

- 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 Älterer. 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.

plexe Anforderungsprofil zu notwendigen Kompetenzerweiterungen, die auch eine individuell zu leistende „Neujustierung“ des berufsbiografisch entwickelten Selbstbilds als Altenpfleger/in umfasst. Aus- und Weiterbildungsstrukturen sind von diesen Veränderungen im Qualitätsverständnis grundlegend betroffen.

Gleichzeitig sehen sich die Pflegeeinrichtungen verschärften Wettbewerbsbedingungen ausgesetzt. Wachsender Konkurrenz- und Kostendruck erfordert effektives und effizientes Personalmanagement. So steht der Bedarf an qualifizierten Pflegefachkräften einer Personalsituation im bundesdeutschen Pflegewesen gegenüber, die als angespannt bezeichnet wird. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) kommt bezüglich der Lage und Situation des Pflegepersonalwesens zu dem Schluss, dass die Nachfrage nach qualifizierten Pflegekräften in der ambulanten und stationären Altenpflege das zur Verfügung stehende Potenzial an Fachkräften übersteigt und die Ausbildungszahlen sinken (Weidner et al. 2002, S. 5 ff; 2003, S. 6; vgl. auch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 262 ff). Ein seit Ende der 1990er Jahre ebenfalls festzustellender Anstieg von Beschäftigtenzahlen in der stationären Altenpflege erfolgt weniger über die Schaffung zusätzlicher Stellen in bestehenden Einrichtungen bei gleich bleibender Bewohnerzahl als durch den Bau neuer Einrichtungen. Es wird von ca. 160 Neugründungen von stationären Altenpflegeeinrichtungen jährlich ausgegangen (vgl. Weidner et al. 2003, S. 6). Das heißt, der Zuwachs der Beschäftigtenzahlen ist nicht gleichbedeutend mit einem Zuwachs des Beschäftigtenvolumens in den einzelnen Altenpflegeeinrichtungen (vgl. Forschungsgesellschaft für Gerontologie/ Institut für Gerontologie 2004, S. 10).

Die beschriebenen Entwicklungen führen insgesamt zu einer Verdichtung von Stressfaktoren durch erhöhte seelische und körperliche Belastungen in der stationären Altenpflege. Vor diesem Hintergrund werden mit dem vorliegenden Beitrag zentrale Ergebnisse eines Modellprojektes zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege vorgestellt. Ziel dieses Projektes war es, die Gesundheit der Pflegekräfte zu fördern, wobei die Analyse und der Abbau psychischer Belastungen im Mittelpunkt standen. Dazu wurde ein in der Bundesrepublik Deutschland neues Instrument eingesetzt, erprobt und evaluiert, der so genannte „Stress-Moderator“, ein Instrument zur Analyse und moderierten Gestaltung von Stressoren und Ressourcen in Organisationen (eine Verbindung der Begriffe „Stress“ und „Ressource“ bildet das Akronym „Stress“). Im Auftrag der österreichischen Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt wurde es vom Institut für Arbeitswissenschaften der Technischen Universität Wien entwickelt (vgl. Hackl-Gruber et al. 2001). Bevor Instrument und Projektergebnisse konkret vorgestellt werden, stehen im Folgenden zunächst – in pointierter Form – spezifische Belastungsfaktoren in der Altenpflege im Mittelpunkt, die den Einsatz des Projekts und seines Instruments „Stress-Moderator“ in diesem Arbeitsbereich differenzierter begründen.

Körperliche und psychische Belastungen in der Altenpflege

Im Bereich der stationären Altenpflege wird eine im gesamtwirtschaftlichen Vergleich deutlich höhere Personalfuktuation nachgewiesen (Gewiese et al. 2003, S. 152; Forschungsgesellschaft für Gerontologie/Institut für Gerontologie 2004, S. 12ff). Nach Ergebnissen der „Nurse early exit study“ (NEXT-Studie) – eine von der Europäischen Union finanzierte repräsentative Untersuchung zu den Gründen für einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf – liegt der Anteil derjenigen Pflegekräfte in Deutschland, die „intensiv den Berufsausstieg erwägen“, bei 18,4% (vgl. Hasselhorn et al. 2005, S. 144). Die tatsächlichen Zahlen sind unklar: Während der erste Heimbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend generell feststellt, dass „derzeit keine eindeutige Aussage“ zum tatsächlichen Verbleib der Pflegekräfte in ihrem Beruf in Deutschland möglich ist (2006, S. 90), wird für das Bundesland Nordrhein-Westfalen repräsentativ differenziert, dass die Fluktuationsquote von Pflegehilfskräften (22,6%) deutlich über der von Pflegefachkräften (17,4%) liegt (Forschungsgesellschaft für Gerontologie/ Institut für Gerontologie 2004, S. 13). Als Gründe für einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Altenpflegeberuf gelten vor allem fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, die Befürchtung von Burnout, aber auch Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, ein schlechtes Image der Altenpflegeberufe und eine zunehmende Arbeitsbelastung (vgl. Hasselhorn u.a. 2005; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006). Im Vergleich zu anderen Organisationen des Gesundheitswesens beklagen Altenheime überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten und einen hohen Krankenstand (vgl. Gewiese et al. 2003, S. 157).

Gesundheitsreporte der letzten Jahre verweisen einmütig darauf, dass hohe seelische und körperliche Belastungen, belastende Arbeitszeiten, schlechte Bezahlung, geringe soziale Anerkennung des Berufs und mangelnde Fortbildungs- und (Aufstiegs-)Perspektiven die wichtigsten Ursachen für psychosomatische Beschwerden von Pflegekräften in der Altenpflege sind. Der psychische Gesundheitszustand der Altenpfleger/innen liegt um fast 12%, der physische um 3,7 % unter dem Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik; gleichzeitig leiden sie deutlich stärker unter psychosomatischen Beschwerden (44,3% über dem Durchschnitt der Vergleichsbevölkerung) (vgl. BGW/DAK 2003). Als Folgen hoher psychosozialer Belastungen in der Pflege treten körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen, Magen-Darm-Beschwerden und Herz-Kreislaufkrankungen bei AltenpflegerInnen häufiger auf als im Bevölkerungsdurchschnitt (vgl. ebd.).

Bedingt durch wachsende Anforderungen bei gleichzeitig stagnierenden personellen Ressourcen zählen Altenpfleger/innen zu den erheblich belasteten Erwerbstätigen: Arbeitsbelastungen zeigen sich nicht nur im Zusammenhang mit wechselnden Arbeitszeitrhythmen (Schichtarbeit in Kombination mit Nachtschicht) und körperlichen Anstrengungen, wie z.B. der Mobilisation schwerkranker und häufig bewegungsunfähiger Menschen. Im Unterschied zur Krankenhauspflege mit ihren me-

dizinisch-pflegerischen Schwerpunkten im Rahmen kurzer Verweilzeiten spielt die psychosoziale Begleitung, zunehmend auch von demenziell veränderten Menschen bis in den Tod in der Altenpflege eine zentrale Rolle (vgl. Zimber u.a. 2000). Diese Form der beruflichen Pflegearbeit verlangt die professionelle Kompetenz, „soziale Nähe zu geben und auch auszuhalten, aber zugleich sich abzugrenzen, also Distanz zu halten, zum eigenen Schutz vor Überbeanspruchung“ (Voges 2002, S. 225). Gelingt diese Balance nicht, führen die sozio-emotionalen Anforderungen verstärkt zu psycho-mentalenen Erschöpfungszuständen, dem sog. Burnout-Syndrom.

Auch die Einführung der DRG-Regelung (Diagnoses Related Groups) in den Krankenhäusern führt im Bereich der Organisationen der Altenpflege zu weit reichenden Veränderungen: Durch die kürzeren Verweilzeiten in Krankenhäusern bekommt die medizinisch-pflegerische Behandlungs- und Kurzzeitpflege in der stationären Altenpflege eine zunehmende Bedeutung. Diese Entwicklung verstärkt eine Verschiebung in der stationären Altenpflege weg vom Wohn- und Lebensraum für alte Menschen hin zu einem „Aufbewahrungsort“, der Basisversorgungen sicherstellen kann. Diese Verschiebung lässt nicht nur einen umfassenderen medizinischen Qualifizierungsbedarf von Altenpflegekräften erwarten, sondern ebenfalls eine weitere Zunahme ihrer psychosozialen Belastungen.

Insgesamt deutet sich, so die hier vertretene These, eine wachsende Diskrepanz zwischen gesellschaftlichen und berufsethischen Ansprüchen an die soziale Aufgabe der Altenpflege einerseits und ihres Personalbestands sowie der durch die Orientierungswerte der Pflegezeitbemessung erzeugten hohen Arbeitsdichte andererseits an (vgl. Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch XI). Dringend erforderlich erscheinen sowohl sozialpolitische als auch betriebliche Maßnahmen, die langfristig und nachhaltig zu einer Reduzierung der psychischen und körperlichen Belastungen in der Altenpflege beitragen können. Sozialpolitisch bleibt abzuwarten, ob die Reform der Pflegeversicherung dazu ein erster Schritt sein wird. Auf der betrieblichen Ebene setzt das im Folgenden beschriebene Praxisprojekt zur Förderung der Gesundheit von Pflegekräften an.

Das Projekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege: Qualitätssicherung durch Gesundheitsmanagement und Qualifizierung“

Die Personalpflege ist ein zentrales Instrument des betrieblichen Personal- und Gesundheitsmanagements. Mit der Ansiedelung des Projekts im Arbeitsfeld der Altenpflege wird die Notwendigkeit einer gesellschaftlichen und sozialpolitischen Förderung und Erhaltung individueller und betrieblicher Leistungsfähigkeit in der Altenpflege unterstrichen. Nicht nur für die Pflegeeinrichtungen selbst, sondern ebenso für die Unfallversicherungsträger und die Gesetzliche Krankenversicherung

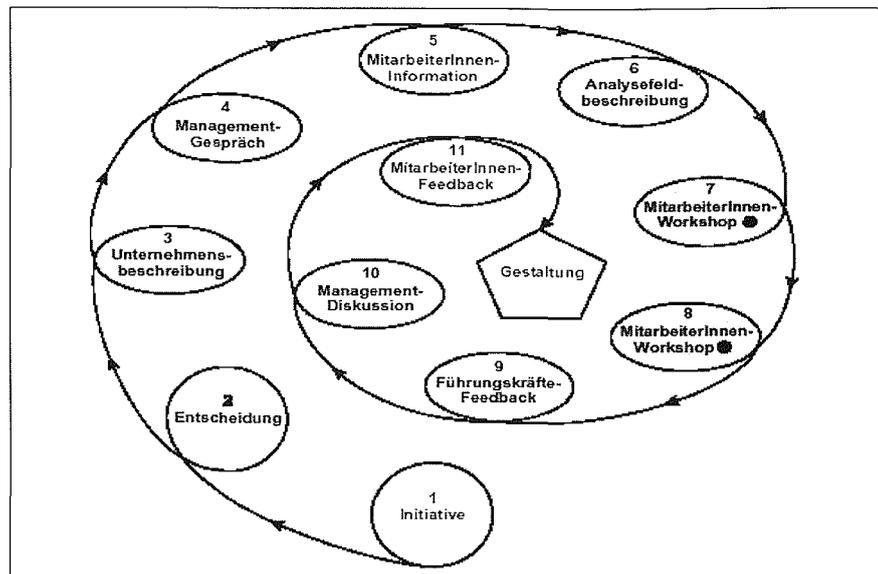
stellt es eine große Herausforderung dar, im Bereich der Altenpflege einen Beitrag zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu leisten, um zukünftig weit höhere Kosten zu vermeiden. Bei dem hier vorgestellten Gesundheitsförderungsprojekt handelt es sich um ein Kooperationsprojekt zwischen Organisationen der Altenpflege, der Techniker Krankenkasse und der Deutschen Angestellten-Akademie (DAA) als einer Organisation der Aus- und Weiterbildung.

Der „Stress.Moderator“ – Konzept und Vorgehensweise

Ansetzend an spezifischen Konflikt- oder Problemsituationen zielt das Instrument „Stress.Moderator“ darauf ab, Veränderungen in Organisationen anzustoßen. Es erklärt die Entstehung von Stress auf der Basis des transaktionalen Stressmodells (Lazarus 1981, 1999). Damit wird das dynamische Zusammenspiel zwischen Person und Umwelt in den Mittelpunkt gestellt, die sich wechselseitig beeinflussen: „Die transaktionale Sicht widmet sich der Beschreibung des zugrunde liegenden Prozesses einer Person-Umwelt-Beziehung. Während einer Transaktion laufen komplexe kognitive Bewertungsprozesse und emotionale Reaktionen ab. Diese vermitteln die verschiedenen Arten von Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umwelt“ (Hackl-Gruber et al. 2001, S. 19).

Auf der Grundlage dieses theoretischen Konzeptes der Stressforschung ist der „Stress.Moderator“ als Vorgehensmodell mit einzusetzenden Werkzeugen so konzipiert, dass es sowohl objektseitig den Arbeitsrahmen der jeweiligen Organisation berücksichtigen will als auch die subjektiven Wahrnehmungen der Beschäftigten, wobei letztere für das Stresserleben entscheidend sind: „Stress im transaktionalen Sinne löst aus, was eine Person im Zuge der Bewertung als negativ empfindet. Wenn die Verhältnisse (der Kontext) aus Sicht eines außenstehenden Beobachters als positiv eingestuft werden, so kann dennoch für den betroffenen Menschen (ICH) Stress vorhanden sein“ (Hackl-Gruber et al. 2001, S. 33). Das Motto der Stress- und Ressourcenanalyse „Erkennen, Verstehen, Gestalten“ zielt auf nachhaltige Organisationsentwicklungsprozesse durch eine möglichst breite Partizipation an dieser Analyse. Im Mittelpunkt steht die – durch eine externe Moderation unterstützte – Entwicklung und Förderung Ressourcen stärkender Kommunikations- und Feedbackprozesse zwischen Beschäftigtengruppen sowie zwischen Beschäftigten und ihren Vorgesetzten.

Das strukturiert-zirkuläre Vorgehen des „Stress.Moderator“ erfolgt in elf Schritten (vgl. Hackl-Gruber et al. 2001, S. 57):



Nachdem die Entscheidung zum Einsatz des „StRes.Moderators“ von der Organisationsleitung getroffen wurde, lernt die Moderatorin/der Moderator die Organisation mit ihrer Geschichte, Gegenwart und mit ihren Entwicklungsaussichten kennen, um sich darin zu orientieren (Unternehmensbeschreibung). Im Management-Gespräch wird ein Analysefeld bestimmt, dessen Konflikt- oder ProblemPotential mit Hilfe des Instruments genauer bearbeitet werden soll. Die Workshop-Gruppe wird gebildet. Sie besteht aus sechs bis acht MitarbeiterInnen, die miteinander arbeiten, z.B. im Rahmen einer Abteilung, einer Arbeitsgruppe oder eines Teams. Diejenigen Beschäftigten, die an den Workshops teilnehmen sollen, werden über Ziele, Inhalte und Vorgehen des „StRes.Moderator“ näher informiert (MitarbeiterInnen-Information). Diese Information findet vier bis sechs Wochen vor dem ersten Workshop statt. Sie bekommen ein so genanntes „StRes-Protokoll“ ausgehändigt, in das sie bis zum ersten Workshop täglich ihre jeweiligen Stressoren und Ressourcen notieren. Auch diejenigen Beschäftigten, die nicht direkt an den Workshops teilnehmen, werden über den geplanten StResmoderationsprozess in der Organisation in Kenntnis gesetzt. Die Moderatorin/der Moderator lernt anschließend den Organisationsbereich, in dem die Workshop-Gruppe tätig ist, durch teilnehmende Beobachtung genauer kennen (Analysefeldbeschreibung).

Kern des „StRes.Moderators“ sind die beiden Workshops: Begleitet und unterstützt durch die externe Moderation erarbeitet die ausgewählte Beschäftigtengruppe im ersten Workshop in einer strukturierten schriftlichen Form (Metaplan) ihre jeweiligen Stressoren und Ressourcen in Bezug auf die eigene Arbeitssituation. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse entwickelt dieselbe Gruppe von Pflege-

kräften im zweiten Workshop Gestaltungsvorschläge, die die spezifischen Stressoren abbauen und die Ressourcen stärken sollen. In den beiden Workshops wird in gleicher Weise vorgegangen: Sowohl die Stressoren und Ressourcen als auch die Gestaltungsvorschläge werden systematisch zentralen Organisationsbereichen zugeordnet, die nach einem Modell zur ganzheitlichen Unternehmensgestaltung definiert werden als Produkt bzw. Dienstleistungstätigkeit/Markt, Management/Organisation, Arbeitsprozesse, MitarbeiterInnen, Unternehmensinfrastruktur (vgl. Hackl-Gruber 2001, S. 35).

Im Führungskräfte-Feedback und in der Management-Diskussion erhalten die direkte Führungskraft und das zuständige Management einen schriftlichen Bericht über die Stressoren- und Ressourcenanalyse. Sie beraten gemeinsam die Gestaltungsvorschläge und beschließen über deren Umsetzung. Das abschließende MitarbeiterInnen-Feedback hat die Funktion, mit der Workshop-Gruppe die Realisierungschancen und -schritte zu diskutieren.

Die beschlossenen Maßnahmen werden von der Moderatorin/dem Moderator schriftlich festgehalten und damit für alle Beteiligten verbindlich, transparent und überprüfbar. Der gesamte Arbeitsprozess dauert zwischen vier und sechs Monaten. Die Umsetzung der Gestaltungsvorschläge in der Organisation ist nicht mehr Bestandteil des Instruments (Empfohlen wird von der österreichischen Konzeptgruppe eine Wiederholung des „StRes.Moderators“ sechs bis zwölf Monate nach der Implementierung der Änderungsvorschläge, da sich in diesem Prozess Stressfaktoren und Ressourcen verändern). Das heißt, die Moderation bezieht sich auf die strukturierte Begleitung der Stress- und die Ressourcenanalyse, auf die Strukturierung der Kommunikationsprozesse zwischen Workshopgruppen, Management und Einrichtungsleitung, und sie unterstützt die Ergebnissicherung. Der „StRes.Moderator“ ist kein Beratungskonzept, sondern fokussiert auf Moderation, Vermittlung und „Übersetzung“ von Kommunikationsproblemen innerhalb von Teams und zwischen den Hierarchieebenen.

Der Einsatz des Instruments in der stationären Altenpflege – zentrale prozessbezogene und inhaltliche Ergebnisse

In allen zehn Einrichtungen der stationären Altenpflege, die am Projekt teilnehmen (davon acht in freigemeinnütziger und jeweils eines in privater oder kommunaler Trägerschaft), wird der „StRes.Moderator“ von der Leitungsebene als Analyseinstrument mit dem Ziel verbunden, zentrale Stressfaktoren einer bestimmten Gruppe von MitarbeiterInnen in der Organisation abzubauen. Mit den Analyseergebnissen verbindet sie die Hoffnung, gezieltere Maßnahmen als bisher zur Stressreduktion und Ressourcenstärkung dieser Gruppe entwickeln zu können. Für die Teilnahme an den Workshops werden Pflegekräfteteams oder Führungskräfte der mittleren Ebene, also Wohnbereichsleitungen vorgeschlagen, in einem Haus sind es Fachkräfte aus dem Bereich der Hauswirtschaft.

Auswahlkriterien der Organisationsleitungen für diese Gruppen sind vor allem

- Kommunikationsprobleme und Konflikte innerhalb eines Teams oder einer Gruppe von Leitungskräften bezüglich der Rollengestaltung oder der Aufgabenverteilung und
- ein hoher Krankenstand. Längere Krankmeldungen führen durchgängig zu massiven Überstunden, deren Abbau in den Einrichtungen ein zentrales Thema ist.

Nach anfänglichem Zögern („noch mehr Termine“, oder: „Gilt unser Team als besonders schwierig?“) und Zweifeln („unser Arbeitsstress verringert sich sowieso nicht“) erleben die teilnehmenden Fachkräfte den Arbeitsprozess im Rahmen des „StRes.Moderators“ durchgängig als entlastenden Reflexionsprozess ihrer Arbeitssituation. Bereits der erste Schritt des Prozesses, das Führen des StRes-Protokolls, fördert eine Metaperspektive und eine größere innere Distanz zu den beschriebenen Stressoren im Arbeitsalltag.

In den beiden Workshops findet ein intensiver Austauschprozess über individuelle Perspektiven auf Stressoren und Ressourcen statt, wobei Erkenntnisse über Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Wahrnehmung eine zentrale Rolle spielen. Unmittelbar wichtig ist hier vor allem die Erfahrung, individuelle Stressoren und Ressourcen in der eigenen Bezugsgruppe kommunizieren zu können, ohne Bewertungen befürchten zu müssen. Die einzelnen erläutern ihre auf Moderationskarten visualisierten Stressoren und Ressourcen vor der Gruppe, was für viele Pflegekräfte mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden ist.

Die Ergebnisse des ersten Workshops zeigen in den am Projekt beteiligten Altenpflegeheimen (A1 bis A10) zentrale Stressoren (Tabelle 1) und Ressourcen (Tabelle 2) der Pflegekräfte, die an den Workshops teilnehmen. Stressoren und Ressourcen haben sie dem Organisationsbereich zugeordnet, den sie als dafür zuständiges Gestaltungsfeld definieren. Bei den Formulierungen in den Tabellen handelt es sich um wörtliche Wiedergaben aus den Workshops. Die Teilnehmenden bewerten zum Schluss ihre Stressoren und Ressourcen nach ihrer Bedeutung für die Qualität ihrer Arbeit. In den Tabellen sind alle Stressoren/Ressourcen benannt, die als wichtigste bewertet werden.

Tabelle 1: Übersicht über zentrale Stressoren von Pflegekräften in zehn Altenpflegeheimen

	Dienstleistungstätigkeit/Markt	Management/Organisation	Arbeitsprozesse	Mitarbeiter/innen	Arbeitsausstattung
A1	Zeitdruck bei Pflege, Essen anreichen, Angehörigenarbeit, Unzufriedenheit der Bewohner	Dienstzeitregelung	Koordination der Arbeitsabläufe		
A2		Arbeitsorganisation mit vorhandenen Stellen, Keine klare Führung durch die Leitung	Zeitdruck durch hohe Arbeitsbelastung und bei der Pflege der Bewohner/innen	zu wenig Professionalität der Pflegekräfte	
A3			Organisation der Arbeit mit vorhandenen Stellen (Zeitdruck, Dienstplangestaltung)	keine klare Leitung durch WBL	räumliche Bedingung (lange Wege)
A4	zu wenig Zeit für die alten Menschen	Dienstplangestaltung	Arbeitsdichte, Zeitdruck, Dauerpräsenz	Teamkultur und Verlässlichkeit, Kompetenz der Pflegekräfte, Umgang mit Eigenverantwortung	
A5		Zeitdruck, keine Pausen, häufiges Einspringen		keine Wertschätzung durch Kolleginnen und durch WBL	
A6	zu wenig Zeit für Bewohner und Angehörige	Dienstplanorganisation mit vorhandenen Stellen		schwierige Verständigung, Einzelkämpfertum	
A7		Dauerpräsenz durch ständige Krankheitsvertretung, autokratischer Leitungsstil	Zeitdruck	Verlässlichkeit im Team	

	Dienstleistungstätigkeit/Markt	Management/Organisation	Arbeitsprozesse	Mitarbeiter/innen	Arbeitsausstattung
A8	Zeitdruck mit Bewohnern	Unklarheit der PDL in ihrer Rolle	Unterbrechungen im Arbeitsablauf	zu wenig Professionalität der Pflegekräfte, Unklarheit der WBL in ihrer Rolle	
A9	zu wenig Zeit für Bewohner und Angehörige	Zeitmangel mit vorhandenen Stellen, zu wenig examinierte Pflegekräfte	Zeitdruck durch Arbeitsfülle		
A10	Hilflosigkeit bei „schwierigen“ Bewohnern	nicht-transparenter Führungsstil	Zeitdruck	Angespannte Situation im Wohnbereich	

Als zentraler Stressor erweist sich im ersten Workshop in allen zehn Einrichtungen der Zeitdruck (vgl. dazu auch BGW-DAK Gesundheitsreport für die stationäre Altenpflege 2003). Die Pflegekräfte ordnen diesen Stressor vor allem dem Organisationsbereich „Dienstleistung/Markt“ zu. Das heißt, sie erleben den Zeitdruck durchgängig als unmittelbaren Mangel in ihrer Arbeit mit den alten Menschen. Auffällig ist: Die Bewohner/innen und ihre Angehörigen werden zum Teil nur noch über ihr Anspruchsverhalten wahrgenommen. In einigen Einrichtungen führt ein „häufiges Einspringen“ für kranke Kolleginnen darüber hinaus zu persönlichen Konflikten und Aggressionen innerhalb der Teams, die die Teamkultur belasten. Um dies zu vermeiden, arbeiten einige Pflegekräfte auch, wenn sie krank sind. Über eine längere Zeitspanne erlebte Überforderungen gehen einher mit personifizierten Wahrnehmungsweisen von Stresssituationen in den Arbeitsabläufen: Es wird nach Schuldigen gesucht, nach Defiziten der Beteiligten, es erfolgen persönliche Zuschreibungen und Kränkungen. Beziehungskonflikte entstehen, auf die mit „innerem Entzug“, Abstumpfung oder Krankheit reagiert wird.

Der Stressor „Zeitdruck“ überwiegt aber auch in den Bereichen „Organisation/Management“ und „Arbeitsprozesse“: Im Bereich „Organisation/Management“ wird er in einen Zusammenhang gestellt mit der Organisation der Arbeit, verbunden mit der Wahrnehmung, dass die vorhandenen Stellen der Arbeitsdichte nicht entsprechen und die Dienstpläne deshalb schwierig zu organisieren sind (was auch mit häufigen Krankheitsvertretungen zum Ausdruck gebracht wird). Im Bereich „Arbeitsprozesse“ steht der Zeitdruck im Kontext mit Problemen bei der Koordination von Arbeitsabläufen.

Damit werden mit dem Stressor „Zeitdruck“ sowohl objektseitige als auch subjektseitige Stressfaktoren sichtbar: Zum einen wird es objektseitig durchgängig als

schwierig erlebt, mit einem unveränderten Personalbestand den größer gewordenen Umfang insbesondere von administrativen Tätigkeiten mit dem Anspruch an einen Beziehungskontakt zu den alten Menschen und ihren Angehörigen zu vereinbaren. Eine hohe Arbeitsdichte und eine enge Zeitstruktur für einzelne Pflegeleistungen treten in den Vordergrund. Zum anderen wird subjektseitig auf eine Verbesserung der Professionalität der Pflegekräfte und der Kompetenzen auf mittlerer und oberer Leitungsebene hingewiesen, die auch die Koordination der Arbeitsabläufe umfasst. Hier stehen die Schnittstellen Pflege/Wohnbereichsleitung und Pflege/Management (PDL) im Mittelpunkt (vgl. Blass 2005). Thema ist vor allem die Aufgabenverteilung zwischen Pflegekräften und Wohnbereichsleitung, was die Ansiedlung dieses Stressors im Bereich „Mitarbeiter/innen“ (und nicht im Bereich „Organisation/Management“) verdeutlicht. Insgesamt dominieren die Stressnennungen leicht in den Bereichen „Management/Organisation“ und „Mitarbeiter/innen“, während die Arbeitsausstattung kaum in einen Zusammenhang mit Stress gebracht wird.

Den Stressoren gegenüber stehen folgende Ressourcen der Pflegekräfte, die sie als Potenziale im Umgang mit ihrer Arbeit und ihren Stressoren erleben (Tabelle 2):

Tabelle 2: Übersicht über die Ressourcen der Pflegekräfte

	Dienstleistungstätigkeit/Markt	Management/Organisation	Arbeitsprozesse	Mitarbeiter/innen	Arbeitsausstattung
A1	Wohlbefinden der Bewohner			Kollegialität im Team, Absprachen des Stammpersonals	
A2		Hoffnung auf neue PDL		Kollegialität, eigene Kompetenz im Umgang mit Stress	
A3				Arbeitsmotivation, Kollegialität	
A4		Selbsthilfe der Pflegekräfte bei der Arbeitsorganisation		Kooperation, Motivation, Kollegialität, eigene Kompetenz	
A5		zwei Examierte in einer Schicht	Gute Organisation der Arbeitsabläufe	Unterstützung von Kolleginnen	
A6	Guter Kontakt zu Bewohner/innen			Gegenseitige Unterstützung, Kollegialität	

	Dienstleistungstätigkeit/Markt	Management/Organisation	Arbeitsprozesse	Mitarbeiter/innen	Arbeitsausstattung
A7	Vertrauen der Bewohner/innen			Kollegialität im Team	
A8	Wohlbefinden der Bewohner/innen		Arbeitsprozesse gut zum Abschluss gebracht	Gute Absprache im Team	
A9	Anerkennung von Bewohnern und Angehörigen	Fortbildungen	Zufriedenheit, wenn Arbeitspensum geschafft werden kann	Unterstützung und Zusammenarbeit im Team	
A10	zufriedene Bewohner/innen			gute Kommunikation im Team	

Die Ressourcen der Pflegekräfte dominieren deutlich auf der Teamebene, gefolgt von der Ebene der Bewohner/innen. Das heißt: Für die Pflegekräfte stellt die Qualität ihrer Zusammenarbeit im Team ein wesentliches Kennzeichen sowohl für ihre Arbeitszufriedenheit als auch eine Art „Pufferfunktion“ für die starke Arbeitsbelastung dar.

Auf der Grundlage der Erwartung, dass sich die Arbeitsbelastung in der Altenpflege nicht wesentlich reduzieren wird, lässt dieses Ergebnis einerseits die These zu, dass eine ressourcenfördernde Personalentwicklung, die an dieser Stelle ansetzt, vor allem die Förderung kommunikativer und kognitiver Kompetenzen beinhalten muss, sei es in Form von Fortbildungstrainings oder Supervision/Coaching. Andererseits lässt sich der starke Teambezug der Pflegekräfte in Bezug auf ihre Ressourcen aber auch als quasi „letzter Anker“ interpretieren, mit dem sie eine qualitativ angemessene Versorgung der alten Menschen aufrechterhalten können. Die im zweiten Workshop entwickelten Gestaltungsvorschläge zum Abbau von Stressoren und zur Stärkung der Ressourcen der Pflegekräfte legen diese zweite Vermutung nahe (vgl. Tabelle 3): Die Vorschläge der Pflegekräfte richten sich zwar auch auf ihre kommunikative Weiterbildung, konzentrieren sich aber vor allem auf strukturelle Aspekte im Bereich Management und Organisation der Arbeit, also auf ein stärkeres Engagement der oberen Leitungsebenen. Auf dieser Ebene werden nur wenige Ressourcen angesiedelt (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 3: Gestaltungsvorschläge, mit deren Hilfe Ressourcen gestärkt und Stressoren abgebaut werden sollen

	Management/Organisation	Arbeitsprozesse	Mitarbeiter/innen	Arbeitsausstattung
A1	1. Mehr Präsenz der oberen und mittleren Leitungsebene im Wohnbereich; 2. Klausurtag: Neustrukturierung der Arbeitszeiten und des Tagesablaufs; 3. stärkerer Personaleinsatz beim Essen anreichen und zur Grundpflege			
A2	1. Unterstützung der PDL bei der Arbeitsorganisation; 2. konkrete Stellenbeschreibungen	Arbeitsabläufe für alle transparent machen		
A3	1. bessere Arbeitsplanung und -organisation durch WBL; 2. Anwesenheit bei Übergaben verstärken 3. Stellenbeschreibungen	1. Rollenklärung examinierte/nicht examinierte Pflegekräfte (Unterstützung durch PDL und Heimleitung)	Konflikte unmittelbar klären	Einsichtbarkeit des Dienstzimmers verringern
A4	1. Reduktion zeitintensiver Formalitäten 2. Fortbildung zur Mitarbeiterführung für WBL		1. Mitarbeiterführung gestalten; 2. Kritik sachgerecht äußern	
A5	Vier Pflegekräfte im Frühdienst		Missverständnisse und Konflikte besprechen	
A6	Mitsprache der Pflegekräfte beim Dienstplan		Kommunikationstraining	
A7	1. Klarere Organisation der Arbeit; 2. Funktion/Zuständigkeit der mittleren Leitungsebene klären	Kommunikation zwischen Pflege und Hauswirtschaft verbessern	1. Sachbezogene, kooperative Kommunikation fördern; 2. Koordination der Arbeit verbessern	

	Management/ Organisation	Arbeitsprozesse	Mitarbeiter/ innen	Arbeits- ausstattung
A8		Funktion und Zuständigkeit der Leitungsebenen klären	Systematisierung der Kommuni- kation zwischen Wohnbereichs- leitungen	
A9	Dienstplangestaltung: mehr Personal beim Essen an- reichen; immer eine exa- minierte Pflegekraft in der Schicht		Arbeitsorgani- sation zwischen Fach- und Hilfs- kräften verbessern	Büroraum für administrative Tätigkeiten
A10	Klare Anweisungen durch WBL		Verbindliche Ab- sprachen im Team treffen	

Auffällig häufig werden Strukturveränderungen beim Personaleinsatz gefordert. Vorschläge zu einer besseren Organisation der Arbeit beziehen sich vor allem auf den Personaleinsatz in pflegeintensiven Tageszeiten, auf konkrete Stellenbeschreibungen für Pflegefach- und -hilfskräfte, auf eine strukturelle Klärung von Funktionszuweisungen an die mittlere Leitungsebene (WBL) und auf die Verbesserung ihrer Leitungskompetenzen. Mit der Forderung nach möglichst konkreten Stellenbeschreibungen wird z.B. die Hoffnung verbunden, dass Leitungs-, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte durch eine klar strukturierte Aufgabenzuweisung mehr Verbindlichkeit und Orientierungssicherheit im Arbeitsalltag gewinnen. Die meisten Verbesserungsvorschläge, die die Pflegekräfte als auch selbst gestaltbar erleben, liegen, wie bereits erwähnt, auf der Ebene der Kommunikation und Konfliktbewältigung. An dieser Stelle schlagen sie Fortbildungen vor, die auch den Umgang mit Konflikten im Team beinhalten. Dagegen werden im Bereich „Dienstleistung/Markt“ keinerlei Gestaltungsvorschläge angesiedelt, die zu einem Abbau von Stressoren bzw. zu einer Ressourcenstärkung beitragen könnten.

In den auf die Workshops folgenden Managementgesprächen werden die Gestaltungsvorschläge der Pflegekräfte aufgenommen und im Feedbackgespräch gemeinsam in kurzfristig, mittel- und langfristig umzusetzende Maßnahmen „übersetzt“ und beschlossen. An dieser Stelle des StResModerationsprozesses besteht zum einen die Chance, dass zwischen MitarbeiterInnen und Management ein Diskussionsprozess initiiert wird, der kontinuierlich fortgesetzt werden kann. Zum anderen lassen sich – bedarfsorientiert – Fortbildungen oder Beratungen (Supervision, Coaching) durch einen kooperierenden Bildungsträger anschließen, wie in diesem Projekt durch die Deutsche Angestelltenakademie (DAA). In zwei Einrichtungen werden eine Team- und eine Leitungssupervision beschlossen, in zwei weiteren erfolgen gezielt zugeschnittene fachliche Fortbildungen.

Diskussion des Instruments „StRes.Moderator“ in der stationären Altenpflege

Der Einsatz des „StRes.Moderator“ in der stationären Altenpflege im Rahmen dieses Praxismodellprojektes hat gezeigt, dass sich Stressoren und Ressourcen mit diesem Instrument konkret identifizieren und als strukturelle, interaktionsbezogene oder individuelle Faktoren unterscheiden lassen. Gleichzeitig erweist sich dieser Analyseprozess durch seine Kommunikations- und Feedbackorientierung und sein insgesamt zirkuläres Vorgehen bereits als der Beginn von Veränderungsprozessen in der Organisation.

Letzteres gelingt allerdings nur, wenn die Pflegekräfte auch nach Beendigung des Stressmoderationsprozesses weiterhin Mitverantwortung für den von ihnen initiierten Gestaltungsprozess und damit für die eigene Gesundheit übernehmen bzw. eingeräumt bekommen. Der „StRes.Moderator“ ist auf einen partizipativen Führungsstil angewiesen. Es kann nur dann erfolgreich Veränderungen anstoßen, wenn es von Seiten der Organisationsleitung ohne „heimliche“ Ziele und ohne Tabus explorierend gehandhabt wird. Vor dem Einsatz des „StRes.Moderators“ hat sich eine Klärung der Chancen und Grenzen des Instruments mit der jeweiligen Organisationsleitung als wichtig erwiesen.

Kritisch ist zu beurteilen, dass das Konzept vorsieht, eine für die Teilnahme anvisierte Gruppe von MitarbeiterInnen lediglich über ihre Auswahl zu informieren. Dieses Verfahren ist wenig motivationsfördernd. Eine Entscheidungsmöglichkeit über die Teilnahme und die Freiwilligkeit der Maßnahme sowie die individuelle Einschätzung ihrer Sinnhaftigkeit durch die Pflegekräfte erweist sich im begleitenden Moderationsprozess als eine entscheidende Voraussetzung für ihr Gelingen. Die im „StRes.Moderator“ aktiven Pflegekräfte müssen bereit sein, persönliche Energie und Arbeitszeit in den mehrmonatigen Prozess ihrer Stress- und Ressourcenanalyse und in die Entwicklung von Gestaltungsmaßnahmen zu investieren, die der Organisationsentwicklung insgesamt dienen.

Mit der Gruppe, die an den beiden Workshops teilnimmt, wird eine Entscheidung darüber gefällt, an welcher Stelle in der Organisation ein Entwicklungsprozess angestoßen werden soll. Je nachdem, wo diese Gruppe ihre Stressoren und Ressourcen in der Organisation sowie ihre Gestaltungsvorschläge dazu verortet, bleibt dieser Entwicklungsprozess in seinem weiteren Verlauf jedoch nicht begrenzt auf diese Gruppe, sondern wirkt sich auf unterschiedliche Teilbereiche der Organisation aus.

Insgesamt erweisen sich die Arbeitsprozesse im Rahmen von „StRes.Moderator“ als sehr dicht. Sie erfordern eine hohe Konzentration und Zielgerichtetheit sowohl der Moderatorin/des Moderators als auch der Workshopgruppen. Als deutlich unrealistisch hat sich im Feld der Altenpflege der im Konzept vorgesehene Zeitrahmen von jeweils drei Stunden für die beiden Workshops herausgestellt. Hier muss mit Gruppen gearbeitet werden, die mit methodischen Instrumenten, wie Metaplan

oder Mindmap, oder auch mit dem kognitiven Anspruch sprachlichen Ausdrucks eigener Lösungsvorschläge für ihre Stressoren nicht vertraut sind. Das heißt in der Konsequenz: Feld- und zielgruppenspezifische Besonderheiten müssen bei der Zeitplanung für den Einsatz des Instruments Berücksichtigung finden.

Im Hinblick auf das Kompetenzprofil der Moderatorin/des Moderators ist zu beachten: Inhaltlich bekommen zunächst die Workshopgruppen selbst ein differenziertes Bild ihrer Wahrnehmungen vom Ist-Zustand ihrer Arbeitseinheit in der Gesamtorganisation mit ihren Ressourcen und Stressoren. Dieser Erkenntnisprozess hat gruppenspezifische Folgen: Unterschiede in den Einschätzungen im Kontext der Workshops lassen auch Konflikte in Bezug auf Rollengestaltung und berufliches Selbstverständnis zwischen den einzelnen MitarbeiterInnen transparent werden. Insbesondere in den Workshops ist eine gruppenspezifisch geschulte Kommunikations- und Empathiekompetenz der Moderatorin/des Moderators eine wichtige Voraussetzung dafür, dass diesbezüglich ein konstruktiver, Differenzierung zulassender Kommunikationsprozess entwickelt werden kann. Gelingen diese Kommunikationsprozesse, dann entsteht die Grundlage für eine erweiterte Wahrnehmungsperspektive auf die Zusammenarbeit innerhalb eines Teams und zwischen den Hierarchieebenen sowie eine Sensibilisierung für den Ansatzpunkt von Veränderungen.

Der Einsatz des „Stress.Moderators“ in diesem Arbeitsfeld lässt aber auch erkennen: Die Prozesse, mit denen die veränderten Kompetenzanforderungen an die Pflegekräfte und ihrem häufig über lange Jahre gewachsenen professionellen Selbstverständnis in Form von Arbeitsgewohnheiten verzahnt werden müssen, erweisen sich durchgängig in allen zehn Einrichtungen als langwieriger und zeitintensiver als vom Management geplant. Das zeigen z.B. Stressoren, die sich auf die Professionalität der Pflegekräfte beziehen, auf die Dienstplanorganisation oder auf die Koordination der Arbeitsabläufe zwischen examinierten und nicht examinierten Pflegekräften. An dieser Stelle erweist sich vor allem die Führungskompetenz der mittleren Leitungsebene als mittel- und langfristig zu verbessern.

Es hat sich gezeigt, dass mit dem Einsatz des „Stress.Moderators“ in der stationären Altenpflege vor allem eine analytische Grundlage geschaffen wird für den gezielten Einsatz weiterer bedarfsorientierter Maßnahmen. Diese richten sich deutlich auf die Verbesserung von strukturellen Arbeitsbedingungen: auf den Stellen-schlüssel, die Arbeitsorganisation, die Mitarbeiterführung und die Gestaltung der Arbeitsprozesse. Aber auch eine Verbesserung professioneller Ressourcen scheint erforderlich. Hier steht vor allem die Organisations- und Führungskompetenz im Fokus. Um sie zu fördern, sind Maßnahmen der Weiterbildung und Beratung (Supervision, Coaching) von zentraler Bedeutung. Erst damit kann eine Nachhaltigkeit der mit dem „Stress.Moderator“ beschlossenen Maßnahmen gewährleistet werden. Verbunden mit dieser Nachhaltigkeitsperspektive – und erst dann – erweist sich das Instrument „Stress.Moderator“ als eine innovative Möglichkeit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte in der Altenpflege dauerhaft zu unterstützen.

Literatur

- Altenpflege (2008). Magazin für Fachkräfte in der Altenpflege, Heft 1.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/DAK (2003): Gesundheitsreport 2003 – Altenpflege. Hamburg.
- Blass, K. (2005): Gesund Pflegen in der Altenpflege. Analyse und Maßnahmenentwicklung zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege. Herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Dresden.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.
- Eikelmann, B./Zacharias-Eikelmann, B./Richter, D./Reker, T. (2005): Integration psychisch Kranker – Ziel ist Teilhabe am „wirklichen“ Leben. In: Deutsches Ärzteblatt, 102: A 1104-1110.
- Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Online Publikation: www.bmfsfj.de/publikationen/heimbericht/root.html [Stand: 15.8.2006]
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie/Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (2004): Projektabschlussbericht: Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Familie des Landes NRW.
- Gesetzentwurf der Bundesregierung (2007): Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Drucksache 16/7439; 7.12.2007.
- Gewiese, T./Leber, U./Schwengler, B. (2003): Personalbedarf und Qualifizierung im Gesundheitswesen – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels und der IAB-Gesundheitswesenstudie. In Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Heft 2, S. 150-165.
- Hackl-Gruber, W./Haiden, C./Marschall, C./Schwendenwein, G./Wittmann, A. (2001): Handbuch zum Stress.Moderator. Institut für Arbeitswissenschaft, TU Wien und Allgemeine Unfallversicherung (AUVA).
- Hasselhorn, H.-M./Müller, B. H./Tackenberg, P./Kümmerling, A./Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Hillebrand, H./Ingenleuf, H.-J./Brinkmann, H./Wilm, B. (2004): Ressourcenfördernde Personalentwicklung und Optimierung der Organisationsstrukturen in Einrichtungen der stationären Altenpflege (REPOSTA). Abschlussbericht zum Modellprojekt. Projektdurchführung: Niedersächsische Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen e.V., Bad Laer.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“, Brüssel, 14.10.2005.
- Lazarus, R.S. (1999): Stress an emotion. A new synthesis. New York.
- Lazarus, R.S./Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Hg. von J.R. Nitsch, Bern. S. 213-260.
- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien-BRi) vom 21.3.1997 in der Fassung vom 22.8.2001.

- Siegrist, J./Rödel, A. (2005): Arbeitsbelastungen im Altenpflegeberuf – unter besonderer Berücksichtigung der Wiedereinstiegsproblematik. Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Techniker Krankenkasse: Gesundheitsreport 2007. Schwerpunktthema: Gesundheit im demographischen Wandel. Hamburg.
- Voges, W. (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden.
- Weidner, F./Isfort, M./Messner, T./Zinn, W. (2002): Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland. Köln.
- Weidner, F./Isfort, M./Messner, T./Zinn, W. (2003): Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in der stationären Altenpflege in Deutschland. Köln.
- Wittchen, H.-U./Müller, N./Storz, S. (1998): Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. In: Gesundheitswesen 60, 85-100.
- Wittchen, H.-U./Müller, N./Pfister, H./Winter, S./Schmidtkunz, B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. In: Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, 216-222.
- Zimber, A./Weyerer, S. (1998): Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen – Ergebnisse einer Verlaufsstudie. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Zimber, A./Albrecht, A./Weyerer, S. (2000): Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. In: Pflege aktuell, Heft 5, S. 272-275.

Anschrift der Autorin:

PD Dr. Gertrud Siller, Borriesstr. 15, 32257 Bünde

Gerhard Wittenberger

Supervision – Macht – und öffentliches Vertrauen (2)

Zusammenfassung: Im ersten Teil, den wir im vorhergehenden Heft 33 abgedruckt haben, ging es um den Versuch, Bedingungen für offenes Denken im Supervisionsdiskurs zu beschreiben.

Im hier vorliegenden zweiten Teil beschäftigt sich der Autor kritisch mit den gegenwärtigen Veränderungen in der Arbeitswelt und versucht eine Position zu beziehen, die zwar nicht fremd, aber radikal erscheinen wird. Angeregt wurde der Autor durch einen Diskussionsbeitrag von Frau Prof. Rothe auf der Tagung von **FoRuM Supervision** im März 2008, in dem sie forderte, Supervision müsse radikal sein, damit den Supervisanden die Chance gegeben wird, ihre Position im Arbeitsprozess zu finden.

Aus Supervisoren Botschafter für die Supervision machen

Vertrauen für das eigene Handeln herstellen, ist in modernen Gesellschaften die wichtigste Voraussetzung für nachhaltigen Erfolg. Nicht nur, weil sich gegen Institutionen, denen man misstraut, mit der Zeit erfolgshemmende politische und regulative Hindernisse aufbauen, sondern auch weil ohne breites Vertrauen die gesellschaftliche Unterstützung für entsprechendes Handeln fehlen wird – und dies hat auch finanzielle Konsequenzen. Daher haben alle, die ihre Arbeit der Supervision widmen, die Pflicht, Überzeugungsarbeit für Ihre Sache zu leisten, sei es durch das eigene Beispiel der intellektuellen und konzeptionellen Redlichkeit und praktischen Klugheit sowie, falls erforderlich, durch Zivilcourage. Der Appell, die Öffentlichkeit möge hoffnungsvollen Lösungsversprechungen Glauben schenken, wird nur wenige erreichen. Auch hier stellt der Rückzug auf Glaubensfragen nur die Gläubigen zufrieden. Das eindrucksvollste Beispiel zu diesem Problem hat Heinar Kipphart in seinem „szenischen Bericht: In Sachen J. Robert Oppenheimer“ dem Vater der Wasserstoffbombe, beschrieben. Dort lässt er Edward Teller, sagen, dass Entdeckungen „weder gut noch böse sind, weder moralisch noch unmoralisch, sondern nur tatsächlich. Man kann sie gebrauchen oder missbrauchen. Den Verbrennungsmotor wie die Atomenergie. In schmerzhaften Entwicklungen haben es die Menschen schließlich immer gelernt, sie zu gebrauchen.“ (Kipphart 1964, S. 91) Heute wissen wir, dass wir lernen müssen, Neuerungen, Modernisierungen und Entwicklungen, die grundsätzlich anwendbar sind, nicht anzuwenden. Denn die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen zum Guten und zum Bösen bleibt in allen Aspekten menschlichen Handelns bestehen. Wenn Supervisorinnen und Supervisoren dies bei ihrer Beratungsarbeit berücksichtigen, ist es unausweichlich,