

# Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen

B. Blättner, K. Michelsen, J. Sichtung, K. Stegmüller

B. Blättner  
K. Michelsen  
J. Sichtung  
K. Stegmüller

# **Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen**

Dortmund/Berlin/Dresden 2005

Mit dieser Veröffentlichung wird der Bericht zum Thema „Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen“ vorgelegt, der im Jahr 2004 im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen zum Schwerpunktthema „Pflege“ erstellt wurde. Dieses Vorhaben wurde vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gefördert und gemeinsam mit dem Thematischen Initiativkreis „Gesund Pflegen“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) fachlich begleitet.

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Prof. Dr. Beate Blättner  
Dr. Kai Michelsen  
Dipl. Pflegewirtin Juliane Sichtung  
Prof. Dr. Klaus Stegmüller

Fachhochschule Fulda  
University of Applied Sciences  
Fachbereich Pflege und Gesundheit  
Marquardstr. 35, D-36039 Fulda

Fachliche Begleitung: Dr. Jürgen Kopske, BAuA  
Dr. Gabriele Richter, BAuA

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin  
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, D-44149 Dortmund  
Telefon: (02 31) 90 71 – 0  
Telefax: (02 31) 90 71 – 24 54  
E-Mail: [poststelle@buaa.bund.de](mailto:poststelle@buaa.bund.de)  
Internet: [www.buaa.de](http://www.buaa.de)

Berlin:  
Nöldnerstr. 40-42, D-10317 Berlin  
Telefon: (0 30) 5 15 48 – 0  
Telefax: (0 30) 5 15 48 – 41 70

Dresden:  
Proschhübelstr. 8, D-01099 Dresden  
Telefon: (03 51) 56 39 – 50  
Telefax: (03 51) 56 39 – 52 10

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

# Inhaltsverzeichnis

Seite

Kurzreferat	5
Zusammenfassung	6
<b>1 Pflege(kräfte)mangel begrenzen</b>	<b>8</b>
<b>2 Zur Diskussion um Maßnahmen gegen den Mangel</b>	<b>10</b>
2.1 Vorschläge, dem Mangel entgegenzuwirken	10
2.2 Unzufriedenheit, Belastungen und Fluktuation	12
2.3 Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsförderung	15
<b>3 Methodisches Vorgehen</b>	<b>20</b>
3.1 Forschungsdesign und Aussagegehalt	20
3.2 Analyse des Bildungsangebots	21
3.3 Ermittlung des Fortbildungsbedarfs von Pflegekräften	23
<b>4 Der Fortbildungsbedarf: Ergebnisse aus den Workshops und Interviews</b>	<b>26</b>
4.1 Berufsentwürfe: Erwartungen und Enttäuschungen	26
4.2 Das Team: Arbeitsteilung, Hierarchie und Zusammenarbeit	30
4.3 Patientennahe Arbeit: Kommunikation und Interaktion	34
4.4 Bildung: Systematische Wissensbasis und Handlungsautonomie	38
4.5 Organisation pflegerischer Arbeit: Tradierung von Strukturen	40
4.6 Fazit: Wege zur Professionalisierung	41
<b>5 Das Fort- und Weiterbildungsangebot: Ergebnisse der Recherche</b>	<b>44</b>
5.1 Rasterung der Rechercheergebnisse	44
5.2 Veranstaltungen ohne direkten Bezug zur Entwicklung von Führungskompetenzen	48
5.3 Veranstaltungen zur Entwicklung von Anleitungs- und Führungskompetenzen	59
<b>6 Zusammenfassende und weiterführende Hypothesen</b>	<b>64</b>
6.1 Bildungsbedarf und Bildungsangebot	64
6.2 Weiterführende Überlegungen	67
6.3 Anregungen für die konzeptionelle Weiterentwicklung	73
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>74</b>

<b>Anhang</b>	<b>77</b>	
A1	Angefragte und erhaltene Programme externer Bildungsträger	77
A2	Nicht erhaltene bzw. nicht mehr berücksichtigte Programme externer Bildungsträger	78
A3	Berücksichtigte Programme von Universitätskliniken	79
A4	Nicht berücksichtigte Universitätskliniken und Programme	79
A5	Netzwerk gesundheitsfördernde Krankenhäuser	80
A6	Zur Inanspruchnahme der beruflichen Weiterbildung durch Pflegekräfte	81
A7	Workshop-Konzept: „Hauptsache weg vom Bett“? - Chancen für einen Wiedereinstieg in der Pflege	87
A8	Beobachtungsprotokoll I: 1. Workshop in Fulda am 19.11.2004	88
A9	Beobachtungsprotokoll II: 2. Workshop in Fulda am 25.11.2004	96
A10	Interview mit Bildungsreferentinnen aus dem Bereich Pflege	106

### **Verzeichnis der Abbildungen**

Abb. 4.1	Dimensionen der Professionalisierung	42
----------	--------------------------------------	----

### **Verzeichnis der Tabellen**

Tab. 5.1	Anzahl der Ankündigungen Heilberufe Service: Externe Angebote	45
Tab. 5.2	Anzahl der Ankündigungen: Interne Angebote der berücksichtigten Universitätskliniken (EDV-Angebote bei Prozentuierung nicht berücksichtigt)	46
Tab. 5.3	Externe und interne Fortbildungen in der Altenpflege	47
Tab. 5.4	Externes Bildungsangebot: Fachliche Kompetenzen	52
Tab. 5.5	Internes Bildungsangebot: Fachliche Kompetenzen	54
Tab. 5.6	Externes Bildungsangebot: Soziale Kompetenzen	56
Tab. 5.7	Internes Bildungsangebot: Soziale Kompetenzen	57
Tab. 5.8	Externes Bildungsangebot: Persönliche Kompetenzen	58
Tab. 5.9	Internes Bildungsangebot: Persönliche Kompetenzen	59
Tab. 5.10	Externes Bildungsangebot: Fachliche Anleitungs- und Führungskompetenzen	61
Tab. 5.11	Internes Bildungsangebot: Fachliche Führungskompetenzen	62
Tab. 5.12	Externes Bildungsangebot: Soziale und persönliche Anleitungs- und Führungskompetenzen	63
Tab. 5.13	Internes Bildungsangebot: Soziale und persönliche Anleitungs- und Führungskompetenzen	63

# **Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen**

## **Kurzreferat**

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte können gesundheitliche Belastungen verringern, die Berufszufriedenheit erhöhen und damit einem sich abzeichnenden Mangel an Pflegekräften entgegenwirken, wenn Sie mit einem Kompetenzzuwachs am Arbeitsplatz verbunden sind. Sie werden die Wiedereinstiegsrate zwar vermutlich kaum erhöhen können, aber einem Ausstieg aus der Pflege Tätigkeit entgegenwirken.

In qualitativ (Grounded Theory) ausgewerteten Workshops mit examinieren, überwiegend studierenden oder studierten Pflegekräften und Interviews mit Bildungsreferent/innen wurde ermittelt, welcher Qualifizierungsbedarf existiert. Dabei erwies sich „Professionalisierung“ als Schlüsselkategorie. Zentrale Dimensionen waren das Berufsverständnis, die Arbeit in interdisziplinären und qualifizierungsheterogenen Teams, die Interaktion mit Pflegebedürftigen, die eigenständige Wissensbasis und Handlungsautonomie sowie die Organisation pflegerischer Arbeit.

Fortbildungsbedarfe ließen sich für die Qualifizierung von Führungskräften, Pflegenden und Ausbilder/innen an Schulen ermitteln, u. a. auf den Feldern partizipative Organisationsentwicklung, Gestaltung von Arbeitsprozessen als Lernprozesse, Verknüpfung von Theorie und Praxis. Die Angebote sollten sich insbesondere auch an inter- und intradisziplinäre Teams, gering qualifizierte Pflegekräfte und neue Mitarbeiter/innen richten.

Die Analyse der gesundheitsförderlichen Potentiale des gegenwärtigen Fort- und Weiterbildungsangebots verdeutlicht, dass es sich anbietet, dieses in seiner gesamten Breite besser als bisher zur Entwicklung professioneller, gesundheitsförderlicher Handlungskompetenz zu nutzen.

## **Schlagwörter:**

Arbeitsbelastungen, Fort- und Weiterbildung, Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Pflege, Pflegekräfte, Pflegekraftmangel, Professionalisierung, Zufriedenheit

## Zusammenfassung

Die demographische Entwicklung führt zu einem Mangel an Pflegekräften. In Kombination mit anderen Aktivitäten könnten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einen Beitrag zu dessen Verringerung leisten: Es gilt gesundheitliche Belastungen zu verringern und die Berufszufriedenheit der Pflegenden zu erhöhen, um dem vorzeitigen Berufsausstieg und hohen Fehlzeiten entgegenzuwirken und den beruflichen Wiedereinstieg zu fördern bzw. die Zeiten befristeter Ausstiege zu verkürzen.

Für die vorliegende Studie „Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen“ wurde im Rahmen von moderierten Workshops mit examinierten Pflegekräften und Interviews mit Bildungsreferentinnen ermittelt, welcher Qualifizierungsbedarf aus der Sicht von in der Pflege tätigen Personen existiert. In der Zusammensetzung entsprachen die Teilnehmenden der Gruppe, die in der NEXT-Studie<sup>1</sup> als überdurchschnittlich leistungsfähig und aufstiegsorientiert beschrieben wird, die „motivierten Ausstiegswilligen“. Die Aufzeichnungen der Workshops wurden qualitativ nach dem Ansatz der Grounded Theory ausgewertet.

In der Analyse der Workshopergebnisse erwies sich „Professionalisierung“ als Schlüsselkategorie zu einem Verständnis von Arbeitsbelastungen, Ressourcen und Fortbildungsbedarf, wobei das Berufsverständnis, die Arbeit in interdisziplinären und qualifizierungsheterogenen Teams, die Interaktion mit Pflegebedürftigen, die eigenständige Wissensbasis und Handlungsautonomie sowie die Organisation pflegerischer Arbeit zentrale Dimensionen sind. Im Kontext dieser Dimensionen entstehen psychischen Belastungen durch Unter- und Überforderung oder durch fehlende Handlungsautonomie, aber auch wichtige Ressourcen zur Bewältigung psychischer und körperlicher Belastungen in der pflegerischen Tätigkeit. Es ist die Professionalisierung der Pflege, die aus der Sicht der motivierten Pflegenden zur Arbeitsentlastung führen und damit zur Bewältigung eines Mangels an Pflegekräften beitragen kann. Konkrete Angebote zur Bewältigung körperlicher Belastungen wurden demgegenüber als notwendig, aber auch als ausreichend vorhanden beschrieben. Fortbildungsbedarfe ließen sich hierbei auf folgenden Ebenen entwickeln:

- Qualifizierung von Führungskräften in partizipativer Organisationsentwicklung, Teambuilding und Gestaltung von Arbeitsprozessen als Lernprozesse
- Fortbildung für Pflegenden im Sinne einer theoriebasierten systematischen Wissensbildung und konkreter Handlungsstrategien
- Enge Verknüpfung von Fortbildung und Arbeitspraxis
- Fortbildung für intra- und interdisziplinäre Teams
- Fortbildung gerade auch für gering qualifizierte Pflegekräfte
- Konzepte der Einführung neuer Mitarbeiter/innen
- Qualifizierung der Ausbilder/innen an Schulen und in der Praxis

Das gegenwärtige Angebot wurde parallel zur Bedarfsermittlung anhand von Fort- und Weiterbildungsprogrammen auf seine gesundheitsförderlichen Potenziale analy-

---

<sup>1</sup> In der Längsschnittstudie „Nurses' early exit Study“ (NEXT-Study – [www.next-study.net](http://www.next-study.net)) werden derzeit auf europäischer Ebene Fluktuation und frühzeitiger Berufsausstieg bei Pflegenden untersucht. Erste Zwischenergebnisse finden sich bei HASSELHORN/TACKENBERG/MÜLLER (2003a).

siert. Berücksichtigt wurden die Angebote externer Bildungsträger und die internen Fort- und Weiterbildungen von Universitätskliniken. Die Programme wurden qualitativ im Hinblick auf ihre thematische Breite ausgewertet und die Veranstaltungen in ein hierfür entwickeltes Raster eingeordnet. Eine Dimension des Rasters basiert auf dem Adressatenkreis und der Frage, ob Führungskompetenzen vermittelt werden. Eine zweite Dimension bezieht sich auf den Schwerpunkt des zu vermittelnden Wissens und umfasst die drei Merkmalsausprägungen „Vermittlung von fachlichen / sozialen / persönlichen Kompetenzen“.

Die in der Bedarfsanalyse ermittelte Schlüsselkategorie und ihre verschiedenen Dimensionen verdeutlichen, dass die Potenziale nicht nur in den Veranstaltungen liegen, die im engeren Sinn der Gesundheitsförderung und Prävention zugerechnet werden können. Gerade wenn die Zufriedenheit mit dem Beruf gefördert werden soll, um einem vorzeitigen Berufsausstieg entgegenzuwirken, sollten die unterschiedlichen Potenziale von Fort- und Weiterbildungen zur Vermittlung von fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen breit und verstärkt genutzt werden. Ein Ergebnis der Untersuchung verdeutlicht, dass es nicht nur darum gehen kann, die thematischen Schwerpunktsetzungen des gegenwärtigen Angebots zu verändern, sondern gerade auch die angebotenen Themensetzungen zu nutzen, um professionelle Handlungskompetenz zu vermitteln und insbesondere dabei in den ermittelten Dimensionen entlastende Ressourcen zu erschließen und das Thema Gesundheitsförderung implizit wie explizit zu berücksichtigen.

Die verbreitete Kritik an der Führung, aber auch die mangelnde Einbindung von Fort- und Weiterbildungen in die Personal- und Organisationsentwicklung der Pflegeinstitutionen sowie die Probleme, die Inhalte der Veranstaltungen nachhaltig in die Praxis zu implementieren, unterstreichen die Notwendigkeit, die Ausbildung von Anleitungs- und Führungskompetenzen in die Auseinandersetzung mit dem Fort- und Weiterbildungsangebot einzubeziehen.

Der Beitrag, den Fort- und Weiterbildungsangebote zur Erhöhung der Wiedereinstiegsrate bzw. zur Erleichterung eines Wiedereinstiegs in den Beruf von bereits ausgestiegenen Pflegekräften leisten können, muss vor dem Hintergrund der hier ermittelten Ergebnisse als vergleichsweise bescheiden betrachtet werden. Geeignete Fort- und Weiterbildungsangebote können jedoch präventiv wirken und einen Ausstieg aus der Pfl egetätigkeit verhindern. Ferner können besondere Angebote für neue Mitarbeiter/innen den Einstieg für die Wiedereinsteiger/innen und das Team erleichtern. Im Abgleich zwischen ermitteltem Bedarf und vorhandenem Angebot konnten für einzelne Zielgruppen – Führungskräfte, Auszubildende, interdisziplinäre und hierarchieheterogene Teams, examinierte Pflegekräfte, neue Mitarbeiter/innen und Wiedereinsteiger/innen sowie gering qualifizierte Pflegekräfte – Entwicklungspotenziale beschrieben werden. Hierbei wurde auch deutlich, dass das Studienangebot der sich inzwischen auch in der Bundesrepublik Deutschland seit mehr als zehn Jahren an den Hochschulen akademisierten Pflege in die Frage der Fort- und Weiterbildung einbezogen werden muss.

Die Studie entwickelt abschließend eine konkrete Projektidee zur konzeptionellen Weiterentwicklung.

# 1 Pflege(kräfte)mangel begrenzen

Das „dreifache Altern“ führt mittelfristig zu einem Engpass in der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Mit der wachsenden Anzahl alter und auch hochbetagter Menschen erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen und nach dem gegenwärtigen Stand altersbedingter gesundheitlicher Belastungen auch ihr durchschnittlicher Pflegebedarf. Zugleich verringert sich der Bevölkerungsanteil jüngerer Menschen, der Alten“last“quotient steigt. Die Relation von (potentiellen) professionell ausgebildeten Pflegekräften und dem antizipierbaren Pflegebedarf droht sich erheblich zu verschlechtern – nicht zuletzt auch deshalb, weil die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen durch den gesellschaftlich bedingten sozialstrukturellen Wandel und die damit verbundene zunehmende Erosion informeller und familialer Pflegearrangements die Bedeutung professioneller Unterstützungs- und Pflegeleistungen erhöhen (vgl. für viele: BLINKERT/KLIE 1999).

Im „Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ werden für die Altenpflege eine Reihe von Gegenmaßnahmen empfohlen. Diese stoßen auf unterschiedliche Probleme und können dem sich abzeichnenden Mangel an professioneller Pflege nur gemeinsam in angemessenem Umfang entgegenwirken (Kapitel 2.1). Ihr Erfolg hängt wesentlich auch davon ab, ob es gelingt, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und die Belastungen in den Pflegetätigkeiten zu verringern (Kapitel 2.2).

In diesem Zusammenhang geht die vorliegende Studie der Frage nach, welchen Beitrag Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen leisten können bzw. wie die Bildungsangebote ausgestaltet sein müssten, um der insgesamt unbefriedigenden Situation entgegen wirken zu können. Die bisherigen Erfahrungen offenbaren eine Reihe von Defiziten, Problemen und offenen Fragen (Kapitel 2.3). Die vorliegende Studie setzt am Bildungsbedarf an und ist der Entwicklung von fundierten Hypothesen für eine hier nur ansatzweise zu leistende tiefergehende Auseinandersetzung mit der Problematik gewidmet.

Methodisch muss eine professionelle Bildungs-Bedarfsanalyse einer Reihe von Kriterien genügen. Sie muss partizipativ, ressourcen- und zukunftsorientiert erfolgen und systematisch Sichtweisen von Betroffenen und Experten, Wissenschaft und Praxis verschränken. Im Kontext der zeitlichen Vorgabe für diese Studie musste ein methodisches Vorgehen gewählt werden, das möglichst aussage- und interpretationsfähige Daten liefert, dabei aber den vorgegebenen Rahmen nicht sprengt.

Dem sollten die zwei folgenden Schritte Rechnung tragen (Kapitel 3):

1. In zwei moderierten Workshops mit Pflegenden aus den Akademischen Lehreinrichtungen des Fachbereiches Pflege und Gesundheit der Region Osthessen (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste) und Studierenden des Fachbereiches aus den drei Studiengängen Pflege, Pflegemanagement und Gesundheitsmanagement sollten subjektive Belastungserfahrungen, der wahrgenommene Fortbildungsbedarf und Fortbildungserfahrungen der Teilnehmer ermittelt werden.

2. Eine internetgestützte Recherche nach Fortbildungsangeboten für Pflegende mit besonderem Augenmerk auf Angebote für Wiedereinsteiger sollte der Beschaffung von Dokumenten (i.e. Fort- und Weiterbildungsprogrammen) für die Analyse der Fortbildungslandschaft dienen.

Die Ergebnisse der Workshops zum Qualifikationsbedarf werden in Kapitel 4, die der Recherche der Fortbildungsangebote in Kapitel 5 vorgestellt. Die Vorstellung der daraus abgeleiteten Hypothesen wird in Kapitel 6 vorgenommen.

## 2 Zur Diskussion um Maßnahmen gegen den Mangel

### 2.1 Vorschläge, dem Mangel entgegenzuwirken

Zur besseren Verortung der Fragestellung dieser Studie sollen im Folgenden zentrale Vorschläge, dem prognostizierten Pflegemangel entgegen zu wirken, diskutiert werden.

#### **Mehr Menschen für die Pflege gewinnen**

Eine Strategie läuft darauf hinaus, mehr Berufseinsteiger für den Pflegeberuf zu gewinnen und die Anzahl von Umschulungen in den Pflegeberuf zu erhöhen. Ebenfalls diskutiert wird der Einsatz von Langzeitarbeitslosen, u. a. über sogenannte „Ein-Euro-Jobs“.

Bereits vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsmarkt- und Versorgungssituation im Pflegesektor stellt sich die Aufgabe, in ausreichendem Umfang Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe zu erhalten. Die Veränderungen in der Finanzierung stationärer Einrichtungen (finanzielle Gesamtsituation, Einführung von vollpauschaliernten Entgeltsystemen, „BAT-Schere“) und die Diskrepanz zwischen auszubildenden und nichtauszubildenden Einrichtungen droht zu einem Verlust von Ausbildungskapazitäten zu führen.

Pflegekräfte durch Umschulungen und die Integration von Arbeitslosen zu gewinnen, kann vielen Menschen neue Erwerbchancen eröffnen, stößt aber aufgrund der aktuellen Arbeitsmarktsituation und der verschärften Arbeitsmarktpolitik auf das Problem, dass Personen in den Pflegeberuf gedrängt zu werden drohen oder sich zumindest hineingedrängt fühlen, die dazu persönlich nicht geeignet oder motiviert sind. Gerade personenbezogene Dienstleistungen und die Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen setzen aber in besonderem Umfang intrinsische Motivationen und soziale Kompetenzen voraus. Bereits die bisherigen Erfahrungen mit Umschulungsmaßnahmen, über die Arbeitssuchende in die Pflege hinein qualifiziert wurden, werfen die Frage auf, ob es sich um einen problematischen Rekrutierungsweg handelt, der Unzufriedenheit fördert und Fluktuation erhöht.<sup>2</sup> Ferner läuft der Einsatz von geringer qualifiziertem Personal einer Professionalisierung der Pflege zuwider, für die zahlreiche Argumente sprechen.

Insbesondere sind auch die Folgen für das Image bzw. Prestige von Pflegeberufen zu bedenken. Wenn der Eindruck erweckt wird, dass es sich um ein Berufsbild handelt, dessen Arbeitsinhalte in relevantem Umfang auch von gering qualifizierten Kräften ausgeübt werden können, wird das die Attraktivität des Berufs nicht fördern

---

<sup>2</sup> ZELHUBER (2003: 10) hält kritisch fest: „Es herrscht das Bild vor, dass für diese Tätigkeit keine besonderen Erkenntnisse erforderlich wären. Die gängige Vermittlungspraxis der Arbeitsämter zeigt dies deutlich. Für den Beruf der Altenpflegerin wurden in den letzten Jahren Personen vermittelt, die entweder keine klaren Vorstellungen davon hatten, was sie tun möchten, oder solche, die in anderen Berufen gescheitert waren. Auch ausländische Mitbürgerinnen ohne deutsche Sprachkenntnisse füllten die Altenpflegesschulen. Daher ist es auch verständlich, warum wenige Absolventinnen der Fachschulen tatsächlich über einen längeren Zeitraum im Pflegeberuf tätig waren.“

und bereits Berufseinsteiger negativ in ihren Entscheidungen beeinflussen. Für die Pflege, insbesondere die Altenpflege, drohen jene Berufseinsteiger übrig zu bleiben, die aus ihrer Sicht keinen attraktiveren Ausbildungsplatz finden.

Schließlich schafft dieser Ansatz nur übergangsweise Entlastung. Der sich abzeichnende, dem demographischen Wandel geschuldete Arbeitskräftemangel wird mittelfristig die gesamte Wirtschaft erfassen. Damit gerät der Pflegesektor in eine verschärfte Konkurrenz im Werben um qualifizierte Arbeitskräfte.

### **Pflegepersonal importieren**

Um dem steigenden Bedarf an professionellen Pflegekräften gerecht werden zu können, wird auch die Möglichkeit diskutiert, verstärkt ausländische Pflegekräfte anzuwerben. Die Alterung der Gesellschaften verläuft jedoch in allen wohlhabenderen Ländern ähnlich. Dementsprechend hoch wird die Konkurrenz um Arbeitskräfte auf dem internationalen Arbeitsmarkt ausfallen (vgl. HASSELHORN/TACKENBERG/ MÜLLER 2003a). Außerdem bringt eine „beggar my neighborhood“-Strategie, bei der in größerem Umfang junge qualifizierte Arbeitskräfte aus einer Volkswirtschaft abgeworben werden, wiederum für die Herkunftsländer der Arbeitskräfte ökonomische Verluste und Probleme mit sich.

### **Potenziale besser nutzen**

Eine weitere Möglichkeit liegt darin, die vorhandenen Potenziale besser zu nutzen. Ansatzpunkte können sein, Pflegekräfte im Anschluss an ihre Ausbildung länger im Beruf zu halten, einem vorzeitigen Berufsausstieg entgegenzuwirken, den Wiedereinstieg nach dem Ausstieg zu fördern, Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit z. B. wegen Kindererziehungszeiten zu verkürzen und krankheitsbedingte Fehlzeiten zu verringern.

Der im internationalen Vergleich (z. B. gegenüber Finnland) geringe Anteil von Beschäftigten in höherem Alter bzw. die geringe Verweildauer in den Pflegeberufen verweisen auf Spielräume bei der Verlängerung der Erwerbstätigkeitszeiten. Im vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf wird mitunter einer der Hauptgründe für den zu konstatierenden Mangel an Pflegekräften gesehen (vgl. TACKENBERG/ HASSELHORN/BÜSCHER 2003: 23; vgl. HASSELHORN/TACKENBERG/MÜLLER 2003a).

Diese Annahme wird allerdings von den Ergebnissen einer Studie über die stationäre Altenpflege in Nordrhein-Westfalen relativiert. Demnach hat in Nordrhein-Westfalen ein vorzeitiger, nicht auf Verrentung, Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Tod zurückzuführender Berufsausstieg im Jahr 2002 maximal zu einem Abgang von Beschäftigten in der Höhe von 1,3 Prozent des mittleren Personalbestandes geführt (vgl. FFG 2004: 13). Würden diese Zahlen auch bundesweit, auch für die Krankenpflege und auch für ambulante Einrichtungen gelten – was insofern bezweifelt werden darf, weil die Ausstiegsbereitschaft nach ersten Ergebnissen der Next-Studie vom Alter und von der Qualifikation abzuhängen scheint – so wären dies an examinierten und nicht –examinieren Kräften pro Jahr circa 15.000 Beschäftigte (vgl. RKI 2004: 37). Dementsprechend begrenzt müssen diesen Angaben zufolge auch die Spielräume angenommen werden, einem wachsenden Pflegebedarf durch die Verringerung der Zahl von vorzeitigen Berufsausstiegen entgegen wirken zu können.

Neben dem Berufsausstieg selbst haben der Untersuchung in Nordrhein-Westfalen zufolge zeitlich befristete Unterbrechungen der Berufstätigkeit ein großes Gewicht. Bei einer hohen Gesamtfluktuation von ca. 19 Prozent der Beschäftigten (2002) waren ca. 10 Prozent der Fälle auf befristete Unterbrechungen (insbesondere wegen Erziehungsurlaub) zurückzuführen. Es stellt sich die Frage, in welchem Umfang ein scheinbarer Berufsausstieg sich im Nachhinein als Unterbrechung entpuppt und ob ein großes Potential an Wiedereinsteigern – zusätzlich zu den im Anschluss an den befristeten Ausstieg ohnehin Wiedereinsteigenden – existiert und gefördert werden kann.

Zu den befristeten Ausstiegen aus dem Erwerbsleben kommen krankheitsbedingte Unterbrechungen hinzu. Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WidO) stellt im Fehlzeiten-Report 2004 fest, dass der Krankenstand in Altenpflegeeinrichtungen mit 5,8 Prozent über dem allgemeinen Durchschnitt von 4,9 Prozent liegt. In Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern Beschäftigte waren 2003 im Mittel 21,3 bzw. 19,2 Kalendertage krank geschrieben (Branchendurchschnitt: 17,7 Tage) (BADURA/SHELLSCHMIDT/VETTER 2005). Nach BKK-Daten (BKK-BUNDESVORSTAND 2003: 50) fiel die Arbeitsunfähigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen im Jahr 2002 mit 12,5 Krankheitstagen je beschäftigtem BKK-Versicherten zwar relativ niedrig aus. Bei Krankenpflegern und -schwestern lag der Durchschnitt mit 14,2 Arbeitsunfähigkeitstagen allerdings höher und mit 19,9 Tagen hoben sich insbesondere Helferinnen in der Krankenpflege von den anderen Beschäftigtengruppen ab.

Es ist also festzuhalten, dass

- die Verringerung der Anzahl von Berufsausstiegen,
- die Förderung des Wiedereinstiegs,
- die Verringerung bzw. Verkürzung von Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit
- sowie krankheitsbedingten Fehlzeiten

zusammen ein bislang nicht ausgeschöpftes Potential zur Verringerung des Pflegekräftemangels beinhalten.

## **2.2 Unzufriedenheit, Belastungen und Fluktuation**

Der Erfolg von Gegenstrategien hängt entscheidend davon ab, ob es gelingt, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Zu diesem Zweck ist die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit ihrem Berufsleben ins Blickfeld zu nehmen und an einer Verringerung von Arbeitsbelastungen anzusetzen. Dem stehen gegenwärtig ein hohes Ausmaß an Unzufriedenheit von Pflegekräften mit ihrem Berufsalltag und erhebliche Arbeitsbelastungen gegenüber.

Ein Indikator für Unzufriedenheit ist, ob bzw. wie häufig Pflegekräfte über einen Berufsausstieg nachdenken. Befragungen im Rahmen der NEXT-Studie führten zu dem Ergebnis, dass dies bei 3 Prozent täglich, 8,5 Prozent mindestens wöchentlich, 18,5 Prozent mindestens monatlich und über 50 Prozent wenigstens einmal im Jahr der Fall ist (HASSELHORN/TACKEN-BERG/BÜSCHER u. a. 2003: 140).

Eine Befragung von Beschäftigten in der stationären Altenpflege in Nordrhein-

Westfalen kam zu dem vergleichbaren Ergebnis, dass 13,3 Prozent erwogen, den Beruf in nächster Zeit aufzugeben, 12,2 Prozent den Arbeitsplatz wechseln wollten und 11,3 Prozent über eine Berufsunterbrechung nachdachten (vgl. FFG 2004: 14). Etwa die Hälfte der Beschäftigten waren mit ihrer Arbeit „wirklich“ zufrieden, 28,5 Prozent fielen in die Kategorie „resignativ zufrieden“, d. h. ein motivierendes Anspruchsniveau wurde abgesenkt. Als „konstruktiv arbeitsunzufrieden“ wurden 12,3 Prozent klassifiziert; bei ihnen wurde ein Arbeitsplatzwechsel nicht ausgeschlossen. 8,3 Prozent waren unzufrieden, ohne eine Lösungsmöglichkeit zu sehen („fixierte Unzufriedenheit“; FFG 2004: 15).

Die unter den Pflegekräften verbreitete und im internationalen Vergleich hohe Unzufriedenheit mit ihren Arbeitsbedingungen (vgl. HASSELHORN/TACKENBERG/ MÜLLER 2003b) hat mehrere Gründe. Unter diesen haben physische und psychische Belastungen ein großes und mit der wachsenden Arbeitsverdichtung weiter zunehmendes Gewicht. Perspektivisch wird die Belastungsproblematik auch durch das parallel zur Alterung der Gesamtbevölkerung zunehmende Durchschnittsalter der Pflegenden verschärft. Die Aufgabe, Verschleiß zu verhindern und die Arbeitsorganisation und -gestaltung zunehmend an altersbedingten Leistungsveränderungen sowie -einschränkungen auszurichten, stellt sich in diesem Zusammenhang mit neuer Schärfe.

Auf die Arbeitszufriedenheit wirken sich insbesondere Zeitmangel bzw. ein hoher Zeitdruck, defizitäre organisatorische Rahmenbedingungen, aufgabenspezifische Merkmale und hohe körperliche Belastungen negativ aus (vgl. FFG 2004; ZELLHUBER 2003: 108ff; STEFFEN/FELD-FRITZ 2004):

- Organisatorische Belastungen gehen u. a. auf Schnittstellenprobleme, Informationsmängel, Bettenabbau, Trägerwechsel, Veränderungen der gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten, ungünstige Infrastruktur sowie Qualitätsmängel im Management zurück.
- Aufgabenbedingte Belastungen sind im schweren Heben und Tragen bei der Versorgung von Pflegebedürftigen, in nicht-planbaren Schwankungen anfallender Arbeiten, häufigen Arbeitsunterbrechungen, dem Umgang mit schwierigen, belastenden Versorgungssituationen und Patienten (Stichworte sind Demenz, Sterben), Notfällen, den besonderen Belastungen der Schichtarbeit und insbesondere der Nachtschicht zu sehen und werden häufig durch organisatorische Mängel sowie durch die zunehmende quantitative Arbeitsbelastung in der Folge von Verweildauerverkürzungen, Fallpauschalen, eines zunehmenden Pflegebedarfs des einzelnen Falls, Verschlechterungen in der personellen Ausstattung bzw. Qualifikationsstruktur verstärkt.
- Dazu kommen geringe Entscheidungsspielräume bei hoher Verantwortung.
- Schließlich begünstigen die Belastungen ein unkollegiales Arbeitsklima und Konflikte mit Vorgesetzten. Mängel im Führungsverhalten bzw. in Kooperations- und Kommunikationsstrukturen (fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte, fehlende Beteiligung an Entscheidungen, nicht klar abgegrenzte Aufgabenbereiche, schlecht koordinierte Arbeitsabläufe) sind in hohem Ausmaß für die Unzufriedenheit verantwortlich.

Die Aufzählung unterstreicht, wie eng physische, psychische und soziale Belastungen miteinander verwoben sind. Die hohen Anforderungen werden insbesondere im Zusammenspiel mit dem Eindruck, den Bedürfnissen des Patienten und den Anforderungen einer qualitativ hochwertigen Pflege nicht ausreichend Rechnung tragen zu können, nicht nur als Überforderung, sondern als persönliches Versagen erfahren. Die Arbeitsmotivation, helfen zu wollen, gerät mit der erlebten Hilflosigkeit in deutlichen Widerspruch. Die Erfahrung, trotz der hohen Belastungen sowohl in der Hierarchie der Gesundheitsberufe selbst als auch in der gesamtgesellschaftlichen Arbeitsteilung nicht ausreichend Anerkennung zu erfahren, führt zu Frust.<sup>3</sup>

Individuelle Problemlösungsstrategien werden gesucht in einer Belastungsverringerung durch die Entscheidung für eine Teilzeitbeschäftigung, in der Flucht in die Familie, in der Flucht in einen anderen Beruf oder in einem Wechsel des Arbeitsplatzes innerhalb des Pflegesektors. Neben einer Gruppe von erschöpften, resignierten, den Belastungen nicht (mehr) gewachsenen Pflegekräften greift zunehmend auch eine Gruppe junger, qualifizierter und überdurchschnittlich leistungsfähiger Pflegekräfte auf Strategien zurück, sich beruflich außerhalb der Pflegeberufe weiter zu entwickeln. In dieser Personengruppe sehen HASSELHORN/TACKEN-BERG/BÜSCHER (2003: 144) ausgehend von einem organisatorischen Standpunkt im Vergleich zur ersten Gruppe die wichtigere Zielgruppe für Gegenmaßnahmen. Es wäre allerdings verfehlt, nicht auch einem belastungs- bzw. gesundheitsbedingten Ausstieg entgegenzuwirken und sich auf aufstiegsorientierte, motivierte Aussteiger zu konzentrieren, zumal die beiden Ausstiegsgründe eng miteinander verwoben sind.

In den letzten Jahrzehnten haben die Möglichkeiten für eine berufliche Veränderung innerhalb der Pflege mit dem Ausbau der als belastungsärmer empfundenen ambulanten Pflege und der Einführung von pflegewissenschaftlichen bzw. pflegemanagementorientierten Studiengängen zugenommen und eine insgesamt hohe Fluktuation begünstigt. Vermutlich hat die hohe Fluktuation bereits in der Vergangenheit dazu beigetragen, das Ausmaß an Berufsaussteigern zu überschätzen. In den meisten Fällen jedoch steht der Arbeitsplatzwechsel innerhalb des Pflegesektors vor einem entgeltigen Ausstieg.

Auch wenn gegenwärtig die Arbeitsmarktsituation und die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust der Fluktuation entgegenwirken (und innerhalb von Einrichtungen belastungsarme Nischen und damit Arbeitsplatzwechsel seltener werden), dürfen die Auswirkungen einer erhöhten Fluktuation auf die Belastungen nicht vernachlässigt werden. Im Jahr 2002 lag die Fluktuation beispielsweise in der stationären Altenpflege in Nordrhein-Westfalen bei 19,1 Prozent, wobei 54,4 Prozent der Fälle auf eine Kündigung oder Aufhebung des Arbeitsvertrages, 27,9 Prozent auf befristete Verträge, 10,4 Prozent auf ein befristetes Ausscheiden und 7,3 Prozent auf eine „natürliche“ Fluktuation (Ruhestand, Tod, Erwerbs- und Berufsunfähigkeit) zurückzuführen waren (FFG 2004).

---

<sup>3</sup> Allerdings ist zu berücksichtigen, dass andere Beschäftigtengruppen neben der Pflege wie z. B. Hauswirtschaft/Technik und Verwaltung im Krankenhaus stärker von Gratifikationskrisen betroffen zu sein scheinen (vgl. SIEGRIST/RÖDEL/SIEGRIST 2003).

Aus diesen Angaben wird deutlich, dass die hohe Fluktuation nicht nur als individualisierte Problemlösungsstrategie der Beschäftigten sondern auch auf Personaleinsatzstrategien und Managementvorgaben (befristete Arbeitsverträge) zurückzuführen ist. Mit der Fluktuation verbinden sich einige für die Zufriedenheit sowie Belastungen äußerst problematische Konsequenzen. Ständig müssen neue Kollegen eingearbeitet und in das Team integriert werden. Zugleich reduziert sich mit dem stetigen Wechsel die Motivation, auf neue Kollegen einzugehen. Ferner bleiben Probleme unerwähnt, wenn es sich zunehmend als Normalität erweist, diesen durch einen Wechsel zu entgehen. Auch auf der Seite des Managements bleiben vor diesem Hintergrund die Möglichkeit und das Interesse an einer entgegenwirkenden Organisations- und Personalentwicklung sowie an einer Reduzierung von Belastungen begrenzt.

In dieser Situation setzt sich ein Teufelskreis in Gang: Bei einer hohen Fluktuation kommt es zu einer Situation, in der eine größere Anzahl von durch einen Wechsel frei gewordenen Stellen den Wechsel einer höhere Anzahl von Wechselwilligen begünstigt. Insofern kann eine häufig auftretende, individuell sogar erfolgreiche Problemlösungsstrategie die eigentliche Problematik verschärfen.

### **2.3 Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsförderung**

Ansatzpunkte für die Verringerung von Belastungen, für die Erhöhung der Zufriedenheit der Beschäftigten und für die Förderung der Attraktivität des Pflegeberufs sind zum einen entsprechende Reformen der institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen (z. B. Pflegeschlüssel, Zeitvorgaben), zum anderen geht es um das Führungsverhalten und die organisatorischen Rahmenbedingungen. Stichworte sind hier eine adäquate Arbeitsorganisation mit einem angemessenen Mix aus Transparenz, Vorgaben und ausreichenden Freiräumen für die Beschäftigten, eine angemessene Kommunikation über die zahlreichen Schnittstellen hinweg (Pflege, andere Gesundheitsberufe und Abteilungen, Hauswirtschaft, Reinigung, Verwaltung) sowie Partizipation. Zur Bewältigung der aufgabenspezifischen Belastungen können zielgerichtete Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung beitragen.<sup>4</sup>

Die vorliegende Studie verfolgt das Ziel, auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse erste Hypothesen zu entwickeln, inwieweit und unter welchen Bedingungen Fortbildungen in der Pflege prinzipiell geeignet sein können, den Belastungen entgegenzuwirken, den beruflichen Ausstieg zu verhindern und den Wiedereinstieg zu fördern. Die Möglichkeiten, den demographischen Herausforderungen, der sinkenden Halbwertszeit von Wissen, einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualifikationen sowie der Gefahr eines Personalmangels mit Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entgegenzuwirken, wird bereits seit längerem diskutiert (vgl. ZELLHUBER 2003: 98) und unstrittig erhöht eine Verringerung von Belastungen die Zufriedenheit der Beschäftigten und die Attraktivität des Pflegeberufs.

In Anlehnung an die Empfehlungen im Abschlussbericht über die Situation der statio-

---

<sup>4</sup> SCHMIDT/KYLIAN/NEUBACH (2004: 25) verweisen auf die Wechselwirkungen von Burn-Out und Fluktuation und empfehlen eine Ausweitung und Förderung von Ressourcen der Pflegekräfte z. B. in Form von sozialer Unterstützung, angemessener Handlungs- und Entscheidungsspielräume bei der Arbeit, Mitsprachemöglichkeiten bei Entscheidungsprozessen.

nären Altenpflege in Nordrhein-Westfalen und auf der Grundlage der bisherigen Ausführungen lassen sich zahlreiche Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Fort- und Weiterbildungsaktivitäten benennen:

- Professionalisierung der Führung (insbesondere der unteren Leitungsebene) im Sinn einer umfassenden Qualifizierung sowie einer an diesem Ziel ausgerichteten Rekrutierung
- Kompetenzen im Bereich der Personalentwicklung aufbauen, u. a. Ermittlung des Qualifizierungsbedarfes (u. a. für Gesundheitsförderung)
- Verbesserung der Arbeitsabläufe, Dienstplangestaltung, Personaleinsatzplanung, Verringerung von Schnittstellenproblemen
- Befähigung der Mitarbeiter zur Partizipation an Entscheidungsprozessen, zum selbstbestimmten Arbeiten und zur Einführung dementsprechender Arbeitsstrukturen und -stile
- Vermittlung von Fachqualifikationen.

Direkte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können in folgenden Punkten ansetzen:

- Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung planen und umsetzen lernen
- Aufbau einer - auch extern unterstützten - regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung
- Förderung und Vernetzung von Qualifizierungsmaßnahmen zur Stärkung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens bzw. der Selbstkompetenz beim Umgang mit Belastungen
- Optimierung der Arbeitsabläufe und verbesserter Hilfsmitelesatz
- direkte verhaltensbezogene Gesundheitsförderung (z. B. durch Rückenschulen, Hilfsmitelesatz, Hebe- und Tragetraining, Kinästhetik, Stressbewältigung)
- Maßnahmen für einen konstruktiven Umgang mit und zur Bewältigung von (psychischen) Belastungen u. a. durch Balint-Gruppen und Supervision und unter besonderer Beachtung von Kommunikation und Kooperation
- Stärkung der Mitarbeiter/innen-Beteiligung durch Implementation von Gesundheitszirkeln und eines betrieblichen Vorschlagswesens bzw. Selbstbewertungssysteme
- Ausbau der Selbstpflege (Yoga- oder Qigong- Kurse, Gymnastik usw.).

Im Zusammenhang mit dem Bedarf und dem Einsatz von Fort- und Weiterbildungsangeboten sind bisher allerdings einige Probleme deutlich geworden und zahlreiche Fragen offen geblieben:

1. Die bisherige Ausrichtung des Fortbildungsangebotes trägt dem Verständnis von Gesundheit, wie es von der WHO geprägt, mit dem Konzept der Salutogenese (ANTONOVSKY 1997) theoretisch fundiert und in modernen Setting-Konzepten zur betrieblichen Gesundheitsförderung verwirklicht wird, nicht ausreichend Rechnung. Demnach ist das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum multidimensional, d. h. mindestens körperlich, psychisch und sozial zu verorten. Die für die Entstehung von Gesundheit entscheidende grundlegende Lebensorientierung, das Empfinden von Kohärenz, entsteht durch lebensgeschichtliche Erfahrungen der Teilhabe, der Balance von Anforderungen und Ressourcen sowie der Konsistenz und ist somit weniger ein psychologisches Konstrukt als ein Ergebnis sozialer Prozesse, wie sie insbesondere auch im Berufsleben erfolgen. Arbeit kann entsprechend – auch bei optimalen ergonomischen Gegebenheiten und der Beachtung präventiver Verhaltensregeln – gesundheitsfördernd oder gesundheitsbehindernd wirken. Die gemeinhin in der Praxis angebotenen und der Überschrift „Prävention und Gesundheitsförderung“ zugeordneten Veranstaltungen weisen demgegenüber oftmals ein reduktionistisches Verständnis von Gesundheit auf.
2. Innerbetriebliche und außerbetriebliche Fortbildungsangebote in der Pflege sind überwiegend und einseitig an obligatorischen Pflichtfortbildungen (z. B. Brandschutz, Hygiene), an medizinischen Fachthemen oder an Medizintechnik orientiert. Hier stellt sich die Frage, wie das Thema Gesundheitsförderung innerhalb des Spektrums von Bildungsangeboten besser verankert werden kann.
3. Bildungsangebote sind teilweise praxisfern (z. B. Rückenschulkurs, bei dem das Heben eines Wasserkastens geübt wird)<sup>5</sup>, und selbst bei einer großen Praxisnähe ist die Umsetzung des erworbenen Wissens nicht gewährleistet. Eine systematische Bestandsaufnahme von Fortbildung unter dem Aspekt des Abbaus von Arbeitsbelastungen oder der Steigerung der persönlichen Kompetenzen und Ressourcen im Umgang mit belastenden Situationen existiert noch nicht.
4. Im Rahmen der Erfahrungen betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsförderung in der stationären und ambulanten Pflege liegt es nahe, Fortbildung nicht ausschließlich individualisiert, nicht ausschließlich expertenorientiert und nicht vordergründig an Betriebszielen orientiert zu verstehen. So zeigten z. B. Erfahrungen in einem Modellprojekt der KKH mit dem Landesverband der Volkshochschule Niedersachsens zur Gesundheitsförderung in der Pflege in den Jahren 1993 bis 1996, dass die in der Fortbildung von Pflegenden gewonnenen Erkenntnisse auch dann nicht im Alltag umgesetzt wurden, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Station gemeinschaftlich an der Fortbildung teilnahmen, weil die strukturellen Voraussetzungen für eine Umsetzung nicht geschaffen waren. Motivierte Pflegekräfte stoßen häufig auf das Desinteresse von Vorgesetzten und Kollegen. Ferner sind Veränderungen zumindest kurzfristig mit einem Mehraufwand und zusätzlichen Belastungen verbunden, der zu Ablehnung, falschen Schlussfolgerungen und einem vorschnellen Abbruch führen kann. Hier stellt sich die Frage nach einem adäquaten Veränderungsmanagement zwischen „top down“- und „bottom up“-Strukturen und einer angemessenen Einbindung von Bildungsangeboten in diesen Prozess.  
Während die Bedeutung eines solchen Vorgehens für den Erfolg gesundheits-

---

<sup>5</sup> Ein weiteres Beispiel: Zeitmanagement ist wichtig. Informationen und Ratschläge zum Zeitmanagement (s. z. B. HAACK 2004) helfen allerdings nicht weiter, wenn sie nicht die Rahmenbedingungen berücksichtigen. So wurde etwa für Krankenhäuser ermittelt, dass Chefarzte im Vergleich zu Oberärzten und anderen Stationsärzten über ein besseres Zeitmanagement verfügen.

förderlicher Maßnahmen bekannt ist, hat sich ein dementsprechendes Vorgehen noch nicht in der Breite durchgesetzt. Hier existiert Bildungsbedarf in den Bereichen Methoden- und Führungskompetenz.

5. Häufig werden Bildungsangebote erst in Anspruch genommen, wenn gesundheitliche Belastungen eingetreten sind und ein Wechsel in einen anderen Tätigkeitsbereich innerhalb der Pflege beabsichtigt wird.<sup>6</sup> Damit wird zwar auf Belastungssituationen reagiert. Diese werden aber nicht ausreichend thematisiert und verändert. Es stellt sich damit die Frage nach dem Zusammenspiel von Fortbildungsbereitschaft und dem Umgang mit Arbeitsbelastungen. Dieses ist bisher nicht ausreichend untersucht.
6. Die Pflege gehört zu den Berufsgruppen, die – so kann auf der Basis von Gesprächen mit verantwortlichen Personen der innerbetrieblichen Fortbildung empirisch zwar (noch) nicht erhärtet, jedoch vermutet werden – vergleichsweise wenig an Fortbildungen teilnimmt. Diese Annahme wird durch eine im Rahmen dieser Studie gesondert vorgenommene Auswertung hochaggrierter, berufsgruppenübergreifender Daten verschiedener Panels zur Inanspruchnahme von Weiterbildungsangeboten in der Tendenz erhärtet. Die Ergebnisse der Auswertung lassen jedoch keine fundierte „Gesamtprognose“ über die Weiterbildungsbeteiligung von Pflegekräften im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zu; die ermittelten Tendenzen weisen in unterschiedliche Richtungen. Analogieschlüsse im Hinblick auf Differenzen zwischen den Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen als auch zwischen den an der Pflege beteiligten Beschäftigtengruppen können jedoch zulässig gezogen werden. Mit diesen Befunden ist eine gute Basis für weitere, detailliertere empirische Erhebungen gelegt. (s. hierzu Anhang A6)
7. Dass gesundheitlich besonders belastete Gruppen unter den Teilnehmern an Bildungsveranstaltungen insgesamt unterrepräsentiert sind, ist empirisch verifiziert. Hier stellt sich die Frage der zielgruppenspezifischen Ausrichtung des Bildungsangebots und der Erreichbarkeit der Zielgruppen.
8. Potentiell entlastende Fortbildungsangebote wie Supervisionen oder Balintgruppen werden – nicht selten nach anfänglicher Begeisterung – abgelehnt. Die Ursachen dafür sind bisher nicht untersucht. Es ist offen, ob eine Ablehnung der psychologisierenden Elemente solcher Angebote eine Ursache ist. In jedem Fall stellt sich die Frage, wie mit diesem Problem umgegangen werden kann.
9. Im Hinblick auf den beruflichen Wiedereinstieg von Frauen zeigten Erfahrungen mit Angeboten der Erwachsenenbildung in den 80er und 90er Jahren, dass gerade in der Pflege die Bereitschaft für den Wiedereinstieg eher gering ist, da einerseits die belastenden Arbeitsbedingungen in der Zeit der Kindererziehung nicht in Vergessenheit geraten sind, andererseits der Schichtdienst einschließlich der Wochenendarbeit mit der Betreuung von Kindern nicht kompatibel ist. Der Wiedereinstieg nach Kindererziehungszeiten erfolgte daher häufig als Nachtdienst in Teilzeitbeschäftigung oder wurde als Umstieg in einen anderen Beruf genutzt. Zum einen stellt sich hier die Frage, ob die Situation unter den veränderten Arbeitsmarktbedingungen gegenwärtig noch die gleiche ist.

---

<sup>6</sup> Zum Beispiel haben sich bis vor kurzen Pflegenden zur Unterrichtsschwester qualifiziert, die aufgrund von Rückenbeschwerden der Pflege nicht mehr gewachsen waren.

Zum anderen verweist dieses Beispiel auf eine Problematik, zu deren Lösung Fort- und Weiterbildungsangebote nur einen begrenzten Beitrag liefern können, und es stellt sich die Frage, wie die Attraktivität des Pflegeberufs, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die Bewältigung arbeitsbedingter Belastungen durch eine Verzahnung von organisatorischen und sozialpolitischen Angeboten mit Bildungsangeboten gefördert werden können.

Vor diesem Hintergrund will die Studie die Frage beantworten, welcher Bedarf an Fort- und Weiterbildung nach den Erfahrungen von potenziell ausstiegswilligen Pflegekräften festzustellen ist und welche diesbezüglichen Lücken sich bei entsprechenden Angeboten zeigen.

## 3 Methodisches Vorgehen

### 3.1 Forschungsdesign und Aussagegehalt

Eine professionelle Bildungs-Bedarfsanalyse erfolgt partizipativ, ressourcenorientiert und zukunftsorientiert. Sie ist immer auch bedarfsweckend und auf die Möglichkeiten der Umsetzung des Erlernten ausgerichtet. Sie verschränkt systematisch Sichtweisen von Betroffenen und Experten, Wissenschaft und Praxis.

Im vorgegebenen Rahmen der Studie musste eine sehr eng umgrenzte Auswahl möglicher Analyseinstrumente getroffen werden, die möglichst aussagefähige Daten liefern sollte. Ergebnis sollte eine fundierte Hypothesenbildung und die Klärung künftig zu beantwortender Fragen sein, die eine Basis für weitere Forschungsentscheidungen bieten soll.

Die Autor/innen der Studie haben sich deshalb dazu entschieden, zwei Perspektiven miteinander zu verschränken: Die *Analyse des Bedarfs* an Fortbildung aus der Sicht von examinieren Pflegenden und die *Analyse des bestehenden Angebotes* an Fort- und Weiterbildung.

Da das Ziel die Entwicklung neuer Hypothesen sein sollte, war ein qualitatives Vorgehen geboten. Um unterschiedliche Datenarten miteinander methodisch sauber verbinden zu können, bot sich die Grounded Theory (vgl. STRAUSS 1998; für einen Überblick über die Methode s. a. CORBIN 2002; FLICK 2002: 258-271; HOLLOWAY/WHEELER 1997: 117-136) als Forschungsstrategie an. Da der Weg der Analyse immer über theoretisch verdichtende Memos erfolgt, ist es möglich, völlig unterschiedliche Datenarten in eine Analyse einzubeziehen. So konnten beide Analyseteile – vorhandenes Angebot und implizit artikulierter Bedarf – über Theoriememos aufeinander bezogen werden.

Pflegende wurden nicht einfach danach gefragt, welchen Bedarf sie sehen, da in der Bildungsbedarfsforschung davon ausgegangen werden muss, dass Wünsche und Erwartungen an ein Lernangebot vor Beginn des Lernprozesses nicht explizierbar sind. Dies gilt umso mehr für Bedarfe bezüglich gesundheitsfördernder Lernprozesse. Sie sind den Beschreibungen von Belastungen und Ressourcen implizit und bedürfen somit zu ihrer Ermittlung der interpretativen Verfahren.

Unter den potenziellen Aussteiger/innen unterscheidet die NEXT-Studie motivierte und resignierte Aussteiger/innen. Die motivierten Aussteiger/innen sind relativ jung und gut ausgebildet, sie sind leistungsfähig und aufstiegsorientiert. Die vorliegende Studie kann aufgrund ihres Forschungsdesigns nur Aussagen zu dieser Gruppe treffen. Die Beschränkung des Aussagegehaltes ist im Rahmen dieser Studie insbesondere darin zu sehen, dass unter den potentiell ausstiegswilligen Pflegekräften durch die Vorgehensweise nur eine Teilgruppe erreicht werden konnte: die der erfolgs- und aufstiegsorientierten, der motivierten potentiell Ausstiegswilligen. Um die Gruppen der resignierten Ausstiegswilligen zu erreichen, wäre ein anderer Feldzugang erforderlich. So ist es z. B. eher unwahrscheinlich, dass sich gering qualifizierte Pflegekräfte – die wahrscheinlich gesundheitlich stärker belastete und entsprechend erschöpfere Gruppe – zu einem Diskussionsworkshop in die Räume der Fachhoch-

schule begeben würde. Um andere Teilgruppen zu erreichen, wäre es entsprechend notwendig, sich in das Feld selbst zu begeben und in einer Kombination aus Beobachtungen und Gesprächen weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

Gleichermaßen war es für die Gewinnung von Hypothesen nicht notwendig oder sinnvoll, eine quantitative Erhebung des Fort- und Weiterbildungsbedarfes durchzuführen. Vielmehr war eine möglichst dichte Beschreibung des bestehenden Angebotes zielführend. Die Begrenzung der Aussagekraft lag hier hauptsächlich darin, dass zu einem weniger formell organisierte Bildungsangebote, d. h. nicht in Programmen ausgewiesene Lernprozesse, so nicht erhoben werden konnten und zum anderen der Text der Ausschreibung nur begrenzte Aussagen über die faktisch erreichten Lernziele zulässt. Auch hier wäre ein weiterer Erkenntnisgewinn nur über teilnehmende Beobachtungen möglich, die im Rahmen der Studie nicht durchführbar waren. Die erstgenannte Begrenzung erwies sich innerhalb der Analyse als besonders einschränkend: In der Analyse des Fortbildungsbedarfes wurde die notwendige enge Anbindung von Lernprozess und Umsetzung in der Praxis deutlich. Genau darüber geben Programme aber keine Auskunft

### 3.2 Analyse des Bildungsangebots

Die Fort- und Weiterbildungsangebote weisen eine große thematische Breite auf und Bildungsangebote können im Rahmen von sehr verschiedenen Themen auf sehr unterschiedlichen Wegen zur Verringerung gesundheitlicher Belastungen beitragen. Eine Beschränkung auf Veranstaltungen mit einem expliziten thematischen Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt das gesundheitsförderliche Gesamtpotential nicht ausreichend. Deswegen wurde ein Überblick über das Angebot mit einem engeren Bezug zur Gesundheitsthemen mit einem Überblick die Breite des Gesamtangebots sowie seinem denkbaren gesundheitsförderlichen Potential kombiniert.

Die Analyse des Bildungsangebotes war darauf gerichtet, Ansatzpunkte für einen Ausbau der gesundheitlichen Ressourcen bzw. eine Verringerung von Belastungen zu gewinnen. Zu diesem Zweck wurden *externe* Angebote für die Kranken- und Altenpflege und *interne* Angebote von Krankenhäusern erfasst. Es wurden nur Angebote berücksichtigt, die sich an Gesundheitsberufe unter Einschluss von Pflegeberufen richteten. Da es in erster Linie um eine Auseinandersetzung mit inhaltlichen Anknüpfungsmöglichkeiten ging, wurde nicht systematisch zwischen Fort- und Weiterbildungsangeboten unterschieden.<sup>7</sup>

Eine Kompletterhebung sowie auch eine repräsentative Stichprobenziehung waren für den Forschungsgegenstand und die Forschungsfrage nicht sinnvoll und im gegebenen Rahmen nicht leistbar. Es sollte eine qualitative Analyse im Mittelpunkt stehen. Zu diesem Zweck wurden Programme der Bildungsträger bis zur Sättigungs-

---

<sup>7</sup> Weiterbildung umfasst im weiteren Sinn alle auf die Erfüllung der Schulpflicht und eine berufliche Erstausbildung aufbauenden Bildungsmaßnahmen. Obgleich die Begriffe gegenwärtig nicht mehr sauber zu trennen sind, unterscheidet sich die Weiterbildung im engeren Sinn von der Fortbildung durch eine formalisiertere Struktur, die Prüfungen, ergänzende Tätigkeitsberechtigungen, Zugang zu weiteren Bildungsmaßnahmen und ggf. auch Höhergruppierungen umfasst. Diese Differenzierung ist für das hier bearbeitete Thema nicht von Relevanz.

grenze – d. h. bis zu einem Punkt, an dem die Einbeziehung einer größeren Anzahl weiterer Programme die Veranstaltungspalette nicht mehr erweiterte – gesammelt und ausgewertet. Eine quantitative Auswertung von Teilen des Materials sollte die Analyse bei einzelnen Fragen und -bereichen ergänzen.

Um die Bandbreite des *externen Bildungsangebots* zu erheben, wurden

- die Beilagen der Dezember-Hefte der Zeitschrift Heilberufe „Heilberufe-Service. Fort- und Weiterbildungen“ der Jahre 2003 und 2004 ausgewertet und
- im Deutschen Pflegerat vertretene und zugleich in der Fort- und Weiterbildung tätige Organisationen und bei der Materialbeschaffung berücksichtigt.

Einen ersten Eindruck von den externen Fort- und Weiterbildungsangeboten für Gesundheitsberufe vermittelt die Rubrik „Fort- und Weiterbildung“ in der Beilage „Heilberufe Service: Pflege“, die jährlich mit dem Dezember-Heft erscheint. In der Ausgabe des Jahres 2003 inserierten 171 Anbieter für das Jahr 2004 mehr als 570 Veranstaltungsankündigungen. Im folgenden Jahr waren 183 Anbieter mit ca. 550 Hinweisen vertreten.

Eine Analyse dieser Ankündigungen kann zwar nicht den Anspruch erheben, einen Gesamtüberblick über das Fort- und Weiterbildungsangebot zu geben. Die Bildungsträger treten mit ein bis vier Veranstaltungshinweisen auf und geben damit nur einen Einblick in ihr Gesamtprogramm. Aber gerade weil eine große Anzahl von Anbietern zu diesem Zweck eine Auswahl aus ihrem Gesamtprogramm trifft, ist die qualitative und in diesem Fall auch quantitative Analyse der ausgewählten Veranstaltungsankündigungen interessant: Mit der Broschüre präsentieren sich die Bildungsträger und sie bewerben ihr Angebot. Damit geben die ausgewählten Veranstaltungsankündigungen Aufschluss über

- den Stellenwert, den die Bildungsanbieter den inserierten Themen im Rahmen ihrer Selbstdarstellung beimessen bzw.
- ihre Einschätzung der Interessen potentieller Seminarteilnehmer oder auch Führungskräfte, die Mitarbeiter zu einer Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen motivieren oder selber an Veranstaltungen teilnehmen möchten.

Um auszuschließen, dass einzelne, in der Zeitschrift Heilberufe nicht inserierte Themen unberücksichtigt bleiben, wurden insbesondere Programme von Bildungsträgern ausgewertet, die über die im Deutschen Bildungsrat vertretenen Verbände erreichbar waren. Berücksichtigt wurden Programme für die Jahre 2004 und 2005. Da es Überschneidungen zwischen den in diesen Programmen ausgewiesenen Maßnahmen und den Veranstaltungsankündigungen in den Beilagen gab und eine repräsentative Stichprobenauswahl nicht angestrebt wurde, kam hier nur eine qualitative Auswertung in Frage.

Um die Angebote übersichtlich darzustellen, wurden die Einzelangebote „geclustert“ und zu einem Raster verdichtet. Zu diesem Zweck wurde an den Veranstaltungshinweisen der Beilage „Heilberufe Service: Pflege 2004“ angesetzt. Ein daraus hervorgegangenes erstes Raster wurde schrittweise anhand von weiteren Veranstaltungsprogrammen mit externen sowie internen Bildungsangeboten angereichert und weiterentwickelt.

Für einen Überblick über das *interne Bildungsangebot* wurden in einem ersten Schritt Programme von Universitätskliniken beschafft und ausgewertet. Dem lag die Überlegung zugrunde, dass die Größe dieser Einrichtungen mit einem besonders breiten internen Bildungsangebot einhergehen müsse, das thematisch u. a. die in der Altenpflege unterbreiteten Angebote einschließt. Der Anteil der berücksichtigten Universitätskliniken erlaubt für diesen Bereich eine quantitative Auswertung des Materials. In einem zweiten Schritt wurde das Ergebnis mit den Programmen von einzelnen am Netzwerk gesundheitsfördernde Krankenhäuser beteiligter Einrichtungen abgeglichen, um die Vollständigkeit der Themenliste sicher zu stellen. Dabei wurde unterstellt, dass diese Krankenhäuser in der Gesundheitsförderung ein überdurchschnittliches Engagement aufweisen.

An dieser Stelle bietet es sich an, noch einmal den Unterschied zwischen einer qualitativen und quantitativen Analyse zu betonen: Die ausgewählten Krankenhäuser unterscheiden sich mit ihrem größeren und vielfältigeren Bildungsangebot vermutlich vom Durchschnitt der Krankenhäuser. Ihr Bildungsangebot vermittelt damit zwar einen guten Einblick in die Vielfalt der Angebote und die Möglichkeiten, diese in ihrer Breite für die Gesundheitsförderung zu erschließen. Dieser Einblick liefert aber keinen Überblick über das flächendeckende Bildungsangebot. Aussagen über ein quantitativ ausreichendes oder nicht ausreichendes Bildungsangebot können nicht getroffen werden.

### **3.3 Ermittlung des Fortbildungsbedarfs von Pflegekräften**

Zur Ermittlung des Fortbildungsbedarfes in der Pflege wurden zwei vierstündige moderierte Workshops mit dem Titel: „*Hauptsache weg vom Bett ??? – Chancen für einen Wiedereinstieg in die Pflege*“ (Anhang A7) mit einundzwanzig examinierten Pflegekräften durchgeführt sowie eine einstündige Gruppendiskussion mit sechs Bildungsreferenten, die in der Fort- und Weiterbildung für Pflegende tätig sind. Zu den beiden moderierten Workshops wurden ausführliche Beobachtungsprotokolle angefertigt (Anhang A8 und A9), das Gruppeninterview wurde zusätzlich aufgezeichnet und transkribiert. (Anhang A10)

Diese Methodenkombination ermöglichte, nähere Einblicke in zwei Perspektiven von Fortbildungen zu gewinnen: Auf der einen Seite die Sichtweise der Pflegenden, die die Adressaten der Fortbildungen sind und auf der anderen Seite die Perspektive der Bildungsreferenten, die Fort- und Weiterbildungen konzipieren und durchführen.

Das so gewonnene Material wurde nach den Regeln der Grounded Theory analysiert (vgl. STRAUSS 1998). Die ausführlichen Beobachtungsprotokolle und die Verschriftung des Gruppeninterviews dienten als Grundlage für die Generierung von Themen und Hypothesen, für die Anfertigung von Memos, um Kodes und Schlüsselkategorien zu entwickeln. Durch das Kodieren werden Hypothesen und Lesarten gebildet, aus denen die konzeptuelle Dichte der Theorie erwächst. Dabei wurde zunächst offen, dann selektiv und axial kodiert. Der Forschungsprozess wird fortlaufend durch das Schreiben von theoretischen Memos bestimmt, um sich von den Daten zu entfernen und sich in analytische Ebenen zu begeben (vgl. STRAUSS 1998: 49f). Anhand dieser Methode wurden die Workshops und das Gruppeninterview analysiert und die Ergebnisse gesichert.

Zu den Workshops wurde unter Studierenden des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Fulda in den Studiengängen Pflege (grundständig primärqualifizierend) Pflegemanagement und Gesundheitsmanagement (auf eine Ausbildung in Gesundheitsberufen aufbauendes Weiterbildungsstudium), bei den fünfzehn akademischen Lehreinrichtungen der Fachhochschule Fulda (ambulante und stationäre Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege) sowie über einen inoffiziellen Verteiler aus lose kooperierenden Pflegeeinrichtungen eingeladen. Über diesen Weg wurden primär Pflegekräfte aus Hessen erreicht. Zwei der Teilnehmende hatten Auslandserfahrungen (Schweiz und England). Die Pflegeeinrichtungen, in denen die Pflegenden Erfahrungen gesammelt hatten, waren in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Thüringen und Sachsen. Die Diskussion mit Bildungsreferenten wurde in einer größeren Bildungseinrichtung in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, die einen Arbeitskreis kooperierender Pflege-Bildungsreferenten eingeladen hatten.

Mit den Workshops wurden primär, aber nicht ausschließlich, Teilnehmende erreicht, die über einen Ausstieg in der Pflege nachdenken, aus der Pflege zumindest vorübergehend ausgestiegen sind oder nach einem Studium wieder in die Pflege – in neuer Funktion – eingestiegen sind. Die als Ergebnis der Analyse möglichen Aussagen können insofern nur für die Gruppe der aufstiegsorientierten, motivierten potenziellen Aussteigerinnen und Aussteiger Gültigkeit in Anspruch nehmen. Andere Gruppen von Aussteigern oder Ausstiegswilligen wurden über dieses Verfahren nicht erreicht. Innerhalb dieser Gruppe aufstiegsorientierter und motivierter Pflegekräfte waren dagegen maximale Kontraste vertreten:

- Pflegekräfte, die sich in vielen Jahren innerhalb der Pflege durch Fortbildung und Berufserfahrung weiterentwickelt haben und aus der Pflege nicht aussteigen wollen und Pflegekräfte, die auf bis zu fünfundzwanzig Jahre Berufserfahrung zurückblickend nunmehr über die Möglichkeit zu studieren nachdenken
- Pflegekräfte, die direkt nach der Ausbildung ein Studium aufgenommen haben und Pflegekräfte, die ihr Examen erst nach Studienabschluss abgeschlossen haben, und nunmehr in der direkten Pflege arbeiten
- Pflegekräfte, die während des Studiums weiter in der direkten Pflege tätig sind – als examinierte Kräfte auch in Hilfskraftstellen – und Pflegekräfte, die während des Studiums nicht oder in anderen Jobs arbeiten
- Pflegekräfte, die nach dem Studium auf keinen Fall wieder in die Pflege zurück möchten und solche, die dies gerne tun möchten
- Pflegekräfte, die ihr Studium vor kurzem abgeschlossen haben und seit kurzer Zeit wieder in der Pflege tätig sind und Pflegekräfte, die nach einem auch schon länger zurückliegenden Studiumsabschluss gerade auf Arbeitssuche sind
- Pflegekräfte, die nach dem Studium nun mehr bereits etliche Jahre in Stabsfunktionen (z. B. Innerbetriebliche Fortbildung, Krankenpflegeschule oder Qualitätsbeauftragte) in der Pflege tätig sind, und Pflegekräfte, die vor und nach dem Studium in der direkten Pflege gearbeitet haben, inzwischen aber erneut ausgestiegen sind und an der Hochschule als wissenschaftliche Mitarbeiter/innen tätig sind.

Der Anteil an Männern war in den Workshops mit 24 Prozent etwas höher als in der Pflege (17 Prozent, vgl. RKI 2004: 37), aber annähernd repräsentativ.

In den Workshops wurden Pflegende aus der ambulanten und der stationären Pflege, aus der Alten- und der Krankenpflege und aus der psychiatrischen Pflege – leider aber nicht aus der Kinderkrankenpflege –, aus unterschiedlichen Stationen der Krankenpflege – OP-Schwestern, Intensiv- und Wachstationen, Chirurgie, Neurochirurgie, Innere und Palliativpflege –, aus kleinen Häusern, aus Kliniken der Maximalversorgung und aus Universitätskliniken erreicht.

In der Gesprächsrunde der Bildungsreferenten waren ebenfalls die Kranken- und Altenpflege vertreten. Alle Teilnehmerinnen hatten ein Studium absolviert, in Pädagogik, Pflegepädagogik, Pflegemanagement oder Sozialpädagogik.

Zentrale Fragestellungen der beiden einheitlich konzipierten Workshops waren die nach Belastungen und Ressourcen in der Tätigkeit der Pflege und danach, was die Teilnehmer/innen selbst oder andere lernen möchten oder sollten, um Belastungen zu reduzieren oder zu bewältigen und um gesundheitsfördernde Ressourcen entwickeln zu können. Einleitend sollten sich die Teilnehmenden vorstellen und über ihren beruflichen Werdegang etwas erzählen. Während des Erzählvorgangs sollte der Satz „Wenn ich an meine Berufserfahrung in der Pflege denke...“ vervollständigt werden. Die Beiträge wurden visualisiert und diskutiert. Nach jeder Themenrunde wurden durch die Moderatorin ergänzende Fragen aufgeworfen und Ergebnisse zusammenfassend gespiegelt (z. B. „Sie haben keine körperlichen Belastungen genannt. Wie ist das zu verstehen?“ oder „Sie haben hier die bessere Erfahrung im Ausland thematisiert. Können Sie bitte noch mal verdeutlichen, was Sie damit genau meinen?“).

Die Gruppendiskussion wurde nach einem zuvor entwickelten Leitfaden durchgeführt und mit Einverständnis der Teilnehmerinnen aufgezeichnet. Zentrale Fragen waren z. B. „Was erzählen Leute, die in die Weiterbildungen kommen, welche Probleme haben sie? Warum wollen Sie sich weiterqualifizieren? Wollen Sie weg von der direkten Pflege?“, „Wie könnte man die Gruppe von Pflegenden charakterisieren, die jetzt am Bett stehen und bleiben?“ oder „Gibt es Programme für Wiedereinsteiger?“

Die zentralen Ergebnisse der Workshops und der Gruppendiskussion sollen im Folgenden thematisch sortiert dargestellt werden.

## 4 Der Fortbildungsbedarf: Ergebnisse aus den Workshops und Interviews

### 4.1 Berufsentwürfe: Erwartungen und Enttäuschungen

Die motivierten und aufstiegsorientierten potenziellen Aussteigerinnen und Aussteiger aus der Pflege, die in dieser Studie erreicht wurden, sind überwiegend an einer Akademisierung als Ausstiegs-, Aufstiegs- und Wiedereinstiegschance orientiert. Sie erwägen künftig zu studieren, befinden sich im Studium oder haben bereits ein pflegewissenschaftliches, pflegepädagogisches oder gesundheitswissenschaftliches Studium absolviert. Sie verbinden damit überwiegend das Ziel, nach Abschluss des Studiums nicht mehr in der direkten Pflege tätig zu sein, aber in anderer Funktion in die Pflege oder die Gesundheitsversorgung zurückzukehren. Hier ließen sich quantitative aber nicht qualitative Unterschiede zwischen Studierenden oder Absolventen der verschiedenen Studiengänge finden, obgleich einer der hier relevanten Studiengänge primär für die direkte Pflege und nicht für Leitungsfunktionen qualifiziert.

Die Teilnehmenden haben sich aus verschiedenen Gründen für das Studium entschieden, in erster Linie aber, um sich selbst berufliche Entwicklungsperspektiven zu schaffen, die ihnen die Berufsausbildung und die praktische Tätigkeit nicht bieten konnten. Das Studium bietet die Möglichkeit „nicht mehr am Bett zu stehen“ (vgl. Protokoll I Zeile 9), also nicht mehr in der direkten Pflege zu arbeiten. Diese Gruppe verfolgt gezielt eine Aufstiegskarriere.

Durch die Akademisierung der Pflege und die Entwicklung von circa 50 unterschiedlichen pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen überall in der Bundesrepublik Deutschland haben Pflegekräfte seit nunmehr über zehn Jahren die Möglichkeit, sich durch ein Studium im Bereich Pflege weiterzuqualifizieren. Vor dieser Entwicklung blieb ihnen oftmals nur die Option, sich als Unterrichtsschwester/-pfleger oder Praxisanleiter/in fortzubilden. Berufsaufstiegswillige mussten nach ganz anderen beruflichen Perspektiven suchen, haben eine Umschulung oder ein eher pflegefremdes Studium (Soziologie, Pädagogik, Medizin) absolviert.

Solche aufstiegsorientierten Pflegekräfte sehen für sich selbst keine berufliche Perspektive innerhalb der direkten Pflege mehr. Die Pflege charakterisieren sie als starr und nicht entwicklungsbereit. Wenn sie an ihre Berufserfahrung in der Pflege denken, denken sie u. a. an enttäuschte Erwartungen, begrenzte Entwicklungsperspektiven, Personalmangel und schlechte Rahmenbedingungen.

Es wurden aber auch die positiven Aspekte an der direkten Pflege gesehen, wie der Umgang mit Menschen, der Zufriedenheit schafft oder ein gutes Team, das den Austausch untereinander ermöglicht. Beispielsweise stellte eine Teilnehmerin fest, dass sie „den richtigen Beruf ergriffen hat, der ihr durchaus auch Spaß und Freude bereitet, sie sieht die positiven Dinge an ihrer Arbeit u. a. die Pflegeerfolge. Sie begründet ihre Entscheidung für das Studium, als ‚weg vom Bett‘ mit den Rahmenbedingungen, die das Krankenhaus vorgibt. In den Rahmenbedingungen sieht sie die Ursache, nicht mehr so pflegen zu können, „wie sie selbst möchte.“ (Protokoll I Zeile 19f). Sie differenziert zwischen der patientennahen Pflege, die ihr Freude bereitet, und der patientenfernen, für sie pflegefernen Tätigkeit, die sie als belastend erlebt

und die aus ihrer Sicht patientennahe Pflege soweit stört und beeinträchtigt, dass die eigentlich schöne Tätigkeit der patientennahen Pflege nicht mehr attraktiv ist. Patientenerne Tätigkeiten übernehmen zu müssen, denen gegenüber den patientennahen Tätigkeiten Priorität zuzuweisen war, entsprach nicht ihren Erwartungen.

Erwartungen an einen Beruf entstehen vor dem Beginn der Aufnahme eines Berufes. Ist die Ausbildung eng an der Praxis der Berufes orientiert, so können Erwartungen schon während der Ausbildung erfüllt oder enttäuscht werden oder aber sich Enttäuschungen über viele Jahre hinweg entwickeln. Schnelle Enttäuschungen können dann zu einem sofortigen Ausstieg aus dem Beruf während oder nach Abschluss der Ausbildung führen, langsame Enttäuschungen können zu einem inneren Rückzug aus dem beruflichen Engagement oder einem späteren beruflichen Wechsel führen. Die von uns erreichte Gruppe beschrieb ihre Erfahrungen in der Pflege als enttäuschend – nicht primär als körperlich belastend. Dabei war es nicht in erster Linie die direkte Pflege selbst, die als enttäuschend erlebt wurde, sondern es waren die Bedingungen dieser Tätigkeit.

Ein solcher Fokus erklärt sich aus der erreichten Zielgruppe: Wer die pflegerische Tätigkeit selbst als enttäuschend erlebt, wird sich von ihr grundsätzlich abwenden und nicht ein Studium ergreifen, das prinzipiell die Chance bietet, Bedingungen der Tätigkeit mitgestaltend zu verändern. Diese Hoffnung zeigte sich als eine durchgängige Motivation, ein pflege- oder gesundheitswissenschaftliches Studium aufnehmen zu wollen. Die Intensität der Enttäuschung ist ein Einflussfaktor für die Nähe oder die Entfernung von der direkten Pflege, die nach dem Studienabschluss angestrebt wird.

Gleichzeitig wird aus dieser Überlegung heraus deutlich, dass Aussteigerinnen und Aussteiger nur dann für einen Wiedereinstieg zu gewinnen sind, wenn sie nicht von der pflegerischen Tätigkeit selbst so enttäuscht sind, dass sie sich einen neuen Weg in diesen Beruf nicht vorstellen können. Somit ist die Frage nach dem geeigneten Interventionszeitpunkt aufgeworfen.

Die Bildungsbeauftragten sehen das Bild innerhalb der Pflege zunächst etwas differenzierter. Sie unterscheiden zwischen:

- Fortbildungsteilnehmenden, die sich ein besseres Handwerkszeug für die Praxis wünschen, und denjenigen, die eher die zusätzlichen und aus ihrer Sicht pflegefernen Aufgaben bedauern, für die sie sich in der Fortbildung fit machen
- Fortbildungsteilnehmenden, die sich persönlich und beruflich weiterentwickeln möchten, und denen, die aus formalen Gründen die Weiterbildung nachweisen müssen
- Fortbildungsteilnehmenden, die aufgrund von körperlichen und psychischen Belastungen und deren körperlichen Folgen nicht in der direkten Pflege bleiben können, und denjenigen, die Fortbildung als entlastende Pause von der direkten Pflege begreifen.

Aus ihrer Sicht bleiben diejenigen in der Pflege, die keine Alternative haben oder sich keine Alternative vorstellen können, oder diejenigen, die sich so mit „ihrer Station“ identifizieren sind, dass ein Weggehen ihnen als Verrat vorkommen würde.

Dass jemand in der Pflege bleibt, weil die Pflege der Beruf ist, der genau ihren Vorstellungen entspricht, ist auch für die Bildungsreferentinnen schwer vorstellbar. Immerhin wird hier aber die Möglichkeit gesehen, dass jemand den Belastungen in der Pflege auch körperlich nicht mehr gewachsen sein kann – eine Sichtweise, die die Workshopteilnehmenden nicht entwickelt haben.

Leitthema beider Workshops und der Gruppendiskussion sowie der im Zeitraum der Studie durch die Autorinnen und Autoren geführten Diskussionen in Lehrveranstaltungen waren in erstaunlicher Einmündigkeit die *enttäuschten Erwartungen*, die mit der Berufsaufnahme verbunden waren. Ein persönlicher Vergleich mit den Arbeitsbedingungen im Ausland – insbesondere in der Schweiz – scheint hierbei den Kontrast zwischen den Erwartungen und der erlebten Wirklichkeit zu verschärfen: man sieht, dass Pflege prinzipiell auch dem entsprechen könnte, was man sich vorgestellt hat, aber in der Bundesrepublik Deutschland dem nicht entspricht. Als besonders enttäuschend werden die begrenzten *Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten* und die *zeitlichen Rahmenbedingungen* beschrieben, die es nicht ermöglichen, qualitativ zu pflegen. Pflegende wollen sich gerne umfassend um Patientinnen und Patienten kümmern, können dies aber aus Zeitgründen nicht. Pflegende wollen sich in ihrem Beruf entwickeln, können dies aber nicht, ohne aus der direkten Pflege auszusteigen. Pflegende wollen gerne in ihrer Arbeit gestaltend wirken, werden darin aber durch strikte Regelungen, die eigene und andere Berufsgruppen behindert. Eine differenzierte Analyse zeigt, dass es das *Berufsverständnis* der Pflege selbst sein kann, das zu solchen Enttäuschungen führt:

- Jugendliche, die eine Berufsausbildung in der Pflege anstreben, haben keine klare Vorstellung vom Berufsbild der Pflege. Dieses vorher zu entwickeln, ist ihnen schon deshalb kaum möglich, weil in der Gesellschaft ambivalent über die Bedeutung der Pflege kommuniziert wird. Pflege wird einerseits ob ihrer aufopferungsvollen Aufgabe überhöht, andererseits in ihrer konkreten Tätigkeit nicht wertgeschätzt. Pflegende selbst umschreiben ihre eigene Position und die Position der Pflege in der Gesellschaft wie folgt: „Pfleger = Multitalent ohne Wert“ (Protokoll II Zeile 229) „Arbeiten, die niemand machen möchte“ (Protokoll II Zeile 64f), „Pflege als ein Tabuthema“ (Protokoll I Zeile 204), „Wir machen das, was die Gesellschaft nicht machen will.“ (Protokoll I Zeile 205f).
- Das Berufsbild der Pflege scheint aber auch für die Pflegenden selbst überhaupt nicht klar und eindeutig zu sein und ruft somit innere Konflikte hervor. Die Pflege hat, wie die Analysen ergeben haben, kein eigenes, klar umrissenes Handlungs- und Aktionsfeld. Das mangelnde Rollenverständnis löst innere Konflikte in den Pflegenden selbst aus, sie sehen ihre Arbeit nicht als zufriedenstellend an. Pflegenden fällt es vergleichsweise leicht zu sagen, was nicht zu ihren Aufgaben gehört oder gehören sollte (Hilfsdienste für Ärzte, Reinigungsdienste, Hostessdienste), aber vergleichsweise schwer zu beschreiben, was zu ihren Aufgaben gehört. Dies schließt auch Ausgrenzung und Eingrenzungen in der eigenen Berufsgruppe ein: ist die OP-Schwester fern von der eigentlichen Pflege oder hat sich durch ihre patientenferne Tätigkeit eine privilegierte Position innerhalb der Pflege? Gehört die Versorgung mit Nahrung und die Vorbereitung des Bettes zur Pflege oder wird die Pflege dann „als teure Putzfrau missbraucht“ (Protokoll I Zeile 74)? Gehört der Patiententransport zu den Aufgaben der Pflege oder kann er anderen überlassen werden? Die Tätigkeit der Pflege scheint primär von anderen Berufsgruppen und dem zufälligen Verständnis der Institution abhängig zu sein, weniger von der Pflege selbst.

- Trotz Rahmenlehrplänen scheint es dem Zufall der auszubildenden Institution und ihrer Bedingungen überlassen zu sein, welches Bild von der pflegerischen Tätigkeit vermittelt wird. Man hat „Glück gehabt“ (Protokoll I Zeile 58) oder auch nicht, man gerät zwischen die Vorstellungen der Schule und den Anforderungen der praktischen Ausbildung, man kann das Gelernte in der Praxis umsetzen oder auch nicht, oder man bemerkt in der Praxis, dass die zu pflegenden Menschen in der Ausbildung nicht vorkamen und vermeidet die Kommunikation mit ihnen, weil man keine diesbezüglichen Kompetenzen vermittelt bekommen hat.

Mit dem Begriff des *Berufsverständnisses* wird die Schlüsselkategorie der *Professionalisierung* eingeführt, die sich in der Analyse der Daten als leitend erwiesen hat – wobei aus Sicht der Autorinnen und Autoren weniger die merkmalsorientierten Ansätze sondern eine handlungstheoretische Begrifflichkeit von Professionalisierung zielführend ist.<sup>8</sup> Es geht hier um die eigenständigen Problemlösungsstrategien, die einer spezifischen Handlungslogik folgen (vgl. SCHAEFFER 1990).

Wer einen Beruf ausüben will, macht sich zunächst eine Vorstellung von seinem Beruf, einen *Berufsentwurf*, der vom gesellschaftlichen Bild des Berufes, von persönlichen Erfahrungen mit der Berufsgruppe – z. B. aus dem Bekanntenkreis, aus Praktika oder aus der Patientenperspektive – oder von dem Berufsverständnis der Berufsgruppe selbst geprägt sein kann. Dieser Entwurf kann enttäuscht werden oder ihm kann entsprochen werden; er wird sich mit der Berufstätigkeit weiterentwickeln, vertiefen oder differenzieren, aber er entsteht vor der Ausübung des Berufes.

Mit der Professionalisierung eines Aufgaben- und Tätigkeitsbereiches ist eine Grenzziehung verbunden, was dazu gehört und was nicht. SCHAEFFER (1994: 124) verweist in ihrer handlungstheoretisch orientierten Analyse der Professionalisierungschancen der Pflege auf die nicht hinreichende Klärung ihres Gegenstandes als zentrales Problem. Die Klärung des Gegenstandes der Pflege ist dabei mehrschichtig zu verstehen: Sie muss innerhalb der Pflege selbst, in Abgrenzung und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen und innerhalb gesellschaftlicher Differenzierung erfolgen.

Damit lässt sich die Hypothese entwickeln, dass ein erhebliches Belastungspotential der Pflege, das zum Ausstieg aus der Pflege führen kann, die mangelnde Klärung des Gegenstandes der Pflege selbst ist, aus dem enttäuschte Erwartungen resultieren können: Das erlebbare Berufsverständnis der Berufsgruppe selbst oder aber die von außen an sie gerichteten Vorstellungen entsprechen nicht dem Berufsentwurf. Diese Hypothese kann sowohl für die motivierten als auch die resignierten Ausstiegswilligen gelten. Die motivierten Ausstiegswilligen, so ließe sich als weitere Hypothese aus dem Datenmaterial heraus formulieren, halten jedoch das Berufsbild prinzipiell ihrem Berufsentwurf entsprechend veränderbar.

Im Hinblick auf die Frage nach dem Fortbildungsbedarf folgt daraus zunächst die Bestimmung des richtigen Zeitpunkts für Interventionen:

---

<sup>8</sup> Aus Sicht der Workshop-Teilnehmer/innen steht der Professionalisierungsprozess durchaus auch in einem Zusammenhang mit materieller Gratifikation, beruflichem Aufstieg und Status und beinhaltet damit auch Elemente merkmalsorientierter Ansätze der Professionalisierungstheorie.

1. Wiedereinsteiger/innen können nur schwer dazu gewonnen werden, neue Berufsentwürfe zu entwickeln. Sie sind entweder enttäuscht und kehren dann nicht bzw. nicht in die direkte, patientennahe Pflege zurück, oder aber sie kehren zurück, weil sie für sich trotz der Enttäuschungen keine Alternative sehen oder aber sie betrachten die Zeit ihres Ausstiegs nur als eine notwendige Pause und sind mit ihrem Beruf durchaus zufrieden. Die Gruppe der motivierten und aufstiegsorientierten Pflegenden kehren in neuen Funktionen zurück, um die Pflege entsprechend ihren Berufsentwürfen zu gestalten, oder aber sie entfernen sich von der praktischen Pflege in neue Tätigkeitsbereiche entsprechend neu gefasster Berufsentwürfe.
2. Ein Berufsverständnis muss immer auch in dem Beruf selbst entwickelt und durch eine entsprechende Praxis gefestigt werden. Die Ursache für enttäuschte Vorstellungen über die Pflege liegt im unklaren Gegenstand der Tätigkeit der Pflege selbst. Fortbildung als Bestandteil der beruflichen Tätigkeit und in Verbindung mit der Entwicklung der Organisation könnte hier zu einem zentralen Bezugselement werden, um den Ausstieg aus der Pflege zu verhindern. Dabei könnte sich eine Verbindung von Theoriebasierung der Praxis – „Theoriegeleitete Arbeit macht zufriedener“ (Protokoll I Zeile 62) – und Praxisnähe der Theorie als hilfreich erweisen.
3. Ein zentraler Ansatzpunkt scheint hier die Verbesserung der Ausbildung selbst zu sein. Nur so ist zu erklären, dass der Ausstiegswunsch teilweise bereits mit dem Abschluss der Ausbildung formuliert wird. Die vorliegende Studie lässt hier keine weitergehenden Aussagen zu, welche Punkte in der Ausbildung im Konkreten veränderungswürdig erscheinen. Die enge Anbindung der Ausbildung an eine ausbildende Einrichtung ist jedoch aufgrund der sehr unterschiedlich erfahrenen Ausbildungsniveaus in Frage zu stellen.

## **4.2 Das Team: Arbeitsteilung, Hierarchie und Zusammenarbeit**

Pflege ist auch aus der Erfahrung derer, die dort arbeiten, und derer, die für die Fort- und Weiterbildung tätig sind, vor allem ein Frauenberuf. Dies gilt in der Altenpflege (13 Prozent Männer) stärker als in der Krankenpflege (18 Prozent Männer - RKI 2004: 37). In der Krankenpflege differenziert sich das Bild nach den Hierarchieebenen: Männer finden sich eher auf den Leitungsebenen oder aber – als Zivildienstleistende und ungelernte Kräfte – in Sonderbereichen wie z. B. bei den Hohl- und Bringdiensten. 15 Prozent der examinierten Krankenpflegekräfte, aber 25 Prozent der Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege sind Männer (RKI 2004: 37). Männer werden von den Frauen in der Pflege, z. B. in der Ausbildung, zu den vergleichsweise schwereren körperlichen Arbeiten herangezogen und möglicherweise in Ausbildungssituationen auch besonders ob ihrer Belastungsfähigkeit getestet.

In den unteren Hierarchieebenen, den un- oder angelernten Pflegehilfskräften, die es aus Sicht der Bildungsbeauftragten verstärkt in der Altenpflege, weniger häufig in der Krankenpflege gibt, nimmt der Anteil der Frauen, die den Hauptteil des Familieneinkommens beisteuern, nicht zuletzt weil die Familienväter arbeitslos sind, deutlich zu. Zu den Hilfskräften in der Pflege gehören aus ihrer Erfahrung vor allem ältere Frauen, die für sich keine anderen Möglichkeiten der Berufsausübung mehr sehen, oder keine Möglichkeiten der Weiterqualifikation mehr haben.

Hierzu zählen insbesondere Spätaussiedler mit einem Gesundheitsberuf, aber auch Schüler oder Arbeitslose aus völlig anderen Berufsgruppen, die sich wenig für den Beruf eignen. Große Sorgen bereitet vor allem den für die Fortbildung zuständigen Pflegekräften die arbeitsmarktpolitisch forcierte Entwicklung der sogenannten „Ein-Euro-Jobs“. Die Befürchtung ist, dass diese nicht qualifizierten Kräfte entgegen der verbandspolitischen Äußerungen dennoch auch für qualifizierte Pflegtätigkeiten mit herangezogen werden.

Es wird eine zunehmende Diskrepanz zwischen der Forderung nach Qualitätssicherung, Weiterbildung und Akademisierung der Pflege einerseits und der zunehmenden Beschäftigung von gering qualifizierten Pflegekräften aus Kostengründen andererseits beschrieben, wobei sich die Situation vor allem in der Altenpflege zuzuspitzen scheint. Aus der Wahrnehmung der Pflegenden steht einer zunehmenden Arbeitslosigkeit qualifizierter Arbeitskräfte in der Pflege die Entlastung des Arbeitsmarktes durch die Beschäftigung gering qualifizierter Arbeitskräfte in der Pflege gegenüber. Daraus resultiert eine Reihe von Problemen, die sich auch auf die gesundheitlichen Belastungen in der Pflege und die Frage des Berufsausstiegs und Wiedereinstiegs auswirken:

- Pflege erfordert nicht nur die Bewältigung *emotionaler Anforderungen*, wie z. B. die Bereitschaft intime Nähe zuzulassen, mit Leid und Tod umgehen zu können oder Ekel überwinden zu können, sondern in eine sehr ausgeprägten Form auch *Emotionsarbeit* (vgl. HOCHSCHILD 1990; NERDINGER 1994), wobei von ZAPF et al. (2000) insbesondere die emotionale Dissonanz als belastend bewertet wird. Derzeit existieren unterschiedliche Sichtweisen darüber, ob es sinnvoller ist, geeignete Personen auszuwählen, die solchen Belastungen gewachsen sind, oder aber Betroffene darin zu schulen, mit solchen Belastungen umgehen zu können. Arbeitsmarktentlastende Beschäftigungsprogramme können dazu führen, dass nicht oder wenig geeigneten Personen eine Tätigkeit in der Pflege nahe gelegt wird, ohne ihnen eine Fortbildungen zur Bewältigung der mit solchen Tätigkeiten verbundenen *emotionalen Belastungen* anzubieten.
- Der Grad an *psychischer Belastung* mit möglichen Krankheitsfolgen steigt durch die *Überforderung* auch und gerade bei den geringfügig Qualifizierten an, wobei gleichzeitig die Qualität der Versorgung sinkt.
- Qualifizierte Pflegekräfte müssen die Funktion der Anleitung der gering qualifizierten Kräfte übernehmen und tragen mehr Verantwortung auch für solche Tätigkeiten, die sie nicht selbst durchführen. Hierfür sind sie allerdings nicht oder nur unzureichend qualifiziert und bekommen darin auch wenig Unterstützung. Auch hier können *psychische Belastungen* durch *Überforderung* entstehen.
- Qualifizierten Berufsrückkehrerinnen, die nach einer Familienphase wieder in der Pflege arbeiten wollen, werden schlechter bezahlte Tätigkeiten unterhalb ihres Qualifikationsniveaus angeboten, die sie entweder nicht annehmen und den Beruf verlassen, oder die ihre Unzufriedenheit mit dem Beruf erzeugen oder verstärken und so zu *psychischen Belastungen* durch *Unterforderung* führen können.
- Die wahrgenommene *Bedrohung durch Arbeitslosigkeit* bei den qualifizierten Pflegekräften stellt an sich einen Belastungsfaktor dar. Sekundär führt sie aber auch dazu, dass vorhandene Einflussmöglichkeiten auf Rahmenbedingungen in der Pflege nicht genutzt werden und Unzufriedenheit und weitere *psychische Belastungen* aufgrund *fehlender Gestaltungsmöglichkeiten* am Arbeitsplatz entstehen.

Arbeitsteilung und die mit ihr verbundene Hierarchie zwischen Berufsgruppen oder innerhalb einer Berufsgruppe ist auch in der Krankenpflege ein unter Belastungsgesichtspunkten wichtiges Thema – hier allerdings in seiner ganzen Ambivalenz: Zur Entlastung von den Folgen der Unterordnung der Pflege unter die Funktionen der klinischen Versorgung (optimale Auslastung der OP-Teams und Räume sowie der diagnostischen Geräte, Zeitpunkt der Visite, Essenzeiten nach Wunsch der Küche etc.) wünscht sich zumindest ein Teil der Pflegenden die Einführung von hierfür speziellen Diensten auf Kosten der Vollständigkeit der Arbeitsprozesse. Immer wieder müssen Pflegekräfte die Pflege am Bett unterbrechen, um zeitlich drängende Aufgaben zu übernehmen. Die Teilnehmenden umschreiben solche Umstände mit „vom Bett weg springen“ (vgl. Protokoll II Zeile 66f) oder „wir decken den Patienten wieder zu“ (vgl. Protokoll II Zeile 162). Sie fordern deshalb die Gründung von Funktionsdiensten wie Hohl- und Bringdienste, Reinigungsdienste, Hotelservicedienste (Betten machen, Essensbestellung aufnehmen und Essen austeilen) oder Sekretariatsdienste für die Schreib-, Organisations- und Dokumentationsaufgaben zur Übernahme patientenferner Aufgaben. Dieser Wunsch nach arbeitsteiliger Differenzierung der pflegerischen Aufgaben und Einführung weiterer Hierarchien erscheint den Autorinnen und Autoren dieser Studie hierbei als dreifach problematisch:

- Trifft es zu, dass die Unterordnung unter die Funktionen der klinischen Versorgung besonders belastend sind, so wäre eine Weitergabe der damit verbundenen Belastungen an untergeordnete Dienste eine Verschiebung von Arbeitsbelastungen an sozial schlechter gestellte Gruppen, die ohnehin gesundheitlich stärker belastet sind.
- Der Wunsch nach einer weiteren arbeitsteiligen Ausdifferenzierung der Pflegetätigkeiten zur Entlastung widerspricht arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen, wonach ein umfassender Arbeitsvollzug mit einer höheren Arbeitszufriedenheit einhergehen kann. Dem entspricht auch der in den Workshops wiedergegebenen Erfahrungen, wonach die Tätigkeit in der ambulanten Pflege als deutlich weniger belastend erlebt wird, eben weil sie weitgehend frei von Eingriffen durch andere Berufsgruppen und als umfassender, wenig arbeitsteilig und an einem eher selbstbestimmten Arbeitsprozess orientiert ausgeführt werden kann.
- Die weitere Zergliederung der Pflege in verschiedene Funktionsdienste und Aufgabenbereiche widerspräche grundlegend der in der Pflege selbst erhobenen Forderung nach einer patientenorientierten Pflege.

Eine tiefer gehende Analyse der Aussagen in den Workshops zeigt, dass der belastende Kern an einer anderen Stelle zu suchen ist:

- Die Bezugspflege scheint bisher eher nicht oder nur halbherzig umgesetzt zu sein. Die Unterbrechungen der unmittelbar pflegerischen Arbeit würden sich reduzieren lassen, wenn die Pflege ihre Tätigkeit stärker patientenbezogen erbringen könnte und über die notwendigen Behandlungs- und Pflegeabläufe umfassend informiert wäre. Eine planvolle Pflege wäre dann möglich, wenn die Anzahl der gleichzeitig zu versorgenden Patienten geringer ist. Eine größere Autonomie der Patienten (z. B. Essensversorgung für mobile Patienten am Buffet über einen größeren Essenszeitraum hinweg) würde einen solchen ganzheitlichen Arbeitsvollzug zusätzlich erleichtern. Ein *umfassender, ganzheitlicher Arbeitsprozess* wäre möglich. Diese Überlegungen betreffen insbesondere die Organisationsarbeit der Pflege und werden an späterer Stelle nochmals aufgegriffen.

- Die Anerkennung der Pflege als eigenständiges Aufgabengebiet im Kontrast zu einer Sichtweise als überwiegend medizinische Assistenz Tätigkeit wäre mit einer größeren, auch zeitlichen Autonomie pflegerischen Handelns verbunden (vgl. SCHAEFFER 1994: 124), die zugleich eine größere *Anerkennung und Wertschätzung* mit sich brächte. Der Mangel an Anerkennung und Wertschätzung wurde von den Teilnehmenden des Workshops als besonders belastend empfunden. Diese Anerkennung der Pflege als eigenständiges Aufgabengebiet verweist einerseits noch mal auf die bereits formulierte Dimension des Berufsentwurfes; andererseits ist hier insbesondere auch die faktische und praktische Anerkennung durch andere Berufsgruppen und damit die Zusammenarbeit im Team angesprochen.

Beide Perspektiven – die der Problematik einer großen Zahl gering qualifizierter Arbeitskräfte in der Altenpflege und der Wunsch nach der Einführung von geringer qualifizierten Funktionsdiensten in der Krankenpflege – erweisen sich somit als Bestandteile einer zweiten Dimension, die im Kontext der in der Analyse entwickelten Schlüsselkategorie der *Professionalisierung der Pflege* von zentraler Bedeutung ist: die Teamarbeit. Diese Dimension lässt sowohl Rückschlüsse über Arbeitsbelastungen und Ressourcen zu, als sich in ihr auch Erkenntnisse über Fortbildungsbedarfe bündeln. Die Teamarbeit meint eine *interdisziplinäre* und eine *intradisziplinäre Zusammenarbeit* innerhalb des Arbeitssettings der Pflege über Hierarchien hinweg. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist dabei festzuhalten, dass die Pflege ohne die Anerkennung einer eigenen Handlungslogik, ohne die Autonomie ihres Handelns in der Position des Zulieferers verbleibt, der eben „vom Bett weg springen“ (vgl. Protokoll II Zeile 66f) muss, wenn die Handlungslogik einer anderen Berufsgruppe dies erfordert. Genau dies haben die Pflegekräfte im Sinn, wenn sie über bessere Erfahrungen in der Schweiz berichten. Aber auch eine intradisziplinäre Zusammenarbeit bleibt ohne eine eigenständige Handlungslogik der Willkür eines zufällig zusammengesetzten Teams überlassen, das gut oder schlecht kooperiert, mit hin unterstützend oder beeinträchtigend arbeiten kann.

Das Team nimmt eine wesentliche Bedeutung für die Pflegekräfte selbst ein und ist mit positiven und negativen Assoziationen verbunden. Die aus dem Datenmaterial generierte Hypothese lautet, dass die intra- und interdisziplinäre, hierarchieübergreifende Teamarbeit für die Pflegenden belastend sein, aber auch als Ressource für die Pflege dienen kann.

- *Belastend* wirkt ein Team, wenn es „nicht funktioniert“, wenn also die Zusammenarbeit auf der Station nicht reibungslos klappt, wenn die Teammitglieder untereinander Disharmonien entwickeln und diese negativ auf die Arbeit wirken. Das Team wirkt belastend, wenn kein Austausch zwischen den Mitarbeitern stattfindet, wenn Sprachlosigkeit auf der Station herrscht und wenn die geleistete Arbeit oder die Qualifikation nicht wertgeschätzt werden. Nicht funktionierende Teamarbeit in Form von unangemessenen Hierarchien kann unterfordern und überfordern, kann mit einem Mangel an Gestaltungsspielräumen oder auch mit einem Zuviel an Verantwortung verbunden sein. Unseren Analysen zu Folge scheint für die Pflege die Gleichzeitigkeit von Unterforderung und Überforderung, von Gestaltungsmangel und zu hoher Verantwortung leitend zu sein, die jeweils aus einem Mangel an eigenständiger Handlungslogik entspringen.

- Aber das Team kann auch positive Eigenschaften für die einzelnen Stationsmitarbeiter haben. Wenn ein Team „funktioniert“, kann es als *Ressource* für die Pflege dienen. Den Austausch untereinander empfinden die Pflegekräfte als sehr wichtig und unabdingbar. Es stärkt sie persönlich in ihrer täglichen Arbeit, schafft größere Zufriedenheit und verbessert das Arbeitsklima wesentlich. Das Team hat für die einzelnen Mitarbeiter eine stärkende Wirkung, weil ihnen somit die Sicherheit gegeben wird, nicht für alle anfallenden Arbeiten und Tätigkeiten allein die Verantwortung zu tragen.

Die Pflegenden gaben an, oftmals keine Ansprechpartner auf der Station zu haben. Niemand hat sich für ihre Belange zuständig gefühlt. Wichtig sind Ansprechpartner, an die sich Pflegekräfte mit ihren Problemen wenden können und die ihre Belange auch ernst nehmen. Wenn sich niemand für die Probleme zuständig fühlt und keine Ansprechpartner für die Mitarbeiter auf der Station vorhanden sind, löst das Unzufriedenheit aus.

Zusätzlich hatten die Pflegenden das Gefühl als Störenfried zu wirken, wenn sie „unnötige Fragen“ stellen und das lang bewährte System anzweifeln. Die kollegiale intradisziplinäre Zusammenarbeit wird offensichtlich dann gestört, wenn jemand etwas an den tradierten Arbeitsformen verändern möchte – für die aufstiegsorientierten, motivierten Pflegekräfte eine besondere Belastung.

Für den Fortbildungsbedarf folgt daraus:

1. Die Fähigkeit zur kooperativen Arbeit in interdisziplinären und hierarchieheterogenen Teams scheint ein wichtiger Bereich notwendiger Kompetenzentwicklung in Fortbildungen zu sein.
2. Fortbildung sollte generell und themenunabhängig Teamfähigkeit stärken, in dem gesamte Teams interdisziplinär und hierarchieheterogen fortgebildet werden und die Art der Fortbildung zur Entwicklung von arbeitsfähigen Teams beiträgt.
3. In Fortbildungen für Führungskräfte muss die Fähigkeit zur Teambildung eine besondere Bedeutung haben.
4. Wiedereinsteiger/innen müssen durch geeignete Fortbildung in Teams integriert werden und auf der fachlichen Basis pflegerischer Handlungslogik arbeiten. Pflege braucht Konzepte der Einführung neuer Mitarbeiter, deren zentrale Funktion die Integration ins Team und nur sekundär die Initiation in Arbeitsroutinen einer Institution sein muss. Entsprechendes gilt für Auszubildende.
5. Werden un- und angelernte Hilfskräfte in der Pflege für unabdingbar gehalten, so benötigen sie in besonderem Maß Fortbildung zur Bewältigung emotionaler Belastungen und müssen gezielt in das Team integriert werden.

### **4.3 Patientennahe Arbeit: Kommunikation und Interaktion**

Eine Teilnehmerin des zweiten Workshops empfand in ihrer Zeit auf Station „den Umgang mit den Patienten als irgendwie schwierig und belastend. Sie wusste nicht, wie sie mit den Patienten kommunizieren sollte. Fragte sie die Patienten bei der Abendbrotausgabe nach Schwarz- oder Weißbrot, bekam sie zur Antwort ‚ein Steak‘. Damit konnte sie nicht umgehen.

Nach der Babypause entschied sie sich für die Arbeit im OP, da sie dort zumindest nicht direkt mit den Patienten kommunizieren musste.“ (Protokoll II Zeile 73ff).

Was hier beschrieben wird, ist ein potenzielles Ausstiegsszenario aus der Pflege, noch unbeeinflusst von akademischen Optionen, das in diesem Fall mit einem Einstieg in eine patientenfernere, stärker von der ärztlichen Assistenz geprägte Tätigkeit verbunden ist. Da dieses Szenario zunächst den Aussagen anderer Pflegender nach dem Befriedigenden der direkten Pflege zu widersprechen scheint, bedarf es an dieser Stelle einer genaueren Analyse.

Zum damaligen Zeitpunkt, sie hatte die Ausbildung 1984 abgeschlossen, war diese Pflegekraft durch ihre Ausbildung offensichtlich nicht ausreichend auf solche Kommunikationssituationen vorbereitet, auch nicht darauf, sich die ihr fehlenden Kompetenzen selbst aneignen zu können. Da vorausgesetzt werden kann, dass sich die Ausbildung in den letzten zwanzig Jahren geändert hat, scheint diese Geschichte auf den ersten Blick nur von geringer Bedeutung zu sein.

Auf den zweiten Blick zeigt sich aber, dass zur direkten Pflege die direkte Kommunikation mit Patienten oder genauer mit Menschen, die der professionellen Pflege vorübergehend oder dauerhaft bedürfen, unmittelbar gehört. Es handelt sich also um einen Kernbereich pflegerischer Tätigkeit, nicht um ein Randphänomen, und muss deshalb genauer analysiert werden. Die Aufnahme einer Tätigkeit im OP mit dieser Begründung ist deshalb mit einem Ausstieg aus der direkten Pflege gleichzusetzen, auch wenn die Arbeit im OP zur Pflege hinzugehört.

Zunächst lässt sich nur festhalten, dass die Kommunikation mit Klienten oder Patienten und deren Angehörigen (Protokoll II Zeile 274) aus Sicht der Pflege belastend sein kann, während der „Umgang mit Menschen“ (Protokoll II Zeile 262), die „Gespräche mit Angehörigen“ (Protokoll II Zeile 261), der „direkte Kontakt mit Rückmeldungen“ (Protokoll II Zeile 268), das „positive Feedback“ (Protokoll II Zeile 271) oder der „Patient“ (Protokoll II Zeile 273) selbst zu den Ressourcen, den stärkenden Elementen der Pflege gehören können. Aber wovon ist abhängig, ob die Interaktion mit Patienten belastend oder gesundheitsfördernd wirkt?

Dazu zunächst noch einmal zurück zur Ausgangsgeschichte: Die Teilnehmerin beschreibt als Beispiel einen nicht erfüllbaren Wunsch bei der Abendbrotausgabe und bezeichnet dies später so, dass sie sich wie eine Stewardess behandelt gefühlt habe. Was ist für eine Stewardess kennzeichnend? Eine Stewardess muss jemanden bedienen, übernimmt also Service-Funktionen. Sie wird dabei als unmittelbare Ansprechpartnerin der Institution für Unannehmlichkeiten – Verspätungen, unangemessenes Essen, unbequeme Sitzgelegenheiten – zur Verantwortung gezogen, die nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegen. Sie ist dabei gehalten, immer freundlich zu bleiben, auch wenn dies nicht ihrer inneren Stimmung entspricht. In der Interaktion zwischen männlichem Kunden und weiblicher Stewardess (eher selten umgekehrt) ist dabei zusätzlich auch eine erotische Komponente mit im Spiel, die von der Institution bewusst gesetzt wird: Eine Stewardess darf nicht dick, kurzbeinig oder picklig sein, sie soll attraktiv auf die – meist männlichen – Kunden wirken und wird sich dabei gegen den einen oder anderen Übergriff auch zur Wehr setzen müssen. Eine Stewardess leistet *Emotionsarbeit* (HOCHSCHILD 1990) und hat darin erkennbar auch Ähnlichkeiten mit der Pflege, wie mit anderen Dienstleistungsberufen.

Um so enger und intimer die Beziehung zwischen den Dienstleistern und ihren „Kunden“ ist, umso bedeutender ist diese Emotionsarbeit oder Gefühlsarbeit.<sup>9</sup>

Im Kontext dieser Studie ist allerdings von Belang zu fragen, ob diese Dienstleistungsfunktion einer angemessenen Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen entspricht. Wenn von Patientenorientierung die Rede ist, so liegt es nahe, an eine Servicefunktion den Pflegebedürftigen gegenüber zu denken. Ein solches Bild von der Pflege ließe sich auch zeichnen: Die Pflegekraft bietet einen spezifischen Service, sie reicht Essen an, sie macht Betten, schüttelt Kissen auf und sorgt für eine bequeme körperliche Lage, sie übernimmt Aufgaben in der Körperpflege, die grundsätzlich der eines Friseurs durchaus vergleichbar sind, allerdings häufig in intimeren Bereichen. Wie eine Stewardess gibt sie Auskunft über die Angebote der Einrichtung und leistet Unterstützung, Räumlichkeiten innerhalb der Klinik aufzufinden. Sie übernimmt ebenfalls häufig auch die Funktion der Mittlerin zur Institution, insbesondere zur ärztlichen Versorgung, und wird für Unannehmlichkeiten zur Verantwortung gezogen, die sie selbst nicht zu verantworten hat. Auch die erotische Komponente findet sich wieder: Zumindest die junge und attraktive Pflegekraft wird sich an der ein oder anderen Stelle auch gegen Übergriffe zur Wehr setzen müssen. Aber entspricht diese Servicefunktion eigenständigen Problemlösungsstrukturen in der Pflege, „die einer spezifischen Handlungslogik folgen und sich in ihrer Struktur von alltagspraktischen, partikular ausgerichteten Problemlösungen unterscheiden“ (SCHAEFFER 1990: 59)?

Um sich dieser Fragestellung zu nähern, sollen zunächst weitere Äußerungen zur Kommunikation und Interaktion mit Patienten betrachtet werden. Ressourcen fördernd wird sie im Kontext von „Dankbarkeit der Patienten“ (Protokoll I Zeile 145) oder „positive Resonanz der Patienten“ (Protokoll II Zeile 269, 272) in der Rubrik „Wertschätzung“ (Protokoll II Zeile 266ff) erlebt. Dankbar ist man jemandem für eine nicht selbstverständliche Zuwendung oder Übernahme einer Dienstleistung. Dankbarkeit ist ein Gefühl der Verpflichtung jemandem gegenüber. Dankbarkeit ist kein grundsätzlicher Bestandteil einer professionellen Kommunikation, kann darin aber auch vorkommen, wenn jemand z. B. Regelungen zugunsten eines Kunden auslegt und Handlungsspielräume in dessen Interesse nutzt. Die Erwartung von Dankbarkeit als generelles prägendes Element der Kommunikation in einer professionellen Interaktion entspräche einer Entprofessionalisierung der Beziehungen.

Gefragt, was sie lernen möchten, um Arbeitsbelastungen besser zu bewältigen, antworten Pflegekräfte unter anderem mit „Distanz zum Patienten“ (Protokoll I Zeile 225), „Nein-Sagen lernen (gegenüber Patienten [...])“ (Protokoll I Zeile 227), „den Ball zurückgeben (an Patienten) bei Problemen“ (Protokoll I Zeile 230). „Auch müssen klare Grenzen zwischen Patienten und Pflegekräften gezogen werden. Es wurde angesprochen, dass die ‚liebe Schwester‘ doch für den Patienten alles erledigen sollte. Man muss auch Nein sagen können und nicht immer husch husch alles erledigen wollen.“ (Protokoll I Zeile 238ff). Auf die Frage, was andere lernen sollen, antworten Pflegekräfte u. a. mit „Patienten: Pflege sind Menschen“ (Protokoll II Zeile 431) und „Patienten: kooperativer werden“ (Protokoll I Zeile 266).

---

<sup>9</sup> Eine Zusammenfassung der Diskussion über Gefühlsarbeit in Dienstleistungsberufen im Allgemeinen und in der Pflege im Speziellen würde den Rahmen dieser Studie sprengen. Verwiesen werden soll hier nur auf die Differenzierung zwischen der Arbeit der Beeinflussung eigener Gefühle, wie sie für alle Dienstleistungsberufe typisch ist, und der Arbeit der Beeinflussung der Gefühle anderer, wie sie insbesondere für die Pflege diskutiert wird.

Aussagen dieser Art erinnern an das Mutter-Kind-Beziehungsgefüge, in dem die Mutter dem Kind Grenzen aufzeigt und so wird auch im Workshop selbst von der notwendigen Erziehung der Patienten gesprochen. Sie sind kein Ausdruck eines professionellen Beziehungsgefüges etwa im Sinne einer partnerschaftlichen Entscheidung. Pflege sieht sich in der Interaktion Patienten gegenüber entweder in der hierarchisch untergeordneten Stewardess-Funktion oder in der hierarchisch übergeordneten Funktion der erziehenden Mutter. Die Mutterrolle stärkt, die Stewardess-Rolle belastet. Es ist der Pflege offensichtlich nicht gelungen, ein eigenständiges professionelles Interaktionsgefüge zu entwickeln, das eine gleichberechtigte Beziehung zwischen der pflegenden und der zu pflegenden Person zulässt und die notwendige Gefühlsarbeit als Teil der Interaktion umfasst. Es gelingt nicht, obwohl sich in der internationalen Diskussion und allmählich auch in der deutschen Pflegewissenschaft hierfür theoretische Unterstützung finden lassen würde.

Interaktions- und Kommunikationssituationen mit Patienten wurden ganz explizit als belastende Faktoren angesprochen, die mit „Flucht“ (Protokoll II Zeile 308) aus der Pflege, Teilflucht in Form einer Arbeitszeitreduzierung oder der Vision von Flucht „es ist nicht für immer!!!“ (Protokoll II Zeile 309) in Verbindung gebracht werden. In der Praxis der Pflege lassen sich zudem die Flucht aus dem Patientenzimmer, die Flucht vor der Gefühlsarbeit in die Organisationsarbeit sowie die Flucht vor Kommunikation in eine schweigsame Pflege als Phänomene finden.

Daraus kann die Hypothese entwickelt werden, dass die Interaktion mit den Patienten, ein Kernbereich pflegerischer Tätigkeit, zu einer *sozialen und emotionalen Belastung* wird, weil keine professionellen Kommunikationsstrategien und keine professionellen Strategien der Bewältigung der Gefühlsarbeit entwickelt worden sind. *Interaktion mit Patienten* erweist sich somit als die dritte Dimension der Schlüsselkategorie Professionalisierung.

Interaktion in der direkten Pflege ist zugleich der Bereich pflegerischer Tätigkeit, der nicht mehr übernommen werden kann, wenn *körperliche Beschwerden* der Pflegenden dies nicht zulassen. *Körperliche Belastungen* und Beschwerden wurden in den Workshops nahezu nicht angesprochen – eine Karte, die auf Rückenbelastungen hinwies, war die einzige Ausnahme. Direkt auf die körperlichen Belastungen angesprochen, reagierten die Teilnehmenden mit der Ansicht, heute sei es in der Pflege nicht mehr notwendig, sich den Rücken kaputt zu machen. Sie verwiesen auf die Fortbildungen zu Kinästhetik oder Bobath und auf vorhandene Hilfsmittel (vgl. Protokoll II Zeile 329ff). Es sei schon wichtig, dass solche Fortbildungen existierten, aber die müsse man nicht mehr erfinden, weil sie da sind. Die genannten Konzepte sind, anders als eine Rückenschule, nicht einfache Lernangebote zur Entlastung des Rückens, sondern Lernangebote über eine veränderte Form körperlicher Interaktion mit den Patienten und gehören deshalb in den hier angesprochenen thematischen Kontext.

Allerdings wurde in diesem Zusammenhang auch thematisiert, dass die Fortbildung nutzlos bleibt, wenn auf der Station die erlernten Inhalte nicht umgesetzt werden könnten, weil die entsprechenden Voraussetzungen dafür fehlen oder die Akzeptanz nicht da sei. Fortbildung benötige darüber hinaus der Begleitung in der Praxis, damit die erlernten Inhalte Routine werden und nicht durch die Übernahme alter Muster wieder in Vergessenheit geraten.

Für den Fortbildungsbedarf folgt daraus:

1. Wiedereinsteiger/innen brauchen Fortbildung zur Entwicklung einer professionellen Beziehung zu Patienten, die über allgemeine Kommunikationsregeln hinausgehen und Handlungsstrategien für die Gefühlsarbeit umfassen. Sprachliche und körperliche Kommunikations- und Interaktionsformen sollten dabei möglichst nicht von einander getrennt werden, um auch körperliche Belastungen angemessen entlasten zu können.
2. In diesem Bedarf unterscheiden sich Wiedereinsteigerinnen nicht von Auszubildenden in der Pflege und nicht von in der Pflege Tätigen.
3. Für alle Pflegenden gilt, dass sie die Chance erhalten müssen, das Erlernete auch in der Praxis umzusetzen. Dies erfordert die Entwicklung geeigneter Pflege-Modelle, die für die Praxis der jeweiligen Station handlungsleitend sein müssen. Es wäre zu prüfen, inwieweit die bekannten interaktionellen Pflegemodelle oder die Theorien zur Gefühlsarbeit in der Pflege dieser Aufgabe entsprechen können oder weiterentwickelt bzw. neu entwickelt werden müssen.
4. Fortbildung muss auch hier eng an die institutionelle Praxis gebunden sein, wenn sie optimale Ergebnisse im Sinne einer gesundheitlichen Entlastung erreichen will und bedarf der Begleitung in der Praxis.

#### **4.4 Bildung: Systematische Wissensbasis und Handlungsautonomie**

„Lernen kann entlasten“ (Protokoll I Zeile 218). Diese deutliche Aussage auf einer der im Workshop gesammelten Karten kann Ausgangspunkt für weitere Hypothesen sein, die im Kontext einer Bildungsbedarfsanalyse besonderes Interesse hervorrufen dürften. „Wissenszuwachs“ (Protokoll I Zeile 135) bzw. „Bildung“ (Protokoll II Zeile 275) wurden in beiden Workshops als Oberbegriffe für eine Gruppe von stärkenden Faktoren in der Pflege benannt. Damit erklärt sich wahrscheinlich, weshalb sich diese Gruppen für ein Studium entschieden hatten oder über ein Studium nachdenken. Wissen stärkt die Pflegekräfte, gibt ihnen Sicherheit und routiniert den Arbeitsablauf. Neues Wissen eröffnet Möglichkeiten, die Arbeit zu erleichtern und angenehmer zu gestalten. Da sie diesen Wissenszuwachs und diese Bildung innerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit vermisst haben und immer wieder an Grenzen gestoßen sind, sehen sie jetzt ihr Studium als Wissenszuwachs. Nun können sie Wissen erwerben, haben die Möglichkeit sich mit Problemen zu beschäftigen, und ihre Fragen zu beantworten.

Nach SCHAEFFER (1994: 123) ist die „Ausbildung einer eigenständigen systematischen Wissensbasis“ Voraussetzung für Professionalisierung. Damit kann zunächst mit der Dimension *Wissensbasis* eine neue Ausprägung der Schlüsselkategorie Professionalisierung formuliert werden.

Lässt sich daraus die Hypothese aufstellen, dass Fortbildungen, gleich welcher Art, für die Gruppe der motivierten und aufstiegsorientierten Aussteiger eine entlastende Kategorie darstellen können?

Die Feinanalyse der Workshop-Protokolle ermöglicht detaillierte Aussagen:

- „Mit Fortbildung haben die Teilnehmer unterschiedliche Erfahrungen gesammelt. Es gibt Fortbildungen, die die Pflegenden nicht stärken, weil sie schlicht am Thema vorbei gehen oder das erlernte Wissen nicht in die Praxis umgesetzt werden kann. Es kristallisiert sich die Diskrepanz heraus, dass es keine Räume für das erlernte Wissen gibt“ (Protokoll II Zeile 352ff). Fortbildung kann demnach stärkend oder belastend sein, je nach dem, ob das Wissen als Informationsmüll fungiert oder aber in verändertes Handeln umgesetzt werden kann. Wissen muss mit der Praxis verbunden werden, wenn es zur Entlastung der Praxis beitragen soll. Die Verbindung von beidem ist in der Fortbildungspraxis der Pflege bisher offensichtlich nicht gewährleistet.
- Der Unterschied zur Schweiz wird von einer Teilnehmerin wie folgt beschrieben: „Der Pflege werden mehr Kompetenzen zugesprochen.“ (Protokoll I Zeile 25). Hier ist die Handlungsautonomie angesprochen, die benötigt wird, um Wissen in der Praxis auch zu realisieren. Es müssen nicht nur die Rahmenbedingungen gegeben sein, sondern auch die Entscheidungsbefugnis der Umsetzung. Eine Geschichte einer Workshopteilnehmerin kann zeigen, an welchen Kleinigkeiten dies derzeit scheitern kann. „In einer Fortbildung wurden Pflegekräfte über Waschungen mit Lavendel unterrichtet und welche positiven Wirkungen diese auf Patienten hätten. Es gab für das Pflegepersonal aber nicht die Möglichkeit, Lavendel zu bestellen. Das lief unter Sonderbestellung, die vom Arzt genehmigt werden muss. Daraufhin konnten sich die Schwestern anhören, in welchem Kuschelkurs sie denn wieder gewesen seien ...“ (Protokoll II Zeile 361ff).
- „Durch die Arbeit hat sie immer wieder für sich selbst gelernt“ (Protokoll I Zeile 52f). Es sind demnach nicht zwingend in Seminarform organisierte Fortbildungen, die einen Erkenntniszuwachs ermöglichen, sondern die Organisation eines Arbeitsprozesse als permanenter Lernprozess. Damit Arbeitsprozesse so genutzt werden können, bedarf es einer systematischen Wissensbasis, einer methodischen und selbstreflexiven Kompetenz der lernenden Person selbst, einer kollegialen Beratung oder supervidierenden Begleitung im Arbeitsprozess sowie der Handlungsautonomie, aus der reflektierten Praxis gewonnene Erkenntnisse in verändertes Handeln umzusetzen. Die im Rahmen der Qualitätssicherung gegenwärtig praktizierte Standardisierung von pflegerischen Tätigkeiten lässt solche Lernprozesse nur sehr bedingt zu.
- Eine weitere Voraussetzung wird von der Teilnehmerin gleich im Anschluss genannt: „Die Arbeit [...] ist theoriegeleitet“ (Protokoll I Zeile 53), die systematische Wissensbasis muss auf Theorie fundieren und kann aber im Sinne des o. g. Lernprozesses auch Theorie generierend sein.

Die Ergebnisse der Analysen lassen somit eine Konkretisierung der vierten Hypothese zu: Arbeitsprozesse in der Pflege, die so organisiert sind, dass sie einen Zuwachs systematischen Wissens ermöglichen, können entlastend sein. Dies setzt Handlungsautonomie, eine forschende Arbeitshaltung und eine Fundierung der Praxis in Theorie und Generierung von Theorie aus der Praxis voraus.

Für den Fortbildungsbedarf folgt daraus:

1. Fort- und Weiterbildung müssen stärker zu einer systematischen Wissensbasis der Pflege beitragen.
2. Fortbildung und Praxis müssen eng miteinander verzahnt sein, in dem einerseits Arbeitsprozesse als Lernprozesse begleitet und supervidiert werden und andererseits Fortbildung in ihrer Umsetzung in der Praxis begleitet sein muss.
3. Gering qualifizierte Pflegekräfte dürften demnach besonderen Belastungen ausgesetzt sein und müssen in besonderer Art und Weise an geeigneter Fortbildung und Begleitung ihrer Arbeit partizipieren können.

#### 4.5 Organisation pflegerischer Arbeit: Tradierung von Strukturen

Rahmenbedingungen, die das Krankenhaus den Pflegenden vorgeben, wurden häufig von den Teilnehmenden angesprochen und immer wieder in das Blickfeld gerückt: Rahmenbedingungen, in denen sie sich mit ihrer Arbeit bewegen, an denen sie aber selbst nichts verändern zu können glauben, was das Gefühl von Handlungsunfähigkeit in den Betroffenen auslöst und zu Arbeitsunzufriedenheit führt. „In den Rahmenbedingungen sieht sie die Ursache, nicht mehr so pflegen zu können, wie sie selbst möchte.“ (Protokoll I Zeile 19f.) Die Rahmenbedingungen, die das Krankenhaus oder das Altenheim den Pflegenden vorgeben, schränken sie in ihrer Arbeit ein.

Interessant ist, dass von den Workshop-Teilnehmenden die Arbeit in der ambulanten Pflege als weniger einschränkend bezeichnet wird. Arbeit in der ambulanten Pflege wird als unabhängiger erlebt, wobei insbesondere ein Teilnehmer anmerkte, die Arbeit in der ambulanten Pflege wäre dem normalen Leben auch näher als die Arbeit in einer Institution, in der sich ausschließlich Pflegebedürftige und Personal aufhalten.

Rahmenbedingungen sind ein abstrakter Begriff, dessen Differenzierung zunächst zu konfusen Aussagen führt. Versucht man eine Bündelung der einzelnen Aussagen, so zeigt sich zunächst die Dimension der *Zeit* als wesentlicher Faktor: Arbeitszeiten – Schichtarbeit, Wechselschicht und Pendelschicht –, sind eine immense körperliche Belastung und widersprechen eigenen Zeitrhythmen. Zeitstrukturen während der Arbeit sind fremdbestimmt – Wecken und Waschen noch vor der Visite – lösen Zeit-Stress aus und belasten die Kommunikation mit den zu Pflegenden. Zeitvorgaben anderer Dienste (OP, Diagnostik, Therapieformen) führen zu Arbeitsunterbrechungen und Unzufriedenheit. Personalmangel wird als Zeitmangel erlebt. Zeit entscheidet darüber, welche Art der pflegerischen Arbeit leistbar ist und welche nicht. Die Reduzierung von Arbeitszeit wird umgekehrt als Mittel genutzt, um den Belastungen entgegenzuwirken und um Familie und Beruf vereinbaren zu können. So wird z. B. nach Aussage der Bildungsbeauftragten noch immer der Dauernachtdienst als Möglichkeit betrachtet, trotz kleiner Kinder arbeiten zu gehen.

Dennoch erweist sich „Zeit“ nicht als analytisch entschlüsselnder Kode. Zeit ist vielmehr als das Medium zu betrachten, in dem die Struktur einer Organisation erlebt wird. Zeit wird nicht mehr oder weniger. Das Gefühl, keine Zeit zu haben, ist vielmehr das Erleben der Prioritätensetzung innerhalb der *Organisation der Arbeit*. Arbeitszeiten sind das Erleben der Organisation einer kontinuierlichen Versorgung oder der Organisation der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

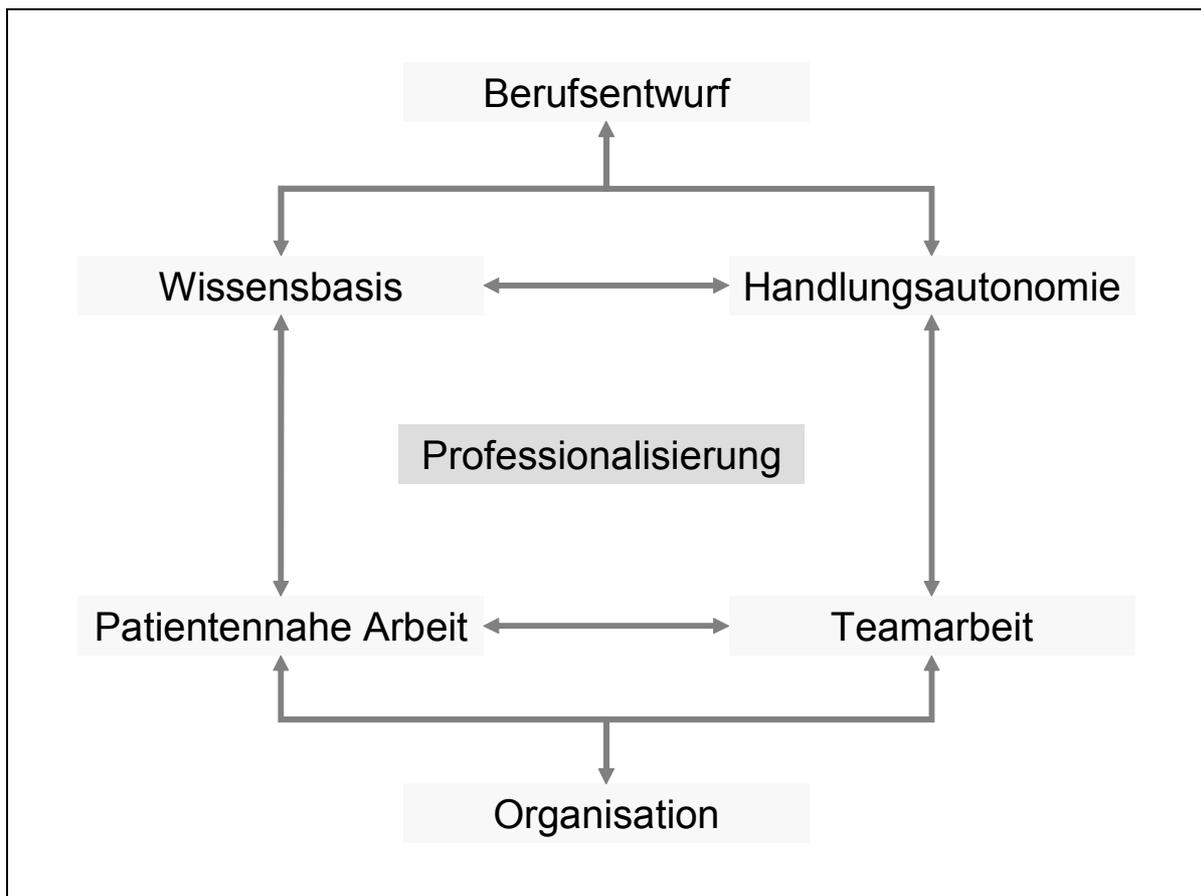
Daraus ergibt sich als fünfte Hypothese, dass die Organisation der pflegerischen Arbeit über die Arbeitszufriedenheit entscheidet und damit über die Motivation, in der Pflege zu bleiben oder auszusteigen. Die Gruppe der motivierten, aufstiegsorientierten Pflegekräfte hat sich auf den Weg gemacht, Pflege selbst zu organisieren, weil sie mit der Organisation pflegerischer Arbeit unzufrieden ist. Im Kern ist ihre Kritik die, dass Strukturen nicht hinterfragt werden und nicht als veränderbar angesehen werden, sondern so bleiben, wie sie tradiert wurden.

Die Autor/innen dieser Studie möchten an dieser Stelle die ergänzende Hypothese aufwerfen, dass hier ein zentraler Unterschied zwischen der Gruppe der motivierten und der resignierten Ausstiegswilligen zu sehen ist. Die motivierten, aufstiegsorientierten Pflegekräfte halten Strukturen für veränderbar und qualifizieren sich weiter, um an der Veränderung mit zu wirken. Die Gruppe der resignierten Pflegekräfte könnte die sein, die Strukturen, unter denen sie leiden, für nicht veränderbar halten und deshalb das Berufsfeld verlassen oder aber resigniert über den Ausstieg nachdenken, aber dennoch im Beruf bleiben, weil sie keine andere Möglichkeit für sich persönlich sehen. Von den motivierten Pflegekräften wird zumindest thematisiert, dass vielen Kolleginnen und Kollegen die Kraft für das Anstreben von Veränderung fehlt.

Für den Fortbildungsbedarf bedeutet dies, dass die Fort- und Weiterbildung von Führungs- und Leitungskräften in der Pflege ein zentraler Ansatzpunkt für Veränderung sein kann. Fragen der Veränderung von Organisationsstrukturen und der Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse über die Organisation pflegerischer Arbeit ist dabei inhaltlich der entscheidende Ansatzpunkt. Sinnvoll wäre z. B. die Übernahme von Fortbildungen für Führungskräfte in der Gestaltung betrieblichen Gesundheitsmanagements.

## **4.6 Fazit: Wege zur Professionalisierung**

Die Analyse der Workshops und der Gruppendiskussion mit Fortbildungsbeauftragten zeigte, dass der Schritt zur Reduzierung von Arbeitsbelastungen und zur Stärkung von Ressourcen in der Pflege, damit zur Verhinderung eines belastungsbedingten Ausstiegs aus der Pflege bzw. zur Förderung des Wiedereinstieg in pflegerische Tätigkeit aus Sicht von motivierten und aufstiegsorientierten Pflegekräften über die Professionalisierung der Pflege führt. Als Dimensionen der Professionalisierung konnte der Berufsentwurf, die Zusammenarbeit in intra- und interdisziplinären Teams, die patientennahe Arbeit, die systematische Wissensbasis und Handlungsautonomie sowie die Organisation pflegerischer Arbeit entwickelt werden. Abbildung 4.1 skizziert, wie sich diese Dimensionen auf einander beziehen.



**Abb. 4.1** Dimensionen der Professionalisierung

Für den Bereich der Fort- und Weiterbildung ergeben sich daraus die folgenden Bedarfe:

1. Die Qualifizierung von Führungskräften in der Pflege hinsichtlich partizipativer Organisationsentwicklungsprozesse und im Sinne des betrieblichen Gesundheitsmanagements, der Entwicklung von Teams und der Gestaltung von Arbeitsprozessen als Lernprozesse sind zentrale Ansatzpunkte nachhaltiger Veränderungen.
2. Fort- und Weiterbildungen für Pflegende müssen stärker zu einer systematischen theoriebasierten Wissensbasis der Pflege und einem klareren Berufsverständnis, einer Klärung des Gegenstandes der Pflege, beitragen. Pflegende brauchen Fortbildung zur Entwicklung einer professionellen Beziehung zu Patienten, die Handlungsstrategien für die Gefühlsarbeit umfassen. Sprachliche und körperliche Kommunikations- und Interaktionsformen sollten dabei möglichst nicht voneinander getrennt werden, um auch körperliche Belastungen angemessen entlasten zu können.

3. Fortbildung muss insgesamt eng an die institutionelle Praxis gebunden sein, wenn sie optimale Ergebnisse im Sinne einer gesundheitlichen Entlastung erreichen will. Arbeitsprozesse müssen als Lernprozesse begleitet und supervidiert werden. Fortbildung muss in ihrer Umsetzung in der Praxis begleitet sein.
4. Die Fähigkeit zur kooperativen Arbeit in interdisziplinären und hierarchieheterogenen Teams ist ein wichtiger Bereich notwendiger Kompetenzentwicklung in Fortbildungen. Fortbildung sollte generell und themenunabhängig Teamfähigkeit stärken, in dem gesamte Teams interdisziplinär und hierarchieheterogen fortgebildet werden und die Art der Fortbildung zur Entwicklung von arbeitsfähigen Teams beiträgt.
5. Gering qualifizierte Pflegekräfte sind besonderen Belastungen ausgesetzt und müssen in besonderer Art und Weise an geeigneter Fortbildung und Begleitung ihrer Arbeit partizipieren können. Sie benötigen in besonderem Maße Fortbildung zur Bewältigung emotionaler Belastungen und müssen gezielt in das Team integriert werden.
6. Pflege braucht Konzepte der Einführung neuer Mitarbeiter, deren zentrale Funktion die Integration ins Team und nur sekundär die Initiation in Arbeitsroutinen einer Institution sein muss. Dies gilt für Auszubildende, Arbeitsplatzwechsler/ innen und Wiedereinsteiger/innen gleichermaßen. Verbesserungen der Ausbildungssituation haben dabei eine hohe Priorität, um einen späteren Ausstieg zu verhindern. Insofern muss nach wie vor an der Qualifizierung der Auszubildenden in Schule und Praxis verstärkt angesetzt werden.

## 5 Das Fort- und Weiterbildungsangebot: Ergebnisse der Recherche

### 5.1 Rasterung der Rechercheergebnisse

Parallel zur Durchführung der Workshops und Interviews wurde das Fort- und Weiterbildungsangebot für Pflegekräfte analysiert. Es ging darum, das gegenwärtige Angebot zu den Themen Prävention und Gesundheitsförderung und Ansatzpunkte für deren stärkere Berücksichtigung zu ermitteln. Die Ergebnisse der Analyse werden zunächst vorgestellt und dann in Kapitel 6 mit dem ermittelten Qualifizierungsbedarf aus Sicht der Pflegekräfte in Beziehung gesetzt.

Zu den Ergebnissen der Recherche nach externen und internen Bildungsangeboten ist anzumerken, dass die Suche bzw. Anfrage bei Bildungsträgern bzw. Krankenhäusern nicht in jedem Fall erfolgreich war. Insbesondere die Internet-Recherche bei den dem Deutschen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser angeschlossenen Krankenhäusern war insofern nicht ergiebig, als dort Fortbildungsangebote kaum im Internet zu finden waren.<sup>10</sup> Möglicherweise werden hier primär Fortbildungen durchgeführt, die nicht öffentlich angekündigt werden. Insgesamt führte die Angebotsrecherche jedoch zu einem zahlenmäßig für eine gesättigte Analyse ausreichenden und auch regional sowie im Hinblick auf die Bildungsträger befriedigend gestreuten Rücklauf an Bildungsprogrammen. (Eine Übersicht über die Ergebnisse der Recherche findet sich im Anhang.)

Aus dem schrittweisen Clustern der Bildungsangebote ließ sich ein zweidimensionales Raster generieren. Die eine Dimension erfasst die Orientierung der Bildungsangebote im Hinblick auf die Ausbildung und Entwicklung von Führungsqualitäten – also zielgruppenorientiert – mit Blick entlang der zweikategorialen Skala „explizite Entwicklung von Führungsqualitäten“ und „keine explizite Entwicklung von Führungsqualitäten“, die zweite Dimension stellt die im Zentrum der Angebote stehenden Kompetenzebenen in den Mittelpunkt. Die gewählte Skalierung unterscheidet in Anlehnung an die „Unterteilung von Schlüsselkompetenzen in der beruflichen Bildung zwischen „fachlichen“, „sozialen“ und „persönlichen Kompetenzen“. Solche Angebote, in deren Zentrum die Vermittlung von methodischen Kompetenzen lag, ließen sich in dieses Raster integrieren – nicht zuletzt, weil sie bei personenbezogenen Dienstleistungen und im Kontext von Teamarbeit eine große Nähe zu sozialen Kompetenzen aufweisen (z. B. Moderation, Präsentation etc.) oder aber von der Vermittlung fachlicher Kompetenzen im Sinne eines konkreten Handwerkszeugs nicht zu trennen waren.

Um unterschiedliche Schwerpunkte zwischen internen und externen Fortbildungsprogrammen grob abschätzen zu können, wurden die beiden Bereiche getrennt erfasst. Die Einordnung der einzelnen Veranstaltungsthemen und der Vergleich zwischen der Breite des in den Beilagen „Heilberufe Service“ inserierten Angebots mit den Programmen externer Bildungsträger zeigt, dass nur in geringer Anzahl Veranstaltungen

---

<sup>10</sup> Die Mitglieder des Netzwerks verpflichten sich, jeweils mindestens drei Projekte zur Gesundheitsförderung durchzuführen und regelmäßig über diese zu berichten. Diese konnten bei der Recherche nach Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Belastungen von Pflegekräften und Wiedereinsteigern im Rahmen dieser Studie nicht berücksichtigt werden.

bzw. Themen zwar in den Programmen der Bildungsträger, nicht aber zumindest einmal in der Beilage vertreten sind. Damit kann davon ausgegangen werden, dass allein die Durchsicht der Beilagen und die Erfassung der dort inserierten Veranstaltungen einen guten Überblick über die Breite des externen Angebots gewährt. Die rein quantitative, deskriptive Auswertung der inserierten Angebote lässt allerdings eine nur eingeschränkte Quantifizierung der Angebote insgesamt zu. Sie liefert keinen repräsentativen Überblick über die exakte Anzahl der von externen Trägern angebotenen Weiter- und Fortbildungen, sondern bietet lediglich einen Einblick über den Stellenwert, den die werbenden Inserenten den Veranstaltungsthemen beimessen.

Bei der Auswertung der Ankündigungen der externen Bildungsangebote in den Beilagen „Heilberufe Service“ war ferner für eine Reihe von Inseraten nicht immer eindeutig bestimmbar, an welche Zielgruppe sich das Angebot richtete. Nur wenn aus der Ankündigung eindeutig hervorging, dass mit dem entsprechenden Angebot exklusiv Führungskräfte angesprochen wurden, erfolgte eine Zuordnung zur Kategorie „Entwicklung von Führungskompetenzen“. Damit ist nicht auszuschließen, dass Veranstaltungsgebote in einem nicht bestimmbar Umfang irrtümlich der Kategorie „für alle Interessierten“ zugerechnet wurden. In den Programmen der externen und internen Bildungsträger sind die Zielgruppen demgegenüber benannt. Hier sind der Aussagekraft des quantitativen Vergleichs aus den bereits benannten Gründen der Repräsentativität und externen Validität ebenfalls Grenzen gesetzt.

Trotz dieser erhebungsbedingten Einschränkungen sind nachfolgend zu illustrativen Zwecken die Häufigkeiten der Nennungen in einer Kreuztabelle abgebildet (s. Tab. 5.1 und 5.2).

**Tab. 5.1** Anzahl der Ankündigungen Heilberufe Service: Externe Angebote

	für alle Interessierten		Für Lehrer, Anleiter, zukünftige und gegenwärtige Führungskräfte		Zusammen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Fachliche Kompetenzen	760	87,3	227	73,0	987	83,5
Soziale Kompetenzen	72	8,3	77	24,8	149	12,6
Persönliche Kompetenzen	39	4,4	7	2,3	46	3,9
Summe	871	100,0	311	100,0	1182	100,0

**Tab. 5.2** Anzahl der Ankündigungen: Interne Angebote der berücksichtigten Universitätskliniken (EDV-Angebote bei Prozentuierung nicht berücksichtigt)

	für alle Interessierten		Für Lehrer, Anleiter, zukünftige und gegenwärtige Führungskräfte		Zusammen	
	absolut	in %	absolut	in %	Absolut	in %
Fachliche Kompetenzen	526 (+mehr als 50 EDV)	67,9	79	75,2	605 (+mehr als 50 EDV)	68,7
Soziale Kompetenzen	156	20,1	19	18,1	175	19,9
Persönliche Kompetenzen	93	12,0	7	6,7	100	11,4
Summe	775 (+mehr als 50 EDV)	100,0	105	100,0	880 (+mehr als 50 EDV)	100,0

Am externen Bildungsangebot fällt der hohe Anteil von Veranstaltungen „Für Lehrer, Anleiter, zukünftige und gegenwärtige Führungskräfte / Soziale Kompetenzen“ auf. Dies könnte mit dem engen fachlichen Bezug sozialer Kompetenzen bei Managementaufgaben erklärt werden, findet sich aber im internen Angebot nicht entsprechend wieder.

Im internen Angebot der Universitätskliniken finden sich proportional weniger Angebote, als in der Beilage Heilberufe Service für Führungskräfte inseriert werden. Dieser Sachverhalt lässt zwei Interpretationsvarianten zu: Zum einen könnte es die Annahme bestätigen, dass Führungskräfte überproportional extern geschult werden, zum anderen könnte es ein Hinweis darauf sein, dass der Inserierung von Angeboten eine unter Marketinggesichtspunkten gewisse Attraktivität nach außen zugeschrieben wird.

Zugleich finden sich beim internen Angebot mehr Veranstaltungen, die „persönlichen Kompetenzen“ zugeordnet wurden. Für die Zielgruppe „Lehrer, Anleiter, zukünftige und gegenwärtige Führungskräfte“ fällt das Angebot gering aus – nicht zuletzt, weil der Bedarf hier im Unterschied zu den Rubriken fachliche und soziale Kompetenzen im Rahmen von Angeboten für alle Interessierten abgedeckt werden kann.

Bei der Gegenüberstellung der Häufigkeitsverteilungen ist zu bedenken, dass Tabelle 5.1 Angebote für alle Pflegeberufe umfasst, während Tabelle 5.2 sich primär an Krankenpflegeberufe richtet. Eine zum Vergleich unserer erhobenen Daten in der Tabelle 5.3 vorgenommene Auflistung von Bildungsangeboten, die auf einer älteren Erhebung für die Altenpflege von ROHLER basiert, führt beim Abgleich zwischen externen und internen Bildungsangeboten zu dem Ergebnis, dass der Schwerpunkt bei internen Schulungen im medizinisch-pflegerischen Bereich liegt (vgl. Tab. 5.3; ZELHUBER 2003: 105 u. 287 ff).

**Tab. 5.3** Externe und interne Fortbildungen in der Altenpflege

<b>Themen</b>	<b>Externe Fortbildungen</b>	<b>Interne Fortbildungen</b>
<b>Medizinisch-pflegerischer Bereich</b> – Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden – Pflegerische Hilfsmittel – Sonstiges	10,6 %	39,4 %
<b>Gerontopsychiatrie</b>	8,7 %	8,4 %
<b>Pflegeorganisation, Pflegemodelle, Pflegeprozesse</b> – Pflegedokumentation und Planung – Pflegestandards – Qualitätssicherung – Sonstiges	8,1 %	13,8 %
<b>Sozialpflegerische Angebote</b> – Tod und Sterben – Kommunikation/Methoden der sozialen Arbeit – spezielle Problempflegen (AIDS, Sucht) – Sexualität im Alter – Angehörigenarbeit – Lebensgestaltung im Alter – Kurse für pflegende Angehörige – musisch-kulturelle Arbeitsformen – Lebenssituationen im Alter, allgemein	14,6 %	10,3 %
<b>Prävention und Rehabilitation</b>	5,7 %	3,2 %
<b>Arbeitsbelastungen und Methoden</b> – rückschonendes Arbeiten – Supervision – psychische Entlastung der Mitarbeiter/-innen – Fallbesprechungen – Sonstiges	3,6 %	10,1 %
<b>organisatorisch-institutioneller Bereich</b> – EDV-Kenntnisse – Management – betriebswirtschaftliche Fragestellungen – Dienstplangestaltung und Zeitmanagement – Personalführung – Sonstiges	14,3 %	3,2 %
<b>rechtliche Fragestellungen</b> – Pflegeversicherungsgesetz, Landespflegegesetz, allgemein – Arbeitsrecht, Sozialversicherungsgesetz – Betreuungsrecht etc. – Pflegeversicherungsgesetz, arbeitsfeldbezogen – Sonstiges	13,6 %	4,9 %

Fortsetzung Tab. 5.3

hauswirtschaftliche Versorgung	12,9 %	2,6 %
– Angebote für Hauswirtschaftskräfte (Ernährung, Diätetik)		
– hausmeisterliche Tätigkeiten, Brandschutz		
– Arbeitsfeld- und zielgruppenbezogene Angebote		
– Angebote für ungelernte Kräfte bzw. Kräfte in der hauswirtschaftlichen Versorgung		
– Angebote zur ambulanten Pflege		
– Angebote für Schwesternhelferinnen		
– Angebote zur Tagespflege		
– Angebote zur Kurzzeitpflege		
– Angebote für spezielle Aufgabenfelder (z. B. Nachtwachen)		
Sonstige	7,7 %	1,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %

Quelle: FFG nach ROHLEDER 1999: 136 ff; zit. nach ZELLHUBER 2003: 287 ff.

## 5.2 Veranstaltungen ohne direkten Bezug zur Entwicklung von Führungskompetenzen

Die Anzahl der Veranstaltungen, die einen direkten Bezug zu Gesundheitsförderung und Prävention aufweisen, ist auf den ersten Blick vergleichsweise gering. Ihnen sind Kurse zuzuordnen, u. a.

- für Sicherheitsbeauftragte und zum Thema „Hygiene“,
- zur Konflikt- und Stressbewältigung in der sozialen Interaktion im Arbeitsalltag,
- zum Thema Mobbing und nicht zuletzt
- die der Rubrik „persönliche Kompetenzen“ eingeordneten verhaltensbezogenen Angebote (Selbst- und Zeitmanagement, Rückenschule, Entspannungsübungen, Veranstaltungen zur Supervision und Reflexion über die eigene Person; vgl. Tab. 5.8 und 5.9)

Die Anzahl der Veranstaltungen, die einen expliziten Gesundheitsförderungs- oder Präventionsbezug aufweisen, erweitert sich, wenn sie um Angebote zur Vermittlung von fachlichen Kompetenzen ergänzt wird, bei denen das Erlernete entweder direkt für die eigene Gesundheit oder die Auseinandersetzung mit eigenen Bedürfnissen genutzt werden kann. Es handelt sich um Veranstaltungen

- zur Ernährung, zu Wellness, zur Naturheilkunde,
- zur Vermittlung von Techniken, die auch privat genutzt werden können (autogenes Training, Massagen)
- zu Methoden der Interaktion mit Pflegebedürftigen, die die Qualität der Arbeit verbessern und dabei gleichzeitig eine gesundheitsfördernde Wirkung für die Pflegekräfte haben können, d. h. Angebote zur Kinästhetik, zum Bobath Modell oder zur Basalen Stimulation
- für den Umgang und die Bedürfnisse von alten oder bettlägerigen Menschen.

Das geringe Ausmaß des Angebots legt es nahe, das Thema Gesundheitsförderung über eine quantitative Ausweitung des Angebots stärker zu besetzen. Dieser Ansatz dürfte sich allerdings als nicht vielversprechend erweisen. Die Bereitschaft der Anbieter, das Angebot in dieser Hinsicht auszuweiten bzw. der Pflegenden bzw. Führungskräfte, es in Anspruch zu nehmen, ist begrenzt. Dazu kommt, dass damit dem in Kapitel 4 vorgestellten, an der Anhebung der Arbeitszufriedenheit und der Verringerung von Belastungen ausgerichteten Bedarf mit der Schlüsselkategorie Professionalisierung nicht ausreichend Rechnung getragen wird.

Vielversprechender erscheint deshalb ein Vorgehen, das an den Schwerpunkten des bestehenden Veranstaltungsangebotes und seinen Inhalten ansetzt, um Inhalte der Gesundheitsförderung und Prävention zu transportieren und deren Umsetzung im Arbeitsalltag zu fördern.

Grundsätzlich können alle Veranstaltungen einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten. Fortbildungen sollten immer auch die Entwicklung von Schlüsselqualifikation fördern und neben der Vermittlung von Fachwissen immer auch einer Entlastungsfunktion Rechnung tragen, indem z. B. das berufliche Selbstverständnis reflektiert wird (vgl. ZELHUBER 2003: 105). Voraussetzung und Bedingung für solch einen Beitrag zur Gesundheitsförderung ist, dass Kompetenzen erworben sowie Ressourcen entwickelt und dazu verwendet werden können, (Arbeits-)Anforderungen besser zu bewältigen bzw. zu gestalten sowie Belastungen zu identifizieren und abzubauen. Weitere Angebote eignen sich dafür, die Themen Gesundheitsförderung und Prävention explizit zu berücksichtigen bzw. Handlungswissen und Kompetenzen unter Maßgabe von Zielen der Gesundheitsförderung und Prävention implizit zu vermitteln. Nur ein relativ kleiner Teil der Veranstaltungen ist thematisch (eher) nicht dazu geeignet, gesundheitsförderliche Inhalte zu transportieren.

Einen besonderen Stellenwert haben die berufliche Erstausbildung<sup>11</sup> sowie gerade auch die Qualifikation von Mitarbeiter/innen ohne fachspezifische Ausbildung. Hier wäre das Fundament für eine gesunde Praxis zu verankern und für die Thematik zu sensibilisieren. Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse signalisieren im Einklang mit anderen Studien einen großen Handlungsbedarf: Es gilt, die Vorbereitung auf die Praxis zu verbessern und den Grundstein für die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz zu legen. Der Transfer des Erlernten in die Praxis und die Verarbeitung der Praxiserfahrungen in der Ausbildung müssen gewährleistet sein. Da hier aber Fort- und Weiterbildungsangebote im Vordergrund stehen, wird dieser Thematik im Folgenden keine Aufmerksamkeit geschenkt.

Ebenfalls ausgeklammert werden solche Angebote, die „eher“ nicht als Ansatzpunkte für eine Gesundheitsförderung zugunsten der Pflegenden geeignet sind (vgl. Tab. 5.4 und 5.5). Ihnen werden die Angebote zugerechnet, die sich primär auf den Erwerb von rein fachlichen Kompetenzen oder Qualifikationen

1. zum Umgang mit Technik und Techniken (Endoskopie, OP-Techniken, Portversorgung etc.) oder

---

<sup>11</sup> Besonders geeignete Ansatzpunkte in der Altenpflegeausbildung sind Lernfelder, in denen es um die Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses, Lernstrategien, den Umgang mit schwierigen Situation und den Erhalt bzw. die Förderung der eigenen Gesundheit geht. Ein Überblick über Ausbildungsinhalte in der Altenpflege findet sich bei ZELHUBER (2003: 97).

2. zum Umgang mit besonderen, seltenen Situationen oder schweren Erkrankungen beziehen (Asthma, künstliche Ernährung, Parkinson, Dekubitus etc.) und sich damit nicht für einen Transfer von Wissen im Umgang mit anderen zum Umgang mit der eigenen Gesundheit anbieten und
3. keinen besonderen thematischen Bezug zu psychosozialen Inhalten aufweisen (Erste Hilfe/Reanimation, Intensivmedizin/Anästhesie).

Das Beispiel „Erste Hilfe/Reanimation“ scheint allerdings besonders gut geeignet, den gesundheitsrelevanten Stellenwert von fachlichen Kompetenzen als Bestandteil von professioneller Handlungskompetenz zur Reduzierung von psychischen Belastungen (nicht zuletzt unter den besonderen Bedingungen der Nachtschicht) zu veranschaulichen und zugleich auch auf die organisatorische Bedingtheit des Ausmaßes der Belastungen zu verweisen. Wie schwierig eine Abgrenzung ist, veranschaulicht auch der Versuch, Angebote zu den Themen Onkologie, Prophylaxe, Reha- und Langzeitpflege, Säuglingspflege, Schlaganfall eindeutig zuzuordnen.

Ein weiterer, aufgrund der vorangegangenen Bedarfsanalyse besonders interessanter Bereich fachlicher Fortbildungen ist auf die soziale Interaktion mit Menschen gerichtet. Der Umgang mit psychisch kranken Menschen wird häufig als besonders belastend empfunden, weil Patienten bzw. ihr Verhalten nicht verstanden werden können, Umgangsformen verletzt werden und Bedürfnisse mitunter nur schwer zu erkennen sind. Die belastende Situation ist damit durch eine andere oder erschwerte Kommunikation gekennzeichnet. Etwas über psychische Erkrankungen/Erkrankte und deren Versorgung zu erfahren, kann Belastungen direkt reduzieren. Zugleich eröffnet die Auseinandersetzung mit psychisch Kranken die Möglichkeit, sich mit Kommunikation, sozialer Interaktion sowie auch der eigenen Person auseinander zu setzen und damit eine Brücke zu sozialen und persönlichen Kompetenzen zu schlagen.

Vergleichbare Effekte können solche Angebote aufweisen, die sich mit Themen wie Schmerzen, Sterben, Tod und Trauer beschäftigen. Die Auseinandersetzung mit Situationen, die aufgrund ihrer besonderen Belastungen für den Patienten und seine Angehörigen mit besonderen Belastungen für die Pflegenden einhergehen, ist ebenfalls geeignet, Wissen über das angemessene Handeln mit einer „gesunden“ Reflexion über andere Menschen sich selbst bzw. eigene Bedürfnisse sowie den eigenen Beruf zu verbinden. Wegen des großen Gewichts des Themas Kommunikation haben schließlich auch Angebote, die auf beratende Tätigkeiten vorbereiten, in diesem Kontext eine große Bedeutung.

Neben dem fachlichen Wissen mit potentieller Relevanz für die eigene Gesundheit und der Kommunikation und Reflexion stehen Veranstaltungen zur „Qualität“. Auch hier lassen sich vielfältige Anknüpfungspunkte zum Thema Gesundheitsförderung aufzählen:

- Die Gesundheit der Beschäftigten sollte ein Qualitätskriterium sein.
- Die Gesundheit der Beschäftigten ist Voraussetzung für eine hohe Qualität der Pflege.
- Eine qualitativ hochwertige Versorgung erhöht die Zufriedenheit der Pflegekräfte.

- Im Rahmen von Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement können Kriterien gesetzt werden, anhand derer es Pflegenden möglich wird, ihre Leistung zu erkennen, während bisher mangelnde Transparenz und auch ein mangelndes Feedback häufig zu Unzufriedenheit führt.
- Die Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität kann der Gestaltung angemessener Arbeitsbedingungen entgegenkommen.

Einen weiteren Block bilden Veranstaltungen zu rechtlichen Fragen. Sie sind u. a. im Zusammenhang mit dem Thema Qualität relevant: Sie setzen den Rahmen (Arbeitsrecht, Sozialrecht) und/oder sind Inhalt (Selbstbestimmungsrecht, Patientenrecht) von Qualität. Insbesondere können Fragen zum Haftungsrecht, den Zuständigkeiten und den Grenzen des Erlaubten auch Ansatzpunkte für eine adäquate Arbeitsorganisation liefern und zur Transparenz bzw. Sicherheit im Pflegealltag führen. Auf diesem Weg leisten sie einen Beitrag zur Abgrenzung des pflegerischen Handlungsfeldes und können für die Ausbildung eines professionellen Berufsverständnisses fruchtbar gemacht werden.

Fragen der Betriebswirtschaft sind schließlich aufgrund der Auswirkungen von ökonomischen Rahmenbedingungen, aber auch Anreizen auf den Arbeitsalltag, die Arbeitszufriedenheit und die Belastungsverteilung relevant.

Bei personenbezogenen Dienstleistungen sind soziale Interaktion bzw. Kommunikation eigentlich als fachliche Kompetenzen zu begreifen und damit nur analytisch von sozialen Kompetenzen (vgl. Tab. 5.6 und 5.7) zu trennen. Im Umgang mit Patienten und Kollegen sowie Vorgesetzten sind Themen wie „Gesprächsführung“, „Präsentation/Moderation“, „Umgang mit (schwierigen) Patienten und Angehörigen“, „Umgang mit (schwierigen) Mitarbeitern“ oder zur Zusammenarbeit im Team zentral. Im Zentrum stehen die Anforderungen, sich anderen verständlich mitzuteilen, andere richtig zu verstehen, das Auftreten von Missverständnissen zu akzeptieren, zu erkennen und zu bewältigen, gruppenspezifische Prozesse zu verstehen und zu gestalten, Konflikte zu bewältigen und Spannungen zu deeskalieren. Insofern handelt es sich um Kompetenzen, die geeignet sind, kollektive Maßnahmen gegen Belastungen zu ergreifen und das Kollektiv bzw. die soziale Interaktion als mögliche Quelle von Belastungen und Interventionsgegenstand für Gesundheitsförderung zu erfassen.

Veranstaltungen zur Reflexion über die eigene Person, den Arbeitsalltag und den Pflegeberuf bzw. seine Zukunft dienen zwar der persönlichen Entwicklung, sind aber über die Selbst- und Situationswahrnehmung eng mit sozialen Kompetenzen verbunden (vgl. Tab. 5.8 und 5.9).

**Tab. 5.4** Externes Bildungsangebot: Fachliche Kompetenzen

Veranstaltungsthemen*	Anzahl**
<b>a) Fachliche Kompetenzen ohne engeren Bezug zur eigenen Gesundheit</b>	<b>190 (92/98)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Berufliche Abschlüsse Altenpflege (3/3), Gerontosozialtherapeut (-/1), Ausbildung Krankenpfleger/-innen zu Gesundheits- und Krankenpflegern/-innen (1/1), Ausbildung zum (ambulanten) Krankenpflegehelfer (-/2), Basisqualifikation Hauspfleger/ Pflegehelferin (1/-), Weiterbildung zum Kranken-/Altenpflegeassistenten (1/-), Basisqualifikation für Mitarbeiter ohne fachspezifische Ausbildung (1/3), Rettungsassistenten-Lehrgang (2/1) <i>Weiterbildung zur/-m Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger, „Pflegepartner“: Für Angelernte und Ehrenamtliche</i></li> </ul>	20 (9/11)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Berufliche Fort- und Weiterbildung Asthma (0/2), Atmung/Lunge (3/2), Dekubitus (4/11), Diabetes (1/3), Endoskopie (4/2), Erste Hilfe / Reanimation (2/0), Infektionen/Infektionsprävention (1/4), Inkontinenz / Stomapflege (4/2), Intensivmedizin/Anästhesie (8/11), Intermediate Care (1/0), künstliche Ernährung (4/3), Labor (0/1), Lymphdrainage (1/0), Nephrologische Pflege (2/0), Neurologie (1/0), Onkologie (5/9), OP-Techniken (8/10), Pädiatrie (0/1), Parkinson (0/1), Phorensik (1/0), Phytotherapie (2/0), Portversorgung und Verbände (0/1), Prophylaxe (1/3), Psychomotorik (1/0), Psychopharmaka (2/0), Reha- und Langzeitpflege (1/2), Rheuma/Arthritis (5/3), Säuglingspflege (6/1), Schlaganfall (1/1), Sturzprävention (2/4), Tracheostoma (1/2), Wickel und Auflagen (2/1), Wirbeltherapie (1/0), Wundmanagement (4/7) <i>Ergotherapie</i> Englisch (1/2) EDV (3/1)</li> </ul>	170 (83/87)
<b>b) Fachliche Kompetenzen mit denkbarer Relevanz für die eigene Gesundheit</b>	<b>570 (282/288)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seminare für Sicherheitsbeauftragte Hygiene/Hygienetechniker/Hygienefachkraft/Hygienebeauftragter (13/14), Desinfektion/Sterilisation (2/2) Strahlenschutz/Röntgenverordnung (2/4), Brandschutz (1/0) Arbeitsschutz und Gesundheitsschutz (1/0) <i>Arbeits- und Gesundheitsschutz durch Stressmanagement, Gefährdungsermittlung psychischer Belastungen in der Pflege, Weiterbildung zum Präventionsbeauftragten</i></li> </ul>	39 (19/20)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fachwissen für die Pflege lernen – zum Nutzen für die eigene Gesundheit ätherische Öle / Aromapflege (2/2), Autogenes Training (1/1), Basale Stimulation (10/8), Bobath-Modell (5/4), Dehydration (1/0), Empowerment (2/0), Ernährung / Hauswirtschaft (7/15), Fußzonenreflexmassage (1/0), Gesundheitsförderung in der Pflege – Public Health of Nursing (2/1), Heben/Tragen/Bewegen/Mobilisieren (4/2), Kinästhetik (12/11), kognitives Training (5/4), Primary Nursing (0/1), rhythmisches Einreiben (2/1), Salutogenese (0/1), systemische Therapie im Behandlungsprozess (0/1), Wellnesstrainer/-in/Gesundheitstrainer/-in (1/3) Heilkräuter (4/2), Homöopathie (1/2), Naturheilkunde (1/1) Milieu- und Zimmergestaltung bettlägeriger Menschen (1/0) Pflege alter Menschen (1/1) <i>Shiatsu zur Pflege alter/kranker Menschen</i></li> </ul>	128 (67/61)

Fortsetzung Tabelle 5.4

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierige Situationen oder gestörte Kommunikation Umgang mit sehbehinderten Menschen (0/1), Schwerstpflegepatienten (1/0) Psychiatrie/Psychotherapie/Verhaltenstherapie (6/8) Borderliner (1/2), Sucht (3/5), Trauma (1/0), Wachkoma (3/0), Suizid (1/2) Demenz (15/21), Depression (0/2), Desorientierung (1/0), Gerontopsychiatrie (20/15), Validation (4/3) Nachtdienste (3/0)</li> </ul>	118 (59/59)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzen und Tod Algesiologie (4/6), Schmerz/ Schmerzmanagement/Schmerztherapie (10/7) Palliative Care (10/19), Hospizpflege (0/1), Sterben/Tod/Trauer (6/15)</li> </ul>	7819 (30/48)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung Ethikberatung (1/0) Pflegerberatung/Pflegefachberater (2/2), Präventionsberatung/Gesundheitsberatung (4/6), Qualitätsberater (2/0) Pflegesachverständiger (1/1)</li> </ul>	19 (10/9)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualität Qualitätsmanagement (11/12), Qualitätssicherung (4/5), Qualitätszirkel (0/1), Quali- tätsbeauftragter (7/4), interner Auditor (2/2), TQM (3/2), Evaluation (0/2), Beschwer- demangement (2/1) Pflegeprozess (1/1), Pflegeplanung (6/4), Dokumentation/Pflegerberichte (2/6), Pflege- standards (1/1), Klassifizierungssysteme (1/0), Pflegevisite (2/2), Pflegeanamnese (1/0), Assessment (0/1), Pflegediagnosen (0/3), Umgang mit Pflegefehlern (0/1) Pflegegutachten/Pflegestufe/Umgang mit dem MDK (2/2) Pflegeüberleitung (0/1), Entlassungsmanagement (6/5), Case Management (3/2), Clinical Pathways (1/0), Prozessmanagement (3/2) Pflegetheorie (0/1), Pflegeforschung verstehen (1/1), Evidenced Based Nursing (3/1)</li> </ul>	125 (62/63)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BWL/Ökonomie und Gesundheitspolitik: Buchführung/Betriebsführung/Controlling/Praxismanagement/Kostenplanung/ Leistungserfassung/Wirtschaftlichkeit (9/6), Selbstständig- keit/Existenzsicherung/Geschäftsideen (3/3), DRGs (3/3), Service- und Wahlleistungen im Krankenhaus (1/0); DMP (1/0), Professionelle Kundenbeziehungen (1/0), Heimaufsicht (1/0) Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik (2/0) <i>Perspektiven für das Krankenhaus, Pflegeaufwand und Finanzierung</i></li> </ul>	33 (21/12)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recht Rechtsfragen (0/3) Krankenpflegegesetz (1/0) Haftungsrecht (2/2), Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegepersonal (0/1), Medi- zin-Produkte-Gesetz (2/0) Sozialrecht (1/3) Betreuungsrecht (3/2), Familienrecht (1/1), Selbstbestimmungsrecht (2/2), Patienten- verfügung (1/1), Freiheitsentziehende Maßnahmen (1/1) Datenschutz (1/0) <i>Schweigepflicht, Heimaufsichtsbehörde</i></li> </ul>	31 (15/16)

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in der Rubrik „Kurse und Seminare“ in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

*Kursiv* gesetzte Themen finden sich nicht unter den Veranstaltungsankündigungen der Zeitschrift Heilberufe.

**Tab. 5.5** Internes Bildungsangebot: Fachliche Kompetenzen

Veranstaltungsthemen*	Anzahl**
<b>a) Fachliche Kompetenzen ohne engeren Bezug zur eigenen Gesundheit</b>	<b>283 + EDV</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Berufliche Fort- und Weiterbildungen</li> </ul> <p>Atmung/Lunge (5), Beatmung (4), Blut und Blutprodukte (1), Beckenbodentraining (3), Dekubitus (6), Diabetes (5), Diagnostik (1), Dialyse (3), EKG (4), Elektroconvulsions-therapie (EKT), Endoskopie (2), Erste Hilfe/Notfallschulungen/Reanimation (44), Gipskurs (2), Hämologie (1), Handverletzungen (1), Herzrhythmusstörungen (1), HIV/AIDS (2), Infant-Handling (1), Infektionen/Infektionsprävention (19), Intensivpflege/Anästhesie (12), Injektionen (3), Juckreiz (1), Kinder und Eltern im Krankenhaus (1), Kompressionstherapie (1), künstliche Ernährung (11), Labor (1), Mäeutik in der Praxis (1),  Mentales Aktivierungstraining (1), Medizinprodukte und – technik (2),  Monitoring der nicht intensivpflichtigen Überwachungspatienten (2),  MRT-Grundlagen (3), Netzhautchirurgie (1), Nosokomiale Pneumonie (1),  Onkologie (23), OP (8), Osteosynthesetechniken (1), Pflege bestrahlter Haut (1),  Prothesen (1), Psychopharmaka (1), Radiologie (5), Säuglingspflege (7), Sterilgut (1),  Stomapflege/Tracheostomapflege (10), Sturzprävention (1), Thoraxsaugdrainagen (1),  Reha- und Langzeitpflege (1), Wickel und Auflagen (2), Wundmanagement (19), Zu-  gänge (1), Zyostatika (4)  Englisch (24), Italienisch (1), Spanisch (2), Französisch (1), Türkisch (1),  Deutsch als Fremdsprache (1), Gebärdensprache (1)  Die neue Rechtschreibung (1)  EDV/Internet (mehr als 50 Kurse)</p>	283 + EDV
<b>b) Fachliche Kompetenzen mit denkbarer Relevanz für die eigene Gesundheit</b>	<b>343</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seminare für Sicherheitsbeauftragte</li> </ul> <p>Hygiene (13)  Arbeitssicherheit (9), Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2), Unfallschutz (1)  Strahlenschutz / Röntgenverordnung (8), Brandschutz (6)  Schulung der Gerätebeauftragten (1), Schulung der Sicherheitsbeauftragten (3)  Umweltschutz (4)</p>	46
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fachwissen für die Pflege lernen – zum Nutzen für die eigene Gesundheit</li> </ul> <p>Aromapflege (3), Basale Stimulation (12), Bobath-Konzept (2), Ernährung (3), Heil-  pflanzentees (1), Kinästhetik (14), Lagerung und Patiententransfer (2), Massagetechniken (10), Naturlatexallergie (1), Primary Nursing (7), rhythmisches Einreiben (2)  Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen (2), Triggerpunkte (1)</p>	60
<ul style="list-style-type: none"> <li>Schwierige Situationen oder gestörte Kommunikation</li> </ul> <p>Blindheit/Seheinschränkungen (1)  Der ältere Mensch im Krankenhaus (2)  Psychiatrie (8)  Suchtkrankheiten (3) Persönlichkeitsstörungen (1), Psychosen (1),  Wahnstörungen (1), traumatisierten Menschen (1), Validation (1)  Depressionen (2), Gerontopsychiatrie (10)</p>	28
<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen und Tod</li> </ul> <p>Schmerzen/Schmerztherapie/Schmerzmanagement (13)  Palliative Care (6), Hospizpflege (2), Sterben/Tod/Trauer (26)  Transplantation / Transplantationsgesetz (4)</p>	51

Fortsetzung Tabelle 5.5

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung</li> </ul> Pflegeberaterin/-berater (2) Seelsorge im Krankenhaus (1), Ethik in der psychiatrischen gesundheits- und Krankenpflege (2) Beratung von Pflegenden in der Arbeit mit Borderline gestörten Menschen (1), Beratung von Pflegenden in der Arbeit mit essgestörten Menschen (1) Medizinische(r) Ernährungsberater (in) (1)	8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualität</li> </ul> Qualitätsmanagement (12), Beschwerdemanagement (2) Pflegevisite (1), Pflegedokumentation (10), Pflegeplanung (1), Pflegerische Organisationssysteme (2), Pflegediagnosen (2), Pflegestandards (1), Arbeitsanweisungen und Behandlungsmuster (1) Übergabe am Patientenbett (1), Entlassungsmanagement (2), Case Management (3), Clinical Pathways (2), Arbeitsabläufe organisieren (1), Organisationsstrukturen kennen lernen (1), Informationsveranstaltung Pflegedirektion (1) Evidence-based Nursing (2), Pflegewissenschaft/-forschung (1)	46
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BWL/Ökonomie und Gesundheitspolitik</li> </ul> Betriebswirtschaftliche Grundlagen/Controlling (7), Das ökonomische Handling der immobilen Patienten (5), DRGs (19), Pflegemarketing für Sozialstationen (1)	32
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recht</li> </ul> Rechtsfragen (1) Krankenpflegegesetz / Ausbildungsplanung (4) Haftungsrecht in der Pflege (13), Delegation ärztlicher Tätigkeit auf das Pflegepersonal aus juristischer Sicht (1), Medizin-Produkte-Gesetz (1) Haftpflicht- und Berufshaftpflichtversicherung (1) Arbeitsrecht (11), Informationen und Erläuterungen zur Gehaltsabrechnung (5), Schwerbehindertenrecht (1), Altersteilzeit (1), Betriebsordnung (1) Sozialversicherung (10) Schuldrecht, Mahn- und Vollstreckungswesen (1) Patientenrecht (4), freiheitsentziehende Maßnahmen (3), Patientenverfügung und Vollmacht (2), Das Nottestament (1), Betreuungsrecht (2) Datenschutz (9)	72

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken

**Tab. 5.6** Externes Bildungsangebot: Soziale Kompetenzen

Veranstaltungsthemen*	Anzahl** 72
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemein</li> </ul> Gesprächsführung (2/2), Gesprächsmedizin (0/1), Körpersprache (2/0), Neurolinguistisches Programmieren (1/1), Psychosoziale Kompetenz für Mitarbeiter (1/0) Konfliktmanagement (8/1), Deeskalationstraining (0/1)	20 (14/6)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interaktion mit Patienten und Angehörige</li> </ul> Anleitung und Beratung (2/2), Kunden-/Patientenorientierung (1/1), Umgang mit Patienten/Angehörigen (6/6), Umgang mit schwierigen Bewohnern/Patienten/ Angehörigen (3/3), Transkulturelle Kompetenz/Kommunikation (3/3) Appetitlosigkeit/Nahrungsverweigerung (2/2), Pflege in schwierigen Situation (1/1), Gewalt und Aggression in der Pflege (3/1)	40 (21/19)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenarbeit im Team</li> </ul> Präsentation/Selbstpräsentation/Moderation (3/1), Durchsetzungsfähigkeit und Umgangsformen (1/0) Teamentwicklung (1/0), Teamtraining (1/0), Psychohygiene für Mitarbeiterinnen (0/1), Umgang mit schwierigen Mitarbeitern (2/0), Stationskonflikte (0/1) Mobbing (0/1) <i>Rhetorik, motivierende/beratende/ergebnisorientierte Gesprächsführung, Gesprächsführung und Verhandlungen</i> <i>Betriebsratsarbeit</i> <i>Feed Back</i>	12 (8/4)

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in der Rubrik „Kurse und Seminare“ in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

*Kursiv* gesetzte Themen finden sich nicht unter den Veranstaltungsankündigungen der Zeitschrift Heilberufe.

**Tab. 5.7** Internes Bildungsangebot: Soziale Kompetenzen

<b>Veranstaltungsthemen*</b>	<b>Anzahl** 156</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemein Soziale Kompetenz (2), Soziales Kompetenztraining (1), Kernkompetenz Kommunikation (1) Gesprächsführung (3), Körpersprache, Kommunikation (11), Kommunikation am Telefon (10), Neuro-Linguistisches-Programmieren (9) Konfliktmanagement (16), Umgang mit schwierigen Zeitgenossen (3)</li> </ul>	57
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interaktion mit Patienten und Angehörigen Anleitung und Beratung in der Pflege (9), Beziehung zum Patienten (2), Beziehungspflege in der Praxis (3), Kommunikation mit Patienten/Angehörigen (4), Transkulturelle Kommunikation (2), Kundenorientierung/Patientenzufriedenheit (6) Patientensituation und Patientenbedürfnisse (1), Die präoperative Angst des Patienten (1) Umgang mit schwierigen Situationen (1), Umgang mit schwierigen Patienten (4), Umgang mit Aggressionen (4), Gewalt in der Pflege (1)</li> </ul>	39
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenarbeit im Team Informationsmanagement (1), effektive Besprechungen (4), Verständigungsprozesse (1), Präsentation/Selbstpräsentation/Moderation (7), Kreative Problemlösung (1), Zusammenarbeit mit Vorgesetzten (1) Arbeiten im Team (7), Teamentwicklung (2), Teamberatung (1), Gender Mainstreaming (1), Kommunikation im Team (1), Kollegiale Beratung (4) Sucht am Arbeitsplatz (4) Mobbing (5) Projektmanagement (3), Management von komplexen Veränderungen (2), Prozessmanagement (1), Die lernende Organisation (1) Rhetorik und Selbstsicherheitstraining (8), Verhandeln und Überzeugen (3) Leistungsbeurteilung/Feed Back (1) Erfahrungen mit Bereichspflege aus der Sicht der Mitarbeiter des Springerpools (1)</li> </ul>	60

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken

**Tab. 5.8** Externes Bildungsangebot: Persönliche Kompetenzen

Veranstaltungsthemen*	Anzahl** 39
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastungen reduzieren, Ressourcen aufbauen</li> </ul> Selbst- und Zeitmanagement (1/1), Stress/Stressmanagement (3/2) Selbst-Pflege der Pflegenden (3/3) Coaching für Frauen: Ressourcen entdecken – Kraft schöpfen für Beruf und Alltag (1/0) Rückenschule (0/1) Wellness, Entspannung (Yoga, Qigong usw.) (2/1) Zeit für Gespräch, Tanz, Meditation, Musik etc. (4/0) <i>Stressbewältigung in Verhandlungen mit Vertragspartnern, Stressbewältigung speziell für Frauen, Selbstbewusstseinstaining für Frauen, Farb- und Stilberatung</i> <i>Innere Kündigung – vorbeugen ist besser als heilen</i> <i>Umgang mit Nacht- und Wechselschicht</i> <i>Atemschule</i>	22 (14/8)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexion</li> </ul> Supervision (2/0), Mediation (2/0), Selbstwert stärken (1/0) Belastungs-/Grenzsituationen (Scham, Ekel, Sexualität) (0/1) Ethik (1/1) „Quo vadis?“ – Nur wer sein Ziel kennt, kann den richtigen Weg in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege einschlagen (1/0), Handlungsoptionen angesichts wirtschaftlicher Maßgaben, ethischer Leitwerte und pflegerischer Indikationen (1/0), Die Zukunft hat schon begonnen, institutionelle, curriculare und pädagogische Konsequenzen der neuen Gesetzgebung (1/0), Zwischen Auswechselbarkeit und Einmaligkeit. Die Sicht der Mitarbeiter in einem christlichen Unternehmen (1/0), Alles hoffnungslos? Stagnierende Hilfeleistungen oder die Krise der Betreuung (1/0), Zukunft sichern jetzt (1/0), Professionalisierung der Kinderkrankenpflege im 21. Jahrhundert (1/0), Mehr Spaß im Beruf – Berufliche Perspektiven entdecken und entwickeln (1/0), Wirtschaft und Soziales in Krankenhaus und Altenheim (1/0) <i>Reflexion über den Pflegealltag</i> <i>Sexualität von Patienten, Behinderten, Alter und älter werden / alte Menschen, Sterben/Tod, Trauer</i> <i>Nähe und Distanz</i> <i>Gelassenheit gewinnen, Verzeihen – Besinnungstage für Pflegenden, Spiritualität im Alltag – Selbstsorge und Fürsorge</i> <i>Wertorientierte Persönlichkeitsbildung, Sich selbst besser verstehen Lernen / Typenlehre Enneagramm, Das Enneagramm in beruflichen und privaten Beziehungen und Situationen</i>	17 (15/2)

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in der Rubrik „Kurse und Seminare“ in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

*Kursiv* gesetzte Themen finden sich nicht unter den Veranstaltungsankündigungen der Zeitschrift Heilberufe.

**Tab. 5.9** Internes Bildungsangebot: Persönliche Kompetenzen

Veranstaltungsthemen*	Anzahl** 93
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastungen reduzieren, Ressourcen aufbauen</li> </ul> Selbstmanagement / Zeitmanagement (5), Umgang mit Stress / Stressmanagement (11), Entspannungstraining (2), Autogenes Training (2) Selbstvertrauen schaffen (1), Umgang mit Kränkung (1), Selbstbehauptung für Frauen (1), Selbstverteidigung (1) Lernmanagement (5) Karriereplanung (2) Rauchen (1), Suchtverhalten (1), Burn-Out (7) Haltungs- und Atemtherapie (2), Rückenschule / Rückengerechter Patiententransfer (15), Ergonomie (1) Gesundbleiben im Beruf (4), Humor im Krankenhaus (1) Sport / Fitness (12), Yoga/Tai Chi (3), Massagetechniken / Wellness (2) Herbstwanderung in der Rhön (1), Basteln (1)	82
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexion</li> </ul> Supervision (2) Pflegekultur heute (1), Pflegenachmittag (3) Ethik im Krankenhaus / Fallbesprechung (3), Seelsorgerische Praxisbegleitung (1), Hilft Glaube heilen? (1)	11

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken

### 5.3 Veranstaltungen zur Entwicklung von Anleitungs- und Führungskompetenzen

In den Workshops gaben zahlreiche Studenten mit Pflegeerfahrung als Motivation für ihr Studium an, in Positionen zu gelangen, in denen sie eher etwas zugunsten der Pflege verändern können als unmittelbar „am Bett“ eingesetzte Pflegekräfte. Für die Integration gesundheitsförderlicher Inhalte sind Veranstaltungen für Führungskräfte, Lehrkräfte und anleitende Kräfte von besonderer Bedeutung. Es geht darum, dem Gedanken der Gesundheitsförderung im Management, in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Praxis Rechnung zu tragen.

Im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention sind Führungskräfte auf mehreren Ebenen gefordert. Sie müssen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Realisierung von Projekten mit gesundheitsförderlichen oder präventiven Inhalten schaffen und dem Prozesscharakter der Implementierung solcher Projekte Rechnung tragen. Gesundheitsförderliche und präventive Aspekte berühren unmittelbar die Personal- und Organisationsentwicklung. Der Rückgriff auf Fort- und Weiterbildungsangebote kann diese zentralen Aufgaben flankieren, so dass es für die vorliegende Auswertung als sinnvoll erscheint, den Stellenwert des „Bildungsmanagements“ im Kontext von Personal- und Organisationsentwicklung eine hohe Bedeutung beizumessen. Dabei ist mehreren Heraus- und Anforderungen Rechnung zu tragen: Dem Wissenserwerb, der systematischen Verbreitung des von einzelnen erworbenen Wissens im Team bzw. der Organisation und der praktischen Umsetzung des Wissens.

Wie bei der beruflichen Erstausbildung sollten die Themen Gesundheitsförderung und Prävention sowohl direkt als auch indirekt in der Qualifizierung von Führungskräften verankert sein:

- Arbeitsprozesse (Dienstplangestaltung, Personal(einsatz)planung und -entwicklung, Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, Anreize) müssen „gesund“ gestaltet werden.
- Entscheidungsstrukturen müssen den adäquaten Umgang mit Belastungen erlauben (z. B. im Zusammenhang mit einem Beschwerdemanagement).
- Gesundheitsförderung und Prävention müssen gefördert werden (z. B. als Teil des Qualitätsmanagements und der Organisationsentwicklung).

Neben Führungskräften sind Lehrkräfte, Praxisanleiter/innen und Mentor/innen eine wichtige Zielgruppe, um praxisrelevantes Wissen zu vermitteln und nachhaltig umzusetzen bzw. im Team zu verbreiten. Dementsprechend müssen sie sich selbst mit den entsprechenden Inhalten, aber auch Vermittlungstechniken vertraut machen: Sie sollten nicht nur in der Lage sein, Schüler/innen und Auszubildenden gesundheitsförderliche Techniken zu vermitteln, sondern scheinen ihrerseits besonders geeignet, sich Techniken für die Gesundheitsförderung im Setting anzueignen und dementsprechend die erforderlichen gruppenspezifischen Prozesse zu organisieren.

Auch bei den Führungskräften kommt der sozialen Interaktion/Kommunikation – der Gesprächsführung, Moderation/Präsentation sowie dem Konfliktmanagement – ein zentraler Stellenwert zu. Neben der adäquaten Gestaltung der organisatorischen Arbeitsbedingungen sind die Mitarbeiterführung bzw. die Organisation eines geeigneten Feedbacks, die Verwendung von Sanktion/Gratifikation zur Motivation und die Einbindung und Förderung der Mitarbeiterkompetenzen von zentraler Bedeutung für die Mitarbeiterzufriedenheit.

Schließlich ist auch an dieser Stelle noch einmal darauf hinzuweisen, dass alle Bildungsangebote – die Entwicklung von fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen – selbstredend auch der Gesundheit der Führungskräfte selbst dienlich sein können.

**Tab. 5.10** Externes Bildungsangebot: Fachliche Anleitungs- und Führungskompetenzen

Veranstaltungsthemen*	Anzahl** 227
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterbildungen für Führungspositionen</li> </ul> Weiterbildung zur leitenden Fachkraft (18/16), staatlich anerkannte Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege / nach § 80 SGB XI (4/5), Weiterbildung Führen und Leiten eines/-r ambulanten Dienstes/Gruppe/Wohnbereichs/ Heims/Station/ Sozialstation/Abteilung/ Funktionseinheit/pflegerischen Einheit/Hospizdienstes (35/35), Pflegedienstleitung (14/12), Managen und Führen von Rettungsdiensten (1/1), Weiterbildung Fachwirt Alten-/Krankenpflege IHK (2/1), Dienstleistungsfachwirt (1/1), Krankenhausbetriebswirt (1/0), Betriebswirt soziale Berufe (2/0), Sozialbetriebswirtschaft (1/1)	151 (79/72)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebote für Leitungskräfte</li> </ul> Führungskräfte-Training (8/3), BWL/Wirtschaftlichkeit/Controlling (1/4), Personalplanung (0/2), Dienstplanung (0/1), Enneagramm-Einführungskurs (0/1), Projektmanagement (1/1), Veränderungsmanagement (2/0), Weiterbildung Hauswirtschaft und Ernährung (1/0), Coaching (3/1) <i>Aufbaukurs Pflegedienstleitung</i> <i>Recht, Supervision, Lebens- und Imagekultur,</i> <i>Identifikation der Mitarbeiter mit dem diakonischen Profil, Unternehmensleitbild – Ausgangspunkt für modernen Gesundheitsschutz</i> <i>Personaleinsatzplanung, Arbeitszeitgestaltung, Leistungsbezogene Mitarbeitervergütung, Gruppenarbeit in der Pflege – Reduzierung oder Verschiebung der Belastungsfaktoren</i> <i>Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege und Betreuung, Arbeitssicherheit durch betriebliche Unterweisung, Arbeits- und Gesundheitsschutz durch Stressmanagement, Strategien und Maßnahmen zur Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege und Betreuung, Suchterkennung und Suchtprävention im Betrieb, Personalentwicklung, Teamentwicklung, Prozessmanagement, Organisationsentwicklung, Betriebliche Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Organisationsberatung</i> <i>Qualitätsmanagement, Evaluation Qualitätsentwicklungsprozess, Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz, Kundenorientierung, Kundenzufriedenheit, Beschwerdemanagement</i> <i>Pflege für die Pflegenden, Gesundheitsförderung für Mitarbeiter/innen in der Pflege, LiveCare. Erfolgreich durch gesündere Mitarbeiter, Gesundheitsförderung, Betrieblicher Gesundheitsbericht – Wie bekomme ich ihn, was sagt er aus?, Mitarbeiterbefragung – der Weg zum gesunden Betrieb?</i> <i>Mediation, Einstimmung, Besinnung, Seelsorgerische Begleitung</i>	29 (16/13)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehren lernen</li> </ul> Lehrer für Pflegeberufe (1/1), Praxisworkshops für Lehrende (0/1) Praxisanleiter/in für Pflegeberufe (16/16), Mentor/-in (7/1) Anleitung/Einarbeitung Auszubildende und neue Mitarbeiter (0/1) Tutoren Kinästetik (0/1), Mediator (0/1), Supervisor (0/1) <i>Seminare für Lehrkräfte: Gesundheitsförderung – Public Health Nursing</i> <i>Train the Trainer</i>	47 (24/23)

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in der Rubrik „Kurse und Seminare“ in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

*Kursiv* gesetzte Themen finden sich nicht unter den Veranstaltungsankündigungen der Zeitschrift Heilberufe.

**Tab. 5.11** Internes Bildungsangebot: Fachliche Führungskompetenzen

Veranstaltungsthemen*	Anzahl** 79
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterbildungen für Führungspositionen: Weiterbildung zur Leitung einer Station oder Funktionseinheit (7)</li> </ul>	7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebote für Führungskräfte: Kurse für Stationsleitungen und deren Stellvertretungen (8), Die Stationsleitung als Coach seiner Mitarbeiter (1), Aufbaukurse für Führungspersonal (4), Führungsverhalten und Kooperation (1), Vom Kollegen zum Vorgesetzten werden (1) Rechnungswesen (1), Office-Management für Profis (1), DRG (2), Controlling (1) Organisationsentwicklung (1), Personalmanagement (1), Personalentwicklung (1), Wirtschaftlichkeitsanreize und Motivationsstrategien für leitende Mitarbeiter (1) Kundenorientierung (1) Sorgfaltspflichten des Pflegepersonals (1) EDV (1) Arbeitsprozesse effizient gestalten (2), Arbeitszeitmodelle und Dienstplangestaltung (3), Dienstplanungsprogramm Per-Res (2) Unterweisung von Mitarbeitern/rechtliche Absicherung (1) Führung von suchtkranken MitarbeiterInnen (1)</li> </ul>	33
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehren lernen: Weiterbildung / Nachqualifizierung zur Praxisanleitung (14), Kurse für Praxisanleiter (13), Austausch mit Krankenpflegeschulen (1) Lernmotivation in Seminargruppen (1), Mentorin/Mentor (8), Kinästetik für Tutoren (1) Auffrischungstag für Notfallschulungsbeauftragte (1)</li> </ul>	39

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken

**Tab. 5.12** Externes Bildungsangebot: Soziale und persönliche Anleitungs- und Führungskompetenzen

Veranstaltungsthemen*	Anzahl** 7
Kommunikation als Führungsaufgabe (1/0), Mitarbeitergespräche (1/0), Verhandlung (2/0), Rhetorik (1/0) Teamentwicklung (1/0), Konfliktmanagement (1/0) Gesprächsführung, Sitzungen effektiv leiten, Moderationstraining, Präsentation Leitungsaufgaben/Führungsqualitäten, Entscheidungsfindung, Führen mit emotionaler Intelligenz Führungstraining für Frauen „Der schwierige Mitarbeiter“, Die Führungskraft als Berater und Coach, Mitarbeiterinnen motivieren	7/0
Selbst-, Stress- und Zeitmanagement für Führungskräfte	0

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in der Rubrik „Kurse und Seminare“ in den Beilagen „Heilberufe Service“ der Zeitschrift Heilberufe 12/2003 und 12/2004.

*Kursiv* gesetzte Themen finden sich nicht unter den Veranstaltungsankündigungen der Zeitschrift Heilberufe.

**Tab. 5.13** Internes Bildungsangebot: Soziale und persönliche Anleitungs- und Führungskompetenzen

Veranstaltungsthemen*	Anzahl** 26
Kommunikationstraining (1), NLP - Neurolinguistisches Programmieren (1) Rhetorik für Führungskräfte, Besprechungen effizient führen, Moderation / Präsentation (3) Kooperation/Umgang mit Kooperationspartnern (2) Mitarbeitergespräche (7) Motivation (1), Beurteilen (1) Konfliktmanagement (2) Prävention von Mobbing (1) <a href="http://www-klinik.uni-mainz.de/IBF/inhalte/08b-alle-seminare.htm">http://www-klinik.uni-mainz.de/IBF/inhalte/08b-alle-seminare.htm</a>	19
Selbst- und Zeitmanagement (4) Intelligenter Umgang mit Stress (1) Coaching (2)	7

\* Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Anzahl der jeweiligen Nennungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken.

\*\* Anzahl der Ankündigungen in den berücksichtigten Programmen der Universitätskliniken

## 6 Zusammenfassende und weiterführende Hypothesen

### 6.1 Bildungsbedarf und Bildungsangebot

Menschengerechte Arbeit muss den vier Kriterien Ausführbarkeit, Schädigungslosigkeit, Beeinträchtigungsfreiheit und Persönlichkeitsförderlichkeit gerecht werden. Als persönlichkeitsfördernd gelten Benutzerorientierung, Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, Bedeutsamkeit, Handlungsspielraum, Rückmeldung, Entwicklungsmöglichkeiten (BAuA 2003: 30 f.).

Die Workshops und Interviews haben den Stellenwert dieser Kriterien und zugleich die Veränderungspotenziale in der Pflege verdeutlicht. Kernhypothese ist, dass der Weg zur Reduzierung von Arbeitsbelastungen und den damit verbundenen Ausstiegswünschen bei der Gruppe motivierter potenzieller Aussteiger/innen über die Professionalisierung der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland führt. Diese Hypothese steht im Übrigen im Einklang mit den Zwischenergebnissen der NEXT-Studie, der zufolge der Ausstiegswille im europäischen Vergleich nur in zwei Ländern noch stärker ausgeprägt ist als hierzulande (RKI 2004: 41). Innerhalb der Bundesrepublik Deutschland gibt es hierbei attraktive und unattraktive Einrichtungen – auch dies passt zu den Analyseergebnissen der Workshops, die aus der Sicht der Befragten deutlich werden lassen, dass man bei der Wahl seines Ausbildungs- und Arbeitsplatzes Glück haben kann oder eben nicht.

Die Gegenüberstellung des in Kapitel 4 ermittelten subjektiven Bildungsbedarfs und der in Kapitel 5 vorgestellten Bildungsangebote führt zu dem Ergebnis, dass die derzeitige Praxis einen Handlungsbedarf offenbart, auf den mit einer veränderten Zusammensetzung des Bildungsangebots, insbesondere aber auch einer inhaltlichen und strukturellen Neuausrichtung und Neuakzentuierung des bestehenden Angebots reagiert werden kann.

Mit der Einschränkung, dass Programmangebote nur bedingt eine Aussage über die Integration von Fortbildung in die berufliche Arbeit zulassen, soll als *zentrale Hypothese* formuliert werden, dass die bisherige Fortbildungspraxis in ihrer Gesamtheit<sup>12</sup> *nicht erkennen lässt, dass sie systematisch*

- an eine Entwicklung der Profession der Pflege,
- an eine Entwicklung der pflegerischen Tätigkeit als Lernprozess oder
- an eine Entwicklung eines gesundheitsfördernden Unternehmens Pflegegebunden wäre.

---

<sup>12</sup>Die Analyse des Fortbildungsangebotes hat jedoch gezeigt, dass diese hier konstatierte allgemeine Tendenz von wenigen Ausnahmen durchbrochen wird. Einzelne Universitätskliniken verfügen über ein breites und ausgefeiltes internes Fortbildungsangebot, das in verschiedener Hinsicht den im Folgenden unterbreiteten Vorschlägen nahe kommt. Insgesamt handelt es sich jedoch hierbei um Inseln in der Fortbildungslandschaft.

Es ist nicht erkennbar, dass der Fort- oder Weiterbildung

- eine Bedarfsanalyse vorausgegangen wäre,
- sie gezielt in pflegerische Managementprozesse integriert wäre oder
- die Teilnahme an die Möglichkeit der Umsetzung gebunden wäre bzw. die spätere Umsetzung gewährleistet ist.

Insofern kann die bisherige Fort- und Weiterbildung ggf. zufällig, aber eben nicht systematisch zu einer Prävention des Ausstiegs aus der Pflege oder Erleichterung des Wieder-Einstiegs in die Pflege beitragen. Auch in Bezug auf das Fortbildungsangebot kann die Pflege hierzulande demnach Glück oder kein Glück haben.

Ein Vergleich der Ansatzpunkte, die im Kapitel 4 entwickelt wurden, mit dem in Kapitel 5 präsentierten Angebot zeigt die Handlungsoptionen in Bezug auf einzelne Zielgruppen auch konkret:

### **Qualifizierung von Führungskräften**

Ein nicht unwesentlicher Teil des Angebotes an Fort- und Weiterbildung bezieht sich auf Führungskräfte (vgl. Tab. 5.1 und 5.2).

Die Analyse dieses Angebotes (vgl. Kapitel 5.3.) zeigt, dass darunter zunächst Qualifizierungen für eine solche leitende Tätigkeit gemeint sind. Zu diesen Angeboten ist zu sagen, dass sie zunehmend stärker im Konkurrenz zu den rund 50 Studienangeboten in der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland stehen und zunehmend an Bedeutung verlieren werden. Sie bieten damit kein bevorzugtes Optionsfeld für eine Veränderung der Belastungssituation, obwohl die Ausbildung der Führungskräfte zentraler Ansatzpunkt sein müsste. Hier wären insbesondere die Studienangebote in ihren gesundheitsfördernden und belastungsreduzierenden Inhalten im Einzelnen zu analysieren und hinsichtlich ihrer belastungsreduzierenden Potenziale für die Pflege ggf. zu entwickeln.

In den einzelnen Angeboten für Leitungskräfte findet sich zunächst die schon beschriebene Willkür des freien Bildungsmarktes, die sich insbesondere im externen Angebot wieder findet: In der Zusammenschau steht der Einführung in das Enneagramm ein Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung gegenüber. In abgemilderter Form gilt dies auch für das interne Angebot, das Neurolinguistisches Programmieren neben die Prävention von Mobbing setzt. Dennoch ist festzuhalten, dass in der Vielzahl von Angeboten, die sich mit sozialen Kompetenzen und Mitarbeiterführung auseinandersetzen, Entwicklungspotenziale hinsichtlich der Förderung von Teambildung zu sehen sind, ebenso wie die Angebote zu den Bereichen Organisationsentwicklung, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung Entwicklungspotenziale für die Gestaltung partizipativer Organisationsentwicklungsprozesse im Sinne des betrieblichen Gesundheitsmanagements bilden. Mit Lernprozessen beschäftigten sich vordergründig nur Fortbildungen für Praxisanleiter/innen und Mentor/innen, Ansatzpunkte zur Gestaltung des Arbeitsprozesses als Lernprozess hingegen bieten lediglich Fortbildungen zum Qualitätsmanagement, unter der Voraussetzung, dass QM eben nicht auf die Umsetzung von ISO-Normen und die Standardisierung von pflegerischen Leistungen reduziert wird.

Zusammenfassend wären hier die zielorientierte Ausrichtung und systematische Veränderung der Angebote ein zentraler Ansatzpunkt, wobei Studienangebote und wissenschaftliche Weiterbildung angesichts der gegenwärtigen und künftigen Bedeutung für die Qualifizierung von Führungskräften in der Pflege unbedingt einzubeziehen wären. Im Sinne des Brügge-Kopenhagen-Prozesses wäre dabei auf die wechselseitige Anerkennungsfähigkeit von beruflicher und wissenschaftlicher Weiterbildung durch entsprechende Modularisierung und Creditierung zu achten.

### **Qualifizierung von Auszubildenden in Schule und Praxis**

Nach den neuen gesetzlichen Regelungen erfolgt die Qualifizierung von Lehrenden in Krankenpflegeschulen grundsätzlich nur noch in der Hochschule. Das Weiterbildungsangebot „Lehrer für Pflegeberufe“ entspricht somit nicht mehr dem geltenden Recht. Auch hier gilt, dass die entsprechenden Studiengänge in die Analyse mit einbezogen werden müssten, weil sie möglicherweise, aber nicht garantiert zu einer präventiveren Ausrichtung der Ausbildung von Pflegekräften beitragen können. Veränderungschancen liegen in der Ausgestaltung der Studieninhalte für die künftigen Lehrkräfte.

Anders ist die Situation für die Ausbilder/innen in der Praxis. Angebote für Praxisanleiter/innen und Mentor/innen sind durchaus häufig und wären wichtige Ansatzpunkte für eine sehr frühzeitige Prävention des Ausstiegs aus der Pflege – wahrscheinlich sind sie diesbezüglich sogar zentraler als die Ausbildung der Lehrkräfte in den Schulen selbst, weil die Mentor/innen unmittelbaren und täglichen Kontakt zu den Auszubildenden haben. Im Sinne eines Theorie-Praxis-Transfers wäre hier strukturell allerdings nicht nur eine Lernortkooperation zwischen Schule und Praxis erforderlich, sondern auch eine Kooperation mit Weiterbildungseinrichtungen, die solche Angebote machen und den Studiengängen, die Pflegepädagog/innen, Medizinpädagog/innen und Lehrer/innen für Gesundheitsberufe ausbilden, z. B. im Sinne einer kooperativen wissenschaftlichen Weiterbildung.

### **Fortbildung von interdisziplinären und hierarchieheterogenen Teams**

Unter den Angeboten für die Entwicklung sozialer Kompetenzen finden sich durchaus nicht selten Angebote, die sich mit der Zusammenarbeit im Team befassen (vgl. Tab. 5.6 und 5.7). Ein Teil davon scheint mechanistisch an bestimmten Techniken orientiert zu sein (Präsentation, Moderation etc.), aber es gibt auch Angebote, die das Problem benennen und aufgreifen (Arbeiten im Team, Teamentwicklung, Teamberatung).

Aus den Programmen geht allerdings nicht hervor, inwieweit hier explizit auch interdisziplinäre und hierarchieheterogene Teams gemeint sind oder inwieweit einzelne fachliche Fortbildungen der Entwicklung von Teams dienen. Auch hier scheint eher Skepsis angebracht zu sein.

### **Qualifizierung für Pflegende**

Die Angebote für (examierte) Pflegekräfte stellen den Kern des bisherigen Fort- und Weiterbildungsangebotes dar. Grundsätzlich wären hier die Möglichkeiten gegeben, das eigene Berufsverständnis der Pflege, die systematische eigene Wissensbasis und die Beziehungsgestaltung (körperlich und kommunikativ) zu Pflegebedürftigen zu schulen. Eine Reihe von Themenkomplexen bieten sich hierfür an. Entwicklungspotenzial bietet aber insbesondere die Frage der Zufälligkeit des thema-

tischen Angebotes und die Zufälligkeit der Umsetzungschancen des Erlernten in die berufliche Praxis. Inhaltlich würde ein stärkerer Theoriebezug und ein stärker erkennbarer Bezug zur autonomen Erarbeitung von Wissen aus der Empirie – realisiert ggf. in der Kooperation mit Pflegestudiengängen – dem Ziel der Professionalisierung besser entsprechen.

### **Angebote für neue Mitarbeiter/innen und Wiedereinsteiger/innen**

Die Thematisierung der Einführung neuer Mitarbeiter/innen ist offensichtlich ein Einzelphänomen. Hier wäre es allerdings prinzipiell möglich, dass die einzelnen Einrichtungen über dezidierte Konzepte verfügen, die sie nicht in Programmen veröffentlichen. Praxiserfahrungen lassen allerdings eher die Vermutung zu, dass Konzepte, die über schlichte Checklisten hinausgehen, in der Pflege bisher eher zu den Ausnahmen gehören dürften. Entsprechende Programme sind allerdings sinnvollerweise hausintern zu entwickeln und können über externe Projekte nur angeregt werden.

### **Angebote für gering qualifizierte Pflegekräfte**

Mit Ausnahme einiger spezifischer Weiterbildungen (Ausbildung zum ambulanten Krankenpflegehelfer, Basisqualifikation Hauspfleger/Pflegehelferin, Weiterbildung zum Kranken/Altenpflegeassistenten, Basisqualifikation für Mitarbeiter ohne fachspezifische Ausbildung) sind spezifische Angebote nicht zu erkennen.

Voraussichtlich stehen Angebote für Pflegekräfte in der Regel grundsätzlich auch gering qualifizierten Pflegekräften offen. Inwieweit diese dort teilnehmen, wäre im Einzelnen zu untersuchen. Aufgrund bisheriger Erfahrungen ist diesbezüglich eher Skepsis angesagt.

Bewältigungsstrategien zum Umgang mit emotionalen Belastungen wären allenfalls unter den Angeboten zur sozialen Kompetenz, etwa in Angeboten wie „Umgang mit schwierigen Patienten“ zu sehen. Gerade hier ist allerdings zu vermuten, dass weniger an gering qualifizierte Pflegekräfte gedacht ist. Es wäre in der Praxis aber nicht ungewöhnlich, wenn z. B. Reinigungskräfte die Zimmer von Demenzen von Fäkalien reinigen müssten, während die betroffene Person sich im Zimmer aufhält. Da ja nur das Reinigen des Zimmers in Auftrag geben ist, wird auch innerhalb der Pflege nicht bewusst, welche Belastung dies für das Reinigungspersonal bedeutet, denen das Phänomen Demenz nicht vertraut ist.

## **6.2 Weiterführende Überlegungen**

### **Zur Verlängerung der aktiven Zeit im Pflegeberuf**

*a) Die Frage nach den Ursachen für die vergleichsweise kurze Verweildauer im Beruf*

Belastungsbedingte Berufsausstiege, befristete Unterbrechungen und krankheitsbedingte Fehlzeiten führen dazu, dass Potenziale nicht optimal genutzt werden (können) und es zu einem Teufelskreis aus hoher Fluktuation und hoher Fluktuationsbereitschaft kommt.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob besondere berufliche Belastungen für die große Anzahl von Berufsaussteigern verantwortlich sind. Fehlentscheidungen oder Zwänge bei der Berufsauswahl, fehlende materielle und nicht-materielle Anerkennung und der Mangel an Entwicklungs- bzw. Aufstiegschancen scheinen weitere wichtige problematische Faktoren zu sein, bei denen Bewältigungsstrategien zwar zahlreiche Berührungspunkte mit Themenbereiche der Gesundheitsförderung und Prävention aufweisen und bei Weiter- und Fortbildungsangeboten ebenfalls eine zentrale Rolle spielen, aber eben nicht deckungsgleich sind.

Schon während der Ausbildungszeit trägt sich ein großer Teil von Altenpflegeschülern mit dem Gedanken, die Ausbildung abzubrechen. Als Gründe werden Praxiserfahrungen, Überforderung, persönliche Gründe und Probleme im Berufsumfeld angegeben. Eine kleine Gruppe beklagt Widersprüche zwischen Theorie und Praxis (vgl. ZELLHUBER 2003: 108).

Gründe für eine mangelhafte berufliche Sozialisation können in einer mangelnden Aufarbeitung von Praktika und Problemen, die in der Ausbildung vermittelten Inhalte in die Praxis zu übertragen (ebd.), aber auch in den Gründen für die Entscheidung für eine Ausbildung im Pflegebereich bzw. die Rekrutierung der Auszubildenden gesucht werden. Es stellt sich die Frage, wie groß der Anteil von Pflegeschülern ist, die den Beruf aus Mangel an Alternativen ergreifen wollen und schon von Beginn an die Möglichkeit eines Wechsels bzw. eines zeitlich befristeten Ausstiegs u. a. wegen Kindererziehungszeiten im Blick behalten.

Nach dem Eintritt in das Berufsleben zweifelt ein größerer Teil der Pflegekräfte aufgrund einer unzureichenden Ausbildung, problematischen Arbeitsbedingungen und psychischen sowie psychischen Erschöpfungszuständen an der Berufswahl (ebd.). Ein schlechtes Betriebsklima, Probleme mit Kolleginnen, hohe Anforderungen, die Arbeitsmenge und die Belastungen führen häufig zu einem Wechsel des Arbeitsplatzes, bevor es zu einem Berufsaustieg kommt. Eine hohe Fluktuation führt zu Belastungen und erschwert deren Abbau. Es gilt, die Gründe für einen Arbeitsplatzwechsel näher zu beleuchten und Gegenmaßnahmen zu entwickeln.

Ferner muss auch eine weitergehende Auseinandersetzung mit individuellen Problemlösungsstrategien wie z. B. der Arbeitszeitverkürzung geführt werden. Belastungen durch Fluktuation und ungünstige Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention entstehen nicht nur bei Arbeitsplatzwechsel, sondern auch durch die permanenten Veränderungen in der alltäglichen Zusammenarbeit durch Schichtarbeit und Teilzeit. Programme zur Gesundheitsförderung müssen dem Rechnung tragen. Im Hinblick auf die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen oder auch nur den Wissenstransfer stellt sich die Frage, wie die gesamte Belegschaft erreicht werden kann.

Solange die Mehrzahl der Pflegekräfte weiblich ist, werden Schwangerschaft und Kindererziehungszeiten in der Pflege überdurchschnittlich häufig auftreten. Ungeklärt ist aber, ob überproportional viele Frauen mit Kinderwunsch sich für den Pflegeberuf entscheiden (vielleicht, weil auch sie das überkommene Bild der uneigennütigen, mütterlichen Pflegekraft verinnerlicht haben) oder Frauen in Pflegeberufen überproportional häufig wegen der Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und wegen der Arbeitsbelastungen regelrecht in die Schwangerschaft flüchten bzw. diese für den Ausstieg nutzen.

Im ersten Fall wäre es angemessen, Angebote für die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu schaffen. Im zweiten Fall würden diese Angebote für sich allein genommen wenig bewegen, weil an einer Verringerung von Belastungen angesetzt werden müsste. Natürlich gibt es auch hier eine große Schnittmenge: Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

*b) Ist es erfolgversprechend, an der Mobilisierung von Wiedereinsteiger/innen anzusetzen?*

Völlig ungeklärt ist die Frage, in welchem Umfang eine besondere Strategie einen Beitrag zur Entschärfung eines Pflegemangels setzen kann, die auf die Mobilisierung von Wiedereinsteigern setzt. Eine große Anzahl von Ausstiegen erfolgt ohnehin zeitlich befristet und bei dauerhaften Ausstiegen sind eher eine Unzufriedenheit sowie die Erfahrungen mit Belastungen des Berufs und weniger eine besondere, ggf. durch Bildungsangebote zu senkende mit dem Wiedereinstieg verbundene Hürde ausschlaggebend.

Unter den Veranstaltungsangeboten finden sich auch nur einzelne Angebote für Wiedereinsteiger (z. B. „Fit für den Wiedereinstieg? Qualifizierung von Pflegefachkräften für Einrichtungen der Altenhilfe und ambulanten Dienste“). Informations- und Einführungstage für neue Mitarbeiter sind etwas häufiger, aber bezogen auf das Gesamtangebot ebenfalls eher selten.

Es stellt sich also die Frage, ob ein besonderes Fortbildungsangebot für Wiedereinsteiger einen Zusatznutzen aufweisen kann, der über eine angemessene Einarbeitung und die Möglichkeiten des etablierten Bildungsangebots hinausweist. Dementsprechend wäre das Bildungsangebot nicht an einem eventuellen fachlichen Nachholbedarf von Wiedereinsteigern auszurichten sondern vielmehr auf die Qualifizierung von Personen, die Wiedereinsteigern vor Ort den Wiedereinstieg erleichtern bzw. ihnen im Rahmen einer professionellen Personalentwicklung unter zielgerichteter Nutzung des Fortbildungsangebots die erforderlichen Kompetenzen zukommen lassen. Dieser Ansatz hat den Vorteil, allen Arten der Fluktuation Rechnung zu tragen.

### **Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe**

*a) Gesundheitsförderung als Doppelstrategie aus gezielten und unspezifischen Maßnahmen*

Eine erfolgreiche Gesundheitsförderung bedarf einer Doppelstrategie: Außergewöhnlich hohe Belastungen müssen durch gezielte Maßnahmen verringert werden. Zugleich bedarf es unspezifischer Maßnahmen, die das allgemeine Belastungsniveau senken. Ein erfolgreiches „Gesundheitsförderung im Setting“ muss zwar einen institutionellen Kern aufweisen, aber zugleich so ausgegrenzte Ränder haben, dass dem Gedanken „Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe“ Rechnung getragen wird.

Dabei muss Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen sich bereits jetzt mit der Alterung der Belegschaften beschäftigen, um einem Pflegemangel effektiv entgegen zu wirken. Es geht perspektivisch nicht allein darum, Menschen möglichst lange vor den gesundheitlichen Auswirkungen von Belastungen bzw. Verschleißerscheinungen zu schützen, sondern verstärkt nach Wegen zu suchen, die Potenziale von Menschen mit alters- oder krankheitsbedingten Veränderungen ihrer Leistungsfähigkeit zu nutzen.

In diesem Zusammenhang wird noch einmal der enge Zusammenhang von Gesundheitsförderung und Personal- und Organisationsentwicklung sowie einem Qualitätsmanagement und einer übergreifenden Unternehmenskultur deutlich, bei dem ein regelmäßiges Feed Back von Patienten, Kollegen und Führungskräften die Erfahrung von Anerkennung ermöglichen und durchaus auch mit einem Coaching zur Bewältigung belastender Arbeitsaufgaben einhergehen.

*b) Der Stellenwert von Weiter- und Fortbildung*

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen stehen damit nicht im Zentrum der Gesundheitsförderung, sondern der Schwerpunkt der Aktivitäten muss dort liegen, wo Belastungen anfallen. Bildungsangebote können lediglich als ergänzende Ressourcen zur Erschließung zusätzlicher gesundheitsförderlicher Potenziale betrachtet werden. Ressourcen aber müssen gezielt erschlossen und vernünftig genutzt werden.

Bei der Planung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten sind die Konzepte auf der Grundlage der Annahme einer geringen Fortbildungsbereitschaft zu entwickeln, um die Erfolgchancen zu maximieren. In der Auseinandersetzung mit Bildungsangeboten wird wiederholt thematisiert, dass ein hohes artikuliertes Interesse an einer Teilnahme an Barrieren stößt (u. a. Freistellung, Zeitmangel, Kosten, fehlende Informationen; vgl. ZELLHUBER 2003: 99 ff). Ferner werden häufig eine Praxisferne und Umsetzungsprobleme kritisiert. Führungskräfte beklagen, dass Teilnehmer nur schwer zu einer Nutzung des externen Angebots zu bewegen seien, während interne Fortbildungen häufig als aufoktroiert empfunden werden (ZELLHUBER 2003: 99 ff). Außerdem wird die mangelnde Einbindung in die Personal- und Organisationsentwicklung beklagt.

Insofern spricht einiges dafür, Bildungsprozesse soweit wie möglich in die tägliche Praxis zu integrieren, Bildungsveranstaltungen so nah wie möglich an den belastenden Situationen und dem Arbeitsalltag zu platzieren und bei einer Teilnahme an besonderen (insbesondere externen) Veranstaltungen diese vor Ort gemeinsam vorzubereiten und auszuwerten.

*c) Gesundheitsförderung ist Chefsache, muss aber als partizipativer Prozess organisiert werden*

Erfahrungen zeigen, dass betriebliche Gesundheitsförderung dann am erfolgreichsten ist, wenn sie als partizipativer Prozess betrieben wird (BADURA/HEHLMANN 2003; LENHARDT 2001). Dem ist auf jeden Fall mit einem Fortbildungsangebot Rechnung zu tragen, dass sich neben entsprechenden Veranstaltungen für Führungskräfte mit der Realisierung eines bottom up-Ansatzes auseinandersetzt, wie er im Rahmen der Gesundheitsförderung als Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung einer Gesundheitsförderung im Setting diskutiert wird.

Die Notwendigkeit einer partizipativen Praxis darf allerdings nicht über die besonderen Rollen und Aufgaben von Führungskräften, Lehrkräften, Praxisanleitern und Mentoren sowie auch Sicherheitsbeauftragten beim Anstoß und im Prozess dementprechender Aktivitäten hinweg täuschen. Auch hier gilt es, Gesundheitsförderung explizit und implizit in das bisherige Fortbildungsangebot einfließen zu lassen. Grundsätzlich aber gilt: Führungskräfte zeichnen sich dadurch aus, dass sie Entscheidungen treffen und Aufgaben delegieren. Dieses Prinzip hat sich auch für den Bereich der Gesundheitsförderung bewährt.

#### *d) Die Auswahl der Zielgruppe und das „Paradox der Prävention“*

Fortbildungen sollen u. a. Ausbildungsdefizite kompensieren und sind durchaus geeignet, ungelernte Kräfte zu qualifizieren. Unter dem Kriterium Belastungsreduzierung sind geringer qualifizierte Kräfte eine interessante Zielgruppe, weil gesundheitliche Belastungen, Fehlzeiten, Arbeitsplatzwechsel und Berufsausstiege unter ihnen besonders ausgeprägt zu sein scheinen.

Der Anteil ungelernter Pflegekräfte an externen Fortbildungen ist sehr gering und von Führungskräften wurde außerdem darauf verwiesen, dass aufgrund von zusätzlichem Aufwand (Zeit, Kosten) die Abneigung an einer Teilnahme an externen Veranstaltungen gerade auch bei ungelernten Kräften relativ hoch ist (vgl. ZELHUBER 2003: 101 f.). Interne Angebote haben demgegenüber den Vorteil, dass sie bei dementsprechender Planung die gesamte Belegschaft bzw. das gesamte Team erreichen und damit den Qualifikationsstand insgesamt heben.

Analog zu Public Health-Strategien stellt sich die Frage, auf welche Zielgruppe sich die Angebote beziehen sollen. Das „Paradox der Prävention“ verweist darauf, dass ein großer Teil der Bevölkerung zwar nur moderat höhere Morbiditäts- oder Mortalitätsrisiken aufweist, diese leichte Erhöhung aber aufgrund der Gruppengröße im Hinblick auf Morbiditäts- und Mortalitätsraten rein quantitativ bedeutsamer ist, als bei einer zahlenmäßig deutlich kleineren Gruppe von Hochrisikogruppen (vgl. SIEGRIST 2003: 150).

Übertragen auf die Förderung von Zufriedenheit und den Abbau von Belastungen durch Bildungsangebote bedeutet dies, dass diese sich auf die Hochrisikogruppe beziehen können: Die Gruppen, die aufgrund einer großen Unzufriedenheit und/oder starken Belastungen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit den Beruf verlassen werden. Es ist denkbar, in dieser Gruppe mit einer ausreichenden Konzentration von Ressourcen und mit angemessenen Konzepten sehr schnell deutliche Verbesserungen zu erzielen. Die Angebote können aber auch an die gesamte Belegschaft gerichtet sein – mit dem Ziel, die Durchschnittszufriedenheit für alle leicht zu erhöhen und damit die Wahrscheinlichkeit eines Berufsausstiegs in allen Zufriedenheits- und Belastungsgruppen zu verringern. Rein quantitativ kann diese Strategie erfolgreicher als eine Hochrisikostategie sein. Gerade im Hinblick auf Chancen, die Ursachen von Belastungen abzubauen, erscheint diese Strategie vielversprechend.

### **Zum Weiter- und Fortbildungsangebot**

#### *a) Dem gegenwärtigen Angebot Gesundheitsförderung einschreiben*

Auch wenn es wünschenswert erscheinen mag, das Fortbildungsangebot zur Gesundheitsförderung auszubauen (und natürlich auch nichts dagegen spricht) erscheint es als vielversprechender, an dem gegenwärtigen Angebot anzusetzen und ihm die Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention einzuschreiben. Der Überblick über das Veranstaltungsangebot öffnet den Blick auf die zahlreichen und heterogenen Optionen, an etablierten Themen anzusetzen und durch Reakzentuierungen der bisherigen Inhalte bzw. der Unterstützung von Transferleistungen die Gesundheit von Pflegenden implizit oder explizit zu fördern.

Von besonderem Interesse sind Veranstaltungsangebote, die quantitativ von besonderer Bedeutung sind. An diesen anzusetzen bedeutet, gesundheitsförderliche Inhalte dort zu vermitteln, wo sie den höchsten Verbreitungsgrad entfalten können.

Wenn die Etablierung von gesundheitsförderlicher und präventiver Praxis mit zusätzlichen Mühen und Kosten einhergehen, sind die Erfolgsaussichten geringer. Das Ziel muss statt dessen sein, die „Normalität“ – den Alltag, die alltägliche Praxis, das gängige Bildungsangebot – gesundheitsförderlich auszurichten, Gesundheitsförderung und Prävention nicht als etwas Besonderes, Außenstehendes zu erfahren.

#### *b) Die Erstausbildung hat einen hohen Stellenwert*

Bei Anerkennung des Stellenwerts von Weiter- und Fortbildungen und der Reorganisation der Rahmenbedingungen, unter denen Pflege erbracht wird, ist allerdings festzuhalten, dass in diesem thematischen Zusammenhang auch der Erstausbildung mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Die Zahl der unzufriedenen Alten- und Krankenpflegeschüler und -helferinnen bzw. die Zahl der Berufsausstiege in den ersten Jahren nach Beendigung der Ausbildung ist hoch (s. o.). Offensichtlich wurden viele Schüler nicht ausreichend auf dem Beruf vorbereitet. Hier stellt sich die Frage nach einer systematischen Berücksichtigung von belastungsreduzierenden Ausbildungsinhalten und den entsprechenden Angeboten für Lehrkräfte und Praxisanleiter/innen.

#### *c) Interessante Konzepte verbreiten*

Für den Bereich der Weiter- und Fortbildungen liegen bereits einige innovative Veranstaltungskonzepte vor, in denen das Thema Gesundheitsförderung systematisch mit gängigen Themen der Fort- und Weiterbildung verknüpft wird. Anregungen lassen sich z. B. dem Programm der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege entnehmen. Dort finden sich u. a. Veranstaltungen wie

- „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung“ mit Inhalten wie Projektmanagement, betriebliches Gesundheitsmanagement mit Verweisen auch auf das erforderliche operative Rüstzeug für Führungskräfte und Personalvertretungen;
- „Unternehmensleitbild – Ansatzpunkte für modernen Gesundheitsschutz“ mit Darstellung der Schnittstellen zwischen dem Nutzen für Beschäftigte und Betrieb;
- „Betrieblicher Gesundheitsbericht – wie bekomme ich ihn, was sagt er aus“, „Mitarbeiterbefragung – ein Weg zum gesunden Betrieb“
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege und Betreuung“, „Arbeitssicherheit durch betriebliche Unterweisung“ und „Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz“.

#### *d) Zur Distanz gegenüber Supervisionen und Balint-Gruppen*

Viele Konflikte und Belastungen lassen sich durch Aussprachen im Team bewältigen. Für Interessierte sollten Angebote zur Supervision oder auch Balint-Gruppen angeboten werden. Diese Angebote können auch zeitliche befristet – dann ggf. auch verpflichtend – in konkreten Belastungssituationen zu Einsatz kommen. Über einen längeren Zeitraum hinweg bringen solche Angebote allerdings einige Probleme mit sich.

Bei einer regelmäßigen Teilnahme ist der vordergründige Gesprächsbedarf nach einer gewissen Zeit erschöpft. Solange sich keine weiteren, über die Angebote hinausgehenden Inhalte anschließen oder konkrete Probleme allein durch die Aussprache selbst bewältigt werden können, wirken sie kontraproduktiv.

Dies kann das grundsätzliche Problem verschärfen, dass relativ unbelastete Personen den Gruppen fernbleiben und überdurchschnittlich belastete zurückbleiben – denen es nun um so schwerer fällt, die Angebote für sich zu nutzen. Die zunehmende Dichte von Personen mit größeren Belastungserfahrungen kann zugleich grundsätzlich einer Supervision oder Balint-Gruppen interessiert gegenüberstehenden Personen abschrecken.

### **6.3 Anregungen für die konzeptionelle Weiterentwicklung**

#### **Was wäre auf der Basis der vorliegenden Erkenntnisse nunmehr zu tun?**

Ausgehend von der Hypothese, dass der Weg zur Reduzierung von Arbeitsbelastungen und Ausstiegsbedürfnissen in der Pflege für die motivierten Ausstiegswilligen über die Professionalisierung der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland führt und diese ggf. als Führungskräfte eine zentrale Rolle in einer gesundheitsfördernden Arbeitsgestaltung einnehmen können, wären in der Frage der Fort- und Weiterbildung die Hochschulen mit ihren Studiengängen Pflege, Pflegemanagement und Pädagogik in Weiterentwicklungen einzubeziehen, wobei die wechselseitige Anerkennung von hochschulischer und beruflicher Weiterbildung im Sinne des Brügge-Kopenhagen-Prozesses gewährleistet sein muss, auch um die Zeiten des Ausstiegs aus der Pflege für Studieninteressierte zu verkürzen bzw. durch Formen berufsbegleitender Studienmöglichkeiten den „Ausstieg“ als Reduzierung von Arbeitszeiten gestalten zu können.

In einem ersten Schritt wäre hierbei eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis, von Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung als Projekt zu realisieren. Ziel wäre die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Pflegekonzeptes im Sinne einer partizipativen Organisationsentwicklung, das pflegerische Tätigkeit systematisch als Lernprozess von Teams gestaltet. Parallel wäre zu erheben, wie sich hierdurch die Ausstiegsbereitschaft der Pflegenden in allen Hierarchieebenen verändert.

Die Notwendigkeit einer unmittelbaren Begleitung der Praxis durch Lernprozesse erfordert die enge Kooperation mit geeigneten Pflegeeinrichtungen. Die Autorinnen und Autoren dieser Studie schlagen dazu zunächst die Durchführung eines Projektes zwischen einer geeigneten Hochschule bzw. einem Hochschulverbund pflegewissenschaftlicher Studiengänge einerseits und Einrichtungen der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege sowie deren innerbetrieblicher Fortbildung bzw. Pflegeschulen andererseits vor. Um den Verbund arbeitsfähig zu halten, sollten maximal drei Hochschulen und drei Pflegeeinrichtungen (z. B. Krankenhaus der Maximalversorgung, stationäre Einrichtung der Altenpflege und größerer ambulanter Pflegedienst) beteiligt sein.

Alle angesprochenen Interventionsebenen wären zu berücksichtigen. Dabei wäre die systematische, prozessorientierte Entwicklung als Abfolge von Bedarfsanalysen (bevorzugt über teilnehmenden Beobachtungen zu realisieren), Zieldefinition, Intervention und Evaluation sowie die Sicherung eines nachhaltigen Erfolges durch eine Fortsetzung über den Projektzeitraum hinaus notwendige Bedingungen. Der Zeitraum eines solchen Projektes dürfte hierbei mindestens drei, besser fünf Jahre nicht unterschreiten.

Darüber hinaus wäre bereits in der konzeptionellen Phase in Kooperation mit weiteren Fort- und Weiterbildungsträgern an der Übertragung der Projektergebnisse in das bestehende Fort- und Weiterbildungsangebot zu arbeiten. Hier müsste darum gehen, einerseits themenspezifische Module zur Gesundheitsförderung zu entwickeln und in der Fortbildungslandschaft zu etablieren, andererseits bestehende Fortbildungskonzepte an dieser Zielsetzung auszurichten.

Parallel hierzu wäre gezielt eine generelle Bedarfsanalyse aus der Perspektive der resignierten, geringer qualifizierten Ausstiegswilligen durchzuführen, um die Ergebnisse dieser Studie ggf. zu ergänzen und ggf. komplementäre Ansätze speziell für diese Berufsgruppe zu entwickeln.

## Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag

Badura, Bernhard / Hehlmann, Thomas (Hrsg.) (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer

Badura, Bernhard / Schellschmidt, Henner / Vetter, Christian (Hrsg.) (2005): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Springer

BKK-Bundesverband (Hrsg.) (2004): BKK-Gesundheitsreport 2003. Essen (download über BKK-Bundesverband)

Blinkert, Baldo / Klie, Thomas (1999): Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz Verlag

Bönsch, Manfred (2004): Selbstkompetenz als didaktisches Prinzip. In: Pflegemagazin, 5 (2004) 2: 38-41

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2003): Arbeit von morgen gestalten! Neue Qualität der Arbeit. Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz im 21. Jahrhundert. Dortmund

Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2004): Dritter Bericht über die Pflegeversicherung. o.O. (Berlin) (download über Ministerium)

Corbin, Juliet M. (2002): Die Methode der Grounded Theory im Überblick. In: Schaeffer, Doris/Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.) (2002): 59-70

FFG (2004): Stationäre Altenpflege. Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (download über Ministerium)

Flick, Uwe (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt

Haack, Bertil (2004): Zeitmanagement im Beruf Pflege. In: Pflege Aktuell, Oktober (2004): 523-527

- Hasselhorn, Hans-Martin / Tackenberg, Peter / Müller, Bernd Hans (2003a): Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. *Gesundheitswesen*, 65. Jg. (2003): 40-46
- Hasselhorn, Hans-Martin / Tackenberg, Peter / Müller, Bernd Hans (Ed.) (2003b): Working conditions and interest to leave the profession among nursing staff in Europe. *Working life Research in Europe 2003*: 7 (SALISA) (download über [www.arbetslivinstitutet.se](http://www.arbetslivinstitutet.se))
- Hasselhorn, Hans-Martin / Tackenberg, Peter / Büscher, Andreas u. a. (2003): Intent to Leave Nursing in Germany. In: Hasselhorn / Tackenberg / Müller (Ed.) (2003b): 136-145
- Hochschild, Arlie. R. (1990): *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt/M.: Campus.
- Holloway, Immy / Wheeler, Stephanie (1997): *Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Lenhardt, Uwe (2001): *Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege?* Berlin: WZB discussion-paper (P01/208)
- Nerdinger, Friedemann W. (1994): *Zur Psychologie der Dienstleistung*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- RKI - Robert Koch Institut / Statistisches Bundesamt (2004): *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Pflege*
- Rohleder, Christiane (1999a): *Untersuchung zur Fort- und Weiterbildungssituation in der Altenarbeit. 3. Teiluntersuchungsabschnitt, Qualifizierungsstrategien in Einrichtungen der Altenhilfe, KDA thema 142*, Köln.
- Rohleder, Christiane (1999b): *Qualifizierungsstrategien in Einrichtungen der Altenhilfe. Pflegepädagogik (1999) H. 6*
- Schaeffer, Doris (1990): *Psychotherapie zwischen Mythologisierung und Entzauberung. Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Forschung 119*, Opladen
- Schaeffer, Doris (2004): *Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege*; in: Schaeffer, Doris / Moers, Martin / Rosenbrock, Rolf (Hrsg.): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: 103-126
- Schaeffer, Doris / Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.) (2002): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern u. a.: Hans Huber
- Schmidt, Klaus-Helmut / Kylian, Hannegret / Neubach, Barbara (2004): *Fehlzeiten – eine Folge von Burnout?* In: *Pflegemagazin*, 5 (2004) 1: 22-25
- Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (Hrsg.) (2003): *Das Public Health Buch. 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage*. München/Jena: Urban & Fischer
- Siegrist, Johannes (2003): *Machen wir uns selber krank?* In: Schwartz et al. (Hrsg.) (2003): 139-151
- Siegrist, Karin / Rödel, A. / Siegrist, Johannes (2003): *Theoriegeleitete Mitarbeiterbefragung im Krankenhaus als Instrument betrieblicher Gesundheitsförderung*. In: *Gesundheitswesen*, 65 (2003): 612-619

Steffen, Margret / Feld-Fritz, Gabriele (2004): Wir kommen kaum noch nach. Pflege Aktuell, April (2003): 227-231

Strauss, Anselm L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. 2. Auflage. München: Wilhelm Fink Verlag

Tackenberg, Peter / Hasselhorn, Hans-Martin / Büscher, Andreas u. a. (2003): Nursing in Europe. In: Hasselhorn / Tackenberg / Müller (ed.) (2003b): 19-27

Wenderlein, Frederike U. (2003): Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege. Untersuchung an 1021 Examinierten und Schülern. In: Gesundheitswesen, 65 (2003): 620-628

Zapf, Dieter et al.: Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit, in: Musahl, Hans-Peter / Eisenhauer, Thomas (Hrsg.) (2000): Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen. Heidelberg: Asanger: 99–106

Zellhuber, Brigitte (2003): Altenpflege, ein Beruf in der Krise? Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich. Diss. Online Ressource Deutsche Bibliothek: [deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=90224834](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=90224834), 1. Nov. 2004

# Anhang

## Anhang 1 Angefragte und erhaltene Programme externer Bildungsträger

Träger/Programme	Ort
Heilberufe Service, Beilage der Zeitschrift Heilberufe, 12/2003 und 12/2004	
Diakonisches Bildungszentrum des Ev. Diakonievereins Berlin-Zehlendorf / Schwesternschaft des Diakonievereins Berlin-Zehlendorf e.V., Fort- und Weiterbildung 2004	14163 Berlin
DBfK-Landesverband Berlin-Brandenburg und Mecklenburg Vorpommern (Wannsee-Akademie e.V.), Fort- und Weiterbildung Jahresprogramm 2005	14482 Potsdam
Caritas Ost (Forum Bildung der Caritas Ost), Kursbuch 2004, Kursbuch 2005	div. Orte
DFA (Diakonisches Werk Hamburg), Fortbildungszentrum auf der Anscharhöhe, diverse Flyer mit den Veranstaltungen für 2005	20251 Hamburg
BGW - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Seminare für Arbeitssicherheit 2005, Seminare zum betrieblichen Gesundheits- und Mobilitätsmanagement 2005	22089 Hamburg
DBfK-Landesverband Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Programm Januar bis Dezember 2004, Programm 2005	23611 Bad Schwartau
Lutherstift in Falkenburg, Bildungsstätte der ev.-luth. Landeskirche Hannover, Fort- und Weiterbildung 2005, zahlreiche Flyer	27777 Ganderkesee
ADS-Landesausschuss Bremen, Bremische Schwesternschaft vom Roten Kreuz, Angebote 2004 und zahlreiche Flyer	28199 Bremen
Diakonische Pflegeakademie Marburg (ehemals Krankenpflege-Hochschule des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes e.V.), Jahresprogramm 2005, diverse Flyer für 2005	35037 Marburg
Akademie des DRK e.V., Seminarprogramm 2005	37083 Göttingen
Kaiserwerther Seminare, Institut für Fort- und Weiterbildung Kaiserwerther Diakonie, Jahresprogramm 2005	40489 Düsseldorf
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.	50677 Köln
Caritas-Akademie Köln-Hohenlind, Seminarprogramm 2. Halbjahr 2004	50935 Köln
Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V., (ASB), Bildungswerk Seminare 2005	50937 Köln
Institut für Weiterbildung und Organisationsentwicklung im Caritasverband für die Diözese Trier, Das Programm für Gesundheit, Pflege, Sozialarbeit 2005	54296Trier
Kreuznacher Diakonie - Akademie für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen, Programm 2005	55541 Bad Kreuznach
AWO: FWIA (Fort- und Weiterbildungsinstitut der AWO) / Johanna-Krichner-Stiftung, Fortbildungsprogramm Herbst 2004, Flyer Gerontopsychiatrische Weiterbildung 2005/2006	60311 Frankfurt
ADS-Landesausschuss Baden-Württemberg / Württembergische Schwesternschaft vom Roten Kreuz, Fortbildungsveranstaltungen 2003, 2. Halbjahr 2004 und einzelne Veranstaltungen 1. Halbjahr 2004	70174 Stuttgart
DBfK-Landesverband Baden-Württemberg e. V., Fortbildungsprogramm 2005, Flyer; (Programm für das 1. Halbjahr 2005 am 17.12. erhalten, konnte leider nicht mehr berücksichtigt werden)	70619 Stuttgart
Evangelische Akademie Baden, Tagungen, Workshops, Seminare Juli 2004 bis Januar 2005	76133 Karlsruhe
Evangelisches Fachseminar Karlsruhe-Rüppurr, Programm 2005	76199 Karlsruhe
Caritas-Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe e.V., Jahresprogramm 2005	79102 Freiburg
DBfK-Landesverband Bayern e. V., Fortbildungsprogramm Juli bis Dezember 2004, Fortbildungsprogramm Januar bis Juli 2005 sowie Flyer	80639 München
Bayerische Pflegeakademie, Bildungsprogramm Herbst 2004/Frühjahr 2005	82131 Gauting
Evangelische Akademie Tutzing, Oktober 2004 bis März 2005	82327 Tutzing
Katholische Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V., zahlreiche Flyer	93047 Regensburg
Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe e. V., Programme 2004 und 2005	93055 Regensburg
DBfK-Landesverband Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Fortbildungsprogramm 2004, Flyer	

## Anhang 2 Nicht erhaltene bzw. nicht mehr berücksichtigte Programme externer Bildungsträger

ADS-Landesausschuss Bayern	90489 Nürnberg	12.11.: angerufen, Programm wird nur auf schriftliche Anfrage zugeschickt
ADS-Landesausschuss Berlin-Brandenburg	10715 Berlin	12.11.: angerufen, Programm bestellt, 17.12.: nicht angekommen
ADS-Landesausschuss Hessen	65510 Idstein	12.11.: angerufen; kein Anschluss unter dieser Nummer
ADS-Landesausschuss Niedersachsen	37083 Göttingen	12.11.: angerufen; Programm steht im Netz
ADS-Landesausschuss Nordrhein-Westfalen	45466 Mülheim a. d. Ruhr	12.11.: Telefonnummer falsch
ADS-Landesausschuss Rheinland-Pfalz/Saarland	54296 Trier	12.11.: angerufen; Programm bestellt, 15.11.: Programm des Instituts für Weiterbildung und Organisationsberatung im Caritasverband der Diözese Trier bekommen.
ADS-Landesausschuss Sachsen-Anhalt	09117 Chemnitz	12.11.: angerufen; niemanden erreicht, 15.11.: angerufen; niemanden erreicht, 17.11.: angerufen, niemanden erreicht
BA – Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe		12.11., 15.11., 17.11.: telefonisch nicht erreicht
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.		12.11.: angerufen, gibt kein Gesamtverzeichnis, Veranstaltungsankündigungen in „Die Kinderkrankenschwester“
BFLK (Bundesverband Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie e. V.), Telgte	48291 Telgte	15.11.: angerufen und Programm bestellt
DBfK-Bundesgeschäftsstelle	10777 Berlin	11.11.: angerufen, an Landesverbände verwiesen worden
DBfK-Landesverband Mitteldeutschland		11.11.: angerufen; Programm kann ab Mittwoch, dem 17.11. bestellt werden, 17.11.: angerufen Programm noch nicht fertig, kommt später, 17.12.: Programm noch nicht da
DBfK-Landesverband Niedersachsen		11.11.: angerufen; es gibt kein Verzeichnis, aktuelles Angebot im Netz
DBfK-Landesverband NRW		11.11.: angerufen; es gibt kein Verzeichnis
DBVA – Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.		Angerufen; kein eigenes Programm
Deutsches Institut für Pflege, Pflege-sachverständige und Pflegeberatung,	10726 Berlin-Charlottenburg	15.11.: Programm per Mail angefragt; 17.12.: Programm nicht da
Deutsches Krankenhausinstitut GmbH	40549 Düsseldorf	www.dki.de: Programm ggf. im Internet
Diakonischer Werk Württemberg, Abt. Gesundheit, Alter, Pflege	70191 Stuttgart	15.11.: angerufen, niemand erreicht, 17.11.: niemand erreicht
Diakonisches Fortbildungszentrum für Altenarbeit, Evangelische Altenhilfe Gesundbrunnen e. V., Hofgeismar	34369 Hofgeismar	15.11.: angerufen, Programm 2005 unter www.d fz-online.de, ab dem 20.11.
Diakonisches Institut für soziale Berufe	89160 Dornstadt	angerufen, Programm 2004 unter www.di-dornstad.de im Netz
DPV – Deutscher Pflegeverband		12.11.: angerufen, Verweis auf Heilberufe-Broschüre
Edith-Stein-Akademie (Caritas)	56564 Neuwied	12.11.: versucht anzurufen, aber falsche Nummer
Evangelische Heimstiftung e. V.	70190 Stuttgart	15.11.: falsche Telefonnummer

### Anhang 3 Berücksichtigte Programme von Universitätskliniken

Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität, Programm November/Dezember 2004	07740 Jena
Uni-Klinikum Charité, Campus Virchow Klinikum / Fort- und Weiterbildungsstätte Benjamin Franklin, Wintersemester 2004/ 05	13353 Berlin
Klinikum der Universität Rostock, Programm 2004	18055 Rostock
Medizinische Hochschule Hannover, Programm 2004	30623 Hannover
Klinikum der Philipps-Universität Marburg, Programm 2004	35033 Marburg
Klinikum der Justus-Liebig-Universität, Programm 2005	35385 Gießen
Bereich Humanmedizin Universitätsklinikum Göttingen, Programm 2/2004	37075 Göttingen
Universitätsklinikum Düsseldorf der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Programm 2004/2005	40225 Düsseldorf
Medizinische Einrichtungen der Gesamthochschule Essen, Programm 2004	45141 Essen
Universitätsklinikum Münster, Programm 2004	48149 Münster
Klinikum der Universität zu Köln, Programm 2004/2005	50924 Köln
Universitätsklinikum Aachen, Programm 2. Hälfte 2004	52074 Aachen
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Herbst/Winter 2004 und Frühjahr/Sommer 2005	53111 Bonn
Klinikum der Johannes Gutenberg Universität, Programm 2004	55101 Mainz
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Programm 2004	60590 Frankfurt
Universitätskliniken des Saarlandes, Programm 2. Halbjahr 2004	66421 Homburg
Universitätsklinikum Heidelberg, Programm 2004/2005	69115 Heidelberg
Klinikum der Ludwig-Maximilian-Universität München, Programm 2004	81277 München
Klinikum der Friedrich-Alexander-Universität	91054 Erlangen

### Anhang 4 Nicht berücksichtigte Universitätskliniken und Programme

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden	01307 Dresden	16. 11., 17.11.: niemanden erreicht
Medizinische Einrichtungen der GH Essen	47057 Duisburg	16.11., 17.11.: niemanden erreicht
Universitätsklinikum Freiburg	79106 Freiburg	16.11.: Programm angefragt, 17.12.: ist nicht gekommen
Klinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität	17487 Greifswald	16.11., 17.11.: niemanden erreicht
Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität	06097 Halle/Saale	16.11, 17.11.: niemanden erreicht
Universitätsklinikum Eppendorf	20246 Hamburg	17.11.: bestellt, 17.12.: nicht angekommen
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein CAMPUS Kiel	24105 Kiel	technische Probleme beim Download
Universitätsklinikum Leipzig AöR	04103 Leipzig	16.11., 17.11.: niemanden erreicht
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein CAMPUS Lübeck	23548 Lübeck	technische Probleme beim Download
Universitätskliniken der Otto-von-Guericke-Universität	39120 Magdeburg	16.11.: Programm bestellt, 17.12.: nicht angekommen
Universitätsklinikum Mannheim GmbH	68167 Mannheim	16.11.: es liegt kein Programm vor
Klinikum rechts der Isar der TU München	81675 München	16.11.: nicht erreicht, 17.11.: Programm soll nächste Woche kommen; 17.12.: nicht angekommen
Klinikum der Universität Regensburg	93053 Regensburg	17.11.: angerufen; Flyer werden zugeschickt, 17.12.: nicht angekommen
Universitätsklinikum Tübingen	72076 Tübingen	17.11.: nur ein paar Fortbildungen, Programm 2003/04 soll kommen, 17.12.: nicht angekommen
Universitätsklinikum Ulm	89081 Ulm	16.11., 17.11.: niemanden erreicht
Klinikum der Universität Würzburg	97080 Würzburg	17.11.: Programm unter <a href="http://www.klinik.uni-wuerzburg.de">www.klinik.uni-wuerzburg.de</a> , unter einrichtungen/zentrale einrichtungen/pflege-direktion/weiterbildung/personalentwicklung

## Anhang 5 Netzwerk gesundheitsfördernde Krankenhäuser

### **Baden-Württemberg (3)**

Kliniken des Landkreises Heidenheim  
Luisenlinik, Bad Dürkheim  
Bürgerhospital Stuttgart

### **Bayern (7)**

Krankenhäuser des Landkreises Cham  
Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg  
Klinik St. Irmingard, Prien am Chiemsee  
EuromedClinic Fürth  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Regensburg  
Klinikum Memmingen  
Kreisklinik Roth

### **Berlin (6)**

Krankenhaus Waldfriede  
Schlosspark-Klinik  
Krankenhaus Lichtenberg  
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH  
(6 Krankenhäuser)  
Parkklinik Weissensee  
Sankt Gertrauden Krankenhaus

### **Brandenburg (5)**

Heinrich Heine Klinik, Neu Fahrland  
Klinikum Niederlausitz GmbH, Senftenberg  
Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH  
Waldkrankenhaus des Paritätischen gGmbH,  
Gransee  
Havellandklinik Nauen

### **Hamburg (2)**

Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Alten Eichen,  
Hamburg  
Allgemeines Krankenhaus St. Georg, Hamburg

### **Hessen (2)**

Walter-Picard-Klinik, Riedstadt  
St. Anna-Krankenhaus Hadamar

### **Niedersachsen (4)**

Kreiskrankenhaus Osterholz,  
Osterholz-Scharmbeck  
St. Bernward Krankenhaus, Hildesheim  
Kirchberg Klinik, Bad Lauterberg  
Krankenhaus Charlottenstift  
Stadtoldendorf GmbH

### **Nordrhein-Westfalen (22)**

Ev. Bethesda Krankenhaus GmbH, Essen  
Ev. Krankenhaus Lutherhaus GmbH, Essen  
Ev. Krankenhaus Mettmann GmbH  
Katharinen-Hospital Unna  
Kath. Kliniken Essen-Nord GmbH

Kliniken Essen-Mitte Ev. Huysen-  
Stiftung/Knappschaft GmbH  
Klinik Lindenplatz, Bad Sassendorf  
Klinikum Lippe-Lemgo  
St. Elisabeth Krankenhaus Oberhausen  
St. Josefshospital Uerdingen, Krefeld  
St. Marienhospital Balve  
Städtisches Klinikum Solingen  
Kath. Stiftung Marienhospital Aachen  
Marienkrankenhaus Wickede-Wimbern  
Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach  
St. Josef Krankenhaus Moers GmbH  
Malteser Krankenhaus St. Anna, Duisburg  
Marienhospital Wesel  
Prosper-Hospital Recklinghausen  
Evangelisches Krankenhaus Köln-Weyertal  
GmbH

Städtisches Krankenhaus Gütersloh

Elisabeth-Krankenhaus Essen

### **Rheinland-Pfalz (4)**

Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH, Koblenz  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von  
Maria Hilf, Trier  
Krankenhaus St. Franziskus Saarburg GmbH  
Stadtkrankenhaus Worms

### **Sachsen-Anhalt (3)**

Klinikum Dorothea Christiane Erxleben  
Quedlinburg GmbH  
Städtisches Klinikum Magdeburg  
Altmark-Klinikum GmbH, Gardelegen

### **Schleswig-Holstein (1)**

Südholsteinklinik, Bad Segeberg

### **Thüringen (1)**

Kreiskrankenhaus Schmölln

### **Assoziierte Mitglieder des DNGfK (9)**

AOK für das Land Brandenburg, Teltow  
Health Consulting Lothar Jux, Bergisch Glad-  
bach  
Hildebrandt Gesundheits Consult GmbH, Ham-  
burg  
Mediconcept Brigitte Müller, Wuppertal  
Klaus Elfes, Krefeld  
Dr. Wolf Wentzel, Essen  
Gesundheit Berlin e.V.  
Berufsbildungszentrum für Berufe im Gesund-  
heitswesen Berlin-Brandenburg  
Landesvereinigung für Gesundheit  
Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg

## Anhang 6 Zur Inanspruchnahme der beruflichen Weiterbildung durch Pflegekräfte

### Zur Datenlage insgesamt

Daten zur beruflichen Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland werden von mehreren Institutionen gesammelt und ausgewertet. Ein Überblick über die Quellen, Fragestellungen, Erhebungsmethoden und Ergebnisse bieten BELLMANN (2003) und KUWAN u. a. (2003: 2ff). Das heterogene Datenmaterial lässt sich aufgrund unterschiedlicher Fragestellungen, Abgrenzungen und Methoden nur schlecht integrieren und ähnelt einem „Puzzle“ (KUWAN u. a.: 6; vgl. auch BELLMANN/LEBER 2003b; KUWAN/GNAHS/SENSING 1991). Außerdem finden sich nur wenig Angaben spezielle zu den Pflegeberufen. Wenn auch die Angaben zur Berufsgruppe der Pflege oder zum Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt allenfalls rudimentär ausfallen und kein Gesamtbild liefern können, vermitteln die vorliegenden Erhebungen dennoch einen ersten Eindruck und können zur Hypothesenbildung beitragen.

Für eine detaillierte Betrachtung der Inanspruchnahme des Weiterbildungsangebots von Pflegekräften bedürfte es einer gesonderten Erhebung und es bietet sich an, diese zeitlich und methodisch an eine der Routineberichterstattungen anzulehnen, um Vergleiche mit den allgemeinen Weiterbildungsaktivitäten auf Bundesebene zu ermöglichen. Die im Rahmen dieser Vorstudie durchgeführten Recherchen nach einer umfassenden Sondererhebung waren jedoch erfolglos. Hieraus ließe sich ein Forschungsbedarf ableiten. Einer entsprechenden Studie müssten allerdings umfassende Recherchen vorangestellt werden, die im Rahmen dieser Vorstudie zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich waren.

### „Berichtssystem Weiterbildung“

Das im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) praktizierte „Berichtssystem Weiterbildung“ erhebt den Anspruch, mit seinem integrierten Gesamtbericht den bundesweit umfassendsten Überblick vorzulegen und mit einer Stichprobe von ca. n=7.000 befragten Personen repräsentative Aussagen über die Situation in der Bundesrepublik Deutschland anbieten zu können.<sup>13</sup>

Demnach nahmen im Jahr 2000 mit 14,4 Millionen Menschen insgesamt 29 Prozent (in den alten Bundesländern 28 Prozent und in den neuen Bundesländern 31 Prozent) aller 19- bis 64jährigen Menschen an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung teil (vgl. KUWAN u. a. 2003: 38ff; s. auch STBA 2004: 85).<sup>14</sup>

Für Aussagen über einzelne Berufsgruppen ist diese Stichprobe zwar zu klein. Die ermittelten allgemeinen Tendenzen können aber zur Hypothesenbildung für die Situation in den Pflegeberufen herangezogen werden.

Nach den Angaben der Tabelle A6.1

- beteiligen sich Männer häufiger an der beruflichen Weiterbildung als Frauen und wenden auch mehr Zeit für diese auf. Da der Frauenanteil unter Pflegekräften

<sup>13</sup> Allerdings weist BELLMANN (2003: 24) darauf hin, dass themenzentrierte Einzelbefragungen wie die Erhebungen für das „Berichtssystem Weiterbildung“ eine Tendenz zu einer überproportionalen Beteiligung von sich weiterbildenden Personen und einer unterproportionalen Beteiligung von „weiterbildungsabstinenten“ Personen aufwiesen und dementsprechend mit hoher Wahrscheinlichkeit von Verzerrungen auszugehen ist.

<sup>14</sup> Die Angaben fallen gegenüber anderen Erhebungen u. a. deswegen höher aus, weil in der Erhebung für das „Berichtssystem Weiterbildung“ auch betriebliche Maßnahmen berücksichtigt werden (KUWAN u. a. 2003: 39).

hoch ist, legt dies eine insgesamt unterproportionale Beteiligung von Pflegekräften nahe.

- beteiligen sich insbesondere 19- bis 49jährige an der betrieblichen Weiterbildung. Insofern es in der Pflege zu einem vorzeitigen Berufsausstieg kommt und der Anteil der älteren Mitarbeiter im Vergleich zu anderen Berufsgruppen geringer ausfällt, spräche dieser Sachverhalt für eine relativ – nicht altersstandardisierte – höhere Beteiligung der Pflegeberufe.<sup>15</sup>
- erhöht sich die Teilnahmequote mit dem Schulabschluss. Dies legt im Zusammenhang mit den Überlegungen der vorliegenden Studie nahe, dass sich auch die Pflegeberufe in Relation zum Schulabschluss und zur beruflichen Qualifikationsstufe unterschiedlich stark an Weiterbildungsangeboten beteiligen.
- nehmen die Teilnahmequote und der durchschnittliche Zeitaufwand aller zur Gruppe gehörenden Personen mit der Berufsbildung zu. Zusammen mit den im Zusammenhang mit den Schulabschlüssen ermittelten Unterschieden heißt dies, dass Bildungsunterschiede durch Weiterbildungsmaßnahmen gegenwärtig nicht ausgeglichen, sondern tendenziell verschärft werden – auch wenn der durchschnittliche Zeitaufwand von Teilnehmern mit zunehmenden Niveau der formalen Berufsbildungsabschlüsse abnimmt (vgl. dazu auch Bellmann/Leber 2003a). Eine „ausgeprägte Persistenz im Bildungsverhalten“ (BÜCHEL/ PANNENBERG 2004) droht den „knowledge gap“ zu vergrößern (vgl. BELLMANN 2003: 88).
- liegen Angestellte im Hinblick auf die Teilnahmequote und den durchschnittlichen Zeitaufwand je Teilnehmer zwischen Arbeitern und Beamten. Beim durchschnittlichen Zeitaufwand der drei Beschäftigtengruppen liegen sie jedoch an erster Stelle.
- erhöht sich das Weiterbildungsengagement mit der Betriebsgröße. Wenn dieser Trend auch für die Pflege gilt, bedeutet dies, dass das Engagement in der stationären Pflege tendenziell höher ausfallen müsste als in der ambulanten und der Zunahme der ambulanten Pflege bzw. der Anzahl von kleineren Betrieben im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von beruflicher Weiterbildung eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Die Auswertung detaillierten Datenmaterial für das Gesundheitswesen führt allerdings zu dem Ergebnis, dass die Betriebsgröße zwar positiv mit der betrieblichen Weiterbildungsquote, aber negativ mit der Teilnehmerquote korreliert (s.u.).
- fällt die Teilnahme an der beruflichen Weiterbildung in den Wirtschaftsbereichen „Handel/ Dienstleitungen“ und „öffentlicher Dienst“ vergleichsweise hoch aus.

Dieser Abgleich lässt keine fundierte „Gesamtprognose“ über die Weiterbildungs-beteiligung von Pflegekräften im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zu; die ermittelten Tendenzen weisen in unterschiedliche Richtungen. Zu den genannten Einzel-punkten lassen sich jedoch begründete Analogieschlüsse im Hinblick auf Differenzen zwischen den Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen als auch zwischen den an der Pflege beteiligten Beschäftigtengruppen anstellen. Damit ist eine gute Basis für weitere, detailliertere empirische Erhebungen gelegt.

---

<sup>15</sup> Die Auswertung einer anderen Datenbasis (SOEP-Daten aus den Jahren 1984 bis 2001 und Daten aus einer BiBB/IAB-Erhebung 1998/99) führt zu dem Ergebnis, dass jüngere Erwerbstätige im Hinblick auf das Einkommen und das Arbeitslosigkeitsrisiko von Weiterbildungen profitieren. Bei älteren Erwerbstätigen wurden keine nennenswerten Effekte beobachtet (vgl. BÜCHEL/PANNENBERG 2004). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach den (altersspezifischen) Effekten von Weiterbildungen in der Pflege.

**Tab. A6.1** Teilnahmekquoten und Zeitaufwand für berufliche Weiterbildung nach Teilgruppen im Bundesgebiet im Jahre 2000

	Teilnahmequote in %	Zeitaufwand in Stunden	
		Teilnehmer	alle Personen
Alle Befragten	29	124	34
<b>Geschlecht</b>			
Männer	34	132	43
Frauen	23	113	25
<b>Alter</b>			
19-34 Jahre	31	137	39
35-49 Jahre	36	130	44
50-64 Jahre	18	90	16
<b>Schulbildung</b>			
Hauptschulabschluss	18	129	22
Mittlere Reife	33	132	42
Abitur	39	111	42
<b>Berufsbildung</b>			
Keine Berufsbildung	9	259	22
Lehre/Berufsfachschule*	27	126	33
Meister/andere Fachschule	42	113	46
Hochschulabschluss	43	95	40
<b>Erwerbstätigkeit</b>			
Erwerbstätige	40	106	41
Nicht-Erwerbstätige	9	278	22
<b>Erwerbstätige nach Berufsstatus</b>			
Arbeiter	24	130	29
Angestellte	46	105	46
Beamte	60	60	35
<b>Erwerbstätige nach Betriebsgrößenklassen</b>			
1-99 Beschäftigte	35	131	43
100-999 Beschäftigte	35	87	29
1.000 Beschäftigte	49	85	41
<b>Erwerbstätige nach Wirtschaftsbereichen</b>			
Industrie	35	85	29
Handwerk	35	120	40
Handel/Dienstleistungen	39	125	46
Öffentlicher Dienst	53	88	45

\* Lesebeispiel: 27 Prozent der Personen mit abgeschlossener Lehre haben sich im Jahr 2000 an beruflicher Weiterbildung beteiligt. Diese Quote ist leicht unterdurchschnittlich. Der Zeitaufwand pro Weiterbildungsteilnehmer lag bei 126 Stunden und ist damit leicht überdurchschnittlich. Der Zeitaufwand bezogen auf alle Personen mit Lehre („pro Person der Gruppe“) lag bei 33 Stunden und ist damit in etwa durchschnittlich.

Quelle: KUWAN u. a. 2003: 64

Im „Berichtssystem Weiterbildung“ findet sich auch ein Überblick über branchenspezifische Unterschiede (s. Tabelle A6.2). Demnach fällt die Teilnahmequote in der Branche „Medizin, Tiermedizin, Gesundheitswesen“ zwar deutlich niedriger als bei „Banken und Versicherungen“, insgesamt aber vergleichsweise hoch aus.

**Tab. A6.2** Teilnahme an beruflicher Weiterbildung bei Erwerbstätigen nach Branchenzugehörigkeit im Bundesgebiet 1994 bis 2000

Branche	Teilnahmequote in %		
	1994	1997	2000
Banken, Versicherungen	49	65	55
Elektrotechnik, Feinmechanik	43	49	49*
Medizin, Tiermedizin, Gesundheitswesen	43	48	47
Sonstige Dienstleistungen	38	43	46
Andere Branchen	37	41	42
Verkehr, Transport	31	41	41
Stahl-, Maschinen-, Fahrzeugbau	37	49	39
Primärer Sektor	25	32	39
Chemie, Kunststoff, Steine, Erde, Glas	36	48	35
Metallerzeugung und -bearbeitung	28	35	34
Handel	28	35	32
Baugewerbe	20	35	26
Leder, Textil, Bekleidung, Nahrung und Genussmittel	18	28	25
Holz, Papier, Druckgewerbe	25	41	19

\* Basis: 40-99 Fälle

Quelle: Kuwan u. a. 2003: 162

### IAB-Betriebspanel

Eine Betriebsbefragung im Frühjahr 2002 zum Personalbedarf und zur Qualifizierung im Gesundheitswesen liefert weiteren Aufschluss über die betriebliche Weiterbildungsquote und die Teilnahmequote im Gesundheitswesen (vgl. GEWIESE/LEBER/SCHWENGLER 2003a; s. Tab. A6.3). Die Ergebnisse können wegen der unterschiedlichen Erhebungsmethoden nicht mit denen des „Berichtsystems Weiterbildung“ verglichen werden, geben aber einen Einblick in die Binnenstruktur des Gesundheitswesens. Demnach fördern insgesamt ca. 90 Prozent der Betriebe die betriebliche Weiterbildung durch Freistellung oder Kostenübernahme.<sup>16</sup> Krankenhäuser und Hochschulkliniken liegen an der Spitze, Einrichtungen für Behinderte und ambulante Dienste am Ende. Ferner lässt sich der Tabelle entnehmen, dass die betriebliche Weiterbildungsquote bei Betrieben mit weniger als zehn Beschäftigten sehr niedrig ausfällt.

<sup>16</sup> Die hier ermittelte Quoten liegen erheblich über den mit dem IAB-Betriebspanel ermittelten. Die Differenzen sind laut GEWIESE/LEBER/SCHWENGLER (2003: 162) insbesondere auf unterschiedliche Erhebungszeiträume, unterschiedliche Abgrenzungen und ggf. auch eine überdurchschnittliche Beteiligung von in der Weiterbildung aktiven Betrieben in der IAB-Erhebung für das Gesundheitswesen zurückzuführen. Die Autoren gehen allerdings nicht näher auf das jeweilige methodische Vorgehen ein.

Interessanterweise gruppieren sich die Teilnehmerquoten tendenziell gegenläufig. Sie fallen insbesondere bei Krankenhäusern/Hochschulkliniken, Vorsorge und Rehakliniken sowie Altenpflegeheimen relativ niedrig, bei Altenheimen, ambulanten sozialen Diensten, sonstigen Heimen und allerdings auch Altenpflegeheimen relativ hoch aus.

Es ist zu bedenken, dass sich die Teilnahmequote auf alle Beschäftigtengruppen bezieht. Für die einzelnen Berufsgruppen fällt sie aber sehr unterschiedlich aus. Am höchsten war sie für die Gruppe der Ärzte (40 Prozent), am niedrigsten für die der „Sonstigen“ (14 Prozent) (vgl. GEWIESE/LEBER/SCHWENGLER 2003b, Angaben zu Pflegeberufen finden sich leider nicht).

**Tab. A6.3** Betriebliche Weiterbildungsquote und Teilnahmequote im Jahr 2000 (IAB-Gesundheitswesen-Studie Frühjahr 2002)

	Betriebliche Weiterbildungsquote	Teilnahmequote
ambulante soziale Dienste	85 %	39 %
Krankenhäuser und Hochschulkliniken	99 %	20 %
Vorsorge- und Rehakliniken	91 %	22 %
Altenheime	89 %	44 %
Altenpflegeheime	97 %	38 %
Einrichtungen für Behinderte	84 %	26 %
Sonstige Heime	93 %	39 %
1 bis 9 Beschäftigte	72 %	39 %
10 bis 49 Beschäftigte	94 %	41 %
50 bis 499 Beschäftigte	99 %	30 %
500 Beschäftigte und mehr	99 %	19 %
Insgesamt	91 %	27 %

Quelle: GEWIESE/LEBER/SCHWENGLER 2003: 161

### Arbeitszufriedenheit und Teilnahmebereitschaft

Aufgrund der Annahme außergewöhnlicher Arbeitsbelastungen in der Pflege und einer ermittelten hohen Unzufriedenheit mit dem Beruf sind schließlich auch die von KUWAN u. a. (2003: 176) ermittelten Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Arbeitssituation und einer Teilnahme an beruflicher Weiterbildung aufschlussreich (s. Tabelle A6.4).

Aus dieser geht hervor, dass die Arbeitszufriedenheit positiv mit einer Teilnahme korreliert. Über die Richtung des Zusammenhangs lässt sich zwar keine Aussage treffen (Fördert die Arbeitszufriedenheit die Teilnahmebereitschaft? Leistet berufliche Weiterbildung einen Beitrag zur Arbeitszufriedenheit?). Der Zusammenhang von Zufriedenheit und Weiterbildungsengagement verweist aber in jedem Fall auf das Problem, dass eine niedrige Zufriedenheit mit einem geringeren Engagement zusammenfällt und sich damit einmal mehr Weiterbildungsnotwendigkeit und -mangel miteinander verbinden.

**Tab. A6.4** Einschätzung zur Arbeitsituation und Teilnahme an formalisierter und informeller beruflicher Weiterbildung im Bundesgebiet 2000

Einschätzungen	Teilnahmequote in %	
	Berufliche Weiterbildung (Lehrgänge, Kurse)	Informelle berufliche Weiterbildung
Arbeit ist eher abwechslungsreich	44	71
Arbeit ist eher nicht abwechslungsreich	17	43
Ideen/Kompetenzen in Projektgruppe gefragt		
• Ja	55	79
• Nein	34	61
Neue Basis: Befragte, die in einer Projektgruppe gearbeitet haben; Projektgruppe mit mehr als 6 Monaten Dauer		
• Ja	59	82
• Nein	42	72
Arbeit macht Spaß		
• Ja	42	69
• Nein	21	47
Zum Vergleich: Durchschnittliche Teilnahme aller Erwerbstätigen	40	67

Quelle: KUWAN u. a. 2003: 176

### Literatur zu Anhang 6

Bellmann, Lutz (2003): Datenlage und Interpretation der Weiterbildung in Deutschland. Bielefeld: Bertelsmann (Reihe/Serie: Schriftenreihe der Expertenkommission Finanzierung Lebenslanges Lernen Nr. 2)

Bellmann, Lutz / Leber, Ute (2003a): Denn wer da hat, dem wird gegeben. IAB-Materialien 1/2003, 15-16

Bellmann, Lutz / Leber, Ute (2003b): Individuelles und betriebliches Engagement in der beruflichen Weiterbildung. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, Jg. 32 H. 3: 14-18

Bellmann, Lutz / Leber, Ute (2003c): Die Beteiligung an beruflicher Weiterbildung. Statistische Ergebnisse verschiedener Befragungen. In: Arbeit und Beruf, Jg. 54 H. 3, 72-74

Büchel, Felix / Pannenberg, Markus (2002): Bildung und berufliche Weiterbildung. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2002): Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. In Zusammenarbeit mit WZB und ZUMA. Bonn: 483-493

Büchel, Felix / Pannenberg, Markus (2004): Berufliche Weiterbildung in West- und Ostdeutschland. Teilnehmer, Struktur und individueller Ertrag. In: Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung, Jg. 37 H. 2: 73-126

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2001): Berichtssystem Weiterbildung VIII. Bonn

Gewiese, Tilo / Leber, Ute / Schwengler, Barbara (2003a): Personalbedarf und Qualifizierung im Gesundheitswesen. Ergebnisse des IAB-Betriebspanels und der IAB-Gesundheitswesenstudie. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung, Jg. 36, H. 2: 150-165

Gewiese, Tilo / Leber, Ute / Schwengler, Barbara (2003b): Hoher Bedarf an Fachkräften. IAB-Materialien 4/2003, 10-11

Kuwan, Helmut / Gnahn, Dieter / Seusing, Beate (1991): Weiterbildungsstatistik in Deutschland. Ausgangslage und zukünftige Anforderungen. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Jg. 24, H. 2., 277-290 (vielleicht auch als download zugänglich)

Kuwan Helmut / Thebis, Frauke / Gnahn, Dieter / Sandau, Elke / Seidel, Sabine (2003): Berichtssystem Weiterbildung 2000. Integrierter Gesamtbericht zur Weiterbildungssituation in Deutschland. Durchgeführt im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Bonn

Schmid, Alfons / Baden, Christian (2004): Betriebliche Weiterbildung in Hessen 2003. Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel Hessen 2003. ABF aktuell, 8.7.2004

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2002): Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. In Zusammenarbeit mit WZB und ZUMA. Bonn

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004): Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. In Zusammenarbeit mit WZB und ZUMA. Bonn



## Anhang 8

### Beobachtungsprotokoll I:

#### 1. Workshop in Fulda am 19.11.2004, 9.00Uhr-13.00Uhr

Beobachterin: Juliane Sichtung

Anwesende Personen:

Frau Prof. Dr. Beate Blättner (Moderatorin)

Herr Prof. Dr. Klaus Stegmüller

Herr Dr. Kai Michelsen

7 Workshopteilnehmer (6 examinierte Pflegekräfte, 1 Physiotherapeutin - davon 5 weibliche und 2 männliche Teilnehmer)

Räumlichkeiten: Ein Seminarraum der Fachhochschule F. von ausreichender Größe.

Sonstiges:

Der Workshop wurde mittels der Methode der visualisierten Moderation durchgeführt.

Um 9 Uhr wurde der Beginn des Workshops festgesetzt und wir starteten pünktlich mit 5 Teilnehmern. Einleitend sprach Frau Blättner einige Worte zum Projekt und die Projektteilnehmer stellten sich kurz vor. Die meisten anwesenden Personen kannten sich untereinander bereits aus Vorlesungen. Nach unserer kurzen Einleitung begannen sich die Teilnehmer vorzustellen, einer bemerkte kurz, dass nicht wie sonst üblich nach den Erwartungen gefragt wurde, sondern die Teilnehmer dazu aufgefordert wurden, sich kurz zu ihrer Ausbildung und ihren praktischen Erfahrungen in der Pflege zu äußern.

Der erste Teilnehmer gleich rechts neben mir sitzend begann die Runde zu eröffnen und erzählte, dass er nur eine begrenzte Sicht auf die Pflegepraxis habe, da er nach seiner Ausbildung gleich mit dem Studium angefangen hat, um „nicht mehr am Bett zu stehen“. Vor Beginn seiner Ausbildung habe er andere Ideen im Kopf gehabt die scheinbar in der Ausbildung nicht erfüllt wurden. Weiterhin sagte er, dass der Pflege mehr Wertschätzung zugesprochen werden sollte.

Nach seinen Ausführungen knüpfte die junge Frau rechts neben ihm sitzend mit ihren praktischen Erfahrungen an. Sie hat ebenfalls eine Ausbildung zur Krankenschwester absolviert und im Anschluss daran zwei Jahre auf der neurologischen Wachstation gearbeitet. Dann entschied sie sich das Studium aufzunehmen und arbeitet jetzt zu 50 % Teilzeit wiederum auf der neurologischen Wachstation. Für sich selbst stellt sie fest, dass sie den richtigen Beruf ergriffen hat, der ihr durchaus auch Spaß und Freude bereitet, sie sieht die positiven Dinge an ihrer Arbeit u. a. die Pflegeerfolge. Sie begründet ihre Entscheidung für das Studium, also „weg vom Bett“, durch die Rahmenbedingungen, die das Krankenhaus vorgeben. In den Rahmenbedingungen sieht sie die Ursache nicht mehr so pflegen zu können wie sie selbst möchte.

Die nächste Teilnehmerin links meinerseits, hat ihre Krankenpflegeausbildung Ende der 80iger Jahre absolviert und ging anschließend in die Schweiz, wo sie positive Erfahrungen in der Pflege sammelte. In Deutschland wurde die Pflege zu dieser Zeit von der Funktionspflege dominiert, in der Schweiz pflegte man schon nach der moderneren Bereichs- und Gruppenpflege. Den Pflegealltag in der Schweiz charakterisiert sie wie folgt: Der Pflege selbst werden mehr Kompetenzen zugesprochen. Für jede Station gibt es eine spezifische Weiterbildung ohne die das Pflegepersonal nicht berechtigt ist auf der Station zu arbeiten. Des Weiteren teilt sie uns mit, dass in der Schweiz mehr Personal für die Patienten zur Verfügung stehe, und man dadurch mehr Zeit für jeden Patienten hat. Somit wurde es ihr auch ermöglicht, mit Patienten spazieren zu gehen usw. In der Schweiz wird zwischen den ver-

schiedenen Stationen nach dem Rotationssystem gearbeitet, um die einseitigen Belastungen des Pflegepersonals zu reduzieren. Hier, also in Deutschland müsse alles „zack, zack“ gehen. In der Ausbildung fühlte sie sich als teure Putzfrau missbraucht und ging unzufrieden von der Arbeit nach Hause. Jetzt arbeitet sie neben dem Studium nachts zu 50 % auf einer Intensivstation, die sie als innovativer charakterisiert und geht nicht ganz so enttäuscht nach Hause.

Die nächste Teilnehmerin schätze ich als sehr ruhig ein. Sie hat sich während des gesamten Workshops eher zurückhaltend verhalten. Praktische Erfahrungen sammelte sie während des Studiums innerhalb der abzuleistenden Praktika. Nach dem Studium hat sie das Altenpflegeexamen nachgeholt. Jetzt arbeitet sie bei einem ambulanten Pflegedienst, wo sie neben organisatorischen Aufgaben auch Touren zu den Patienten fährt. Sie schätzt den Kontakt zu den Patienten als Ausgleich für die stressige Arbeit im Büro. Am ambulanten Sektor schätzt sie weiterhin das unabhängige Arbeiten vom Arzt.

In der Runde folgt nun der Projektarbeiter Dr. Kai Michelsen.

Neben ihm sitzt der nächste Teilnehmer des Workshops. Er absolvierte das Kranken- und Altenpflegeexamen und studiert seit 4 Jahren an der Fachhochschule. In der Pflege sieht er für sich persönlich wenige Entwicklungsmöglichkeiten und wählt bewusst immer wieder Pausen aus dem Pflegealltag für eine Veränderung. Die Teamarbeit in der Pflege empfindet er persönlich als belastend, ebenso die Arbeit mit den Menschen. Als Vater einer Großfamilie mit drei Kindern sieht er seine Zukunft nicht im Pflegealltag.

Neben diesem Teilnehmer sitzt der Projektmitarbeiter Prof. Dr. Klaus Stegmüller.

Jetzt stößt eine weitere Teilnehmerin zu unserem Workshop dazu. Sie ist examinierte Krankenschwester und Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Sie hat das Studium bereits abgeschlossen und möchte sich nun selbstständig machen. Die Arbeit mit psychisch kranken Menschen bot ihr persönlich die Möglichkeit weiterhin in der Pflege zu arbeiten. Durch die Arbeit hat sie immer wieder für sich selbst gelernt. Die Arbeit in der Psychiatrie ist theoriegeleitet: die Psychoanalyse dient als Grundlage für das Verstehen des Patienten und für die Pflegekraft selbst.

Nach Abschluss der Vorstellungsrunde haben wir auf einer Stellwand die Gedanken der Teilnehmer unter der Überschrift:

### **„Wenn ich an meine Berufserfahrung in der Pflege denke...“**

zusammengetragen:

- Glück gehabt, mehr gelernt als in der Ausbildung

#### **Komplex fehlende Wertschätzung**

- Enttäuschte Erwartungen
- mehr Sicherheit
- Theoriegeleitete Arbeit macht zufriedener
- in der Schweiz mehr Kompetenzen
- begrenzte Entwicklungsmöglichkeiten
- Unabhängigkeit in der ambulanten Pflege

#### **Ressourcen für die Pflege**

- Ressourcen für gute Pflege in der Schweiz
- kleines Team gibt Entwicklungsmöglichkeiten
- Personalmangel → Pflege mit unzureichenden Ergebnissen

#### **totale Institution**

- totale Institution
- gute Erfahrungen in der ambulanten Pflege
- fehlende Wertschätzung

- Pflege als teure Putzfrau missbraucht
- Teamarbeit und Menschen eher zuviel, Sozialkontakt strengt an
- Gefühle als Spiegel verstehen → eigene Reflexion
- Distanzierungsfähigkeit als Voraussetzung für Nähe
- Arbeit mit Betroffenen macht zufrieden
- dauerhafter Kontakt (ambulant)
- gibt auch anderes Interessantes

Im Anschluss an diese erste Zuordnung wurde natürlich heftig diskutiert. Zu den enttäuschten Erwartungen in der Krankenpflege zählt u. a., dass Fortbildungen nur im eingeschränkten Maße möglich seien und dieser Umstand somit die persönliche Weiterentwicklung hindert. Die Teilnehmerin, die lange Zeit in der psychiatrischen Klinik gearbeitet hat teilte uns mit: dass die Krankenpflegeausbildung vor 25 Jahren keine Patienten in dem Sinne beinhaltete, es gab nur Maßnahmen, die je nach Bedarf durchzuführen waren. Der Patient als theoretisches Konzept wurde in ihrer Ausbildung nicht behandelt. Wenn sie auf Station kam, dachte sie: „hier fehlt die Hälfte“. Sie suchte wahrscheinlich nach dem Sinn und Nutzen ihrer Tätigkeit und fand ihn in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen. Sie denkt, dass für den persönlichen Erfolg in der Pflege, die Institution, also das Haus oder Krankenhaus, in welchem man arbeitet ausschlaggebend ist.

Im nächsten Abschnitt wurden die Teilnehmer des Workshops dazu aufgefordert auf Kärtchen niederzuschreiben, was sie in der Pflege stärkt, bzw. belastet. Mein erstes Resümee war, dass auf der Stellwand für die Belastungen deutlich sichtbar mehr Punkte angeschlagen waren.

### **Was belastet mich in der Pflege?**

#### **Professionalität**

- zuhören/ Interesse zeigen für alle Probleme
- belasten tut mich das immer wieder neue drauf einstellen auf Menschen

#### **Teamarbeit**

- Teamarbeit und Arbeit mit Menschen
- häufig mangelhafte Kollegialität
- Gefühl mit Problemen alleine zu sein

#### **Unzufriedenheit**

- Fortbildungszwang
- fehlende Umsetzungsmöglichkeiten von Fortbildungswissen
- hohe Arbeitsbelastung
- Unzufriedenheiten

#### **Rahmenbedingungen**

- mangelnde Stationsführung •
- Bezahlung/ Vergütung •
- Gefangensein in Struktur und Organisation
- Stellenabbau → Zeitmangel •
- Schichtarbeit – Arbeit (Früh, Spät, Nacht)
- patientenferne Tätigkeiten
- begrenzte Entscheidungen
- intransparente Rahmenbedingungen
- es fehlen Vorstellungen von Veränderungen
- Veränderungen erfordern Aufwand
- Erleben von persönlicher Unveränderbarkeit
- Veränderungen nicht erwünscht

- Anerkennung nicht aufopfernd
- Wir machen den Job, den andere nicht machen wollen
- Weiterbildung nicht honoriert
- Positives verschwindet in der Wahrnehmung

Die Teilnehmer wurden dazu aufgefordert die Punkte zu ordnen und dazu Oberbegriffe zu bilden. (Die Gruppe wurde in zwei Teilgruppen geteilt, wobei zuerst die Begriffe geordnet werden sollten, danach jeweils an der anderen Stellwand Oberbegriffe gebildet werden sollten.)

### **Was stärkt mich in der Pflege?**

#### **Wissenszuwachs**

- Fortbildungen
- eigene Entwicklung
- Forschung nach Krankheitsursachen

#### **Sinnfindung**

- offensichtliche Sinnhaftigkeit der Tätigkeit •
- Linderung/ Heilung geben

#### **Patientenebene**

- Patienten
- Arbeit mit Menschen
- Dankbarkeit der Patienten

#### **kollegiale Ebene**

- Anerkennung durch Kollegen/ Ärzten /Patienten
- Teamarbeit •
- Zusammengehörigkeitsgefühl •

#### **Arbeitsgestaltung**

- „Selbständigkeit“
- Abwechslung

Den Teilnehmern ist es schwer gefallen, Oberbegriffe zu bilden und insbesondere, dass sie über eigene Vorstellungen zu Belastungen bzw. Ressourcen in der Pflege verfügen, jedoch wechselseitig diesen Vorstellungen Oberbegriffe zuordnen sollten. Es war für sie nicht einfach, die Sichtweisen und Vorstellungen der anderen Teilnehmer zu integrieren. Somit stellte sich langsam das Problem (jedoch nur für die Teilnehmer selbst) ein, dass die Teilnehmer über verschiedene Wahrnehmungen und Vorstellungen verfügen. Diese verschiedenen Wahrnehmungen und Vorstellung sorgten selbstverständlich für Diskussionsstoff.

Bei den Belastungen in der Pflege fiel natürlich allen Teilnehmern des Workshops auf, dass unter dem Punkt Rahmenbedingungen die meisten Kärtchen vorhanden waren. Als Diskussionsergebnis ist die Erkenntnis festzuhalten, dass man allein nichts an den Rahmenbedingungen ändern kann. Es bestünde zwar die Möglichkeit, das Haus zu wechseln, jedoch liegt die Wahrscheinlichkeit sehr nahe, dass dort die gleichen bzw. ähnlichen Rahmenbedingungen vorherrschen. Dies warf natürlich die Frage auf, ob man als einzelner Angestellter überhaupt über eine Möglichkeit verfüge, die Rahmenbedingungen zu ändern. Beispielsweise durch die Übernahme einer Funktion in einer Mitarbeitervertretung wie dem Betriebsrat. Die eine Teilnehmerin sagte, dass sie in ihrer jetzigen Position (Nachtschwester zu 50 %) keine Veränderung hervorrufen könnte. Es sei schwierig an den Rahmenbedingungen etwas zu verändern, da man einfach keine Lust dazu haben kann, oder von der Arbeit eh gefrustet sei. Außerdem sei man allein wenn man etwas verändern möchte. Viele Mitarbeiter seien froh darüber nach der Arbeit das Krankenhaus hinter sich lassen zu können. Es herrsche Frust darüber, dass sich niemand für Veränderungen einsetzen möchte, keiner wäre bereit Zeit zu investieren. Hieraus kristallisiert sich eine subjektive Unveränderbarkeit. Wei-

terhin wurden von den Teilnehmern Gedanken geäußert, dass man jederzeit austauschbar sei, entweder man passt sich an das Unternehmen an, oder man geht. Wenn eine Pflegekraft nicht richtig funktioniere holt man sich einfach die nächste. Schließlich gebe es, gerade im Raum F., genügend arbeitslose Pflegekräfte und es wurde von Kliniken berichtet, die examinierte Pflegekräfte als Praktikanten einstellen und das Arbeitsamt zahlt einen geringen Lohn. Die Angst ging ebenfalls herum, dass auch im Pflegebereich die „1 Euro Jobs“ aufgenommen werden und billige unqualifizierte Arbeitskräfte den Arbeitsmarkt der Pflege zerstören.

Weiterhin wurde der Punkt aufgeworfen, dass niemand fundierte Kenntnisse habe, was die Rahmenbedingungen von Pflege seien und wie diese im Alltag umgesetzt werden könnten. Für eine Veränderung von den Rahmenbedingungen müsste man Kenntnis von diesen haben. Und wenn man die Rahmenbedingungen kenne, an welchem Punkt sollte man ansetzen um diese zu verändern? Diese „Probleme“ sollten schließlich an das Management im Krankenhaus weitergegeben werden.

Wie schon weiter vorn angemerkt, ist mir aufgefallen, dass die Stellwand mit den Belastungen in der Pflege wesentlich voller gehängt war, dies fiel auch den Teilnehmern selbst auf und sie merkten an: Das die Gefahr bestehe, sich auf das zu fixieren was nicht an der Pflege funktioniert, die positiven Gedanken verschwinden in der Wahrnehmung. Die Teilnehmer wurden im Anschluss daran aufgefordert mit einem Roten Punkt zu markieren, wo sie persönlich mit den Veränderungsmaßnahmen in der Pflege ansetzen würden (rot markiert, siehe Seite 3, 4).

Aus der Bedeutung dieser Punkte wurden die Oberbegriffe: **Team, Geld, Sinnhaftigkeit** und **Stationsführung** abgeleitet.

Weiterhin wurde heftig diskutiert: Man müsse sich eben entscheiden, ob man lieber in den Urlaub fährt oder an einer Fortbildung teilnimmt. Dies wurde besonders von der Physiotherapeutin (die meines Erachtens so jetzt verspätet hinzukam) geäußert. Sie hat ihre Ausbildung an einer staatlich anerkannten Schule absolviert und nach 3 Jahren mit dem Staatsexamen abgeschlossen. Anschließend hat sie 6 Jahre praktisch gearbeitet und studiert nun im ersten Semester im Studiengang Physiotherapie. Eigentlich hat sie bisher nur gute Erfahrungen in der Pflege gesammelt, aber Physiotherapeuten haben auch eine „Sonderrolle“, sie arbeiten eigenständig, unabhängig von der Pflege. Man dürfe auch nicht nur sehen, dass eine Fortbildung viel Geld koste, sondern man müsse ebenfalls seinen Urlaub nehmen, um an einer Fortbildung teilnehmen zu können. Schließlich gibt es ja nur 5 Tage Bildungsurlaub im Jahr. Pflege wurde als ein Tabuthema in der Gesellschaft diskutiert. Pflege übernimmt Arbeiten, die die Gesellschaft nicht übernehmen möchte. „Wir machen das was die Gesellschaft nicht machen will.“ Es wurde über die mangelnde Anerkennung gesprochen und zur Sprache gebracht, dass sich Pflege in einer Opferrolle für die Gesellschaft befindet. Anerkennung für Fortbildungen gebe es nicht.

Mir ist hierbei aufgefallen, dass kaum körperliche Belastungen thematisiert wurden von denen doch alle immer so sprechen ...

Jetzt wurden die Teilnehmer dazu aufgefordert auf Kärtchen niederzuschreiben, was sie selbst lernen könnten und möchten, um Arbeitsbelastungen besser zu bewältigen:

**„Was könnte/ möchte ich lernen um Arbeitsbelastungen besser zu bewältigen?“**

- Struktur finden (Prioritäten)
- Kommunikation (mit Patienten und Kollegen)
- zu lernen, um an Strukturen etwas ändern zu können
- einen Weg erst finden zu dürfen
- Lernen kann entlasten
- sich entwickeln zu dürfen

- Möglichkeit zur Reflexion
- Fundiertes Fachwissen
- Zu wissen, was will ich hier
- professioneller Dienstleister, nicht Handlager für andere
- sich nicht auffressen lassen
- Distanz zum Patienten „Sie“
- Grenzen setzen (Zeit, Inhalt)
- Nein- Sagen lernen (gegenüber Patienten/Ärzten)
- Professionelle Unterstützung haben
- Probleme im Team zu lösen
- den Ball zurückgeben (an Patienten) bei Problemen
- dass es auch andere gibt, ich nicht alleine bin

Aus der Diskussion ergaben sich folgende Punkte: Wichtig ist es „nein“ zu sagen, wenn man alles zur Zufriedenheit erledigen möchte, kann das die Pflegekraft auffressen. Auch das mussten die Teilnehmer des Workshops im Laufe ihrer praktischen Tätigkeit erst lernen. Man fühlt sich unter Druck gesetzt, wenn man alles zur vollsten Zufriedenheit erledigen möchte und es aufgrund des Zeitmangels nicht schafft. Auch müssen klare Grenzen zwischen Patienten und Pflegekräfte gezogen werden. Es wurde angesprochen, dass die „liebe Schwester“ doch für den Patienten alles erledigen sollte. Man muss auch „nein“ sagen können und nicht immer „husch husch“ alles erledigen wollen.

Zum Punkt Teamarbeit ist es für die Betroffenen wichtig zu begreifen, dass sie nicht allein für eine ganze Station, für alle Patienten und Probleme zuständig sind, es ist wichtig zu lernen, dass man in einem Team von Kollegen arbeitet, dass auch weitere Leute dafür zuständig sind. Es darf nicht ein Schuldgefühl entstehen, wenn aus Zeitgründen nicht alle Arbeiten erledigt wurden. Probleme müssen an die Gruppe und ebenso auch an die Patienten zurückgegeben werden.

Wie kann man Teamzusammengehörigkeit lernen? Es ist wichtig, nicht allein zu sein, man braucht Unterstützung und Selbstvertrauen um Sicherheit zu finden.

Kommunikation ist ebenso ein Kode, der nach und nach herausgearbeitet wurde. Man regt sich im Pflegealltag über viele Dinge auf, spricht diese aber nicht an.

Weiterhin wurde das Fachwissen angesprochen: Fachwissen gibt Sicherheit, wenn eine Situation eintritt, kann man das Wissen „abspulen“ und dementsprechend handeln. Pflegekräfte hätten ein Recht zu lernen, weil die Arbeit dadurch erleichtert wird. Es wurde die Erkenntnis erlangt, dass Lernen entlasten kann.

### **„Was könnten/ sollen andere lernen, um Arbeitsbelastungen zu reduzieren?“**

- ältere Mitarbeiter: auf dem Stand bleiben
- Ausbildung: Anleitung, Arbeit zu reflektieren
- Management: Bedürfnisse zu Ressourcen machen
- andere Abteilungen: sich wechselseitig zu respektieren
- Politik: Pflege braucht Zeit (auch außerhalb der direkten Pflege)
- Stationsleitung: auf Team eingehen können; Kommunikation
- Verwaltung und PDL: mit der Pflege auseinandersetzen
- Team: ein Team zu werden
- Kollegen und Leitung: Feedback geben (Anerkennung)
- Organisation: Ziele klar machen
- Management: maximale Arbeitsteilung
- Patienten: kooperativer werden
- Entscheider und Pflege: offen sein für neue Ideen
- Ausbilder: lernen, was für Entlastung wichtig ist, dies vermitteln
- Organisation: Unterstützung wichtig (Supervision)

- Mitarbeiter: verändern tut nicht weh, kann erleichtern
- Organisation: Geld in die Pflege geben
- Organisation: Anerkennung auch durch Selbstverwirklichung

Punkte die weiterhin in der Diskussion aufgegriffen wurden: Als erstes wurde sich die Frage gestellt, wer die anderen sind.

Es sei wichtig in der Ausbildung an erster Stelle die Inhalte zu vermitteln, die im Workshop angesprochen wurden und erst im Anschluss daran die Fächer Anatomie und Physiologie zu unterrichten. In der Ausbildung sollten Inhalte vermittelt werden, die für die praktische Arbeit wichtig sind. Die Stationsleitung sollte die Fähigkeit besitzen, auf die Mitarbeiter eingehen zu können, auch offen für Probleme zu sein. Häufig „macht“ die Stationsleitung Leitung ohne Mitarbeiter. Führungskräfte sollten offen für neue Ideen sein, die Aussage „das haben wir schon immer so gemacht“ ist nicht mehr zeitgemäß.

(Anmerkung: ab 12 Uhr lässt die Konzentration langsam nach)

Die Verwaltung muss wissen, was in der Pflege läuft. Das heißt, die Entscheidungsträger treffen Entscheidungen, ohne die Konsequenzen für die Pflege selbst zu berücksichtigen. Die Pflegedienstleitung selbst sei häufig auch schon zu lange aus der praktischen Pflege heraus, und oftmals will diese auch nicht wissen, was in der Pflege wirklich los ist.

Als weiterer wichtiger Punkt wurden die Bezahlung, nicht nur die persönliche Vergütung, sondern auch die finanziellen Ressourcen, die der Pflege zur Verfügung stehen angesprochen. Die Physiotherapeutin merkte an, dass sich ihre finanzielle Vergütung allein auf die Behandlung beschränkt, die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation sei in der Vergütung nicht mit inbegriffen. Also spare man eben an der Behandlungsdauer, oder man arbeitet ohne Vergütung.

Ein weiteres Argument, was die Teilnahme an Fortbildung nicht gerade fördert ist, dass diese überwiegend am Wochenende stattfinden. Dass somit die eigene Freizeit und zusätzlich das eigene Geld geopfert werden müssen. Bei einer Fortbildung, die über einen Zeitraum von 4 Wochen andauert, ist der Jahresurlaub eigentlich schon aufgebraucht.

Lernen sollte auf das ganze Leben angelegt sein, dies treffe im besonderen Maße für ältere Mitarbeiter zu. Da sich gerade in den letzten 10 Jahren viel in der Pflege verändert hat, müssten ältere Mitarbeiter besonders daran interessiert sein sich fortzubilden.

Wichtig ist es im Krankenhaus die maximale Arbeitsteilung voll auszuschöpfen, so dass beispielsweise der Hol- und Bringdienst, oder das Reinigungspersonal auch genügend Zeit haben ihre Aufgaben zu erledigen.

Eine intelligente Organisation sollte die Bedürfnisse der Mitarbeiter als Ressourcen nutzen. Also von den Mitarbeitern lernen.

Supervision sollte als professionelle Unterstützung angeboten und auch von den Mitarbeitern genutzt werden, um somit nach Ursachen und Lösungen für die Probleme und Unzufriedenheit im Stationsalltag zu suchen. Die Aussage einer Teilnehmerin erschrak mich sehr, ihr wurde gesagt, man benötige keine Supervision da man ja nicht krank sei. Sie gab zu bedenken, dass man gerade für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen dringend Supervision benötige, anderen Falls kann man höchstens zwei Jahre auf dieser Station arbeiten.

Wichtig für die Teilnehmer war weiterhin, dass sie ein Feedback über ihre Arbeit erhalten. Und zwar von Kollegen, der Pflegedienstleitung und der Krankenhausleitung. Reflektion über die geleistete Arbeit ist für die Pflegekräfte ganz wichtig. Die Mitarbeiter wünschen sich klare Spielregeln in einem Unternehmen. Wenn jeder diese Regeln kennt, könne er auch danach handeln.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Geld, wobei festgestellt wurde, dass mehr Geld nicht die Arbeitsbelastungen direkt vermindert. Aber wenn durch zusätzliche finanzielle Ressourcen mehr Personal eingestellt werden würde, könnte der einzelne Mitarbeiter entlastet werden.

Die Erhöhung der persönlichen finanziellen Vergütung würde zwar als Motivator wirken, aber eine Lösung der Probleme sei das nicht. Es wurde auch darüber diskutiert, ob Pflegekräfte angemessen bezahlt werden, aber ich denke der Grundtenor war, dass es etwas mehr sein könnte, aber die meisten jedoch mit ihrem Einkommen zufrieden sind.

- Rahmenbedingungen ändern, nicht weg vom Bett
- Rahmenbedingungen Krankenhaus und persönliche Rahmenbedingungen
- Geld als zentraler Aspekt
- Organisation: Ausbildung Pflege
- Ansätze für Fortbildung: Wissensangebote für Team, alle Mitarbeiter mit einbeziehen
- Veränderung hat mit mir selbst zu tun
- Zentrale Elemente von Aus- und Weiterbildung
- keine Theorien für die Praxis, sondern was Mensch in der Pflege ausmacht
- Fortbildung: Umsetzung in der Praxis

Im Abschluss an die Runde merkte Frau Blättner an, dass das Thema Ekel überhaupt nicht zur Sprache kam. Die anderen empfanden den Workshop als sehr produktiv und hatten Spaß daran gehabt. Ich denke, es bot dem Einzelnen die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches und der Reflektion ihrer Pflegetätigkeit.

Weiterhin ist mir aufgefallen, dass die Themen Kommunikation, zwischenmenschliche Probleme und soziale Aspekte doch sehr stark herausgearbeitet wurden, und das bsw. körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen überhaupt nicht angesprochen wurden. Des Weiteren bin ich davon ausgegangen, dass die Rolle des Arztes eine stärkere Position einnehmen würde. Dies kam meines Erachtens fast gar nicht zur Sprache.

## Anhang 9

### Beobachtungsprotokoll II:

#### 2. Workshop in Fulda am 25.11.2004, 9.00Uhr- 13.00Uhr

Beobachterin: Juliane Sichtung

Anwesende Personen:

Frau Prof. Dr. Beate Blättner

Dr. Kai Michelsen

9 weibliche examinierte Pflegekräfte

1 Physiotherapeutin

3 männliche examinierte Pflegekräfte

1 Heilerziehungspfleger

Gestern fand also unser zweiter Workshop in F. statt. Zuerst hatte ich Bedenken, mit einer so großen Gruppe zu arbeiten, aber es lief meines Erachtens ziemlich gut und produktiv. Wobei natürlich gruppendynamisch einige Teilnehmer hervorstachen, sozusagen immer etwas zu sagen hatten und einige Teilnehmer sich sehr zurückhaltend verhielten, so dass ich hoffe, mich anhand meiner Notizen trotzdem gut an sie erinnern zu können.

Wie auch beim letzten Mal wurde der Workshop mit einer Vorstellungsrunde eingeleitet. Frau Blättner erzählte kurz von unserem Anliegen und stellte Kai und mich den Teilnehmern vor. Anschließend wurden die Teilnehmer des Workshops dazu aufgefordert, sich nacheinander vorzustellen und kurz etwas zu ihrem beruflichen Werdegang und ihrer praktischen Erfahrung in der Pflege zu erzählen. Dabei sollte der an der Stellwand angeschlagene Satz: **„Wenn ich an meine Berufserfahrung in der Pflege denke...“**, vervollständigt werden.

Da es diesmal so viele Teilnehmer waren und alle schnell, leise und hastig sprachen, fiel es mir schwer, alles aufzunehmen, ich habe aber doch zu jedem Teilnehmer etwas erfassen können. Der erste Teilnehmer, gleich rechts neben Frau Blättner sitzend und weit von mir entfernt, hat eine Ausbildung als Heilerziehungspfleger absolviert und studiert jetzt im 5. Semester Pflegemanagement. Wie viele Jahre er vor dem Studium gearbeitet hat, oder ob er gleich im Anschluss an die Ausbildung zu studieren begann, kann ich jetzt nicht mehr nachvollziehen. Wenn er an seine Pflegeerfahrung denkt, ist er um den Schlaf gebracht. Gerade in der Heilerziehungspflege, also in der Arbeit mit behinderten Menschen muss stark die Devise „satt, sauber, trocken“ vorgeherrscht haben.

Die nächste Teilnehmerin ist ausgebildete Physiotherapeutin und hat nach der Ausbildung drei Jahre in ihrem Beruf gearbeitet. Wenn sie an ihre Berufserfahrungen denkt, weiß sie, warum sie hier sitzt, sie studiert, wie ihr Nachbar im 5. Semester. Sie weist ebenfalls auf die Problematik der teuren Fortbildungen für Physiotherapeuten hin und sprach, wie die Teilnehmerin im ersten Workshop an, dass man dafür quasi den Jahresurlaub opfern müsste. Nach dem Workshop sprachen wir in unserer Projektgruppe über die Sonderstellung der Physiotherapeuten, dass sei nochmals eine ganz andere Problematik, die wir auch jetzt erst einmal nicht mit einfließen lassen.

Die nächste Teilnehmerin, eine examinierte Pflegekraft hat ihre Pflegeausbildung von 1989 bis 1992 absolviert. Anschließend hat sie über lange Jahre hinweg auf der chirurgischen und internistischen Station gearbeitet und auch die Fortbildung zur Praxisanleiterin abgeschlossen. Jetzt ist sie froh, dass sie in F. studiert, und zwar ebenfalls im 5. Semester.

Die nächste Teilnehmerin hat ihre Ausbildung von 1992 bis 1995 absolviert. Wie sie selbst sagt, ist sie ein bisschen später zur Pflege gekommen, aber ich weiß nicht was sie zuvor gemacht hat. Sie ist ebenfalls Praxisanleiterin und gibt Fortbildungen in der Pflege. Sie denkt an den hohen Druck der in der Pflege herrscht und bemängelt, dass das Gelernte aus den

Fortbildungen nicht in die Praxis umgesetzt werden könne. Sie hat ebenfalls ein Studium absolviert.

Die nächste Teilnehmerin ist ebenfalls examinierte Pflegekraft und hat in F. ein Studium abgeschlossen. Sie arbeitet jetzt in einem Haus als Fortbildungsbeauftragte. Es ist wichtig nach Dingen zu suchen, die der Pflege helfen könnten den Stationsalltag zu bewältigen. Weiterhin merkt sie an, dass für die Pflege schlechte Rahmenbedingungen vorherrschen.

Die nächste Teilnehmerin ist examinierte Altenpflegekraft und arbeitet aushilfsweise in einen Altenpflegeheim. Wenn ich mich richtig erinnere, hat sie jetzt angefangen zu studieren.

Der nächste Teilnehmer hat im Jahre 2000 seine Ausbildung abgeschlossen und hat vor Beginn seines Studiums zwei Jahre auf einer neuropsychiatrischen Station gearbeitet. An der Pflege bemängelt er die schlechten strukturellen Voraussetzungen.

Der nächste Teilnehmer, jung dynamisch gut aussehend, hat eine Krankenpflegeausbildung abgeschlossen und im Anschluss daran das Studium aufgenommen. Als positiv an der Pflege bewertet er die Arbeit mit Menschen. Negativ ist ihm die defizitäre Personalplanung in Erinnerung geblieben. Es gab Zeiten, wo einfach zu wenig Personal auf der Station vorhanden war, aber er sprach auch von Zeiten, in denen zuviel Personal eingeteilt war und die Mitarbeiter „herumstanden“. Zur männlichen Rolle in der Pflege wies er darauf hin, dass er oftmals als starker Mann „missbraucht“ wurde. Immer wenn der Einsatz von Kräften gebraucht wurde riefen die Schwestern nach ihm.

Die nächste Teilnehmerin, etwas aufbrausend mit maskulinen Zügen, hat 1988 ihr Examen abgeschlossen und arbeitet Vollzeit auf einer chirurgischen Station mit Mentorentätigkeit. Meistens ist sie mit ihrer Arbeit zufrieden, sie gab uns zu überlegen, dass wenn alle „vom Bett weglaufen“, niemand mehr da sei, um die praktische Pflege zu leisten. Sie möchte lieber an der Basis arbeiten. Aber sie hält „die Klappe“ nicht mehr. Das sollte wohl in einem kurzen Satz ihren Frust, über die Probleme, die in ihrem Krankenhaus herrschen, wiedergeben.

Die nächste Teilnehmerin ist auch gelernte Krankenschwester und studiert Gesundheit, welches Semester kann ich nicht sagen. Im Großen und Ganzen hat sie positive Erfahrungen gesammelt, trotzdem wünscht sie sich mehr Innovation und Entwicklung besonders in der Altenpflege.

Der nächste Teilnehmer, links meinerseits und wirklich sehr ruhig und zurückhaltend, hat nach seiner Ausbildung zwei Jahre gearbeitet und sich dann im Anschluss daran dazu entschlossen, Pflegemanagement zu studieren. Die pflegerische Arbeit bewertet er insgesamt als positiv, kritisiert jedoch die äußeren Umstände. Auch sind es Arbeiten, die niemand machen möchte, (wobei ich jetzt nicht mehr weiß, ob sich das auf die Gesellschaft bezieht, wie es auch im ersten Workshop angesprochen wurde, oder ob er jetzt bestimmte Arbeiten innerhalb der Pflege meinte). Ebenfalls störte ihn das „vom Bett Wegspringen“, um halt andere Dinge zu erledigen, die zeitlich gerade drängten. Also eigentlich nie richtig Zeit für die Pflege am Bett zu haben. Seinen Aussagen zufolge lässt es die Pflege mit sich machen und vertritt keine starke Position.

Die nächste Teilnehmerin, rechts neben mir, hat 1984 ihr Examen Krankenpflege absolviert und vor zwei Jahren ihr Studium an der Fachhochschule abgeschlossen. Zu ihrer Zeit als Schwester, also überwiegend in den 80er Jahren, herrschten im Krankenhaus gute Rahmenbedingungen, nur den Umgang mit den Patienten empfand sie irgendwie als schwierig und belastend. Sie wusste nicht, wie sie mit den Patienten kommunizieren sollte. Fragte sie die Patienten bei der Abendbrotausgabe nach Schwarz- oder Weißbrot, bekam sie zur Antwort ‚ein Steak‘. Damit konnte sie nicht umgehen. Nach der Babypause entschied sie sich für die Arbeit im OP, da sie dort zumindest nicht direkt mit den Patienten kommunizieren musste. Sie entschloss sich für das Studium, weil sie darin Weiterentwicklungsmöglichkeiten für sich selbst sah. Jetzt lehrt sie in einer Krankenpflegeschule und unterrichtet die Auszubildenden in den ersten Wochen zur Thematik Kommunikation. Wenn die Auszubildenden dann zum

praktischen Einsatz auf die Station müssen, wird aber bemängelt, dass sie keine Betten machen könnten. Somit ergibt sich wiederum ein neues Kommunikationsproblem.

Die nächste Teilnehmerin, ebenfalls wiederum sehr zurückhaltend und kaum für mich wahrnehmbar, ist ebenfalls examinierte Schwester und arbeitet im OP. Viel konnte ich mir nicht merken, aber sie sagte, dass ihr mit zunehmenden Alter der Bereitschaftsdienst schwerer fallen würde.

Die nächste Teilnehmerin, aber zwischen drin sitzend, weil sie etwas verspätet kam, hat ihr Examen bereits 1991 abgeschlossen. Im Anschluss war sie einige Zeit in der Praxis u. a. in der Überleitungspflege tätig und entschloss sich zu studieren. In der Pflege sammelte sie positive und negative Erfahrungen. Wichtig für die Arbeit in der Pflege sei ein gut funktionierendes und stützendes Team. Aber sie sammelte auch negative Erfahrungen mit Teamarbeit und zwar dann, wenn das Team nicht funktioniert. Es gab gute und schlechte Bedingungen, als belastend empfand sie ständige Dienstplanänderungen, die eine Planbarkeit des Privatlebens schlichtweg unmöglich machten. Weiterhin ist der Schaukel- und Wechseldienst belastend in der Pflege. Wenn man aus dem Tagdienst genommen wurde und Nachwache abzuleisten hatte, wusste man gar nicht mehr was los war, da der Biorhythmus ständig durcheinander war. Wenn sie Fragen zu welcher Problematik auch immer hatte, fand sie keinen Ansprechpartner, ebenfalls erfuhr sie keine Hilfe durch die Pflegedienstleitung. Das Gefühl vom Alleinsein hat sie dazu gebracht, das Studium aufzunehmen.

Jetzt nehme ich noch mal die Punkte auf, die aus der ersten Runde an die Stellwand angeschlagen wurden: „**Wenn ich an meine Berufserfahrung in der Pflege denke...**“

- niemand der Fragen beantwortet
- keine Unterstützung bei Konflikten
- negativ: Team funktioniert nicht
- gute Teamarbeit stützt
- Schaukeldienst
- Dienstplan ständig ändern
- zu wenig Personal
- Bereitschaftsdienst wird schwer
- Organisation des Personals schwierig
- viel Druck
- OP: gut organisieren
- positiv: mit Menschen arbeiten
- OP: man muss nicht sprechen (mit Patienten)
- Kommunikation mit Patienten das Problem
- pflegerische Arbeit positiv
- gute Erfahrungen mit Menschen
- positive Erfahrungen: Umgang mit Menschen
- ich könnte mal selbst im Bett liegen
- gibt noch viel zu tun in der Pflege
- Innovation nötig
- Arbeiten auf Station schwierig
- schlechte Rahmenbedingungen
- satt, sauber, trocken
- um den Schlaf gebracht
- Pflege lässt es mit sich machen
- Was könnte Pflege helfen?
- Grund für Weiterentwicklung
- zufrieden meistens
- Unzufriedenheit nach dem Dienst

Es haben sich folgende Schwerpunkte herauskristallisiert, die im Anschluss auch diskutiert wurden. Problematisch sei bei Konflikten keine Ansprechpartner zu finden. Das Team scheint positive und negative Eigenschaften zu haben. Wenn ein Team „gut funktioniert“, kann es für den einzelnen Unterstützung bieten, kann also durchaus als Ressource für die Pflege dienen. Aber wenn ein Team nicht harmonisiert, kann es für den Einzelnen belastend wirken.

Der Schichtdienst, hoher Druck und zu wenig Personal scheinen ebenfalls enorme Belastungen für die Pflege zu sein. Es gibt jedoch Entwicklungsmöglichkeiten und Perspektiven für die Pflege, aber es muss viel geleistet werden, um Veränderungen hervorzurufen.

Frau Blättner merkte an, dass niemand sagte, Pflege sei ein schöner Beruf.

Es gab den Einwurf, dass man durch das Studium einfach kritischer wird, früher, also zu Zeiten vor dem Studium, hat man wenig hinterfragt, das Studium gebe mehr Selbstbewusstsein. In der Praxis ist das Hinterfragen nicht erwünscht, da man somit als Störenfried wirke. Jetzt habe man keine Angst mehr vor Konflikten, schließlich gibt es viel zu tun. Als ein tendenzielles Grundgefühl kristallisierte sich heraus, dass es durchaus Entwicklungspotentiale für die Pflege gibt. Die Arbeit mit Menschen sei positiv und bestärkend.

Die eine Teilnehmerin, neben mir sitzend und die in der Ausbildung jetzt im besonderen Maße Kommunikation unterrichtet, merkte an, dass zu ihrer Ausbildungszeit Kommunikation überhaupt keine Rolle gespielt hat. Weshalb sie dann in den OP wechselte, da sie nicht explizit mit den Patienten kommunizieren musste. Auf Station fühlte sie sich teilweise als Stewardess, die die Patienten bedienen muss und nicht als Schwester. Durch solche Situationen wirkt Pflege unprofessionell für andere und die Berufsrolle wird gekränkt.

Wichtig ist es, den Mund aufzumachen, es muss endlich miteinander geredet werden. Nur so ist es möglich, Konflikte und Probleme miteinander zu lösen. Pflege ist ein sozialer Beruf, für den es eigentlich auch selbstverständlich sein sollte, dass die Mitarbeiter ein dem entsprechendes soziales Verhalten vorweisen. Man benötigt Strategien, um konflikthafte Situationen zu begegnen. Die vorherrschenden Rahmenbedingungen rufen Stress für die Mitarbeiter hervor.

(Jetzt geht es ziemlich durcheinander, aber so lief die Diskussion ab)

Dann wurde darüber diskutiert, wer denn die Rahmenbedingungen vorgibt. Dies würde ich jetzt als interne Rahmenbedingungen charakterisieren. Viele Bedingungen gibt der OP vor, nach dem sich schließlich gerichtet werden muss. Dort dürfen keine Ausfallzeiten entstehen. Wenn kein Bett frei ist, muss eben eins frei geräumt werden, egal wie. Der OP bringe schließlich enorm Geld in die Krankenhäuser. Auch die Funktionen, wie Labor oder Röntgen oder auch die Küche, geben eine dominante Struktur vor, auf die die Pflege letztendlich nur reagieren kann. Die Pflege muss sich also nach den anderen Funktionen richten und quasi immer so „zwischen durch“ agieren. Die Pflege steht immer hinten an oder, wie von einem Teilnehmer gesagt wurde, „wir decken den Patienten wieder zu“, um dann andere Dinge zu erledigen.

Eine Teilnehmerin sagte, dass in dem einen Haus, in dem sie tätig war, das Labor am Wochenende nicht besetzt war, Blutzuckerkontrollen mussten die Schwestern selbst durchführen. Warum das so sei? Gibt es am Wochenende keine Diabetiker? Und die Geräte, die die Schwestern zur Verfügung hätten, messen nicht so exakt. Also ist es eigentlich egal, welchen Blutzuckerwert der Patient am Wochenende hat? Oder warum wird um 16.00 Uhr oder halb 5 das Abendbrot an die Patienten verteilt? Weil die Küche dann „Küchenschluss“ hat. Also viele Bedingungen werden von anderen Funktionen vorgegeben.

Weiterhin wurde angemerkt, ob es wirklich notwendig sei, dass eine examinierte Pflegekraft Essen an die Patienten verteilen müsse. Eine andere Teilnehmerin argumentierte aber dagegen und sagte, dass dies aber den ganzheitlichen Ansatz vertrete.

Oder die Steigerung davon wäre ja das Primary Nursing, wo ja eine Pflegekraft für alle Pflegemaßnahmen am Patienten zuständig sein sollte.

Jetzt wurden an die Teilnehmer drei Fragen gerichtet und sie sollten dazu Antworten auf drei verschiedene Kärtchen schreiben.

**„Was belastet mich in der Pflege?“**

**„Was stärkt mich in der Pflege?“**

**„Was hilft mir, die Belastungen zu bewältigen?“**

Zur Diskussion, was belastet mich in der Pflege: Für die Teilnehmer wirkt an der Pflege belastend, an alten Strukturen festzuhalten, dies treffe besonders für die älteren Kollegen zu, die gern auf die gewohnten Dinge schwören und nicht bereit sind, Innovationen zuzulassen. Des Weiteren wirken die biomedizinischen Sicht- und Arbeitsweisen für die Pflegenden belastend. Die Arbeit der Pflege wird sehr stark von der Medizin dominiert. Eine Teilnehmerin brachte ein gutes Beispiel von der onkologischen Station ein: Dort wurden Chemotherapien von der Medizin angeordnet, obwohl man eigentlich schon wusste, dass eine weitere Chemotherapie die Heilungschancen für den Patienten nicht steigert. Aber es wurden wieder und wieder Chemotherapien verordnet. Was auch als Thema angesprochen wurde, ist das „fertig sein“ der Patienten bis zur Visite des Arztes. Warum müssen alle Patienten frisch gewaschen und frisiert im Bett sitzen, wenn die Ärzte ihre Visite durchführen? Wahrscheinlich weil es schon immer so gemacht wurde ...

Wichtig für die Teilnehmer ist es weiterhin, den Grund der Unzufriedenheit zu analysieren. Erst wenn der Grund allen Beteiligten klar ist, kann man entsprechende Maßnahmen einleiten und gemeinsam an Lösungen arbeiten.

Wohin gehört der Punkt Hierarchie? Und was empfindet die einzelne Pflegenden an der Hierarchie als belastend? Strenge hierarchische Strukturen werden von den Mitarbeitern als belastend empfunden. Wobei an diesem Punkt leider nicht weiterdiskutiert wurde.

Die Teilnehmer wurden dazu aufgefordert, den angeschlagenen Punkten Oberbegriffe zuzuordnen, wobei dies wiederum wechselseitig geschehen sollte. Im Gegensatz zu dem ersten Workshop fiel es nicht so schwer, wechselseitig die Oberbegriffe zu bilden. Es gab nur das Problem, welchem Oberbegriff Hierarchie zugeordnet werden sollte, und die Gruppe einigte sich darauf, es unter dem neu gebildeten Oberbegriff Entscheidungsstrukturen zuzuordnen.

Folgende Punkte wurden zu den Belastungen in der Pflege Workshops notiert:

**Strukturqualität: ● ● ●**

- mangelnde Zeit
- Zeitdruck (2x)
- Schichtdienst
- Arbeitszeiten → Schaukeldienst → Schlafmangel
- Verhältnis: Dienstzeiten ↔ Freizeit
- Qualität der Pflegeausbildung: theoretisch/praktisch
- wirtschaftliche Gesichtspunkte
- Personalreduzierung
- die Struktur des Pflegeheimes
- stressiges Arbeitsumfeld
- körperliche Belastungen (Rücken)

**Prozessqualität:**

- Unterbrechungen in meiner Arbeit (mehrere Dinge gleichzeitig tun)
- Umsetzung von Pflegeplanung
- biomedizinische Sicht/Arbeitsweisen
- zeitlicher Ablauf von Pflegemaßnahmen

**Sozialkompetenzen:**

- Konflikte im Team
- keine Einigkeit der Pflegenden untereinander
- ein schlechtes Team
- abwertender Umgang
- Angehörige

**Berufsverständnis: • • • • •**

- fehlende Akzeptanz anderer Berufsgruppen
- mangelnde Anerkennung durch andere Berufsgruppen u. a. leitende Ärzte
- Pflegende = Multitalent ohne Wert
- Pflegekraft nur ausführende Kraft
- pflegefremde Tätigkeiten
- Selbstbewusstsein der Pflegenden
- eigenes Pflegeverständnis
- Auseinandersetzung mit anderen Berufsgruppen
- an alten Strukturen festhalten

**Entscheidungsstrukturen:**

- Hierarchie
- geringer Entscheidungsspielraum

Punkte, die im Anschluss daran diskutiert wurden: Die Teamarbeit zieht sich durch alle Bereiche und scheint dadurch sehr facettenreich zu sein.

Es wurde festgestellt, dass man an der **Strukturqualität** selbst wenig ändern kann. Von welchem Punkt aus habe ich welche Möglichkeiten, um Veränderungen zu bewirken? Jetzt wurden die Teilnehmer dazu aufgefordert, mit einem roten Punkt zu markieren, wo man aus ihrer persönlichen Sicht ansetzen müsste, um Veränderungen für die Pflege zu bewirken:

Zuerst möchte ich aber noch die Ergebnisse der Tafeln „**Was stärkt mich in der Pflege?**“ und „**Was hilft mir, Belastungen zu bewältigen?**“ wiedergeben:

**„Was stärkt mich in der Pflege?“****Professionalisierung • • • • •**

- eigenverantwortliches Handeln
- Chance, Veränderungen einzuleiten •
- Team
- Anerkennung durch Kollegen/ Vorgesetzten
- gutes Team
- Teamarbeit
- Bestätigung im Team
- eventuell Kollegen
- Kommunikation
- Gespräche mit Angehörigen
- Umgang mit Menschen (Kommunikation)

**professionell Helfen**

- Unterstützung
- Unterstützung geben zu können
- Wertschätzung
- pflegerischer Erfolg
- direkter Kontakt mit Rückmeldung
- positive Resonanz vom Patienten
- Anerkennung
- positives Feedback vom Patient

- positive Resonanz der Patienten
- Patient
- positive Erfahrungen
- Bildung
- Fortbildungen
- Wissen
- Studium, Wissen
- mein Wissen
- Wissen und Fähigkeiten anwenden
- Berufserfahrung und Kenntnisse
- Kommunikationstechniken / Gesprächsführung

### **Was hilft mir, Belastungen zu bewältigen?**

#### **privates Umfeld**

- Familie, Freunde als support
- Gespräche (Freunde + Familie)
- positives Umfeld (privat)
- Ausgleich in der Freizeit
- Freizeit, diverse Aktivitäten
- Eigenaktivität
- ausreichend Freizeit
- die Familie, Freunde
- Mitstudenten (Freunde, Familie)
- Supervision
- Unterstützung durch Supervision
- Supervision (3x)
- Teamarbeit
- ein gutes Team (2x)
- Gespräche im Team
- Gespräche innerhalb des Teams
- Gespräche mit Kollegen
- Teambesprechung
- Kommunikation, Austausch mit anderen
- darüber reden
- Erfolg
- gute Ergebnisse

#### **Flucht**

- es ist nicht für immer!!!
- 70% Stelle
- Horizont erweitern
- mich weiterzubilden
- Kenntnisse durch das Studium
- neue Erfahrungen (Fortbildungen)
- Wissen aneignen

#### **Gestaltungsspielraum •**

- Freiräume in der Arbeit
- den Grund der Belastung zu ändern

Diese Punkte wurden somit als besonders wichtig herausgearbeitet:

1. Professionalisierung / Berufsverständnis  
(es wurde beschlossen, dass diese beiden Punkte zusammengehören)
2. Strukturqualität
3. Gestaltungsspielräume

Körperliche Belastungen in der Pflege schienen für die anwesenden Personen keine wesentliche Rolle zu spielen. Wahrscheinlich hängt das mit dem Studium zusammen, dass nicht mehr direkt 40 Stunden in der Woche am Krankenbett gestanden wird. Durch spezielle Techniken, wie Kinästhetik, Bobath- Konzept und diverse Hilfsmittel, können körperliche Belastungen reduziert werden und fallen somit nicht mehr so stark ins Gewicht. Sind es nicht gerade die körperlichen Belastungen, um aus der Pflege auszusteigen?

Eine Lösung, um den Belastungen entgegenzuwirken, wäre eine Verkürzung der Arbeitszeit bspw. auf eine 70% Stelle. Somit muss man aber seine berufliche Tätigkeit reduzieren, um sie für sich selbst erträglicher zu machen. Das kann aber auch nicht die wirkliche Lösung der Probleme sein.

Es wurde nach Gründen und Verantwortlichen gesucht: Was verursacht die körperlichen Belastungen in der Pflege? Ein wichtiger Grund, der von den anwesenden Personen erarbeitet wurde ist der Mangel an Personal sowie der Mangel an Zeit.

Weiterhin wurde die Forderung nach mehr Fortbildungen gestellt.

Gerade in Alten- und Pflegeheimen seien die psychischen Belastungen, neben den körperlichen Belastungen sehr hoch. Die psychischen Belastungen werden durch die permanente Konfrontation mit Leiden und Tod hervorgerufen. Des Weiteren scheitert das Umsetzen von innovativen und wirkungsvollen Konzepten aus Zeit- und Personalmangel.

Der Beruf der Pflege ist weiterhin durch eine hohe Verantwortung gekennzeichnet, die besonders stark im Nachtdienst ausgeprägt ist. Dort trägt man allein für viele Patienten die Verantwortung und ist immer am Hoffen, dass alles gut geht. Besonders schwierig sei dies, wenn man frisch nach der Ausbildung allein Nachtdienst hat.

Bildung stärkt die Pflege und stellt einen wichtigen Aspekt der Professionalisierung dar.

Mit Fortbildungen haben die Teilnehmer unterschiedliche Erfahrungen gesammelt. Es gibt Fortbildungen, die die Pflegenden nicht stärken, weil sie schlichtweg am Thema vorbeigehen oder das erlernte Wissen nicht in die Praxis umgesetzt werden kann. Es kristallisiert sich die Diskrepanz heraus, dass es keine Räume für das erlernte Wissen gibt.

Veränderungen sind nicht von heute auf morgen umzusetzen, diese brauchen Zeit sowie die notwendigen Rahmenbedingungen.

Zuerst können Fortbildungen stärkend wirken und die Teilnehmer sind voller Tatendrang. In der Praxis zurückgekehrt, kann jedoch schnell die Ernüchterung eintreten, da die Umsetzung bereits an ganz kleinen Dingen scheitern kann, wie das folgende Beispiel einer Teilnehmerin verdeutlichen soll: In einer Fortbildung wurden Pflegekräfte über Waschungen mit Lavendel unterrichtet und welche positiven Wirkungen diese auf den Patienten hätten. Es gab für das Pflegepersonal aber nicht die Möglichkeit, Lavendel zu bestellen. Das lief unter Sonderbestellung, die vom Arzt genehmigt werden muss. Darauf hin konnten sich die Schwestern anhören, in welchem „Kuschelkurs“ sie denn wieder gewesen seien ... Somit ist festzuhalten, dass einfache Handwerkszeuge fehlen, um neues Wissen aus den Fortbildungen umzusetzen.

Es fehlt dann einfach die Unterstützung des Teams, von der Praxis und wie auch an dem Beispiel gut zu erkennen ist, die Akzeptanz von den Ärzten. Die Arbeitskollegen haben den Prozess der Fortbildung einfach nicht durchlebt, sind aber für die Umsetzung von Neuerungen auf einer Station unabdingbar.

Um Veränderungen zu bewirken, benötigt man Motivation von außen sowie Motivationen aus der eigenen Berufsgruppe (Stationsleitung, Pflegedienstleitung).

Eine Teilnehmerin schilderte kurz ihre Erfahrungen zu dem Aktivitätskonzept: Dieses Konzept benötigt für die Umsetzung viel Zeit, und das hat der Leitung natürlich nicht gepasst. Daraufhin hat die Teilnehmerin ihre Aktivitäten einfach in den Nachtdienst verlegt. Das ist wiederum ein exemplarisches Beispiel, dass die nötigen Strukturen für die Umsetzung von innovativen Konzepten fehlen und Neuerungen dann auch aufgrund von finanziellen Mitteln ausgebremst werden.

Es wurde von den Teilnehmern als wichtig empfunden, nicht nur Fortbildungen anzubieten, sondern auch Möglichkeiten der Begleitung in der Praxis zu schaffen. Erst durch eine professionelle Begleitung über die Fortbildung hinaus kann neues Wissen in den praktischen Alltag integriert werden.

Warum werden die Veränderungen nicht zugelassen?

Teilweise fühlen sich Mitarbeiter von neuem Wissen bedrängt, sie sind gegen Neuerungen, haben Angst mit der rasanten Entwicklung in der Pflege nicht mehr Schritt halten zu können. Des Weiteren wurde die Problematik des „Frauenberufes“ aufgegriffen. Es sind überwiegend Frauen in der Pflege tätig, was auch schnell zu Komplikationen und Neid führen kann. Da kann es ganz schnell passieren, dass man gemobbt oder einfach „abgesägt“ wird, wenn man gewohnte Strukturen in Frage stellt oder verändern möchte.

Die Grundsteine für die Pflege und für das Verständnis von Pflege werden in der Ausbildung gelegt. Jeder hat selbstverständlich eine andere Vorstellung vom Berufsverständnis. Es wird gefordert, dass beispielsweise Bewegungskonzepte zur Ausbildung dazugehören sollten. Jedoch kam es hier auch zu unterschiedlichen Meinungen, da solche Konzepte bereits in einigen Schulen integriert sind, in anderen jedoch nicht.

Das Bild der Pflege sei nicht einheitlich formuliert, es gebe kein einheitliches Konzept.

Es werden keine klaren Grenzen gezogen, was Pflege beinhaltet und was eben nicht. Das Gelernte in der Ausbildung hängt vom Zufall ab, in welchem Haus die Ausbildung absolviert wurde und welche Ideen die unterrichtenden Lehrer vertreten.

### **„Was möchte/ könnte ich lernen, um Arbeitsbelastungen besser zu bewältigen?“**

- Kommunikation von Gefühlen
- Emotionen aus Konflikten rausnehmen
- Konfliktmanagement
- Krisenmanagement
- Kommunikationsfähigkeiten
  
- Pflege transparent machen
- Pflegeprozess als Arbeitsinstrument
- Arbeitsbelastung analysieren/abgrenzen
  
- Stressmanagement/ Umgang mit Belastungen
- Stressmanagement
- Umgang mit Belastungen
- Was ist wichtig, was nicht
  
- Kinästhetik etc. wie in der Praxis weiterführen
- „Handwerkszeug“ Wickel, basale Stimulation
  
- Grenzen – Umgang damit, auch Tod, Leiden, auch Kollegen
- nicht für Alles verantwortlich fühlen
- Abschalten, Distanz schaffen
- Spaß an der Arbeit beibehalten oder wieder herstellen
- Einflussmöglichkeiten auf Rahmenbedingungen

Und ebenso wurde die Frage an die Teilnehmer gerichtet, was andere lernen können:

- Konfliktmanagement
- Verwaltung: wie Pflege arbeitet
- Pflege als unabdingbare Tätigkeit
- Veränderung notwendig, braucht aber Ressourcen
- Anerkennung der Pflege: Stellenwert
- Wertsschätzung
- Unterstützung der Pflege
- gerechtes Gehalt
- Pflege als professionelle Dienstleistung sehen
- Pflege: sich besser organisieren (Kammer)
- Tunnelblick verlieren: verändern
- Patienten: Pflege sind Menschen
- Leitung: Rolle wahrnehmen

Andere sollten die Professionalisierung der Pflege sehen, die Pflege muss weg von rein karitativen Zwecken.

Die Verwaltung weiß nicht, wie die Pflege abläuft, und sollte dafür mehr Interesse zeigen, um dieses Wissen in ihre Entscheidungen mit einfließen lassen.

Wichtig ist es, den Umgang mit Grenzen zu lernen: Diese Grenzen können sich innerhalb der Pflege in den unterschiedlichsten Gebieten aufzeigen: Beispielsweise strukturelle Grenzen, der Patient als Grenze, insbesondere wenn Patienten sterben oder leiden, oder auch einfach andere Kollegen, die „schräg“ sind.

Pflege ist ein wichtiger Beruf, den die Gesellschaft braucht, ohne den vieles nicht funktioniert.

Jetzt kommt eine Bemerkung von mir: zum Ende hin wird es schwieriger etwas Neues zu sagen, so langsam doppelten sich meine Notizen. Außerdem lässt die Konzentration und Aufmerksamkeit der Teilnehmer nach.

Akzeptanz der Pflege ist nicht vorhanden.

Pflege muss sich organisieren.

Fortbildungsangebote.

Kommunikation, Zeitmanagement, Konfliktmanagement (das sollte mehr angeboten werden). Viele Fortbildungen sind aber auf die Pflichtprogramme reduziert.

Bei Fortbildungen ist weiterhin das Einbeziehen der Schnittstellen wichtig.

Der momentane Arbeitsmarkt in der Pflege wurde auch in diesem Workshop kurz angesprochen. Die Fluktuation in der Pflege weist Unterschiede zwischen Stadt und Land auf: Es ist sicherlich einfacher den Arbeitsplatz in einem Ballungsraum zu wechseln, als auf dem Land, wo ein großes Krankenhaus für die Versorgung einer Region zuständig ist.

## Anhang 10

### Interview mit Bildungsreferentinnen aus dem Bereich Pflege

Memo: Gegen kurz vor halb 11 bin ich wie verabredet in die Sitzung der Bildungsreferenten in P. gegangen. Sie besprachen in meiner Anwesenheit etwa noch 10 Minuten über ihre Tagesordnungspunkte, beschlossen dann aber ihre Themen auf die nächste Sitzung zu vertragen, da ich ja nun extra gekommen war. Ein Thema habe ich so am Rande noch mitbekommen, es ging um eine neue Qualifikation für Pflegeassistenten (oder so ähnlich), die überwiegend hauswirtschaftliche Tätigkeiten ausführen sollen, aber auch Betreuungsangebote für alte und demente Menschen anbieten sollen. Also eine geringe Qualifikation, ein neuer Helfershelferberuf. Natürlich drehte sich die Diskussion wiederum darum, wie wirtschaftlich es ist, dass eine examinierte Pflegekraft Brötchen schmiert, somit wurde der neuen Qualifikation Zuspruch entgegengebracht. Aber das sei alles noch nicht abgesegnet, wird jedoch in der nächsten Zeit aktuell. Natürlich kam da Zuspruch, das ist ja auch ein zukünftiges Tätigkeitsfeld der Bildungsreferenten.

In der gesamten Runde waren 6 Teilnehmerinnen, zwei verließen gleich nach Abschluss ihrer Tagung den Raum und eine hatte noch eine Viertelstunde Zeit, um an der Gruppendiskussion teilzunehmen.

Ich stellte kurz mein Anliegen vor, und forderte die Runde dazu auf, sich ebenfalls vorzustellen. Mit der ersten Frau hatte ich bereits per Email Kontakt aufgenommen. Sie hat eine Ausbildung zur Krankenschwester und ein Pädagogikstudium absolviert, zurzeit studiert sie neben der Arbeit den Master of Public Health in B. und arbeitet gerade an ihrer Master-Thesis. Die zweite Teilnehmerin ist ebenfalls Krankenschwester und hat ein Pflegepädagogikstudium absolviert. Die dritte Teilnehmerin, auch schon etwas älter und wirkte irgendwie abwesend, da sie ständig auf ihrer Schreibunterlage herummalte, kommt aus der Sozialpädagogik und kümmert sich eher um den Bereich sozialen Dienst. Die vierte und letzte Teilnehmerin, die übrigens nicht viel Zeit hatte, ist ebenfalls Krankenschwester und hat ihr Studium zur Diplom-Pflegewirtin abgeschlossen. Die erste, gleich neben mir, arbeitet hauptsächlich in dem Bereich Weiterbildung von Krankenschwestern zur Pflegedienstleitung, die zweite ist überwiegend in der Altenpflegeweiterbildung tätig.

Es war eine angenehme Atmosphäre, ich wurde gut aufgenommen und bot mit meinen Fragen eine gute Anregung zur Diskussion, die in etwa eine Stunde andauerte und komplett, mit Einverständnis der Teilnehmer auf Band mitgeschnitten wurde.

„Meine erste Frage ist, wie bilden Sie sich fort?“

„...Studium Pädagogik, überwiegend theoretisch, Weiterbildung in Gruppendynamik absolviert..“

„Es wird eingefordert, dass die die in der Pflege fort- und weiterbilden einen pflegeakademischen Hintergrund aufweisen..“

„...Masterstudium mit Schwerpunkt Pflegewissenschaften.“

„...2003 Studium Pflegepädagogik: Teilnahme an allen relevanten Fortbildungen des Institutes, Supervision, EDV, Selbstmanagement...“

„Fortbildung im Bereich Erwachsenenbildung...“

Die vierte Person ist schlecht zu verstehen

„An welche Grenzen, stößt man innerhalb der Weiterbildung, auch persönliche Grenzen von sich selbst?

„...Menschen, mit unterschiedlichem kognitivem Niveau, die einen verstehen es schneller, die anderen verstehen es nicht so schnell...“

„...Gucken, wo ist der Bedarf von den einzelnen Teilnehmern ist.“

„...mehr Möglichkeiten, nicht wie in der Schule, schauen, was sie aus der Praxis mitbringen

„...auf bereits vorhandenes Wissen aufbauen...die Leute da abholen, wo sie stehen.“

„...in der Weiterbildung ist es besser als im Ausbildungsgeschehen“

„...Grenzen, liegen weniger in der Person selber, sondern eher in dem System, in dem sie arbeiten...“

„...sollen innerhalb der Weiterbildung eine Projektarbeit erstellen, sind dazu auch motiviert, aber bekommen sehr schnell in der Einrichtung Grenzen aufgezeigt...“

„...liegt schon an ganz kleinen Dingen, die sie verändern wollen, das System wehrt sich gegen Veränderungen...“

„...besonders wenn es um Geld geht...“

„...aber wir versuchen den Leuten eine Art persönliche Stabilität mitzugeben...“

„...viel wird über den kollegialen Austausch besprochen...“

„...die Leute, die eine Weiterbildung machen, kommen freiwillig, es ist nicht viel Motivationsarbeit bei den Leuten zu leisten...“

„...Leute kommen freiwillig und sind dementsprechend auch motiviert...“

„Praktiker haben andere Denkstrukturen als Theoretiker“

„Problem in der Weiterbildung wird an einer einzelnen Person angesetzt, diese dann der Übermacht des Systems hilflos gegenübersteht.“

Bildungsreferenten planen für sich selbst: Weiterbildung zum systemischen Organisationsberater

„...um Theorie, Praxis Transfer leisten zu können, muss man vor Ort schauen, inwieweit können die Veränderungsvorschläge und das Wissen vor Ort umgesetzt werden...“

„Von einem Teilnehmer, wenn er aus der Weiterbildung zurückkommt, ist es von dem allein nicht zu schaffen.“

„Man braucht Leute, die auf einer Linie sind, wenn das gegeben ist, sieht man auch das es in den Einrichtungen läuft, dass das gelernte Wissen auch umgesetzt werden kann, ansonsten ist es vergebene Liebesmüh.“

„Dann haben sie sich zwar persönlich weitergebildet, aber die Einrichtung hat davon nichts.“

Organisator: Funktion in die Einrichtung zu gehen und zu beraten

Kombination von verschiedenen Angeboten von Fort- und Weiterbildung

„...das es sich ergänzt, verzahnt und kombiniert wird.“

„Organisationsentwicklung muss stattfinden, jetzt wird mal hier und da was getan, aber nichts miteinander verzahnt.“

„...aber es wird dann spannend sein, wie das von den Trägern angenommen wird.“

„Es ist was anderes, Leute aus der Einrichtung zu „verschicken“, also zur Weiterbildung zu schicken, oder zu sagen, wir öffnen uns generell.“

Tatsache: Einsicht, dass sich die Organisation auch verändern muss, da sind die Bildungsreferenten sehr gespannt, wie das in der Realität aussehen wird.

„Aber wenn man sich das überlegt, es ist für die Einrichtung sonst tatsächlich herausgeschmissenes Geld.“

„...Einrichtung muss verstehen, dass wenn sie Mitarbeiter zu Weiterbildungen schickt, die ja auch Geld kosten, dass sich daraufhin auch etwas verändern muss (das wird zum Teil nicht von allen verstanden, aber es gibt auch Unterschiede)...“

„Für die Person ist, auch wenn sie in der Einrichtung an Grenzen stößt, ist eine Weiterbildung trotzdem sehr wertvoll.“

Momentan arbeiten sie sehr im Bereich Persönlichkeitsentwicklung

„In der Weiterbildung erkennt die Pflegekraft dann häufig die eigene Situation in der Einrichtung, dass sie in der Weiterbildung sehen, dass sie in der Einrichtung wenig Möglichkeiten haben, das gelernte Wissen auch umzusetzen.“

„...häufig, die Flucht aus dem Beruf, aus der Einrichtung.“

„Dann kommen die Überlegungen, sich weiterzuqualifizieren und das ist ja dann auch der Berufsausstieg oder der Wechsel in andere Einrichtungen, weil sie mitbekommen haben, dass andere Einrichtungen anders organisiert sind.“

„Inwieweit werden die Fort- und Weiterbildungsangebote evaluiert?“

„Es werden alle Veranstaltungen evaluiert, es gibt zukünftig standardisierte Evaluationsbögen.“

„Entwicklung der standardisierten Evaluationsbögen ist jetzt in der Endphase.“

„Jedes Seminar, jeder Lehrgangsabschnitt, der gesamte Lehrgang.“

„...schriftliche Evaluation, aber auch mündliche Evaluation, da die Teilnehmer nicht unbedingt die schriftliche Form bevorzugen.“

„...am Seminarende auf jeden Fall auch noch einmal eine mündliche Evaluation.“

„...standardisierte Evaluationsbögen, um auch eine Vergleichbarkeit der Seminare zu gewährleisten, die dann auch computergestützt ausgewertet werden.“

„...Evaluation und Rückmeldung für sich selbst.“

„...Klausurtagung und Facharbeitskreise, Abschlussreflektionsbesprechung über gelungene Veranstaltungen, was hat sich bewährt, was hat sich verändert und nach Strategien für Verbesserungen suchen.“

Was erzählen die Leute, die in die Weiterbildungen kommen, welche Probleme haben sie? Warum weiterqualifizieren, warum wollen sie daraus?

„Im Rahmen ihrer Lebens- oder Karriereplanung: wollen neue Qualifikation erwerben...“

„Funktionsbezogene Weiterbildung.“

„...neue Qualifikation erwerben, entweder haben sie es sich bewusst überlegt, oder es ist an sie herangetragen worden.“

„Es sind die wenigsten, die da sitzen und sagen, ich hab kein Bock mehr auf Pflegebett.“

„...um Leitungsaufgaben durch die Qualifikation wahrzunehmen, aber nicht weg vom Bett.“

„...eher Trauer weg vom Bett, sondern benötigen Weiterbildung, da Pflege nicht mehr nur aus Bett besteht sondern auch andere Aufgaben wahrgenommen werden müssen...“

„...müssen den Nachweis erbringen...“

„...damit sie sich qualifiziert fühlen, Führungsaufgaben zu übernehmen...“

„...Teilnehmer die sagen, ich brauch die Weiterbildung für mich selbst...“

„...Selbstzahler, die nicht von der Einrichtung gefördert werden.“

Kleinseminare, müssen selbst bezahlt werden, persönliches Interesse an steht im Vordergrund

„...Wunsch, ich möchte etwas haben, was mir die Praxis erleichtert, Instrumente, die mir helfen in der Praxis zurechtzukommen.“

„Bei Weiterbildung für den sozialen Dienst sind immer wieder Leute dabei, die aus der Pflege kommen und sich für den sozialen Dienst qualifizieren müssen (Nachweis bringen müssen).“

„Weniger gesehen, dass die allgemeinen Belastungen in der Pflege nicht mehr auszuhalten sind sondern eher die persönliche körperlichen Belastung wie Rückenschmerzen oder Bandscheibenvorfälle.“

„...und mit anderen Tätigkeiten eher vereinbar sind.“

„...die Belastungen, die sie in der Pflege haben, werden an anderen Dingen deutlich.“

„...wenn man über die Projektabreiten diskutiert, merkt man schnell, da herrscht ein Klima, indem keine Veränderung möglich ist.“

„...oder ich soll ein Einverständnis von der Pflegedienstleitung einholen, die hat aber gar keinen Kontakt mehr zu uns.“

„...wie soll ich denn im Rahmen der neuen DRGs es auch noch schaffen, patientenorientiert zu pflegen?“

„...im Laufe des Lehrgangs an den Lehrgangsinhalten werden dann die Probleme deutlich, weniger an der Motivation, an so einem Lehrgang teilzunehmen.“

„Argumente: ist ja alles schön, aber wir haben keine Zeit, oder seitdem die Fallpauschalen eingeführt wurden oder seit es das Pflegequalitätssicherungsgesetz gibt.“

Weiterbildung als Plattform: wo sie sich über ihre Belastungen äußern

Weiterbildung als Forum um zu sprechen

Möglichkeit des Austauschs

„Personal ist überfordert, im Heim ist es nicht selten, dass Doppelfunktionen als Heimleitung und PDL wahrgenommen werden, dadurch Überforderung und diese Überforderung wird direkt weitergegeben, in diesem Fall dann an die Wohnbereichsleitung.“

„...diese Anhäufung der Aufgaben kann nur durch Mehrarbeit geleistet werden.“

„...die Schwere zwischen Qualitätsansprüchen und was wird an finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt wird immer größer.“

„...das wird den Teilnehmern in der Fort- und Weiterbildung auch richtig bewusst, in der Praxis haben sie keine Zeit über solche Dinge nachzudenken.“

„Wir können Weiterbildung anbieten, um die Persönlichkeit zu stärken, aber letztendlich muss am System angesetzt werden um auch zukünftig den gesundheitsfördernden Aspekt von Fort- und Weiterbildung zu sehen, gegen das System kann man nicht an gehen.“

„...der gesundheitsfördernde Aspekt von Fort- und Weiterbildung verpufft.“

Jetzt merken sie selbst, dass sie ja ebenfalls nicht mehr in der Pflege tätig sind. Sie sind genau daran verzweifelt, an diesen Hierarchiestrukturen und Grenzen, die einem gesetzt worden sind.

„...nicht aus der Pflege gegangen, weil die Pflege nicht gefällt, sondern das Gefühl, man kann sich überhaupt nicht entwickeln nicht verändern, man hat kein eigenes Arbeitsfeld, man muss nur funktionieren.“

Und deswegen suchten die selbst nach anderen Wegen

„Berufsbild der Pflege nicht eindeutig, auch für Berufsanfänger (Int.) und wenn sie es bemerkt haben, versuchen sie ganz schnell wieder herauszukommen.“(Teilnehmerin)

„...lange und gerne in der Pflege gearbeitet, Kontakt mit den Patienten geschätzt, aber man kann in der Pflege nichts verändern, man scheitert an den hierarchischen Strukturen, auch wenn man die besten Ideen hat, man wird nicht entsprechend gefördert, auch nicht was Fortbildungen angeht.“

„Eigene Erfahrung, dass alle Fortbildungen, die ich in Angriff genommen habe, kurzfristig gekappt worden sind aufgrund von Personalmangel, da ärgert man sich schwarz. Und dann ist man soweit, dass man sich sagt, das kanns nicht sein, das will ich auch gar nicht, ich will mich weiterentwickeln und nicht weil ein Notstand entsteht und ich mich qualifizieren muss.“

Und dann hat sie den Schritt in das Studium gewagt.

Und sie glauben, dass es vielen so geht.

„Es gibt viele, die auch gern in der Pflege weiterarbeiten würden, wenn die personelle Strukturen stimmen würden.“

„...Flucht aus der Pflege wird eher noch größer, denn die Belastungen, die jetzt auf der Pflege liegen, die steigen zukünftig noch an es wird immer mehr drauf abgeladen, immer mehr.“

„Vor allen Dingen auf das qualifizierte Personal, weil die haben ja die Aufsichtspflicht über die, die nicht qualifiziert sind. Der Anteil der Nichtqualifizierten in der Pflege ist extrem hoch.“

„...auch zukünftig wird das noch krasser.“

„Die, die examiniert sind, sind dann noch mehr überfordert, weil die können das ja gar nicht leisten, die sind auch gar nicht in der Lage, das alles zu beaufsichtigen, nach der Ausbildung sind examinierte Pflegekräfte nicht befähigt, Leute (also unqualifiziertes Personal) zu beaufsichtigen, bzw. die zu beraten oder anzuleiten, sondern sie sind dazu ausgebildet, direkt am Patienten und Pflegebett zu arbeiten, und von daher gesehen sind die dann auch völlig überfordert, selbst wenn sie länger in der Pflege tätig sind, wenn sie mit soviel nicht qualifiziertem Personal zusammenarbeiten, das können sie nicht leisten, sie sind überfordert, und die Nichtqualifizierten sind auch überfordert, weil immer mehr Aufgaben, die examinierte Kräfte erfüllen müssten, an sie delegiert werden.“

„Die machen das dann nach bestem Wissen und Gewissen, aber immer mit einem Bauchgefühl, mache ich das richtig oder nicht richtig.“

„Und auch immer im Hinterkopf, wie sieht es eigentlich auch haftungsrechtlich aus, wenn mir was passiert.“

„Da sind wir wieder, auf der einen Seite ist das eine Abwärtsspirale, gefordert wird aber eine Aufwärtsspirale, und dazwischen stehen die Mitarbeiter der Einrichtungen und versuchen die Quadratur des Kreises.“

„...wenn wir mit unserer Bildung kommen, das ist richtig so für die teilweise Erholungsraum. Wir bieten ihnen die Möglichkeit, sich selber zu reflektieren, zu reflektieren, was passiert da...wir bieten ihnen die Möglichkeit, Instrumente zu bekommen, mit denen man Dinge vereinfachen kann, das ist ein Tropfen auf den heißen Stein.“

„Fortbildung, Weiterbildung, wenn das die Ausgangsfrage ist, kann das auf keinen Fall allein schaffen, die Flucht aus dem Pflegeberuf zu stoppen. Fort- und Weiterbildung bietet eine Möglichkeit, auch den Teilnehmern Instrumente in die Hand zu geben...wie kann ich besser meine Zeit strukturieren, wie betreibe ich Psychohygiene und auf der anderen Seite muss man gucken, wie sieht das mit den Geldressourcen aus. Denn ohne das Geld, das in die Pflege fließen muss, wenn weiterhin solche Einsparungen getroffen werden, kann man bei höherem Bedarf der entsteht, man sieht ja die demographische Entwicklung, dadurch wird die Flucht aus dem Beruf noch größer und verstärkt.“

„Und dann kommt es wirklich der Forderung nach, dass was unser Bundeskanzler auch gesagt hat, und dann müssen wir uns Pflegekräfte aus dem Ausland holen.“

„Das, was ja jetzt auch illegal schon läuft, wie viel private Leute haben denn Pflegekräfte aus dem Osten, die ihre Angehörigen 24 h rund um die Uhr pflegen, diese Zahl ist enorm hoch, und die sind unqualifiziert, die beherrschen noch nicht einmal die deutsche Sprache, die beherrschen nicht mal pflegerische Qualitäten, und die Zahl wird noch größer werden ... das wird noch zunehmen, dass die Leute so zu hause gepflegt werden, weil sich das Pflegeheim keiner mehr leisten kann.“

„...Angst vor den 1 Euro Jobs?“

Offizielles Statement vom Caritasverband, mit dem sie eng zusammenarbeiten, die befürworten das ja insofern, wenn die eben entsprechende Tätigkeiten auch ausführen.

„Müll runterbringen, Wäsche sortieren.“

„Die Frage ist die, dass hier wieder Tür und Tor (aufstehen) zum Ausverkauf der Pflegeprofession. Da wird sich ja keiner dran halten, die müssen dann auch Pfl egetätigkeit ausführen.“

„Das wird missbraucht werden und nicht in diesem Sinne verwandt, Menschen zumindest eine Möglichkeit zum arbeiten zu geben, sondern dass dadurch qualifizierte Kräfte ersetzt werden und damit wird diese Spirale noch weiter vorwärts getrieben.“

„...es ist eine gesundheitspolitische Frage, da muss man in der Fort- und Weiterbildung aufpassen, wir müssen auch aufpassen, dass Fort- und Weiterbildung nicht so eine Alibifunktion bekommt, so nach dem Motto, wir bieten ja viel Fort- und Weiterbildung, also müsste es ja auch gut gehen und dann müssten die Leute auch länger in der Pflege bleiben.“

„Man kann viele Ziele erreichen, man kann auch dazu beitragen, dass Menschen psychisch gesund bleiben, aber von der gesundheitspolitischen Seite müssen da ganz andere Signale kommen.“

„...und da führen wir mal 1 Euro Jobs ein, ja woran denken wir da mal, auf jeden Fall erst einmal an Altenheime und Sozialstationen, und es nicht vorgeschrieben, was die überhaupt leisten sollen, in niederschweligen Bereichen wie Spazierengehen, das muss konkret benannt werden.“

„Es wird bei den Dingen nicht bleiben (wie Müll herausbringen oder Spazierengehen) kennt man ja schon von den Zivildienstleistenden und von den Auszubildenden.“

„In der Ausbildung ist vorgeschrieben, dass man als drittel Kraft eingesetzt wird, in der Altenpflegeausbildung dürfen Auszubildende gar nicht gezählt werden (stehen gar nicht auf dem Stellenplan).“

„...aber spätestens am Wochenende, ist der Schüler ein starkes tragendes Moment.“

Das ist die Situation, die wir jetzt vorfinden, wo es eigentlich noch funktioniert.

„Irgendwie, wird die Pflege noch geleistet, es funktioniert oberflächlich.“

„Die Politiker wissen das gar nicht, dass sie Sonderbehandlung haben, wenn sie das über sich ergehen lassen müssten, würden sie ganz anders reagieren. Politiker genießen ganz andere Privilegien als jeder andere Bürger ... und wenn sie die Entscheidung für sich selber treffen müssten, würden die ganz anders aussehen.“

Wer pflegt denn jetzt am Pflegebett, welche Gruppe von Pflegenden bleibt am Bett? Wer steht am Bett, wenn man die Gruppe charakterisieren müsste?

„...differenzieren zwischen Kranken- und Altenpflege.“

„Exami nierte Kräfte, in der Krankenpflege aber wesentlich mehr, als in der Altenpflege, Hilfskräfte mit ein- oder zweijähriger Qualifikation (im KH). Also nicht so krass wie in der Altenpflege, denn in der Altenpflege gibt es unheimlich viele Ungelernte, die aus dem hauswirtschaftlichem Bereich kommen und dementsprechend da eingesetzt werden, viele

Ungelernte, oder Kräfte die einen Vierwochenkurs mitgemacht haben...Schüler, examinierte Kräfte, vor allen Dingen Teilzeitkräfte.“

„...Pflege: Frauenberuf.“

„Nicht, die die keinen Anspruch haben, sich weiterzuqualifizieren, sondern die, die einfach keine andere Möglichkeit haben...sich durch Weiterbildung einen anderen Arbeitsplatz zu erarbeiten.“

„Frauen mit Familie, die immer häufiger nicht nur Nebenverdiener, sondern Hauptverdiener sind, weil die Männer nämlich arbeitslos sind.“

„Ältere Frauen vor allen Dingen, die vielleicht nicht mehr die Möglichkeit haben zu wechseln. Spätaussiedler/ Spätaussiedlerinnen, die aus Pflegeberufen kommen, die aber auch aus ganz anderen Berufen kommen (auch Diplom Biologen passen nach der Auffassung des Arbeitsamtes in die Pflege). Sind froh einen qualifizierten Arbeitsplatz zu haben, und jetzt bleib ich auch hier.“

„...und besonders in der unteren Leitungsebenen, die sich immer noch verpflichtet fühlen, weil ich will da bleiben, das ist meine Station, das ist mein Wohnbereich, die ein ganz hohes Ideal haben und sich als Verräter fühlen, wenn sie gehen.“

„...stecken ihre ganze Kraft in die Pflege.“

„Es gibt für die ungelerten Kräfte, die in der Altenpflege bestimmt 50% ausmachen, keine Bildungsangebote,...die meisten Angebote bauen auf eine Grundausbildung auf,...aber weniger für nicht qualifizierte, die können zwar ein Basisseminar besuchen (basale Stimulation, oder Kinästhetik), aber den anderen Angeboten können sie thematisch nicht folgen. Themen, die sehr praxisorientiert sind kommen da noch eher in Frage, aber für andere Dinge, melden sie sich nicht an.“

„In diesem Bereich gibt es noch viel Fort- und Weiterbildungsbedarf.“

„Wenn die Strukturen so bleiben, ist es wichtig, dass die Nichtqualifizierten auch fort- und weitergebildet werden, dass man denen langfristig über Modulsysteme, ähnlich wie in anderen europäischen Ländern, langfristig eine Endausbildung erhalten.“

„...Frage des Geldes.“

„Als ungelerte Kraft, die auf das Geld angewiesen ist, und froh ist, einen Arbeitsplatz zu haben, hat man andere Sorgen, als sich weiterzubilden, da stehen ganz andere Probleme im Vordergrund als eine Fort- und Weiterbildung, bei denen geht es häufig um die nackte Existenz.“

„...es muss anders gefördert werden, und nicht, dass diese Gruppe als Selbstzahler da steht.“

„An der untersten Stelle wird gespart (die Nichtqualifizierten, oder die, die an der Basis arbeiten).“

„Diskrepanz zwischen Forderung nach Qualifikation und Akademisierung wird immer größer, aber gefördert wird der Abwärtstrend, noch mehr unqualifiziertes Personal mit hoher Verantwortung, neue Hilfsberufe mit Helferkfunktionen.“

Gibt es Programme für Wiedereinsteiger?

„Wiedereinsteiger: qualifiziertes Personal?“

„Veranstaltungen allgemein: für Frauen, wenn die Familienpause abgeschlossen ist, aber nicht speziell für Pflege, (wobei sie den Eindruck hat, dass dieser Trend schon wieder abnimmt, nicht mehr der Renner von Volkshochschulen).“

„Keine speziellen Angebote für Wiedereinsteiger.“

„Es ist auch schon mal an der Fachhochschule B. diskutiert worden, Konzepte für Wiedereinsteiger zu erstellen.“

Aber keine Kenntnis von speziellen Programmen.

„Wen will man erreichen? Die, die aus familiären Gründen aus der Pflege ausgestiegen sind, kann man eventuell durch Einsteigerprogramme erreichen, aber die, die aus anderen Gründen den Beruf verlassen haben, wird man auch nicht durch Programme erreichen.“

„Die anderen: da muss man konzeptionell, strukturell und systemisch etwas ändern.“

Interessant zu erforschen: Warum Frauen überhaupt eine Babypause einlegen, quasi ob ein Zusammenhang zwischen dem Wunsch aus der Pflege auszusteigen und dem Wunsch nach einem Kind besteht...3 Jahre Elternzeit als Pause von der Pflege?“

„...trotz Kinder teilzeitmäßig in der Pflege einspringen.“

„...Nachtwache: um Kinder und Beruf miteinander zu vereinbaren.“

„...Kinderbetreuung für Pflegepersonal.“

Trotz alledem funktioniert die Pflege noch, wahrscheinlich muss das System erst zusammenbrechen, eher etwas geändert werden kann.

„Pflegekräfte sind unglaublich leidensfähig und werden den Spagat so lange versuchen, bis ihnen die Beine auseinander gerissen werden.“

„Es muss mehr die Überlegung anstehen, die inneren Strukturen einer Einrichtung deutlicher zu machen, die Abläufe, die da auch widersinnig sind, um somit herauszufiltern, dass ein Änderungsprozess einfach notwendig ist.“

„Sehr viel Potential vorhanden, wenn man die gegensätzlichen Abläufe sichtbar machen würde...daran zu kommen ist sehr sehr schwierig.“

„Die Ausstattung ist in vielen Einrichtungen gar nicht so schlecht, wenn sie richtig genutzt wird.“

„...wenig Einflussmöglichkeiten von außen.“

„Veränderungsprozesse muss man auch wollen, brauchen Zeit und Kraft.“

„...Leute werden zur Fortbildung geschickt (damit hat die Einrichtung gezeigt, dass sie etwas neues wollen), aber sie wollen doch nichts verändern (wasch mich, aber mach mich nicht nass). Leute können zu Fortbildungen gehen, aber nicht sagen, wir sollen etwas ändern.“

„Veränderungen in Verwaltung und Bürokratie, was könnte man da effektiver gestalten? (man könnte zusammenführen und vereinfachen), um somit ein anderes Arbeitspotential freizusetzen oder eben auch Entlastungen zu schaffen. Entlastungen schaffen und dadurch eine höhere Arbeitszufriedenheit erreichen.“

„Wenn die Leute zu den Fortbildungen kommen, dass wir Persönlichkeitsentwicklung betreiben können. Es aber eigentlich wirkungsvoller wäre, in die Einrichtungen zu gehen.“

„Unter der Voraussetzung, dass das System offen ist für Veränderung und nicht so tut als ob. Und dann noch mal genauer zu gucken, wo kann man denn solche Potentiale freilegen, was muss man denn verändern, um Veränderungen letztendlich auch durchzuführen.“

Gesundheitseinrichtungen, wie sie sie kennt, sind davon Jahre entfernt.

„Da ist die Altenhilfe weiter als die Krankenpflege.“

„...Krankenhäuser sind so festzementiert, jeder ist so auf Systemerhalt aus seine Pfründe zu bewahren.“

„...so ähnlich wie in dem Gesundheitssystem insgesamt.“

„Da werden die Menschen dann wach, wenn das System zusammenbricht, so lange sind erst einmal alle auf Systemerhalt programmiert.“

„...man kann kleine Nadelstiche setzen.“

„...Alibifunktion für Fort- und Weiterbildung: wer seine Mitarbeiter fort- und weiterbildet, ist gut innerhalb der Pflege, damit ist es allein nicht getan.“