant sind vielmehr Zahlen, die von einem Drittel Berufsabbrecher im ersten Berufsjahr sprechen. In Anbetracht eines recht hohen Anteiles an Umschülern und auch in Anbetracht von etlichen älteren Auszubildenden sollte rein volkswirtschaftlich gesehen einer solchen Einbuße entgegen getreten werden. Zwar wird ein Aufnahmetest nicht unbedingt den Berufsausstieg bei allen verhindern, zumindest könnten jedoch Burnout-prädestinierte Interessenten im Vorfeld von einer Ausbildung abgehalten werden, die sie vermutlich kaum beenden würden. Das wäre dann ein weiterer notwendiger Forschungsansatz, der vielleicht spezifische und für den Beruf der Altenpflege förderliche Kompetenzen erfragen und prüfen könnte.

Bezüglich des Wirtschaftsfaktors sind auch die Kosten nicht zu vergessen, die durch das Entstehen des behandlungsbedürftigen Burnout-Syndroms auftreten. Das betrifft Fehlzeiten, Arztkosten und Umverteilung des Personalschlüssels auf anwesende Personen mit dem gleichzeitigen Risiko deren Überforderung. Was nutzen zehn Auszubildende, von denen einer bereits während der Ausbildung abbricht, drei weitere im ersten Berufsjahr und übrig bleiben sechs inadäquat ausgebildete AltenpflegerInnen, die eine adäquate Versorgung bei den alten Menschen absichern sollen. Dabei muß diese Versorgung auch noch den Prüfungsmaßstäben der Qualitätssicherung standhalten. Der gewünschte Verbleib im Beruf rechtfertigt Kosten, die einer guten Ausbildung zuzuordnen sind. Ebenso wie Kosten von fachlichen Spezialisierungen, die heutzutage zunehmend gefordert werden, denn immer ältere Menschen werden erst mit immer spezifischeren Problemen zum Pflegefall.

Was die Anwendbarkeit der Ergebnisse betrifft, so sind sicherlich noch weitere replizierende Untersuchungen notwendig und hilfreich. Die hier vorgestellten Daten sollten aber zumindest einen Anhaltspunkt darstellen für die schon lange geplante Modifikation und Vereinheitlichung der Ausbildung.

Ein weiterer Aspekt der Untersuchung stellt sich durch die Ergebnisse des Vergleiches von Motivation und Realität dar, wo sich enorme Diskrepanzen zeigten. Das entspricht der politischen Realität:

Am 1. Juli 1996 wurde die Pflegeversicherung als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems implementiert, seitdem jedoch die Ausbildung nicht an die veränderten Berufsanforderungen angeglichen. Es existiert tatsächlich die bundesweite Vereinheitlichung der Altenpflege durch einheitlich geltende Pflegestufen, Qualitätsmaßstäbe und Qualitätssicherung, jedoch weder einheitliche Berufsvoraussetzungen noch einheitliche Ausbildungsinhalte. Nicht einmal die Ausbildungsdauer und Abschlußprüfung ist bisher gesetzlich einheitlich geregelt. Fast mutet es an, als hätte man ein neues Betätigungsfeld geschaffen, ohne sich

Gedanken über die dort zu Beschäftigten zu machen. Anstatt im Vorfeld eine Ausbildung hinsichtlich kommender Anforderungen zu entwickeln, wurden Berufsrealitäten geschaffen, die nur eine Verschiebung von gesundheitlichen Kosten bedeuten. Es scheint, als ob keinerlei Absprache zwischen Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik stattgefunden hätte, geschweige denn irgendein wirtschaftspolitischer Aspekt konsequent durchdacht worden ist.

Die Versuche der Gesundheitspolitik, teure Kosten der Altersversorgung zu vermeiden, werden durch Kosten der gesundheitlichen Versorgung überlasteten Altenpflegepersonals aufgehoben. Somatoforme Störungen, Depressionen, aber auch somatische Krankheiten wie Tinnitus und Herzrhythmusstörungen, sowie Wirbelsäulenleiden mannigfaltiger Art sind nur einige wenige behandlungsbedürftige Folgen einer andauernden Überlastung.

Bildungspolitisch sollte durch möglichst zügige Modifikation der Ausbildung gemäß den beruflichen Anforderungen interveniert werden. Eine Abstimmung dieser beiden Zweige könnte die adäquate Versorgung der alten Menschen wieder gewährleisten, zumal personelle Ausfallzeiten vermieden würden.

Damit könnte sich endlich der Kreis schließen: die Pflegeversicherung wäre tatsächlich ein Kosten reduzierender und gesundheitliche Aspekte bedenkender Sozialfaktor, wie es der fünften Säule eines Sozialversicherungssystems auch zukommt.

ANHANG: LITERATURVERZEICHNIS

Adolph, H. & Görres, S., 1997. *Umsetzungsbarrieren im Wissenstransfer innovativer Pflegekonzepte.* In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, 1997, S. 100-108.

Aguilera, D.C. & Messick, J.M., 1977. *Grundlagen der Krisenintervention* (Originaltitel, 1970: Crisis Intervention - Theory and Methodology). Freiburg i.Br.: Lambertus-Verlag.

Arnold, M., 1995. *Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende.* Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Astedt-Kurki, P. & Liukkonen, A., 1996. *Beziehungspflege.* Forum Altenpflege, 4.Jhrg., Nr.2, Juli 1996. Hannover: Vincentz Verlag.

Bagshaw, M. & Adams, M., 1986. *Nursing home nurses' attitudes, empathie and ideologic orientation.* International Journal of Aging and Human Development, 22, p. 235-246.

Baier, E., 1997. *Unbezahlt, aber nicht umsonst.* In: Altenpflege 6/97, S.27.

Ballusek, H., 1980. *Die Pflege alter Menschen. Institutionen, Arbeitsfelder und Berufe.* In: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA): Beiträge zu Gerontologie und Altenarbeit; Bd. 31. Berlin: DZA.

Beck, M. & Meyer, B. (Hrsg.), 1994. *Krisenintervention.* Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)-Verlag.

Becker, W. & Meifort, B., 1994. *Pflegen als Beruf: ein Berufsfeld in der Entwicklung.* Bundesinstitut für Berufsbildung. In: Der Generalsekretär (Hrsg.), Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 169. Bielefeld: Bertelsmann.

Becker, W. & Meifort, B., 1997. *Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zur Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften.* Bielefeld: Bertelsmann.

Berger, G. & Gernegroß-Haas, G., 1996. *SIESTA.* Ein Instrumentarium zur systematischen Qualitätsanalyse und -beurteilung von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Institut für Soziologie, Universität zu Kiel.

Berger, G. & Gernegroß-Haas, G., 1996. *Wo liegen die Stärken und Schwächen? Von der Qualitätsdiagnose zur Qualitätssicherung.* Altenheim, 36, (3), S. 28-39.

Bermejo, I. & Muthny, F.A., 1994. *„Burnout“ und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege.* Medizinische Psychologie Bd. 6. Münster: Lit Verlag.

- Besendorfer, A., Göschel, I. & Senftleben, B.;** 1996. *Kriterien für die Pflege*. In: *Altenpflege 7/96*. Hannover: Vincentz.
- Beske, F.;** 1960. *Das Gemeinschaftsleben in Altersheimen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Beske, F., Brecht, J.G. & Reinkemeier, A.-M.;** 1993. *Das Gesundheitswesen in Deutschland*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bode, K.;** 1988. *Burnout bei Hamburger Krankenschwestern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie.
- Böhle, F., Brater, M. & Maurus, A.;** 1997. *Pflegearbeit als situatives Handeln*. In: *Pflege 1997*; 10: S.18-22.
- Bojanowski, J.;** 1987. *Kommunikation zwischen Partnern: Psychische Gefährdung in Lebenskrisen*. Düsseldorf: Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.
- Boldt, M.;** 1994. *Konzeption der Pflege heute*. Waschzettelverlag A. Möckl.
- Bond, M.;** 1996. *Pflegestress - Stresspflege*. Basel: Recom.
- Borutta, M.;** 1997. „Keine Rasenmähermethoden!“ In: *Altenpflege 6/97*, S.16-17.
- Braun, K.;** 1978. *Einstellungen der Altenpflegeschüler*. In: *Caritas*, 79 (1978) 2, S.82-85.
- Brockschmidt, G.;** 1993. *Altenpfleger/Altenpflegerin*. Blätter zur Berufskunde der Bundesanstalt für Arbeit. Bielefeld: W. Bertelsmann-Verlag.
- Broda, M. & Muthny, F.A.;** 1990. *Umgang mit chronisch Kranken*. Stuttgart: Thieme.
- Bruder-Brezzel, A.;** 1991. *Geschichte der Individualpsychologie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Büker, H.-J.;** 1995. *Altenpflege als Beruf*. Hannover: Vincentz.
- Büssing, A.;** 1992. *Ausbrennen und Ausgebranntsein*. *Psychosozial*, 15.Jg., Heft IV, S.42-.
- Büssing, A.;** 1992. *Organisationsstruktur. Tätigkeit und Individuum*. Bern: Hans Huber.
- Büssing, A. & Glaser, 1998. Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH)**. In: Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. Zürich:VDF.
- Büssing, A. & Perrar, K.-M.;** 1988. *Burnout ein neues Phänomen der psychosozialen Arbeitswelt?* Bericht über den 36. Kongreß der BGPD, Bd.2, S. 165-176.
- Büssing, A. & Perrar, K.M.;** 1991. *Burnout und Streß. Untersuchungen zur Validität von Burnout und Streß in der Krankenpflege in Abhängigkeit von Geschlecht und beruflicher Position*. In: *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim*, Landau, K., München.

Büssing, A. & Perrar, K.-M., 1992. *Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D)*. Diagnostica, 38, Heft 4, S.328-353.

Büssing, A. & Perrar, K.-M., 1992. *Maslach Burnout Inventory - Deutsche Fassung*.

Büssing, A. & Seifert, H. (Hrsg.), 1995. *Sozialverträgliche Arbeitsgestaltung*. München: Rainer Hampp Verlag.

Bundesanstalt für Arbeit, 1993. *Altenpfleger/Altenpflegerin*. Blätter zur Berufskunde. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Bundesanstalt für Arbeit, 1996. *Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Bundesgebiet West im Jahre 1995*. Sonderdruck aus „Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit“, Nr.11/1996, S.1818-1831.

Bundesanstalt für Arbeit, 2/1997. *Beschäftigte*. BfA, Unterabteilung III a/Nürnberg.

Bundesanstalt für Arbeit, 1997. *Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Bundesgebiet West. Ende Juni 1996*. Sonderdruck aus „Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit“, Nr.3/1997, S.358-423.

Bundesministerium für Familie und Senioren, 1992. *Hilfe- Pflegebedarf in Deutschland 1991*. München: Infratest Sozialforschung.

Bundesministerium für Familie und Senioren, 1994. *Die Alten der Zukunft - Bevölkerungsstatistische Datenanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer.

Burger, H., 1990. *Wenn das Miteinander gestört ist*. Altenpflege 8, S.473-476.

Burisch, M., 1994. *Das Burnout-Syndrom*. Berlin: Springer.

Cappell, E., 1996. *Die Folgen des Pflegeversicherungsgesetzes für die Altenhilfeplanung*. In: **R. Schlichting & R. Schröter**: 200 Tage Pflegeversicherung - Bilanz und Perspektiven, S.15-26. Graftschaft: Vektor-Verlag.

Cohen-Mansfield, J., 1995. *Stress in Nursing Home Staff: A Review and a Theoretical Model*. The Journal of Applied Gerontology, Vol. 14 No. 4, p. 444-466.

Cullen, A., 1995. *Burnout. Why Do We Blame the Nurse?* AJN, November 1995.

Closs, C. & Kempe, P., 1981. *Alteneinrichtungen aus umweltpsychologischer Sicht*. Zeitschrift für Gerontologie, 14, S.430-443.

Dallinger, U., 1994. *Die Pflege alter Eltern - Balanceakt zwischen Normerfüllung und Individualisierungschancen im weiblichen Lebenslauf*. In: DZA, Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen, S.145-160.

Debatte in Altenpflege, 1996. *Alarmstufe Rot. Ist ein ganzer Berufsstand in Gefahr?* Altenpflege 7/96, S. 452-453.

Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 1989. *Arbeitsmaterialien: Zusammenstellung der für die Altenpflegeausbildung relevanten Verordnungen und Erlasse der Bundesländer sowie der Rahmenvereinbarung der Bundesländer von 1985 - Stand September 1989*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.

Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 7/1991. *Wissenschaftliche Arbeit für die Praxis der Altenhilfe und der sozialen Sicherung alter Menschen - Zusammenfassender Bericht über die Tätigkeit des DZA 1974 bis 1991*. Berlin: DZA, 1991.

Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 7/1995. *Sozialgerontologische Dokumentation, Information, Beratung und angewandte Forschung für die älter werdende Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland. Ein Planungsszenario zur Zukunftsentwicklung des Deutschen Zentrums für Altersfragen*. Berlin : DZA.

df, 1995. *Wie man sich gegen Burnout wappnen kann*. Psychologie/Forum, Pädagogische Welt 10/1995, S.479.

Diekermann, D., 1997. *Anspruch und Wirklichkeit*. In: Altenpflege 7/'97, S. 36-37.

Djafari, N. & Kade, S., 1989. *Umschulungsabbruch*. Praxishilfen für die Umschulung, 4. Bonn-Frankfurt/Main: Deutscher Volkshochschul-Verband e.V.

Doubrawa, A., 1995. *Die Reflexion der Helferrolle*. In: „Gesundheitsförderliches Handeln in der Krankenpflege“, Fichten, W. & Rieforth, J., Köln.

Draper, B.M., Poulus, R.G., Poulus, C.J. & Ehrlich, F., 1995. *Risk Factors for Stress in Elderly Caregivers*. International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol.11, p. 227-231.

Edelwich, J. & Brodsky, A., 1984. *Ausgebrannt: Das „Burnout“-Syndrom in den Sozialberufen* (Orig.-Titel: Burn-out; Stages of disillusionment in the helping profession. Human Sciences Press: New York, 1980). Salzburg: AVM-Verlag.

Entzian, H. & Klie, T., 1996. *Professionalisierung der Pflege älterer Menschen*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29, S.404-410.

Enzmann, D. & Kleiber, D., 1989. *Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.

Everitt, D.E., Fields, D.R., Soumerai, S.S. & Avorn, J., 1991. *Resident Behavior and Staff Distress in the Nursing Home*. Journal of the American Geriatrics Society 39, p. 792-798.

Fachinger, U. & Rothgang, H., 1995. *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*. Berlin: Duncker und Humblot.

- Fagin, L., Carson, J., Leary et al.**, 1996. *Stress, Coping and Burnout in Mental Health Nurses: Findings from Three Research Studies*. International Journal of Social Psychiatry, Vol. 42 No.2, p. 102-111.
- Fahrenberg, J.**, 1994. *Die Freiburger Beschwerdeliste (FBL-G/R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Falk, J.**, 1995. *Altenpflege: Wie weiter?* In: Pflegepädagogik, 5 (1995) 4.
- Falk, J.**, 1997. *Alles Frauensache !?* In: Altenpflege 1/1997. Vinzentz-Verlag.
- Falk, J. & Kämmer, K.**, 1997. *Pflicht zur Fortbildung?* In: Altenpflege 7/97, S.40.
- Faßmann, H. & Grillenberger, R.**, 1996. *Burnout bei Pflegepersonen von Schwerpflegebedürftigen*. Report Psychologie 10, S. 788-798.
- Feldbrügge, R.**, 1997. *Einfach nur anklicken*. In: Altenpflege 3/97, S.40-45.
- Fichtner, O.**, 1980. *Soziale Arbeit-Soziale Sicherheit: Probleme der Fürsorge in der Arbeit des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit/Aktuelle Probleme der sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, H. v.**, 1997. *Eine gezielte Provokation*. In: Altenpflege 5/97, S.16-18.
- Forster, G.**, 1992. *Notstand der Pflegekräfte*. In: Zeitschrift für Gerontologie, Band 25, Heft 1 (1992), S.15-17.
- Frank, R.**, 1989. *Burnout bei Schwesternschülerinnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie.
- Franke, G.**, 1995. *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Göttingen: Hogrefe.
- Freudenberger, H.J.**, 1974. *Staff burn-out*. Journal of Social Issues, 30, 1, 159-165.
- Frieling-Sonnenberg, W.**, 1997. *Krankheit im pflegebedürftigen Alter wird durch die Strukturen der Altenhilfe und -pflege gefördert*. In: Pflege 1997; S: 23-28.
- Gerster, E.**, 1990. *Die zweijährige Ausbildung wird festgeschrieben*. Altenpflege 1, S.14-23.
- Gilligan, C.**, 1988. *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München.
- Glinski-Krause, B.**, 1997. *Altenpflege. Der Beruf, in dem jeder Tag zählt*. In: Altenpflege 2/97, S. 18-24.
- Glinski-Krause, B.**, 1997. *Die alte Verwahranstalt droht*. In: Altenpflege 3/97, S.22.
- Grieger, P.**, 1996. *Die unendliche Geschichte*. In: Altenpflege 7/96.
- Golan, N.**, 1993. *Krisenintervention*. Freiburg i.Br.: Lambertus-Verlag.
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N.** (Hrsg.), 1991. *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.

- Grond, E.**, 1994. *Psychisch veränderte Menschen in Heimen*. In: A.Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.): *Altern und Wohnen in Heimen*. Bern: Huber.
- Gross, W.**, 1997. *Seelische und körperliche Kosten der Karriere - Psychische und psychosomatische Erkrankungen, Arbeitssucht, Partnerprobleme, Burnout*. In: *Report Psychologie* 22 (4/1997), S.292-300.
- Gutberlet, R.**; 1985. *Motive für den Beruf*. In: *Altenpflege* 10/'85. Hannover: Vincentz.
- Hacker, W.**, 1980. *Psychische Fehlbeanspruchung: Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Streß*. *Spezielle Arbeits- und Ingenieurpsychologie* 2. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Hacker, W.**, 1986. *Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Hacker, W. & Reinhold, S.**, 1995. *Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System)*. *Forschungsberichte der Technischen Universität Dresden*, Band 27, Oktober 1995.
- Hacker, W., Reinhold, S., Darm, A., Hübner, I. & Wollenberger, E.**, 1995. *Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System)*. *Forschungsberichte*, Bd. 27. Dresden: Technische Universität.
- Hacker, W. & Richter, P.**, 1984. *Psychische Fehlbeanspruchung. Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Streß*. Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. & Bailer, B.**, 1993. *Die allgemeine Depressionsskala (ADS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hecht, H., Wittchen, U. & Faltermeier, M.**, 1987. *Das Social Interview Schedule (SIS)*.
- Heeg, S.**, 1991. *Möglichkeiten zur psychosozialen Entlastung des Pflegepersonals - zur Rolle des architektonischen Milieus*. In: *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim*. Landau, München.
- Heinemann-Koch, M.**, 1994. *Thesen zur Altenpflegearbeit von Frauen*. In: DZA, *Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen*, S. 161-170.
- Henderson, V.**; 1977. *Grundregeln der Pflegetheorie*. In: N.Roper, 1987: *Die Elemente der Pflege*. Basel: Recom.
- Hennecke, M.**; 1998. *Die Qual der Wahl*. In: *Altenpflege extra* 1998. Hannover. Vincentz.
- Henning, H. & Späte, H.F.** (Hrsg.), 1988. *Krisenintervention bei psychiatrischen Patienten*. *Kongreß- und Tagungsberichte der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg* 14 (R103). Bernburg: Salzlanddruckerei.

- Hensge, K.**, 1988. *Ausbildungsabbruch im Berufsverlauf*. In: Die Deutsche Schule 2/1988, S. 196-204.
- Hirsch, A. M.**, 1994. *Psychologie für Altenpfleger*. München: Quintessenz.
- Hirsch, R.**, 1993. *Balintgruppe und Supervision in der Altenarbeit*. München; Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- 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*. München: Leudemann.
- Höhn, C., Roloff, J., Schneekloth, U. & Störtzenbach, B.**, 1994. *Die Alten der Zukunft- Bevölkerungsstatistische Datenanalyse*. Forschungsbericht. Band 32, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hofmann, F., Michaelis, M., Stöbel, U. & Siegel, A.**, 1995. *Die „Freiburger Wirbelsäulenstudie“ - Epidemiologie arbeitsbedingter Wirbelsäulenerkrankungen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst in Deutschland*. Gesundheitswesen, 57, S. 467-475.
- Hundsatz, A. & Böhmer-Miltner, G.**, 1981. *Fortbildung von Mitarbeitern in der Altenarbeit - ein Erfahrungsbericht*. Zeitschrift für Gerontologie 14, S.517-525.
- Imhof-Gildein, B. & Meth, H.-M.**, 1991. *Subjektives Beanspruchungsempfinden und Gesundheitszustand bei Altenpflegekräften*. In: Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. K. Landau, München.
- Informationsservice des Bundesamtes Wiesbaden (Hrsg.)**, 2000. *Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Infratest**, 1982. *Biogramm*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Infratest Burke Sozialforschung**, 1995. *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen*. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“. München: Infratest.
- Jenrich, H. & Krüper, W.**, 1997. *Die Grenzen des Möglichen*. In: Altenpflege 5/97, S.48-49.
- Juchli, L.**, 1994. *Pflege*. Stuttgart: Thieme.
- Jüngling, H.**, o.D. *Zur Situation von ungelernten Pflegekräften, die sich berufsbegleitend zum staatlich anerkannten/zur staatlich anerkannten Altenpflegerin nachqualifizieren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg: Institut für Gerontologie.

- Kämmer, K.**; 1992. *Die Rolle der Pflege in der geriatrischen Rehabilitation*. In: Zeitschrift für Gerontologie 1992, 25 (4), S. 259-262.
- Kämmer, K.**, 1997. *Streß, laß' nach!* In: *Altenpflege 7/97*, S.43. Hannover:Vinzentz Verlag.
- Kämmer, K.**, 1997. *Konflikte als Chancen*. In: *Altenpflege 9/1997*, S.55. Hannover: Vinzentz Verlag.
- Kämmer, K.**; 1999. *Reise zu neuen Ufern*. In: *Altenpflege extra 1999*. Vinzentz-Verlag.
- Kahana, E.F. & Kiyak, H.A.**, 1984. *Attitudes and Behavior of Staff in Facilities for the Aged*. *Research on Aging*, Vol.6, No.3, P.395-416.
- Karotsch, D.**, 1996. *Bettlägerigkeit als oberstes Ziel?* In: *Altenpflege 7/96*, S.472-473.
- Karotsch, D. & Stoffer, F.-J.**, 1997. *Verliert die Altenpflege an Qualität?* In: *Altenpflege 3/97*, S. 34.
- Katschnig, H.** (Hrsg.),1980. *Sozialer Streß und psychische Erkrankung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kauffeldt, S., Kühnert, S. & Wittrahm, A.**, 1995. *Psychologische Grundlagen der Altenarbeit*. Bonn: Ferd. Dummlers Verlag.
- KDA, Kuratorium Deutsche Altershilfe**, 1995. *AltenpflegerInnen: Jede(r) vierte gibt schon im ersten Berufsjahr auf*. Presse- und Informationsdienst, Juni, 2-5.
- Kempe, P. & Closs, C.**, 1981. *Das Betriebsklima in 22 Hamburger Aletneinrichtungen aus der Sicht des Personals*. *Zeitschrift für Gerontologie*, Bd. 14, S. 444-458.
- Kempe, P. & Closs, C.**, 1984. *Bedeutung und Hintergrund altruistischer Motivation in der Altenpflege*. *Altenheim*, 12/84, S. 330-333.
- Kleiber, D. & Enzmann, D.**, 1990. *Burnout. Eine internationale Bibliographie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kleiber, D. & Filsinger, D.**(Hrsg.), 1989. *Altern - bewältigen und helfen*. Heidelberg: Asanger.
- Kleiber, D. & Gusy, B.**, 1996. *Burnout in der psychosozialen Arbeit*. *Report Psychologie 21*, Bd.4, S.306-308.
- Kleiber, D. & Rommelspacher, B.** (Hrsg.), 1986. *Die Zukunft des Helfens*. Weinheim und München: Beltz.

- Klein, T., Salaske, I., Schilling, H., Schneider, S. & Wunder, E., 1997.** *Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristika und die Wahl des Heims.* In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30, 1997, S.54-67.
- Klie, T., 1997.** *Nicht ersetzen, sondern ergänzen.* In: Altenpflege 4/97, S. 51-54.
- Knobling, C., 1988.** *Konfliktsituationen im Altenheim.* Freiburg i.Br.: Lambertus-Verlag.
- Köppl, G., 1995.** *Weniger Berufsausbildungsabbrüche durch mehr Berufswahlunterstützung.* In: Unterrichten, erziehen, 1/1995, S.47-48.
- Kowalzik, U., 1997.** *Mehr Professionalität ist gefragt.* In: Altenheim 2/97, S.24-29.
- Kremer-Preiss, U., 1996.** *Belastung oder Entlastung?* Altenpflege Forum, 12/96, S.98-104.
- Kruse, L., Graumann, C.F. & Lantermann E.-D. (Hrsg.), 1996.** *Ökologische Psychologie.* Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Kruse, A. & Wahl, H.-W. (Hrsg.), 1994.** *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* Bern: Hans Huber.
- Kondratowitz, H.-J. (Hrsg.), 1994.** *Die zukünftige Dominanz prekärer „Normalitäten“.* In: DZA, Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen, S. 1-15.
- Kühnert, S., 1991.** *Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim.* Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Kühnert, S., 1997.** *Wandel pflegerischer Berufsbilder.* In: Bundesausschuß der Länderarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (Hrsg.), *Bildung und Pflege*, S. 32-42. Stuttgart: Thieme.
- Kühnert, S. & Gaßmann, R., 1997.** *Fort- und Weiterbildung als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Altenpflege - Ergebnisse einer empirischen Erhebung zur Ist-Situation und zu Veränderungsnotwendigkeiten.* In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30, 1997, S. 109-115.
- Kühnert, S. & Naegele, G. (Hrsg.), 1993.** *Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit.* Hannover: Vincentz Verlag.
- Kühnert, S. & Schnabel, E., 1996.** *Gegenwärtige Personalsituation und Qualifizierungserfordernisse in der Pflege.* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 26, S.411-417.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1995.** *AltenpflegerInnen: Jede(r) vierte gibt schon im ersten Berufsjahr auf.* Presse- und Informationsdienst II - Juni 1995, S. 2-5.
- Landau, K., 1991.** *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim.* Bericht über ein Symposium. Bayrisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung.

- Landesinstitut für Erziehung und Unterricht**, 1994. *Unterrichtspläne für die Berufsfachschulen für Altenpflege*.
- Langerhans, G.**, 1992. *Konflikt- und Belastungssituationen im Altenheim*. In: "Altern in unserer Zeit", Niederfranke, A., Lehr, U.M., Oswald, F. & Maier, G., 1992. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R.**, 1981. *Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt*. In: Nitsch (Hrsg.), Streß. Bern: Huber.
- Leiter, M.P. & Harvie, P.L.**, 1996. *Burnout among Mental Health Workers: A Review and a Research Agenda*. International Journal of Social Psychiatry, Vol. 42, No. 2, P.90-101.
- Lenze, B.**, 1990. *Krisen und deren Verlauf*. Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Lehr, U.**, 1977. *Psychologie des Alterns*. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Lehr, U.**, 1991. *Altenpolitik der 90er Jahre*. *Altenheim*; 2, S.70-71.
- Linn, M.W., Linn, B.S. Stein, S. & Stein, E.M.**, 1989. *Effect of nursing home staff training on quality of patient survival*. *International Journal of Aging and Human Development*; 28(4), p. 305-315.
- Lüders, I.**; 1997. *Auf Kosten der Frauen*. In: *Altenpflege 7/99*, Vinzentz-Verlag.
- Mahnkopf, W.**, 1991. *Zur Motivation der Berufswahl von Altenpflegeschülerinnen*. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit. Fachbereich Gerontologie der Universität Heidelberg.
- Mann, A.H., Graham, N. & Ashby, D.**, 1984. *Psychiatric Illness in Residential Homes for the Elderly: A Survey in one London Borough*. *Age and Aging*, 13, P.257-265.
- Markus, K.**, 1997. *Unternehmerisches Risiko*. In: *Altenpflege 5/97*, S.56.
- Marquard, A., Runde, P. & Westphal, G.**, 1993. *Psychische Belastung in helfenden Berufen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Marstedt, G. & Mergner, U.**, 1986. *Psychische Belastungen in der Arbeitswelt*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Maslach, C.**, 1976. *Burn-out*. *Human Behaviour*; 5(9), p. 16-22.
- Maslach, C.**, 1982a. *Burnout; the Cost of Caring*. Prentice Hall Press; New York.
- Maslach, C.**, 1982b. *Understanding burnout: Definitional issues in analysing a complex phenomenal*. In: Paine, W.S. (ed.): *Job stress and Burnout*; Beverly Hills: Sage. p. 29-40.
- Maslach, C. & Pines, A.**, 1977. *The burnout syndrome in day care settings*. *Child Care Quarterly*; 6, p. 100-113.

- Maslach, C. & Jackson, S.E.**, 1984. *Burnout in organizational settings*. In: Oscamp, S. (ed.): Applied Social Psychology Annual. Vol. 5. Beverly Hills: Sage, p. 133-153.
- Mathes, K.** 1986. *Krankmachende Lebens- und Arbeitsbedingungen im Altenpflegeheim*. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Heft 7-8, S.249-254.
- Meyer-Kriechbaum, W.**, 1997.und nichts bleibt, wie es war. In: *Altenpflege* 2/97, S.26-29.
- Mohr, G.**, 1980. *Helfersyndrom und Berufsmotivation von Studienanfängern der Fachschule für Sozialpädagogik*. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie.
- Moore, K.A. & Cooper, C.L.**, 1996. *Stress in Mental Health Professionals: A Theoretical Overview*. International Journal of Social Psychiatry, Vol. 42, No. 2, P. 82-89.
- Moosmann, D.**, 1980. *Helfersyndrom als Lebensstil und Berufsmotivation*. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Universität Hamburg, Psychologisches Institut.
- Muthny, F.A.**, 1989. *Zivildienstleistende in der Betreuung chronisch Kranker - Belastungen, Arbeitszufriedenheit und Fortbildungsbedarf*. Medizin Mensch Gesellschaft, Band 14, Heft 2, S.133-139.
- Muthny, F.A.**.(Hrsg.), 1990. *Krankheitsverarbeitung*. Berlin: Springer.
- Muthny, F.A., Bermejo, I. & v.Gierke, E.**, 1993. *Erlebte Belastungen und Bedarf an psychosozialer Fortbildung/Supervision in der stationären Altenpflege*. Zeitschrift für Gerontologie, 26, S.395-403.
- Muthny et al.**, 1993. *Fragebogen zu erlebten Belastungen und Bedarf an psychosozialer Fortbildung*.
- Neuberger, O.**, 1974. *Messung der Arbeitszufriedenheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuberger, O.**, 1974. *Theorien der Arbeitszufriedenheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuberger, O., Conradi, W. & Maier, W.**, 1985. *Individuelles Handeln und sozialer Einfluß*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Nick, R.F.**, 1974. *Management durch Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Niederfranke, A.**, 1992. *Ältere Frauen in der Auseinandersetzung mit Berufsaufgabe und Partnerverlust*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend, Bd. 4, Stuttgart.
- Niermann, N.**, 1997. *Den Horizont erweitern*. In: *Altenpflege* 5/97, S.50-51.
- Nitsch, J.R.** (Hrsg.), 1981. *Stress*. Bern: Hans Huber.

- N.N.**, 1994. *Nordrhein-Westfalen will Altenpflegeausbildung gesetzlich regeln*. In: *Altenhilfe*, 21 (1994) 5, S.19.
- Ostner, J. & Beck-Gernsheim, E.**; 1979. *Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege*. Frankfurt: Campus.
- Pflüger, P.-M.**, 1978. *Kurzpsychotherapie und Krisenintervention*. Fellbach: A. Bonz GmbH
- Pines, A.M., Aronson, E. & Kafry, D.**,1985. *Ausgebrannt*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Platen, N.**, 1997. *Zeit für ein entschiedenes Kontra*. In: *Altenpflege* 1/97, S.20.
- Pöldinger, W. & Stoll-Hürlimann, M.**,1980. *Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis*. Bern: Hans Huber.
- Reichert, M. & Wahl, H.-W.**, 1992. *Psychologische Forschung in Alten- und Altenpflegeheimen in den achtziger Jahren, Teil II: Personal, Heime als „Systeme“, Interventionsforschung*. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 5, Heft 2, S.87-113.
- Reyle, U.**, 1997. *Hoffnung für Sterbende und Lebende*. In: *Altenpflege* 3/97, S.28-31.
- Richter, D.**, 1997. *EDV-Einsatz in der Pflege-ein Problemaufriß*. In: *Pflege* 1997; S.: 29-34
- Richter & Hacker, W.** 1998. *Belastung und Beanspruchung*. Heidelberg: Asanger.
- Ristok, B.**, 1994. *Die Pflegeversicherung*. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Rogers, M.**; 1997. *Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung*. Freiburg.
- Roper, N.**; 1976. *Modell der Lebensaktivitäten*. Modifikation 1987: *Die Elemente der Pflege*. Basel: Recom.
- Samson v., E.**, 1990. *AusteigerInnen und KämpferInnen halten sich die Waage*. *Altenpflege* 9, S.507-510.
- Samson v., E.**, 1990. *Altenpflegeausbildung muß vergütet werden*. In: *Altenpflege* 11/90, S. 663-664.
- Saup, W.**, 1990. *Altenheim*. In: Kruse, L., Graumann, C.F., Lantermann, D. (Hrsg.): *Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Saup, W.**, 1993. *Alter und Umwelt*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Saup, W.**, 1994. *Altenheime als Umwelten*. In: A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.): *Altern und Wohnen in Heimen*. Bern: Huber.
- Schlesselmannm, E. v.**, 1997. *Trost und Zuflucht*. In: *Altenpflege* 3/97, S. 32.
- Schlüter, W.**, 1996. *Zurück in die Zukunft*. In: *Altenpflege* 7/96, S. 470-471.

- Schlüter, W. & Stoffer, F.-J.**, 1997. *Mehr Qualität durch mehr Menschlichkeit*. In: *Altenpflege* 6/97, S. 28-31.
- Schmidbauer, W.**, 1977. *Die hilflosen Helfer*. Reinbek: Rowohlt.
- Schmidt, R.**, 1991. *Altenhilfe - (k)ein Geschäft für Profis?*. Sekundäranalytische Studien zur *Altenhilfeentwicklung seit Mitte der 70er Jahre am Beispiel Bayerns*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. 11/1991.
- Schmitz-Scherzer, R., Bialke, R., Breitenstein, F., Heidlindemann, T. & Martin, C.**, 1994. *Besondere Belastungen im Altenpflegeberuf und Möglichkeiten der Intervention*. In: A. Kruse & W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort*, S.177-189. Bern: Huber.
- Schneekloth, U.**, 1997. *Pflegerische Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 30, 1997, S. 163-172.
- Schneekloth, U. & Müller, U.**, 1997. *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen*. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 147.2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, U. & Müller, U.**, 1999. *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127. Baden-Baden: Nomos.
- Schnyder, U. & Sauvant, J.-D.** (Hrsg.), 1993. *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Bern: Hans Huber.
- Schreiber, G.**, 1991. *Erfassung von Arbeitsinhalten und -bedingungen in der Altenpflege mit arbeitswissenschaftlichen Methoden*. In: K. Landau (Hrsg.): *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim*. Bericht über ein Symposium. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung.
- Schützendorf, E.**, 1996. *Bezahlen muß der Kunde*. In: *Altenpflege* 7/96, S. 476-477.
- Schumacher, J., Zedlick, D. & Frenzel, G.**, 1997. *Depressivität und kognitive Beeinträchtigungen bei Altenpflegeheim-Bewohnern*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 30, 1997, S.46-53.
- Schwarzer, R.** (Hrsg.), 1990. *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R.**, 1992. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schweidtmann, W.**, 1997. *Berufsethik und Identität-auf dem Hintergrund einer veränderten Rollendefinition der Krankenpflege*. In: *Pflege* 1997, S. 4-9.

- Selzer, G., Bock, M., Schnurr, A., Nickel, B., Krämer, T. & Schäfer, I.**, 1985. *Drop out - Knock out?* Königstein/Ts.: Anton Hain Meisenheim GmbH.
- Siegrist, J.**, 1996. *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J., Dittmann, K., Rittner, K. & Weber, I.**, 1980. *Soziale Belastungen und Herzinfarkt*. Enke Sozialwissenschaften.
- Siegrist, K.**, 1986. *Sozialer Rückhalt und kardiovaskuläres Risiko*. München: Minerva Publikation Saur GmbH.
- Sommer & Fydrich**, 1990. *FSOZU*. Fragebogen zur sozialen Unterstützung.
- Sozialministerium**, 1995. *Ausbildungs- und Prüfungsordnung des Sozialministeriums an Berufsfachschulen für Altenpflege*.
- Steppe, H., Ulmer, E., Saller, R. & Tuschen, P.** (Hrsg.), 1995. *Begutachten, forschen, Qualität sichern*. Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Stösser, A. et al.**, 1996. *Das Modell der Lebensaktivitäten wird zum Dogma*. In: Forum Sozialstation Nr. 78/1996, S.42-44.
- Stracke-Mertes, A.**, 1994. *Altenpflege-Ausbildung ohne Profil*. In: Forum Sozialstation, Nr. 69/August 1994, S. 24-35.
- Straßmann, W.**, 1995. *Die neue Buchführungsverordnung*. Altenheim 4/95, S. 308-314.
- Straumann, U.** (Hrsg.), 1992. *Beratung und Krisenintervention*. Köln: GWG-Verlag.
- Strümpel, C. & Zank, S.**, 1994. *Zur Fortbildungsbereitschaft von Pflegekräften in der Altenpflege: Ergebnisse einer empirischen Studie*. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 7, 1994, Heft 4, S.239-252.
- Voges, W. & Koneberg, L.**, 1984. *Berufsbild Altenpfleger/Altenpflegerin*. HWA-Akademiereihe. Augsburg: Maro Druck.
- Voges, W.**, 1985. *Berufsbilder in der Altenpflege*. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 1, S.9-13.
- Von Scheidt, J. & Eikelbeck, M.-L.**, 1995. *Gerontopsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Wahl, H.-W.**, 1994. *Sensible Bereiche der pflegerischen Arbeit in Heimen*. In: A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.): *Altern und Wohnen in Heimen*. Bern: Huber.
- Weiss, R.**, 1982. *Gründe für den Abbruch der Berufsausbildung*. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 78. Band, Heft 8/1982, S. 564-578. Wiesbaden: Franz Steiner Verlag GmbH.

Weyerer, S., Mann, A.H. & Ames, D., 1995. *Prävalenz von Depression und Demenz bei Altenheimbewohnern in Mannheim und Camden (London).* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28, S.169-178.

Weyerer, S. & Schäufele, M., 1999. *Epidemiologie körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen im Alter.* In: Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Zimmer & Weyerer, Göttingen.

Weyerer, S. & Zimmer, A., 1997. *Viel Streß und wenig Anerkennung.* In: *Altenheim 3/97*, S. 14-21.

Wickenhagen, E.1997. *Mehr Transparenz und Mitbestimmung.* In: *Altenheim 4/1997*, S.28-32.

Wilken, H., 1997. *Jeder Abschied ist ein kleiner Tod.* In: *Altenpflege 3/97*, S. 26-27.

Windisch, M., 1991. *Burnout in der Altenpflege.* *Das Altenheim*, 8, S. 364-369.

Wirsing, K., 1987. *Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe.* München-Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

Wittchen, H.-U. & Zerssen, D.v., 1988. *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen.* Berlin: Springer-Verlag.

Zerssen, D.v. & Möller, H.-J., 1988. *Affektive Störungen.* Berlin: Springer.

Zimmer, A., 1997. *Abgespannt und Ausgebrannt.* *Forum Altenpflege*, 5. Jhrg., Nr.1, März 1997. Hannover: Vincentz Verlag.

Zimmer, A., 1998. *Der Frust sitzt tief.* *Altenpflege 12/1998.* Hannover: Vincentz Verlag.

Zimmer, A., Albrecht, A., Weyerer, S. & Cohen-Mansfield, J., 1999. *Forschungskonzepte zu Arbeitsbelastung, Beanspruchung, Streß und ihren Folgen.* In: *Arbeitsbelastung in der Altenpflege.* Zimmer & Weyerer, Göttingen.

Zimmer, A., Schäufele, M. & Weyerer, S., 1998. *Altenpflege im Wandel: Pflegebedürftigkeit und Verhaltensauffälligkeiten der Heimbewohner nehmen zu.* *Gesundheitswesen*, 60, S. 239-246.

Zimmer, A. & Weyerer, S., 1998. *Streß in der stationären Altenpflege: Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen - Ergebnisse einer Verlaufsstudie.* Schriftenreihe „vorgestellt“, Band 64. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Zimmer, A. & Weyerer, S. (Hrsg.), 1999. *Arbeitsbelastung in der Altenpflege.* Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.

Zwingmann, Ch. (Hrsg.), 1962. *Zur Psychologie der Lebenskrisen.* Frankfurt a.M.: Akademische Verlagsgesellschaft.