

# iga.Report 17



## „Mein nächster Beruf“ – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer

Teil 1: Modellprojekt in der stationären Krankenpflege  
überarbeitete und ergänzte Auflage

**Frauke Jahn und Sabine Ulbricht**

### Die Initiative Gesundheit und Arbeit

In der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) kooperieren gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung, um arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen. Gemeinsam werden Präventionsansätze für die Arbeitswelt weiterentwickelt und vorhandene Methoden oder Erkenntnisse für die Praxis nutzbar gemacht.

iga wird getragen vom BKK Bundesverband, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem AOK-Bundesverband und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

[www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)



## **iga-Report 17**

### **„Mein nächster Beruf“ – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer**

Teil 1: Modellprojekt in der stationären Krankenpflege  
überarbeitete und ergänzte Auflage

Frauke Jahn und Sabine Ulbricht



## Inhaltsverzeichnis

Der zweite Beruf – eine Alternative zur vorzeitigen Berufsaufgabe?	7
1 Allgemeine Zielstellungen der Projektarbeit	7
2 Gesundheitsförderung und Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer – eine Bestandsaufnahme	8
3 Zielstellungen des Modellprojekts	9
4 Die ausgewählte Risikoberufsgruppe	9
5 Umsetzung des Modellprojekts	12
6 Eingesetzte Methoden	13
7 Ergebnisse	13
7.1. Frühwarnindikatoren	13
7.2. Anforderungen in der stationären Krankenpflege	13
7.3. Der Tätigkeits- bzw. Berufswechsel	15
7.4. Gesund und leistungsfähig bis zur Rente? Erfahrungen und Empfehlungen von Krankenschwestern und -pflegern der Generation 45+	29
8 Erwerbsfähig bis zur Rente? Arbeits-, Organisations- und Laufbahngestaltung am Beispiel der stationären Krankenpflege	32
8.1 „Pflege neu denken“ – Anforderungen an Berufsberatung und Berufsausbildung	33
8.2 Gesundheitsförderung sowie Arbeits- und Organisationsgestaltung miteinander verbinden	33
8.3 Eigenverantwortung für Beschäftigungsfähigkeit fordern und fördern	34
8.4 Lebenslanges Lernen – aber wie?	34
8.5 Strategien altersgerechter Laufbahngestaltung und Qualifizierung für neue Tätigkeitsfelder oder Berufe im Unternehmen	36
8.6 Die Vorbereitung auf einen Wechsel – der Beratungsansatz	37
9 Ableitung verallgemeinerbarer Strategien der Laufbahngestaltung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer	38
Anlage	42
Literatur	49



## Der zweite Beruf – eine Alternative zur vorzeitigen Berufsaufgabe?

Auch heute ist die Wahrscheinlichkeit, auf der Baustelle vom Gerüst zu fallen, größer als vom Bürostuhl. Trotz umfangreicher Präventionsbemühungen sind einige Berufe gefährlicher und belastender als andere. Körperlich belastend sind z.B. Bau- und Metallberufe, körperlich und psychisch belastend etwa Pflgeberufe und psychisch belastend z.B. die Arbeit in einem Call-Center. Einige Berufe werden selten bis zur Rente ausgeübt, wie der Beruf der Krankenschwester oder des Straßen- und Tiefbauers. Die Verweildauer in der Krankenpflege beträgt im Durchschnitt nur vier bis zehn Jahre.

Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und Gesundheitsvorsorge können die Verweildauer in solchen „Risikoberufen“ verlängern. Tätigkeits- bzw. Berufswechsel sind ein weiterer Weg, um die Folgen eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben für Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Versicherungsträger zu reduzieren. Mit diesem zweiten Ansatz werden etablierte Ansätze der Prävention zur Verlängerung der Verweildauer im erlernten Beruf (wie sie die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege z.B. in ihren Schulungs- und Beratungszentren und mit der Initiative „Aufbruch Pflege“ anbietet) um ein innovatives Konzept der Berufsberatung und Personalentwicklung für einen zweiten Beruf erweitert.

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) sucht vor diesem Hintergrund neben Wegen der Verlängerung der Verweildauer im Beruf nach alternativen Tätigkeits- bzw. Berufsbildern, die kritische Belastungen aus dem erlernten Beruf ausschließen oder zumindest reduzieren und so die Beschäftigungsfähigkeit bis zum Rentenalter erhalten. Für das Modellprojekt hat iga dazu eine Karrierematrix zur Unterstützung der altersgerechten Qualifizierung und Laufbahnberatung entworfen.

### 1 Allgemeine Zielstellungen der Projektarbeit

Die Anhebung des gesetzlichen Rentenalters und das Auslaufen gesetzlicher wie betrieblicher Frühverrentungsregelungen erfordern ein Umdenken in den Bereichen Personalgewinnung und Personalentwicklung. War es in vergangenen Dekaden ausreichend, aus einer Vielzahl junger Arbeitnehmer geeignete Bewerber auszuwählen und zu qualifizieren, müssen sich Unternehmen heute zunehmend den Herausforderungen stellen,

- durch Maßnahmen der Personalentwicklung – insbesondere der Karriereplanung – qualifizierte Mitarbeiter an das Unternehmen zu binden,
- die Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer zu sichern bzw.
- ältere Arbeitnehmer für neue Tätigkeitsfelder zu qualifizieren.

Dies trifft insbesondere für Berufsgruppen zu, in denen berufliche Anforderungen durch hohe physische und/oder psychische Be-

lastungen gekennzeichnet sind. In solchen Berufen treten arbeitsbedingte Erkrankungen häufiger auf als in anderen. Die Folgen sind verminderte Leistungsfähigkeit, eine höhere Anzahl krankheitsbedingter Fehlzeiten, Berufsaufgabe und Frühverrentung. Die Kosten solcher Entwicklungen belasten nicht nur Arbeitnehmer, sondern auch Unternehmen und Sozialversicherungsträger.

Arbeitsgestaltung, berufsbegleitende Qualifizierung und Gesundheitsvorsorge können Risiken berufsbedingter Erkrankungen vermindern. Doch nicht alle Folgen von Belastungen können so abgefangen werden. Tätigkeits- oder Berufswechsel vor dem Auftreten arbeitsbedingter Leistungseinschränkungen und Erkrankungen sind ein weiterer Weg, die Folgekosten für Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Versicherungsträger zu senken und die Beschäftigungsfähigkeit älter werden der Arbeitnehmer zu erhalten. Vor diesem Hintergrund müssen sich Personalentwicklung, betriebliches Gesundheitsmanagement und arbeitsmedizinische Vorsorge neuen Herausforderungen stellen. Eine in die Zukunft gerichtete Prävention beinhaltet neben den traditionellen Wegen der Gesundheitsvorsorge und der berufsbegleitenden Qualifizierung die Unterstützung bei der Laufbahngestaltung im erlernten Beruf sowie die frühzeitige berufsbegleitende Qualifizierung für einen Tätigkeits- oder Berufswechsel. Eine Orientierung auf die Erwerbsbiografie erfordert, dass

1. bereits in der Berufsausbildung auf lebenslanges Lernen vorbereitet wird,
2. Prävention als ganzheitliches Konzept bereits in die Berufsausbildung integriert wird
3. die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsinhalte und die Arbeitsorganisation eigenaktive Gesundheitsvorsorge unterstützen sowie Lernchancen eröffnen und
4. im mittleren Erwachsenenalter berufliche Neuorientierung insbesondere in Berufen mit einem Risiko begrenzter Tätigkeitsdauer unterstützt wird (vgl. Huber & Morschhäuser, 2002).

Dabei sind Unternehmen, Sozialversicherungsträger und Bildungsanbieter gleichermaßen gefordert.

Mit dem Projekt „Mein nächster Beruf – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer“ wird das Ziel verfolgt, Berufsberatung und Personalauswahl sowie Ausbildung und Personalentwicklung in Unternehmen zu unterstützen. In einem ersten Schritt wird der Frage nachgegangen: Lassen sich Berufe bzw. Berufsgruppen identifizieren, in denen ein erhöhtes Risiko für ein vorzeitiges Ende der Erwerbstätigkeit besteht? In einem zweiten Schritt wird für eine ausgewählte Berufsgruppe gefragt: Welchen Anforderungen müssen Berufsberatung, Personalauswahl und -entwicklung, aber auch Maßnahmen der Prävention genügen, um den Risiken von verminderter Leistungsfähigkeit, Berufsaufgabe, Frühverrentung und Arbeitslosigkeit im Alter vorzubeugen? Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei in der Beschreibung von Karrierepfaden, die die Beschäftigungsfähigkeit in der ausgewählten Berufsgruppe bis zum Renteneintrittsalter sichern. Ein weiterer Schwerpunkt bezieht sich auf die Frage nach Wegen, die die Verweildauer im Beruf zu verlängern. In einem dritten Schritt leiten wir aus den Erfahrungen des Modellprojekts verallgemeinerbare Strategien für die Berufsberatung, Personalauswahl und -entwicklung für andere Risikoberufsgruppen ab.

## 2 Gesundheitsförderung und Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer – eine Bestandsaufnahme

Ein bis heute häufig eingesetztes Verfahren im Umgang mit begrenzter Tätigkeitsdauer ist die Externalisierung. Darunter sind alle Bestrebungen zu verstehen, die das Ausscheiden eines leistungsgewandelten Mitarbeiters aus dem Unternehmen beinhalten (vgl. Horbach & Behrens, 2007). Bisherige Lösungsansätze, die den Ausstieg aus dem Beruf thematisieren, fokussieren überwiegend auf planbare Ausstiege wie den vorgezogenen Ruhestand, die Verrentung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Abfindungsregelungen sowie die Entlassung des Beschäftigten in die Arbeitslosigkeit (vgl. Horbach & Behrens, 2007). Dabei geht es in der ersten Linie darum, negative Konsequenzen für das Unternehmen angesichts der Leistungswandlung älterer Mitarbeiter zu vermeiden und sozial verträgliche Regelungen für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu finden.

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Strategien alternsgerechter Gesundheitsförderung, Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung existieren, die eine Verweildauer im Erwerbsleben auch jenseits des 50. Lebensjahres ermöglichen. Dabei beziehen wir uns auf die Ergebnisse ausgewählter Projekte und Initiativen, die der Frage nachgehen, wie die Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer gesichert werden kann.

Grundsätzlich lassen sich aus den uns vorliegenden Projektberichten folgende Strategien der alternsgerechten Arbeitsgestaltung identifizieren. Sie beziehen sich auf:

- die Laufbahngestaltung,
- die Personaleinsatzplanung,
- die Arbeitsplatzergonomie,
- die Arbeitsorganisation und hier insbesondere die Arbeitszeitgestaltung,
- die Lohn- und Leistungs politik,
- die Gesundheitsförderung und
- die Weiterbildung.

Auf Strategien der Laufbahngestaltung, der Personaleinsatzplanung sowie der Arbeitszeitgestaltung wollen wir näher eingehen.

### 2.1. Wege der Laufbahngestaltung

Die Erwerbsverlaufsgestaltung kommt dem Begrenzungsfall im „ersten Beruf“ zuvor, indem gehandelt wird, lange bevor das Problem des Tätigkeits- oder Berufswechsels für den Beschäftigten spürbar wird. Als idealer Weg, um im Erwerbsleben qualifiziert und gesund alt werden zu können, gilt die vertikale Karriere (vgl. Morschhäuser, 2006). Doch dieser Weg steht den Beschäftigten im mittleren Lebensalter nur begrenzt offen (Jasper, Rohwedder

& Duell, 2001). Demgegenüber bieten horizontale Fachkarrieren eine realistische Möglichkeit alternsgerechter Gestaltung von beruflichen Anforderungen. Sie eröffnen Wege sowohl für einen Tätigkeitswechsel als auch für einen Berufswechsel im Unternehmen bzw. den Wechsel in ein anderes Unternehmen.

Aufgrund des mangelnden Nachwuchses werden Unternehmen in der Zukunft in diesem Bereich der Laufbahnplanung verstärkt auf die Potenziale älterer Mitarbeiter setzen müssen. Dabei gilt es, individuelle alternsgerechte Laufbahnplanung als strategisches Instrument der Personalentwicklung zu etablieren.

Insbesondere klein- und mittelständische Unternehmen gehen hier teilweise neue Wege. Ausgehend von einer kontinuierlichen Analyse der beruflichen Kompetenzen und beruflichen Entwicklungswünsche werden Mitarbeitern frühzeitig flexibel wählbare berufliche Alternativen im Unternehmen angeboten (z. B. Köchling, 2002; Nixdorf-Pohl, 2005). Unterstützt wird dieses Vorgehen durch betrieblich initiierte Maßnahmen der beruflichen Standortbestimmung und einer darauf aufbauenden individuellen Entwicklungsplanung sowie eine zielgerichtete berufliche Kompetenzentwicklung (vgl. Morschhäuser, 2006).

Eine Mischform der vertikalen Laufbahngestaltung zwischen Externalisierung und Einbindung in das Unternehmen stellen „Arbeitskräftepools“ dar. Ältere qualifizierte Fachkräfte werden von Tagesaufgaben entbunden und in bereichsübergreifenden Arbeitskräftepools organisiert. Nach Bedarf stellen sie ihr spezielles Wissen und ihre Erfahrung sowohl dem Unternehmen als auch externen Kunden zur Verfügung (vgl. Pack u. a., 2000).

### 2.2. Die Personaleinsatzplanung und Lebensarbeitszeitgestaltung

Ausgangspunkt der Personaleinsatzplanung ist eine strategisch auf langfristige Unternehmensziele ausgerichtete Altersstruktur- und Kompetenzanalyse (bgw-online, 2008). Für die Entwicklung eines Maßnahmenplans beschreibt Reindl (2005) die Personaleinsatzmatrix als ein Hilfsmittel. Diese Matrix bietet Informationen zum realen Arbeitseinsatz der Mitarbeiter, zum Belastungsgehalt der jeweiligen Arbeitsplätze, zum Qualifikationsstand und zum Alter der Beschäftigten. Damit ist es zunächst einfacher möglich, Risikoarbeitsplätze zu identifizieren und gleichzeitig Hinweise zu erhalten, in welche Richtung qualifiziert werden müsste, damit ältere Beschäftigte entlastende Tätigkeiten ausüben können. Zur Einführung einer entsprechenden Matrix müssen in einem ersten Schritt Krankenstand und Fehlzeiten nach Alter und Betriebsbereichen analysiert werden. Anschließend werden sämtliche Arbeitsplätze mit Schweregraden und alle Mitarbeiter mit ihrem wirklichen Arbeitseinsatz eingeordnet. Auf der Informationsgrundlage dieser Matrix lässt sich dann ein Konzept zur Personalentwicklung zum gesundheits- und lernförderlichen Einsatz der Mitarbeiter aller Altersgruppen und Qualifikationen in einem Unternehmen entwickeln.

Eng verbunden mit Wegen der Personaleinsatzplanung sind Modelle der Lebensarbeitszeitgestaltung zur Vereinbarkeit von Alter und Erwerbsarbeit.

Die Lebensarbeitszeitgestaltung umfasst konzeptionell die Zeitspanne vom Berufseintritt bis zum Berufsaustritt. Mittels flexibler Arbeitszeitmodelle wie Wahlarbeitszeiten, bedürfnisorientierter Teilzeitarbeit, Arbeitszeitkonten, Ansparmodellen und Weiterbildungszeiten soll eine Ausrichtung an individuell unterschiedlichen Zeitbedürfnissen der Beschäftigten erreicht werden. Anders als herkömmliche Modelle der Arbeitszeitgestaltung, die erst gegen Ende der Erwerbsarbeit greifen, wie z. B. die Altersteilzeit, orientieren sich Modelle der Lebensarbeitszeitgestaltung an der gesamten Berufsspanne und verbinden Ziele einer kontinuierlichen Qualifizierung mit der Vereinbarkeit von Altern und Beruf (vgl. Krämer, 2002).

Rechtzeitige Ausstiege aus dem Beruf aufgrund einer wahrscheinlichen Leistungswandlung angesichts arbeitsbedingter Belastungen werden nur im Bereich der Laufbahngestaltung thematisiert. Hier finden sich tragfähige Ansatzpunkte, wie drohender Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. arbeitsbedingten Erkrankungen in Berufen mit begrenzter Tätigkeitsdauer gezielt entgegen gesteuert werden kann.

### 3 Zielstellungen des Modellprojekts

In statistischen Analysen konnten u.a. Berufsgruppen aus dem Metall-, Bau-, Gesundheits- und Bergbaubereich als Risikoberufsgruppen für eine begrenzte Tätigkeitsdauer identifiziert werden (Ulbricht, 2010).

Für eine ausgewählte Risikoberufsgruppe beschreiben wir Wege der

- Berufsberatung und Bewerberauswahl,
- Berufsausbildung,
- Verlängerung der Verweildauer im Beruf,
- Identifikation von „Frühwarnindikatoren“ bei drohender Berufsaufgabe,
- Berufsberatung und Karriereplanung für einen zweiten Beruf,
- berufsbegleitende Qualifizierung und
- der Erschließung neuer Geschäftsfelder für Unternehmen.

Das Modellprojekt soll damit einen Beitrag leisten,

- abgebrochene Ausbildungen sowie Fluktuationen ausgebildeter Fachkräfte zu verringern,
- Fehlzeiten und Produktivitätsverluste aufgrund arbeitsbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen zu verringern,
- Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten,
- Folgekosten gesundheitlicher Einschränkungen für die verschiedenen Träger der Sozialversicherung zu verringern und
- verallgemeinerbare Strategien der Personalentwicklung, Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung für andere Risikoberufsgruppen abzuleiten.

## 4 Die ausgewählte Risikoberufsgruppe

Die Berufsgruppe der Kranken- und Altenpflege steht seit mehreren Jahren im Fokus verschiedener Initiativen mit dem Ziel, die Verweildauer im Beruf zu verlängern (vgl. „Aufbruch Pflege“ – Eine Initiative der BGW). Die derzeitige Verweildauer im Pflegeberuf beträgt nach Angaben der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege im Durchschnitt vier bis zehn Jahre (Hasselhorn, u.a., 2005, Pflege-online, 10/2006). Aus einer Erhebung der vom Europäischen Sozialfond geförderten Studie „Nurses' early exit study“ zeigt, dass nicht einmal elf Prozent des Pflegepersonals der 16 in die Befragung einbezogenen deutschen Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Befragung in 2003 über 50 Jahre alt war (Hasselhorn, u.a., 2005). Vergleicht man diese Werte mit den Daten aus dem Mikrozensus von 1995 – damals waren noch 18 Prozent der Befragten über 50 Jahre in dem Bereich der stationären Krankenpflege tätig – zeigt sich ein Rückgang des Anteils älterer Beschäftigter im Pflegebereich. Daten des IAB (2008; vgl. Pflege-thermometer, 2009) verweisen jedoch darauf, dass sich im Pflegebereich die Altersstruktur zunehmend verändert. Waren 1999 noch 36,4 Prozent der Beschäftigten in Pflegeberufen zwischen 25 und 35 Jahren alt, so waren es 2007 nur noch 23,4 Prozent. Demgegenüber hat sich der Anteil von Beschäftigten über 50 Jahre nahezu verdoppelt (Anlage Tabelle A1). Während die Fluktuation bei Pflegekräften sehr hoch ist, rücken zugleich immer weniger jüngere Menschen nach (Weidner u.a., 2002; IAB 2008; vgl. Anlage Tabelle A1). In der Eigenwahrnehmung schätzen 71 Prozent der Beschäftigten das Image des Pflegeberufes als schlecht oder sehr schlecht ein (DBFK, 2009).

Ergebnisse der NEXT-Studie belegen, dass 63 Prozent der Befragten meinen, dass sich in den kommenden zehn Jahren die Attraktivität des Pflegeberufes in der jungen Generation weiter verschlechtern wird (Hasselhorn u.a., 2005).

Von den im Pflege-thermometer (Isfort, Weidner 2010) Befragten konnten sich nur 22,9 Prozent vorstellen, ihren Beruf im Bereich der stationären Krankenpflege bis zum Rentenalter auszuüben. Demgegenüber stehen Schätzungen von Forschungsinstituten, die angesichts der demografischen Veränderungen in unserer Gesellschaft für die nächsten zwölf Jahre einen zusätzlichen Bedarf qualifizierter Fachkräfte im Gesundheitswesen von zwei Millionen prognostizieren (Munz & Ochel, 2001; Schulz, Leidl & König, 2001).

Was sind die Gründe für die sinkende Attraktivität des Berufes und die kurze Verweildauer im Pflegeberuf? Sind es die Anforderungen an die Pflegekraft? Sind es strukturelle Veränderungen im Gesundheitssektor? Sind es Defizite in der Personalentwicklung und in der Organisation der Arbeit in altersgemischten Teams (vgl. Morschhäuser, 2006)?

Der Bereich der stationären Krankenpflege ist stärker als andere in unseren Analysen identifizierten Risikoberufsgruppen von einem dynamischen Strukturwandel betroffen. Die Umstellung

des Finanzierungssystems, die zunehmende Öffnung des Marktes und der daraus folgende Wettbewerb zwischen den Häusern, die Einführung eines verbindlichen Qualitätsmanagements, das neue Arbeitszeitgesetz, leistungsorientierte Vergütungssysteme sowie die Umstellung des Abrechnungssystems auf eine einfallbezogene Pauschalierung (DRG-Management<sup>1</sup>) gestalten den Arbeitsalltag neu.

Die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung insbesondere im pflegerischen Bereich stellt neue Herausforderungen an die Arbeitsorganisation (Niemann, 2006). Daten des IAB (2008) belegen einen Anstieg der Teilzeitbeschäftigung im Bereich der stationären Krankenpflege im Zeitraum von 1999 bis 2007 von fast zehn Prozent. Dabei wird von den Beschäftigten eine Teilzeitbeschäftigung nicht nur zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewünscht. Von den im Pfliegerthermometer (2009) Befragten gaben 28 Prozent an, eine Teilzeitarbeit aufgrund der beruflichen Überforderung anzustreben. Auch wenn die Beschäftigungsentwicklung im Bereich der stationären Krankenpflege im Vergleichszeitraum 1999 bis 2007 einen leichten Anstieg verzeichnet (IAB, 2008), trifft dies nicht für alle Kliniken gleichermaßen zu. Seit 1995 bis 2008 sind in Krankenhäusern der Allgemeinversorgung 14,2 Prozent der Stellen im Bereich der stationären Pflege abgebaut worden.

Die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung führt zu einer alters- und diagnosespezifischen Veränderung der zu versorgenden Patienten. Immer mehr chronisch kranke sowie ältere Patienten müssen stationär betreut werden. Bei insgesamt sinkenden Krankenständen haben beispielsweise psychische und psychosomatische Erkrankungen in den letzten Jahren vermehrt stationäre Aufenthalte notwendig gemacht (AOK, 2005; Barmer, 2009; BKK, 2008; tk, 2008). Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen bei den über 55-Jährigen kontinuierlich erhöht. Besonders deutlich zeigt sich dieser Zuwachs in der Altersgruppe der über 75-Jährigen, bei denen die Behandlungsquote zwischen 1994 und 2003 um 25 Prozent anstieg (Gesundheit in Deutschland, 2006). Insgesamt müssen immer mehr Patienten in Kliniken versorgt werden. Im Zeitraum von 1995 bis 2007 stieg die Zahl um rund eine Million. Das bedeutet, jede Pflegekraft muss heute 23 Prozent mehr Patienten betreuen. Dabei nimmt die individuelle Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit der Patienten zu (Pfliegerthermometer 2007).

Die Auswirkungen der skizzierten Veränderungsprozesse gehen gleichzeitig mit Veränderungen arbeitsbezogener Belastungen einher. Als wichtigste Belastungsfaktoren konnten in unterschiedlichen Studien Zeitdruck durch Arbeitsverdichtung, geringe Mitgestaltungsmöglichkeiten bei Veränderungsprozessen, körperliche Belastungen, häufige Unterbrechungen begonnener Arbeiten, soziale Konflikte sowie ein geringer Handlungsspielraum bei der Ausübung der Tätigkeit identifiziert werden (z. B. BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung, 2006, Anlagen, Tabellen A2, A3, A4; Bödeker u. a., 2006;

Braun u. a., 2004; DAK-BGW Gesundheitsreport 2005; Hasselhorn u. a., 2005; Ulbricht 2010). Die Beanspruchungsfolgen und damit die Risiken berufsbedingter Erkrankungen sind heute noch nicht abschätzbar. Werden die beschriebenen Zielrichtungen der zukünftigen Arbeitsorganisation im stationären Pflegebereich Realität, so ist aufgrund der Zunahme einseitiger körperlicher Belastungen und psychischer Belastungen mit steigenden berufsbedingten Erkrankungen zu rechnen.

Welche Auswirkungen können bereits beobachtet werden? Daten des Stressmonitorings der DAK und der BGW zeigten bereits 2001, dass Beschäftigte im Bereich der stationären Krankenpflege deutlich häufiger unter stressbedingten und psychosomatischen Krankheiten leiden als die Allgemeinbevölkerung (Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung, BGW Themen, 2006, BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung, 2006, Anlagen, Tabelle A5). Der Krankenstand im Pflegebereich liegt fast vier Prozent über dem Durchschnitt aller gesetzlich versicherten Erwerbstätigen. Auch die Betroffenenquote ist mit rund 54 Prozent deutlich höher als der Bundesdurchschnitt von rund 46 Prozent (DAK-BGW Gesundheitsreport 2005). Dabei nehmen neben Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sowie Atemwegserkrankungen psychische Erkrankungen zu. Nach Analysen des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK Gesundheitsreport 2007) hatten psychische Erkrankungen von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen mit 13 Prozent einen bedeutsamen Einfluss auf die Häufigkeit von krankheitsbedingten Fehlzeiten. Insbesondere Beschäftigte im Alter zwischen 35 und 45 Jahren weisen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko in diesem Bereich auf (DAK-BGW Gesundheitsreport 2005). Ergebnisse der NEXT-Studie (Hasselhorn u. a., 2005) belegen, dass 40 Prozent der Befragten Sorge haben, den Beruf aufgrund körperlicher und/oder seelischer Erkrankungen nicht mehr ausüben zu können. Diese Befürchtungen sind deutlich stärker ausgeprägt als die Sorge um den Arbeitsplatz. Costa (2002) konnte zeigen, dass Pflegekräfte im Vergleich zu Funktionsdiensten und Ärzten geringere Mittelwerte hinsichtlich ihrer „Arbeitsfähigkeit“ aufweisen (WAI-Index, vgl. Illmarinen und Tempel, 2002). Dieser Effekt wird mit zunehmendem Alter stärker. Da der Work Ability Index (WAI) ein Prädiktor für die künftige Arbeitsfähigkeit besonders älterer Menschen ist (Tuomi u. a., 1997), sind die in der NEXT-Studie berichteten Ergebnisse über eine signifikante alterskorrelierte Abnahme der Arbeitsfähigkeit alarmierend. In einer Befragung von 263 Pflegedirektionen bundesdeutscher Krankenhäuser schätzten nur 4,2 Prozent der Befragten die körperlichen Belastungen als tragbar bis zum Rentenalter ein. Bei den psychischen Belastungen waren dies 15 Prozent (Pfliegerthermometer 2007).

So verwundert es nicht, dass Gesundheitsberufe bei Erwerbsminderungsrenten in Folge physischer und/oder psychischer Belastungen und bei Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben eine prominente Stellung einnehmen (Ulbricht, 2010).

Die Daten einer Befragung der BGW (Pressemitteilung 08/2006) belegen, dass sich jede dritte Krankenschwester von ihrem Job ausgelaugt fühlt (vgl. auch Braun u. a., 2004; Hasselhorn u. a., 2005). Die Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf hat in den letzten Jahren abgenommen. Die Ergebnisse unterschiedlicher Studien belegen,

1 Das System der Diagnosis Related Groups (DRG) wird seit 2003 als leistungsorientiertes und pauschalisierendes Entgeltsystem zur Vergütung aller voll- und teilstationären Krankenhausleistungen angewendet.

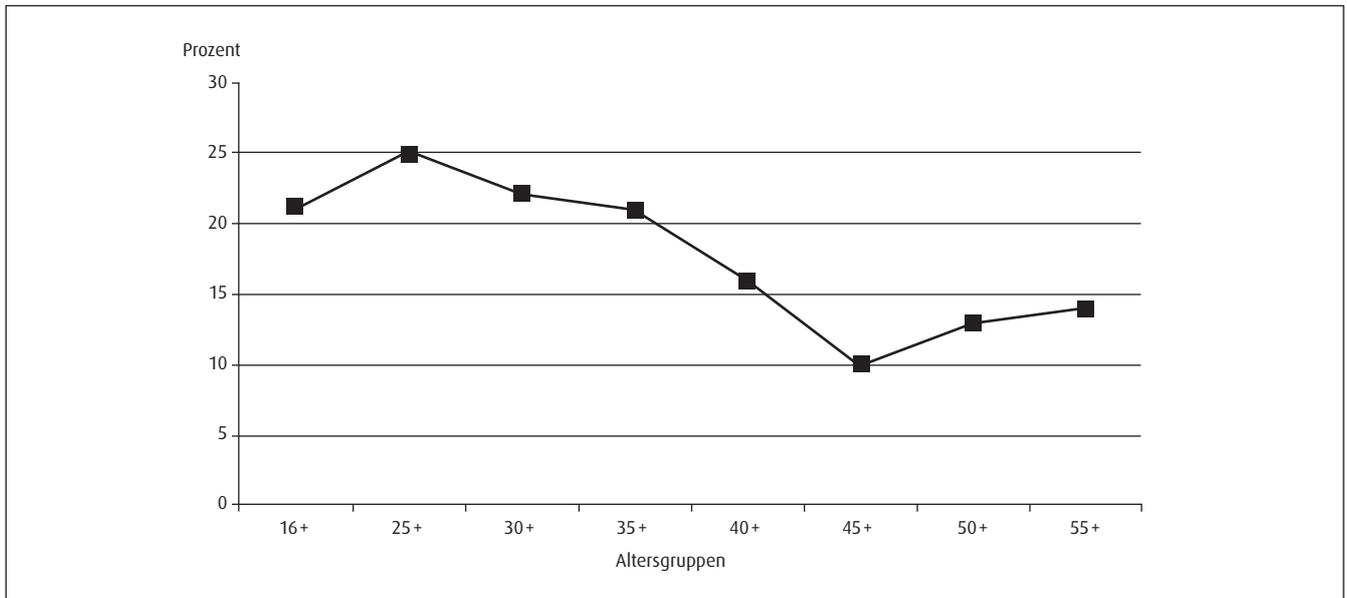


Abb. 1: Anteil von Pflegepersonal, der erwägt, den Beruf zu verlassen (Hasselhorn u. a., 2005), N = 30330

dass weniger als die Hälfte mit ihrer Arbeitssituation zufrieden sind (DAK-BGW Gesundheitsreport 2005, Hasselhorn, 2005). Dabei sind es vor allem die fehlenden Mitgestaltungsmöglichkeiten von Veränderungsprozessen und die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz, die beklagt werden. Fast 90 Prozent der im Rahmen der NEXT-Studie in Deutschland befragten Pflegekräfte waren unzufrieden mit dem Ausmaß an körperlicher Arbeit. Über 50 Prozent erlebten die Arbeit als körperlich sehr anstrengend (Hasselhorn u. a., 2005). Insbesondere ältere Beschäftigte sprechen in diesem Zusammenhang auch ein Gefühl der „Sinnentleerung“ des Berufes an. Zudem beklagen mehr als die Hälfte der in verschiedenen Studien Befragten das schlechte Image des Pflegeberufes sowohl in der Einrichtung als auch in der Öffentlichkeit (z. B. DAK-BGW Gesundheitsreport 2005, Hasselhorn u. a., 2005).

Laut Befragungen der BGW will jede fünfte Krankenschwester ihren Beruf aufgeben (Pressemitteilung 08/06). Fast jede zweite Krankenschwester hat schon häufiger über die Berufsaufgabe nachgedacht (Braun u. a., 2004). Die Ergebnisse empirischer Studien verweisen auf einen engen Zusammenhang zwischen Arbeitsunzufriedenheit und der Bereitschaft, den Beruf zu verlassen (z. B. Hasselhorn u. a., 2005). Dabei sind es insbesondere jüngere Beschäftigte, die den Ausstieg aus dem Beruf erwägen (Abbildung 1).

Dabei sind es insbesondere fehlende berufliche Perspektiven, Aspekte der Arbeitsorganisation, des Arbeitsinhaltes und des sozialen Klimas am Arbeitsplatz sowie gesundheitliche Faktoren, die den beruflichen Wechsel begründen. Nach Daten einer Untersuchung der Gmünder Ersatzkasse möchte sich fast ein Drittel im Pflegeberuf weiterentwickeln, ein Viertel strebt einen Berufswechsel an (Braun u. a., 2004).

Die geringe Zufriedenheit mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten – einer der Hauptgründe für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf – liegt u. a. darin begründet, dass zwar die grund-

sätzliche Pflegeausbildung auf Bundesebene gesetzlich geregelt ist, die Fort- und Weiterbildungsregelungen sich jedoch zwischen den Bundesländern unterscheiden. Dies hat zur Folge, dass die 16 deutschen Bundesländer unterschiedliche Arten der Weiterbildung anerkennen. Überdies garantiert die Weiterbildung zur spezialisierten Pflegekraft den Pflegenden (mit Ausnahme der Lehrer für Pflegeberufe) keine in einem Tätigkeitsprofil oder Berufsbild verankerten besonderen Zuständigkeiten oder abgegrenzte Arbeitsfelder. So sind die klassischen beruflichen Entwicklungschancen und altersgerechten Tätigkeits- bzw. Berufswechsel insbesondere im Rahmen horizontaler Karrieren im Pflegebereich eher gering. Die verbleibenden vertikalen Karrieren zur Stations- oder Pflegedienstleitung sind auch heute noch die einzigen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, die in ein arbeitsrechtlich und bezogen auf den Verantwortungsbereich eindeutig beschriebenes neues Tätigkeitsfeld münden (Morschhäuser, 2006). So erweist sich der Pflegeberuf in der stationären Krankenpflege zumeist als berufliche Sackgasse, in der nicht selten das Hinzutreten gesundheitlicher Beeinträchtigungen zur Berufsaufgabe führt. Das Pflegeethermometer 2009 verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass berufliche Entwicklungsmöglichkeiten insbesondere von jüngeren Beschäftigten wahrgenommen werden. Hier plant jede vierte Befragte die Aufnahme eines weiterführenden Studiums. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ältere Beschäftigte kaum berufliche Entwicklungsmöglichkeiten wahrnehmen. Über umfassende Konzepte zur Integration älterer Arbeitnehmer in den Berufsalltag der Krankenpflege berichteten im Pflegeethermometer (2009) nur vier Prozent der Befragten. In den Befragungen zum Pflegeethermometer 2007 berichteten nur 8,4 Prozent der befragten Pflegedirektionen über alternative Einsatzmöglichkeiten für leistungsgewandelte ältere Mitarbeiter.

Dabei entsteht mit dem Strukturwandel im Gesundheitswesen eine Vielzahl neuer Berufsbilder, die zum einen die Tätigkeit von nicht berufsspezifischen Aufgaben entlasten (z. B. Kodierfachkraft,

medizinische Dokumentationsassistenten, Stationsassistenten). Zum anderen erschließen sich für Kliniken in den Bereichen der Prävention und Beratung wie z. B. im Rahmen der Familienpflege, des Case-Managements oder der Präventionsassistenten neue Geschäftsfelder. Die Einführung eines verbindlichen Qualitätsmanagements, das DRG-Management und die engere Verbindung von stationärer und ambulanter Patientenbetreuung im Rahmen des Entlassungsmanagement gehen mit der Entwicklung neuer Tätigkeits- und Berufsfelder im Klinikbereich einher.

Die Vorbereitung auf alternative berufliche Laufbahnen aus dem Bereich der stationären Krankenpflege in andere Tätigkeits- oder Berufsfelder ist ein langfristiger Prozess ebenso wie die Entwicklung geeigneter Strategien, diesen Prozess zu unterstützen. Deshalb ist es gerade für diese Berufsgruppe notwendig, das Prinzip der lebenslauforientierten Karriereplanung zu fördern.

## 5 Umsetzung des Modellprojekts

Der Forschungs- und Beratungsansatz berücksichtigt alle Weichenstellungen im Berufsleben von der Berufswahl bis zum Berufswechsel. Dabei werden fünf Schritte unterschieden:

### 1. Berufsberatung und Bewerberauswahl

Die Übereinstimmung zwischen den Anforderungen des Pflegeberufes und den individuellen Leistungsvoraussetzungen sowie beruflichen Zielen der Bewerberin ist die Basis für einen erfolgreichen Start in ein Berufsleben, welche den Erfolg und die Gesundheit gleichermaßen sicherstellt. Das Projekt „Mein nächster Beruf“ unterstützt die Berufsberatung und Bewerberauswahl durch die Erstellung eines dem Strukturwandel im Gesundheitswesen angepassten Anforderungsprofils für die Krankenpflege.

### 2. Ausbildungskonzepte an den sich verändernden beruflichen Anforderungen ausrichten

Fachwissen allein garantiert heute und in Zukunft in keinem Berufsfeld den Erfolg. Für den Pflegebereich bedeutet das: Erst das Umsetzen von Fachwissen mit den richtigen Methoden in einer spezifischen durch die Interaktion zwischen Patienten und Krankenpflegerin oder -pfleger geprägten Situation sichert Qualität. Im Projekt wurde ein Evaluationskonzept für die berufliche Ausbildung entwickelt, welches den wesentlichen Anforderungen in der Krankenpflege ebenso Rechnung, trägt wie der Vorbereitung auf selbstgesteuertes lebenslanges Lernen im Beruf.

### 3. Weiterbildungskonzepte an neue Herausforderungen anpassen

Betriebliche Gesundheitsförderung und berufsbegleitende Weiterbildung sind wesentliche Bestandteile bei der Vermeidung vorzeitiger Berufsaufgabe. Sie sind jedoch immer noch viel zu selten in ein betriebliches und überbetriebliches Gesamtkonzept integriert. Aus dem Modellprojekt werden Empfehlungen für integrierte Weiterbildungskonzepte abgeleitet, die gezielt den Risiken berufsbedingter Belastungen entgegenwirken und Chancen für die Aufnahme eines neuen Tätigkeitsfeldes bzw. Berufes eröffnen.

### 4. Frühwarnindikatoren für vorzeitige Berufsaufgabe erkennen

Die Auswirkungen berufsbedingter Belastungen werden oft spät, manchmal zu spät sichtbar. Gemeinsam mit betriebsärztlichen Diensten werden im Projekt Frühwarnindikatoren definiert, die gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen ergänzen. Das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken soll den Verbleib im Beruf durch gezielte Prävention und Qualifizierung ermöglichen bzw. den rechtzeitigen Übergang in eine andere Tätigkeit oder einen alternativen Beruf unterstützen.

### 5. Berufsberatung und berufsbegleitende Qualifizierung für eine andere Tätigkeit oder einen anderen Beruf

Ausbildung und Berufserfahrung in der Krankenpflege bieten vielfältige Ansatzpunkte, einmal erworbene Kompetenzen in andere Tätigkeits- oder Berufsfelder einzubringen. Im Projekt wurde nach alternativen Tätigkeits- und Berufsfeldern gesucht, die kritische Belastungen ausschließen und so eine aktive Teilhabe am Erwerbsleben bis zum Rentenalter ermöglichen. Es werden beispielhaft Anforderungen alternativer Berufe beschrieben und der Frage nachgegangen, welche Kompetenzen für einen Tätigkeits- oder Berufswechsel neu erworben werden müssen und auf welche Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Als Heuristik zur Einordnung der von uns im Rahmen des Projektes beschriebenen Erwerbsbiografien und der prinzipiellen Wege eines erfolgreichen Tätigkeits- bzw. Berufswechsels nutzen wir die in Tabelle 1 dargestellte „Karrierematrix“. Dabei wird davon ausgegangen, dass die gesundheits- und lernförderliche Gestaltung der Erwerbsbiografie auf vier Wegen erfolgen kann:

- a) den Wechsel in eine – bezogen auf die bisherigen kritischen beruflichen Belastungen – belastungsarme Tätigkeit im erlernten Beruf im Unternehmen,
- b) den Berufswechsel im Unternehmen über die berufsbegleitende Qualifizierung in einen neuen Beruf,
- c) den Wechsel in eine – bezogen auf die bisherigen kritischen beruflichen Belastungen – belastungsarme Tätigkeit im erlernten Beruf außerhalb des Unternehmens und
- d) den Berufswechsel in ein anderes Unternehmen über die berufsbegleitende Qualifizierung in einen neuen Beruf.

Tabelle 1: Karrierematrix

	Tätigkeitswechsel	Berufswechsel
Verbleib im gleichen Unternehmen		
Wechsel in ein anderes Unternehmen		

An erster Stelle steht immer der Verbleib im Unternehmen. Aufgezeigt wird, wie aktuelle Veränderungen in Unternehmen, wie z. B. das Entstehen neuer Geschäftsfelder oder Zusammenschlüsse von Unternehmen dafür genutzt werden können.

## 6 Eingesetzte Methoden

Um Frühwarnindikatoren für eine drohende Berufsaufgabe zu identifizieren, wurden zehn Betriebsärzte interviewt. Zur Analyse der aktuellen und zukünftigen Anforderungen in der stationären Krankenpflege wurden 200 Stellenanzeigen ausgewertet, 15 Personalverantwortliche telefonisch und zehn Verwaltungsdirektoren, Schuldirektoren und Pflegedienstleitungen schriftlich befragt. Für die Suche nach geeigneten Strategien zur Verlängerung der Verweildauer im Beruf wurden Fachkräfte in der stationären Krankenpflege in verschiedenen Krankenhäusern befragt. Für die Entwicklung der Karrierematrix und zur Darstellung beispielhafter Karrierepfade wurden Berufswechsler aus der stationären Krankenpflege in andere Tätigkeiten und Berufe interviewt. Dabei wurde unterschieden zwischen erfolgreichen Berufsweslern aus eigener Initiative und Berufsweslern, die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen gezwungen waren, ihren Beruf aufzugeben.

Die Vorgehensweise wird bei der Darstellung der Ergebnisse näher beschrieben und kann ausführlich in der Anlage 1 zu diesem Report (Ulbricht, 2010) nachgeschlagen werden.

## 7 Ergebnisse

### 7.1. Frühwarnindikatoren

Es wurde eine Expertengruppe von zehn Betriebsärzten befragt, die mit den gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen im Bereich der stationären Krankenpflege beauftragt sind. Gefragt wurde nach Frühwarnindikatoren, die Hinweise auf arbeitsbedingte Fehlbeanspruchungen vor dem Auftreten einer manifesten gesundheitlichen Beeinträchtigung geben können.

Die Praxis der Verdachtsanzeigen und Anerkennung von Berufskrankheiten bedürfen aus Sicht der befragten Betriebsärzte einer Anpassung an die veränderten Belastungen und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern. Erst dann kann das gesamte Ausmaß der Risiken berufsbedingter Erkrankungen im Bereich der Kranken- und Altenpflege abgeschätzt werden. Die Richtlinien der betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (G 24 und G 42) legen den Schwerpunkt auf das Feststellen und Dokumentieren von Risiken in den Bereichen Hauterkrankungen und Infektionsschutz. Vor diesem Hintergrund muss festgestellt werden: Frühwarnindikatoren können derzeit nur dann rechtzeitig erkannt werden, wenn der Klient oder der Betriebsarzt über die dokumentationspflichtige Untersuchung hinausgehende Beschwerden ansprechen. Als Frühwarnindikatoren wurden durch die Betriebsärzte benannt:

- Schlafstörungen (70 Prozent),
- allgemeine Erschöpfung (70 Prozent),
- allgemeines Unwohlsein (60 Prozent),
- unklare Herz-Kreislaufbeschwerden (60 Prozent),

- Spannungszustände (insbesondere im Bereich der Halswirbelsäule) (30 Prozent),
- allgemeine Rückenbeschwerden (20 Prozent),
- depressive Symptome (zehn Prozent).

Diese Beschwerden werden auch durch die repräsentative Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für berufliche Bildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2005/2006 für den Pflegebereich bestätigt (BAuA-Pressemitteilung 75/07 vom 14. November 2007, vgl. Anlage, Tabelle A5).

### 7.2. Anforderungen in der stationären Krankenpflege

#### 7.2.1. Gegenwärtige Anforderungen

Im Zentrum der Arbeitsschutzforschung stehen vor allem die körperlich-physiologischen Arbeitsbelastungen. Dabei konnten für den Bereich der stationären Krankenpflege folgende gesundheitsrelevante Arbeitsbelastungen identifiziert werden (zusammenfassend vgl. Hoffmann, 1994):

- Belastungen durch toxische, mutagene und allergene Stoffe, die beispielsweise Hauterkrankungen hervorrufen können,
- Infektionsgefahren,
- Strahlenexposition,
- Belastung des Bewegungs- und Stützapparates durch Heben, Tragen und Lagern und
- Gefahr von Stich- und Schnittverletzungen.

Im Rahmen arbeitspsychologischer Forschungen konnten folgende gesundheitsrelevante psychosoziale Arbeitsbelastungen in der stationären Krankenpflege identifiziert werden:

- Zeitdruck durch Arbeitsverdichtung und damit fehlende Zeit für die Pflege und das Gespräch mit dem Patienten und Angehörigen,
- Belastungen aus der emotionalen Auseinandersetzung mit Patienten,
- Belastungen aus der Zusammenarbeit mit Ärzten und Kollegen,
- Grenzen der Planbarkeit und Unwägbarkeiten durch die Arbeit mit Patienten und
- Grenzen der Planbarkeit und Unwägbarkeiten durch die Arbeitsorganisation (z.B. durch Arbeitsunterbrechungen, kurzfristige ärztliche Anordnungen, mangelnde Informationsflüsse, Wartezeiten vor Aufzügen etc.).

#### 7.2.2. Veränderungen in den Anforderungen

Die aktuellen strukturellen Änderungen in der stationären Pflege, die die Veränderungen in den Anforderungen bedingen, verdeutlicht Abbildung 2.

Für die Analyse der daraus resultierenden Veränderungen der Anforderungen in der stationären Krankenpflege werden verschiedene Quellen und Erhebungsarten genutzt:

1. Analyse von 200 aktuellen Stellenanzeigen,
2. Interviews mit zehn Betriebsärzten und Telefoninterviews mit 15 Geschäftsführern von Kliniken in privater bzw. gemeinschaftlicher Trägerschaft und

3. eine schriftliche Befragung von 20 Pflegedienstleitern, Personalleitern und Verwaltungsdirektoren,
4. die Auswertung einer Teilstichprobe des Datensatzes der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 von N=1251 zu Fragen der subjektiv erlebten Anforderungen im Pflegeberuf im Vergleich zu einer repräsentativem Stichprobe der Erwerbsbevölkerung.

Die Ergebnisse der Analyse der Veränderungen in den Anforderungen werden im Folgenden dargestellt. Die quantitative Darstellung der Ergebnisse aus dem 1. und 3. Schritt befindet sich in der Anlage in Tabelle A6 und A7.

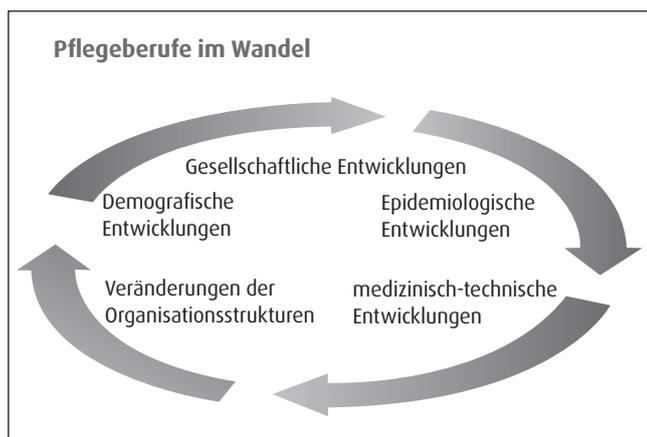


Abbildung 2: Pflegeberufe im Wandel

Betrachten wir zunächst die allgemeine Entwicklung im Bereich der stationären Gesundheits- und Krankenpflege. Die interviewten Experten aus Kliniken sowie dem betriebsärztlichen Bereich gehen davon aus, dass sich mit den demografischen Entwicklungen sowohl bestimmte Krankheitsbilder als auch die Patientenstruktur ändern. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung von Personalleitern, Pflegedienstleitern und Verwaltungsdirektoren zeigen, dass diese Entwicklungen im stationären Pflegebereich erkannt worden sind. Dies wird deutlich am Stellenwert, den Beratung für chronisch Kranke und ihre Angehörigen hat, aber auch in der inhaltlichen Ausrichtung des als sehr bedeutsam beschriebenen Spezialistenwissens. Epidemiologische Veränderungen und Entwicklungen in der Medizintechnologie werden aus der Sicht der Befragten zu einer zunehmenden Spezialisierung im stationären Pflegebereich führen.

Die Gesetzgebung, aber auch die Entwicklungen am Markt stellen neue Herausforderungen an die Pflege. In den Interviews mit den Experten aus Kliniken sowie dem betriebsärztlichen Bereich wurden vor diesem Hintergrund Patienten- und Dienstleistungsorientierung sowie unternehmerisches und betriebswirtschaftliches Denken und Handeln als wesentliche Anforderungen an die Tätigkeit in der stationären Krankenpflege herausgestellt. Patienten- und Dienstleistungsorientierung nimmt auch in der Befragung der Personalleiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsdirektoren einen hohen Stellenwert ein. Unternehmerisches Denken und Handeln und die dafür notwendigen betriebswirtschaftlichen Kenntnisse sowie das Wissen über organisationale Abläufe im Unternehmen spielten demgegenüber eine untergeordnete Rolle. In den analysierten

Stellenanzeigen wurde beiden Anforderungen ein eher geringer Stellenwert zugemessen.

Übereinstimmend messen alle Datenquellen der Teamarbeit sowie der bereichsübergreifenden interdisziplinären Zusammenarbeit eine gleich hohe Bedeutung zu. Auch der Eigenverantwortung beim Gestalten der Arbeitsabläufe in Hinblick auf Qualität und Effizienz wird in allen Datenquellen eine gleich hohe Bedeutung beigegeben. Anforderungen in Bezug auf die Eigenaktivität beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit durch selbstgesteuertes Lernen und aktive Gesundheitsprävention spielen demgegenüber keine Rolle. So verwundert es nicht, dass Anforderungen, die aus der berufsbildtypischen Emotionsarbeit erwachsen, in den Stellenanzeigen eine eher untergeordnete Bedeutung hatten und im Ergebnis der schriftlichen Befragungen der Personalleiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsdirektoren keine Rolle spielten. Es war aber der ausdrückliche Tenor in den Interviews mit den Geschäftsführern der Kliniken und mit den Betriebsärzten, dass in diesem Bereich Eigenaktivität und Eigenverantwortung das Berufsbild in Zukunft wesentlich mehr bestimmen wird als heute. Eigenaktivität und Eigenverantwortung kann aber nur dann erwachsen, wenn die damit verbundenen Anforderungen im Berufsbild transparent gemacht werden. Ebenso wenig wurde in den Stellenanzeigen und in den Aussagen der Personalleiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsdirektoren der Forderung nach interkulturellen Kompetenzen Rechnung getragen.

Zusammenfassend wird geschlussfolgert:

- Einige gegenwärtige und zukünftige Anforderungen an das Berufsbild der stationären Gesundheits- und Krankenpflege angesichts des strukturellen Wandels im Gesundheitswesen sind in der Praxis „angekommen“. Es ist die Frage, wie Berufsberatung, Bewerberauswahl, Berufsausbildung, Arbeits- und Organisationsgestaltung sowie berufsbegleitende Qualifizierung den veränderten Anforderungen gerecht werden, um den daraus resultierenden arbeitsbedingten Belastungen und deren Folgen entgegenzuwirken.
- Andere Anforderungen, die das Berufsbild der stationären Gesundheits- und Krankenpflege zukünftig immer stärker prägen werden, wurden bisher weitgehend ignoriert. Es sind gerade jene Anforderungen, die den Wandel des Berufsbildes beschreiben. So sind beispielsweise unternehmerisches Denken und Handeln nur teilweise kompatibel mit dem klassisch alt-rustischen Berufsverständnis der Krankenpflege.
- Um einer Berufsaufgabe aufgrund erlebter Belastungen (z.B. durch Konflikte im subjektiven Verständnis des Berufsbildes und der beruflichen Realität) sowie berufsbedingten Erkrankungen vorzubeugen, bedarf es jedoch der Entwicklung eines ganzheitlichen neuen Berufsbildes in der Krankenpflege, in dem sowohl den Anforderungen, die aus der Arbeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie mit allen Berufsgruppen erwachsen als auch unternehmerischen Interessen Rechnung getragen wird.

## 7.3. Der Tätigkeits- bzw. Berufswechsel

Arbeits- und Organisationsgestaltung, altersgerechte Personalentwicklung und Gesundheitsvorsorge sind ein Weg, den Risiken arbeitsbedingter Fehlbeanspruchung in der stationären Krankenpflege erfolgreich entgegenzuwirken. Doch die in Kapitel 4 dokumentierten Befunde legen nahe, dass in diesem Berufsfeld nicht allen erwerbsarbeitsbedingten Belastungen auf diesem Wege der Prävention erfolgreich begegnet werden kann. Tätigkeits- oder Berufswechsel vor dem Auftreten arbeitsbedingter Erkrankungen weisen einen alternativen Weg, die Beschäftigungsfähigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters zu erhalten. Vor diesem Hintergrund wurde untersucht, unter welchen Bedingungen und in welche Tätigkeits- bzw. Berufsfelder Beschäftigte aus dem Bereich der stationären Krankenpflege wechseln und was den Erfolg eines Wechsels kennzeichnet.

Es wurden insgesamt 21 examinierte Krankenschwestern und Krankenschwester befragt, die in eine andere Tätigkeit oder einen anderen Beruf gewechselt sind (15) bzw. diesen Wechsel über eine Qualifizierungsmaßnahme bei einem Berufsförderungswerk anstreben (6). Die Variationsbreite des Ausstiegs lag zwischen drei Monaten und 13 Jahren.

Die Ergebnisse der Interviews für die Berufs- bzw. Tätigkeitswechsler und für die Teilnehmerinnen an einer Umschulungsmaßnahme durch das Berufsförderungswerk werden getrennt dargestellt. Bei allen Interviews standen folgende Fragen im Mittelpunkt:

1. Welche Veränderungen im Arbeitsalltag und welche Belastungen wurden in den letzten Jahren im erlernten Beruf erlebt?
2. Was waren die Gründe für den Wechsel in eine neue Tätigkeit bzw. einen neuen Beruf?
3. Was kennzeichnet die Tätigkeiten im Zielberuf?
4. Welche beruflichen Erfahrungen konnten genutzt werden und was war neu?
5. Was haben Berufsbiografien von Berufs- bzw. Tätigkeitswechslern aus dem Bereich der stationären Krankenpflege gemeinsam?
6. Was unterscheidet die Berufsbiografien der Berufswechsler, die aus eigener Initiative gewechselt haben, von denen, die aus gesundheitlichen Gründen zum Wechsel gezwungen waren?

### 7.3.1. Erfolgreiche Berufs- bzw. Tätigkeitswechsel aus eigener Initiative

Befragt wurden 15 examinierte Krankenschwestern und Krankenschwester, die aus dem Bereich der stationären Krankenpflege erfolgreich in ein anderes Tätigkeits- oder Berufsfeld gewechselt sind. Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden über Zeitungsannoncen gewonnen. Die Gelegenheitsstichprobe bestand aus 14 Frauen und einem Mann. Der Altersdurchschnitt lag bei 39 Jahren mit einer Variationsbreite von 26 bis 47 Jahren. Sechs der Befragten waren verheiratet, vier lebten in Lebensgemeinschaft.

**Welche Veränderungen im Arbeitsalltag und welche Belastungen wurden in den letzten Jahren im erlernten Beruf erlebt?**

Im Interview wurde nach den Auswirkungen der strukturellen Veränderungen im Gesundheitssektor auf den eigenen Arbeitsalltag gefragt. Abbildung 3 veranschaulicht die Ergebnisse.

Die von uns Befragten erlebten in den letzten Jahren ihrer beruflichen Tätigkeit in der stationären Krankenpflege alle eine Zunahme des Zeitdrucks und beklagten, immer weniger Zeit für die Arbeit mit dem Patienten gehabt zu haben. Darüber hinaus waren es trotz technischer Hilfen körperliche Belastungen, die erlebt wurden. Eine Befragte schilderte die Situation so: „Früher haben wir meistens zu zweit am Patienten gearbeitet. Das war dann in den letzten Jahren nicht mehr so. Und technische Hilfsmittel sind ja ganz schön. Aber ehe man die geholt hat, hat man es eben ohne gemacht. Es war ja immer der Zeitdruck im Nacken.“

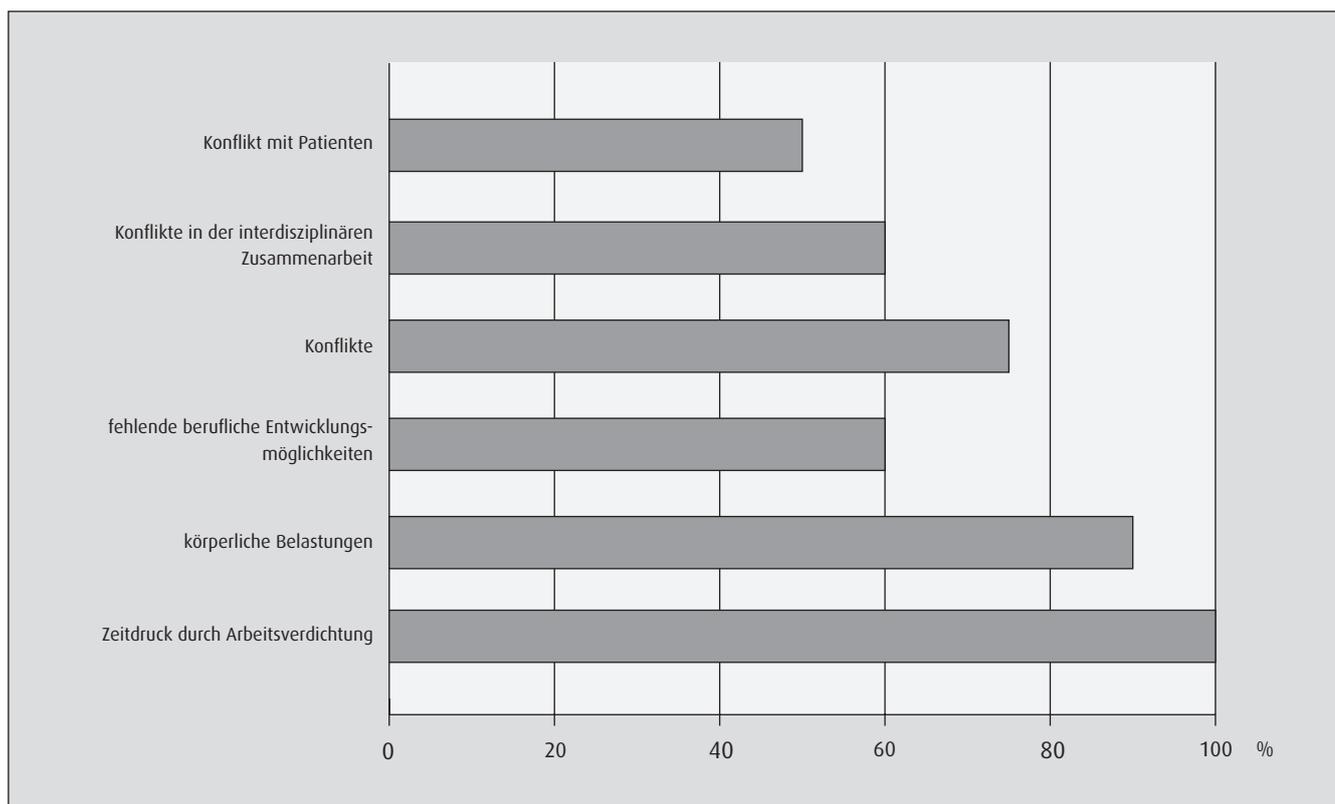
Zunehmend wurden auch soziale Konflikte im Team spürbar: „Durch den Personalabbau gab es immer mehr Konkurrenzdenken. Und jeder hat geschaut, was der andere macht und ob er auch wirklich genauso viel arbeitet. Und dann kamen die jungen Schwestern mit einem ganz anderen Berufsverständnis. Die wollten Geld verdienen. Nein, einen Zusammenhalt gab es da nicht mehr.“ – sagte eine der Befragten rückblickend. „Und dann wurden wir immer mehr zu Befehlsempfängern, da war kein eigenständiges Denken mehr gefragt. Die Distanz zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich ist immer größer geworden. Gemeinsame Besprechungen, wo auch unsere Meinung gehört wurde, gab es nicht mehr.“ – sind die Erfahrungen einer der Befragten, die angaben, dass Konflikte in der interdisziplinären Zusammenarbeit den Arbeitsalltag immer mehr belasteten. Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten vermissten 60 Prozent der Befragten. Eine der Interviewpartnerinnen schildert das so: „Eigenständiges Denken war doch gar nicht mehr gefragt und wo sollte das enden. In Qualifizierung wurde immer weniger investiert und wenn, dann waren immer nur die ganz Jungen dran.“

### Was waren die Gründe für den Wechsel in eine neue Tätigkeit bzw. einen neuen Beruf?

Im Interview wurde gefragt, welche Gründe es für den Wechsel gab. Darauf folgte eine Reihe von Aussagen, die im Folgenden unter der Kategorie „Entzauberung des Berufsbildes“ kurz zusammengefasst wird.

Die in Kapitel 7.2.2. beschriebenen veränderten Anforderungen in der stationären Krankenpflege haben bei den Befragten zu einer veränderten Wahrnehmung des Berufsbildes geführt. Diese Veränderungen begründeten im Wesentlichen den Tätigkeits- bzw. Berufswechsel. Die folgenden Zitate beschreiben die persönliche Wahrnehmung des sich wandelnden Berufsbildes:

„Ich war immer mehr frustriert. Das war nur noch eine Massenabfertigung. Nichts war mehr, wie ich es gelernt hatte. Irgendwann war mir klar, das will ich nicht bis zur Rente machen. Ich wollte selbstständiger arbeiten. Mehr Verantwortung übernehmen. Hier war das ja alles nur noch arbeiten nach Vorschrift und unter hohem Zeitdruck.“ „Die jungen Krankenschwestern haben nicht mehr die Helfermentalität. Sie arbeiten nicht mit dem Patienten, sondern schreiben einfach vor, was er zu tun hat. Und das wird toleriert,



**Abbildung 3: Erlebte Belastungen in den letzten Berufsjahren im Bereich der stationären Krankenpflege (Anteil der Befragten, die über diese Belastungen berichten, in Prozent)**

weil es effizient ist. Aber mit Patientenorientierung hat das nichts zu tun. Deshalb gibt es ja auch immer mehr Patientenbeschwerden hier im Haus.“

Am häufigsten benannten die Befragten als Gründe für den Wechsel neben der Entzauberung des Berufsbildes geistige Unterforderung und fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sowie soziale Konflikte in der Zusammenarbeit im Team, aber auch in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereich. Finanzielle oder familiäre Gründe spielten demgegenüber eine untergeordnete Rolle (Abbildung 4). Die fehlenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten wurden dabei von 80 Prozent der Befragten als ein Grund für den Wechsel benannt, die zum Zeitpunkt der Befragung jünger als 35 Jahre als waren.

Keine der Befragten bereut heute die Entscheidung, aus der stationären Krankenpflege in einen anderen Beruf oder eine andere Tätigkeit gewechselt zu haben. Für die Mehrzahl der Befragten ist es wichtig, heute selbstständige Entscheidungen treffen zu können und weiter für Menschen da zu sein. Eine der Interviewpartnerinnen, die in die ambulante Pflege wechselte, schildert das so: „Ich bin froh, heute selbstständig arbeiten zu können. Nein, ich möchte nicht mehr zurück. Ich habe den Wechsel keinen Tag bereut. Ich kann heute für Menschen da sein und Vertrauen aufbauen. Und ich bin froh, heute allein arbeiten zu können.“ Eine andere Interviewpartnerin, die heute im sozialen Dienst der Klinik arbeitet, resümiert: „Man war ja gar nicht mehr für den Patienten da, der war doch nur noch eine Kostenstelle. Nein, ich habe den Wechsel

keinen Tag bereut. Heute trage ich eigene Verantwortung und habe die Möglichkeit, mich beruflich weiterzuentwickeln.“ Eine Produktberaterin beschreibt rückblickend die Arbeitsbedingungen in ihrem ehemaligen Wunschberuf: „Da kam auch eine ganz andere Generation von jungen Ärzten. Für die waren wir nur noch Handlanger, da hat uns niemand gefragt, wie wir das sehen. Und wenn etwas schief ging, waren wir daran schuld. Ich habe den Wechsel keinen Tag bereut.“

Für alle Befragten war der Beruf der Krankenschwester bzw. des Krankenpflegers der Wunschberuf. Kenntnisse über den Krankenhausalltag vor Ausbildungsbeginn aus eigener Erfahrung hatten allerdings nur zwei der Befragten. Über im Krankenhaus tätige Angehörige berichten zwei weitere Befragte.

Die durchschnittliche Verweildauer im Beruf lag bei acht Jahren mit einer Variationsbreite von drei Monaten bis zu 20 Jahren. Dabei verblieben die Befragten unter 35 Jahren im Mittel nur zwei Jahre im Beruf, Befragte über 35 Jahre im Mittel elf Jahre.

Alle Befragten hatten im Verlauf ihrer Erwerbsbiografie im Bereich der stationären Krankenpflege mehrfach das Unternehmen bzw. im Unternehmen die berufliche Tätigkeit gewechselt. 60 Prozent berichteten über zwei Wechsel, 40 Prozent über drei und mehr Wechsel. Transferleistungen von Sozialversicherungsträgern wurden nur von einer Befragten in Anspruch genommen. 14 Befragte (93 Prozent) erwarben im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Zusatzqualifikationen, z. B. als Mentorin in der Anleitung von

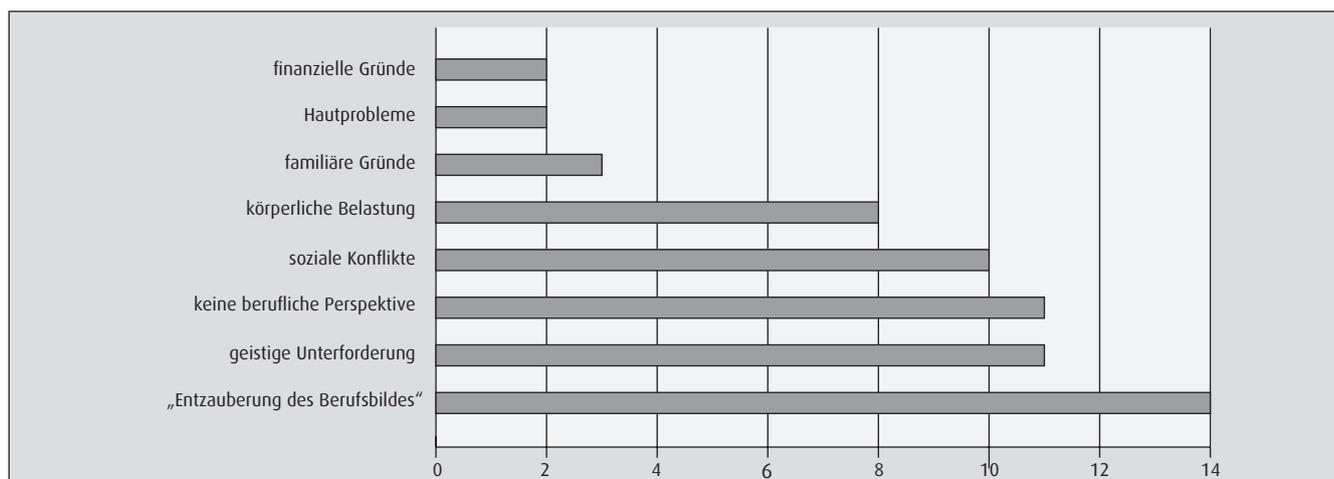


Abbildung 4: Gründe für den Berufswechsel (Anzahl der Nennungen, Mehrfachnennungen möglich)

Auszubildenden, als Fachkrankenschwester für Intensivmedizin oder als stellvertretende Stationsleiterin. Die Tätigkeits- bzw. Unternehmenswechsel und der Erwerb der Zusatzqualifikationen erfolgten durch eigene Aktivitäten. Zudem berichteten über 80 Prozent der Befragten, Lernchancen auch im beruflichen Alltag aktiv gesucht zu haben. Allerdings gaben diese Befragten auch an, dass sich die Lernchancen mit den strukturellen Veränderungen in den Einrichtungen immer mehr verringerten (vgl. Abbildung 4).

Nicht alle Befragten waren nach dem ersten Wechsel in ihrem zukünftigen Wunschberuf angekommen. Sieben der Befragten (47 Prozent) wechselten noch einmal, zwei Befragte (13 Prozent) mehr als einmal. Eine ehemalige Sachbearbeiterin einer Krankenkasse schildert das so: „Ich war irgendwie nicht glücklich. Mir fehlte der Kontakt zu Menschen. Ich habe immer weiter gesucht. Zuerst im Unternehmen, dann aber auch außerhalb. Dann habe ich meine Chance bekommen. Heute bin ich als selbstständige Produktberaterin für technische Hilfsmittel zufrieden.“

Betrachtet man die von den Befragten derzeit ausgeübten Berufe, so zeigt sich, dass über 90 Prozent auch in der neuen Tätigkeit bzw. dem neuen Beruf im Gesundheitssektor verblieben. 15 Prozent verblieben im Beruf und wechselten die Tätigkeit mit dem Erwerb einer Zusatzqualifikation. Fünf Prozent der Befragten erwarben mit dem Berufswechsel einen zusätzlichen Berufsabschluss (Tabelle 2). Dieses Ergebnis deckt sich mit einer Befragung von Berufshelfern der Bezirksverwaltung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Würzburg, in der festgestellt wurde, dass die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung nach Berufsaufgabe zu mehr als 80 Prozent im Gesundheitssektor erfolgt.

#### Was kennzeichnet die Tätigkeiten nach dem Wechsel?

Es sind Merkmale einer lernförderlichen Arbeitsgestaltung, die die neuen beruflichen Tätigkeiten der Befragten kennzeichnen. Eine Interviewpartnerin schildert: „Hier kann ich Arbeit selbst planen und ich bin für das Ergebnis der Arbeit verantwortlich. Ich bin nicht mehr nur ein Teilchen in einem Getriebe, sondern ein ganzer Mensch.“ Eine andere Interviewpartnerin: „Ich bin froh, selbstständig arbeiten zu können und Verantwortung zu tragen. Natürlich

bedeutet das auch, dass eben erst Feierabend ist, wenn die Arbeit erledigt ist. Und ich bin auch froh, dass ich allein arbeiten kann, nicht mehr mit all diesen kleinen Konflikten im Team und zwischen den einzelnen Bereichen.“

Tabelle 2: Die Tätigkeiten und Berufe nach erfolgreichem Wechsel im Spiegel der Karrierematrix

	Tätigkeitswechsel	Berufswechsel
Verbleib im gleichen Unternehmen	stellvertretende Stationsleiterin	Kodierfachkraft Sozialarbeiterin
Wechsel in ein anderes Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teamleiterin ambulante Pflege</li> <li>• Soziotherapeut in der ambulanten Pflege</li> <li>• arbeitsmedizinische Assistentin</li> <li>• Produktberaterin für medizinisch-technische Geräte</li> <li>• Teamleiterin und Produktberaterin für medizinische Hilfsmittel</li> <li>• Sozialarbeiterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Case-Managerin für Frauen mit Brustkrebs</li> <li>• Qualitätsmanagerin und Pflegesachverständige</li> <li>• Diplom-Psychologin</li> <li>• MBA (Master of Business Administration) Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement</li> <li>• Sachbearbeiterin bei einer Krankenkasse</li> <li>• Trainerin und Beraterin im Gesundheitssektor</li> <li>• Kauffrau in der Wohnungswirtschaft</li> </ul>

Die mit den neuen Tätigkeiten und Berufen verbundenen Anforderungen lassen sich wie folgt beschreiben:

- Es sind aus arbeitspsychologischer Sicht zyklisch und hierarchisch vollständige Tätigkeiten, die die Selbstständigkeit in der Planung, Durchführung und Ergebniskontrolle bei der Aufgabenerfüllung ermöglichen (100 Prozent der Nennungen im Interview).
- Es sind Tätigkeiten, die in „Einzelarbeit“ ausgeführt werden (100 Prozent der Nennungen im Interview). Nur 47 Prozent der Befragten sind in ein Team eingebunden, in dem aber jeder seine Aufgaben eigenständig erfüllt.

- Es sind Tätigkeiten, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Fachbereichen erfordern (100 Prozent der Nennungen im Interview).
- Es sind Tätigkeiten, die den unmittelbaren Kontakt zu Menschen ermöglichen (80 Prozent der Nennungen).
- Es sind Tätigkeiten, die die Anerkennung der eigenen Leistung durch sichtbare Erfolge gewährleisten (80 Prozent der Nennungen im Interview).
- Es sind Tätigkeiten, die die Chance selbstgesteuerten Lernens beinhalten (80 Prozent der Nennungen im Interview).
- Es sind jedoch nur selten Tätigkeiten, die die Unterstützung der beruflichen Weiterentwicklung durch institutionelle Angebote beinhalten (27 Prozent der Nennungen im Interview).

### Welche beruflichen Erfahrungen konnten genutzt werden und was war neu?

Alle Befragten gaben an, dass ihnen in der neuen Tätigkeit bzw. dem neuen Beruf die Erfahrungen im Umgang mit Menschen – sowohl in der Teamarbeit als auch in der Arbeit mit Patienten – genutzt haben. Eine Interviewpartnerin beschreibt das so: „Ich fühle mich sicher im Umgang mit Menschen. Auch wenn ich oft zwischen allen Stühlen sitze, komme ich zurecht. Ich habe in meiner früheren Arbeit viele Erfahrungen sammeln können in der Bewältigung von Konflikten.“

Alle Befragten, die im Gesundheitssektor verblieben sind, profitieren außerdem von ihren Erfahrungen und Fachkenntnissen aus der Krankenpflege und den Abläufen im stationären Bereich. Beispielhaft dafür stehen die folgenden Aussagen: „Es fällt mir nicht schwer, die Hilfsmittel und Geräte zu erklären und die Schulungen durchzuführen. Ich habe ja mit ähnlichen Dingen selbst gearbeitet. Und ich weiß auch, wenn ich einmal gehen muss, weil ich sonst die Abläufe störe. Mit meinen beruflichen Erfahrungen werde ich auch von den Ärzten ernst genommen.“ „Für das Qualitätsmanagement kann ich viele Ideen einbringen, weil ich weiß, was anders laufen könnte. Z.B. die Dienstübergabe eben nicht im Stationszimmer, sondern als Schwesternvisite direkt am Bett des Patienten. Z.B. im Entlassungsmanagement weiß ich, an wen ich mich wann wenden kann und kann dann aber auch auf Augenhöhe diskutieren, denn ich kenne ja die Abläufe auf Station, die Sicht der Ärzte und Schwestern, aber auch die der Patienten und Angehörigen.“ Diese Aussagen stehen aber auch für die Tatsache, dass alle neuen Tätigkeiten bzw. Berufe unserer Befragten durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, die im Klinikalltag oft als belastend erlebt wurde, gekennzeichnet sind: „Als Case-Managerin muss man über den Tellerrand hinaussehen und mit allen verantwortlichen Fachbereichen zusammenarbeiten.“

Knapp die Hälfte unserer Interviewpartnerinnen (47 Prozent) stimmte darin überein, dass ihnen bei der Bewältigung der neuen beruflichen Anforderungen ihre Lernerfahrungen aus dem alten Beruf geholfen haben. „Mir fällt es nicht schwer, anderen Leuten etwas zu erklären. Da hilft mir meine Erfahrung als Mentorin in der Betreuung von Auszubildenden. Ich habe durch meine Wechsel in verschiedene Häuser immer dazu gelernt und auch aktiv nach Möglichkeiten zum Lernen gesucht.“

Befragt nach Lernanforderungen im neuen Beruf, stand für alle Befragten der Erwerb von Fachwissen im Vordergrund. Die Mehrzahl der Befragten (73 Prozent) berichteten allerdings auch, dass für sie die selbstständige Arbeitsorganisation sowie die Eigenverantwortung für die Aufgabenerfüllung neu waren: „Für mich war es eine große Umstellung, dass ich plötzlich meine ganze Arbeit selbst organisieren musste. Auf Station war das ja alles vorgegeben. Jetzt musste ich entscheiden, was mache ich zuerst, was ist das Wichtigste und was kommt dann. Neu war auch, dass ich jetzt allein verantwortlich für die Erfüllung der Aufgaben war. Da war nicht nach Schichtende Feierabend, sondern wenn alles erledigt war, was ich für den Tag erledigen musste.“ „Ich bin jetzt für den ganzen Menschen verantwortlich, für alles. Und das war völlig neu für mich. Ich muss Entscheidungen treffen. Und das nicht nur für acht Stunden am Tag, sondern bis der Fall abgeschlossen ist.“

Für über die Hälfte der Befragten war der Erwerb von Fachwissen in Formen institutionellen oder selbstorganisierten Lernens eine Anforderung, deren Bewältigung sie erst „wieder lernen“ mussten. Eine zu Beginn ihres Studiums 26-jährige Befragte schildert das so: „Ich hätte nie gedacht, dass man Lernen so schnell verlernt. Mir ist es wirklich schwer gefallen, mich wieder an das Lernen zu gewöhnen. Ich war so an den Trott der vorgeschriebenen Aufgaben gewöhnt.“ Auch einer zu Beginn ihres Studiums 28-jährigen Befragten viel der Studieneinstieg schwer: „Es war schon eine große Umstellung. Ich musste das Lernen erst wieder lernen.“ Aber auch in anderen Karrierepfaden fiel das Zurück zum Lernen nicht immer leicht: „Ich habe zwar regelmäßige Produktschulungen, aber vieles muss ich mir eben selbst erarbeiten, um immer auf dem neusten Stand zu sein. Und das ist mir am Anfang schwer gefallen. Man war es ja so gewöhnt, das man eine Schulung für alles Neue bekam und der Rest war Routine.“

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass alle Befragten von den im Beruf erworbenen Schlüsselqualifikationen aus dem Bereich sozialer Kompetenzen bei der Bewältigung der neuen beruflichen Anforderungen profitierten. Dies gilt insbesondere für die in allen Tätigkeiten notwendige Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Fachbereichen und Fachdisziplinen. Die Interviewpartnerinnen, die im Gesundheitssektor verblieben, profitierten außerdem von ihren Fachkenntnissen sowie den Kenntnissen der Strukturen und Abläufe in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Eine neue Herausforderung stellte für die Befragten die selbstständige Arbeitsorganisation und die Eigenverantwortung für die Erfüllung ganzheitlicher Arbeitsaufgaben dar. Dort, wo die Tätigkeit im Bereich der stationären Gesundheits- und Krankenpflege langfristig und bis nahe an den Berufswechsel Lernchancen eröffnete, fiel den Befragten der Erwerb des für die neue Tätigkeit bzw. den neuen Beruf notwendige Fachwissen weniger schwer, als jenen Befragten, die Lernchancen seltener erlebten oder aktiv suchten. Dabei fällt auf, dass es gerade die jüngeren Befragten waren, die nach relativ kurzer Verweildauer im erlernten Beruf über eine „Lernentwöhnung“ berichteten.

Im Folgenden werden die Karrierepfade von drei Interviewpartnerinnen nachgezeichnet, die erfolgreich aus dem Bereich der

stationären Krankenpflege in eine neue Tätigkeit bzw. einen neuen Beruf wechselten. Die drei Fälle sollen die zusammengefassten Ergebnisse der Interviews illustrieren. Hier werden sie nochmals in die Karrierematrix eingeordnet (Tabelle 3).

**Tabelle 3: Fallbeispiele in der Karrierematrix**

	Tätigkeitswechsel	Berufswechsel
Verbleib im gleichen Unternehmen		Fallbeispiel 1: Kodierfachkraft
Wechsel in ein anderes Unternehmen	Fallbeispiel 2: Teamleiterin und Produktberaterin für medizinische Hilfsmittel	Fallbeispiel 3: Case-Managerin für Frauen mit Brustkrebs

■ **Fallbeispiel 1:**

Wechsel von der stationären Gesundheits- und Krankenpflege zur Kodierfachkraft in der Klinikverwaltung

Die Kernaussage

„Ich bin froh, dass ich gewechselt habe. Nach 20 Jahren Intensivstation ist da einfach Schluss, zumal unter den heutigen Bedingungen.“

Die Berufswahl

„Krankenschwester war schon immer mein Wunschberuf. Ich bin deshalb auch nicht auf die Erweiterte Oberschule (Abitur) gegangen. Meine Familie war schon immer sozial sehr engagiert, besonders meine Mutter. Ich hatte außerdem Erfahrungen mit der Pflege kranker Menschen in unserer Familie.“

Der Berufseinstieg (Intensivstation, Universitätsklinik)

„Ich wollte unbedingt in den OP-Bereich. Dort habe ich auch mein Examen gemacht. Mir war von Anfang an wichtig, immer neue Dinge zu lernen. Das wäre so im Stationsbereich nicht möglich gewesen.“

Die Lernchancen im Beruf wurden positiv bewertet. Als Belastungen berichtet die Befragte die schwere körperliche Arbeit nicht nur bei der Pflege der Patienten, sondern auch bei den Reinigungsarbeiten und anderen heute in den Servicebereich ausgelagerten Nebentätigkeiten.

Der erste Wechsel

(Stationäre Pflege in der Radiologie einer Universitätsklinik)

**Was waren die Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?**

Der erste Tätigkeitswechsel wurde notwendig aufgrund einer Kontaktallergie mit Reinigungssubstanzen mit der Gefahr des Berufsaufgebzwangs. Der Tätigkeitswechsel wurde von der Pflegedienstleitung unterstützt.

**Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?**

Bei der Bewältigung der zum Teil neuen Arbeitsanforderungen „haben die Kenntnisse aus der Ausbildung viel geholfen.“

Die Zusammenarbeit im Team, aber auch das Engagement für das Team wurden positiv bewertet. „Außerdem gehörte die Zuwendung zum Patienten und die dafür notwendige Zeit zum normalen Arbeitsalltag. Es gab auch immer wieder neue Technik und neue Verfahren. Und Lernen und das Gelernte anzuwenden, ist mir immer ganz wichtig gewesen. Aber auch auf dieser Station mussten wir oft improvisieren. Es gab nur wenige Hilfsmittel.“

Der zweite Wechsel (interdisziplinäre Intensivtherapiestation in einem Haus konfessioneller Trägerschaft)

**Was waren die Gründe für den Wechsel?**

Nach der Geburt des zweiten Kindes und einem Wohnortwechsel suchte die Befragte an einem anderen Ort aktiv eine Tätigkeit. Die beruflichen Erfahrungen in dieser Passage fallen mit den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen in der ehemaligen DDR zu Beginn der 90er Jahre zusammen.

**Was waren neue Anforderungen?**

Auf die Frage, was sich in den Jahren nach der Privatisierung des Hauses verändert hat, sind die folgenden Aussagen besonders prägnant: „Das Verhalten der Kollegen untereinander hat sich verschlechtert. Angesichts des Personalabbaus gab es immer mehr Konkurrenzdenken. Darunter hatte auch ich zu leiden. Ich war wegen einer Kontaktallergie vom Reinigungsdienst befreit und außerdem habe ich mir nicht alles gefallen lassen. Ich musste auch immer da sein. In der Ferienzeit konnte ich nie Urlaub nehmen. Da wurde immer gesagt: Du hast doch die Fachausbildung bekommen. Also musst du auch da sein. Mitdenken war auch nicht mehr erwünscht. Insbesondere in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereich war nur noch Handeln auf „Befehl“ verlangt. Die Kommunikation war in allen Richtungen gestört. Leidtragende waren in erster Linie die Patienten und der Pflegedienst. In den Jahren, in denen ich dann noch dort war, haben zehn von meinen ehemaligen zwölf Kolleginnen gekündigt. Ich selbst wollte auch weg. Aber ich hatte eine Zusatzausbildung begonnen und war durch den Ausbildungsvertrag gebunden.“

Angesprochen auf Auswirkungen der Berufsarbeit auf die Gesundheit berichtete die Befragte: „Die ersten Rückenprobleme hatte ich Mitte der neunziger Jahre. Ich habe physiotherapeutische Behandlungen bekommen und dann auch selbst regelmäßig Gymnastik gemacht.“

Der dritte Wechsel (Intensivstation eines Herzzentrums)

**Was waren die Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?**

Angesichts des drohenden Verkaufs des Hauses, in dem die Befragte tätig war und der damit verbundenen Verlagerung ihres Arbeitsplatzes in eine andere Stadt, suchte sie eine neue Tätigkeit. Als Gründe für den Wechsel gab sie außerdem den Umzug ihrer Familie in eine andere Stadt sowie das immer schlechter werdende Arbeitsklima auf der Station an. Die Stellensuche erfolgte aktiv. „Ich konnte mir die Stelle aussuchen, so viele Angebote gab es. Um die Auflösung des Weiterbildungsvertrages mit meinem vor-

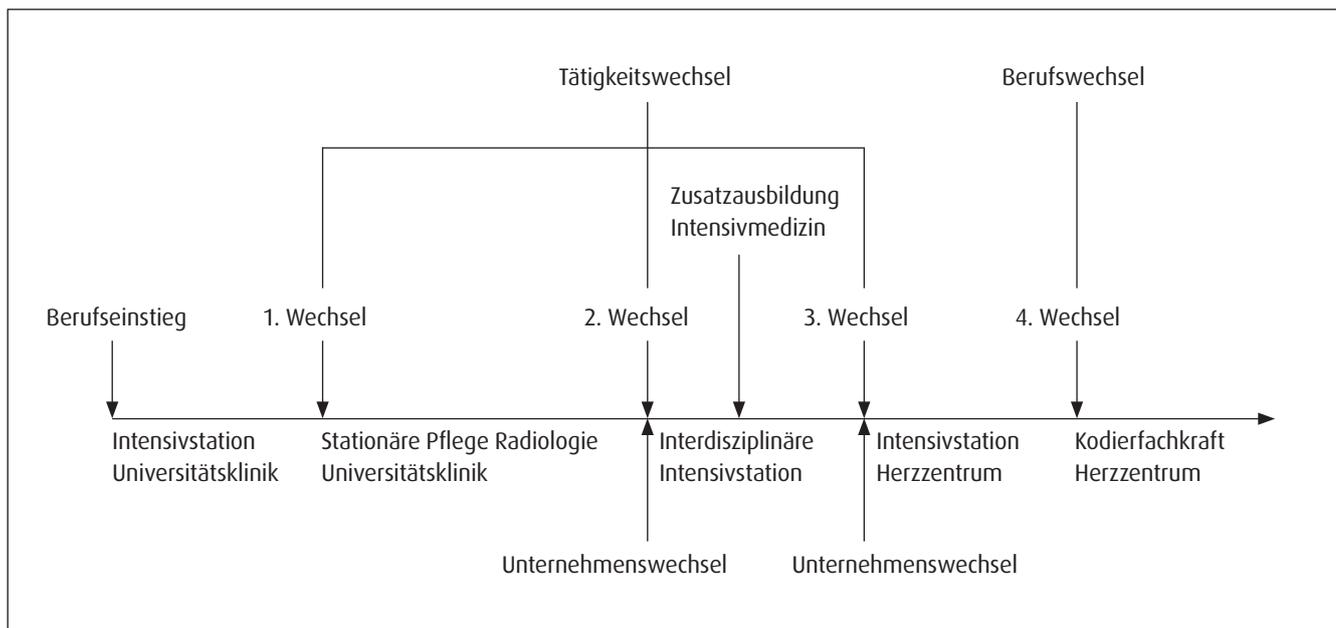


Abbildung 5: Fallbeispiel 1

herigen Arbeitgeber musste ich kämpfen, aber am Ende musste ich dann doch keine Kosten übernehmen.“

**Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?**

Die neue Arbeitssituation schildert die Befragte wie folgt: „Ich habe dort angefangen, als das Zentrum gerade neu gebaut worden war. Wir waren ein junges Team und haben gemeinsam die Station aufgebaut. Die Kommunikation mit dem ärztlichen Bereich war gut. Der Patient stand immer im Vordergrund. Wir hatten viel Zeit für die Arbeit mit dem Patienten. Ich habe viele neue Behandlungsmöglichkeiten und neue Technik kennen gelernt. Das war mir sehr wichtig, denn ich habe immer gern Neues gelernt. Und hier war auch mein Fachwissen gefragt. Bei der Einarbeitung hat mir meine Zusatzausbildung im Bereich der Intensivmedizin sehr geholfen. Und außerdem hatte ich inzwischen viel Erfahrung im Umgang mit schwierigen Situationen im Bereich der Zusammenarbeit im Team, aber auch mit den anderen Bereichen.“

Das Herzzentrum wurde nach der Insolvenz von einem Konzern übernommen. Die Veränderungen der Arbeitssituation nach der Übernahme beschreibt die Befragte hinsichtlich der beruflichen Belastungen wie folgt: „Der Patient stand nicht mehr im Vordergrund. Alles wurde unter Kostengesichtspunkten betrachtet. Es musste immer mehr Zeit für die Dokumentation verwendet werden. Die fehlte dann für die Arbeit am Patienten. Außerdem wurde das Klima unter den Kollegen immer schlechter. Es wurde Personal abgebaut und das hat das Misstrauen untereinander immer größer werden lassen. Es kamen neue Ärzte und die kamen aus einer anderen Welt. Für die war die Krankenschwester nur Handlangerin. Die Meinung der Schwester und ihr Fachwissen zählten nichts mehr. Zudem war die Kommunikation zwischen der Leitung des Hauses und dem ärztlichen Bereich zunehmend gestört. Der Leidtragende war wieder der Patient und es kam auch zunehmend zu Patientenbeschwerden.“

Seit der Übernahme gibt es intern kaum noch Fort- und Weiterbildungen für den pflegerischen Bereich. Das wird alles über den Verbund organisiert. Aber notwendige Weiterbildungen werden nicht finanziert.“

**Der vierte Wechsel**

(Kodierfachkraft in der Verwaltung des Herzzentrums)

Die Stelle der Kodierfachkraft ist im Haus als Stabsstelle der Pflegedirektion angesiedelt. Eine Kodierfachkraft ist der Schnittstellenberater zwischen medizinischem Bereich und Verwaltung. Er übersetzt die Zahlen der medizinischen Dokumentation in abrechnungsfähige Daten für die Kostenträger. Der Beruf der Kodierfachkraft kann als Erstberuf erlernt oder als Zusatzqualifikation zur medizinischen Ausbildung erworben werden.

**Die Anforderungen des Berufsbildes**

Aufgrund der Schilderungen der Interviewpartnerin sowie der Analyse von Fortbildungscurricula lassen sich die folgenden Kernanforderungen an das Berufsbild der Kodierfachkraft im klinischen Bereich beschreiben:

- Kenntnisse der unterschiedlichen Abrechnungssysteme,
- Kenntnisse in Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft,
- Kenntnisse der Aufgaben und Prozesse im medizinischen Bereich,
- EDV-Kenntnisse zum Erstellen von Statistiken für Budgetverhandlungen,
- Schulung des medizinischen Personals bei Veränderungen im Dokumentations- und Abrechnungssystem,
- interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Bereichen des Hauses,
- Präsentation von Daten und Fakten vor allen Berufsgruppen,
- Kooperation mit den Kostenträgern und
- selbstständiges eigenverantwortliches Arbeiten.

**Was waren die Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?**

„Als Schichtleiterin habe ich immer wieder auf die Missstände auf Station hingewiesen. Geholfen hat das wenig. Ich wollte unter diesen Bedingungen nicht mehr auf Station arbeiten. Mit 40 oder 50 geht das auf einer Intensivstation ohnehin nicht mehr. Ich wollte aber auch, dass mein Fachwissen nicht brach liegt. Deshalb kam für mich ein Wechsel auf eine andere Station nicht in Frage. Ich habe etwas Neues gesucht. Aber ich beherrsche keine Fremdsprachen und das ist ein Nachteil.“

„Die Pflegedirektion ist an mich herangetreten, weil ich immer wieder Veränderungen angemahnt habe. Ich hatte dann zunächst ein halbes Jahr Probezeit. Das wollte ich so. Jetzt habe ich einen festen Arbeitsvertrag.“

**Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?**

„Ich bin nur zwei Tage eingewiesen worden. Eigentlich dauert die Ausbildung zur Kodierfachkraft zwei Jahre. Ich habe das auch schon öfter nachgefragt, aber dafür ist kein Geld da. Lediglich die Schulungen zu gesetzlichen Änderungen bekomme ich regelmäßig gestattet. Ich musste viel über Gesundheitsökonomie lernen. Nach der Einweisung habe ich viel selbst im Internet gesucht oder bei den Kostenträgern nachgefragt. So habe ich mir das nötige Wissen erworben. Neu war für mich die selbstständige Arbeitsorganisation. Ich verstehe jetzt auch viel besser die Arbeit in der Verwaltung. Da ist nicht Feierabend, wenn die nächste Schicht kommt, sondern wenn die Arbeit erledigt ist. Ich habe deshalb auch kaum mehr als zwei Wochen zusammenhängend Urlaub. Die Arbeit muss ja erledigt werden.“

„Ich verstehe jetzt die Dokumentation viel besser, sowohl in therapeutischer als auch in juristischer Hinsicht. Ich sehe jetzt

auch, welche Behandlung wie viel Geld kostet, weil ich Gesundheitsleistungen in Zahlen übersetze. Jede Dokumentation ist ja eigentlich ein Reflexionsprozess, was ich weshalb am Patienten getan habe. Das ist doch sinnvoll und das versuche ich auch zu vermitteln.“

„Geholfen hat mir beim Einstieg in den neuen Beruf, dass ich die Abläufe in der Pflege kenne. Mein Fachwissen überzeugt auch im ärztlichen Bereich. Dadurch konnte ich viel bewegen. Ich habe in meinem Berufsleben immer wieder dazu gelernt. Ich war immer neugierig auf neue technische Geräte und neue Behandlungsmethoden. Und ich habe durch meine Arbeit in den verschiedenen Häusern viel Erfahrung im Umgang mit schwierigen Situationen im Bereich der Kommunikation.“

„Als schwierig erlebe ich den zunehmenden Kostendruck. Im Haus gibt es auch kein Medizincontrolling, das die Arbeitsabläufe und Aufgabenbereiche sinnvoll verändert. Außerdem stellt sich der ärztliche Bereich bei allen Fragen der Abrechnung und bei allen Veränderungen immer quer. Und dann ärgert es mich, dass mir das Haus keine Möglichkeit gibt, für meine Tätigkeit einen zertifizierten Berufsabschluss zu erlangen.“

**■ Fallbeispiel 2:**

Wechsel von der stationären Krankenpflege zur Teamleiterin und Produktberaterin für medizinische Hilfsmittel

Die Kernaussage

„Ich vermisse meinen alten Beruf nicht. In die Pflege will ich nicht mehr zurück.“

Die Berufswahl

„Ich konnte mir gar nichts anderes vorstellen, als Krankenschwester zu werden. Meine Mutter war Krankenschwester und ich wollte

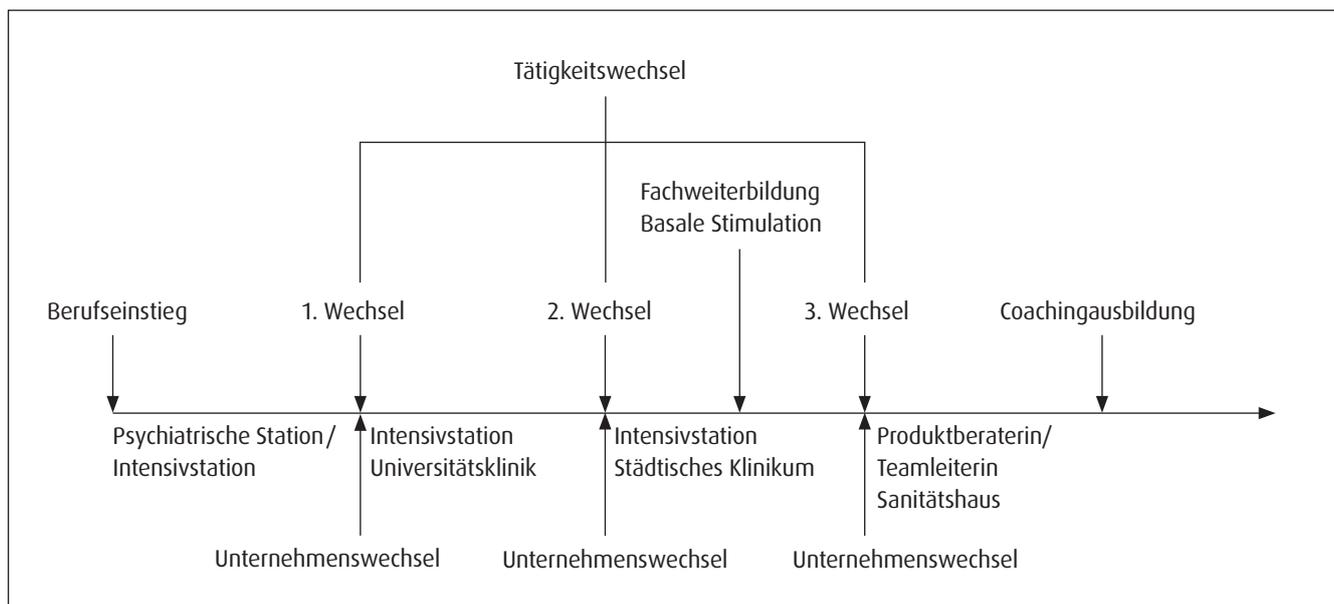


Abbildung 6: Fallbeispiel 2

anderen Menschen helfen. Als Schülerin habe ich auf der Station meiner Mutter ausgeholfen. Da war noch der richtige Drill seitens der Oberschwester. Da musste man die Zähne zusammenbeißen.“

Der Berufseinstieg (Psychiatrische Station, Intensivstation)

„Eigentlich hatte ich zunächst einen Schulabschluss im kaufmännischen Bereich, aber ich wollte Krankenschwester werden. Ich habe den Beruf dann im vorbereitenden praktischen Jahr noch näher kennen gelernt. Im medizinischen Bereich war die Ausbildung durch die Ärzte sehr gut. Aber der gesamte Pflegebereich – da wurde uns etwas auf dem Tablett serviert – hat mit der Praxis wenig zu tun. Zum Beispiel das Waschen von Patienten, das klang ja in der Theorie ganz schön, aber dafür war auf Station doch gar keine Zeit. Ich habe dann zuerst auf einer psychiatrischen Station gearbeitet. Aber da bin ich wirklich nicht klar gekommen. Das lag aber eher am Pflegepersonal. Ich bin dann in den ambulanten Bereich im Rahmen der Ausbildung gewechselt. Mein Examen habe ich dann auf der Intensivstation gemacht. Für mich war schon in der Ausbildung klar, da war ich gefordert, da waren noch die Meinungen von Ärzten und Schwestern gefragt. Und auf die Schwester, die doch viel näher am Patienten ist, wird gehört. Aber es war ein kleines Haus und mit meinem Fachwissen kam ich dort nicht weiter.“

Der erste Wechsel (Intensivstation Universitätsklinik)

**Was waren die Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?**

„Ich wollte auch schon immer viel lernen. Und so schwer war es damals nicht, eine neue Stelle an einer Universitätsklinik zu finden.“

**Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?**

„Für mich war die fachliche Weiterentwicklung ganz wichtig. Aber ich habe schnell gemerkt, dass hier auf Station die Menschlichkeit keinen Wert hat. Da wurde therapiert bis zum Abwinken. Die Aufnahmen und Therapien richteten sich ausschließlich nach den Forschungsinteressen des Hauses. War das Krankheitsbild des Patienten uninteressant, wurde er zurück überwiesen.“

„Zudem war da der Schichtdienst und die Umstellung auf die Normalschicht – ich glaube heute, ich war in dieser Zeit depressiv, da haben wir jeden Morgen noch einen Absacker getrunken, um überhaupt schlafen zu können. Ich bestand nur noch aus Essen, Schlafen und Arbeiten. Die Arbeitsabläufe waren immer vorgegeben, da hat es kein eigenes Denken gebraucht.“

Der zweite Wechsel (Intensivstation Städtisches Klinikum)

**Was waren die Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?**

„Ich fühlte mich krank und wollte wieder näher an Zuhause sein. In der ersten Zeit ging es auch richtig gut. Da war irgendwie eine Menschlichkeit auf Station und ein freundliches Klima.“

**Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?**

„Ich habe dann eine Fachweiterbildung gemacht im Bereich „basale Stimulation“, aber in der Umsetzung bin ich immer wieder

ausgebremst worden. Da bestand Kostendruck. Überall wurde eingespart. Ich wurde immer unzufriedener.“

Basale Stimulation beinhaltet die Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche und die Anregung primärer Körper- und Bewegungserfahrungen sowie Angebote zum Herausbilden einer individuellen nonverbalen Mitteilungsform bei Menschen, deren Eigenaktivität aufgrund ihrer mangelnden Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist und deren Fähigkeit zur Wahrnehmung und Kommunikation erheblich beeinträchtigt ist. Grundlage sind individuell für den Patienten zusammengestellte Übungskonzepte, die unter Anleitung einer qualifizierten Fachkraft umgesetzt werden. Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzqualifikation ist eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin.

Der Dritte Wechsel

(Teamleiterin und Produktberaterin in einem Sanitätshaus)

Die Tätigkeit der Produktberaterin ist nicht als einheitliches Berufsbild definiert. In unterschiedlichen Branchen werden unterschiedliche fachliche Anforderungen gestellt.

Als Produktberaterin eines überregional agierenden Sanitätshauses ist die Befragte für den Vertrieb medizinischer Hilfsmittel einschließlich der Beratung und Schulung der Mitarbeiter in den Kliniken verantwortlich. Zudem ist sie Qualitätsmanagement-Bbeauftragte des Unternehmens und Teamleiterin.

**Die Anforderungen des Berufsbildes**

Im Folgenden werden die konkreten Anforderungen an das Berufsbild der Befragten dargestellt. Die darüber hinausgehenden Anforderungen gelten für den gesamten Bereich der Produktberatung im Gesundheitssektor.

- Vertrieb medizinischer Hilfsmittel (Marketing und Verkauf)
- Kommunikations- und Verhandlungskompetenz
- verkäuferisches Können
- Produktkenntnisse
- Schulungen in der Anwendung medizinischer Hilfsmittel
- Unterstützung der Kliniken im Entlassungsmanagement in einem gemeinsamen Projekt mit einer Krankenkasse
- Qualitätsmanagement im Unternehmen
- Führungskompetenz

**Was waren die Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?**

„Ich habe mich gefragt: Will ich das wirklich weiter tun. Ich fühlte mich ausgebrannt. Das in der Pflege ging nicht mehr. Ich wusste, ich musste etwas anderes tun, denn beinahe hätte ich einen Patienten geschlagen. Da kam dann die Idee, meine Qualifikation zu vermarkten. Ich habe dann auf 30 Stunden gewechselt. Eine Kollegin hatte mir gesagt, wenn du etwas anderes suchst, brauchst du auch Zeit dafür.“

„Ich war dann über drei Wochen arbeitsunfähig. Ich hatte Angst vor der beruflichen Selbstständigkeit. Aber ich hätte das geschafft. Nur hatte ich damals keine Unterstützung. Meine Mutter hat mir die Stelle empfohlen. Ich fühlte mich noch immer schwerkrank, wurde aber sofort eingestellt.“

### Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?

„Ich war in meiner bisherigen Arbeit immer fremdbestimmt gewesen. Da entschieden ja die Ärzte, was richtig ist. Jetzt musste ich meinen Arbeitsplatz, meine Arbeit – alles selbst organisieren. Hier kann ich endlich auch eigenständige Entscheidungen treffen. Spaß macht mir das Anleiten und Fortbilden. Und das Durchsetzen von Qualitätsstandards. Ich bin ein Teamplayer und habe gern Führungsverantwortung übernommen.“

Derzeit absolviert die Befragte eine Coachingausbildung. Über die Beweggründe sagt sie: „Ich will meinen Führungsaufgaben noch besser gewachsen sein. Ich habe mich darum selbst gekümmert. Ich hätte das auch allein bezahlt, aber mein Arbeitgeber übernimmt die Hälfte der Kosten. Natürlich helfen mir meine fachlichen Erfahrungen und die gewohnte Flexibilität. Außerdem habe ich mir in all den Jahren einen ruhigen Umgang mit Menschen auch in Konfliktsituationen erarbeitet. Das ist auch wichtig, denn es gibt immer wieder Kompetenzgerangel mit den Ärzten. Da sitze ich dann oft zwischen allen Stühlen – dem Pflegebereich, dem ärztlichen Bereich und dem Patienten. Und manche Entscheidungen müssen schnell getroffen werden. Da ist die Kommunikation manchmal schwierig.“

#### ■ Fallbeispiel 3:

Wechsel von der stationären Krankenpflege über ein Studium der Sozialpädagogik zur Case-Managerin in einem Beratungszentrum für Patientinnen mit Brustkrebs

Die Kernaussage

„Ich habe keine Sehnsucht mehr nach meinem erlernten Beruf. Ich wundere mich nur, dass andere das so lange aushalten. Ich bin froh, heute selbstständig arbeiten zu können und Verantwortung zu tragen.“

### Die Berufswahl

„Krankenschwester – das war mein Traumberuf. Ich wollte irgendwie schon immer gern anderen helfen. Ich habe in den Ferien im Krankenhaus gearbeitet und zwei meiner Schwestern waren ja auch Krankenschwestern.“

### Der Berufseinstieg (Innere Medizin an einer städtischen Klinik)

„Ich bin dann nach der Ausbildung auf einer Station für innere Medizin eingestiegen. Als positiv habe ich die Anerkennung erlebt. Ich war schon als junges Mädchen für andere wichtig und konnte helfen. Und die Arbeit im Team hat einfach gut funktioniert.“

„Es war eine Station mit einem hohen Anteil an schwerstpflegebedürftigen Diabetespatienten. Ich hatte den Beruf doch gelernt, damit ich etwas tue, damit es den Patienten besser geht, nicht damit ich Sterben begleite. Und viel lernen konnte ich auch nicht mehr. Dazu kam die schwere körperliche Arbeit und das ständige Improvisieren.“

### Der erste Wechsel

(Orthopädisch-Neurologische Rehabilitationseinrichtung)

Nach anderthalbjähriger Tätigkeit wechselte die Befragte die Tätigkeit und bewarb sich als Krankenschwester in einer Privatklinik.

### Was waren Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?

„Ich wollte mehr lernen und nicht in der Alltagsroutine auf der Station versauern. Ich hatte damals auch schon die ersten Rückenprobleme und wusste, die schwere körperliche Arbeit schaffst du nicht mehr lange.“ Ich habe aktiv nach einer neuen Stelle gesucht. Das war in den 90er Jahren ja auch nicht schwer. Ich konnte mir die Stelle quasi aussuchen. Und ich habe bewusst die Orthopädie-Neurologie gewählt. Hier glaubte ich, für die Patienten etwas tun zu können, was ihren Gesundheitszustand verbessert.“

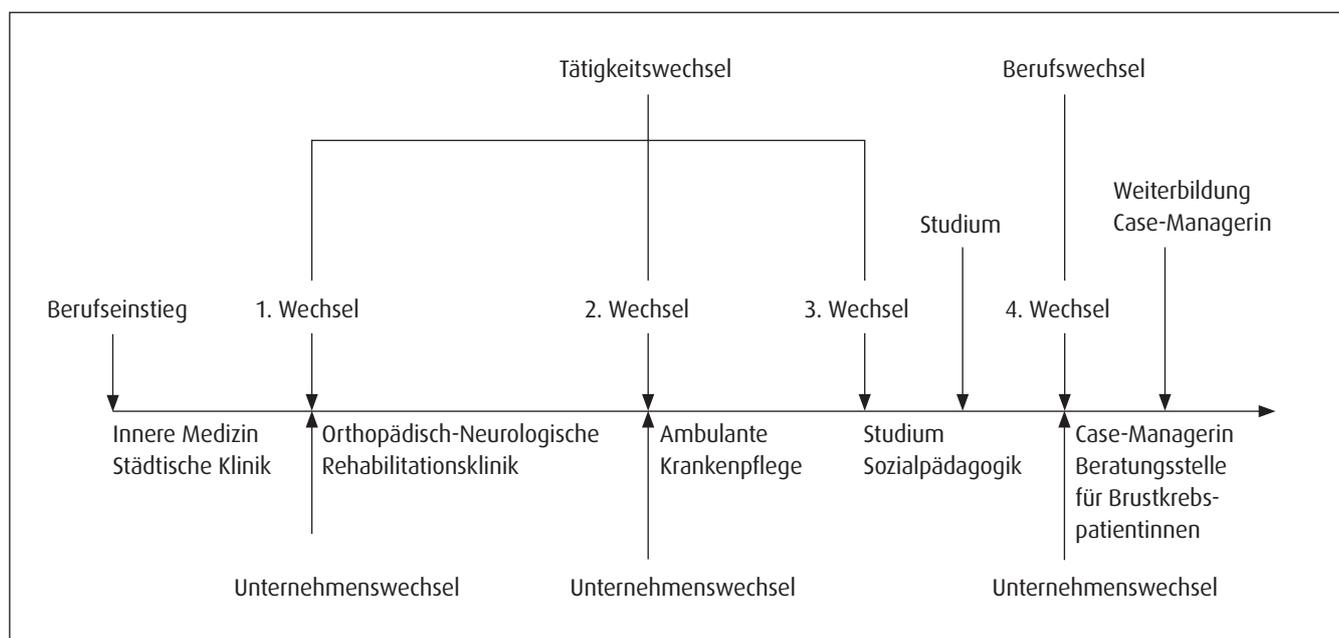


Abbildung 7: Fallbeispiel 3

### **Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?**

„Jetzt hatte ich vorwiegend mit jungen Patienten zu tun. Ich konnte etwas tun, damit es ihnen besser geht, und sei es, dass sie aus dem Bett wieder in den Rollstuhl kamen. Am Anfang hatten wir auch viel Zeit für die Patienten und es waren alle notwendigen Hilfsmittel vorhanden. Meistens haben wir zu zweit am Patienten gearbeitet. Und in den Teamsitzungen mit allen Funktionsbereichen wurde auch auf das gehört, was wir als Schwestern zu sagen hatten. Außerdem wurden hier Rückenschulungen und Physiotherapie für Mitarbeiter im Haus angeboten. Fachlich war vieles neu, aber meine Ausbildung in allen Bereichen hat mir viel geholfen.“

Auf die Frage, was sich in den Jahren bis zum erneuten Tätigkeitswechsel verändert habe, schilderte die Befragte folgende Veränderungen: „Eigentlich begann alles mit dem Chefarztwechsel. Jetzt kamen immer mehr Privatpatienten. Die haben in einer ganz anderen Art und Weise die Erfüllung ihrer Erwartungen eingefordert. Es war auch immer mehr betriebswirtschaftliches Handeln gefragt. Und die Dokumentation von Pflegearbeiten trat immer weiter in den Vordergrund. Die Zeit für die Patienten wurde immer weniger. Hinzu kamen der Personalabbau und die Veränderung des sozialen Klimas. Jeder hatte Angst um seinen Arbeitsplatz. Ich habe immer mehr eine Veränderung des Berufsverständnisses erlebt. Wir waren nur noch Ausführende, nicht mehr selbstständig Handelnde. Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Arbeit gab es kaum noch. Und über jede – auch sinnvolle – Veränderung wurde ewig diskutiert und damit viel Zeit verschwendet.“

„Besonders bedauert habe ich die zunehmende Distanz zwischen ärztlichem und pflegerischem Bereich.“

### **Der zweite Wechsel (Ambulante Krankenpflege)**

Nach vier Jahren wechselte die Befragte in den ambulanten Pflegedienst.

### **Was waren Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?**

„Ich hatte das Gefühl nur noch fremdbestimmt zu sein. Essen, Schlafen, Arbeiten, das konnte doch nicht alles sein. Ich war einfach zu müde, abends noch ein Buch zu lesen. Ich habe manchmal gedacht: Ich bin noch nicht 30 und hier verblöde ich. Eine Freundin hatte mich gefragt, ob ich nicht endlich etwas anderes machen will und dann habe ich mich umgeschaut und auf Annonce ein Angebot für eine Stelle in der ambulanten Pflege gefunden.“

### **Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?**

„Natürlich konnte ich hier mein Wissen als Krankenschwester einbringen. Neu war für mich das selbst organisierte Arbeiten. Und ich war plötzlich für den Patienten verantwortlich. Ich habe entschieden, wann ein Arzt kommen muss und was ich mit den Angehörigen bespreche. Ich war für den ganzen Menschen verantwortlich, nicht nur für acht Stunden für das, was gerade anfiel.“

„Die körperliche Belastung war sehr hoch. Und es gab ja auch den Zeitdruck. Aber da denke ich heute manchmal, es waren ja nur Minuten für eine kleine Gefälligkeit, wie eine Apfelsine schälen

oder ein kurzes Gespräch. Und so etwas kann man ja auch unbezahlt machen. Insgesamt habe ich die Unabhängigkeit und Entscheidungskompetenz genossen. Gefehlt hat mir manchmal die soziale Unterstützung von Kolleginnen. Auf der anderen Seite war es auch gut, allein zu arbeiten und nicht immer erst alles zu diskutieren.“

### **Der dritte Wechsel (Studium Sozialpädagogik)**

### **Was waren Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?**

„Krankenschwester ist ein schöner Beruf, aber nur auf begrenzte Zeit. Die zunehmende Spezialisierung in den Funktionsbereichen bietet die Chance zur beruflichen Entwicklung. Aber davon profitieren nur die jüngeren Mitarbeiter. Zudem werden immer mehr ärztliche Leistungen ohne rechtliche Regelung dem Pflegepersonal übertragen. Und die Ärzte werden immer mehr, die Götter in Weiß“.

„Das Arbeitsklima wird immer schlechter. Da ist der Druck durch immer mehr Arbeit und die Erwartungen der Patienten an Zuwendung und Aufklärung. Es macht aber auch keiner den Mund auf. Und in der Ausbildung wird der Beruf immer noch idealisiert.“

„Irgendwann hätte es ernstere gesundheitliche Probleme gegeben, erste Rückenbeschwerden hatte ich ja schon und das ist in den Jahren nicht besser geworden. Die Arbeit mit den Patienten hat mir Spaß gemacht. Gleichzeitig wusste ich aber, das mache ich nicht bis zur Rente. Ich will beruflich vorankommen. Ich hatte ja das Abitur, aber in den ersten Jahren wollte ich eben auf eigenen Beinen stehen und Geld verdienen. Jetzt war mir das nicht mehr genug. Für mich war das eine Entscheidung zwischen Interesse – da hätte ich gern Romanistik studiert – und Vernunft: Du machst etwas, wo du auf deinen Kenntnissen aufbauen kannst. Ich habe mich dann selbst über das Internet informiert und Bekannte gefragt. Ein bisschen ist die Entscheidung für Sozialpädagogik auch in Hinblick auf die Arbeitsmarktlage gefallen. Sozialpädagogen haben recht gute Berufschancen. Aber wer braucht schon eine Romanistin?“

### **Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?**

„Es war schon eine große Umstellung. Ich musste das Lernen erst wieder lernen. Geholfen haben mir meine medizinischen Kenntnisse und das ich mich selbst recht gut organisieren kann. Denn eigentlich war das Studium viel zu locker. Deshalb habe ich auch noch weiter in der ambulanten Pflege gearbeitet. Genutzt haben mir auch meine Erfahrungen aus der Hauskrankenpflege und die Gesprächsführung mit Patienten. Heute denke ich, ich hätte das Studium besser berufsbegleitend gemacht.“

### **Der vierte Wechsel (Case-Managerin in eine Beratungsstelle für Patientinnen mit Brustkrebs)**

Die Ausbildung zur Case-Managerin im Gesundheits- und Sozialwesen ist in Deutschland noch nicht einheitlich geregelt. Seit 2005 werden von unterschiedlichen Bildungsträgern Aufbaustudiengänge für medizinisches Fachpersonal mit Zertifizierung nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Case- und Care-Management angeboten.

Als Case-Managerin ist die Befragte sowohl für die Beratung der Patientinnen und ihrer Angehörigen in der Klinik, in der Beratungsstelle oder beim Hausbesuch sowie telefonisch verantwortlich. In Kooperation mit Behandlungs- und Kostenträgern entscheidet sie über geeignete und kostengünstige therapeutische Maßnahmen. Die Qualifikationsmöglichkeiten beschreibt unsere Interviewpartnerin wie folgt: „Es gibt verschiedene Ausbildungsangebote für Case-Managerinnen. Im Rahmen meiner Weiterbildung wurde ich in einem allgemeinen Basismodul in inhaltlichen Schwerpunkten wie Methodik der Fallbearbeitung, Kommunikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Trauerarbeit, Sozialrecht und Supervision ausgebildet. Darüber hinaus werden wir in speziellen Schulungen auf den Umgang mit Brustkrebspatientinnen vorbereitet: medizinische Hintergründe, Therapieformen und der Umgang mit speziellen Belastungssituationen. Außerdem haben wir die Möglichkeit der Supervision, in der wir gemeinsam Fälle besprechen. Da bringen viele auch Erfahrungen mit der Patientengruppe aus einer früheren Tätigkeit mit.“

### Die Anforderungen des Berufsbildes

Aufgrund der Schilderungen der Interviewpartnerin sowie der Analyse von Fortbildungscurricula lassen sich die folgenden Kernanforderungen an das Berufsbild der Case-Managerin im Sozial- und Gesundheitswesen beschreiben:

- Kommunikations- und Verhandlungsgeschick,
- Beratungskompetenz,
- Konfliktbearbeitung,
- Flexibilität und Einfühlungsvermögen,
- betriebswirtschaftliche Kenntnisse,
- Kenntnisse in der Dokumentation und Abrechnung von Behandlungsleistungen,
- genaue Kenntnisse der örtlichen und regionalen Netzwerke und Hilfsangebote sowie der Klinikangebote,
- medizinische Fachkenntnisse,
- Kenntnisse im Sozialrecht,
- Begleitung von Trauerarbeit,
- Kenntnisse in Methoden der Supervision,
- Projektmanagement und
- Fähigkeit zu interdisziplinärer Zusammenarbeit.

### Was waren Gründe für den Wechsel und wie wurde der Wechsel bewerkstelligt?

„Während meines Studiums habe ich zum ersten Mal von der Methode des Case-Managements erfahren. Ich habe dann während des Studiums dieses Themenfeld vertieft. Und dann habe ich nach einer Stelle in diesem Bereich gesucht. In die Krankenpflege wollte ich auf keinen Fall zurück. Im Case-Management kann man individuell für den Patienten viel mehr bewegen als in der Pflege.“

### Was waren neue Anforderungen und welche Kompetenzen konnten genutzt werden?

„Neu war für mich die umfassende Arbeit mit Patienten. Hier bin ich diejenige, die entscheidet und Verantwortung trägt. Natürlich ist es manchmal schwer, mit den Belastungen zurechtzukommen. Man erlebt den Kontakt zum Patienten ja viel intensiver als auf Station. Ich musste auch viel lernen in den Bereichen Verhandlung mit Kostenträgern und reden mit Ärzten so quasi auf Augenhöhe.“

Spaß macht es mir, dass ich meine Arbeit selbst organisieren kann. Im Stationsbetrieb ist man ja eher ein Rädchen im Getriebe. Ich mag an dem Beruf, dass er mir das Gefühl gibt, effektiv zu arbeiten und unmittelbar Erfolge zu erleben. Als Case-Managerin muss man über den Tellerrand hinausschauen und sich immer wieder neuen Herausforderungen stellen. Trotz gemeinsamer Besprechungen und Supervision ist man für ‚seinen Fall‘ selbst verantwortlich. Das ist eine große Herausforderung. Ein Problem ist, dass die Rolle der Case-Managerin noch nicht im System des Gesundheitswesens etabliert ist. Das führt dazu, dass Patientinnen und andere zunächst etwas verunsichert sind und nicht genau wissen, wie die Hilfe aussieht.“

„Geholfen hat mir meine Berufs- und Lebenserfahrung. Und ich hatte ja eine Sicherheit, einen Beruf und einen Studienabschnitt. Außerdem hatte ich durch meine Arbeit auf der onkologischen Station bereits Erfahrungen im Umgang mit Tod und Sterben. Ich bin damals, glaube ich, daran gereift.“

„Ich bin ja nicht solange in meinem erlernten Beruf geblieben. Und auch dort war mir Weiterbildung immer wichtig. Und dann das Studium: Ich glaube, ich habe das Lernen nie verlernt. Das hat natürlich bei dem Einstieg in den neuen Beruf geholfen. Ich kenne auch den Klinikbereich. Und meine Fachkenntnisse werden geschätzt.“

Nach der Schilderung von drei Fällen von Berufswechslern aus eigener Initiative werden im Folgenden Berufswechsel von Mitarbeitern in der stationären Krankenpflege beschrieben, die ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen aufgeben mussten. Die Berufswechsel finden in dieser Gruppe in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt statt (längere Verweildauer im Beruf, durchschnittlich 13 statt acht Jahre), das heißt, wenn gesundheitliche Beschwerden zur Berufsaufgabe zwingen. Ein Fallbeispiel illustriert diese Gruppe von Berufswechslern.

### 7.3.2. Berufswechsel nach Berufsaufgabezwang aus gesundheitlichen Gründen

Es wurden sechs Teilnehmerinnen befragt, die aufgrund eingeschränkter Berufsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen an einer Qualifizierungsmaßnahme für einen neuen Beruf in einem Berufsförderungswerk teilnahmen. Die Befragten erhalten Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben. Der Altersdurchschnitt lag bei 38 Jahren (38,3) mit einer Variationsbreite von 37 bis 40 Jahren. Alle Befragten waren verheiratet.

Für alle der Befragten war der erlernte Beruf der Krankenschwester bzw. des Krankenpflegers der Wunschberuf. Nur eine der Befragten hatte vor Ausbildungsbeginn im Rahmen eines Ferienpraktikums erste Erfahrungen im Bereich der stationären Krankenpflege erworben. Alle Befragten wurden in der ehemaligen DDR ausgebildet und haben die strukturellen Veränderungen im stationären Pflegebereich am Ende der Ausbildung bzw. während des Einstiegs in den Beruf erlebt. Die durchschnittliche Verweildauer im Beruf betrug 15 Jahre mit einer Variationsbreite von zwölf bis 17 Jahren.

Kennzeichnend für die Berufsbiografien der Befragten im Pflegeberuf ist:

- die lange Verweildauer in einem Unternehmen und einem Tätigkeitsfeld: Fünf der Befragten waren bis zum krankheitsbedingten Ausscheiden aus dem Beruf auf der Station tätig, auf der sie nach der Ausbildung ihre Berufstätigkeit begonnen hatten.
- die geringe Anzahl von Tätigkeitswechseln: Nur eine der Befragten hatte in ihrer Berufsbiografie das Unternehmen und das Tätigkeitsfeld gewechselt.
- Im Mittel erlebten die Befragten nach einer Tätigkeitsdauer von 13 Jahren bei einer Variationsbreite von zehn bis 14 Jahren erste körperliche Beschwerden.
- Die Gründe für den Berufsaustieg waren bei allen Befragten sowohl physische als auch psychische Beschwerden.

#### Was waren die Gründe für den Wechsel in eine neue Tätigkeit bzw. einen neuen Beruf?

Alle Befragten waren aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie von psychischen Erkrankungen aus dem Beruf ausgeschieden. Fünf der Befragten gaben an, vor dem Wechsel aufgrund einer depressiven Episode mehrere Wochen arbeitsunfähig gewesen zu sein. Vier der Befragten hatten vor Beginn der Qualifizierungsmaßnahme mehrwöchige Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen.

#### Welche Veränderungen im Arbeitsalltag und welche Belastungen wurden in den letzten Jahren im erlernten Beruf erlebt?

An dominanten Belastungen wurden in den letzten Berufsjahren vor allem soziale Konflikte im Team sowie in der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie die „Entzauberung des Berufsbildes“ benannt (Abbildung 8). Geistige Unterforderung und fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten wurden nicht berichtet.

#### Was kennzeichnet die Tätigkeiten im Zielberuf?

Fünf der Befragten wurden zum Zeitpunkt der Befragung zur Kauffrau im Gesundheitswesen ausgebildet, eine der Befragten zur Industriekauffrau. Die Arbeitsaufgaben einer Kauffrau im Gesundheitswesen umfassen das Planen und Organisieren von Geschäfts- und Leistungsprozessen in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens. Dabei kann es sich um die Koordinierung der Aufnahme von Patienten handeln, das Erfassen von Patientendaten und Verwalten der Patientenakten, das Abrechnen ambulanter Leistungen mit den Krankenkassen oder das Beschaffen von Hilfsmitteln für den Krankenhausbetrieb. Zu den Tätigkeiten zählen auch die Verwaltung von Wohneinheiten im betreuten Wohnen, die Planung von Belegbetten, die Beratung in Kundenzentren der Krankenkassen bis hin zum Erarbeiten von Dienstleistungsangeboten sowie das betriebliche Berichtswesen. Kaufleute im Gesundheitswesen nutzen dazu modernste Bürokommunikationsmittel und arbeiten mit aktueller Branchensoftware.

Die Arbeitsaufgaben einer Industriekauffrau umfassen die Unterstützung von Unternehmen bei der Planung und Organisation der Arbeitsprozesse von der Auftragsanbahnung über die Auftragsrealisierung bis zum Service. Die kaufmännisch-betriebswirtschaftlichen Aufgaben finden sich z. B. im Einkauf, in der Produktionswirtschaft, im Marketing und Vertrieb, im Personalwesen, in der Buchhaltung und in der Kostenabrechnung. Zu den Tätigkeiten zählen u. a. die Materialbedarfsermittlung, Angebotsvergleiche, das Bestellen benötigter Rohstoffe, das Überwachen der Lieferkonditionen, die Personalplanung, das Zusammenstellen von Produktangeboten, die Akquise und Beratung von Kunden, die Kalkulation von Verkaufspreisen, das Führen von Verkaufsverhandlungen, das Überwachen der Auftragsabwicklung bis zur Rechnungslegung, die Kontrolle von Zahlungsein- und -ausgängen, das Erfassen aller Geschäftsprozesse in der Buchhaltung und die Vorbereitung des Jahresabschlusses. Für die Tätigkeiten werden modernste Kommunikationsmittel verwendet.

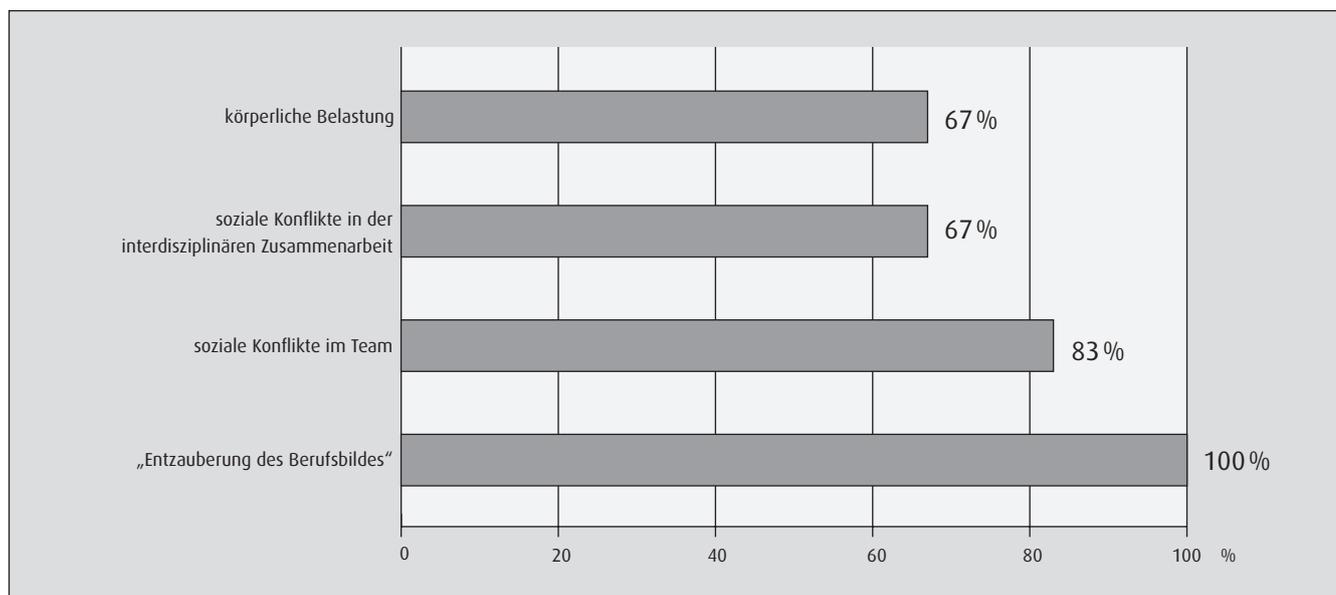


Abbildung 8: Erlebte Belastungen, im Arbeitsalltag in den letzten Jahren vor dem Ausscheiden aus dem Beruf (in Prozent)

### Rückblick auf den Wunschberuf

Im Rückblick auf den Wunschberuf ist folgende Aussage der Befragten kennzeichnend: „Ich will nie wieder dorthin zurück!“ Es sind insbesondere die erlebte Arbeitsverdichtung und die Verschlechterung des sozialen Klimas in der Zusammenarbeit im Team, aber auch in der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit, die den ehemaligen Wunschberuf in den Anforderungen verändert haben. Hinzu kam, dass keine der Befragten in Hinblick auf ihre zunehmenden gesundheitlichen Probleme eine adäquate Unterstützung erlebte.

Im Folgenden wird die Erwerbsbiografie einer Interviewteilnehmerin skizziert, die zum Zeitpunkt der Befragung an einer Qualifizierungsmaßnahme eines Berufsförderungswerkes teilnahm. Dieses Fallbeispiel ist in vielen Merkmalen typisch für die Erwerbsbiografien aus der Gruppe der Berufswechsler, die aus gesundheitlichen Gründen gezwungen waren, ihren Beruf aufzugeben.

#### ■ Fallbeispiel 4:

Wechsel von der stationären Gesundheits- und Krankenpflege zur Kauffrau im Gesundheitswesen

Die Kernaussage

„Ich habe den Absprung zu spät geschafft. Jetzt habe ich Angst, keine Arbeit mehr zu finden.“

Die Berufswahl

„Krankenschwester war schon immer mein Traumberuf. Ich war die Älteste von sieben Geschwistern. Ich musste mich um alles kümmern. Die Ausbildung in diesem Beruf wollte ich unbedingt.“

Der Berufseinstieg (stationäre Pflege – Gerontopsychiatrie)

Befragt nach den Anforderungen der Tätigkeit beim Berufseinstieg schilderte die Befragte das Erleben der Tätigkeit wie folgt: „Das hat mich erfüllt, den älteren Leuten zu helfen und bei denen etwas zu aktivieren. Im Team war ein großer Zusammenhalt und die Stationsschwester hat uns immer unterstützt. Die verstand uns und ihr Fach. Ich habe mich als Person geschätzt gefühlt. Nur die Ärzte waren immer die ‚Götter in Weiß‘. Die Arbeitsbedingungen waren schon schwer. Wir hatten ja kaum Hilfsgeräte. Und auch die Bedingungen für die Patienten waren schlecht. Die hatten keine eigenen Sachen und dann waren da ja noch die großen Schläfsäle. Zehn Patienten in einem Zimmer.“

Der Berufsverlauf

Nach der Geburt des Kindes und einer dreijährigen Elternzeit kehrt die Befragte in den Beruf in der stationären Krankenpflege zurück. Die erlebten Veränderungen im Arbeitsalltag schildert sie wie folgt: „Das Haus war umgebaut worden, Trennwände in den Schläfsälen eingezogen und auch das ganze Saubermachen gab es nicht mehr. Das war aber auch das einzig Gute. Zeit für Patienten war nicht mehr, da wurde immer mehr Personal abgebaut. Und es kamen immer neue Tätigkeiten hinzu. Wir mussten die Akten für die Ärzte anlegen und die gesamte Pflegedokumentation erledigen. Das Verhältnis unter den Kollegen war auch schlechter geworden. Jeder hatte irgendwie Angst um seinen Arbeitsplatz und da wurde das Konkurrenzdenken immer mehr. Jeder schaute, wer macht was und macht er auch das, was ich mache. Zeit für die Aktivierung der Patienten gab es nicht mehr. Das war nicht mehr der Beruf, den ich gelernt hatte. Und für Mehrarbeit gab es keinen Dank und keine Wertschätzung. Als es im Winter so geschneit hatte, dass niemand mehr durchkam, haben wir Schichten hintereinander gearbeitet. Als wir nicht mehr konnten, haben wir bei der Pflegedienstleitung angerufen. Aber da war ja keiner da. Einen Dank für unsere Arbeit haben wir nicht bekommen. Die Hauptsache war: Es ist alles sauber und still auf der Station.“

Der Ausstieg aus dem Beruf

„Ich konnte einfach nicht mehr. Es war nur noch Essen, Schlafen, Arbeiten. Nichts anderes mehr. Wissen Sie, dass ich erst, als ich krank geschrieben war, das erste Mal seit Jahren wieder im Kino war? Ich bin dann körperlich und seelisch zusammengebrochen. Aber von der Pflegedienstleitung gab es nur den Kommentar: ‚Da müssen Sie durch.‘ Ich war dann sechs Wochen zur Kur. Danach wurde ich sofort wieder voll eingesetzt. Es war mir einfach zu viel. Ich habe dann einen Patienten geschlagen. Ich werde mir das nie verzeihen. Danach wurde ich fristlos gekündigt. Geholfen hat mir niemand, nicht die Kollegen, nicht die Pflegedienstleitung.“

Der Weg in die Qualifizierungsmaßnahme

„Ich musste mich zunächst um alles selbst kümmern, die Rehabilitationsmaßnahme und die Kur. Dort hatte ich dann eine Sozialarbeiterin, die mir bei den Anträgen geholfen hat. Eigentlich wollte ich Ergotherapeutin werden, aber das hat dann die BfA (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) abgelehnt. Nach einem vierjährigen Berufsfindungskurs habe ich mich für den Beruf der

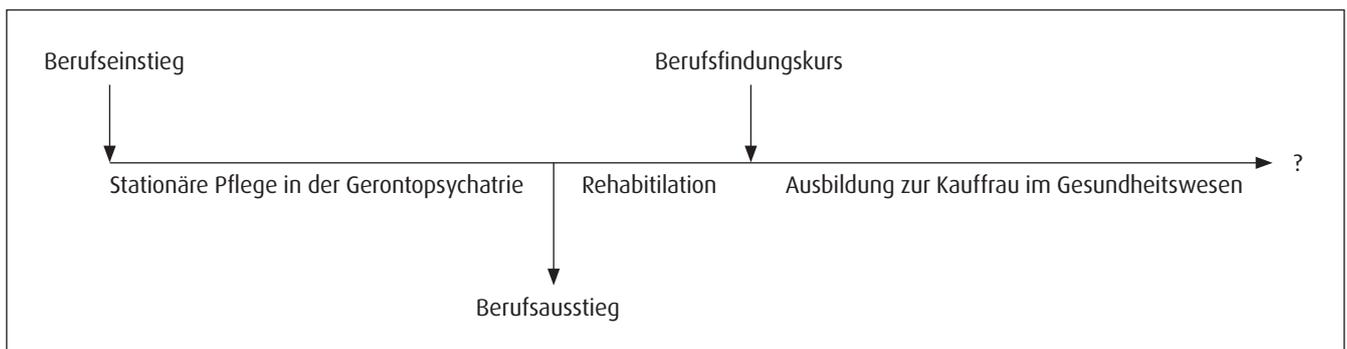


Abbildung 9: Fallbeispiel 4

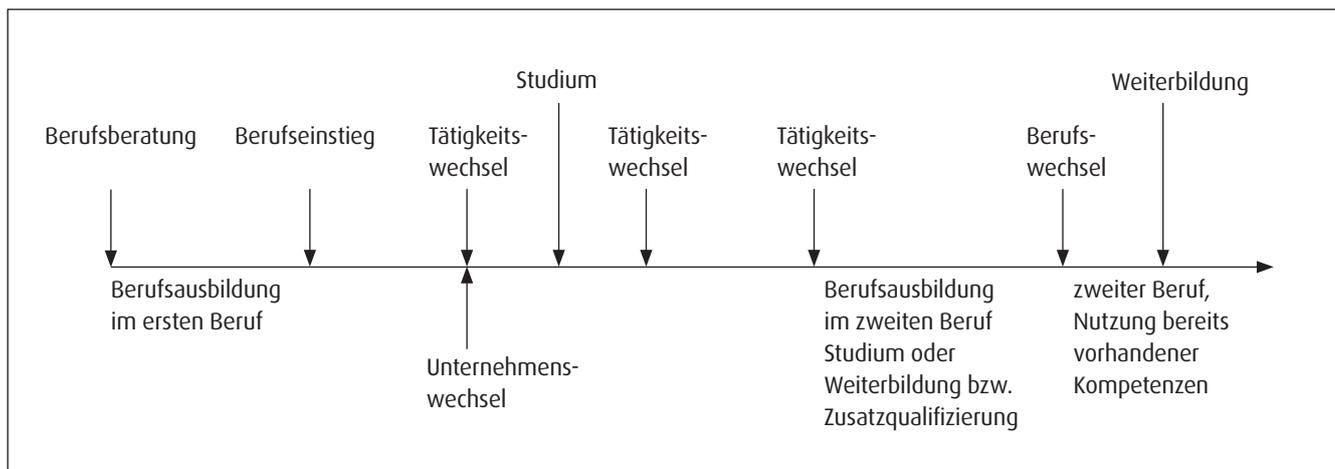


Abbildung 10: Berufswechsler aus Eigeninitiative (Fallbeispiele 1 bis 3)

Kauffrau im Gesundheitswesen entschieden. Ich wollte auch hier in Sachsen bleiben. Da gab es nicht so viele Möglichkeiten der Umschulung. Zumal viele Berufe für mich nicht mehr in Frage kommen.“

**Welche Kompetenzen konnten genutzt werden und was war neu?**

„Acht Stunden sitzen und lernen, das war schon ungewohnt. Ich war ja Lernen nicht mehr gewöhnt. Da hat die Vorbereitung auf die Qualifizierung mit der Vermittlung von Lerntechniken schon geholfen. Und das Arbeiten am Computer habe ich eigentlich nie richtig gelernt. Das war jetzt schon eine Umstellung. Fachlich ist natürlich das Meiste auch neu. Zum Beispiel alles was mit der Pflegeversicherung zu tun hat. Das hätten wir in unserem Arbeitsfeld eigentlich wissen müssen, auch um Angehörige angemessen zu beraten. Geholfen hat mir, dass ich Erfahrungen aus dem Pflegebereich habe und das ich mit Menschen umgehen kann.“

**Die beruflichen Ziele**

„Mein Traum ist es, eine eigene Einrichtung für ältere Patienten zu leiten. Ich möchte mich so gern beruflich weiterentwickeln. Da würde dann jeder Bewohner sein eigenes abschließbares Zimmer haben und könnte seine Möbel mitnehmen. Da wäre nicht alles so steril. Und es müsste in der Stadt sein. Gleich neben einer Halte-

stelle. Die Leute sehen ja gern Busse oder Straßenbahnen abfahren. Und die Leute dürften früh ausschlafen und selber entscheiden, ob sie gemeinsam essen oder in ihrem Zimmer. Und es müsste die Möglichkeit geben, dass die Bewohner mithelfen bei allen alltäglichen Verrichtungen, dem Essen kochen, dem Wäsche legen... Das können die doch, nur auf Station bleibt für so was keine Zeit. Ja das wäre mein Traum.“

**7.3.3. Was ist den Berufsbiografien der von uns befragten Berufswechsler gemeinsam und was unterscheidet sie?**

Für alle befragten Berufswechsler war die Krankenpflege der Wunschberuf. Allerdings lag die durchschnittliche Verweildauer im erlernten Beruf bei den befragten erfolgreichen Berufswechslern mit acht Jahren deutlich unter der Verweildauer der Befragten, die nach Berufsaufgabezwang an einer Qualifizierungsmaßnahme des Berufsförderungswerkes teilnahmen. Hier lag die Verweildauer im Mittel bei 13 Jahren.

Die Berufsbiografien der erfolgreichen Berufswechsler sind durch ein hohes Maß an Eigeninitiative bei der Erschließung von Lernchancen gekennzeichnet. Selbstgesteuertes Lernen, eigenaktive Tätigkeits- und Unternehmenswechsel und das Aufgreifen von institutionellen Angeboten zur beruflichen Qualifizierung sind vielen dieser Berufsbiografien gemeinsam. Die Wahrnehmung der „Ent-

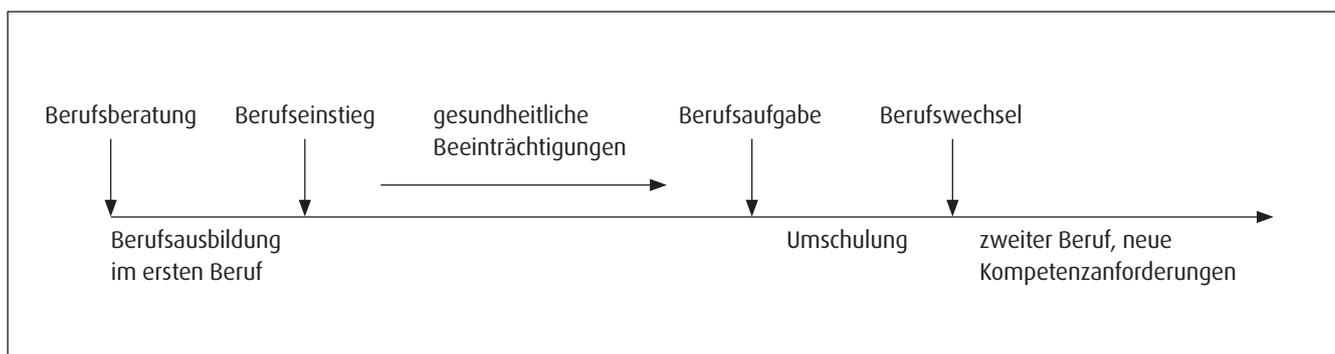


Abbildung 11: Typischer Verlauf von Berufswechslern, die gezwungen waren, ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen aufzugeben (Fallbeispiel 4)

zauberung des Berufsbildes“ wurde mit aktiven Bemühungen, eine neue Tätigkeit oder einen neuen Beruf zu finden, verknüpft. Dabei wurde überwiegend auf Erfahrungen aus dem erlernten und ausgeübten Beruf zurückgegriffen. Qualifizierungsmöglichkeiten für den neuen Beruf bzw. die neue Tätigkeit wurden aktiv wahrgenommen. Abbildung 10 verdeutlicht einen abstrahierten Erwerbsverlauf aus dieser Gruppe der Berufswechsler.

Die Berufsbiografien der von uns befragten Teilnehmerinnen an einer Qualifizierungsmaßnahme des Berufsförderungswerkes sind durch das Ausharren im Beruf und in der Tätigkeit – trotz physischer und psychischer Beschwerden in den letzten Berufsjahren – gekennzeichnet. Lernchancen wurden im Beruf nicht geboten, aber auch nicht aktiv gesucht.

Die Aussage einer Interviewteilnehmerin kennzeichnet das Dilemma dieser Befragten: „Ich habe den Absprung nicht geschafft.“ Die enge Verwurzelung mit dem Wunschberuf und die fehlenden Angebote bedarfsorientierter Personalentwicklung und Prävention mündeten bei den von uns befragten Berufswechslerinnen in einer Qualifizierungsmaßnahme nach Berufsaufgabe infolge schwerer physischer und psychischer Beeinträchtigungen in einem Berufswechsel. Keine der Befragten bezeichnete den Zielberuf als Wunschberuf. Die Abbildung 11 zeigt einen typischen Verlauf für diese Gruppe von Berufswechslern.

#### 7.4. Gesund und leistungsfähig bis zur Rente? Erfahrungen und Empfehlungen von Krankenschwestern und -pflegern der Generation 45+

Bisher wurden anhand von Einzelfallanalysen Wege des Tätigkeits- bzw. Berufswechsels aus der stationären Krankenpflege im Unternehmen bzw. in andere Unternehmen aufgezeigt. Eine zweite Zielsetzung des Projektes bezieht sich auf Strategien, die eine Verlängerung der Verweildauer im Beruf ermöglichen. Im Mittelpunkt stehen dabei Wege der

- Arbeits- und Organisationsgestaltung,
- Gesundheitsförderung,
- Personalauswahl und Personalentwicklung.

In den folgenden Darstellungen wird dabei die These vertreten, dass der Erfolg von Prävention sowohl in der Verantwortung des Unternehmens als auch in der Verantwortung des Beschäftigten liegt. In einem ersten Schritt soll aus der Sicht von Beschäftigten der Frage nachgegangen werden, weshalb sich nur so wenige Beschäftigte im Bereich der stationären Pflege vorstellen können, ihren Beruf bis zum Erreichen des Rentenalters auszuüben.

##### 7.4.1. Die Sichtweise der Experten

In Form von strukturierten Interviews (Ulbricht, 2010) wurden 67 Krankenschwestern und Krankenpfleger aus vier Krankenhäusern der Allgemeinversorgung sowie einer Landesklinik für Neurologie und Psychiatrie befragt. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 54,4 Jahren. Für 60 der Befragten war es der Wunschberuf, der

auch heute noch oder wieder ausgeübt wird. Sieben der Befragten haben aus einem anderen Beruf in den Beruf der Krankenpflege gewechselt. Hier war es der „zweite Wunschberuf“. Darüber hinaus wurde die Expertise von drei Chefarzten, drei Personalleitern und vier Pflegedienstleitern genutzt.

##### Gesund, leistungsfähig und motiviert bis zur Rente im Beruf der stationären Krankenpflege?

Wie eingangs dargestellt, kann sich nur jeder Zweite der im Pflege thermometer 2009 Befragte vorstellen, seinen Beruf bis zum Erreichen des Rentenalters auszuüben. Grund sind vorrangig physische und psychische Belastungen (vgl. Pflege thermometer, 2009). Dabei sind es laut NEXT-Studie insbesondere jüngere Beschäftigte in der Altersgruppe bis 35 Jahre mit höherer Qualifikation, die über einen Ausstieg aus der Pflege nachdenken. Doch wie sehen ältere im Pflegebereich Beschäftigte ihren Weg in den Ruhestand?

„Nein, ich kann mir nicht vorstellen, bis zur Rente zu arbeiten“ berichteten 60 von den im Rahmen der Studie befragten 67 Krankenschwestern und -pflegern. Was sind die Gründe dafür? „Ich hoffe, die Altersteilzeitregelung gilt dann noch. Ich möchte mit 60 in Rente gehen. Ich habe dann mehr als 40 Jahre gearbeitet. Ich denke, ich habe dann genug getan.“ „Ich möchte auch noch etwas von meinem Ruhestand haben.“ „Ich wollte raus aus dem ewig gleichen Trott. Ich habe keine berufliche Perspektive für mich gesehen.“ „Mein Arbeitsvertrag ruht schon jetzt krankheitsbedingt. Ich bin gerade 56. Wie soll das bis 65 gehen?“ „Ich würde schon gern bis zur Rente arbeiten. Aber nicht als Stationsschwester. Ich möchte ganz einfach wieder Schwester sein. Doch dann auch nicht hier auf Station.“

Es sind also ganz unterschiedliche Gründe, die ein Ausscheiden aus dem Pflegeberuf wahrscheinlich machen. Es ist der Wunsch, den Ruhestand gesund genießen zu können, das Gefühl, genug gearbeitet zu haben, fehlende berufliche Perspektiven und auch Krankheit. Wie kann solchen Entscheidungen gegen den Pflegeberuf frühzeitig entgegengewirkt werden? Im Folgenden werden aus den Ergebnissen der Interviews Wege aufgezeigt, die eine Verlängerung der Verweildauer im Pflegeberuf unterstützen können.

##### Wege der Arbeitsorganisation zur Verlängerung der Verweildauer im Beruf

Im Pflege thermometer 2009 gaben 58,4 Prozent der befragten Pflegekräfte an, dass durch verbesserte Arbeitsabläufe eine wesentliche Zeitersparnis möglich wäre. Doch wie sieht der Alltag in manchen Kliniken aus?

Aussagen aus dem Pflege thermometer 2009 ergeben deutliche Hinweise darauf, dass sich trotz eines Zuwachses von Stellen im ärztlichen Bereich an der Qualität der Zusammenarbeit oft wenig verändert hat. Eine unserer Interviewpartnerinnen berichtet beispielsweise: „Es wäre wichtig, dass sich Ärzte unsere Dienstplanung ansehen. Dann könnten wir uns abstimmen, wie viele Patienten zu welchen Zeiten aufgenommen und angemessen versorgt werden können.“ Eine andere Befragte berichtet: „Wir könnten die Abläufe auf der Station viel besser organisieren, wenn

Visitenzeiten eingehalten würden.“ Im Pflege thermometer 2009 berichteten 94,3 Prozent der Befragten über Arbeitsunterbrechungen, die u. a. durch Mängel in der Kooperation unterschiedlicher Funktionsbereiche in der Klinik entstehen.

Der durch mangelhafte Abstimmung zwischen einzelnen Funktionsbereichen in einer Klinik entstehende Zeitdruck hat nicht nur Auswirkungen auf die Belastungsexposition von Pflegekräften, sondern auch auf die Patientensicherheit. Nur drei von fünf der im Pflege thermometer (2009) befragten Beschäftigten, insbesondere in bettenführenden Bereichen, gaben an, die Sicherheit von Patienten gewährleisten zu können. Eine unserer Interviewpartnerinnen schildert dies so: „Es war eigentlich eine Bettwache für die Patientin mit Suizidgefährdung angeordnet. Doch dann wäre ja meine Kollegin allein auf Station gewesen. Also habe ich sie überall mitgenommen. Dann war sie plötzlich weg. Ich habe sie in einem Zimmer wiedergefunden. Doch was wäre, wenn sie gesprungen wäre. Ich habe Angst, so etwas zu erleben.“ Diese Aussage wird durch Daten aus dem Pflege thermometer 2009 gestützt. 61 Prozent der Befragten gaben an, dass eine ärztlich angeordnete Überwachung nicht immer realisiert werden kann.

Im Pflege thermometer (2009) beschrieben zudem 26 Prozent der Befragten das Verhältnis zu der jeweiligen Pflegedienstleitung als „feindlich“. Dabei zeigen verschiedene Studien übereinstimmend, dass die Qualität sozialer Interaktionen am Arbeitsplatz einen entscheidenden Einfluss auf die erlebte Arbeitsfähigkeit haben (z. B. Hasselhorn u. a., 2005).

Doch es gibt Wege, die die beschriebenen Probleme verringern können. Ein Chefarzt beschreibt dies so: „Die Organisationsstruktur einer Klinik besteht für mich nicht aus dem ärztlichen Bereich, dem pflegerischen Bereich und den Funktionsdiensten. Die Organisationsstruktur einer Klinik besteht aus Stationen, in denen unterschiedliche Berufsgruppen zum Wohle des Patienten gemeinsam arbeiten. Und das setze ich auch durch.“ Aber auch Beschäftigte können eigenverantwortlich durch ihre Arbeitsorganisation Beiträge leisten: „Krankenhäuser haben ja oft lange Flure. Also nicht soviel hin und her laufen, sondern lieber mal was aufschreiben. Wir haben 20 Betten. Ich kann mir da nicht alles merken. Da schreibe ich mir das eben auf.“ „Ich stelle mir immer das Bett hoch. Und das Waschen machen wir prinzipiell zu zweit.“

Stationsleitungen sind ebenso in der Pflicht: „Dienstpläne sind bei uns immer noch Wunschkonzerte. Dabei wäre es wichtig, erfahrene Schwestern und jüngere Kolleginnen in einen Dienst einzuteilen. Aber dann wird eben getauscht und getauscht.“ „Wir haben bei uns das Schichtarbeitszeitmodell geändert: Die Spätschicht dauert jetzt eine Stunde länger, doch da ist dann eben Zeit, in aller Ruhe noch den Tag abzuschließen.“

Nicht nur Defizite im Bereich interdisziplinärer Kooperation und Arbeitsorganisation führen in Kliniken zu vermeidbaren Belastungen für Pflegekräfte. Es sind auch räumliche Gegebenheiten und Auslastungsbestrebungen. Eine Interviewpartnerin schildert dies so: „Wir haben heute Zweibettzimmer, die zu Dreibettzimmern werden. Da hat der Patient nicht einmal mehr seinen eigenen Schrank.

Die Beschwerden müssen wir uns dann anhören. Und wenn ein Patient aus dem Zimmer z. B. in den Funktionsbereich gebracht werden muss, sind wir erst einmal am Umräumen. Da müssen die Nachttische raus und der Papierkorb. Sonst kommen wir ja gar nicht durch. Ich weiß nicht, was geschehen würde, wenn doch einmal ein Notfall passiert.“

„Früher hatten wir eine Bettenzentrale. Die war im Keller. Heute verstauben dort Stühle, die für einen Veranstaltungsraum genutzt werden sollten. Die Betten stehen jetzt bei uns auf den Gängen und werden von uns gereinigt. Der Patiententransport ist dadurch viel schwerer geworden. Und auch die Besucher fragen oft, was das soll.“ Auch dies geht anders: „Die Betten kommen bei uns in einen extra Raum. Dort werden sie gereinigt vom Reinigungsdienst und einmal im Monat kommen sie in den Keller zur Grundreinigung.“

56 Prozent der Befragten aus dem Pflege thermometer 2009 gaben an, dass eine ausreichende Schichtbesetzung zur pflegefachlichen Betreuung der Patienten nicht gewährleistet ist. Im Mittelpunkt steht dabei insbesondere die Patientensicherheit. Eine unserer Befragten beschreibt dies so: „Begonnen haben wir mit 25 Betten. Jetzt sind es 57. Doch mehr Personal ist kaum da. Das, was unsere Klinik früher ausgezeichnet hat, die individuelle Patientenbetreuung, ist heute gar nicht mehr möglich.“

Im Rahmen der Befragungen des Pflege thermometers 2009 gaben 28 Prozent der Befragten an, eine Teilzeittätigkeit anzustreben. Die gleiche Studie gibt zudem Hinweise darauf, dass in der Pflege zunehmend kurzfristige Beschäftigung z. B. über Zeitarbeitsfirmen zunimmt. Daten des IAB belegen einen stetigen Anstieg der Teilzeitbeschäftigung im Bereich der stationären Krankenpflege (vgl. Tabelle A3). Befunde aus der NEXT-Studie (Galatsch u. a., 2010) zeigen zudem, dass insbesondere ältere Pflegekräfte nur noch im Tagdienst und häufig in Teilzeit arbeiten. Jüngere Pflegekräfte arbeiten demgegenüber häufiger in Schichtmodellen mit Nachtdienst. Was bedeutet dies für eine effektive Arbeitsorganisation? Eine ältere Beschäftigte hat erlebt: „Seit ich wieder Vollzeit im Schichtdienst arbeite, habe ich viel mehr Zeit für Patienten. Ich kenne die Patienten und muss mich nicht immer erst neu in den Arbeitsalltag hineinfinden. Ich glaube, dass ich heute besser und effektiver arbeite.“ Teilzeitarbeit ist eine Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Doch Teilzeittätigkeit schafft zusätzlichen Arbeitsaufwand und damit zusätzliche Belastungen in der Zusammenarbeit im Team als auch bei der Betreuung der Patienten.

Pausenzeiten dienen ebenso wie arbeitsfreie Tage der Regeneration. Doch wie sieht die Realität im Klinikalltag aus? Nur 37 Prozent der im Pflegebarometer 2009 Befragten berichten, dass sie ihre Pausenzeiten außerhalb der Station bzw. Abteilung verbringen. Dies bestätigen die Befunde aus unseren Interviews. „Ich wünsche mir ungestörte Arbeitspausen. Doch wenn es klingelt, muss ja doch einer springen.“ Allerdings ist es nicht immer leicht, Bedürfnisse nach sozialem Kontakt zu Kollegen und einer Arbeitspause in Einklang zu bringen: „Ich möchte mit den Kolleginnen Pause machen,

gemeinsam einen Kaffee trinken und miteinander reden. Natürlich sind das keine wirklichen Pausen, denn für die Patienten müssen wir ja immer da sein.“

Doch es geht auch anders: „Bei uns hat jede Vollzeitpflegekraft insgesamt 45 Minuten Arbeitspause. Wir legen Wert darauf, dass diese Pausenzeiten nicht auf Station verbracht werden. Die Planung der Pausenzeiten liegt in der Verantwortung der Stationsleitung.“

Doch nicht nur die Einhaltung von Pausenzeiten ist in manchen Kliniken ein Problem. Sind denn freie Tage wirklich freie Tage?

Im Pflge thermometer 2009 berichteten 59 Prozent der Befragten, dass ein zeitnaher Ausgleich von Überstunden bis zu 70 Stunden nicht möglich sei. 22,7 Prozent hatten im Befragungszeitraum an Wochenenden zusätzliche Arbeit geleistet. Unsere Interviewten beschreiben dies beispielsweise so: „Ich werde regelmäßig aus dem Frei in den Dienst geholt.“ „Ich bin da ganz ehrlich. Wenn das Telefon klingelt und die Nummer meiner Station ist auf dem Display, gehe ich nicht ans Telefon.“ „Manchmal fahre ich einfach weg, nur um nicht angerufen zu werden. Ich weiß ja schon, dass Kolleginnen krankheitsbedingt ausfallen, wenn ich ins Frei gehe.“ Die beiden letztgenannten Strategien von Pflegenden, ihre Freizeit „zu schützen“, haben Folgen. Wie schon zitiert gaben 56,5 Prozent der Befragten im Pflge thermometer 2009 an, dass eine ausreichende Patientenversorgung durch eine fachlich qualifizierte Schichtbesetzung nicht gewährleistet werden kann.

Doch muss das wirklich so sein?

### **Viele entlasten und wenige planbar belasten – unterschiedliche Modelle einer gesundheitsförderlichen Arbeitsorganisation**

#### **1. Der Springerpool**

Das Konzept des „Springerpools“ beschreibt den Gedanken, dass Beschäftigte im Pflegebereich bei personellen Engpässen auf die entsprechenden Stationen wechseln oder dass zusätzliche Mitarbeiter im Dienst sind, die dann auf den entsprechenden Stationen aushelfen. Wie schätzen die von uns Befragten Beschäftigten eine solche organisatorische Lösung ein? „Mir macht es Spaß auf anderen Stationen zu arbeiten. Das ist doch Abwechslung und ich lerne etwas Neues.“ „Selbstverständlich springe ich in anderen Stationen ein. Doch ich fände es sinnvoll, wenn die Arbeitsabläufe und die Arbeitsorganisation einheitlich organisiert wären. Wenn ich auf einer anderen Station aushelfe, suche ich mich manchmal tot nach den einfachsten Arbeitsmitteln.“ „Ich habe immer Angst, wenn ich in die Notaufnahme muss. Ich kenne mich da nicht richtig aus. Das ist nicht mein Arbeitsgebiet.“

Sich immer wieder verändernden Arbeitsanforderungen zu stellen, enthält Lernchancen. Es kann aber auch mit Arbeitsverdichtung und Ängsten verbunden sein. Die Lagerung von Arbeitsmitteln in Kliniken zu standardisieren, kann ein Beitrag dazu sein, Arbeitsverdichtung entgegenwirken. Eine regelmäßige Rotation des Einsatzes auf den entsprechenden Stationen kann Qualifikationsvoraussetzungen schaffen, die Ängste vor ungewohnten Anforderungen nehmen.

#### **2. Die Rufbereitschaft**

Im ärztlichen Bereich in Kliniken ist es Standard, dass Ärzte in eine Rufbereitschaft eingeteilt werden, um im Bedarfsfall die adäquate Patientenversorgung zu sichern. Diese Bereitschaftsdienste werden im Rahmen der tarifvertraglichen Regelungen vergütet. Eine solche Regelung im pflegerischen Bereich zu implementieren, stößt oft in Hinblick auf die zusätzlichen finanziellen Belastungen der Häuser auf Widerstand. Doch wie sehen das die Beschäftigten? Von den in einem Klinikverbund befragten 37 Krankenschwestern und -pflegern beurteilten alle eine solche Lösung als positiv. Nur sechs der Befragten machten ihre Bereitschaft, eine solche Form der Arbeitsorganisation umzusetzen, von einer finanziellen Mehrvergütung abhängig. „Ich hätte damit kein Problem. Es wäre auch gerechter und die Stationen wären ordentlich besetzt.“ „Das bedeutet ja nicht, dass ich 5:30 Uhr gewaschen und gekämmt auf einen Anruf warte. Dann klingelt eben das Telefon und ich mache mich fertig und bin eben eine Stunde später auf Station. Das ist ja heute auch so, wenn ich aus dem Frei geholt werde. Da geht ja die Station nicht unter. Ich bin ja dann da.“ „Das müsste sicher auch mit der Bezahlung geregelt werden. Doch prinzipiell fände ich es eine gute Lösung. Dann weiß ich, wann ich etwas planen kann und wann ich eben mit einem Anruf rechnen muss.“

Bislang konnte dokumentiert werden, dass Freizeit für Beschäftigte im pflegerischen Bereich nicht immer Zeit für Regeneration bedeutet. Es konnte auch gezeigt werden, dass zusätzliche Dienste nicht alle Beschäftigten gleichermaßen betreffen und nicht jeder Beschäftigte sich in der Lage fühlt, als Springer tätig zu sein. Dies beeinträchtigt die Qualität sozialer Interaktion am Arbeitsplatz möglicherweise nachhaltig. Zudem ist die Qualität der Patientenversorgung nicht immer gesichert. Das Krankenhaus Eichhof in Lauterbach (Essen) ist einen neuen Weg gegangen: Nur jene Beschäftigte, die als Springer arbeiten wollen, werden in einem Springerpool integriert. Unabhängig vom Arbeitseinsatz erhalten sie für diese Einsatzbereitschaft monatlich ein zusätzliches Entgelt von 40,00 Euro. Der tatsächliche Arbeitseinsatz wird mit 125 Prozent des tariflich vereinbarten Gehalts abgegolten. Damit werden Konflikte der „Ungleichbehandlung“ im Team vermieden.

Zudem bietet das Haus den Beschäftigten an, Zusatzvergütungen, wie ein 13. Monatsgehalt in Freizeit umzuwandeln. In den Bereichen, in denen von dieser Regelung Gebrauch gemacht wurde, war ein Rückgang des Krankenstandes von fast zwei Prozent zu beobachten.

Doch nutzen alle Beschäftigte ihre Freizeit wirklich zur Erholung? Die Unfähigkeit, Freizeit wirklich zur Erholung zu nutzen (Erholungsunfähigkeit) steht im Zusammenhang mit der Entwicklung von Herz-Kreislauferkrankungen sowie psychischen Erkrankungen (z. B. Rau, Riedel & Pötzsch, 2002). Doch mehr als der Hälfte der von uns Befragten fiel es zum Befragungszeitpunkt schwer, sich in der Freizeit zu erholen: „Ich kann dann einfach nicht abschalten. Ich rufe dann noch an und sage, was ich nicht geschafft habe. Nur wenn ich mit dem Hund laufe, ist der Kopf frei.“ „Ich habe es erst sehr spät gelernt, Arbeit und Freizeit zu trennen. Heute gehe ich von Station und mache eine Tür zu und eine andere auf. Das zu lernen, würde ich jeder jungen Krankenschwester raten, denn für

mich war es zu spät. Ich bin heute in psychotherapeutischer Behandlung.“

Angesichts der mit wirtschaftlichen Entwicklungen einhergehenden Arbeitsplatzunsicherheit belegen empirische Befunde, dass immer häufiger Beschäftigte auch dann arbeiten, wenn sie nicht gesund sind (vgl. Ulbricht, 2006). Beschäftigte im Bereich der stationären Krankenpflege sind zudem noch von einem zweiten Risiko betroffen: Der häufig engen Bindung an den Beruf und die Kollegen. In den Schilderungen der von uns Befragten stellt sich das beispielsweise so dar: „Meine Kollegin hat mich eben angerufen. Wir wollten uns ja zu einem Gespräch verabreden. Ich liege schon seit vier Tagen mit einer Grippe im Bett. Ich versuche eben, mich in den freien Tagen auszukurieren. Morgen beginnt dann mein Nachtdienst. Da muss ich wieder gehen. Wer sollte sonst für mich einspringen.“ „Ohne mich geht es nicht. Ich weiß aber nicht warum. Ich bin der Leitwolf. Und da bin ich eben wieder in den Dienst gegangen. Eigentlich war ich noch krank geschrieben.“

Wenn Beschäftigte in der stationären Krankenpflege auch dann arbeiten, wenn sie krank sind, gefährden sie häufig nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern auch die der Patienten. Dabei wäre die Lösung recht einfach: „Wenn ich sehe, dass da jemand schon schweißgebadet auf Arbeit erscheint, dann schicke ich den zum Arzt. Da ist der nach zwei oder drei Tagen wieder da. Wenn ich den durchschleppen würde, wäre er dann drei Wochen krank.“ Doch das geht nur, wenn über Springerpools oder Rufbereitschaften eine andere Schwester oder ein anderer Pfleger einspringen kann.

#### **Wechselabsichten frühzeitig erkennen!**

Von der ersten Überlegung bis zur endgültigen Entscheidung für einen beruflichen Wechsel benötigt die Hälfte der Pflegenden im Mittel fünf Monate (Dichter u. a., 2010). Für die von uns befragten Beschäftigten sah dies beispielsweise so aus: „Ich kann es mir nicht vorstellen, bis zur Rente noch zu arbeiten. Ich hoffe, ich kann eine Altersteilzeitregelung in Anspruch nehmen. Eigentlich kann ich schon jetzt nicht mehr mit Patienten arbeiten. Ich fühle mich so leer. Ja, wenn das möglich wäre – ich habe davon gehört –, in den Bereich der Dokumentationsassistenz zu wechseln.“ Und die bereits genannte Wechselabsicht, die sich auf das Arbeiten bis zur Rente bezog: „Ich würde schon gern bis zur Rente arbeiten. Aber nicht als Stationsschwester. Ich möchte ganz einfach wieder Schwester sein. Doch dann auch nicht hier auf Station.“

Doch wie kann man Wechselabsichten frühzeitig erkennen? Regelmäßige Mitarbeitergespräche bieten dafür eine Möglichkeit. Zudem kann man gemeinsam in diesen Gesprächen mit dem Beschäftigten nach Lösungen suchen, die den Verbleib im Beruf bzw. im Unternehmen ermöglichen.

#### **Ausbildung an den tatsächlichen beruflichen Anforderungen ausrichten**

„Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ steht nicht als Absage an die Chancen lebenslangen Lernens. Doch eine adäquate Vorbereitung auf sich verändernde berufliche Anforderungen, z. B. angesichts des strukturellen Wandels im Gesundheitssystem, kann nur in der beruflichen Ausbildung erfolgen. Aus Sicht der von uns

Befragten gäbe es da einiges zu tun: „Die jungen Krankenschwestern haben nicht mehr die Helfermentalität. Sie arbeiten nicht mit dem Patienten, sondern schreiben einfach vor, was er zu tun hat. Und das wird toleriert, weil es effizient ist. Aber mit Patientenorientierung hat das nichts zu tun. Deshalb gibt es ja auch immer mehr Patientenbeschwerden hier im Haus.“ „Ich glaube, dass die Ausbildung mehr auf den Klinikalltag vorbereiten müsste.“

Das ist nicht so, wie es gelehrt wird, auch umsetzbar.“

„Ich sage den jungen Leuten immer: Trennt zwischen Arbeit und Freizeit. Nehmt die Arbeit nicht mit nach Hause.“

#### **7.4.2 Die Empfehlungen unserer Experten im Überblick**

Im Rahmen unserer Studie fragten wir, was sich ändern müsste, damit mehr Beschäftigte diesen Beruf gesund, leistungsfähig und motiviert bis zur Rente ausüben können. Dabei wurde deutlich, dass

- unternehmerische Interessen vereinbar bleiben müssen mit einer beeinträchtigungsfreien Gestaltung von Arbeitsbedingungen sowie der Gewährleistung der Patientensicherheit,
- neue Wege der Arbeitsorganisation sowohl auf Unternehmens-ebene als auch auf individueller Ebene arbeitsbedingten Belastungen entgegenwirken können,
- Mitarbeitergesprächen eine zentrale Bedeutung sowohl im Bereich der Prävention als auch im Bereich der Umsetzung unternehmerischer Interessen zukommt,
- Beschäftigte selbst Verantwortung für den Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit übernehmen müssen,
- Ausbildung auf die tatsächlichen beruflichen Anforderungen in allen Kompetenzbereichen vorbereiten muss.

## **8 Erwerbsfähig bis zur Rente? Arbeits-, Organisations- und Laufbahngestaltung am Beispiel der stationären Krankenpflege**

Um den zukünftig hohen Personalbedarf im Bereich der stationären Gesundheits- und Krankenpflege verbunden mit einer sich verändernden Altersstruktur der Beschäftigten abzudecken und gleichzeitig Gesundheit- und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten bis ins Rentenalter zu erhalten, gilt es

1. die Verweildauer im Beruf verlängern oder
2. die Beschäftigten bei drohender Berufsaufgabe durch gesundheitliche Einschränkungen frühzeitig für andere Tätigkeits- oder Berufsfelder zu qualifizieren.

Folgende Fragen stehen dabei im Vordergrund:

- Welchen Anforderungen muss die Berufsberatung und Berufsausbildung genügen?
- Welche Ansätze der primären Prävention können gesundheitlichen Risiken effektiv entgegenwirken?

- Wie kann Lernen im Beruf und für den Beruf altersgerecht gestaltet werden?
- Welche Wege alternsgerechter Laufbahngestaltung existieren angesichts des strukturellen Wandels im Gesundheitswesen?

## 8.1 „Pflege neu denken“ – Anforderungen an Berufsberatung und Berufsausbildung

Die beschriebenen Veränderungen im Bereich der stationären Krankenpflege sowie die daraus erwachsenden Veränderungen der beruflichen Anforderungen erfordern eine Anpassung von Berufsberatung und Berufsausbildung an ein sich wandelndes Berufsbild.

Die Berufsberatung sollte auf alle Anforderungen des Pflegeberufes vorbereiten, um der von den Interviewteilnehmerinnen beschriebenen „Entzauberung“ des Berufsbildes nach Eintritt in den Pflegeberuf entgegenzuwirken. Der Pflegeberuf der Zukunft ist weiter geprägt von der Unterstützung des Prozesses des Wiederherstellens und des Erhalts von Gesundheit. Doch dieser Prozess vollzieht sich unter epidemiologischen Veränderungen bei den zu betreuenden Patienten.

Die Berufsausbildung muss sich angesichts des in Kapitel 7.2.2. beschriebenen Zukunftsszenarios auch auf neue Handlungsfelder beziehen. Dies betrifft insbesondere Handlungsfelder wie Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Anleitung und Beratung und damit verbunden beratende, begleitende, unterstützende, koordinierende und versorgungssteuernde Aufgaben sowie die Ausrichtung des Pflegehandelns sowohl am individuellen Bedarf des Patienten als auch an den Interessen des Unternehmens. Hinzu kommt die zunehmende Verlagerung der pflegerischen Grundversorgung in den ambulanten Sektor sowie die Erschließung neuer Tätigkeitsbereiche aus dem bisherigen ärztlichen Verantwortungsbereich.

Die sich durch den Strukturwandel in der Pflege neu herausbildenden Handlungsfelder wurden bisher in den strukturell und inhaltlich weitestgehend getrennten Ausbildungsgängen der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege kaum berücksichtigt. Pflegende aller drei Pflegeberufe sind täglich gefordert, für Menschen in jedem Lebensalter berufsfeldübergreifende pflegerische Konzepte zu entwickeln. Den bislang getrennten Pflegeausbildungen wohnt ein hohes Potential von beruflichem Transferwissen inne, das eine Integration der Ausbildung in ein Berufsbild mit anschließender berufsbegleitender Qualifizierung für bestimmte Tätigkeitsfelder sinnvoll erscheinen lässt. Dafür notwendig ist ein generalistisch angelegtes Pflegecurriculum, welches gemeinsam vorhandenes Transferwissen der traditionellen Pflegeausbildungsgänge bündelt.

Auf der Grundlage der Befragungsergebnisse wurden für die Bereiche der theoretischen und praktischen Ausbildung sowie für die didaktische Vermittlung der Lerninhalte die im Folgenden vorgestellten Fragenkataloge entwickelt, die ein Ansatzpunkt für die Evaluation unterschiedlicher Ausbildungskonzepte sein können.

Im Rahmen der theoretischen Wissensvermittlung sollten dabei die folgenden Fragen im Vordergrund stehen:

- Werden Aspekte der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes umfassend in der schulischen und praktischen Ausbildung berücksichtigt?
- Wird den Anforderungen der Patientenorientierung und des unternehmerischen Denkens Rechnung getragen?
- Werden Themen der Arbeitsorganisation, der Prozessoptimierung und des Qualitätsmanagements berücksichtigt?
- Wird der Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit aufgegriffen?
- Wird die Frage der Zusammenarbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Kulturen thematisiert?
- Werden realistische berufliche Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf bzw. aus dem Beruf aufgezeigt?

Die berufspraktische Ausbildung sollte sich an den folgenden Fragen orientieren:

- Werden Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Bewältigung der Anforderungen in der Interaktion mit dem Patienten und seinen Angehörigen vermittelt?
- Werden Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Arbeit im Team sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit vermittelt?
- Werden Bewältigungsstrategien für den Umgang mit körperlichen und auch psychischen Belastungen vermittelt?

Unter den von uns aufgezeigten dynamischen Veränderungen im Gesundheitssektor muss die Berufsausbildung auf lebenslanges und selbstgesteuertes Lernen vorbereiten. Von Bedeutung bei der Vermittlung von Wissen und Können sind dabei die Fragen:

- Wird Eigenverantwortung bei der Erarbeitung der Lernziele gefördert?
- Wird Teamarbeit bei der Erarbeitung der Lernziele gefördert?
- Werden Lernstrategien erworben, die ein lebenslanges Lernen ermöglichen?
- Erfolgt eine enge Verknüpfung von schulischer und praktischer Ausbildung?
- Werden Erfahrungen in unterschiedlichen Kontexten (stationäre Pflege, ambulante Pflege u. ä.) ermöglicht?
- Wird die praktische Ausbildung durch qualifizierte Mentoren umgesetzt?

## 8.2 Gesundheitsförderung sowie Arbeits- und Organisationsgestaltung miteinander verbinden

Zur primären Prävention von Folgen physischer Fehlbeanspruchung in Pflegeberufen existiert eine Vielzahl von Konzepten, die einzelnen Ursachen für berufsbedingte Folgeerkrankungen vorbeugen können. Berufsbedingte Erkrankungen in Pflegeberufen lassen sich jedoch in der Regel nicht auf eine einzige Ursache zurückführen. Sie entstehen in der komplexen Wirkung unterschiedlicher physischer und psychischer Belastungsfaktoren. Dieser Komplexität müssen präventiv wirksame Gestaltungsansätze Rechnung tragen.

Dabei sind drei Ebenen zu beachten:

- die technischen Voraussetzungen gesundheitsförderlichen Arbeitens,
- die Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation sowie
- die Kompetenzen der Beschäftigten (vgl. Beck u. a., 2004; Bruder, 2007).

Eine der wichtigsten Maßnahmen auf der technischen Ebene ist die Bereitstellung technischer Hilfsmittel, die auf die räumlichen und baulichen Voraussetzungen des jeweiligen Hauses sowie auf die zu versorgenden Patienten abgestimmt sein müssen. Doch viele technische Hilfsmittel wirken nicht zwangsläufig präventiv. Es müssen organisatorische Rahmenbedingungen für ihre Nutzung geschaffen werden. Darüber hinaus sind die Qualität der Gestaltung der Arbeitsabläufe, die Arbeitsorganisation sowie Arbeitszeit- und Pausenregelungen, aber auch eine den Leistungsvoraussetzungen angepasste Personaleinsatzplanung wichtige Ansatzpunkte für Maßnahmen auf diesen Ebenen der primären Verhältnisprävention.

Viele Maßnahmen der primären Prävention setzen bis heute anstatt auf der Ebene der Verhältnisprävention auf der Ebene der Verhaltensprävention an. Die Praxis zeigt jedoch, dass der Mensch das schwächste Glied bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen ist (Badura, 1999; Reick, 1999). Häufig sind die einzelnen Elemente der Qualifizierungsangebote wie z. B. das Bewegen von Patienten, Rückenschulungen, Heben und Tragen nicht miteinander verknüpft. Darüber hinaus wird der Tatsache, dass Lernen Zeit und Wiederholung braucht, häufig nicht Rechnung getragen. Zudem ist die Umsetzung der in Schulungsmaßnahmen vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten auf der einen Seite von der Motivation der Mitarbeiter abhängig, z. B. verfügbare technische Hilfen auch in Anspruch zu nehmen. So kommt die NEXT-Studie (Hasselhorn u. a., 2005) zu dem Ergebnis, dass über 20 Prozent der Befragten eine Hebehilfe auch dann nicht nutzten, wenn sie vorhanden war. Auf der anderen Seite ist der erfolgreiche Transfer von dem in Schulungsmaßnahmen erworbenen Wissen auch von den technischen und arbeitsorganisatorischen Möglichkeiten der Umsetzung abhängig.

Präventionsmaßnahmen müssen also ganzheitlich konzipiert und implementiert werden, um nachhaltige Effekte zu erreichen (siehe iga-Report 13, Sokoll, Kramer & Bödeker, 2008). Das heißt, sie müssen Maßnahmen auf der Ebene der technischen Voraussetzungen, der Organisation und der Person integrieren. Nur ein ganzheitliches Konzept des Gesundheits- und Arbeitsschutzmanagements, das von der Führungsebene mitgetragen wird und in das die Beschäftigten aktiv einbezogen werden, kann dazu beitragen, arbeitsbedingten Belastungen im Pflegebereich erfolgreich entgegenzuwirken (Beck u. a., 2004).

Empirische Studien (z. B. Hasselhorn, u. a., 2005; DBFK, 2009) geben Hinweise, auf welche Aspekte ein solcher ganzheitlicher Ansatz in Hinblick auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit, aber auch die Verlängerung der Verweildauer im Beruf fokussieren sollte. Übereinstimmend wird berichtet, dass die Arbeit in Kliniken mit geringer Fluktuation gekennzeichnet ist durch:

- die Partizipation der Beschäftigten an Entscheidungen bezogen auf die eigene Arbeit,

- Vorgesetzte, die ihren Führungsaufgaben in hoher Qualität nachkommen,
- ein gutes soziales Klima in allen Bereichen der Zusammenarbeit,
- die Vermeidung einer Überlastung durch quantitative Arbeitsanforderungen,
- eine altersgerechte Arbeitsorganisation,
- die Ermöglichung von Qualifizierung und beruflicher Entwicklung,
- die Gewährleistung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die im Rahmen der Initiative „Aufbruch Pflege“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege entwickelten Konzepte von der Mitarbeiterbefragung über die Prozessgestaltung bis hin zu konkreten Maßnahmen der Prävention (<http://www.bgw-online.de>) bieten dazu ebenso gute Umsetzungsmöglichkeiten wie die von unseren Interviewpartnerinnen beschriebenen Lösungsansätze.

### 8.3 Eigenverantwortung für Beschäftigungsfähigkeit fordern und fördern

In den aktuellen Diskussionen über die Frage nach der Verantwortung für den Erhalt und die Entwicklung der Beschäftigungsfähigkeit wird die Eigenverantwortung des Arbeitnehmers immer stärker betont (z. B. Hundt, 2001; Reader & Grote, 2000). Diese Diskussion manifestiert sich in einem grundlegenden Wandel des traditionellen Versprechens der Arbeitsgeber „job security in exchange for loyalty and hard work“ (z. B. Herriot & Stickland, 1996) in „employability in exchange for loyalty and hard work“ (Hiltrop, 1995; McLean, Parks & Kidder, 1998). Morschhäuser (2002) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass es entscheidend von den Einstellungen und Verhaltensweisen der Beschäftigten selbst abhängt, inwiefern aus der Arbeit erwachsende Belastungen bewältigt werden können. Im Rahmen der Flexibilisierung und Dezentralisierung betrieblicher Abläufe entscheiden Arbeitnehmer zunehmend selbst, wie sie die Arbeit organisieren und ausführen. Damit entscheiden sie auch selbst darüber, in welchem Umfang Maßnahmen der Verhältnisprävention im Arbeitshandeln wirksam werden (vgl. Beck u. a., 2004; Bruder, 2007). Die Ergebnisse unserer Befragung belegen zudem, dass eigenverantwortliche Verhaltensprävention über den Arbeitsprozess hinausreicht. Doch Eigenverantwortung für Gesundheit als Grundlage für Beschäftigungsfähigkeit muss vermittelt und erlernt werden. Vor diesem Hintergrund sollte Fort- und Weiterbildung noch stärker als bisher zielgruppenspezifisch und bedarfsorientiert jene Kompetenzbereiche entwickeln, die über die Fachkompetenz hinausgehen.

### 8.4 Lebenslanges Lernen – aber wie?

Die Veränderungen der Anforderungen im Pflegeberuf sowie die Veränderungen in den erwerbsbiografischen Verläufen bis hin zu diskontinuierlichen Erwerbsbiografien mit beruflichen Wechseln erfordern lebenslanges Lernen. Doch wie kann lebenslanges Lernen im Prozess der Erwerbsarbeit unterstützt werden? Es sind zum einen die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsinhalte und die Arbeitsorgani-

sation, die lebenslanges, selbstgesteuertes Lernen unterstützen oder erschweren können. Zum anderen kann eine bedarfsorientierte berufsbegleitende Qualifizierung der „Lernentwöhnung“ vorbeugen und auf neue berufliche Anforderungen vorbereiten. Beide Wege werden im Folgenden vor dem Hintergrund der Interviewergebnisse kurz skizziert.

#### **Durch Arbeits- und Organisationsgestaltung selbstgesteuertes Lernen ermöglichen**

Eine Vielzahl arbeitspsychologischer Studien zur Lernförderlichkeit von Arbeit belegt, dass ganzheitliche Arbeitstätigkeiten, die neben ausführenden auch vorbereitende, planende und kontrollierende Tätigkeiten enthalten, das selbstgesteuerte Lernen im Prozess der Arbeit fördern (z. B. Baitsch, 1998; Bergmann, 1999; Koller & Plath, 2000; Ulich 2002). Misch Tätigkeiten, die sowohl körperliche als auch geistige Anforderungen stellen, fördern zudem Gesundheit und Lernbereitschaft (z. B. Oldham & Cummings, 1996).

Nun waren es aber gerade geistige Unterforderung, Fragmentierung der Tätigkeit und einseitige körperliche Belastungen, die die Berufsaufgabe unserer Interviewpartnerinnen begründeten. Die hohe Zufriedenheit in der neuen Tätigkeit bzw. dem neuen Beruf lag insbesondere darin, dass die jetzt ausgeübten Arbeitstätigkeiten Herausforderungen beinhalteten, die Lernen erfordern, aber auch ermöglichen. Für den Bereich der stationären Krankenpflege bedeutet dies, Arbeitsbedingungen, Arbeitsinhalte und die Arbeitsorganisation so zu gestalten, dass Anreize für Lernprozesse geschaffen werden und einseitigen physischen und psychischen Fehlbeanspruchungen vorgebeugt wird. Das ist vor allem dann gewährleistet, wenn ein ganzheitlicher Pflegeansatz beginnend von der Pflegeplanung gemeinsam mit dem Patienten, über die Betreuung und Beratung des Patienten und seiner Angehörigen bis hin zur Pflegedokumentation im Rahmen der Bezugspflege für eine definierte Patientengruppe umgesetzt wird.

Aktuelle Bestrebungen, die eine Verstärkung des Prinzips der Funktionspflege mit einer zunehmenden Fragmentierung der pflegerischen Tätigkeit in bestimmte pflegerische Teilbereiche zur Folge haben, wirken solchen Zielen ebenso entgegen wie die Auslagerung von Aufgaben der Behandlungsplanung und Pflegedokumentation in Berufsbilder der Dokumentationsassistenz oder der Stationssekretärin. Andererseits bietet die Auslagerung solcher Tätigkeitsfelder die Möglichkeit eines Tätigkeitswechsels bei drohenden arbeitsbedingten Erkrankungen. Zudem bieten solche arbeitsgestalterischen Lösungen Ansatzpunkte, mehr Zeit für die Behandlung und Pflege des Patienten durch qualifiziertes Fachpersonal aufzubringen.

#### **Durch bedarfsorientierte lebenslange Qualifizierung der „Lernentwöhnung“ vorbeugen und auf alternative berufliche Laufbahnen vorbereiten**

Die Teilhabe an berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen hat sich in den letzten zehn Jahren kontinuierlich erhöht. Allerdings profitieren in der Regel nach wie vor Beschäftigte der jüngeren Altersgruppen stärker von dieser Entwicklung als Beschäftigte in den älteren Altersgruppen (Trübswetter & Riphahn, 2006). Zudem sind den Analysen des Projektes folgend die Weiterbildungsangebote im Bereich der stationären Krankenpflege stark

auf den Erwerb von Spezialistenwissen ausgerichtet. In den Bereichen der sozialen Kompetenz oder der Unterstützung selbstgesteuerten Lernens finden sich seltener Weiterbildungsangebote. Eine Verbindung zwischen fachlicher Qualifikation und deren Umsetzung im Berufsalltag in ganzheitlichen Curricula fehlt. Es waren aber neben dem Fachwissen vor allem Schlüsselqualifikationen in den Bereichen der sozialen Kompetenz und der Lernfähigkeit, die unseren Interviewpartnerinnen den Wechsel in einen neuen Beruf bzw. eine neue Tätigkeit erleichterten.

Die demografischen Veränderungen haben Konsequenzen für die Form und den Inhalt der Weiterbildungsmaßnahmen. Im Gegensatz zum dozentenorientierten und fremdgesteuerten Lernen bei Jüngeren ist es erforderlich, Vorbildung und Vorerfahrung einzubeziehen und so ein teilnehmerorientiertes und selbstgesteuertes Lernen zu initiieren. Altersgerechtes Lernen bedeutet nach Geldermann (2002) dabei nicht eine Didaktik nur für Ältere, sondern die Verzahnung des Lernens mit dem Berufsverlauf durch geeignete Methoden und Arrangements, so dass mit dem Altern nicht zugleich die Qualifikation veraltet (siehe auch iga-Report 15, Borkel, Rimbach & Wolters, 2008).

Berufsbegleitende Qualifizierung muss dabei in ein strategisch orientiertes Personalentwicklungskonzept eingebettet sein, das kontinuierliche Fortbildungen für alle Beschäftigten möglich, aber auch verbindlich macht. Modelle wie das des Landes Bremen, welches eine Mindestanzahl an Fortbildungen für Beschäftigte im Bereich der stationären Krankenpflege verbindlich vorschreibt, sind ein Weg, lebenslanges Lernen zu unterstützen.

Im Zentrum der Entwicklung anforderungsgerechter und altersgerechter Qualifizierungskonzepte im Rahmen der theoretischen Wissensvermittlung und didaktischen Aufbereitung sollten dabei die folgenden Fragen stehen:

- Erfolgt vor Beginn der Weiterbildungsmaßnahme eine individuelle Beratung auf Grundlage eines Kompetenzprofils und eines konkreten Qualifizierungsziels?
- Werden in der Beratung alternative Qualifizierungsziele angeboten und die beruflichen Entwicklungsziele des Beschäftigten berücksichtigt?
- Ist die Qualifizierungsmaßnahme in ein ganzheitliches Konzept der Gesundheitsförderung und altersgerechten Laufbahngestaltung eingebettet?
- Erfolgt die Weiterbildung arbeitsplatznah in altersgemischten Teams?
- Wird in der Vermittlung der Inhalte an die unmittelbaren Erfahrungen der Teilnehmer angeknüpft?
- Bezieht sich das Qualifizierungskonzept auf konkrete Praxisbeispiele?
- Unterstützt die didaktische Aufbereitung der Inhalte selbstgesteuertes Lernen?
- Schließt die Qualifizierung mit einem anerkannten Zertifikat ab?

## 8.5 Strategien altersgerechter Laufbahngestaltung und Qualifizierung für neue Tätigkeitsfelder oder Berufe im Unternehmen

Die beschriebenen klassischen Wege der Arbeits- und Organisationsgestaltung sowie der Personalentwicklung können dazu beitragen, viele Folgen arbeitsbedingter Fehlbeanspruchung abzufangen. Doch nicht immer ist es auf diesem Wege möglich, krankheitsbedingter Berufsaufgabe oder dem Wechsel in einen anderen Beruf aus motivationalen Gründen vorzubeugen. Zudem beinhalten alle bisher beschriebenen Maßnahmen die Eröffnung altersgerechter Berufswege. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden das Thema der altersgerechten Laufbahngestaltung im Klinikbereich vertieft. Dazu greifen wir die in Kapitel 5 skizzierte Karrierematrix auf und vervollständigen diese für unterschiedliche altersgerechte Laufbahnen im Bereich der stationären Krankenpflege.

### Spezialistenkarrieren

Die Anforderungsanalysen zeigen, dass Spezialistenwissen in der Zukunft der Pflege eine immer wichtigere Rolle einnehmen wird (vgl. Kapitel 7.2). Dies bezieht sich sowohl auf Bereiche der Krankenpflege bis hin zur Prozesssteuerung wie z. B. dem Case-Management oder dem Entlassungsmanagement als auch auf die Übernahme bislang ärztlicher Tätigkeiten (vgl. Pflge thermometer, 2007).

Spezialistenkarrieren, die gezielt über berufsbegleitende Qualifikationen das Expertentum für bestimmte Aufgabenbereiche der stationären Krankenpflege entwickeln, bieten die Chance, ältere Mitarbeiter von körperlich schwerer Arbeit zu entlasten und berufliche Entwicklungsperspektiven im erlernten Beruf zu eröffnen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Spezialistenkarrieren im Spiegel der Karrierematrix

	Tätigkeitswechsel	Berufswechsel
Verbleib im gleichen Unternehmen	<b>Spezialistenlaufbahn</b> • Basale Stimulation • DRG-Management (Abrechnung nach den Diagnosis Related Groups)	
Wechsel in ein anderes Unternehmen		

Um Pflegekräfte tatsächlich über Fachkarrieren in ihrer Arbeit zu entlasten und ihnen neue berufliche Perspektiven zu bieten, bedarf es allerdings der organisatorischen Einbindung der neuen Tätigkeiten in den Arbeitsablauf ebenso wie der Wertschätzung. Dazu sind Festlegungen von Verantwortungen und Entscheidungsbefugnissen in Form von Stellenbeschreibungen ebenso notwendig wie die rechtliche Absicherung im Rahmen der Übernahme von neuen Aufgaben.

### Horizontale Fachkarrieren

Mit den strukturellen Veränderungen im Gesundheitssektor bieten sich in Kliniken neue Tätigkeits- und Berufsfelder, die die Gestaltung horizontaler Fachkarrieren ermöglichen. Tätigkeits- und Berufsbilder wie das der Stationssekretärin, des Hotelservices, der Kodierfachkraft oder der Gesundheitsfachwirtin entstehen durch die Auslagerung von berufsfremden Teiltätigkeiten. So umfasst das Tätigkeitsfeld einer Stationssekretärin die folgenden Aufgaben:

- Führung des Arztsekretariats,
- Telefonate und Einbestellungswesen,
- Schreiben von Arztbriefen und sonstiger Korrespondenz nach Phonodiktat,
- interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik,
- Terminierung und Koordination,
- Administration und Archivierung.

Der Hotelservice umfasst neben dem gesamten Bereich der Gastronomie und des Caterings alle Dienstleistungen, die ein Hotel seinen Gästen anbietet. Die Ausbildung zur Gesundheitsfachwirtin umfasst wirtschaftswissenschaftliche und rechtliche Grundlagen der Unternehmensführung im Gesundheitssektor ebenso wie die fachliche Managementqualifikation. Voraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Einsatzfelder liegen insbesondere im Pflegedienstbereich sowie in der Verwaltung von Kliniken.

Der Wechsel in eine solche Tätigkeit bzw. die Qualifizierung für ein solches Berufsbild bieten eine weitere Möglichkeit, Laufbahnen altersgerecht – entsprechend der individuellen Leistungsvoraussetzungen – zu gestalten, ohne dass Mitarbeiter das Unternehmen verlassen müssen (Tabelle 5). Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass nicht alle diese beruflichen Entwicklungswege mit einem beruflichen Aufstieg in Status, Einkommen und Arbeitsinhalt verbunden sind. Hier gibt es zwei gegenläufige Karrierepfade: Die horizontal aufsteigende Fachkarriere beschreibt den Wechsel in ein qualifiziertes neues Aufgabengebiet, z. B. im Managementbereich oder im Bereich der Schnittstellengestaltung zwischen medizinischem Bereich und Verwaltung. Eine horizontal absteigende Karriere beschreibt den Wechsel in ein – im Hinblick auf kritische Belastungen im Pflegebereich – belastungsärmeres Berufs- oder Tätigkeitsfeld. Allerdings sind diese Wechsel z. B. in das Stationssekretariat oder den Hotelservicebereich mit dem Wechsel in fachlich geringer qualifizierte und niedriger bezahlte Tätigkeiten verbunden.

Tabelle 5: Horizontale Fachkarrieren im Spiegel der Karrierematrix

	Tätigkeitswechsel	Berufswechsel
Verbleib im gleichen Unternehmen	<b>Spezialistenlaufbahn</b> • Basale Stimulation • DRG-Management	<b>Horizontale Fachkarriere</b> • Gesundheitsfachwirtin • Kodierfachkraft • Stationssekretärin
Wechsel in ein anderes Unternehmen		

### Generalisten- und Spezialistenkarrieren

„Ambulant vor stationär“ ist eine der Perspektiven, die der Strukturwandel im Gesundheitswesen aufzeigt. Damit sind stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens gefordert, den Bereich der ambulanten Behandlung in ambulanten Versorgungszentren auszubauen, die an den Kliniken angegliedert sind. Mit dieser Herausforderung ist die Chance verbunden, neue Geschäftsfelder für Unternehmen zu eröffnen. Eine ganzheitliche Versorgung angefangen von der Prävention bis zur Rehabilitation und häuslichen Nachsorge verbindet das Anliegen einer effektiven, patientenorientierten Versorgung mit der Möglichkeit, in Kliniken neue Berufsfelder und Karrierepfade zu erschließen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2007).

Die Integration von Prävention, Behandlung und Nachsorge in ein ganzheitliches Versorgungskonzept erfordert einerseits den Ausbau qualifizierter Beratungs- und Betreuungsleistungen z. B. im Rahmen des Case-Managements. Das im Fallbeispiel 3 in Kapitel 7.3.1. beschriebene Berufsbild der Case-Managerin ist ein Weg aus der stationären Krankenpflege in einen anderen Beruf, der auf dem Fachwissen der Pflege aufbaut, bei dem jedoch kritische Belastungen, die im Bereich der stationären Krankenpflege auftreten, nicht von Bedeutung sind.

Ein ganzheitliches Versorgungskonzept erfordert andererseits (insbesondere angesichts der kürzeren Verweildauer von Patienten in der stationären Pflege sowie angesichts der Veränderungen in der Patientenstruktur) eine intensivere ambulante und häusliche Nachsorge. Bislang wird diese Nachsorge in der Regel privaten ambulanten Pflegediensten übertragen. Die Angliederung solcher Pflegedienste an den Klinikbereich ermöglicht eine effizientere Betreuung von Patienten und kann zusätzlich Möglichkeiten eröffnen, chronisch Kranke bzw. ältere Patienten früher in den häuslichen Bereich zu entlassen. Zudem eröffnet diese Erweiterung des Angebots die Möglichkeit, Mischmöglichkeiten in Generalistenlaufbahnen altersgerecht zu gestalten (Tabelle 6).

**Tabelle 6: Die Karrierematrix im Spiegel einer ganzheitlichen stationären und ambulanten Versorgung eines Krankenhauses**

	Tätigkeitswechsel	Berufswechsel
Verbleib im gleichen Unternehmen	<b>Spezialistenlaufbahn 1</b> • Basale Stimulation • DRG-Management	<b>Horizontale Fachkarriere</b> • Gesundheitsfachwirt/in • Kodierfachkraft • Stationssekretär/in
Wechsel in ein anderes Unternehmen	<b>Generalistenlaufbahn 1</b> • ambulante Krankenpflege • Haus- und Familienpfleger/in	<b>Spezialistenlaufbahn 2</b> • Präventionsassistent/in • Case-Manager/in

### „Mischkarrieren“

Die Flexibilisierung von Beschäftigung manifestiert sich bereits heute nicht nur in der Flexibilisierung arbeitsvertraglicher und arbeitszeitlicher Regelungen. Immer mehr Beschäftigte sind in

unterschiedlichen Tätigkeits- bzw. Berufsfeldern tätig. Diese „Mischkarrieren“ stellen einen weiteren Ansatz altersgerechter Laufbahngestaltung dar. Wir finden beispielsweise solche Mischkarrieren heute bereits in der Verbindung der pflegerischen Tätigkeit mit der Mentorenfunktion bei der praktischen Ausbildung in der Pflege. Aus präventiver Perspektive beugen solche Mischkarrieren einseitiger physischer und psychischer Fehlbeanspruchung vor. Sie eröffnen aber auch in besonderem Maße die Chance lebenslangen Lernens, denn eine regelmäßige Anpassungsqualifikation muss in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern erfolgen.

In Kliniken mit dem von uns beschriebenen ganzheitlichen Versorgungsansatz ist es möglich, solche beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten auszubauen. Schon heute sind Teilzeitbeschäftigungen vor dem Hintergrund der Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Bereich der stationären Krankenpflege etabliert. Vor diesem Hintergrund ist es möglich, den Wiedereinstieg in eine Vollzeitbeschäftigung durch Mischkarrieren zu realisieren. Neben der Tätigkeit im Bereich der stationären Krankenpflege bereitet die berufsbegleitende Qualifizierung auf eine neue Tätigkeit bzw. einen neuen Beruf in Teilzeit z. B. im Bereich der Beratung und Prävention vor. Andererseits können solche Mischkarrieren auch den schrittweisen Übergang aus dem Pflegeberuf in eine neue Tätigkeit oder einen neuen Beruf unterstützen.

## 8.6 Die Vorbereitung auf einen Wechsel – der Beratungsansatz

Programme der betrieblichen Wiedereingliederung dürfen nicht erst ansetzen, wenn manifeste Leistungs- bzw. gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, sondern bei ersten Hinweisen auf Befindlichkeitsstörungen. An dieser Stelle möchten wir auf das NIDMAR-Kursangebot für Disability-Manager der DGUV (<http://www.dguv.de>, Webcode: d6688) und auf das Vorhersageinstrument zur Früherkennung von Langzeit-Unfähigkeit des BKK-Bundesverbandes (iga-Report 14, Bödeker & Zelen, 2008) verweisen.

Der im Projekt entwickelte Beratungsansatz beinhaltet vier Schritte:

1. Werden bei der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung Befindlichkeitsbeeinträchtigungen (Frühwarnindikatoren) diagnostiziert, erhält der Mitarbeiter die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs. Die Verantwortung für die Führung dieses Beratungsgesprächs kann dem Betriebsarzt, dem unmittelbaren Vorgesetzten, der Personalabteilung, dem Betriebsrat oder dem Disability-Manager übertragen werden.
2. In diesem Beratungsgespräch werden belastungskritische Anforderungen der bisherigen Tätigkeit sowie Belastungen, die aus dem familiären und sozialen Umfeld resultieren, analysiert. Darüber hinaus werden die Kompetenzen des Mitarbeiters sowie seine beruflichen Entwicklungsziele im Rahmen einer Kompetenzanalyse dargestellt.
3. Im Ergebnis der Anforderungs-Kompetenzanalyse werden Anforderungen an eine alternative Tätigkeit oder alternativen Beruf definiert, welche die kritischen Belastungen der bisherigen

Tätigkeit ausschließen und den Kompetenzen des Mitarbeiters soweit wie möglich entsprechen.

4. Auf den Ergebnissen der Analyse aufbauend erfolgt z. B. die Beratung für eine alternative Tätigkeit bzw. einen alternativen Beruf. Hier werden zunächst mit dem Mitarbeiter gemeinsam alternative berufliche Laufbahnen entwickelt. Nach der Entscheidung für eine Laufbahn wird ein berufsbegleitendes ganzheitliches Qualifizierungskonzept zur Vorbereitung auf die nächste Tätigkeit bzw. den nächsten Beruf erarbeitet.

Abbildung 12 beschreibt beispielhaft die Umsetzung dieses Beratungsansatzes, welches unter der Abbildung näher beschrieben wird:

<p><b>1. Identifikation von Frühwarnindikatoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlafstörungen</li> </ul>
<p><b>2. Analyse der Risikofaktoren im aktuellen Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schichtarbeit</li> </ul>
<p><b>3. Anforderungen an einen nächsten Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Schichtarbeit</li> </ul>
<p><b>4. Beratung für einen Berufswechsel in ein geeignetes Berufsbild</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Präventionsassistentin</li> </ul>

**Abbildung 12: Ein stark vereinfachtes Beispiel für die Berufsberatung für den Berufswechsel**

1. Im Ergebnis einer ärztlichen Vorsorgeuntersuchung wurden bei einer examinierten Kinderkrankenschwester aus der stationären Krankenpflege Schlafstörungen als Frühwarnindikator für manifeste Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und insbesondere der kognitiven Leistungsfähigkeit identifiziert.
2. Die Anforderungsanalyse ergab als wichtigsten belastungskritischen Faktor die Arbeit im Drei-Schicht-System vor dem Hintergrund der familiären Verpflichtungen der Beschäftigten sowie der zehnjährigen Dauer der Schichtarbeit.
3. Die Anforderungen an den nächsten Beruf wurden vor dem Hintergrund der langjährigen Erfahrung der Beschäftigten im Bereich der stationären Kinderkrankenpflege sowie ihrer engen Bindung an den Beruf wie folgt definiert:
  - keine Schichtarbeit,
  - flexible Arbeitszeiten, um die Vereinbarung von Familie und Beruf zu gewährleisten,
  - Arbeit mit Kindern und
  - eine auf dem beruflichen Wissen und den beruflichen Erfahrungen aufbauende Zusatzqualifikation.
4. Eine alternative berufliche Laufbahn stellt in diesem Fall die berufsbegleitende Qualifizierung zur Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin dar. Eine Präventionsassistentin berät Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern in allen Fragen der Gesundheitsvorsorge. Die Beratung kann als Dienstleistung in ärztlichen Praxen, in Krankenhäusern oder Beratungszentren angeboten werden. Die Tätigkeit erlaubt eine individuelle Termin- und Arbeitszeitplanung. Voraussetzung für den Erwerb

der Zusatzqualifikation ist eine Ausbildung zur Krankenschwester. Die Ausbildungsinhalte der Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin umfassen:

- Prävention des plötzlichen Säuglingstods,
- Schutz vor Infektionskrankheiten durch Impfungen,
- Förderung der Zahngesundheit durch Kariesprophylaxe,
- gesunde Ernährung, Bewegungsförderung und Vermeidung von Übergewicht,
- Allergieprävention und Schutz vor Tabakrauchbelastung,
- Prävention kindlicher Unfälle in Haus, Freizeit und Verkehr und
- Suchtprävention vor allem in der Adoleszenz (insbesondere hinsichtlich legaler Drogen wie Tabak und Alkohol).

Ferner sind methodisch-didaktische Schwerpunkte in das Curriculum integriert, wie beispielsweise:

- systemisches Denken und Verhaltenskonzepte,
- Bedeutung der Gesprächsführung,
- Wahrnehmungsförderung für psychosoziale Probleme,
- interdisziplinäres Arbeiten im Team und
- Umgang mit modernen Medien sowie elektronischem und gedrucktem Informationsmaterial (vgl. z. B. [www.netzwerk-kindergesundheit.de/projekte](http://www.netzwerk-kindergesundheit.de/projekte)).

Im Beratungsansatz wurde die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung als Ausgangspunkt für die Beratung zu einer neuen Tätigkeit oder einem neuen Beruf, wenn Frühwarnindikatoren identifiziert werden, die für das Auftreten manifester gesundheitlicher Beeinträchtigungen verantwortlich sind. Es gibt darüber hinaus eine Vielzahl anderer Wege, wie das jährliche Mitarbeitergespräch oder das Rückkehrgespräch (vgl. SGB IX, §84, Abs. 2) als Ausgangspunkt dienen können, um Frühwarnindikatoren drohender Leistungsbeeinträchtigungen, aber auch motivational begründete Wünsche eines Tätigkeits- oder Berufswechsels zu identifizieren und eine Laufbahn- und Qualifizierungsberatung zu initiieren. Insbesondere im Rahmen einer altersgerechten Laufbahngestaltung als Instrument strategischer Personaleinsatzplanung und -entwicklung kommt diesen Führungsinstrumenten eine besondere Bedeutung zu. Hier kann der arbeitsmedizinische Befund eher die Kompetenzanalyse und die Beschreibung von Anforderungen an die neue Tätigkeit bzw. den neuen Beruf ergänzen.

## 9 Ableitung verallgemeinerbarer Strategien der Laufbahngestaltung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer

Eine Zielsetzung der Projektarbeit war es, aus den im Modellprojekt gewonnenen Erkenntnissen verallgemeinerbare Strategien der Personalentwicklung für Tätigkeits- und Berufswechsel in verschiedenen Risikoberufsgruppen abzuleiten. Wir haben am Beispiel der stationären Krankenpflege gezeigt, dass für dieses Berufsbild unterschiedliche Strategien der beruflichen Laufbahngestaltung An-

satzpunkte für eine altersgerechte Personalentwicklung bieten. Doch lassen sich diese Strategien auch auf andere Berufsfelder mit hohen Risiken für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit übertragen?

### 9.1. Teilaufgaben ausgliedern und damit neue Tätigkeits- bzw. Berufsfelder erschließen

In Kapitel 8.5 wurde gezeigt, dass mit den strukturellen Veränderungen im Gesundheitssektor neue Tätigkeits- und Berufsfelder entstehen, die die Gestaltung altersgerechter horizontaler Fachkarrieren ermöglichen. Abbildung 13 verdeutlicht diese Entwicklungen beispielhaft.

Die Beratung zur Prävention liegt in den Händen einer Präventionsassistentin, die Dokumentation des Pflege- und Behandlungsverlaufes für die Abrechnung mit den Kostenträgern übernimmt eine Dokumentationsassistentin, alle Aufgaben des Managements im Pflegebereich erfüllt die Gesundheitsfachwirtin. Verallgemeinernd kann dieser Prozess als Auslagerung von Teilaufgaben – die angesichts des wirtschaftlichen Wandels in vielen Bereichen zusätzlich entstehen – zugunsten der effektiven Nutzung der qualifikatorischen Kernkompetenzen der Beschäftigten definiert werden. Die Teilaufgaben umfassen Dienstleistungen, die zur erfolgreichen Ausübung der Kerntätigkeit – im Beispiel der stationären Pflege ist das die Behandlung und Pflege des Patienten – notwendig sind.

In Hinblick auf eine altersgerechte Laufbahngestaltung in Risikoberufen liegt in diesem Gestaltungsansatz die Chance, Tätigkeitsfelder zu definieren, die einen schrittweisen Übergang in be-

lastungsärmere Tätigkeitsbereiche ermöglichen. Dabei kann Spezialistenwissen in einer Teilaufgabe in Fachkarrieren gebündelt werden. Die Integration unterschiedlicher Teilaufgaben erlaubt zudem die Gestaltung von Generalistenlaufbahnen. Darüber hinaus bietet dieser Gestaltungsansatz die Möglichkeit, die von uns in Kapitel 7.4.4. beschriebenen Mischkarrieren als Kombination von belastungskritischen und belastungsarmen Tätigkeiten entsprechend der individuellen Leistungsvoraussetzungen der Beschäftigten zu gestalten.

Im Folgenden wird versucht, diese Strategien altersgerechter Laufbahngestaltung beispielhaft auf das Handwerk zu übertragen (Abbildung 14). Als handwerkliche Tätigkeiten werden dabei alle beruflichen Tätigkeiten betrachtet, bei denen ein Produkt auf Bestellung oder eine Dienstleistung auf Nachfrage erbracht wird.

Die Auslagerung von Teiltätigkeiten, wie z. B. der Verkauf handwerklicher Produkte, ist beispielsweise in der Nahrungs- und Genussmittelbranche längst etabliert. Doch auch für andere Branchen des Handwerks sind solche Wege der Gestaltung eigenständiger Tätigkeitsfelder, die Dienstleistungen für die handwerkliche Kerntätigkeit beinhalten, möglich. Dies betrifft neben dem Verkauf oder Vertrieb der Produkte und Dienstleistungen beispielsweise auf Bereiche des Einkaufs, der Kundenberatung oder des Rechnungswesens zu. Dabei können aus diesen Teilaufgaben eigenständige Tätigkeiten (Spezialistenlaufbahn) oder ein ganzheitliches Tätigkeitsprofil (Generalistenlaufbahn) gestaltet werden. Im Beispiel in Abbildung 14 haben wir über die Auslagerung von Teilaufgaben das Berufsbild des Management- und Vertriebsberaters im Handwerk als Generalistenlaufbahn konstruiert. Ein solcher Management- und Vertriebsberater kann – in Abhängigkeit von Branche

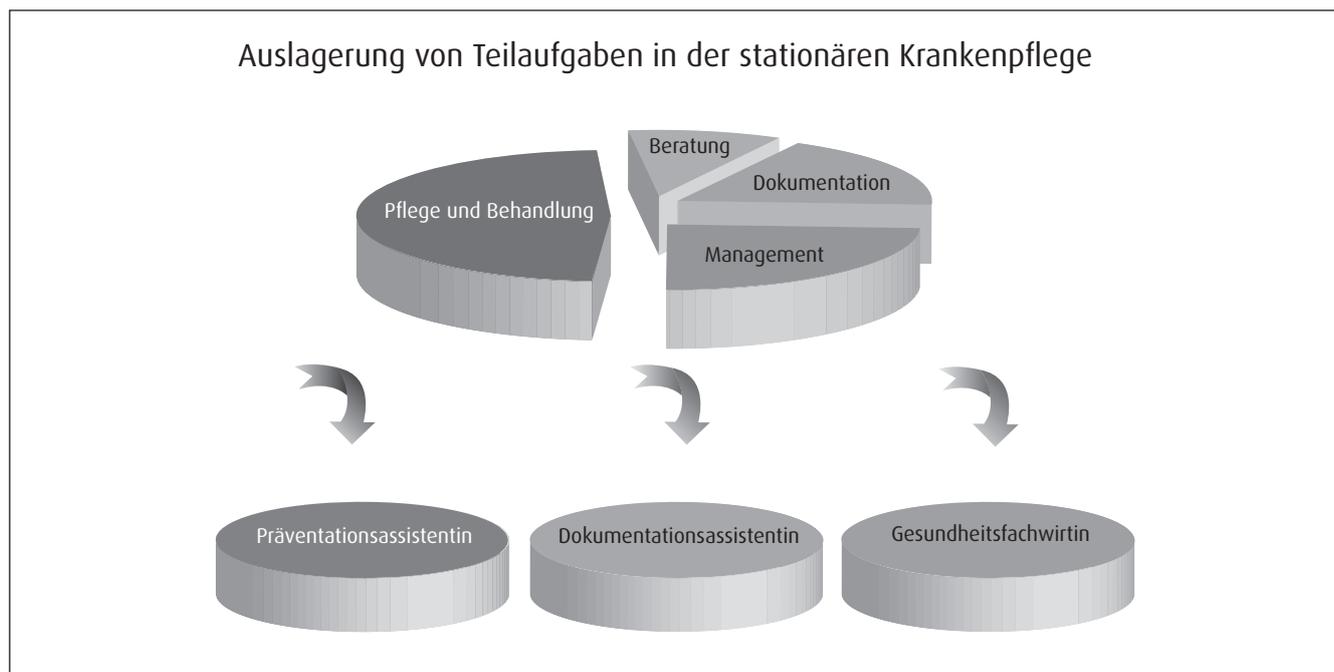


Abbildung 13: Die Entstehung neuer Tätigkeits- bzw. Berufsfelder in der stationären Krankenpflege durch die Auslagerung von Teilaufgaben

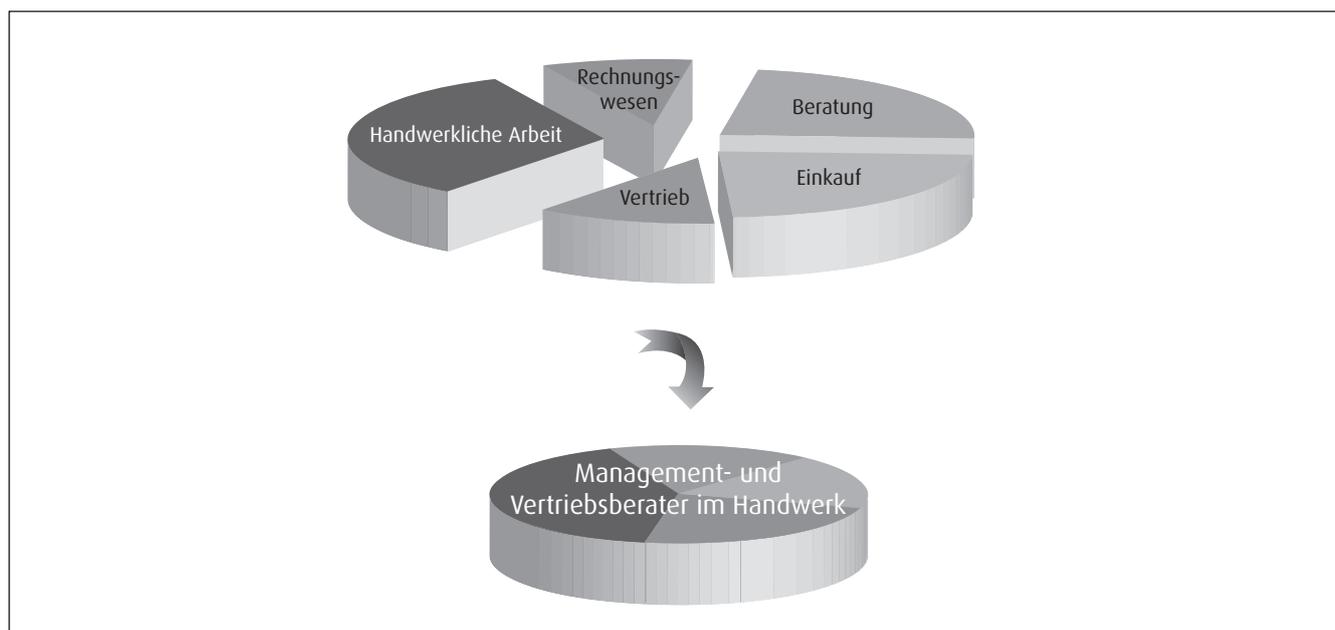


Abbildung 14: Horizontale Fachkarrieren durch Auslagerung von Teilaufgaben im Handwerk

und Unternehmensgröße – für ein Unternehmen tätig sein, er kann aber auch Dienstleistungen für mehrere Unternehmen erbringen.

## 9.2. Kunden kaufen keine Produkte, sondern Lösungen für ihr Problem – komplette Serviceleistungen als Chance, am Markt zu bestehen und neue Berufsfelder und Karrierepfade zu erschließen

Bestand und Wachstum von Unternehmen sind heute nur durch innovative Produkte bzw. Dienstleistungen und durch eine ausgeprägte Orientierung am Kundennutzen zu sichern (z. B. Baumann u. a., 2003; West, 1999). Dabei verlangen heute Kunden nicht nur ein einzelnes Produkt, sondern komplette Lösungen für ein Problem (Lang, 1995).

Am Beispiel eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes im Gesundheitswesen (vgl. Kapitel 8.5) konnte gezeigt werden, dass dieser Gestaltungsansatz Potenziale für altersgerechte Tätigkeits- und Berufswechsel in unterschiedlichen beruflichen Laufbahnen ermöglicht. Verallgemeinert beinhaltet dieser Ansatz den Gedanken, dass ein Unternehmen nicht ein einzelnes Produkt oder eine singuläre Dienstleistung anbietet, sondern ein auf die Nachfrage bezogenes komplettes Serviceangebot.

Wie kann das im Handwerk konkret aussehen? Nehmen wir an, ein Kunde möchte sein Bad komplett sanieren. Anstatt einzelne Dienstleistungen einzukaufen, bietet der von uns als Berufsbild konstruierte „Serviceberater im Handwerk“ dem Kunden ein komplettes Angebot vom Trockenbau über die Installation und den Fliesen-

leger bis zur Endreinigung einschließlich der Angebotsprüfung sowie der Produktberatung und des Einkaufs an (Abbildung 15).

Ein anderer Weg ganzheitlicher Produkt- oder Dienstleistungsangebote liegt in der von uns am Beispiel der stationären Krankenpflege beschriebenen Diversifizierung des Produktportfolios durch Erschließen von Kompetenzbereichen, die über die Kernkompetenzen eines Anbieters hinaus reichen. Über Zusatz- oder Doppelqualifikationen können so frühzeitig Misch Tätigkeiten gestaltet werden, die einseitigen Belastungen und den daraus resultierenden Fehlbeanspruchungen in Risikoberufsgruppen entgegenwirken.

Die am Beispiel der stationären Krankenpflege entwickelten Ansätze zur Gestaltung von beruflichen Laufbahnen haben das Potential, auch auf andere Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer übertragen zu werden. Die Umsetzung dieser Gestaltungsansätze bedarf allerdings eines Umdenkens in Unternehmen sowohl in Hinblick auf die Unternehmensstrategie als auch die Personaleinsatzplanung und die Personalentwicklung.

Um den Neuerwerb von Qualifikationen und die berufliche Weiterentwicklung im Erwerbsverlauf zu ermöglichen, braucht es eine Personalentwicklungsplanung, die Weiterbildung und strategische Laufbahnplanung miteinander verbindet (Morschhäuser, 2002). Dieser in der Demografieforschung bereits vor Jahren begründete Ansatz (z. B. Frerichs & Naegele, 1996) der produktiven Gestaltung von Alternsprozessen in der Arbeitswelt macht Interventionen vor allem dort notwendig, wo sich heute schon alternskritische Erwerbsverlaufsmuster herausgebildet haben. Dazu gehören Tätigkeitsfelder mit geringen Qualifizierungs- und Entwicklungschancen, die von den Beschäftigten vielfach nur eine begrenzte Zeit, aber nicht bis zum Rentenalter ausgeübt werden können. Um hier Dequalifizierungs-, Verschleiß- und Entmutigungsprozessen entgegen-

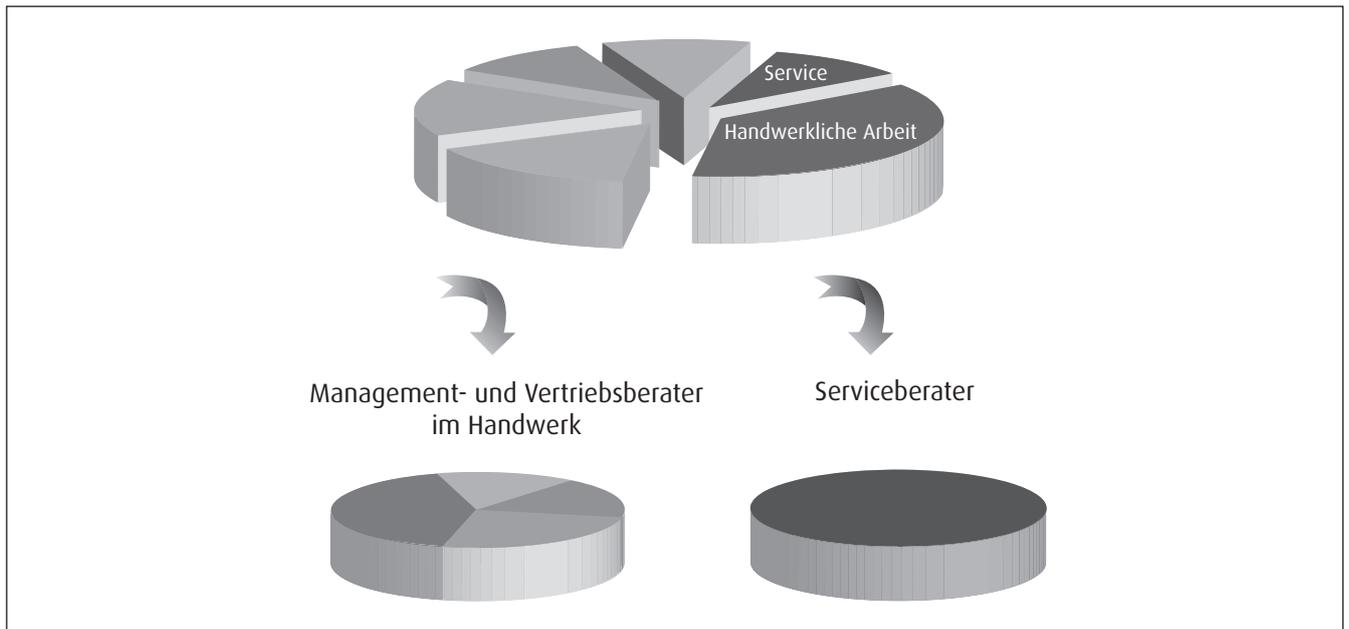


Abbildung 15: Durch lösungsorientierte Angebote neue Berufs- und Tätigkeitsfelder erschließen

zuwirken, müssen sich Personalentwicklungsmaßnahmen schon an jüngere Erwachsene richten und damit zugleich generationsübergreifend ausgerichtet sein.

# Anlage

## Ergebnisse der Anforderungsanalysen

Tabelle A1: Die Entwicklung der Beschäftigungssituation im Bereich der stationären Krankenpflege<sup>1</sup> von 1999–2007 (IAB, 2008)

Indikator	1999		2001		2003		2005		2007	
	gesamt	Berufs- gruppe								
Bestandsentwicklung Index (1999=100)	100	100	101	103	97	105	95	107	97	108
<b>Beschäftigtengruppen</b>										
Frauen	43,8%	87%	44,4%	86,7%	45,1%	86,7%	45,4%	86,6%	45%	86,3%
Ausländer	7,1%	4,2%	7,3%	4,1%	7%	3,9%	6,8%	3,6%	6,9%	3,5%
<b>Altersstruktur</b>										
Unter 25 Jahre	7,8%	8,0%	7,9%	8,0%	7,3%	7,5%	6,8%	6,4%	6,9%	6%
25–35 Jahre	28,7%	34,6%	26%	30,4%	23,6%	27,3%	22%	25,4%	21,2%	23,4%
35–50 Jahre	43,1%	45,2%	44,9%	48,2%	46,6%	49,9%	47,4%	50,6%	46,6%	50%
50 Jahre und älter	20,4%	12,2%	21,2%	13,4%	22,5%	15,3%	23,8%	17,6%	25,3%	20,6%
<b>Qualifikation</b>										
Ohne Berufsausbildung	13,9%	1,5%	13,3%	1,5%	12,4%	1,5%	11,6%	1,5%	10,9%	1,5%
Berufsausbildung	67,2%	95,2%	65,9%	95,2%	65,1%	94,7%	64,7%	94,2%	63,2%	93,6%
Fachhochschulabschluss	3,4%	0,5%	3,4%	0,6%	3,6%	0,6%	3,7%	0,7%	3,8%	0,8%
Universitätsabschluss	5,4%	0,2%	5,7%	0,2%	6,1%	0,2%	6,3%	0,2%	6,6%	0,3%
o. n. A.	10,1%	2,6%	11,7%	2,5%	12,9%	3%	13,7%	3,4%	15,5%	3,9%
<b>Beschäftigungsform</b>										
Teilzeit über 18 Stunden	11,7%	22,4%	12,5%	24,6%	13,1%	26,3%	14,2%	29,3%	15%	32,4%
Teilzeit unter 18 Stunden	2,2%	4,1%	2,7%	4,8%	3,2%	5,7%	3%	6,3%	3,3%	6,6%

1 Berufsgruppen: Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen

**Tabelle A2: Arbeitsanforderungen in der Krankenpflege<sup>2</sup> im Vergleich zu einer repräsentativen Stichprobe der Erwerbsbevölkerung (Angaben in %)**

		Alle Befragten	Krankenpflege
<b>Körperliche Anforderungen</b>			
...dass Sie im Stehen arbeiten?	häufig	56,4	<b>79,8</b>
	manchmal	12,9	11,3
	selten	17,1	7,2
	nie	13,6	1,7
...dass Sie im Sitzen arbeiten?	häufig	53,4	<b>41,3</b>
	manchmal	14,8	30,8
	selten	16,8	23,6
	nie	15,1	4,3
...Tragen von Lasten von mehr als 20 kg (Männer) bzw. 10 kg (Frauen)	häufig	22,8	<b>36,9</b>
	manchmal	15,5	14,9
	selten	23	22,7
	nie	38,7	25,5
...Arbeiten unter Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit, Zugluft	häufig	21,2	<b>8,5</b>
	manchmal	14,5	11,1
	selten	12,9	14,8
	nie	51,3	65,5
...Arbeiten unter Zwangshaltungen	häufig	14,3	<b>20,4</b>
	manchmal	13,4	20,6
	selten	14,8	17,2
	nie	57,5	41,8
<b>Psychische Anforderungen</b>			
...Einfluss auf die Arbeitsmenge	häufig	34,7	<b>32,5</b>
	manchmal	23,2	23,3
	selten	17,5	18,9
	nie	24,3	24,6
...Arbeit unter Termin- und Leistungsdruck	häufig	53,5	<b>60,1</b>
	manchmal	30,6	28,6
	selten	10,6	7,9
	nie	5,3	3,4
...Arbeitsdurchführung bis ins Einzelne vorgeschrieben	häufig	22,9	<b>26,8</b>
	manchmal	25,7	31,5
	selten	28,1	24,0
	nie	23,2	17,8

		Alle Befragten	Krankenpflege
...Arbeitsgang wiederholt sich bis in alle Einzelheiten	häufig	51,4	<b>60</b>
	manchmal	20,2	16,2
	selten	17	13,7
	nie	11,3	9,9
...sehr schnell arbeiten müssen	häufig	44	<b>54,2</b>
	manchmal	32,2	27,3
	selten	15,1	11,5
	nie	8,6	6,4
...bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit gehen müssen	häufig	17	<b>21,9</b>
	manchmal	36,6	37,5
	selten	29,1	27,3
	nie	17,5	13,2
...verschiedene Arbeiten gleichzeitig im Auge behalten	häufig	58,7	<b>67,9</b>
	manchmal	24	22,1
	selten	10,5	7,1
	nie	6,9	2,9
...dass Sie Überstunden oder Mehrarbeit leisten?	ja	82,1	<b>86,1</b>
	nein	17,6	13,9
...freie Pauseneinteilung	häufig	55,8	<b>39</b>
	manchmal	13,8	21,9
	selten	10	17,9
	nie	20,1	21,1
...durch Arbeit gefühlsmäßig belastet	häufig	12,5	<b>31,4</b>
	manchmal	31,5	43,8
	selten	28,9	16,7
	nie	27,4	8,2
...Arbeit selbst planen und einteilen	häufig	69,7	<b>66,8</b>
	manchmal	15,7	19,2
	selten	7,4	9,7
	nie	7,2	4,2

**Tabelle A3: Erlebte Veränderungen der Anforderungen in der Krankenpflege<sup>3</sup> im Vergleich zu einer repräsentativen Stichprobe der Erwerbsbevölkerung (Angaben in %)**

		Alle Befragten	Krankenpflege
...Aufgabenvielfalt	zugenommen	56	<b>59,1</b>
	gleich geblieben	41,5	39,4
	abgenommen	2,3	1,2
	keine Angaben	0,2	0,4
...fachliche Anforderungen	zugenommen	51,5	<b>53,6</b>
	gleich geblieben	47,2	45,6
	abgenommen	1,2	0,5
	keine Angaben	0,2	0,3

**Tabelle A4: Erlebte Lernanforderungen im Arbeitsalltag in der Krankenpflege<sup>4</sup> im Vergleich zu einer repräsentativen Stichprobe der Erwerbsbevölkerung (Angaben in %)**

		Alle Befragten	Krankenpflege
<b>Lernanforderungen</b>			
...unvorhergesehene Probleme lösen	häufig	52,2	<b>63,0</b>
	manchmal	41,8	34,9
	nie	6,0	2,1
...Wissenslücken erkennen und schließen	häufig	28,3	<b>33,0</b>
	manchmal	61,1	64,6
	nie	10,6	2,4
...Verfahren verbessern und Neues ausprobieren	häufig	27,8	<b>28,7</b>
	manchmal	44,4	51,4
	selten	19,7	16,3
	nie	8,2	3,5
...neue Aufgaben erledigen, die nicht gelernt wurden	häufig	8,8	<b>35,6</b>
	manchmal	29,7	48,2
	selten	30,4	14,4
	nie	31,1	1,8

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006; eigene Analysen

3 N=1095

4 N=1095

**Tabelle A5: Folgen arbeitsbedingter Fehlbeanspruchungen in der Krankenpflege im Vergleich zu einer repräsentativen Stichprobe der Erwerbsbevölkerung (Angaben in %)**

		Alle Befragten	Krankenpflege
<b>Muskel- und Skelettsystem</b>			
...während/nach der Arbeit Rückenschmerzen	ja	42,6	<b>48,8</b>
	nein	57,4	51,2
...durch Arzt behandelte Rückenschmerzen	ja	67,4	<b>65,7</b>
	nein	32,6	34,3
<b>Psychische Beschwerden</b>			
...während/nach der Arbeit Kopfschmerzen	ja	28,9	<b>34,1</b>
	nein	71	65,9
...durch Arzt/Therapeut behandelte Kopfschmerzen	ja	36,5	<b>36,6</b>
	nein	63,5	63,4
...nach der Arbeit nächtliche Schlafstörungen	ja	19,8	<b>27,6</b>
	nein	80,2	72,3
...durch Arzt/Therapeut behandelte Schlafstörungen	ja	21,8	<b>16,7</b>
	nein	78,2	83,3
...während/nach der Arbeit Müdigkeit und Erschöpfung	ja	42,7	<b>51,1</b>
	nein	57,2	48,9
...durch Arzt/Therapeut behandelte Müdigkeit und Erschöpfung	ja	14,9	<b>13,7</b>
	nein	85,0	86,3
...während/nach der Arbeit Burn-out	ja	7,1	<b>11,3</b>
	nein	92,8	88,7
...durch Arzt/Therapeut behandeltes Burn-out	ja	27,5	<b>26,1</b>
	nein	72,3	73,5
<b>Allgemeiner Gesundheitszustand</b>			
	ausgezeichnet	11,7	<b>11,3</b>
	sehr gut	25,4	<b>27,4</b>
	gut	53,1	52,3
	weniger gut	8,3	7,4
	schlecht	1,6	1,9

Quelle: Eigene Darstellung nach BIBB/BAuA 2006

**Tabelle A6: Anforderungsanalyse für den Pflegeberuf aus 200 Stellenanzeigen**

Anforderungen <sup>5</sup>	Häufigkeit der Nennungen
Teamarbeit/Teamfähigkeit	98
Fähigkeit/Bereitschaft zur berufsgruppenübergreifenden Kooperation (bereichsübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit)	70
Flexibilität (Arbeitszeit)	75
Lernbereitschaft/Interesse an neuen Herausforderungen	68
psychische Belastbarkeit	55
Engagement/Einsatzbereitschaft	55
Flexibilität (allgemein in der Übernahme unterschiedlicher fachlicher Aufgaben)	53
Organisationsgeschick	47
Eigenverantwortung/selbstständiges Arbeiten (Eigenverantwortung in der Gestaltung der Arbeitsabläufe)	45
Freude an der Arbeit mit Menschen	45
Einfühlungsvermögen	44
professioneller Umgang mit emotionaler Nähe und Distanz	38
Bereitschaft, Prozesse aktiv mit zu gestalten (Bereitschaft, Veränderungen aktiv mit zu gestalten)	37
Kommunikationsfähigkeit	36
Zuverlässigkeit	25
Dienstleistungsorientierung (Patientenorientierung („Dienstleistungsgedanke“, Selbstbestimmungsrecht des Patienten ...))	23
Fähigkeit zur Selbstreflexion	22
Kreativität	20
Sozialkompetenz	12
unternehmerisches Denken und Handeln (unternehmerisches und betriebswirtschaftliches Denken und Handeln)	11
körperliche Belastbarkeit	10
sympathisches Erscheinungsbild/ausgeglichenes Wesen	10
EDV-Kenntnisse	5
vorausschauendes Denken	2
manuelle Geschicklichkeit	2
Deutschkenntnisse in Wort und Schrift	1

5 Kategorien, die mit den Aussagen aus den Experteninterviews identisch sind, wurden in Klammer hinzugefügt.

**Tabelle A7: Anforderungsanalyse auf der Grundlage der schriftlichen Befragung von 20 Pflegedienstleitern, Personalleitern und Verwaltungsdirektoren**

<b>Anforderungen</b>	<b>Häufigkeit der Nennungen</b>
Patientenorientierung	25
Spezialistenwissen	16
engere Zusammenarbeit mit ärztlichem Bereich und Bereitschaft zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten	15
Beratung chronisch Kranker und deren Angehöriger	10
Organisationsgeschick	9
Fähigkeit/Bereitschaft zu interdisziplinärer Zusammenarbeit	8
Offenheit für Veränderungen und deren aktive Mitgestaltung	8
Eigenverantwortung in der Planung und Organisation der Arbeit	6
Pflegehandeln an Qualitätsstandards ausrichten	5
Wissen über das Gesamtunternehmen (Organisationswissen)	5
Beratung im Bereich der Prävention	5
Entwicklung eines ganzheitlichen neuen Berufsbildes und eines neuen Berufsverständnisses	5
Generalistenwissen im Bereich der Pflege	4
EDV-Kenntnisse	4
Eigenaktivität beim Erwerb von Fachwissen, das flexibel einsetzbar ist	4
betriebswirtschaftliches und unternehmerisches Denken und Handeln	4
betriebswirtschaftliche Kenntnisse	3
Flexibilität in der Arbeitszeit	3

## Literatur

**AOK Gesundheitsbericht der Krankenkassen Berlin (2005).** [http://www.aok.de/berl/download/pdf/gesundheitsbericht\\_berlin.pdf](http://www.aok.de/berl/download/pdf/gesundheitsbericht_berlin.pdf)

**Aufbruch Pflege – Moderne Prävention für Altenpflegekräfte.** <http://www.bgw-online.de/internet/generator/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Kampagnen/Aufbruch-Pflege/navi.html>

**Badura, B. (1999).** Betriebliches Gesundheitsmanagement. Berlin: edition sigma.

**Baitsch, Ch. (1998).** Viele tun's und keiner merkt's. Vom privaten Lernen für die Arbeitswelt. In Lernen im Chaos. Lernen für das Chaos. (S. 13-19). QUEM-report, 52. Berlin: ABWF.

**BARMER-Gesundheitsreport 2009.** [http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Unternehmensportal/Gesundheit\\_20im\\_20-Unternehmen/GesundheitPublik/Gesundheitsreport/Gesundheitsreport\\_202009.html](http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Unternehmensportal/Gesundheit_20im_20-Unternehmen/GesundheitPublik/Gesundheitsreport/Gesundheitsreport_202009.html) [Zugriff 01.02.2009]

**Beck, B.-B., Genz H.O., Haamann, F., Kufner, S., Ramm, M., Stangenberger, S. & Wortmann, N. (2004).** Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Krankenpflege – Strategien für die betriebliche Praxis. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.). Eigenverlag.

**bgw-online:** Altersstruktur-Check für Unternehmen der Pflegebranche (18. 1.2008) [Zugriff: 21. 1.2008: <http://www.bgw-online.de>]

**Bergmann, B. (1999).** Training für den Arbeitsprozess. Zürich: vdf.

**Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung BGW Themen, 2006.** [http://www.bgw-online.de/internet/generator/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Kampagnen/Aufbruch-Pflege/Ver\\_C3\\_B6ffentlichungen/Infomedien\\_\\_Produkte/navi.html](http://www.bgw-online.de/internet/generator/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Kampagnen/Aufbruch-Pflege/Ver_C3_B6ffentlichungen/Infomedien__Produkte/navi.html)

**BGW-Pressemitteilung.** Schmerzen, Erschöpfung, Müdigkeit: Jede fünfte Krankenschwester will ihren Beruf aufgeben – BGW: Arbeitsalltag für Pflegekräfte ist körperlich und psychisch stark belastend (16. 8. 2006) [Zugriff: 7.9.2006: [http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/Presseinformation/2006/Jede\\_fuenfte\\_Krankenschwester.html](http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/Presseinformation/2006/Jede_fuenfte_Krankenschwester.html)]

**BKK-Gesundheitsreport (2007).** [http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/50/WEB\\_Gesund-4925340e8b23a.pdf](http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/50/WEB_Gesund-4925340e8b23a.pdf) [Zugriff 30.07.2009]

**Bödeker, W., Friedel, H., Friedrichs, M. u.a. (2006).** Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.), Dortmund, Berlin, Dresden.

**Bödeker, W. & Zelen, K. (2008):** Frühindikatoren für Langzeit-Arbeitsunfähigkeit. iga-Report 14. Initiative Gesundheit und Arbeit: Essen.

**Borkel, A., Rimbach, A., Wolters, J. (2008):** Gesund älter werden und arbeitsfähig bleiben? iga-Report 15. Initiative Gesundheit und Arbeit: Essen.

**Braun, B., Müller, R. & Timm, A. (2004).** Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung.: GEK, Gmünder ErsatzKasse (Hrsg.), Sankt Augustin: Asgard-Verlag. Hippe.

**Bruder, R. (2007).** Arbeitsbezogene Belastungen des Muskel-Skelett-Systems – innovative und integrative Präventionsansätze – Sachverständigengutachten. (Abschlussbericht). Universität Darmstadt. Institut für Arbeitswissenschaften.

**Costa, G. & Satori, A. (2002).** Aging, working hours and health: some preliminary statistics from the 3rd European Survey on working conditions. In The 4th Conference on Ageing and Work. Promotion of Work Ability and Employability. 28 Kraków: The Jagiellonian University Medical College.

**DAK-BGW Gesundheitsreport (2005).** [http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt\\_110106.pdf](http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt_110106.pdf)

**DBFK (2009).** Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus – Fakten zum Pflegekollaps. [http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus\\_\\_\\_\\_.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus____.pdf) [Zugriff: 12.12.2010]

**Dichter, M. Borchart, D. Iskenius, M. Schmidt, S.G. Hasselhorn, H-M. (2010).** Wie spontan verlassen Pflegendende ihre Einrichtung? – Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie. [http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus\\_\\_\\_\\_.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus____.pdf) [Zugriff: 12.12.2010]

**Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG] (1996).** Hinweise zum Arbeitszeitgesetz (ArbZG). Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.

**Frerichs, F. & Naegele, G. (1996).** Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die verbesserte Integration älterer Arbeitnehmer in den Betrieb. In F. Frerichs (Hrsg.), Ältere Arbeitnehmer im demografischen Wandel – Qualifizierungsmodelle und Eingliederungsstrategien (S. 221–235). Münster.

**Galatsch, M. Borchart, D. Schmidt, S.G. Hasselhorn H-M. (2010).** Gründe für einen Schichtformwechsel jüngerer (< 45) und älterer (>45 Jahre Pflegenden in Deutschland. <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1> [Zugriff: 03.01.2010]

**Geldermann, B.:** Wie kann eine längere Verweildauer älterer Arbeitnehmer im Beschäftigungssystem erreicht werden?. In: Kreklau, C.; Siegers, J. (Hrsg.): Handbuch der Aus- und Weiterbildung (143. Ergänzungslieferung). S. 310-312. Köln 2002

**Gesundheit in Deutschland. (2006).** Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. (Heft 32). <http://www.gbe-bund.de> [Zugriff 10. 11. 2007].

**Hasselhorn, H.-M., Müller, B.-H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (2005).** Berufsausstieg Pflegepersonal. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft GmbH

**Herriot, P. & Stickland, R. (1996) (Eds.).** The management of careers [Special Issue]. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, (4).

**Hiltrop, J.-M. (1995).** The changing psychological contract: The human resource challenge of the 1990s. *European Management Journal*, 13, (3), 286-294.

**Hofmann, F. (1994).** Arbeitsbedingte Belastungen des Pflegepersonals [Fortschritte in der Präventiv und Arbeitsmedizin, Band 3]. Landsberg: Ecomed.

**Horbach, A. & Behrens, J. (2007).** Beruflich-gesundheitliche Sackgassen und gesundheitsförderliche Wechsel. Unv. Manuskript.

**Huber, A. (2002).** Betriebliche Gesundheitsförderung im Kontext alternsgerechter Gestaltung von Gruppenarbeit. In M. Morschhäuser (Hrsg.), *Gesund bis zur Rente. Konzepte gesundheits- und alternsgerechter Arbeits- und Personalpolitik* (S. 63–72). Stuttgart.

**Hundt, D. (2001).** Plenumsbeitrag im Rahmen der Qualifizierungsoffensive: Bedarfe frühzeitig erkennen – zukunftsorientiert Handeln. Berlin, 25. Juni 2001.

**IAB Berufe im Spiegel der Statistiken (2008).**  
<http://www.pallas.iab.de>

**Illmarinen, J. (1999).** Ageing workers in the European Union – Status and promotion of workability, employability and employment. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

**Illmarinen, J. & Tempel, J. (2002).** Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg: VSA-Verlag.

**Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010):** Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. <http://www.dip.de>

**Jasper, G., Rohwedder, A. & Duell, W. (2001).** Alternde Belegschaft und Innovativität: Herausforderungen an das Innovations- und Personalmanagement. In M. Astor & Jasper, G. (Hrsg.), *Demografischer Wandel als Wachstumsbremse oder Chance? – Innovations- und Personalstrategien in den neuen Bundesländern*. (S.35–66). Stuttgart.

**Köchling, A., (2002).** Alt und jung im Betrieb – Intergenerationelle Personalpolitik als Wettbewerbsfaktor. In Projektverbund Öffentlichkeitsarbeit und Marketingstrategie demografischer Wandel. (Hrsg.), *Handlungsanleitungen für eine alternsgerechte Arbeits- und Personalpolitik – Ergebnisse aus dem Transferprojekt*. (S. 18–21). Stuttgart.

**Krämer, K. (2002).** Lebensarbeitszeitgestaltung zur Vereinbarkeit von Alter & Erwerbsarbeit – am Beispiel der Altenpflege. In M. Morschhäuser (Hrsg.), *Gesund bis zur Rente. Konzepte gesundheits- und alternsgerechter Arbeits- und Personalpolitik* (S. 44–62). Stuttgart.

**Lang, H.-C. (1995).** Innovation. In I. Sattes, H. Brodbeck, H.-C. Lang & H. Domeisen (Hrsg.), *Erfolg in kleinen und mittleren Unternehmen. Ein Leitfaden für die Führung und Organisation in KMU*. (S. 179–188), *Mensch, Technik und Organisation*, Bd. 8. Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie.

**McLean Parks, J., Kidder, L.D. & Gallagher, D.G. (1998).** Fitting squares pegs into round holes: mapping the domain of contingent work arrangements onto the psychological contract. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 697-730.

**Morschhäuser, M. (2002).** Integration von Arbeit und Lernen. Strategien zur Förderung von Beschäftigungsfähigkeit. In E. Kistler & H.-G. Mendius (Hrsg.), *Demographischer Strukturbruch und Arbeitsmarktentwicklung*, (S. 101–111). Stuttgart.

**Morschhäuser, M. (2006).** Reife Leistung. Personal- und Qualifizierungspolitik für die künftige Altersstruktur. Berlin: edition sigma.

**Munz, S. & Ochel, W. (2001).** Fachkräftebedarf bei hoher Arbeitslosigkeit. München: Institut für Wirtschaftsforschung (ifo).

**Niemann, I. (2006).** Massiver Stellenabbau muss gestoppt werden. *Pflege & Management*, (12/06). S.10–12.

**Nixdorf-Pohl, M. (2005).** „Good Practise Study“ im Rahmen des Projektes „awise – aging workforce in small enterprises“. ZWH Zentralstelle für Weiterbildung im Handwerk e.V. (Hrsg.), Düsseldorf.

**Oldham, R.G. & Cummings A. (1996).** Employee creativity: Personal and contextual factort at work. *Academy of Management Journal*, 39, (3), S. 607-634.

- Pack, J., Buck, H., Kistler, E., Mendius H.G., Morschhäuser, M. & Wolff, H. (2000).** Zukunftsreport demografischer Wandel. Innovationsfähigkeit in einer alternden Gesellschaft. Veröffentlichung aus dem Förderschwerpunkt „Demografischer Wandel“. Bonn.
- Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. (2000).** Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH.
- „Pflegethermometer 2007“.** Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. <http://www.gesundheitswirtschaft.info>. [Zugriff: 3.1.2008]
- Rau, R., Riedel, S. & Pötzsch, M. (2002).** Untersuchung der Beziehungen zwischen Arbeitsbelastung, Rückstellprozessen und kardiovaskulären Gesundheitsrisiken bei Borderline-Hypertonikern und Normotonikern. Abschlußbericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft.
- Reader, S. & Grote, G. (2000).** Flexibilisierung von Arbeitsverhältnissen und psychologischer Kontrakt – Neue Formen persönlicher Identität und betrieblicher Identifikation. ETH Zürich: Forschungsbericht Dezember 2000
- Reick, W. (1999).** Leitbildentwicklung. In BAuA (Hrsg.), Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in der Pflege, (S. 12–23). Berlin.
- Reindl, J., (2005).** Erfolgreich mit älteren Arbeitnehmern. Strategien und Beispiele für die betriebliche Praxis, Gütersloh 2003 Bertelsmann Stiftung; Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.).
- Schulz, E., Leidl, R. & König, H.-H., (2001).** Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Voraussetzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)
- Sokoll, I., Kramer, I. & Bödeker, W. (2008):** Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. iga-Report 13. Initiative Gesundheit und Arbeit: Essen.
- tk-Gesundheitsreport (2008).** <http://www.tk.de/tk/broschueren-und-mehr/studien-und-auswertungen/gesundheitsreport-2008/49602>
- Trübswetter, P. & Riphahn, R.T. (2006).** Lebensarbeitszeit und Humankapitalressourceninvestition. Vortrag auf dem Kongress „Unternehmen und Arbeitsmarkt in Bewegung“, Berlin, 31.8.2006.
- Tuomi, K., Illmarinen, J., Eskelinen, L., Järvinen, E. Toikkanen, J. & Klockars, M. (1991).** Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations. Scandinavian Journal of Environment and Health, 17, (1), 55–66.
- Ulbricht, S. (2006).** Krank und trotzdem am Arbeitsplatz präsent?. In F. Ecker & Th. Kohstall (Hrsg.), Arbeitsschutz besser managen. 07040. TÜV Media GmbH. <http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte.html>
- Ulbricht, S. (2010),** Anlage 1 zum iga-Report 17, Methodenbericht „Mein nächster Beruf – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer“ Methoden der Datenerhebung und -analyse, <http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-17.html>
- Ulbricht, S. (2010),** Anlage 2 zum iga-Report 17, Risikoanalyse zu Berufen mit begrenzter Tätigkeitsdauer, <http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-17.html>
- Ulich, E. (2002).** Arbeitsgestaltung und Gesundheitsmanagement. In Bericht zum 48. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft vom 20. bis 22.2.2002 (Hrsg.), Dortmund: GfA-Press.
- Weidner, F. u. a. (2002).** Pflegebarometer 2002. Deutsches Institut für Pflegeforschung (Hrsg.), Köln.
- West, M.A. (1999).** Innovation und Kreativität. Praktische Wege und Strategien für unternehmen der Zukunft. Weinheim und Basel: Beltz.









# IMPRESSUM

## HERAUSGEBER:

BKK Bundesverband  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG)  
der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung  
Königsbrücker Landstraße 2, 01109 Dresden

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

## AUTOREN

Frauke Jahn, Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG)  
der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Sabine Ulbricht, change – Personal- und Organisations-  
entwicklung für den wirtschaftlichen Wandel

## LAYOUT

Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) der  
Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung,  
Bereich Grafik/Layout und tk-kommunikation

## INITIATIVE GESUNDHEIT UND ARBEIT

iga-Report 17, Teil 1  
2. aktualisierte und ergänzte Auflage Mai 2011

ISSN: 1612-1988 (Printausgabe)  
ISSN: 1612-1996 (Internetausgabe)

© BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek 2008–2011

iga-Reporte können in kleiner Stückzahl kostenlos über  
[projektteam@iga-info.de](mailto:projektteam@iga-info.de) bezogen werden.