

- ker Krankenkasse (Hrsg.): (2002): Erfolgreich führen und gesund arbeiten in der New Economy, Dokumentation der Veranstaltung der Techniker Krankenkasse am 26. Februar 2002 in Hamburg.
- Grossmann, R. (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen, hg. von Pelikan, J.M. u.a., Weinheim/München.
- Grossmann, R., K. Scala (2006): Gesundheit durch Projekte fördern, 4. Aufl., Weinheim/München.
- Klatt, R. (2001): Arbeit, Virtualität, Netzwerke – Thesen zur Arbeit in der „Neuen Ökonomie“, in: Zwischen Selbstbestimmung und Selbstausbeutung – Gesellschaftlicher Umbruch und neue Arbeit, hg. von Martens, H. u.a., Frankfurt/New York: Campus, S. 103-116.
- König, E./Volmer, G. (1994), Systemische Organisationsberatung, Grundlagen und Methoden, 2. Aufl. Weinheim.
- Kuhn, T. (2002): Humanisierung der Arbeit: Ein Projekt vor dem erfolgreichen Abschluss oder vor neuartigen Herausforderungen?, in: Zeitschrift für Personalforschung, 16. Jg., Heft 3, S. 342-356.
- Lorenz, S./Kwinkenstein, G. (2002): Unternehmensreport swb Synor, Personalabbau und -entwicklung im Projekt „Aktiv in die Zukunft“, in: Human Resource Management, 35., Erg.-Lfg. Mai 2002, Pkt. 9.35.
- Möller, H. (2002): Schnittstellen zwischen Supervision und Organisationsberatung, in: Supervision, Aspekte organisationaler Beratung, hg. von H. Pühl, Berlin S. 9-23.
- Pühl, H. (Hrsg.) (2000): Supervision und Organisationsentwicklung, Leverkusen.
- Scala, K./Grossmann, R. (1997): Supervision in Organisationen, Veränderung bewältigen – Qualität sichern – Entwicklung fördern, Weinheim.
- Sennett, R. (2000): Der flexible Mensch, Berlin.
- Wieland, R. (2000): Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft, in: Arbeitswelten von Morgen, hg. von R. Wieland, K. Scherrer, Wiesbaden.

Anschrift des Verfassers:

Gerhard Mahltig, Referent Gesundheitsmanagement, Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

Katharina Gröning

Zeitantagonismus in der Altenhilfe und die Bedeutung der Supervision

Zusammenfassung: Unter Zuhilfenahme der Zeittheorie von Hartmut Rosa werden vor allem Beschleunigungen im Gesundheitswesen bzw. der Altenhilfe diskutiert. Darüber wird ein Verstehenszugang zum Stresserleben der Beschäftigten in der Altenhilfe ermöglicht, der nicht an der Person, an den frühen Konditionierungen oder Konflikten von Helfern oder an den Problemen des Habitus ansetzt. Rosas Theorie der Beschleunigung greift die Diskussionen aus der Perspektive der Entwicklung der Organisationen auf. Neben Theorien des Habitus und der Abwehr stellen Probleme der Beschleunigung wichtige Ergänzungen für die supervisorische Diagnose dar.

Zeitkultur und Zeitbewusstsein

Der Soziologe Hartmut Rosa hat in seiner Theorie der Beschleunigungen über die Veränderung der Zeitstruktur in der Moderne (2005) eine Theorie des Umgangs mit der Zeit und des Zeiterlebens entwickelt – und ich möchte mit dieser Theorie beginnen, weil ich damit die Hypothese verknüpfe, dass eine Integration von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in die stationäre Altenhilfe nur möglich ist, wenn die Kultur der Zeit sowohl in der Institution als auch für die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner für die Zukunft deutlicher reflektiert wird. Der stationären Altenhilfe fehlt ein für die Bestimmung ihrer Produktivität wichtiges Wissen – eine Zeittheorie. Zunächst mal unterscheidet Hartmut Rosa vier Dimensionen der Zeitkultur und des Zeitbewusstseins (Rosa 2005, S. 26): das occasionale Zeitbewusstsein, welches nur zwischen Jetzt und Nicht-Jetzt zu unterscheiden in der Lage ist, zweitens das zyklische Zeitbewusstsein, mit dem Prinzip vorher und nachher, dieses Zeitbewusstsein ist, wie der Name schon sagt, kreisförmig und auf die stete Wiederkehr ausgerichtet. An dritter Stelle steht das lineare Zeitbewusstsein, welches durch Kalender, Uhren und Zeiterfassung von der Vergangenheit durch die Gegenwart in die Zukunft gekennzeichnet ist und viertens das Zeitbewusstsein der Beschleunigung. Diese Veränderung des modernen Zeitbewusstseins, welches besonders durch die einhundertstel Sekundenmessung beim Sport und das Internet symbolisiert werden kann, zeichnet das Zeitbewusstsein der Gegenwart in besonderem Maße aus. Hartmut Rosa macht deutlich, dass diese Veränderung der Temporalstrukturen sich auf das Generationenverhältnis und auf die Stellung der Alten unumkehrbar auswirkt. Sie werden durch die Definition der Zeit als lineare Zeit

entwertet, denn mit dieser Definition wird zugleich festgelegt, dass nichts bleibt wie es einmal war und dass nichts zurückkehrt.

Für die stationäre Arbeit mit Hochaltrigen stellt sich professionell die Frage des Umgangs mit dem Zeiterleben und dem Zeitbewusstsein der Bewohner als Teil der Pflegequalität und der Heimkultur. Im Alltag der Organisation prallt dies aufeinander, wie die Pflegewissenschaftlerin Ursula Koch-Straube in ihrem Buch „Fremde Welt Pflegeheim“ 1997, also wenige Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung beschrieben hat. Ein Beobachter im Altenheim kann sehr schnell einen Eindruck für das Aufeinanderprallen unterschiedlicher Zeitbewusstseinsebenen bekommen, wenn er sieht, wie gehetzte MitarbeiterInnen an den langsam sich an den Gängen entlang tastenden BewohnernInnen vorbei eilen. Bereits dieses Bild zeigt, dass eine Besonderheit der Arbeit im Pflegeheim darin bestehen dürfte, mit den großen Zeitspannungen zwischen der Lebenswelt und dem Zeitbewusstsein der Bewohner und der Zeitkultur in der Organisation zu vermitteln.

Die Synchronisierung der Zeitstrukturen zwischen System und Lebenswelt bleibt allein der Pflegekunst der Pflegenden vorbehalten. Das Zeitbewusstsein der Organisation, welches an dieser Stelle ruhig „Beschleunigung“ genannt werden darf, wird dem occasionalen und kreisförmigen Zeitbewusstsein der Bewohner und Bewohnerinnen dominant vorangestellt und übergeordnet. Kein Leitbild nimmt die Synchronisierung der Zeitstrukturen als produktive Arbeit auf. Meist läuft die Synchronisierungsarbeit der Pflege unter der Chiffre „Kommunikation“ und wird den expressiven und moralischen Kompetenzen der Pflegekräfte zugeordnet und somit von der richtungsbezogenen, messbaren Produktivität quasi abgezogen. Mit der Fragestellung der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tritt jetzt noch eine weitere Synchronisierungsdimension in die stationäre Altenhilfe (und nicht nur dort) ein: synchronisiert werden muss ebenfalls die subjektive Zeit der Pflegenden, ihr Berufszyklus und ihre berufliche Lebenszeit.

Es drängt sich geradezu auf, dass im Pflegeheim selbst als einem der wenigen Organisationen wahrscheinlich alle Zeitbewusstseinsebenen vorkommen und aufeinander prallen. Demenziell erkrankte Bewohner erleben zunehmend occasionales Zeitbewusstsein und können zunehmend nur noch zwischen Jetzt und nicht Jetzt unterschieden. Das lineare Zeitbewusstsein, wie auch das beschleunigte Zeitbewusstsein der Organisation und der Mitarbeiter wird von den Bewohnern als für sie selbst fremd und unpassend wahrgenommen und entweder abgelehnt oder mit großen Ängsten und Irritationen beantwortet, wenn man z.B. den anerkannten Pflegeforschern zur Demenz folgt wie Schützendorf, Böhm etc. Hochaltrige und pflegebedürftige Menschen erfreuen sich ggf. am Zyklus der Jahreszeiten und den zugehörigen Ritualen. Sie erfreuen sich an jenen, die Zeit für sie haben. Das kreisförmige Zeitbewusstsein hilft ihnen bei der Verarbeitung der Verluste (Radebold 1984), die die Psychodynamik des Alterns unwiderruflich begleiten. Jene, die bald sterben müssen, die also abschiedlich gepflegt und versorgt werden müssen, treten noch einmal in eine ganz andere Zeitordnung ein.

Von Hartmut Rosa wird in seiner Beschreibung der Zeitbewusstseinsebenen eine ganz besondere Zeit benannt, die er als sakrale Zeit beschreibt. Die sakrale Zeit – die Zeit Gottes, die heiligen Zeiten sind auch in der modernen Gesellschaft Zeiten der Entschleunigung, sie sind Auszeiten in der Moderne, die Zeit verlangsamt sich, Kontemplativität und Einkehr sind möglich. Es ist kein Wunder, dass diese sakralen Zeiten als Beschleunigungshindernis wahrgenommen werden und immer wieder umkämpft sind. Biografisch ist das sakrale Zeiterleben zweifelsohne mit dem Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit und der Sterblichkeit aller Menschen verbunden. Ob Heime mit den unterschiedlichen Zeitbewusstseinsformen bei den Bewohnern oder bei den Mitarbeitern gut umgehen, ob z.B. die Kultur des Sterbens in einer sakralen Zeitkultur oder letztlich doch linear oder gar beschleunigt erfolgt, ist letztlich eine Frage der Synchronisierung von Zeit, die jeden Tag im Heim stattfindet und stattfinden muss.

Hartmut Rosa reflektiert zu dieser Dimension in Anlehnung an Norbert Elias Theorie über das Tempo der Zeit und kommt zu dem Schluss, dass die Moderne sich weniger durch technischen Fortschritt, sozialen Wandel oder die Bedeutung der Wissenschaft auszeichne, dies seien letztlich untergeordnete Phänomene, vielmehr finde eine fundamentale Transformation der Zeithorizonte und Zeitstrukturen statt, die Rosa eine soziale Beschleunigung nennt. Nicht der technische Wandel und die draus resultierenden Theorien über den sozialen Wandel stehen also bei Rosa an erster Stelle, sondern das Zeitbewusstsein der Moderne. Die Transformation der Zeitstrukturen wirken sich auf das Lebenstempo aus, mit der eine Gesellschaft sich organisiert. Das Tempo sei Ausdruck für die Fülle von Handlungen, die voneinander abhängen, und Ausdruck für die Länge und Dichte der Handlungsketten, zu denen einzelne Handlungen sich zusammen schließen. Beschleunigung heißt also mehr Handlung, mehr Tun, mehr Komplexität und mehr Dichte. Die gewonnene Zeit wird genutzt um produktiver, kreativer und kommunikativer zu existieren, ein Phänomen welches wir dann als Stress und Hektik erleben, an der Jüngere und Männer sich bekanntermaßen stärker berauschen können, als Ältere und Frauen. Für das Thema des Zeiterlebens und des Zeitbewusstseins besagt die Theorie der sozialen Beschleunigung eine strukturelle Marginalisierung allen Zeitbewusstseins außerhalb der Beschleunigung, ihre Träger eingeschlossen, während die Beschleunigung die höchste Anerkennung erfährt.

Keine Zeit – Zeiterleben und Zeitbewusstsein in der modernen Altenhilfe

Wie gehen nun die Uhren in der stationären Altenhilfe als Organisation? Keine Zeit – dürfte da wohl die größte Herausforderung für die Mitarbeiter sein. Fest steht zunächst, dass die moderne Gerontologie mit ihren Kompetenz- und Aktivitätsleitbildern die Zeitstrukturen in der Altenhilfe revolutioniert hat. Dass die Altenhilfe bis

in die 1980er Jahre zeitlos war, dass mit dem damaligen Leitbild des gemütlichen Lebensabends im Heim ein eigener Zeithorizont für die Bewohner konzipiert war, der als Defizitmodell und negatives Altersstereotyp vom Opa und der Oma im Lehnstuhl kritisiert und dem modernen Altersleitbild weichen musste, daran erinnern wir uns noch. Mit dem Pflegeversicherungsgesetz hat die Gesellschaft die Altenhilfe an ihre Uhren angepasst und signifikant beschleunigt. Ganz neue Zeitstrukturen und Zeithorizonte sind geschaffen worden. Das Alter und vor allem die Zeit im Heim erschien, wenn man bei Konrad Hummel, Fred Karl und anderen Sozialgerontologen nachliest, damals als eine Art Überdehnung der sakralen Zeit, dem Tod zugewandt beschäftigten sich die Bewohner mit Gebet und Religion. Die Langsamkeit der Zeit und die Betonung der zyklischen Zeit bezeichneten die Wissenschaften als defizitär, soziales Sterben und als Vernachlässigung der Rehabilitationspotenziale und der Aktivitäten. Die Distanz der Generationen, die wenigen Besuche von Angehörigen brachten sie in der Verbindung mit einer für die Jüngeren beängstigenden Entschleunigung und Verlangsamung der Zeit, die zum Beispiel von der Pflegewissenschaftlerin Ursula Koch-Straube (1997) als Allgegenwart des Todes beschrieben wird. Aus dem vollen Tempo des modernen Lebens in die zyklischen und sakralen Zeitstrukturen zu wechseln, sei für Besucher verunsichernd und verwirrend. Dass die Bewohner die eigene Lebenszeit und auch die historische Zeit in ihre Körper eingeschrieben tragen, mache sie fremd und teilweise unheimlich.

Kein Zweifel, wir haben die Altenhilfe und unsere Älteren selbst beschleunigt. Die Konstruktion des Pflegeversicherungsgesetzes, der Pflegebegriff und die Definition des Pflegeprozesses haben den Mitarbeitern eine Fülle von zusätzlichen Handlungen und Interdependenzen aufgenötigt, die Dokumentation, die Modularisierung und die Pflege nach dem Prozessmodell von Pflegeplanung, Durchführung und Dokumentation hat die Handlungen vervielfacht. Richtig dabei ist, dass mit dieser konzeptionellen Setzung der klinische Blick in der Pflege sein Ende gefunden hat. Die Pflegenden können die Krankheit nicht mehr durch ihre Bewohner hindurch behandeln, sondern müssen sich insgesamt positionieren und ihre Pflege reflexiv bestimmen. Dabei sind sehr gute ganzheitliche und nicht-funktionale Pflegekonzepte entstanden, die über ein medizinisches Modell und eine Fixierung auf die Institution hinausweisen. Gleichzeitig bestimmt der Kostendruck die Umsetzung dieser Pflegekonzepte, sie sollen strikt ökonomisch funktionieren, was wiederum bedeutet, dass für reflexive Räume keine Zeit da ist.

Die Regel, dass nur noch Bewohner mit der Pflegestufe II und der Pflegestufe III in die Heime eintreten, hat für die Beschäftigten zusätzliche Handlungsverdichtungen gebracht, die Verweildauer verkürzte sich, die Bewohner wurden immer älter, viele kamen mit Demenz. Schon vor Einführung der Pflegeversicherung haben entsprechend namhafte Gerontologen wie Gerhard Naegele, darauf aufmerksam gemacht, dass Altenheime die Schattenseite der Entwicklung ambulant vor stationär zu tragen hätten. Und während das Pflegepersonal zunehmend keine Zeit mehr hatte, über Zeitnot und Zeitstress klagte, kamen immer mehr Bewohner ins Heim,

die entweder ein occasionales Zeiterleben haben, wie demenziell Erkrankte, denen die Vergangenheit und die Zukunft abhanden gekommen ist, oder Menschen, die wissen, dass ihr Leben bald enden wird, die also ein sakrales Zeiterleben haben und aus der Zeit gehen. Diese Erlebensweise und Bewusstseinsstruktur über die Zeit machen die Bewohner neben den körperlichen Bedingungen langsamer. Sie sind aber mit Zeitstrukturen und einem Zeitbewusstsein konfrontiert, die man als Pflege im Minutentakt beschrieben hat, also mit Beschleunigung. Mitarbeiter, die sehr eng mit Bewohnern arbeiten, Pflegekräfte und SozialarbeiterInnen erleben dies als Zeitantagonismus in der Pflegesituation.

„Wenn ich morgens mit der Arbeit beginne, muss ich mir schon überlegen, was ich heute weglassen, welchen Bewohner ich heute besonders gut versorgen und wo ich heute etwas schneller arbeiten werde. Wenn auch der Bewohner Anspruch auf eine bestimmte Zeit hat, die ich ihn pflege, muss ich doch täglich aufs Neue mit der Zeit jonglieren, um allen Ansprüchen einigermaßen gerecht zu werden, für die vorgeschriebene Zeit an Pflegeaufwand reicht es meistens nicht. Der Mensch ist nicht jeden Tag gleich. Einmal geht es eben etwas schneller und manchmal braucht der Bewohner mehr Zeit. Und oft stehe ich dann leider etwas ungeduldig neben dem Bewohner und übernehme dann auch Tätigkeiten, die er selbst machen könnte, weil die Zeit knapp ist. Das Ergebnis ist dann, dass ich unzufrieden bin und der Bewohner ist unzufrieden.“ (Zimpel, in Henze/Piechotta 2004, S. 2)

„Besonders schlecht geht es mir, wenn ich jemandem das Essen eingeben soll, der stark altersdement ist und seine Zeit braucht, und ich daneben sitze und denke, ‚bitte mach den Mund auf und iss, ich muss weiter.‘ Das ist frustrierend!!!“ (ebd.)

Die Probleme der Zeitsynchronisierung betreffen die täglichen Abläufe, was lasse ich weg, wo mache ich schnell, aber auch wo mache ich Druck, um die Organisationszeit mit der lebensweltlichen Zeit der Bewohner zu synchronisieren. Nun kann für diese Beschleunigung nicht nur das Pflegeversicherungsgesetz verantwortlich gemacht werden. Die ganze Gesellschaft stand bei seiner Einführung hinter einer beschleunigten Zeitstruktur gerade des hohen Alters. Dies ist unter dem Stichworte Kompetenzmodell eine anerkannten Theorie in der Gerontologie. Ein weiterer wichtiger Faktor für die Beschleunigung und das, was Mitarbeiter in der Altenhilfe als Zeitantagonismus erleben, ist die Kultur des Managements. Die Mehrheit der Altenheime hat outgesourct und Küche, Reinigung, Wäsche an Fremdfirmen vergeben. Es ist im Ablaufkonzept genau geregelt, wann welche Dienstleistungen fertig sein müssen. Das Essen wird gebracht und abgeholt, ebenso die Wäsche, und wenn die Bewohner nicht gepflegt werden sollen, während die Putzfrau schon putzt, muss auch diese Zeit synchronisiert werden. Für das occasionale Zeitbewusstsein der demenziell erkrankten Bewohner bleibt da wenig Zeit.

Zeitdruck, Zeitstress und Aggressivität

„Versuchen Sie mal, zu zweit 20 Bewohner innerhalb von zwei Stunden frühstücksfertig zu machen. Rein rechnerisch bleiben da pro Bewohner gerade mal sechs Minuten zum Aufstehen, Waschen, anziehen usw. Für soziale Kontakte, die über ein kurzes „Hallo, wie geht es Ihnen heute?“ hinausgehen, bleibt da einfach keine Zeit. Diese Situation führte dazu, dass Bewohner manchmal bereits am Ende des Nachtdienstes, also gegen 5.00 Uhr morgens, gewaschen wurden. Duschen oder gar Baden war allerhöchstens alle zwei Wochen drin. Natürlich war diese Situation nicht nur für die Bewohner, sondern auch für das Personal eine Zumutung. Stress, Burn-Out und Überarbeitung waren an der Tagesordnung.“ (Stölk, in Henze/Piechotta 2004, S. 2)

Was vom Pfleger Marco Stölk hier geschildert wird, sind Facetten eines strukturellen Zeitantagonismus, der in einem engsten Zusammenhang mit Stresserleben, Burnout und schließlich einer verfrühten Entberuflichung von Pflegekräften steht. Die Folgen sind immer wieder auch Rückzug, innere Kündigung und nicht zuletzt emotionale Unberührbarkeit und Entleerung. So beschreibt die Stationsleiterin Viviane Zimpel den Zusammenhang von Berufsaustritt und Zeitantagonismus.

„Für psychosoziale Betreuung, Gespräche, die Mut machen und uns letztlich die Pflege einiger Bewohner erleichtern würden, ist keine Zeit (...) Die obengenannten Gründe führen dann wieder dazu, dass wir hohe Ausfallzeiten haben, Fluktuationen und somit die Kollegen, die dann einspringen müssen, auf kurz oder lang auch krank werden. Es ist ein ständiger Kreislauf von Krankheit, Dienste abdecken und wieder Krankheit.“ (Zimpel, in Henze/Piechotta 2004, S. 3)

„In dem letzten Heim, in dem ich gearbeitet habe, hatten wir Ausfallzeiten bis zu 26 % in einem Jahr; auf einer Station. In den ersten sechs Monaten eines Jahres bis zu 3000 Stunden Krankheitsausfälle. In ca. 18 Monaten (auf der Station, auf der ich selbst nur sechs Monate gearbeitet habe) 23 Mitarbeiter, die gekommen und wieder gegangen sind.“ (Zimpel, in Henze/Piechotta 2004, S. 4).

Was sagen im Unterschied zu den Interviews nun Studien zur Personalsituation, zur Gesundheit und zum Wohlbefinden im Beruf? Die NEXT-Studie zur Situation des Pflegepersonals in Europa zeichnet ein düsteres Bild, vor allem für Deutschland, welches mit den Schilderungen der Pfleger in diesem Text deutlich übereinstimmt: „überarbeitet, belastet, unterbezahlt und wenig anerkannt“ sind die Schlagworte. Vor allem in Deutschland ist die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Mitarbeiter deutlich niedriger als in anderen europäischen Ländern.

„In der deutschen Stichprobe hatte das jüngere Pflegepersonal im Mittel bereits einen relativ niedrigen WAI-Mittelwert, was vor allem auf die geringere Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die erlebten Arbeitsanforderungen zurückzuführen war. Ab dem 50sten Lebensjahr fiel der WAI erneut stark ab. Niedrige Arbeitsfähigkeit war deutlich mit dem Wunsch, den Pflegeberuf vorzeitig zu verlassen, assoziiert, bei Jüngeren im Sinne des Berufswechsels, bei Älteren im Sinne des vorzeitigen Erwerbsausstiegs.“ (nach Hasselhorn/Müller/Tackenberg 2005, S. 14)

Innerhalb der NEXT-Studie werden die Arbeitszeiten, Dreischichtbetrieb, geteilte Dienste vor allem aber das Einspringen aus der Freizeit als echtes Problem für die Beschäftigung in einem langen Berufszyklus genannt. Schichtarbeit und Überstunden werden als größtes Hindernis für einen längeren Verbleib im Beruf aufgeführt. Im Jahr 2002 waren nur 6,5 % des Pflegepersonals in Deutschland 55 Jahre und älter im Vergleich zu 11 % des gesamten Erwerbstätigenpotenzials (vgl. Badura 2002, S. 23).

Das Ende der Entberuflichung?

Die neuen Projekte altersgerechter Mitarbeiterpolitik sollen nun diese Situation verändern – ohne den Zeitantagonismus anzurühren, versteht sich. Dazu sollen einige Positionen, Forschungsergebnisse und Perspektiven betrieblicher Personalpolitik referiert werden. Diese Diskussionen sind nicht nur wegen der „Rente mit 67“ bedeutend, sondern weil sie eine Epoche selbstverständlicher Entberuflichung des Alters nicht mehr einfach hinnehmen. Vor allem Gerhard Naegele hat in seinen gerontologischen Theorien immer wieder argumentiert, dass die Entberuflichung des Alters nicht nur ein zentraler Grund für die beklagte Altersarmut ist, sondern auch, dass im Kontext von Rationalisierungsstrategien ältere Arbeitnehmer in der Vergangenheit bevorzugt entlassen und die Belegschaften strategisch verjüngt werden. Diese Verjüngung der Belegschaften stellte eine zentrale Rationalisierung betrieblicher Personalpolitik dar. In ihr spiegelt sich die Haltung des Verbrauchs der Ware Arbeitskraft. Man nutzt die Mitarbeiter, bis sie sich erschöpft haben, und „schreibt sie dann ab“. Ältere Arbeitnehmer werden in den Vorruhestand, in die Altersteilzeit, die flexible Altersgrenze etc. entlassen. Eine gewissen Arbeitsteilung zwischen Markt und Staat ist entstanden. Zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft übernimmt der Staat mit verschiedenen Modellen und Programmen die entberuflichten Mitarbeiter, sorgt für eine entsprechende wirtschaftliche Abpufferung der frühen Entberuflichung und erwartet im Gegenzug von den „jungen Alten“, dass sie ihre Produktivität dem Gemeinwesen zur Verfügung stellen. Sie werden Seniorenstudenten, Pflegebegleiter oder Nachhilfelehrer, engagieren sich in Seniorenossenschaft oder der Kompanie des guten Willens. Der massenweise Entberuflichung steht eine Aufwertung des bürgerschaftlichen Engagements gegenüber.

Mit dieser Buchstabierung des Lebenszyklus in eine Phase des jungen Alters, des Rentenalters und der Hochaltrigkeit schien die Gesellschaft sich bis in die 1990er Jahre arrangiert zu haben

Zwar gab es in der Wirtschaft immer wieder Beispiele einer anderen Zeitorganisation und einer Respektierung der Lebenszeit der Mitarbeiter, die Mehrheit der Betriebe setzte jedoch auf Verjüngung als personelle Strategie. Diese Verjüngung erlaubte die soziale Beschleunigung, und der damit zusammenhängende frühere Drop Out der Mitarbeiter gehörte zum Konzept der Personalentwicklung. Dort wo es ging, wurde die Erwerbsarbeit flexibilisiert, und es entstand auch darüber eine Beschleunigung. Diese Personalstrategien der Verjüngung geraten angesichts des demografischen Wandels in eine allgemeine Krise, es werden künftig nicht mehr ausreichend jüngere und geeignete Fachkräfte zur Verfügung stehen, um die Beschleunigung weiterhin durchzuführen. Dies betrifft auch die Gesundheitsberufe. Die Pflege und Sorge für die Gesundheit der Mitarbeiter wird also ein wichtiges soziales Problem. In der Personalentwicklung wird nun vom gerontologischen Kompetenzmodell gesprochen, und es werden die Vorteile der älteren Mitarbeiter hervorgehoben. Nur leider hat sich in der Pflege die Entberuflichung längst umgedreht, sie ist keine Strategie der Personalentwicklung, sondern wird von den Beschäftigten als Antwort auf die sich beschleunigenden Arbeitsbedingungen selbst gewünscht. Betriebe müssten also versuchen, die älteren Pflegekräfte zu halten. Dazu gibt es eine Reihe von Strategien:

Gesundheit zählt im Hinblick auf alternde Belegschaften zu einem der „offensichtlichsten und dringendsten Handlungsfelder“ (Voelpel/Streb 2006, S. 25). Es gilt heute als sicher, dass bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenzen in der Regel nicht das biologische Alter als solches für die möglicherweise auftretenden Leistungsprobleme verantwortlich ist, sondern dass es primär die langjährigen Auswirkungen von belastenden und einschränkenden Arbeitsbedingungen sind, die Beeinträchtigungen herbeiführen“ (Buck et al. 2002, S. 69). Ausschlaggebend, sagt Bredenköter in seiner Arbeit (2008), für diesen gesundheitlichen Verschleiß, seien in den verschiedensten Berufsfeldern vor allem dauerhaft einseitige Belastungen physischer und psychischer Art, die langfristig zu chronischen Krankheiten führen:

Gesundheit

Um ein krankheitsbedingtes, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Betrieb zu verhindern und die Gesundheit der MitarbeiterInnen aktiv zu fördern, werden eine breite Fülle an Maßnahmen genannt, die gemäß der betrieblichen Erfordernisse angewendet werden können. Hierzu zählen zum Einen präventive Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, wie eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, klassische Arbeitsschutzmaßnahmen und die Optimierung von Arbeitsabläufen. Dies bedeutet in der Altenhilfe: es sind ausreiche Arbeitshilfen da, also genügend Lifter, Aufrichtungshilfen, entsprechende Pflegebetten und sie werden auch eingesetzt: der Lifter wird

geholt, der Kollege oder die Kollegin wird geholt und vor allem wird der Prozess der Abläufe von der primären Funktion her gedacht und nicht von den Anforderungen der Fremdfirmen. Das Altenheim müsste entschleunigt werden, was wiederum bedeutet, dass es zu einer neuen Zeitdiskussion in der Altenhilfe kommen müsste. Dies ist auch eine Aufgabe der Gewerkschaften und der Politik, die die Altenhilfe dem Markt überantwortet hat. Genannt werden soll auch der psychische Arbeitsschutz und die psychische Gesundheitsprävention: Supervision, Teamentwicklung, kollegiale Beratung sind in der Altenhilfe Fremdworte, die meist nur punktuell oder in aktuellen Krisen zum Zuge kommen. Dann erwarten die Heimleitungen von der Supervision Wunder. Supervision und Beratung als psychohygienischer Arbeitsschutz sind klassische Präventionsangebote, die auf Dauer für eine Kulturalisierung der Arbeit sorgen. Ein zusammengebrochenes Team, welches sich nur noch anschreit, kann nur durch Versetzung und Neuaufbau stabilisiert werden. Hier müsste Supervision dann als Begleitung des Neuanfangs eingerichtet und dauerhaft als psychohygienisches Angebot vor allem für die Basismitarbeiter angeboten werden. Auch ersetzt Supervision nicht die Wertschätzung und Beziehungspflege der Führungskräfte.

Führung

Die Initiative Inqua (Initiative Neue Qualität der Arbeit) nennt folgende Ergebnisse in Bezug auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter: 80 % der Mitarbeiter in der stationären Altenhilfe in NRW fühlen sich unter Druck gesetzt, weil unter dem Druck der zu knappen Zeitbudgets alles „Hoppla Hopp“ gehen muss. Jeder zweite Beschäftigte beklagt Mängel im Führungsverhalten. Über 50 % der Pflegekräfte fühlen sich von ihren Vorgesetzten nicht ausreichend unterstützt, mehr als 40 % sehen sich bei Entscheidungen übergangen und 50 % erfahren am Arbeitsplatz zu wenig Anerkennung (vgl. Inqua 2005). Diese Aussagen aus der Qualitätsinitiative „gute Arbeit“ decken sich nicht unbedingt mit meinen Erfahrungen als Supervisorin. Ich erlebe die Teamstruktur und die Führung in der Altenhilfe immer wieder in der Figuration der „verlassenen Mutter“. Eine PDL, die vorwiegend mit dem hohen Krankenstand kämpft und die mit schlechtem Gewissen die Loyalität weniger Mitarbeiterinnen ausbeutet, die zur Einrichtung und zu den Bewohnern stehen und deren Überstundenkonto sich auftürmt, wohingegen andere Mitarbeiterinnen ihre Rechte und Ansprüche sehr gut durchsetzen können. Belastungsgerechtigkeit und Teamentwicklung sind im Rahmen von Supervisionsprozessen in der Altenhilfe ein zentrales Thema. Berührt die Supervision diese Problempunkte, ist die Reaktion nicht selten regressiv. Die Teams beginnen mit Aufrechnungen und gegenseitigen Vorwürfen und Anschuldigungen. Ängste vor Sanktionen und arbeitsrechtlichen Konsequenzen stehen im Raum. Neben der Hilfe bei der Lösung von Problemen ist der Supervisor und die Supervisorin gefordert quasi gleichzeitig eine Verhandlungskultur und faire Kommunikationskultur in die Teams zu transportieren.

Information, Organisation und Abläufe

Unklare Aufgabengebiete, unklare Arbeitsanweisungen, schlecht koordinierte Abläufe, schlechte Informationen über die Pflegebedürftigen, die zu Pflege- und Behandlungsfehlern führen, Rückfragen und Telefonate, zu wenige und ineffiziente Teambesprechungen, schlecht geführte Patientendokumentationen, unzureichende Kommunikation mit den Hausärzten erhöhen den Zeitdruck und schaffen in der Hierarchie Unsicherheit. Von den Führungskräften werden die Probleme der Mitarbeiter meist entwertet und die Mitarbeiter auf sich selbst zurückgewiesen –entsprechend hoch ist die unterschwellige Aggression, die aufgrund der Organisationskultur fast immer passiv ausgelebt wird (Inqua 2005). Auch hierzu kann ich nur meine Erfahrung als Supervisorin beisteuern. Den Führungskräften fehlt es häufig an Organisationswissen und Instrumenten zur Steuerung der Organisation. Die Gestaltung der Ablauforganisation, die Erstellung von Funktionsbeschreibungen, Instrumente zur Überprüfung der Qualität der Pflege sind meist nicht vorhanden, stattdessen wird die Organisation über moralische Appelle und nicht selten über charakterologische Deutungen und psychologische „Hypothesen“ gesteuert. Viele Führungskräfte haben einen unzureichend entwickelten Zugang zur Organisation und können Instrumente, mit denen sie die Abläufe, die Qualität und die Dienste steuern, nur unzureichend überblicken. Entsprechend versetzen Beschlüsse der Pflegeversicherung die Führungskräfte in Panik, in den Heimen jetzt Qualitätsnoten zu verteilen, die gut sichtbar im Internet oder im Eingangsbereich zugänglich sein müssen. Viele Führungskräfte haben keine genaue Vorstellung davon, was der MDK wie prüft und können ihre Mitarbeiter drauf nicht vorbereiten. Auch hier entsteht Stress.

Krankheit

Der durchschnittliche Krankenstand bei den AOK-Versicherten liegt bei 4,8 %, der in der Pflege bei 5,8 %, und ich kenne Heime mit 10 % Krankenstand. Während die durchschnittlichen Beschäftigten 17,7 Tage krank sind, sind die Angehörigen der Gesundheitsberufe 19 Tage krank und die Mitarbeiter in der Altenpflege 21,3 Tage. All dies sind Faktoren der Berufsflucht und des beruflichen Ausstiegs. In Bezug auf die Zukunft der Pflege ist jedoch vorhersehbar, dass die qualifizierten und motivierten Arbeitskräfte nicht Schlange stehen. Maßnahmen zur Senkung der personellen Fluktuation und zur Mitarbeiterzufriedenheit werden künftig wichtiger und dringlicher werden (vgl. Inqua 2005).

Ausblick: Die Chancen der Supervision

Die Altenhilfe ist manageriell geworden. Diese Entwicklung macht es einem entschleunigenden und reflexiven Angebot, wie es Supervision darstellt, schwer, in der Altenhilfe wirklich Fuß zu fassen. Effektivitätsdenken und Effizienzvorstellungen zwingen Supervision dazu, sich außerhalb ihrer eigenen Rationalität, ihres Menschenbildes ihre Wertevorstellungen von Arbeit zu verkaufen. Als manageri-

elles System bedeuten Probleme in der Altenhilfe zum Beispiel bei der Belegung, bei der Qualität und bei der Organisation zunächst, dass an den individuellen und professionellen Fähigkeiten von Führungskräften und Mitarbeitern gezweifelt wird und man dazu neigt, diese auszutauschen. Die Fluktuation von Personal ist jedoch keine Lösung. Fast immer liegen hinter den Problemen von Organisation, Qualität und Belegung Kompetenzprobleme, das heißt die Mitarbeiter wissen nicht genug, werden zu wenig qualifiziert und gebildet und erwerben nicht genügend Kompetenzen während ihrer Ausbildung und in Weiterbildungen. Auf wahrgenommene Defizite reagieren Mitarbeiter wie Führungskräfte mit Abwehr und decken diese zu. Anstelle von Personalentwicklung gibt es Schuldzuschreibungen. Supervision kann hier helfen, dies zu erkennen. Teams in der Altenhilfe sind äußerst heterogen. Geschlecht, Generation, Kultur und Ausbildung sind wichtige Merkmale von Heterogenität in Teams, die immer wieder in Rangordnungen münden. Supervision kann helfen, diese Heterogenität besser auszuhalten und überflüssige Rangordnungen und gruppenspezifische Regressionen zu vermeiden, indem sie aufklärend arbeitet und ein wechselseitiges Identifikationsangebot darstellt. Auch dies ist Stress mildernd.

Als entschleunigte Institution in der beschleunigten Altenhilfe ist Supervision schließlich in der Lage, kommunikative und ethische Brücken zwischen dem System Altenhilfe und der Lebenswelt der Bewohner und ihrer Angehörigen aufzubauen. Vor allem die psychoanalytische Supervision dürfte ein wichtiger Teil eines palliativen Konzeptes in der Altenhilfe sein, welches ähnlich wie im Umgang mit demenziell Erkrankten wichtige Verstehenszugänge für eine moderne Altenpflege bereitstellt. Die Institutionalisierung von Zeitsensibilität als Gegengewicht zu Stress und Kopflosigkeit ist ein gemeinsames Projekt von Gesellschaft und ihren Professionen.

Literatur

- Amery, J. (1978): Über das Altern. München.
- Badura, B. (2003): Gesünder älter werden – Betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik in Zeiten des demografischen Wandels. In: Fehlzeiten-Report 2002. Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik, hg. von Badura, B./Schnellschmidt, H./Vetter, C. Berlin/Heidelberg/New York, S. 33-42.
- Böhm, E. (2005): Verwirrt nicht die Verwirrten. 7. Auflage Wunstorf.
- Böhm, E. (2005): Ist heute Montag oder Dezember? Wunstorf.
- Bredenkötter, B./Theinert, P.(2008): Alternsgerechte Personalpolitik – eine empirische Untersuchung in Zeiten des demografischen Wandels – Bachelorarbeit, Bielefeld.
- Buck, H./Kistler, E./Mendius, H. G. (2002): Demographischer Wandel in der Arbeitswelt. Chancen für eine innovative Arbeitsgestaltung. Reihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Bundesministerium für Bildung und Forschung. Stuttgart.
- Enquête-Kommission (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/8800 vom 20.03.

- Gröning, K. (1998): Entweihung und Scham. Frankfurt am Main.
- Hasselhorn, H.M./Müller, B./Tackenberg, P. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Bremerhaven.
- Henze, K.-H./Piechotta, G. (2004): Brennpunkt Pflege, Frankfurt am Main.
- Ilmarinen, J./Tempel, J. (2003): Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit - Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland. In: Fehlzeiten-Report 2002. Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik, hg. von Badura, B./Schnellschmidt, H./Vetter, C. Berlin/Heidelberg/New York, S. 85-100.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2005): Demographischer Wandel und Beschäftigung. Plädoyer für neue Unternehmensstrategien. Dortmund
- Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim, Bern.
- Radebold, H. (1984): Psychodynamik und Psychotherapie Äterer. Heidelberg.
- Rosa, H. (2005): Beschleunigung. Über die Veränderung der Zeitstruktur in der Moderne Frankfurt am Main.
- Schützendorf, E./Walraffen-Dreisow, H. (1991): In Ruhe verrückt werden dürfen, 14. Auflage Frankfurt am Main.
- Voelpel, S./Streb, C.K. (2006): Wettbewerbsfähig im demografischen Wandel. In: Personalwirtschaft. Magazin für Human Resources 08/2006, Schwerpunkt: Alternde Belegschaften. Köln, S. 24-27.

Anschrift der Autorin:

Prof. Dr. Katharina Gröning, Freiligrathstraße 10, 44791 Bochum

Gertrud Siller

Stress und „StRes-Moderator“ in der stationären Altenpflege – Ergebnisse eines Modellprojekts zur betrieblichen Gesundheitsförderung¹

Zusammenfassung: Der „StRes-Moderator“ ist ein Instrument zur Analyse und moderierten Bearbeitung von Stressoren und Ressourcen in Organisationen, das in der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen eines Modellprojektes in den Jahren 2005 bis 2007 erstmalig eingesetzt wurde. Zielgruppe waren Pflegekräfte in zehn Einrichtungen der stationären Altenpflege in Ostwestfalen-Lippe. Vorgestellt werden mit diesem Projektbericht sowohl die konzeptionelle Anlage des Instruments als auch zentrale Ergebnisse seines Einsatzes in der stationären Altenpflege. Am Schluss des Beitrags stehen resümierende Erfahrungen mit dem „StRes-Moderator“ und ein Plädoyer für seine Verknüpfung mit Maßnahmen der Weiterbildung und Beratung.

Einführung

Organisationen der stationären Altenpflege befinden sich seit einigen Jahren in grundlegenden strukturellen Veränderungsprozessen mit dem Ziel eines markt- und wettbewerbsorientierten Umbaus. Wie im Gesundheitswesen insgesamt entwickeln sich auch in diesem Bereich komplexere Anforderungen an die Kompetenzstruktur von Fach- und Führungskräften. Im Spannungsfeld von humanitärer Pflege und wirtschaftlicher Leistungserbringung erweitern sich mit der Einführung neuer Qualitätsstandards Kompetenzansprüche in Bezug auf eine selbstständige Dokumentation der Pflegetätigkeiten und auf die Umsetzung und Gestaltung neuer Wohn- und Lebenskonzepte. Angebotsstrukturen der stationären Altenpflege werden – einer veränderten Bedarfslage entsprechend – flexibilisiert und ausdifferenziert. Vor allem der Anteil demenziell erkrankter alter Menschen nimmt zu. Der in diesem Zusammenhang steigende Bedarf an gerontopsychiatrischer Behandlung und psychosozialer Betreuung stellt Pflegefach- und Führungskräfte ebenfalls vor neue professionelle Herausforderungen. Kommunikations- und Beziehungsgestaltung stellen im Alltag der Altenpflege neben der reinen Pflegetätigkeit einen wesentlichen Teil der Arbeit dar. Insbesondere für langjährig tätige Pflegekräfte führt dieses kom-

¹ Gerhard Mahltig, Referent für Gesundheitsmanagement bei der Techniker Krankenkasse, veranlasste den Einsatz des Projektes in insgesamt zehn Einrichtungen der stationären Altenpflege im Raum Ostwestfalen-Lippe in den Jahren 2005 bis Ende 2007 und finanzierte es zu großen Teilen. Die StResmoderationsprozesse wurden in allen zehn Einrichtungen durchgeführt von der Verfasserin dieses Projektberichts. Diskutiert werden die Ergebnisse des Projekts aus ihrer Perspektive der Projektbegleitung.