



Hochschule  
Zittau/Görlitz  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

# Alternsgerechte Arbeitsplätze in Ostsachsen?

## Ausprägungen und Tendenzen in der Pflege

Dr. Ulrike Schumacher, Prof. Dr. Erika Steinert

Hochschule Zittau/Görlitz  
Fakultät Sozialwissenschaften

November 2013

Kontakt:

[Ulrike.Schumacher@berlin.de](mailto:Ulrike.Schumacher@berlin.de)

[Erika.Steinert@gmail.com](mailto:Erika.Steinert@gmail.com)

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Forschungsfrage</b> .....	<b>4</b>
1.1 Ausgangssituation und Fragestellung.....	4
1.2 Auswahl des Untersuchungsfelds.....	5
<b>2. Kurzzusammenfassung der Ergebnisse</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Forschungsstand</b> .....	<b>8</b>
3.1 Betriebliche Handlungsfelder alternsgerechten Arbeitens.....	10
3.1.1 Arbeitsplatzgestaltung.....	10
3.1.2 Arbeitszeitgestaltung.....	10
3.1.3 Arbeitsorganisation.....	10
3.1.4 Personalentwicklung und Weiterbildung.....	10
3.1.5 Unternehmenskultur und Partizipation.....	11
3.1.6 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	12
3.2 Zum Stand der Umsetzung in Deutschland.....	12
3.2.1 Altersgerechte Maßnahmen.....	12
3.2.2 Arbeitsorganisation und -zeit, Vereinbarkeit von Beruf und Familie.....	13
3.2.3 Personalentwicklung und Weiterbildung.....	13
3.2.4 Unternehmenskultur und Partizipation.....	14
3.2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	15
3.2.6 Fazit zum Stand der Umsetzung.....	16
3.3 Schlussfolgerungen für die Studie.....	17
<b>4. Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>18</b>
<b>5. Empirische Ergebnisse</b> .....	<b>18</b>
5.1 Arbeitszeitgestaltung und -organisation.....	18
5.1.1 „Man ist also an bestimmte Zeiten gebunden“ - Einflussgrößen flexibler Arbeitszeiten.....	18
5.1.2 „Gutes Händchen“ gefragt - Führungskompetenz, Arbeitszeit und Teamkultur.....	19
5.1.3 „Die sind jetzt auch kleine Manager“ - verändertes Berufsbild und neue Anforderungen.....	20
5.1.4 „Welche Stelle soll ich denn meinem Altenpfleger anbieten?“ - Tätigkeitswechsel als probates Mittel?.....	21
5.1.5 „Den Wünschen der Mitarbeiter entgegen kommen, soweit es innerbetrieblich auszuhalten ist“ - Vereinbarkeit von Beruf und familialer Betreuung und Pflege.....	22
5.1.6 „Von den Erfahrungen und dem Wissen her ist 'ne Altersdurchmischung gut“ - altersgemischte Teams.....	23
5.2 Personalentwicklung und Weiterbildung.....	23
5.2.1 „Ich würd' mir Modelle des Ein- und Ausgleitens wünschen“ - Ausstiegsmodelle in den Ruhestand.....	23
5.2.2 „In der Pflege wird geguckt so ab 50“ - Rekrutierung und Reintegration von Personal.....	24
5.2.3 Weiterbildung - Pflichtprogramm oder Personalentwicklungsstrategie?.....	25
5.2.4 „Die eigene (...) Entwicklung im Beruf (...), da ist noch viel Arbeit zu leisten“ - Gelingensbedingungen und Hemmnisse der Weiterbildung.....	26
5.3 Unternehmenskultur und Partizipation.....	27
5.3.1 „Für die Mitarbeiter ein offenes Ohr haben“ - Führungsverhalten und Arbeitsklima.....	27
5.3.2 „Es geht meistens doch mehr oder weniger auf die Initiative der mittleren Ebene zurück“ - Partizipation nach Leitungsebenen.....	28
5.4 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	29

5.4.1 „Dieser Blick darauf (...) ist vielleicht seit ein oder zwei Jahren da“ - Umdenken angesichts Fachkräftemangels.....	29
5.4.2 „In der Eile des Alltags geht's halt schneller“ - Hürden der Umsetzung.....	30
5.4.3 „Denkt an Euren Wert der Ware Arbeitskraft“ - Beispiel einer betrieblichen Gesundheitsförderung.....	30
5.4.4 „Die wollen nur neue Kunden werben“ - Beurteilung der Unterstützung durch Krankenkassen und Berufsgenossenschaft.....	31
<b>6. Diskussion der Untersuchungsergebnisse .....</b>	<b>32</b>
6.1 Bisher allenfalls Einzelmaßnahmen in den Einrichtungen - regionale Vernetzung könnte integrierte Maßnahmen vorantreiben .....	32
6.2 Zwischen „Knochenmühle“ und Akademisierung - neue Perspektiven für Weiterbildung und Laufbahnentwicklung erschließen .....	33
6.3 Führungskräfte unterstützen, Partizipation ermöglichen.....	33
6.4 Bezug zu arbeits- und sozialpolitischen Debatten.....	34
<b>7. Schlussfolgerungen .....</b>	<b>35</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>36</b>
<b>Internet .....</b>	<b>39</b>
<b>Anlagen .....</b>	<b>39</b>

## Abstract

Die Studie untersucht alters- und altersgerechte Arbeitsbedingungen in der Region Ostsachsen am Beispiel der Pflegebranche.<sup>1</sup> Sie geht der Frage nach, ob und welche Maßnahmen zur altersgerechten Arbeitsgestaltung in den untersuchten Betrieben praktiziert werden, wie sich die Betriebe auf älter werdende Belegschaften einstellen und ob solche Bedingungen gegeben sind, damit jüngere und ältere Mitarbeiter/innen gesund und motiviert bis zum Rentenalter arbeiten können.

Zu altersgerechter Arbeit zu forschen, hat seit einigen Jahren Konjunktur. Es gibt zwar eine Reihe von anwendungsbezogenen Praxisprojekten, in der Region Ostsachsen wurde jedoch bisher keine empirische Untersuchung speziell zu dieser Thematik durchgeführt. Die Studie richtet sich an die interessierte wissenschaftliche Fachöffentlichkeit sowie an Arbeitgeber, Arbeitnehmer und deren Vertretungen, die an Anregungen und einer Situationsanalyse interessiert sind. Die Aktualität des Themas wird durch die elfte Welle des IAB-Betriebspanels mit dem Schwerpunktthema Fachkräftesicherung, zu dem auch eine auf Sachsen bezogene Auswertung vorliegt, bestätigt.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Sensibilität für einen schonenderen Umgang mit der „Ressource Arbeitskraft“ infolge des Fachkräftemangels in den letzten Jahren gestiegen ist. Integrierte Maßnahmen für eine altersgerechte Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung liegen jedoch nicht vor, sie wären vielmehr weiter zu entwickeln.

## 1. Forschungsfrage

### 1.1 Ausgangssituation und Fragestellung

Im Zuge des demografischen Wandels verändert sich europaweit die Beschäftigtenstruktur: Mehr älteren Erwerbstätigen stehen künftig – lässt man mögliche Migrationsbewegungen von Fachkräften außer Acht – weniger jüngere Beschäftigte gegenüber. Diese Tendenz wird durch die gesetzliche Anhebung des Renteneintrittsalters in Deutschland auf 67 Jahre verstärkt. Damit wird es zu einer wichtigen Frage, ob und wie sich Betriebe mit der „Demografiefrage“ auseinandersetzen und diese gestalten. Die aktuelle Forschung greift letztlich das Leitbild „Humanisierung der Arbeit“ aus den 1970er Jahren der alten Bundesrepublik, die Forderung nach „guter Arbeit“, auf (Klute et al. 2004, DGB-Index 2010). Stärker als damals prägt heute der demografische Wandel die Argumentationslinie: Die weniger werdenden Fachkräfte wollen gehegt und gepflegt sein, aber auch betriebswirtschaftliche Interessen und die Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit spielen dabei eine zentrale Rolle. Nicht zuletzt wird aus volkswirtschaftlicher Sicht für gesunde Arbeit plädiert und eine einfache Rechnung aufgemacht: Die gesellschaftlichen Kosten für hohe Krankenstände, ausgebrannte Belegschaften und frühzeitige Ausstiege aus dem Erwerbsleben sollen ungleich höher sein, als Präventionsmaßnahmen und ein achtsamer Umgang mit der „Ressource Arbeitskraft“ kosten würden. Dabei geht es nicht nur um gesundheitsverträgliche Arbeit für ältere Beschäftigte (altersgerecht), vielmehr wird eine umfassende Strategie der altersgerechten Personalpolitik angemahnt, die das Altern im

---

<sup>1</sup> Die vorliegende Arbeit wäre nicht möglich gewesen ohne die Gesprächsbereitschaft und Offenheit unserer Interviewpartner/innen, denen herzlich gedankt sei. Eingebunden in die Forschung war eine Gruppe Studierender (Magdalena Kumbier, Linda Jähne, Franziska Gasch, Alexander Holz, Julia Süßmilch, Josefine Börner, Madlen Vietze, Victoria Nietzsche, Stephanie Böhnke, Thomas Göhler, Christian Tosch, Carolin Kaupert, Julia Roßner, Lucia Miron), die im Rahmen eines von Erika Steinert geleiteten Forschungsseminars die Erhebung mit eigenen Erhebungen und Analysen ergänzten. Dabei wurde sowohl die Arbeitgeber- als auch die Arbeitnehmerseite betrachtet. Wichtige Erkenntnisse aus diesen Fallstudien fließen in die vorliegende Arbeit mit ein.

Betrieb, auch das der jetzt Jungen und Mittelalten, in unterschiedlichen Handlungsfeldern gestaltet.

Die vorliegende Studie untersucht altersgerechte Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. In der Pflege trifft, den derzeitigen demografischen Prognosen nach, eine zunehmende Zahl von Betreuungsbedürftigen auf einen schon jetzt erkennbaren Fachkräftemangel. Was bedeutet dies für die Personalentwicklung in der Pflegebranche? Sind Strategien erkennbar? Mit welchen Maßnahmen reagieren Einrichtungen und Träger?

## 1.2 Auswahl des Untersuchungsfelds

Der Forschungsstand zum Thema alter(n)sgerechte Erwerbsarbeit ist bezogen auf die einzelnen Branchen und Beschäftigtengruppen unterschiedlich entwickelt (Kistler 2008). Im Zuge einer branchenübergreifenden Analyse der bisher vorliegenden Forschungsdaten empfiehlt Kistler, den Blick verstärkt auf geringer qualifizierte Personen, solche in körperlich belastenden Berufen, Personen mit Migrationshintergrund und auf „Risikobereichen“ sowie atypische Beschäftigungsverhältnisse zu richten (2008: 79, vgl. Guggemos/Huber/Kistler 2007).

Die Erwerbstätigkeit fördert soziale Ungleichheit nicht zuletzt dann, wenn durch belastende Arbeitsbedingungen ein verfrühter Renteneintritt mit Einkommensbußen gewählt wird und das Armutsrisiko dadurch steigt. Die jüngste Debatte um die Zunahme von Erwerbsminderungsrenten mit einem hohen Anteil von Personen in Pflegeberufen zeigt die Brisanz des Themas (Bäcker et al. 2010, vgl. Bräutigam et al. 2010, Brussig 2012). Eine Benachteiligung geringer Qualifizierter ist auch dann gegeben, wenn sie von Weiterbildungsmaßnahmen ausgeschlossen sind oder nicht im gleichen Umfang wie höher Qualifizierte gefördert werden. Kistler empfiehlt daher, dass Forschung keine „Creaming-Effekte“ im Sinne von „sich die Sahnestücke heraussuchen“ reproduzieren sollte. Vielmehr sollten insbesondere problematische Bereiche untersucht werden (ebd. 2008: 79).

In diesem Sinne wurde der Bereich Pflege ausgewählt, da er wegen der damit verbundenen besonderen körperlichen und auch psychischen Belastungen zu den Risikoberufen zählt. Gleichzeitig ist Pflege in der bisherigen Forschung zum altersgerechten Arbeiten unterbelichtet, obgleich gesellschaftlich hoch relevant. Die Fehlzeitenreporte 2007 und 2010 belegen zudem, dass soziale Risiken wie z.B. Rentenminderungen aufgrund von verfrühter Erwerbsunfähigkeit in diesem stark weiblich geprägten Berufsfeld überproportional Frauen betrifft (Badura et al. 2008, 2010, vgl. Baase 2007). Insofern ist die vorliegende Studie auch als ein Beitrag zur Herstellung von Gendergerechtigkeit zu verstehen.

In die qualitative Studie wurden Wohlfahrtsverbände in Görlitz sowie dem Umland einbezogen, private Pflegeeinrichtungen konnten aus Kapazitätsgründen nicht berücksichtigt werden (s. Kap. 3). Die Studie ist explorativ und querschnittsartig angelegt: Jedes der im Folgenden aufgeführten betrieblichen Handlungsfelder hätte eine eigene Untersuchung gerechtfertigt, doch ging es hier um einen ersten Überblick.

## 2. Kurzzusammenfassung der Ergebnisse

In der Pflegebranche hat die Aufmerksamkeit für einen schonenderen Umgang mit den Beschäftigten zugenommen, ein Konzept integrierter Maßnahmen wurde bislang aber nicht entwickelt. Mit Blick auf die betrieblichen Handlungsfelder werden im Folgenden die Untersuchungsergebnisse im Einzelnen skizziert.

*Arbeitsplatzgestaltung:* Technische Hilfsmittel sind in den Einrichtungen vorhanden. Erschwert wird ihr Einsatz jedoch aufgrund des beklagten Zeitdrucks. weshalb oft ohne diese

Geräte gearbeitet und auf ihre gesundheitsschonende Wirkung verzichtet wird. Hier ist die Leitungsebene gefordert, Wege zu eröffnen, die „gesundes“ Arbeiten und eine enge Verzahnung von Weiterbildung und Umsetzung des Gelernten in der Praxis ermöglichen. Der Einsatz erleichternder Hilfsmittel erfordert im ambulanten Dienst auch die Kooperationsbereitschaft der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen und nicht zuletzt einen gekonnten Umgang auf Seiten der Beschäftigten. Auf die konkrete Arbeitssituation im ambulanten Dienst wirken daneben schlechte Witterungsverhältnisse, Parkplatzsuche oder die Lage der Wohnungen (Erdgeschoss oder Etage, mit oder ohne Fahrstuhl), Geschwindigkeitsbegrenzungen in Wohngebieten und innerstädtischen Zonen (30 km/h) können den empfundenen Zeitdruck noch verstärken (vgl. 5.4.2).

*Arbeitszeitgestaltung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie:* Hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie geben nur zwei der befragten Einrichtungen an, verträgliche Lösungen gefunden zu haben. Generell wird die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie, insbesondere die Betreuung von Kindern, als schwierig angesehen - sie verlangt viel Abfederung und Unterstützung im privaten Umfeld. Die Unterstützung von pflegenden Beschäftigten wird von den Organisationen noch nicht explizit als Herausforderung angesprochen.

Hinsichtlich der täglichen Arbeitszeitgestaltung haben Beschäftigte in ambulanten Diensten Spielraum, ihre Fahrten eigenständig einzuteilen, aber auch sie empfinden einen starken Zeitdruck, unter dem sie arbeiten müssen. Modelle längerfristiger Arbeitszeitgestaltung werden von zwei Einrichtungen für den Zeitraum eines halben Jahres praktiziert. Darüber hinausgehende Formen wie Langzeitarbeitskonten werden lediglich in einer Einrichtung strategisch mit Blick auf die Zukunft reflektiert. Einzig die gesetzlich geförderte Altersteilzeit wurde in allen befragten Einrichtungen praktiziert, mit dem Ende der Bundesförderung kann sie jedoch nicht weiter angeboten werden. Für „Modelle des Ausgleitens“ wird aber ein größerer Bedarf gesehen.

Großen Einfluss auf die Dienstplangestaltung und -umsetzung hat die Kompetenz der jeweiligen Führungsperson, aber auch die Atmosphäre und Art der Kollegialität im Team ist dabei von Bedeutung. Die Teamkultur kann von der Führungsperson in starkem Maße positiv beeinflusst werden; eine „Teamorientierte Organisation“, die Wert auf eine offene, freundliche, kommunikative Kommunikation<sup>2</sup> legt und die überdies verbindliche Festlegungen zur Beteiligung der Mitarbeiter/innen bei der Dienstplangestaltung getroffen hat<sup>3</sup>, wird leichter eine hohe Arbeitszufriedenheit erzielen können. In den befragten Einrichtungen ist es allerdings üblich, lediglich ein „Wunschbuch“ zu führen, in dem die Mitarbeiter/innen besondere Bedürfnisse äußern können. Berücksichtigt werden diese je nach „Machbarkeit“.

Eine zentrale Maßnahme altersgerechten Arbeitens besteht darin, ältere Beschäftigte von der Nachtschicht zu befreien. Ob sie erfolgreich ist, hängt vom Wohlwollen des Teams und der Belastbarkeit der Kolleg/innen ab. Betont wird dabei, dass ältere Mitarbeiter/innen aber kein Anrecht auf Sonderregelungen haben.

*Arbeitsorganisation:* Verbesserungen in der Arbeitsorganisation könnten im Wesentlichen durch einen angemesseneren Personalschlüssel herbeigeführt werden. Hier wünschen sich die Gesprächspartner/innen Initiativen von der „großen Politik“: Gebraucht würden „Köpfe“, um den Betriebsablauf sichern zu können<sup>4</sup>. Eng verbunden mit dem Personaleinsatz ist der

---

<sup>2</sup> Kim Cameron und Robert Quinn, s. [http://www.haworth.de/de/content/download/8977/545434/file/Nr\\_4\\_Thema\\_Wissen\\_Was\\_ist\\_Unternehmenskultur.pdf](http://www.haworth.de/de/content/download/8977/545434/file/Nr_4_Thema_Wissen_Was_ist_Unternehmenskultur.pdf)

<sup>3</sup> [http://bao.de/UserFiles/file/Publikationen/Becker\\_Pruemper\\_2011.pdf](http://bao.de/UserFiles/file/Publikationen/Becker_Pruemper_2011.pdf)

<sup>4</sup> Dass beim Personaleinsatz pro Schicht die Fachkräfte mindestens 50% ausmachen, wird als wichtiges Element der Qualitätssicherung angesehen. Dennoch wünscht sich eine Gesprächspartnerin mehr Flexibilität in der Relation zwischen Fachkräften und Pflegehelfer/innen, um Erstere bspw. bei der Nachtschicht zu entlasten.

Belastungsgrad: wie lang die Wege sind, die insbesondere des Nachts von den Beschäftigten in der Einrichtung zurückgelegt werden müssen, oder wie im ambulanten Dienst besonders anstrengende Fahrten verteilt werden können.

Arbeitsbelastung zu reduzieren, wird eher marginal versucht: Verband 3 kombiniert bei einer Vollzeitstelle den stationären und den ambulanten Einsatz mit je vier Stunden. Für ihn als Organisation ist es schwierig, 8-Stunden-Dienste vorzuhalten, diese werden jedoch gerade bei jungen Mitarbeiter/innen zunehmend nachgefragt. Die Geschäftsführung von Verband 2 sieht den Wechsel aus dem ambulanten Dienst in die Tagespflege als Weg, um die Arbeitsbelastung zu reduzieren; quantitativ sei diese Option jedoch begrenzt, und sie hängt vom jeweiligen Angebots-Portfolio des Trägers ab. Manche Einrichtungen organisieren Teil- bzw. Zwischenschichten, die sequentiell über den Tag verteilt geleistet würden (früh und abends). Allerdings wird gesehen, dass die Beschäftigten dabei nur schwerlich abschalten können. Die Geschäftsführerin von Verband 5 betont, ihren Beschäftigten immerhin den Urlaub garantieren zu können, was in der Branche nicht vorausgesetzt werden kann.

*Personalentwicklung und Weiterbildung:* Für die Masse der Pflegekräfte bestehen kaum Perspektiven hinsichtlich einer längerfristigen Personalentwicklung. Der Wechsel in eine andere Beschäftigung (Tätigkeitswechsel) spielt als eine altersgerechte Maßnahme kaum eine Rolle, da sich ein hoher Qualifizierungsaufwand damit verbände oder wenig Ausweichmöglichkeiten innerhalb des Trägers gesehen werden. Alternative Beschäftigungen in anderen Bereichen innerhalb einer Organisation, wie z.B. Rettungswesen oder Erziehung, sollen nicht weniger Belastungen mit sich bringen.

Weiterbildung ist in der Pflege gesetzlich verankert und wird von allen Gesprächspartner/innen als unerlässlich eingestuft. Neben Pflichtweiterbildungen belegen die Mitarbeiter/innen freiwillige Angebote. Eigenanteile werden häufig durch die Träger übernommen, zeitlich wird dafür sowohl Arbeitszeit als auch Freizeit eingesetzt. Die Weiterbildungsplanung ist z. T. in ein Qualitätsmanagement integriert und beruht dann auf Mitarbeitergesprächen. In der Regel koordiniert die mittlere Führungsebene die Passung der Weiterbildung zwischen den Wünschen der Beschäftigten und den Bedarfen der Organisation. Hierbei steht sie in der Pflicht, auf eine gerechte Verteilung, z.B. des Weiterbildungspensums der einzelnen Mitarbeiter/innen zu achten. Die Arbeitgeber sind darauf angewiesen, dass die Mitarbeiter/innen motiviert sind, Weiterbildung in Anspruch zu nehmen; sonst wird es als Aufgabe gesehen, sie im Rahmen der Unternehmenskultur zu stärken.

Das Themenspektrum der Weiterbildungen ist breit gefächert, überwiegend scheinen die Angebote jedoch eher zweckgebunden und eher auf konkrete berufliche Aufgaben (z.B. Dekubitus-Prophylaxe) als auf die persönliche Entwicklung der Mitarbeiter/innen gerichtet zu sein. Aus Sicht der Gesprächspartnerin des Verbands 1 nehmen mehr Mitarbeiter/innen in Leitungspositionen als normale Pflegekräfte Weiterbildungen, die auch kostspieliger seien, in Anspruch. Als ein weit verbreitetes Problem wird angesprochen, dass das Gelernte in der Praxis oft nicht umgesetzt werde, so der Geschäftsführer von Verband 7.

*Unternehmenskultur/Partizipation:* Die Unternehmenskultur prägt die zuvor behandelten Bereiche wie die Gesundheitsförderung oder Arbeitszeitgestaltung mit. Hier wird sie im Hinblick auf die Aspekte Kommunikation, Arbeitsklima und Partizipation fokussiert, die wesentlich für die Arbeitszufriedenheit (Becker/Prümper 2011) sind.

Die Einrichtungen streben angesichts der hohen Belastungen, denen die Beschäftigten ausgesetzt sind, eine offene Gesprächskultur an; ein frühzeitiges Konfliktmanagement soll zu einem guten Miteinander führen. Dass dies gelingt, hängt wesentlich von den Führungskräften ab.

In diesem Zusammenhang wird in den Erhebungsgesprächen auf Gremien wie den Betriebsrat verwiesen. Eine systematische, aktive Mitsprache der Pflegekräfte, beispielsweise hinsichtlich der Organisationsentwicklung, ist nicht erkennbar. Im Rahmen von Beschwerdemanagement und einer Kultur der „offenen Tür“ können lediglich Veränderungswünsche eingebracht werden. Nur ein Verband (7) erwähnt, dass jährliche Vollversammlungen zur Leitbildumsetzung durchgeführt werden.

*Gesundheitsförderung:* Die betriebliche Gesundheitsförderung ist im Kommen – so die in den Erhebungsgesprächen ermittelte zentrale Tendenz. Der Fachkräftemangel hat für die Thematik sensibilisiert, und die Auseinandersetzung wird durch die übergeordneten Dachverbände gefördert. Betrachtet man das betriebliche Gesundheitsmanagement als Schrittfolge von normativer, strategischer und operativer Ebene (Oppolzer 2006: 27), so bewegen sich die befragten Träger überwiegend auf der ersten und zweiten Ebene. Es werden Leitlinien entwickelt und neben klassischen Elementen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, wie Gefährdungs- und Arbeitsplatzanalysen, aktive Angebote der Gesundheitsförderung wie Rückenschulen und Stressmanagement, umgesetzt. Inwieweit dort angeregte Verhaltensänderungen im Arbeitsalltag umgesetzt werden können, wäre Gegenstand einer weiteren Untersuchung. Mit Blick auf die operative Ebene ist Verband 3 im Zuge seines Qualitätsmanagements am weitesten fortgeschritten: Er führt Fehlzeitenanalysen und eine (informelle) betriebliche Sozialberatung durch. Hierfür ist ein Gesundheitsbeauftragter verantwortlich; er kooperiert mit der Krankenkasse und checkt deren Angebote systematisch. Ein anderes operatives Element eines integrierten Managements, die Krankentrückkehrgespräche, wird zwangsläufig von allen befragten Einrichtungen durchgeführt, da längere Krankheitsausfälle bei allen auftraten. Regelmäßige Mitarbeitergespräche als ein weiteres operatives Element, bspw. hinsichtlich der Gestaltung des Ausstiegs, sind bisher nicht die Regel, sollen aber bei Verband 4 und 5 zukünftig geführt werden. Von einem integrierten Gesundheitsmanagement, wie es Oppolzer als dritte Säule der betrieblichen Gesundheitsförderung umreißt und das sämtliche Managementprozesse umfasst (2006), kann in den befragten Einrichtungen keine Rede sein.

### 3. Forschungsstand

Das Thema „Altersgerechte Erwerbsarbeit“ erlebt seit den 2000er Jahren einen Aufschwung in der Forschung wie in Modellprojekten. Disziplinen, die sich dem Thema widmen, sind die Arbeits-, Industrie-, Betriebs- und Organisationssoziologie, die Arbeitspsychologie und Betriebswirtschaftslehre sowie Gesundheitswissenschaften und die gerontologische Forschung. Im Blickpunkt steht der betriebliche Umgang mit älter werdenden Belegschaften und die Frage, wie ein gesundes Arbeiten und Altern im Betrieb für alle Altersgruppen möglich und damit die Arbeitsfähigkeit (Gesundheit, Kompetenz, Motivation) bis zum Rentenalter aufrechterhalten werden kann (vgl. Ilmarinen 2007). Ilmarinen entwickelte mit seinem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ eine vielbeachtete Orientierung zum Thema. Arbeitsfähigkeit bedeutet für ihn „eine gute Balance zwischen Arbeit und menschlichen Ressourcen in allen Altersgruppen“ (2011: 9). Die einzelnen „Etagen“ des Hauses (vgl. Abb. 1) sind für ihn 1. Arbeit, Arbeitsumgebung und Führung, 2. Werte, Einstellungen und Motivation, 3. Kompetenz und 4. Gesundheit und Leistungsfähigkeit (ebd.). Diese Elemente werden umrahmt von dem persönlichen Umfeld und von der Familie, darüber hinaus dem Nahbereich und solchen übergeordneten Faktoren wie der Kultur, der Gesetzgebung, der Ausbildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik einer Gesellschaft. Die in zahlreichen Untersuchungen bestätigten Dimensionen der Arbeitsfähigkeit stehen in Wechselwirkung und bestätigen somit eine Kernthese der Gesundheitsforschung, nach der Verhaltens- und Verhältnisprävention ineinander greifen sollten, womit sowohl die



Verantwortung der Arbeitnehmer- als auch der Arbeitgeberseite und Politik angesprochen wird.

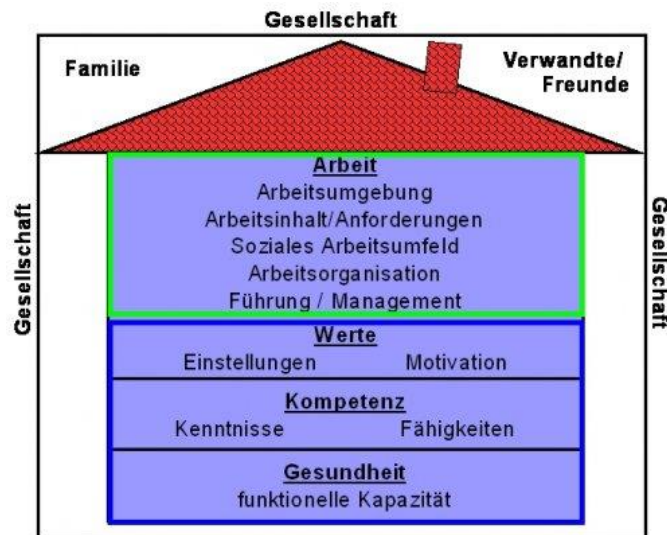


Abb. 1: „Haus der Arbeitsfähigkeit“, modifiziert nach Ilmarinen & Tempel, 2002, WAI-Netzwerk

Aus den in Deutschland durchgeführten Modellprojekten erwuchs eine Fülle an Handlungsleitfäden, Checklisten, Handreichungen und Werkzeugkoffern auf diversen Websites bis hin zu beratenden Institutionen und Netzwerken, die Betriebe bei der Gestaltung alternsgerechter Arbeitsbedingungen unterstützen sollen. Auf dieses Material gehen wir nicht näher ein, da es auf spezifische Branchen und deren Logik – bspw. Einzelhandel, Industrie oder Verwaltung – bezogen ist. Oftmals beruhen die Materialien auf wissenschaftlichen Grundlegungen, wie sie in Deutschland z.B. von Matthäi et al. (2009) vorgelegt wurden. Deren Systematisierung betrieblicher Handlungsfelder (ebd.: 32ff.) unter Einbezug der Erkenntnisse von Morschhäuser et al. (2009: 32) wird im folgenden Schaubild dargestellt und fundiert die weitere Darstellung, ergänzt um das Handlungsfeld Partizipation, welches dem Handlungsfeld Unternehmenskultur hinzugefügt wurde:

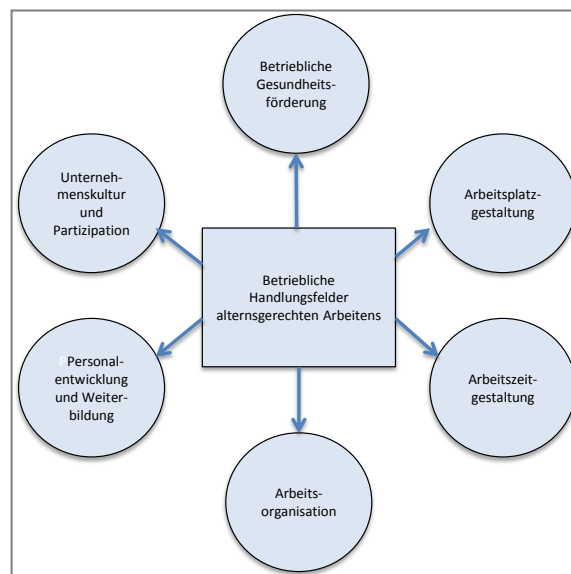


Abb. 2: Betriebliche Handlungsfelder alternsgerechten Arbeitens, modifiziert nach Morschhäuser et al. 2009: 32

Nachdem die betrieblichen Handlungsfelder (Abbildung 2) eingeführt sind, skizzieren wir ausgewählte Aspekte des Forschungsstands unter Berücksichtigung des Stands der Umsetzung in Deutschland (3.2).

### **3.1 Betriebliche Handlungsfelder altersgerechten Arbeitens**

#### **3.1.1 Arbeitsplatzgestaltung**

Die Arbeitsplatzgestaltung ist das klassische Feld des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes; die ergonomische, menschengerechte Gestaltung von Arbeitsplatz und Arbeitsplatzumgebung soll Fehlbelastungen vermeiden und vorhandene Belastungen abbauen. In der Pflege zählt hierzu der Einsatz von technischen Hilfsmitteln (Lifter, Rollstuhl etc.), in der ambulanten Pflege ist es auch die durch Hilfsmittel ermöglichte Mobilität (ein Fahrzeug etwa).

#### **3.1.2 Arbeitszeitgestaltung**

Stellschrauben einer altersgerechten Arbeitszeitgestaltung sind unter anderem eine belastungsnahe Pausengestaltung und eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit (Matthäi et al. 2009 nach Beermann 2005: 33). Die Vereinbarkeit von „Arbeit und Leben“ wird wesentlich durch die Arbeitszeitgestaltung beeinflusst; von der Tages-, Wochen- und Jahresarbeitszeit bis hin zur Lebensarbeitszeit, bspw. mittels Langzeitkonten. Diese berücksichtigen die spezifischen Bedürfnisse der Beschäftigten nach einem gleitenden Austritt und einer Belastungsminderung (ebd.: 33). Ihre Effekte für die Sicherung von Arbeitsplätzen sind mittlerweile belegt (Hildebrandt/Wotschack/Kirschbaum 2009), allerdings bestehen in weiten Teilen der Wirtschaft immer noch wenig Erfahrungen in der Umsetzung (Krämer 2002, Kistler 2008).

#### **3.1.3 Arbeitsorganisation**

Welche Rolle spielt die Arbeitsorganisation im Hinblick auf altersgerechte Arbeitsplätze? Matthäi et al. (2009) führen auf der Grundlage eines Modellprojekts in Industrie, Handel und Verwaltung an, dass durch Belastungswechsel oder Neuzuschnitte in den Aufgabenfeldern (Mischtätigkeiten) ein ausgewogener Belastungs-Mix entstehen könne (ebd.: 33). Dies kann durch Veränderungen in der Arbeitsorganisation, den Arbeitsabläufen und Tätigkeitszuschnitten erreicht werden. Als ein Weg dahin wird Gruppenarbeit empfohlen.

#### **3.1.4 Personalentwicklung und Weiterbildung**

Eine vorausschauende Personalentwicklung richtet sich auf die Gestaltung des Erwerbsverlaufs und das Aufzeigen längerfristiger Einsatzperspektiven, auch mit Blick auf besonders harte und anstrengende Arbeiten (Matthäi et al. 2009: 33, 36). Die Beschäftigungsfähigkeit soll erhalten bleiben, indem die Verweildauer in „alternskritischen Tätigkeitsbereichen“ begrenzt wird. Gestaltungsmöglichkeiten werden in Tätigkeits- und Aufgabenwechseln, Rotationskonzepten, Versetzungen und Konzepten horizontaler Laufbahnen gesehen (ebd.). Insofern sind altersgerechte Arbeitsplätze zu identifizieren und neue Einsatzfelder zu schaffen, Bereiche, in denen die im Erwerbsleben gesammelten Kompetenzen und Erfahrungen eingebracht und entfaltet werden können, „beispielsweise in der Qualitätssicherung, Wartung, im Service und Kundenkontakt oder in der Wissensvermittlung“ (36).

Weiterbildung, insbesondere gesundheitsförderliche Fort- und Weiterbildung, ist für die Personalentwicklung von entscheidender Bedeutung; im Haus der Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen 2011) spielt die Förderung und Erhaltung der Kompetenz eine wichtige Rolle, um

Arbeitsmotivation und -zufriedenheit zu erhalten. Da sich die Arbeitsfähigkeit mit dem Alter ändert, ist ihre Förderung nötig, bspw. durch Qualifizierung (ebd.).

Dem hohen Stellenwert der Weiterbildung wird in der Pflege insofern Rechnung getragen, als sie gesetzlich verankert ist. Sie kann privat oder betrieblich organisiert sein, als Inhouse-Angebot oder extern erfolgen, informeller oder formeller Art sein. Für die Pflegebranche liegt von Blättner et al. (2005) eine Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen vor. Im Ergebnis sind die organisationalen Voraussetzungen zu verbessern, um Pflegekräfte in der Stärkung ihrer professionellen Handlungskompetenz zu unterstützen. Dies erfordert ein abgestimmtes Weiterbildungsangebot zur Vermittlung fachlicher, sozialer und persönlicher Kompetenzen, Fort- und Weiterbildungen sind in die Personal- und Organisationsentwicklung systematisch zu integrieren (ebd.: 7).

Ziele einer alterssensiblen Personalentwicklung sollten zusammengefasst in der gezielten Förderung von Mitarbeiter/innen, der Schulung von Führungs- und Fachkräften in Fragen altersgerechter Maßnahmen sowie der Erhöhung des Engagements von Führungskräften hinsichtlich altersspezifischer Maßnahmen bestehen.

### **3.1.5 Unternehmenskultur und Partizipation**

Vielfach wird Unternehmenskultur als Dreh- und Angelpunkt für eine altersgerechte Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung angesehen. Dies wird deutlich, wenn man sich die Bedeutung der „Institutionalisierung“ sowohl als Prozess wie auch als Ergebnis vergegenwärtigt.<sup>5</sup> Als Prozess beschreibt Institutionalisierung den „Vorgang, in dem sich Handlungsroutinen verfestigen“. Alterssensibilität als ein Institutionalisierungsinhalt müsste stets bei allen Akteur/innen kommuniziert werden. Daraus können laufend „soziale Strukturen, Verpflichtungen, Handlungsweisen und Handlungszwänge“ (Wilkens et al. 2003: 191 nach Jentzsch 2013: 54) produziert und reproduziert werden, Selbstverständlichkeiten entwickeln sich und werden von den Mitgliedern der Organisation als übergreifender Vorgang angenommen (ebd.). Damit wird im Ergebnis der Institutionalisierung erreicht, dass eine altersgerechte Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung nicht mehr hinterfragt, sondern als gegeben akzeptiert wird (ebd.: 55).

Ein weiteres Kriterium der Unternehmenskultur wird in dem Commitment der Unternehmensleitung gesehen, in ihrer Fähigkeit, das Personal an die Philosophie altersgerechter Arbeit zu binden und Verbindlichkeit dafür herzustellen. Hierfür ist „manageriale Unterstützung“ (ebd.: 84) erforderlich. Die Verantwortung von Führungskräften; eine „demografiesensible“ Organisation und eine kooperative, vertrauensvolle und generationenfreundliche Unternehmenskultur (Matthäi et al. 2009: 38) benötigen Vorgaben und top down-Maßnahmen, um verinnerlicht zu werden. Stereotype oder negative Altersbilder sollten dabei überprüft und informelle wie formelle Altersbarrieren beseitigt werden.

Neben einer systematisch angewandten Philosophie stellen konkrete Mitwirkungsmöglichkeiten und ein hoher Grad an Partizipation der Beschäftigten ein wichtiges Merkmal einer altersgerechten Unternehmenskultur dar. Beteiligung sollte dazu verbindlich eingeführt werden (ebd.: 38). In Anlehnung an Doblhofer/Küng (2008: 52ff.) wird eine partnerschaftliche Zusammenarbeit als übergeordnetes Ziel eines partizipationsfreundlichen, alterssensiblen Unternehmens gesehen. Diese äußert sich in funktionierendem Austausch und generationenübergreifender Kommunikation; eine

---

<sup>5</sup> Institutionalisierung kann auch als eigenes Handlungsfeld unterschieden werden, vgl. etwa Doblhofer/Küng 2008, Green 2004: 653.

Maßnahme hierzu könnte die verbindliche Verankerung einer alterssensiblen Personalpolitik (z.B. in Form einer Betriebsvereinbarung) sein.

### **3.1.6 Betriebliche Gesundheitsförderung**

Klassischerweise wird unter betrieblicher Gesundheitsförderung die Entwicklung personaler und organisationaler Gesundheitsressourcen, z.B. durch verhaltensorientierte Gesundheitsprogramme (Stressprävention, Rückenschulen etc.) verstanden (Oppolzer 2006: 22ff.). Diese aktive Form der Gesundheitsförderung bildet laut Oppolzer die zweite Säule der betrieblichen Gesundheitspolitik. Die erste Säule der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der öffentlich-rechtliche Arbeits- und Gesundheitsschutz, der auf die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken zielt (ebd.: 20). Partizipation und Kooperation bilden auch hier wichtige Kriterien (ebd.: 52). Als dritte Säule wird ein neu zu etablierendes integriertes Gesundheitsmanagement gesehen, das die Gesundheit der Beschäftigten in alle Managementprozesse einbindet (ebd.: 25ff, vgl. auch WHO 1986).

Schließlich stellt das betriebliche Eingliederungsmanagement nach einer Rehabilitation ein wichtiges Handlungsfeld dar, um die Ausgliederung wegen chronischer Krankheit oder Behinderung zu vermeiden (ebd.: 181). Die Integration „leistungsgewandelter“ Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist demnach ein wichtiges Aufgabenfeld der Zukunft (vgl. Rudow/Neubauer 2007). Führungsstil und -kompetenz stellen dabei die Weichen, auch für die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeiter/innen (Giesert 2009).

## **3.2 Zum Stand der Umsetzung in Deutschland**

### **3.2.1 Altersgerechte Maßnahmen**

Ernst Kistler hat die Reaktionen „der“ Wirtschaft auf die aktuellen Herausforderungen anhand der Forschungsliteratur und des jährlichen IAB-Betriebspanels bilanziert (2008). Er kommt zu dem Schluss, dass Maßnahmen für Ältere, also *altersgerechte* Maßnahmen, nur in größeren Betrieben eine gewisse Verbreitung haben. Im Jahr 2006 gaben 17% aller Betriebe mit Älteren an, überhaupt Maßnahmen zu praktizieren (ebd.: 59). Dabei ist Altersteilzeit die am häufigsten genutzte Maßnahme (rd. 21%), wohingegen altersgemischte Arbeitsgruppen und die Einbeziehung Älterer in Weiterbildungsaktivitäten von rund 5% der Betriebe praktiziert wurden. Weniger als 2% der Betriebe gaben an, die Arbeitsplätze besonders auszustatten oder Leistungsanforderungen herabzusetzen (ebd.: 59). Putzing zeigt jedoch am Beispiel ostbrandenburgischer Klein- und Kleinstbetriebe, dass sich genaueres Hinschauen lohnt: Sie kommt zu dem Ergebnis, dass sich dort mehr Ansätze alters- und altersgerechten Arbeitens finden, als gemeinhin in Kleinbetrieben vermutet wird (2007: 187ff.). So zielen Weiterbildungen, arbeitsorganisatorische Maßnahmen, Präventions- und teambildende Maßnahmen z.B. im Hotel- und Reinigungsgewerbe darauf, die Beschäftigten arbeitsfähig zu erhalten und Überbeanspruchungen insbesondere bei älteren Mitarbeiter/innen zu vermeiden (ebd.). Dabei wird weniger Wert auf Analyseverfahren wie Arbeitsplatz- und Gefährdungsanalysen als auf die Schaffung von Vertrauensbeziehungen und einen partizipativen Führungsstil gelegt. Damit seien die Maßnahmen nicht primär unter Kostengesichtspunkten zu betrachten, sondern spiegeln vielmehr Bewusstseinsaspekte wider (ebd.: 195). Kritisch sei zu sehen, dass die Maßnahmen tendenziell zu Ungunsten der jüngeren Beschäftigten, eher sporadisch, reaktiv, partiell, „nebenher“ und bei Bedarf (ad-hoc) angewandt werden, somit eher instabil sind und je nach Situation auch dem Tagesgeschäft geopfert werden (ebd.: 195ff.).

### **3.2.2 Arbeitsorganisation und –zeit, Vereinbarkeit von Beruf und Familie**

Hinsichtlich der Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung muss anhand der Daten des IAB-Panels festgestellt werden, dass es kaum verbreitet ist, die Arbeitsplätze von älteren Mitarbeiter/innen besonders auszustatten oder die Leistungsanforderungen herabzusetzen (Kistler 2008).

Das Instrument der Langzeitkonten, die als Möglichkeit eines erleichterten Rentenübergangs in der Wissenschaft diskutiert werden, nutzten im Jahr 2006 nur 2% aller Betriebe, dabei waren vor allem größere Betriebe vertreten (ebd.: 68): Von diesen boten 40% der Betriebe in Westdeutschland und 36% der Betriebe in Ostdeutschland Langzeitfreistellungen an. Für die Verkürzung der Lebensarbeitszeit wurde das Instrument bei den praktizierenden Betrieben in Westdeutschland mit 25%, in Ostdeutschland mit 13%, für Familienzeiten in Westdeutschland mit 23%, in Ostdeutschland mit 39% genutzt (ebd.: 67). Die Studie von Krämer (2002) zur Verbreitung von Lebensarbeitszeitmodellen in der Altenpflege legt nahe, dass Barrieren weniger im Sozial-, Arbeits- und Tarifrecht als in einer defizitären Personal- und Finanzsituation zu sehen sind. Individuelle Reduzierungen betreffen bei gleichem Arbeitsanfall die verbleibenden Kolleg/innen als Mehrbelastung; Vorbehalte könnten ausgeräumt werden, wenn Arbeitsverdichtungen entsprechend abgedeckt würden (ebd.: 60). Hildebrandt et al. (2009) resümieren in ihrer Studie zu Langzeitarbeitskonten, dass ein hoher Bedarf an Instrumenten zur Verkürzung der Erwerbsdauer bestehe. Das Instrument wird jedoch überwiegend zur Gestaltung der täglichen Balance zwischen Arbeit und Leben und zum kurzfristigen Ausgleich genutzt (ebd.: 154), in den unteren Einkommensgruppen ist es weniger verbreitet als in den höheren (ebd.: 157).

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist laut Fuchs (2008) in Deutschland trotz öffentlicher Kampagnen und betrieblicher Bemühungen immer noch ein Entwicklungsgebiet und familienfreundliche Arbeit Mangelware. Die zentralen Ergebnisse des "Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2013" stimmen demgegenüber eher optimistisch: Danach habe das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der deutschen Wirtschaft einen höheren Stellenwert erlangt: „80 Prozent der Unternehmen messen Familienfreundlichkeit eine hohe Bedeutung zu. ... Insgesamt stabilisiert sich das betriebliche Engagement auf hohem Niveau. Der Trend zeigt in Richtung individuelle Arbeitszeitmodelle, bei denen die Beschäftigten die Ausgestaltung der Arbeitszeiten mit gestalten können.“<sup>6</sup> Auch wenn die betrieblichen Anforderungen den Rahmen für die Ausgestaltung der individuellen Arbeitszeiten abstecken, seien doch bei zwei von drei Unternehmen die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten bei der Festlegung, wann und wie lange tatsächlich gearbeitet wird, „eher groß“ (ebd.). Das Thema Pflege von Kindern und Angehörigen gewinne an Gewicht: „Mittlerweile unterstützen vier von zehn Unternehmen ihre Mitarbeiter bei der Pflege von Angehörigen durch Freistellungen oder Familienpflegezeitmodelle.“ (ebd.)<sup>7</sup>

### **3.2.3 Personalentwicklung und Weiterbildung**

Nur 34% aller befragten Betriebe nutzten laut IAB-Betriebspanel im Jahr 2006 in Deutschland schriftlich fixierte Pläne für die Personalentwicklung und Weiterbildung (Kistler 2008: 65), woraus sich ein Optimierungsbedarf in der betrieblichen Personalpolitik ableiten lässt (ebd.). Hinsichtlich des Rekrutierungs- und Einstellungsverhaltens folgert Kistler aus den Daten des IAB-Betriebspanels, dass es deutliche Anzeichen für eine Altersdiskriminierung gebe (2008: 69).

---

6 <http://www.bmfsfj.de>, Zugriff am 09.07.2013

7 Der Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend erstellt.

Blickt man anhand der Daten des IAB-Panels auf die berufliche betriebliche Weiterbildung, so ist zwar der Anteil der Betriebe, die Weiterbildung fördern, gestiegen (2007 45% aller Betriebe), doch stagniert der Anteil der geförderten Mitarbeiter/innen bei gut 20%. Die weiterbildungsaktiven Betriebe konzentrieren ihre Förderung auf wenige Beschäftigte, Geringqualifizierte sind seltener in Weiterbildung einbezogen (ebd.: 61). Aufgrund einer disproportionalen Stichprobenziehung beim IAB-Panel sind große Betriebe jedoch überrepräsentiert (Fischer et al. 2008: 8); der Befund ist daher um die Einschätzung von Putzing (2007) zu ergänzen, wonach in Klein- und Kleinstbetrieben berufliche Weiterbildung sehr wohl eine Rolle spielt und die gesamte Belegschaft einbezogen wird (ebd.: 188).

Aufgrund ihres Längsschnittcharakters geben die Daten des IAB-Panels dennoch gute Auskunft über Entwicklungstrends: So zeigt die aktuelle Auswertung für Sachsen, dass die Weiterbildungsbeteiligung aller Betriebe mit 55% den bisher höchsten Stand im Rahmen des Beobachtungszeitraums (seit 1997) erreicht hat. Die betriebliche Unterstützung besteht dabei in einer Kostenübernahme oder Freistellung (ebd.: 72). Allerdings ist eine Konzentration auf qualifizierte Mitarbeiter/innen erkennbar (SÖSTRA 2012: 75). Zwar hat die Weiterbildungsquote Älterer in Sachsen zugenommen, doch liegt sie immer noch unter der durchschnittlichen Weiterbildungsquote aller Beschäftigten (ebd.: 76).

Bezogen auf Gesamtdeutschland zeigt sich im europäischen Ländervergleich, dass „die Anteile der weiterbildungsaktiven Betriebe und der an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmenden Personen (...) deutlich geringer sind als der EZ15-Durchschnitt“ (Kistler 2008: 62). Eine Auswertung der Determinanten beruflicher Weiterbildung anhand des Mikrozensus 2003 deutet darauf hin, dass derzeitige Weiterbildungsstrukturen soziale Ungleichheit eher verstärken (Hubert/Wolf 2007).

Ziele einer alterssensiblen Personalentwicklung sollten zusammengefasst darin bestehen, Weiterbildungsmaßnahmen gezielt auch für ältere Mitarbeiter/innen anzubieten, sie langfristig gezielt zu fördern, ferner Kompetenzen im Bereich der Personalentwicklung insbesondere bezogen auf „Alternskompetenz“ durch bspw. „Alternstrainings“<sup>8</sup>: zu entwickeln. Tradierten Denk- und Verhaltensformen, traditionellen Altersbildern sollten die positiven Effekte einer alternsensiblen Organisation, die nicht nur älteren Menschen, sondern allen zugutekommen, gegenübergestellt werden, um Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu erzielen. Das entsprechende Engagement von Führungskräften zur praktischen Anwendung von alterssensiblen Maßnahmen könnte so erhöht werden, ebenso würde es für die Mitarbeiter/innen ohne Führungsfunktion selbstverständlich, solche Maßnahmen mitzutragen.

### **3.2.4 Unternehmenskultur und Partizipation**

Unternehmenskultur wird als auf den Zweck des Unternehmens bezogene und von dessen Mitgliedern geteilte Grundüberzeugungen, Werte und Einstellungen verstanden. Unternehmenskultur bringt eine unternehmensspezifische Vision zum Ausdruck und schafft eine gemeinsame Sprache, eine gemeinsame Basis. Mit diesem „Bindemittel“ können Unsicherheiten reduziert werden, und die Mitarbeiter/innen erhalten eine Orientierung. Zeitgemäße Beispiele wären eine „familienfreundliche“, eine „genderfreundliche“, eine partizipationsfreundliche oder „diversitätsbewusste“ Unternehmenskultur. Letztere müsste einen Familien- und Genderbezug ebenso wie alternssensible Einstellungen beinhalten, indem die Heterogenität der Belegschaft anerkannt und deren Vielfalt als ein Element der Unternehmenskultur integriert wird. Unternehmenskultur ist das Ergebnis eines langen informellen Lernprozesses und ist nicht allein durch rationale Entscheidungen veränderbar, vielmehr müssen organisatorische Umlernprozesse (<http://www.olev.de/uv/untkultur.htm>), nicht zuletzt durch top-down-Maßnahmen initiiert, stattfinden.

---

8 In Analogie zu „Gendertrainings“

Für den Partizipationsbegriff sei Lohmann/Prümper (2006: 120) zu Grunde gelegt: „Partizipation ist die von der Organisation gewährte oder verlangte, subjektiv wahrgenommene, direkte Beteiligung des Einzelnen an Entscheidungen, die im Zusammenwirken mit anderen Organisationsmitgliedern getroffen werden und die seine oder ihre mittel- oder unmittelbaren Bereiche der Arbeit betreffen.“

Ein aktuelle Literaturstudie von Haas (2012) kommt zu dem Schluss, dass die „reale Entscheidungsteilhabe“ - auch die Autonomie in der Arbeit (ebd.: 20) - bei Beschäftigten mit geringer bis mittlerer Qualifikation in Organisationen eher selten ist (ebd.: 21). Die Etablierung entsprechender Strukturen sei voraussetzungsvoll und für die Organisation mit höheren Investitionskosten verbunden. Auch müssten Partizipationspräferenzen der Beschäftigten, der angestrebte Partizipationsgrad und die gegebenen Kompetenz zueinander passen (ebd.). Die Zunahme der betrieblichen Partizipation in den 1980er und 1990er Jahren soll real geringer ausgefallen sein als oftmals behauptet; auch seien die Chancen der Beschäftigten, auf Faktoren zunehmender Belastung Einfluss zu nehmen, äußerst begrenzt (ebd.: 21). Diese Einschätzung dürfte auch auf die Pflegebranche zutreffen, da sie in ein komplexes gesetzliches Regelwerk eingebettet ist. Pflege sei „längst kein Hilfsberuf“ mehr, Pflegenden wissen und können heute mehr und arbeiteten „auf Augenhöhe mit dem Arzt“ (Farrenkopf, nach Witte 2012).

Mit diesem Wandel der Profession hin zu mehr Verantwortung und komplexen fachlichen Aufgaben wäre zu fragen, ob sich die Veränderungen schon in der Beteiligungspraxis der Einrichtungen widerspiegeln, oder ob Pflegekräften noch immer das Image von „Arbeitsbienen“ in der „Knochenmühle Pflege“ zugewiesen wird, die gesagt bekommen wollen, was zu tun sei.<sup>9</sup>

### **3.2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung**

Die empirische Erfassung der betrieblichen Gesundheitsförderung stößt zwar auf einige Messprobleme, dennoch resümiert Kistler, dass auch in diesem Feld Handlungsdefizite in Deutschland bestehen (2008: 63). Verbreitet seien vor allem passive Maßnahmen wie Krankenstands- und Arbeitsplatzanalysen, die aus dem gesetzlichen Arbeitsschutz resultieren. Aktive Maßnahmen wie Gesundheitskurse und Gesprächskreise blieben dagegen eher randständig, womit die Einschätzung Oppolzers (s. 3.1.4) bestätigt wird, dass eine betriebliche Gesundheitsphilosophie, die sich in integrierten Maßnahmen niederschlägt, gering entwickelt ist (ebd.).

Der Wert einer gesundheitsorientierten Unternehmensführung scheint in Deutschland immer noch nur teilweise anerkannt zu sein. So verweist eine aktuelle Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und des Bundesinstituts für Berufsbildung (Wittig/Nöllenheidt/Brenscheidt: 2013) auf den hohen Anteil Erwerbstätiger, die krank zur Arbeit gehen. Dies betreffe insbesondere Beschäftigte, die häufig unter Leistungs-, Termin- und Zeitdruck leiden (ZEIT-online, 05.02.2013). Außerdem spielten mangelnde Vertretungsmöglichkeiten und Angst vor Entlassung eine Rolle. Besonders betroffene Berufsgruppen seien die Bau- und Landwirtschaft sowie Sozial-, Erziehungs- und Gesundheitsberufe. Folge des „Präsentismus“ sei eine nachlassende Leistungsfähigkeit, deren Kosten mindestens so hoch seien wie die Kosten von krankheitsbedingtem Fehlen (ebd.)

---

<sup>9</sup> Die erste Bezeichnung nutzte eine Interviewpartnerin, Geschäftsführerin einer privaten Pflegeeinrichtung, die zweite der Fachbereichsleiter eines Wohlfahrtsverbands im vorangegangenen Forschungsprojekt „Partizipationsstrukturen für ältere Erwachsene in sozialen Einrichtungen in Ostsachsen“, Hochschule Zittau/Görlitz.

Für den Pflegebereich stellen Blättner, Michelsen, Sichtung und Stegmüller (2005) in einer qualitativen Analyse aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen fest, dass „dem Verständnis von Gesundheit, wie es ... (die) WHO geprägt ..., mit dem Konzept der Salutogenese (Antonovsky/Franke 1997) theoretisch fundiert (hat) und in modernen Setting-Konzepten zur betrieblichen Gesundheitsförderung verwirklicht wird, nicht ausreichend Rechnung getragen“ wird. Vielmehr stellen die Autor/innen oftmals ein reduktionistisches Verständnis von Gesundheit und eine gewisse Praxisferne fest (z. B. werde im Rückenschulungskurs das Heben eines Wasserkastens geübt). Die Umsetzung des erworbenen Wissens – auch wenn es praxisnah wäre – sei nicht gewährleistet (ebd.). Die strukturellen Voraussetzungen hierfür fehlten, eine Barriere bilde das Desinteresse von Vorgesetzten, aber auch von Kollegen ebenso wie die durch Veränderungen verursachten zusätzlichen Belastungen und Mehraufwände. Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Fort- und Weiterbildungsaktivitäten sehen sie in der

- „Befähigung der Mitarbeiter zur Partizipation an Entscheidungsprozessen, zum selbstbestimmten Arbeiten und zur Einführung dementsprechender Arbeitsstrukturen und –stile
- Stärkung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens bzw. der Selbstkompetenz beim Umgang mit Belastungen
- Stärkung der Mitarbeiter/innen, Beteiligung durch Implementation von Gesundheitszirkeln und eines betrieblichen Vorschlagswesens bzw. Selbstbewertungssystems“ (ebd.).

Grundsätzlich gelte:

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

Ferner wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, Fortbildung und Praxis eng miteinander zu verzahnen. Dies bedeute, Arbeitsprozesse als Lernprozesse und die Umsetzung der Fortbildung in die Praxis zu begleiten und zu supervidieren (ebd.).

### **3.2.6 Fazit zum Stand der Umsetzung**

Zusammenfassend stimmt der Forschungsstand wenig optimistisch: Nimmt man das Betriebspanel des Instituts für Arbeits- und Berufsforschung als Sensor und Maßstab, so fällt die Bilanz hinsichtlich der Praxis alters- und altersgerechter betrieblicher Maßnahmen eher nüchtern aus: Trotz intensiver Debatten und zahlreicher Modellprojekte muss für das Gros der Betriebe immer noch angenommen werden, dass Maßnahmen nur gering entwickelt sind. Allerdings weist Putzing am Beispiel von Klein- und Kleinstbetrieben darauf hin, dass diese durchaus bereit und in der Lage seien, Maßnahmen zum alters- und altersgerechten Arbeiten zu praktizieren (2007: 194), und dass „ein sorgfältiger Umgang mit den Humanressourcen sehr wohl im Interesse des Betriebes liegt“ (ebd.). Auch in ihrer Studie wird jedoch deutlich, dass entsprechende Aktivitäten leicht den Bedrängnissen des Tagesgeschäfts zum Opfer fallen (ebd.). Damit bestätigt sich die besondere Problematik von präventiven Maßnahmen (Tullius 2011): Investitionen in nachhaltige (altersgerechte) Arbeits- und Personalpolitik müssten sich in Zeiten ökonomischer Kurzfristorientierung besonders legitimieren, da Handlungsbedarf und mögliche Folgen von Maßnahmen zeitlich auseinanderfallen.

Vor diesem Hintergrund beeindruckten die Ergebnisse der empirischen Studie von Matthias Becker und Jochen Prümper über Partizipation in der Pflege und ihren Einfluss auf die



Dienstplangestaltung<sup>10</sup>. Sie stellen einen äußerst positiven Einfluss fest: Je mehr Einfluss die Pflegekräfte auf die Dienstplangestaltung haben, desto zufriedener sind sie und desto höher ist ihre Arbeitsfähigkeit (ebd.: 106). Mit dieser Untersuchung wird in Anlehnung an Ilmarinen eindrücklich klargestellt, wie wichtig es für die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten ist, auf ihren Dienstplan Einfluss nehmen zu können. Die Autoren weisen darauf hin, dass auch der Umkehrschluss zutrifft: bei geringem Einfluss auf die Dienstplangestaltung fällt die Arbeitsfähigkeit geringer aus (ebd.: 105). Sie leiten für die betriebliche Praxis daraus ab, „dass durch eine Stärkung der direkten Partizipation der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit erfolgreich entgegengewirkt werden könnte. Eine konkrete Maßnahme sollte hierbei die Schaffung von Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Dienstplangestaltung sein. Um Erfolge zu erzielen, müssen derartige Maßnahmen jedoch mit der notwendigen Verbindlichkeit umgesetzt werden, etwa durch die vertragliche Festschreibung zwischen den Betriebsparteien im Rahmen von Betriebsvereinbarungen.“ (107)

### **3.3 Schlussfolgerungen für die Studie**

Nachdem in Kap. 3.1 das Handlungsspektrum von Betrieben hinsichtlich alternsgerechter Arbeitsbedingungen theoretisch Darstellung fand, wurde in Kap. 3.2 darauf bezogen der Forschungsstand ausgewertet. Welche Schlussfolgerungen werden nun für die vorliegende Studie gezogen?

Der Forschungsstand legt es nahe, von einer besonders heiklen Lage in der Pflegebranche auszugehen, da Fachkräftemangel und eine anstrengende Arbeit aufeinandertreffen, Maßnahmen zum alternsgerechten Arbeiten, wie für Deutschland gezeigt wurde, aber noch kaum entwickelt sind.<sup>11</sup> Hinzu kommt die spezifische Herausforderung im Pflegeberuf, zwischen betrieblichen Abläufen, den Vorgaben der Leistungserbringung und den Bedürfnissen der zu Pflegenden zu stehen. Dazwischen agieren die Mitarbeiter/innen oftmals in einer Zerreißprobe (Lang/Wintergerst 2013).

Kann dieser Widerspruch mit alternsgerechten Maßnahmen aufgelöst oder aufgefangen werden? Welche Maßnahmen können die Einrichtungen ergreifen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern? Hierbei ist die Spezifik der Wohlfahrtsverbände zu beachten, die sich im Spannungsfeld zwischen „Wertegemeinschaft und Dienstleistungsunternehmen“ (Olk et al. 1995, vgl. Arbeitskreis Nonprofit-Organisationen 1998) befinden. Als wohlfahrtsstaatliche Leistungserbringer haben sie sich – neben den privaten Pflegeunternehmen – im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung ein neues Geschäftsfeld erschlossen, bewegen sich dabei aber in einem komplexen und verregelten Gefüge sozialversicherungsrechtlicher Regularien (Pflege- und Kostensätze, Personalschlüssel) und arbeitsmarktpolitischer Instrumentarien (Aufeinandertreffen von regulärer und öffentlich geförderter Beschäftigung, Einsatz von Pflegehelfer/innen etc.). Sie agieren einerseits als eigenständige Unternehmen unter Wettbewerbsdruck und sind andererseits der übergeordneten Trägerstruktur sowie ihrer spezifischen „Mission“ (Arbeitskreis Nonprofit-Organisationen 2002) verpflichtet. In unserer Studie untersuchen wir explorativ die vorfindlichen Maßnahmen zur Gestaltung alternsgerechter Arbeitsbedingungen, erfasst aus der Perspektive der befragten Führungspersonen. Das Zusammenspiel und die Interdependenzen der jeweiligen betrieblichen Faktoren wie der

---

<sup>10</sup> [http://bao.de/UserFiles/file/Publikationen/Becker\\_Pruemper\\_2011.pdf](http://bao.de/UserFiles/file/Publikationen/Becker_Pruemper_2011.pdf)

<sup>11</sup> Letztlich erforderte die Analyse alternsgerechter Arbeitsbedingungen eine multiperspektivische Untersuchung, da unterschiedliche Ressourcen zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit beitragen (Ilmarinen 2011, s. Kap. 3), wie das regionale Umfeld, die soziale/familiäre Einbettung oder auch die individuelle Wohnsituation. Fokus unserer Betrachtung sind die Handlungsspielräume der Organisation.

Beschäftigungssituation, der Unternehmenskultur, der Arbeitsorganisation und dem Arbeitszeitregime zu erfassen, bleibt Gegenstand zukünftiger Fallstudien.

## 4. Methodisches Vorgehen

Forschungsleitende Frage der Erhebung ist, inwieweit und wie Maßnahmen alternsgerechten Arbeitens von den Wohlfahrtsverbänden im Pflegebereich aufgegriffen und umgesetzt werden. Zur Sondierung des Themas wurden zunächst Expert/innengespräche mit regionalen Multiplikator/innen durchgeführt<sup>12</sup>, um den regionalen Bezug der Forschungsfrage bzw. Branchen und Berufsgruppen mit besonderem Handlungsbedarf heraus zu arbeiten. Im Ergebnis wurde entschieden, den Fokus auf den Pflegebereich zu legen.

Die methodische Anlage der Studie beinhaltet qualitative Interviews in sieben Wohlfahrtsverbänden in Görlitz und Löbau mit der Geschäftsführung bzw. der Fachbereichsleitung Personalentwicklung. Einbezogen wurden Paritätischer Wohlfahrtsverband, Malteser Hilfsdienst, Arbeiter-Samariter-Bund, Diakonie Sozialwerk Lausitz, Diakonie Löbau, Volkssolidarität und Arbeiterwohlfahrt (AWO).<sup>13</sup> Diese Interviews wurden um studentische Erhebungen, die auch die Arbeitnehmer/innenperspektive berücksichtigten, ergänzt: Neben Interviews mit Leitungspersonen führten die Studierenden eine Fragebogenerhebung bei Beschäftigten sowie ein Leitfadenterview mit einer ehemaligen Beschäftigten durch.

Die Interviews wurden teilweise verschriftlicht und mit einer Software für qualitative Datenauswertung (MaxQDA) kodiert, zentrale Tendenzen und Spannweiten wurden in Anlehnung an Moser (2008) heraus gearbeitet.<sup>14</sup>

## 5. Empirische Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung anhand der Kategorien Arbeitszeitgestaltung und -organisation, Personalentwicklung und Weiterbildung, Unternehmenskultur und Partizipation sowie betrieblicher Gesundheitsförderung dargestellt. Falls vorhanden, werden in jedem Abschnitt konkrete Maßnahmen alternsgerechten Arbeitens aufgezeigt. Im sechsten Kapitel diskutieren wir die Ergebnisse der Studie (6.) und leiten (7.) Schlussfolgerungen ab.

### 5.1 Arbeitszeitgestaltung und -organisation

#### 5.1.1 „Man ist also an bestimmte Zeiten gebunden“ - Einflussgrößen flexibler Arbeitszeiten

Die Gestaltung der Arbeitszeiten ist im Wesentlichen am Patienten und dessen Alltagsbedürfnissen orientiert, erst in zweiter Linie an denen der Beschäftigten. Dies wurde von allen Befragten so eingeschätzt und stellt daher eine zentrale Tendenz dar. Der Begriff „flexible Arbeitszeiten“ ist im Hinblick auf die Bedarfe der Patient/innen und die

---

<sup>12</sup> Sondierungsgespräche fanden statt mit: Allgemeiner Unternehmer-Verband Görlitz (Görlitz), Allgemeiner Unternehmerverband Zittau und Umgebung e.V./ Zeitarbeit BJM GbR (Zittau), Entwicklungsgesellschaft Niederschlesische Oberlausitz mbH (Bad Muskau), Fachkräftenetzwerk Oberlausitz (Bautzen), Obmann VDI Bezirksgruppe Oberlausitz (Zittau), Hochschule Zittau/Görlitz, Zentrum für Wissens- und Technologietransfer (Zittau), IHK Dresden, Geschäftsstelle Zittau (Zittau), Jobcenter Landkreis Görlitz/ Landratsamt Görlitz, Lausitz-Matrix e.V./ Projekt „50+“ (Görlitz), Marketinggesellschaft Oberlausitz Niederschlesien mbH (Bautzen), SeniorKompetenzTeam (Görlitz), Wirtschaftsförderung Europastadt Görlitz-Zgorzelec GmbH (Görlitz).

<sup>13</sup> Die Leitfäden dieser Interviews sowie der Sondierungsgespräche finden sich im Anhang, Anlage 2 und 3. Anlage 1 zeigt strukturelle Merkmale der untersuchten Wohlfahrtsverbände im Überblick (Tabelle 1).

<sup>14</sup> Die Ziffern in den nun folgenden Zitaten beziehen sich auf die in MaxQDA bearbeiteten, transkribierten Interviews und bezeichnen erstens den jeweiligen Verband, zweitens die Zeilenangabe (I: Interviewer/in, B: Befragte).

betriebswirtschaftliche Logik des Betriebes zu verstehen. Daraus bestimmt sich die Planung des Arbeitskraft-Einsatzes bis hin zur Einrichtung von Teil- oder Zwischenschichten.

Die Rund-um-die-Uhr-Versorgung in stationären Einrichtungen verlangt Nachtschichten, wohingegen die Beschäftigten in ambulanten Diensten tendenziell einen höheren Grad an Zeitsouveränität haben (Verband 3):

*B 3: Früh is früh und abends is abends und regulär steht der Mensch früh auf und frühstückt früh. Man kann also nich sagen, ich komm dich nach dem Frühstück pflegen und das is um 12. Man is also an bestimmte Zeiten gebunden. Natürlich gibt's ältere Menschen, die sagen, ich steh lieber um sechse auf und der andere sagt ich steh lieber um achte auf. So. Aber wie will man das dann mit den Mitarbeitern in irgendeiner Weise auf die Reihe kriegen, wenn se alle um achte gepflegt werden wollen, dann müsste man sagen, fahrt alle um acht dort hin, schickst 20 Leute mit 20 Autos durch die Gegend, dann kommen se um Neune wieder zurück und dann haste keene, keine Arbeit für sie. Also musst du, musst du die Arbeitszeit doch in einer Beziehung flexibel gestalten, das passiert, indem die Mitarbeiter zwar wissen wen sie zu pflegen haben, aber auf Grund der Kunden ihre Touren, dann eh gewissermaßen selber zusammenstellen können. (Verband 3, 6)*

Ein wichtiges Thema ist die Gewährung einer störungsfreien Pausenzeit, insbesondere auf der Station. Hier gibt Verband 3 an, nach besseren Lösungen zu suchen. Auch die Absicherung des Urlaubs ist ein Aspekt gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen. Die Geschäftsführerin des Verbands 5 erklärt, dass nicht alle Träger in der Region sicher stellen können, den Beschäftigten die gewünschte Urlaubszeit zu gewähren.

Zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung befragt, berichten die Verbände 3 und 5, dass Beschäftigte Plusstunden erarbeiten oder Minusstunden ansammeln können, die innerhalb eines halben Jahres auszugleichen sind. Über diesen Zeitraum hinausgehende Arbeitszeitmodelle wie z.B. Langzeitkonten werden nicht praktiziert; Verband 4 setzt sich derzeit auf der Leitungsebene mit dieser Option auseinander.

### *Maßnahmen*

Mehrere Gesprächspartner/innen geben an, dass man versucht, ältere Mitarbeiter/innen aus der Nachtschicht herauszunehmen, um diese zu schonen. Hierauf gäbe es jedoch kein formales Recht, und es sei darauf zu achten, die Bereitschaft und Belastung der jüngeren Beschäftigten nicht übermäßig zu strapazieren. Der Geschäftsführer von Verband 7 nennt ein Beispiel, in dem das Team für einen verdienten Kollegen in seinen letzten zwei Berufsjahren die Nachtschichten übernahm:

*B 7: Das einzige was wir tatsächlich versuchen können ist, aber das kann man eben och nur für ne begrenzte Zeit so, bei den Dreiundsechzichjährigen oder sowas dass man sagt OK man versucht die aus bestimmten Schichten rauszunehmen oder sonst was. Weil sie müssen sich einfach als Team überlegen, sie sind n Team von zwölf Leuten und dort ist vielleicht een oder zweje und die beeden sagen ich mach die Schicht ni mehr (...) Wir ham das wirklich in eem Fall durch gelebt, das war n Mitarbeiter der war vierzich Jahre hier und wo das Team wirklich gesagt hat in Anerkennung seiner Lebensleistung, dann halten wir diese letzten zwee Jahre och noch durch. Aber das könn' se ebn nur in dem begrenzten Maße machen. >holt Luft<. Das kann man nich automatisch machen und sagen jeder hat'n Anrecht vielleicht oder ab sechszich brauch ich bestimmte Dinge nicht mehr machen an der Stelle. (7, 98)*

### **5.1.2 „Gutes Händchen“ gefragt – Führungskompetenz, Arbeitszeit und Teamkultur**

Das traditionelle „Wunschbuch“ soll in mehreren Einrichtungen dazu beitragen, Wünschen der Beschäftigten entgegen zu kommen. Inwieweit diese berücksichtigt werden können,

hängt neben der akuten betrieblichen Situation (Arbeitsanfall, Krankenstand, Urlaubszeiten) stark von dem Fingerspitzengefühl und der Personalkennntnis der jeweiligen den Dienstplan erstellenden Führungskraft ab. Ein „gutes Händchen“ zahlt sich aus und kann dabei nicht zuletzt zu einer langfristigen Personalbindung führen.

*I: Was denken Sie, wie können die sozialen Verhältnisse der Mitarbeiter bei den Einsatzplänen berücksichtigt werden?*

*B 1: Das is ne Sache des Könnens, desjenigen der die Einsatzpläne macht. Der Stabilität der Mitarbeiterschaft, also dann muss ich mich auch verlassen können, dass das Miteinander passt und dass genügend Menschen da sind und nicht durch Krankheit ausfallen, weil dann sind die natürlich schon wieder in Frage gestellt. Ansonsten für das Halten der Mitarbeiter weiß ich, dass das schon für die Dienstplangestalter oder Personalverantwortlichen wichtig ist zu gucken, kann der das, wie kann er das. (1, 32-33)*

Mit dem Zitat wird deutlich, dass insbesondere die mittlere Führungsebene auf Teamkultur und Arbeitsklima einwirken. Nach Blättner et al. (2005) sollten die Mitarbeiter/innen zur Partizipation an Entscheidungsprozessen und zum selbstbestimmten Arbeiten ermutigt und dementsprechende Arbeitsstrukturen und -stile eingeführt werden (vgl. 3.2.5). Diese Sichtweise wird in den befragten Einrichtungen aber kaum eingenommen.

### **5.1.3 „Die sind jetzt auch kleine Manager“ - verändertes Berufsbild und neue Anforderungen**

Die Arbeitsorganisation hat sich mit dem Einzug der Informations- und Kommunikationstechnologien und neuen beruflichen Anforderungen stark verändert: Die tägliche Arbeit am Patienten und die Übergabe zwischen Kolleg/innen und Schichten wird auf dem PC dokumentiert. Dies wird nach Auskunft einiger Gesprächspartner/innen nicht von allen älteren Mitarbeiter/innen begrüßt, Abwehr und wenig Motivation zur Aneignung der Technik sind nicht selten gegeben. Weiterbildung könne hier Abhilfe leisten, doch man geht davon aus, dass nicht alle „in die Technik hineinwachsen“ werden, sondern dass sich das Problem mit dem Generationenwechsel quasi „auswachsen“ werde.

Mit der Technologisierung gehen Herausforderungen in der praktischen Handhabung und in organisatorischer Hinsicht einher. Dies beschreibt die Fachbereichsleiterin des Verbands 4 folgendermaßen:

*B 4: Es kommen jetzt auch verstärkt ältere Arbeitnehmer auf uns zu, mit längeren Krankheitsphasen, die sagen, ich fühle mich diesem Beruf nicht mehr gewachsen. Der Beruf hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert. Die Anforderungen sind rasant gestiegen, die Altenpfleger sind nicht mehr nur für das leibliche und körperliche Wohl zuständig, die sind jetzt auch, kann man fast sagen, kleine Manager. Es muss unglaublich viel dokumentiert werden; die Mitarbeiter müssen vernetzt denken; wir haben EDV-gestützte Software; die Mitarbeiter müssen die Pflegeplanung vorbereiten; die Mitarbeiter werden regelmäßig geprüft, was Stress verursacht, durch MDK, durch Heimaufsicht. Die Mitarbeiter fühlen sich immer mehr in diesem Spannungsfeld zwischen, ja kann man sagen so Planer/Organisator und der Arbeit am Menschen. (4, 179-187)*

Für die Gesprächspartnerin folgt daraus eine Akademisierung des Berufs, wie sie auch im internationalen Vergleich üblich sei (vgl. Witte 2012). Für die Thematik alter(n)sgerechten Arbeitens bleibt festzuhalten, dass ältere Beschäftigte, die keinen selbstverständlichen Umgang mit dem PC pflegen, aufgrund des technologischen Wandels unter einem Anpassungsdruck stehen und diesen als belastend erleben können.

## Maßnahmen

Die beschriebene Belastung kann gemindert werden, wenn ein gutes Verhältnis zu jüngeren Mitarbeiter/innen besteht, für die der Umgang mit Technik selbstverständlich ist und die dieses Wissen gerne vermitteln. Führungskräfte können zu diesem Wissenstransfer beitragen, indem sie ihn anregen, moderieren und auf ein gutes Generationenverhältnis achten. Es ist Teil einer altersgerechten Unternehmenskultur, die Offenheit für und den Zugang zu Weiterbildung auch bei älteren Beschäftigten zu fördern.

### **5.1.4 „Welche Stelle soll ich denn meinem Altenpfleger anbieten?“ - Tätigkeitswechsel als probates Mittel?**

In der Literatur zum altersgerechten Arbeiten werden Tätigkeitswechsel als Weg erörtert, um Belastungen zu reduzieren (s. 3.1.2). Inwieweit sind Veränderungen in der Arbeitsorganisation, den Arbeitsabläufen und Tätigkeitszuschnitten in der Pflege möglich und üblich? Nahezu alle Befragten schätzen dieses Potenzial sehr kritisch ein, da das Berufsfeld Pflege weitgehend einheitlich sei. Alternative Tätigkeiten in der Verwaltung und Buchhaltung oder im Küchenbetrieb werden aus qualifikatorischen Gründen und wegen des geringen personellen Bedarfs nicht ernsthaft in Erwägung gezogen. Andere Sparten der Träger, wie Kinderbetreuung oder Rettungsdienst, sollen nicht weniger belastend sein, wie das folgende Zitat deutlich macht: Hier schätzt der Geschäftsführer des Verbands 3 die Möglichkeiten als gering ein und erklärt dies mit der beruflichen Spezialisierung:

*B 3: Tätigkeitswechsel, muss ich sagen, ist schwierig. In dieser Welt in der wir jetzt leben, die so schnell ist, wo sich ständig was verändert, ist aus meiner Sicht ein Tätigkeitswechsel nur in Art gleichen Berufen möglich und da wird's schon schwer. Weil, man holt es nicht mehr auf. Man verdummt eigentlich im eigenen Betrieb. [...] Aber dann muss der Mitarbeiter umgeschult werden, muss neu heran an, an diese Tätigkeit gebracht werden und wenn wir es da nicht schaffen, mit dieser Schnellebigkeit irgendwas hin zu kriegen, bleibst du ja dumm, du fängst ja woanders wieder... bei Tätigkeitswechsel bleibst du ja ungelernnt. Du musst dich wieder neu in diese ganze Materie rein arbeiten. In der Pflege, ich sag jetzt mal, was wollen Sie denn mit ner Pflegefachkraft, die können se in keine Verwaltung stecken. In die Personalabteilung nicht, in die Buchhaltung nicht - das sind ja eigenständige Welten. Wir haben ja eigentlich Systeme geschaffen, wo wir eigenständige Fachidioten sind. So, und wie wollen Sie einer Pflegekraft sagen, mache mal jetzt Buchhaltung. (...) ein richtiger Buchhalter biste ja auch erst nach 10 Jahren vielleicht. So und wo willstest jemanden - Erzieher, ja gut. Erzieher können se vielleicht noch lernen. Aber sind se in dem Alter nervlich noch in der Lage das Kindergeschrei und das Gezetscher auszuhalten, weiß ich nicht. Also Tätigkeitswechsel, was immer so schön klingt, mhm. (Verband 3, 23)*

Einzig der Wechsel von der Station in die Tagespflege oder die Kombination von stationärem und ambulantem Dienst werden von dem Befragten als realistische Option gesehen. Auch die folgende Einschätzung der Vertreterin des Verbands 1 steht beispielhaft für die Frage nach einem Tätigkeitswechsel:

*I: Sehen Sie denn die Möglichkeit, dann im Betrieb in andere Bereiche zu wechseln?*

*B 1: Da gibt's Ansätze dazu, sich was zu überlegen, aber es kann halt nicht jeder aus der Pflege in den -nur- sozialbetreuerischen Dienst oder in ne andere Funktion im Büro wechseln, weil so viele Büroarbeitsplätze, im Verhältnis zur Pflege gibt es halt nicht. Den Versuch gibt's in Einrichtungen, aber es ist eben nicht für den großen Anteil der jetzt, ich sag mal, der 50-, 55-, 57-jährigen Pflegekräfte möglich, dort im Unternehmen einen Arbeitsplatz in der Richtung zu schaffen. (1, 19-21)*

Die Fachbereichsleitung von Einrichtung 4 bilanziert trägerübergreifend:

*I: Wissen Sie aus der Pflegebranche von guten Beispielen, oder denken Sie, dass das (Einschätzung bezüglich Tätigkeitswechsel, d.V.) verallgemeinerbar ist?*

*B 4: Ich denke, es ist verallgemeinerbar, nach meinem Kontakt mit anderen Trägerprofessionen stehen die Träger vor demselben Dilemma. Welche Stelle soll ich denn meinem Altenpfleger anbieten, der Betroffene hat einfach nur die Möglichkeit, sich umzuschulen, insofern es für ihn irgendwas bringt. Ist natürlich abhängig auch von seinem Alter. Es ist natürlich schwierig mit 50+ nochmal umzuschulen: ich bin gelernter Altenpfleger und schule jetzt um als Sachbearbeiterin, Sekretärin, dann kann ich die Umschulung machen, die krieg ich vielleicht auch noch zu 100% gefördert im Rahmen der Eingliederungshilfe, aber wo werde ich denn dann übernommen? Also die Aussichten für diese Arbeitnehmer sind sehr schwer. (4, 29-33)*

### **5.1.5 „Den Wünschen der Mitarbeiter entgegen kommen, soweit es innerbetrieblich auszuhalten ist“ - Vereinbarkeit von Beruf und familialer Betreuung und Pflege**

Die Gesprächspartner/innen charakterisieren den Pflegeberuf hinsichtlich einer Vereinbarkeit mit Kinderbetreuung generell als schwierig, es sei denn, die Betreuung könne im familiären Umfeld abgedeckt werden. Zwei Gesprächspartner erwähnen, dass sie die Kinderbetreuung in ihrer Einrichtung ermöglichen, indem die Öffnungszeit der Kindertagesstätte mit dem Arbeitsbeginn abgestimmt werde. Auch der Geschäftsführer des Verbands 6 hat trotz grundsätzlicher Probleme, Vereinbarkeit zu erreichen, Lösungen für zumindest eine Arbeitszeitreduzierung gefunden:

*B 6: Diese absolute Vereinbarkeit Beruf/Familie, die wird's so nicht geben, weil wir sind eben in einem Bereich, wo wir Sonnabend, sonntags und feiertags und rund um die Uhr zu arbeiten haben und das sind ja auch die Zeiten, wo dann die Familien ihre Ansprüche definieren. Also es ist schon, wie soll ich sagen, ein Thema was steht. Wir versuchen natürlich auch durch Dienstplangestaltung dann den Wünschen der Mitarbeiter entgegen zu kommen, soweit wie es eben innerbetrieblich auszuhalten ist. Das heißt, wir haben zum Beispiel im Bereich der Behindertenhilfe, Altenhilfe dann für Mitarbeiterinnen, die aus der Elternzeit zurück kommen, aber sagen, ich möchte jetzt eben deutlich verkürzt arbeiten gehen und die halbe Arbeitszeit auch nur auf einige Wochentage beschränken, oder eben speziell auf die Vormittagszeit, diesen Wünschen kommen wir im Großen und Ganzen nach.*

*I: Und das lässt sich dann auch einrichten?*

*B 6: Das lässt sich einrichten. Problematisch wird's immer dann, wenn solche Anträge zeitgleich von mehreren Mitarbeiterinnen gestellt werden. Aber diese Situation hatten wir so noch nicht gehabt. Und es ist auch meistens ein klar definierter Zeitraum, dass man sagt, für die nächsten zwei, drei Jahre möchte ich so arbeiten, dann geh ich wieder auf meinen ursprünglichen Arbeitsvertrag zurück. Das halten wir eigentlich recht unkompliziert. (6, 10-12)*

Dass Mitarbeiter/innen ihre Angehörigen pflegen, wird bisher nicht als betriebliche Herausforderung wahrgenommen. Zwei Befragte berichten, Angehörige von Mitarbeiter/innen in der Einrichtung aufgenommen zu haben. Hinsichtlich der gesetzlichen Rahmenbedingungen für pflegende, berufstätige Angehörige wird auf eine unklare Rechtslage und finanzielle Unsicherheiten für die Beschäftigten hingewiesen:

*B 4: Also noch keine Anfragen und auch keine Erfahrung. Meine Erfahrung basiert lediglich auf Bekannten, die sich geäußert haben, dass es sehr schwierig ist. Und auch nicht so einfach, wie sich das der Gesetzgeber vorstellt, weil einer Kurzzeitpflege, dem muss der Arbeitgeber zustimmen, also einer kurzzeitigen Pflegeauszeit; ich hab einen Angehörigen, der hat einen Schlaganfall und ich muss jetzt überbrücken 14 Tage. Begutachtung, wie geht's es weiter, aber bei einer Langzeitpflege ist es wohl eine Kann-Bestimmung, und der Arbeitgeber muss dem nicht zustimmen (4, 11).*

### **5.1.6 „Von den Erfahrungen und dem Wissen her ist 'ne Altersdurchmischung gut“ - altersgemischte Teams**

Die in der Literatur empfohlene Maßnahme, altersgemischte Teams einzurichten, wird in den befragten Einrichtungen zwangsläufig umgesetzt, insbesondere dann, wenn diese ausbilden. Eingeschränkt gilt es für ambulante Dienste, da die Mitarbeiter/innen, außer in den Teambesprechungen, überwiegend alleine tätig sind. Die Befragten sehen, so die ermittelte zentrale Tendenz, die Altersmischung ihrer Belegschaften als selbstverständlich an und befürworten diese:

*B 5: Unsere Teams sind alle altersgemischte Teams, das is einfach so. Dadurch, dass wir Ausbilder sind, wachsen ja auch immer junge Leute nach. Ganz im Gegenteil, das ist ja in solchen Sachen auch was Wichtiges, was Gutes, also eine erfahrene Altenpflegerin, die kann von dem, was sie da an Erfahrungen hat, so viel profitieren, da kann die so viel weiter geben. Erfahrung ist da ein ganz großer Punkt. Weil ich meine, man hat da ja nicht mit irgend 'ner Maschine zu tun, sondern mit Leuten und wie jemand reagiert - im Alter weiss man da viel mehr. Also altersgemischt ist immer gut. (5, 47)*

Der Geschäftsführer des Verbands 2 beschreibt den Wissens- und Erfahrungstransfer zwischen den Generationen folgendermaßen:

*B 2: Für uns ist diese Mischung gut, weil wir dann merken, die, die jung sind, wir haben also auch Schwestern, die hier immer mal 'ne Schicht in der Woche mitfahren. Und da ist gut, dass man manches Wissen, was aktuell aus dem Krankenhaus kommt, dass man das, oder neue Behandlungsmethoden, wenn das eingefahren ist, vom Hausarzt oder so, dass man das hier auch mit rüber bringt und Wissen dann auch teilt. ... Es wird ja für jeden Patienten dort auch ein Plan gemacht, wo auch jeder Mitarbeiter was sagt, was ist wichtig, wenn das ein anderer dort übernimmt, auch mal in einfachen Worten rüber bringt, wo man's auch lesen kann. Und da ist gut, wenn so mancher sich fragt: wie formulier ich das, wie bring ich das einfach rüber? Aus'm Krankenhausbereich die Dokumentation, die ist da so was von drin... Da ist vielleicht manchmal das andere, was wieder fehlt, was die Älteren mit drin haben, diese Nähe, dieser Umgang auch, der fehlt manchmal, da muss man manchmal auch ein Gespräch mit dem Mitarbeiter führen, der neu angefangen hat, der hat vielleicht noch nicht diese Form der Beziehung gefunden, auch zu den Betreuten. (2, 22-24)*

#### **Maßnahmen**

Etliche Gesprächspartner haben Probleme, ihre Ausbildungsplätze zu besetzen und eine Altersmischung herbeizuführen. Die zeitweilige, auch sporadische Assistenz von Jüngeren wie beim Beispiel der Krankenschwestern in Ausbildung kann ein Weg sein, um dennoch frisches Wissen zu integrieren.

## **5.2 Personalentwicklung und Weiterbildung**

### **5.2.1 „Ich würd' mir Modelle des Ein- und Ausgleitens wünschen“ - Ausstiegsmodelle in den Ruhestand**

Alle Einrichtungen haben das durch die Bundesregierung geförderte Modell Altersteilzeit genutzt, jedoch mit dem Auslaufen der Förderung aufgrund hoher betrieblicher Kosten eingestellt. Eine Alternative, die einen gleitenden Übergang in den Ruhestand erlaubte, wurde bisher nicht entwickelt. Zur Schonung von Arbeitsvermögen und Gesundheit bietet sich die Reduzierung der Arbeitszeit an, aufgrund der finanziellen Einbußen ist dies für die Beschäftigten aber nur bedingt eine Option und von ihrer Prioritätensetzung (Geld – Gesundheit) abhängig. Gleitende Ausstiege vollziehen sich demnach eher individuell und oft

krankheitsbedingt: Beschäftigte, die sich den Belastungen nicht mehr gewachsen fühlen, gehen in den (vorzeitigen) Ruhestand und nehmen dabei Rentenminderungen in Kauf.

Die folgende Aussage des Geschäftsführers von Verband 6 deutet auf einen hohen Anteil solcher krankheitsbedingten Ausstiege neben dem Modell Altersteilzeit hin:

*B 6: ... von Mitarbeitern, die dafür in Frage gekommen sind, haben die meisten das für sich in Anspruch genommen, sind durch Altersteilzeit ausgeschieden. Wenn Sie's andersrum betrachten wollen, Mitarbeiter die direkt in Rente gegangen sind, hab ich in den vergangenen Jahren vielleicht zwei oder drei gehabt.*

*I: Also Sie meinen von hundert auf null direkt in Rente?*

*B 6: Genau, genau, ja. Also die andern überwiegend in naja eigentlich aussch- ja Erwerbsunfähigkeit war noch ein Thema. Aber ansonsten über die Altersteilzeitregelung. (6, 24-26)*

Modelle alternativer Laufbahngestaltung werden von den Gesprächspartner/innen nicht angesprochen. Lediglich die Geschäftsführerin des Verbands 5 weist auf ein erweitertes Tätigkeitsfeld hin: Mitarbeiter/innen schulen Angehörige für die Pflege zu Hause. Dies könnte ein Bereich sein, neue Perspektiven für ältere Mitarbeiter/innen zu erschliessen, in dem sie ihre Kompetenzen und Erfahrungen weitergeben könnten:

*B 5: ... die Betreuung von Leuten zu Hause, auch die Entlastung von Angehörigen ist ein wichtiges Thema. Das sind so unsere Gebiete, auf die wir uns so ein bisschen spezialisiert haben. Also gerade im ambulanten Bereich, dass man also sagt, man muss auch den, der zu Hause ist, den muss man auch schulen. Also das machen wir zum Beispiel. Wir nehmen Gruppen von Angehörigen und machen in regelmäßigen Abständen Schulungen, wie pflegt man zu Hause, wie betreut man, wie bettet man, wie lagert man, alles solche Sachen. (5, 47)*

Lebensarbeitszeitmodelle werden in den Einrichtungen nicht praktiziert. Nur eine Gesprächspartnerin sprach sie als zukünftige Möglichkeit an, mit der sich der Betrieb gerade in der Leitungsebene auseinandersetze. Sie äußert aber Bedenken hinsichtlich der organisatorischen und buchhalterischen Umsetzung bei der Arbeitszeiterfassung und langfristigen Verrechnung.

Für die Geschäftsführerin des Verbands 5 sind Langzeitkonten nicht praktikabel; Gespräche zum individuellen Ausstieg sind hier möglich, wenn Beschäftigte dies wünschen:

*B 5: Also mich hat vor kurzem jemand gefragt, ob er nicht seine Überstunden schon alle ansammeln kann. Guter Gedanke, aber die Umsetzung ist ja nicht so einfach. Also ich sag mal so, bis jetzt ist es darauf hinaus gelaufen, dass wir gesagt haben, wenn jetzt jemand so ab 60, 62 oder so, Gesprächsbedarf hat, kommt er auf einen zu. Also es ist noch nicht so, dass ich aktiv gesagt hab', mit denen müsste man sich mal unterhalten. (5, 60-62)*

### **5.2.2 „In der Pflege wird geguckt so ab 50“ - Rekrutierung und Reintegration von Personal**

Ein wichtiges Element alter(n)sgerechter Arbeitsplätze ist eine diskriminierungsfreie Einstellungspraxis. Welche Aussagen lassen sich hierzu mit Blick auf die befragten Einrichtungen treffen? Mehrheitlich geben die Gesprächspartner/innen an, dass bei der Einstellung in erster Linie Qualifikation und Motivation zählten. Daneben sei der Gesundheitszustand ein wichtiger Faktor, wie das folgende Zitat verdeutlicht; schon im Interesse der Bewerber/innen müsse darauf geachtet werden, dass die Arbeit auch ausgeübt werden könne:

*I: Was denken Sie, welche Rolle spielt das Alter von Bewerbern bei der Einstellung?*



*B 1: Mm, ich denke schon, dass man ab 'nem bestimmten Alter, und ich denke in der Pflege wird geguckt so ab 50 ungefähr, gucken muss, ist derjenige, diejenige körperlich noch dazu in der Lage. Das hat nicht die Gründe, von irgendwie Altersdiskriminierung oder so, es ist ganz einfach aus dem Grund, dass derjenige, der einstellt ja weiß, was in der Pflege zu leisten ist; es nutzt ja nichts jemanden einzustellen und bei dem ist nach 'nem halben Jahr der Rücken oder alles total kaputt. Wenn er schon ankommt und sagt, naja eigentlich hab ich 'ne verkrümmte Wirbelsäule oder so - wird natürlich nicht unbedingt gefragt im Vorstellungsgespräch, aber wenn das deutlich wird, dann ist das ja auch Fürsorgepflicht des zukünftigen Arbeitgebers für denjenigen, den er einstellt. Und natürlich auch wirtschaftlich zu gucken, hab' ich den noch lange, ansonsten ist ja mit 50 noch 17 oder 16 Jahre Arbeitszeit, das ist ja 'ne Zeit, die durchaus 'ne gute Zeit ist. Aber ich denk' schon, dass das bei der Auswahl 'ne Rolle spielt. (1, 23-24)*

Neben der physischen Belastbarkeit beziehen sich zwei Gesprächspartner, so z.B. der Geschäftsführer des Verbands 2, auf die *psychische* Durchhaltekraft und Stabilität älterer Mitarbeiter/innen: In dieser Hinsicht seien die Älteren den Jüngeren sogar oft überlegen. Mit Blick auf die Einstellung können Ältere benachteiligt werden, wenn eine ausgewogene Altersmischung in einer schon älteren Belegschaft erreicht bzw. je nach Beschäftigtenstruktur in den einzelnen Einrichtungen die jeweils fehlende Altersgruppe ergänzt werden soll.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach einer Krankheit ist in den befragten Einrichtungen nicht systematisch entwickelt. Es wird von Einzelfällen berichtet, in denen es gelang; systematisch durchgeführte Perspektivgespräche mit den Pflegekräften sind aber nicht die Regel. Sie erfolgen adhoc und beim Auftreten einer Erkrankung. Im ungünstigen Fall kann ein individueller Krankheitsverlauf eskalieren und im Renteneintritt enden. So berichtet bspw. eine Pflegekraft im vorzeitigen Ruhestand, dass schlechtes Arbeitsklima, Mobbing und mangelnde innerbetriebliche Kommunikation während ihrer Rehabilitation zum vorzeitigen Ausstieg führten.<sup>15</sup> Im günstigeren Fall suchen Arbeitnehmer/in und Betriebsleitung gemeinsam nach einer Lösung für die Wiedereingliederung, wie die Geschäftsleiterin des Verbands 5 ausführt. Gleichzeitig deutet sie die schwierige Umsetzung im Arbeitsalltag an:

*B 5: Wenn jemand lange krank war, dann spricht man da schon intensiver. Also, dass man sagt, man will mal gucken, wie stellen Sie sich's denn vor? Wie lange wollen Sie noch bleiben? Wir versuchen dann auch Touren zu finden, wo man sagt, na gut, das ist vielleicht 'ne Tour, wo er weiß, das ist hier im Haus, da ist ein Fahrstuhl, muss ich nicht bis in die vierte Etage laufen. Aber, die Umsetzung ist schon eher schwierig. (5, 126)*

### *Maßnahmen*

Es wurde ein positives Beispiel für eine gelungene berufliche Reintegration nach einer Rehabilitation genannt: Eine für einige Monate vom Rententräger finanzierte Mitarbeiterin wird der Rehabilitandin unterstützend zur Seite gestellt.

### **5.2.3 Weiterbildung - Pflichtprogramm oder Personalentwicklungsstrategie?**

Weiterbildung wird in der Forschungsliteratur als ein entscheidender Aspekt altersngerechter Arbeit beschrieben, um Motivation und Kompetenzen aufrechterhalten zu können. Daher spielt das „ob“, „was“ und „wie“ auch in der Pflege eine wichtige Rolle. Weiterbildung ist hier gesetzlich verankert und in das Budget der Einrichtungen eingestellt. In der Praxis findet sich eine Mischung von pflichtgemäßer und freiwilliger Weiterbildung, fachspezifischer und solcher, die im weiteren Sinne der Förderung der Motivation, Qualifizierung und Arbeitsfähigkeit dient, wie Rückenschulen, Stressmanagement etc. Organisatorisch wird

<sup>15</sup> Interview der Studierenden mit einer ehemaligen Pflegekraft.

Weiterbildung sowohl in der Arbeits- als auch in der Freizeit wahrgenommen, teilweise vom Arbeitgeber, teilweise mit einem Eigenanteil finanziert.

Die gesetzlich vorgeschriebene Weiterbildung zielt darauf ab, Erwerbstätigkeit auf dem neuen Stand der Wissenschaft zu halten und Innovationen in das berufliche Handeln zu integrieren. Insgesamt sind die Weiterbildungsinhalte im Pflegebereich breit gefächert, von medizinischen über geistliche Themen bis hin zu Verkehrs- und Rettungsschulungen. Mitarbeiter/innen, die das wollten, kämen, so die Einschätzung eines Gesprächspartners, aus der Fortbildung „überhaupt nicht mehr heraus“ (Verband 7, 104). Allerdings werden kostenintensivere Weiterbildungen wie z.B. Aufstiegsqualifizierungen gezielt für ausgewählte Beschäftigte eingesetzt, und die Angebote für die breite Mitarbeiter/innenschaft dienen eher auf den Arbeitsalltag bezogenen Zwecken; explizite Weiterbildungen zur persönlichen beruflichen Entwicklung scheinen bei der Masse der Pflegekräfte nicht üblich zu sein. Damit bestätigt sich eine allgemeine Benachteiligung geringerer Qualifizierter in der Weiterbildung auch für den Pflegebereich.

#### **5.2.4 „Die eigene (...) Entwicklung im Beruf (...), da ist noch viel Arbeit zu leisten“ - Gelingensbedingungen und Hemmnisse der Weiterbildung**

Der Geschäftsführer des Verbands 7 äußert sich verallgemeinernd zu den Schwierigkeiten, das in der Fortbildung Gelernte im Alltag umzusetzen:

*B 7: Es lässt sich raus kristallisieren, dass die Bildungsangebote regelmäßig wahrgenommen werden und dass sie aber viel zu wenig bringen. Dass die Mitarbeiter gerne hingehen und es nutzen, aber dass sie es nicht umsetzen. Dass zwar quasi die Vergünstigung, diesen Tag nicht arbeiten zu müssen, gern in Anspruch genommen wird, aber hinterher sagt man: „liebe Leute, das habt Ihr doch jetzt grade letzte Woche gehabt. Was is'n hier los?“ Die Umsetzung dann anschließend. Dass ich das nicht mache, damit ich 'n schönen Tag hab', sondern damit ich hier was hab und damit's in der Arbeit dann... Das nimmt zunehmend ab. Wird von allen beklagt. (7, 116-117).*

Gleichwohl wird von der Geschäftsführerin des Verbands 5 auf die hohe Bedeutung der Weiterbildung und von weiterbildungswilligem Personal hingewiesen:

*B 5: Weiterbildung im Betrieb ... Ich denke das is was ganz Wichtiges und das darf man auch nich aus dem Auge verlieren, da muss man immer hinten dran sein und immer gucken, dass das passt weil, weil sich wirklich immer in der Pflege oder in der Betreuung so viel verändert, das unterliegt wie, ja das ist halt en medizinischer Bereich im weitesten Sinne und deshalb wird es da immer viel Veränderung geben und immer viel zum Schulen und Weiterbilden geben. Und sie müssen natürlich auch immer Mitarbeiter haben, die das auch wollen, die also auch sagen, ich lass' mich auf so was ein. Die nich daran verharn, was sie mal gelernt haben. (5, 628-657)*

Die Unternehmensführung hat dabei die Aufgabe, die Belegschaft zur Weiterbildung zu motivieren, wie die Gesprächspartnerin des Verbands 1 hervorhebt:

*B 1: Was mir immer wieder auffällt, im Hinblick auf ältere Arbeitnehmer, ist, dass häufig Ältere, auch Pflegekräfte ab 45 schon sagen, Weiterbildung ist nichts mehr für mich, lasst mal die Jüngeren. Aber wenn ich mal überleg, mit 45 hat man noch eigentlich die Hälfte der Lebensarbeitszeit vor sich. Und da denk' ich, ist es auch Unternehmenskultur, eigentlich, auch das zu verändern. Aber auch die eigene Identifikation mit dem Beruf, mit Entwicklung im Beruf, wo ich denke, da ist noch viel Arbeit zu leisten. Also die Angebote sind da. Es sind Zeit, Finanzen und halt eben Einstellungssachen, die halt dazu führen können, dass es nicht genutzt wird. (1, 6)*

Als zentrale Tendenz kann zusammenfassend festgehalten werden, dass Weiterbildung in den Einrichtungen schon durch die gesetzliche Flankierung einen hohen Stellenwert einnimmt. Die Aktivitäten sind vor allem auf die Bewältigung des Pflegealltags gerichtet. Ältere Mitarbeiter/innen nehmen weniger an Weiterbildungsmaßnahmen teil, sie müssten stärker von der Unternehmensführung dazu motiviert und aktiviert werden. Die Umsetzung der Erkenntnisse ist schwierig. Flankierende Maßnahmen durch die Leitung fehlen.

### 5.3 Unternehmenskultur und Partizipation

#### 5.3.1 „Für die Mitarbeiter ein offenes Ohr haben“ - Führungsverhalten und Arbeitsklima

Die Unternehmenskultur gilt in der Forschungsliteratur als ein Schlüsselfaktor für die Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen (Matthäi et al. 2009). Von ihr hängen die Wertschätzung der Beschäftigten und die Rücksichtnahme gegenüber älteren Mitarbeiter/innen ab. In den befragten Einrichtungen zeigt sich die Tendenz zu einem Bedeutungszuwachs für den/die einzelne/n Beschäftigte/n ebenso wie der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird (s. Kap. 5.4.1).

Die Bedeutung der Führungskompetenz wird auch hier wieder deutlich). Die Geschäftsführerin des Verbands 5 betont, dass gerade die mittlere Führungsebene für ein gutes Arbeitsklima verantwortlich ist:

*B 5: Arbeitsklima. Ganz wichtige Sache. Grade in so einem Job, wo man psychisch auch sehr angespanntes Arbeiten hat. Also man soll das nicht unterschätzen wie das ist, zum Beispiel den ganzen Tag mit kranken Menschen zu tun zu haben oder mit alten Menschen, die schwierig sind. Also deswegen ist gerade das Untereinander ganz was Wichtiges. Ist auch so 'ne Anforderung an meine Führungskräfte immer, für die Mitarbeiter ein offenes Ohr zu haben, egal ob wir nun och gestresst sind, das ist man ja als Führungskraft och ganz oft, dass man da auch viele andere Probleme im Hintergrund hat, die aber in dem Moment für den Mitarbeiter nicht so wichtig sind. Der will lieber mal ein offenes Ohr haben, weil er einfach über ein Problem mal sprechen muss. Oder einfach mal aus 'ner Sicht von jemand anderem was hören muss, wie man sich in dem Fall verhalten hat. Da kommt wieder rein, der Faktor, dass wir immer mit Menschen zu tun haben. Wir habe ja nicht irgendwo 'ne Maschine, der man mal gegen's Standbein treten kann. Ich kann mich nicht gegenüber dem alten Menschen schlecht äußern und das ist wirklich eine ganz wichtige Sache, Arbeitsklima ist eine ganz wichtige Sache! Deshalb funktioniert das auch am besten in Teams, die gut gemischt sind und die eine Führungskraft haben, die halt ein offenes Ohr immer hat. Ja, kriegt man nicht immer hin, ist aber wichtig. (5, 107-108)*

Wie Leitlinien und Ziele im Arbeitsalltag als Teil der Organisationsentwicklung kommuniziert werden und zu einem guten Betriebsklima führen können, zeigt das folgende Zitat:

*B 7: Wir wünschen uns und hoffen, dass das immer im gegenseitigen Respekt und gegenseitiger Achtung passiert. Wir müssen das natürlich erleben, dass das manchmal untereinander nicht so ist. Aber das ist eigentlich unser Ziel. Und wir haben unsre Leitlinien und die hängen überall. Und die hängen also nicht bloß, sondern die werden auch regelmäßig besprochen und versucht zu leben. Und wir haben das im Prinzip alle paar Jahre - da haben die wieder in der großen Mitarbeiterrunde gesprochen: Ist das eigentlich noch aktuell, was da drinne steht, versuch mer das umzusetzen? (...) Das sind Zielvorstellungen und die sind auch relativ hoch formuliert. Manche sind mit Absicht hoch formuliert: Wir gehen immer ehrlich und offen miteinander um, weil's eben das Problem ist, was immer wieder unter Kollegen vorkommt: Dass die eben nicht offen und ehrlich miteinander umgehn und eben nicht ins Gesicht sagen, ne? Aber unser Ziel ist eine vernünftige Unternehmenskultur und ich denke es sacht schon viel, dass ich bei*

*vierhundert Mitarbeitern sechs Jahre lang nicht auf'm Arbeitsgericht war. (...) Aber das geht eben wirklich bloß über 'ne Kultur, die ich seit zwanzig Jahren pflege. Es gibt Einrichtungen, dort gibt's zwischen Mitarbeiter und Leitung, gibt's nur Krieg und Kampf und Prügeleien. Das denk' ich, das ist bei uns nicht so. (7, 143-144)*

### **5.3.2 „Es geht meistens doch mehr oder weniger auf die Initiative der mittleren Ebene zurück“ - Partizipation nach Leitungsebenen**

Wie steht es um die Partizipation als einem wichtigen Aspekt der Unternehmenskultur? Die Gesprächspartner verweisen auf Gremien wie den Betriebsrat oder die Mitarbeitervertretung. Allerdings erschließt sich deren Praxis nur schwer über eine mündliche Erhebung und bedürfte weiterer Untersuchung, z.B. mittels teilnehmender Beobachtung.

Die Geschäftsleitungen von Verband 5 und 7 weisen darauf hin, dass Initiativen zur Veränderung in der Regel von der mittleren Ebene ausgehen:

*B 7: Es geht meistens doch mehr oder weniger auf die Initiative der mittleren Ebene, der mittleren Leitungsebene zurück. (...) Wir haben also eine ganz kurze Hierarchie. Ich bin Vorstand und unter mir gibt's zehn Hausleitungen. Und die haben die Leitungskompetenz, aber auch die Leitungsverantwortung und auch die wirtschaftliche Verantwortung für das Haus. Und insofern kreiseln die immer und denken: wo, an welcher Möglichkeit kann ich was weiter machen, kann ich was verbessern? (7, 152)*

*B 5: Also Mitsprachemöglichkeiten ganz wichtig in diesen Führungsrunden, in diesen Dienstberatungen. Da nehm ich zum Beispiel alle Abteilungen von uns zusammen. Da sitzt also die Pflege neben der KiTa und der Behindertentagesstätte. Das hat einfach auch damit was zu tun, dass man mal hört was der andere macht, was der andere für Probleme hat oder für Ideen hat. Und da entstehen dann natürlich auch Organisationssachen oder Ideen und so. Das ist schon eine wichtige Sache. Was der Mitarbeiter selber jetzt - der kommt meistens nicht so direkt an mich dran, also es gibt kein betriebliches Management für „mach's nach, mach's besser“, ich weiß nicht wie das früher hieß. (5, 118-119)*

Deutlich wird, dass Mitsprachemöglichkeiten für die unteren Positionen der betrieblichen Hierarchie in beiden Verbänden nicht systematisch eingeräumt werden, vielmehr handelt es sich um eine unverbindliche Form der Partizipation.

Jenseits formalisierter Mitsprachemöglichkeiten verweist der Geschäftsführer des Verbands 3 auf eine lösungsorientierte Kommunikationskultur: Eine offene Kommunikation der Probleme wird angeregt, um Unstimmigkeiten auszuräumen und nach Möglichkeit frühzeitig Lösungen zu finden:

*I: Wie sind die Mitsprachemöglichkeiten der Mitarbeiter, was Aufgaben angeht, oder Fragen der Organisation?*

*B 3: Also da denk ich mal, sind wir sehr, sehr offen. Wir haben's grad auch wieder im Pflegedienst, da geht's auch um manche Frage, wenn einer sich ungerecht, gegenüber andern, der wird bevorteilt mit Stunden oder was. Da würde woanders wahrscheinlich gar nicht drüber diskutiert werden, hab ich schon mal gesagt. Wir sind aber immer so weit, dass wir sagen, wir setzen uns mit ihm hin, es kann ja hier auch jeder gerne einen Termin ausmachen oder auch mal wenn's geht am Tag klopfen und seine Sorgen loswerden, ist mir wichtig weil - es hat ja immer einen Grund, warum das irgendwo klemmt oder warum er sich ungerecht behandelt fühlt und das geht in die Arbeit ein, weil wenn ich - wenn keiner drauf reagiert, dann trag' ich das nach außen und dann gibt's mehr Frust als wenn ich das klären könnte. Wir werden nicht alles bis ins Letzte gleich behandeln und gerecht und solches tun, aber wir haben alles, was hier auch mal Veränderungen als solches mit betrifft, die die Mitarbeiter auch erst mal vielleicht nicht nachvollziehen konnte, dass wir das offen kommuniziert haben und uns dem auch gestellt haben. (3, 8-9)*

Die Geschäftsführer von Verband 3 und 7 verweisen im Hinblick auf die aktive Mitsprache auf Voraussetzungen und Einstellungen bei den Beschäftigten: Eine starke Konsumorientierung führe zu privaten Problemen wie z.B. Überschuldung. Hierunter leide auch die Arbeitsfähigkeit, und man müsse sich als Leitung zunächst um deren Wiederherstellung kümmern (Verband 3). Mit dem folgenden Zitat wird die Fähigkeit zur aktiven Mitwirkung der Beschäftigten in Zweifel gezogen:

*I: Und können Sie sich vorstellen, dass Mitarbeiter bei der Entwicklung und Umsetzung von altersgerechten Arbeitsplätzen sich selbst aktiv mit einbringen?*

*B 7: Hm. Nö. Eher... Dort ist eine ausgeprägte Haltung entstanden - im Osten wie im Westen... Im Osten haben wir's ja gelernt, dass der Staat alles macht und letztendlich ist das dann auf den Arbeitgeber verlagert worden, und dass der Mensch selber überhaupt nicht denken muss. Ich geb' mein Problem irgendwo hin und die andern lösen dann die Probleme für mich. Da ist also 'ne ausgesprochene Konsumentenhaltung entstanden und dort gibt's kaum Bewegung, dass jemand sagt: also ich für mich selber muss ... bin eigentlich für mich selber verantwortlich. Das ist sehr schade, aber das ist die gesellschaftliche Entwicklung ringsherum. (7, 158-159)*

Den Studien von Becker/Prümper (2011) und Blättner et al. (2005) zufolge wirkt sich eine systematisch ermöglichte Partizipation der Mitarbeiter/innen stark auf deren Arbeitszufriedenheit aus. Diese Perspektive ist bei den Befragten nicht ersichtlich.

## **5.4 Betriebliche Gesundheitsförderung**

### **5.4.1 „Dieser Blick darauf (...) ist vielleicht seit ein oder zwei Jahren da“ - Umdenken angesichts Fachkräftemangels**

Inwieweit finden sich die drei Säulen der Gesundheitsförderung (s. Kap. 3.1.5) in den befragten Einrichtungen wieder? Die Betriebe verweisen zunächst auf Aktivitäten, die der ersten Säule, dem gesetzlich vorgeschriebenen Arbeits- und Gesundheitsschutz zuzurechnen sind wie Kontrollen von Arbeitsschutzbeauftragten oder Krankenstands- und Fehlzeitenanalysen. Die aktive Gesundheitsförderung (Säule 2) ist in Verband 3 am weitesten entwickelt, während sie von den Verbänden 1, 4 und 5 als Zukunftsthema bezeichnet wird, das man ausbauen wolle und das noch in den Kinderschuhen stecke. Ansatzweise ist sie jedoch in allen Einrichtungen vorhanden, indem die Weiterbildungskurse z.B. Rückenschulen oder Antistress-Management beinhalten.

Die folgenden Zitate belegen, dass der Fachkräftemangel in der Branche die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung forciert:

*B 3: Also, Gesundheitsförderung ist ja vielleicht seit drei oder vier Jahren ein Thema. Bis vor drei, vier Jahren hieß es, naja, was, wo, wozu müssen wir überhaupt was tun, draußen stehn' sie Schlange, die wollen ja Arbeit. Bei den vielen Arbeitslosen.... Und wenn sie, übertrieben, verschlissen sind, dann können se gehn'. Und dann holen wir uns die nächsten. Gut, das ist aber nicht die Philosophie der Wohlfahrtsverbände. Auf jeden Fall nicht meine. (3, 5-6)*

*B 1: Weil bisher war es ja noch nicht so, das Arbeitskräfte in Größenordnungen gefehlt haben. Und wenn jemand aus Krankheitsgründen nicht mehr arbeiten konnte, war genug Ersatz da. Also ich denke dieser Blick darauf, tatsächlich dort was tun zu müssen, ist vielleicht seit ein oder zwei Jahren da. Und ehe es dann ins Laufen kommt und tatsächlich Maßnahmen entwickelt werden, das dauert noch ein Stück. (1, 33-34)*

Einige der befragten Einrichtungen werden bei ihren Bemühungen um die betriebliche Gesundheitsförderung von den Trägerverbänden auf Landesebene unterstützt. Überwiegend ist die Gesundheitsförderung im Aufbau, während sich in Verband 3 schon ein Mitarbeiter

hauptberuflich um das Thema kümmert und systematisch Angebote und Ressourcen der Krankenkasse einbindet.

#### **5.4.2 „In der Eile des Alltags geht's halt schneller“ - Hürden der Umsetzung**

Das Schichtsystem erschwert aus Sicht der Geschäftsführerin des Verbands 5 die Durchführung von Gesundheitskursen, da sich kaum ein gemeinsames Zeitfenster für alle finden lässt. So müssten die Angebote eher verteilt wahrgenommen werden.

Die aktuellen Rahmenbedingungen der Arbeit können die Gesundheitsförderung konterkarieren: Hierzu zählen beispielsweise Veränderungen in der Konstitution der Patient/innen, die tendenziell größer, schwerer und häufig multimorbide erkrankt seien, wodurch sich der Pflegebedarf verändert habe. Der herrschende Zeitdruck wirkt dem Einsatz von Hilfsmitteln wie einem Lift entgegen. So werden arbeitserleichternde Hilfsmittel kaum eingesetzt, da angenommen wird, sonst die Arbeit nicht zeitökonomisch erledigen zu können:

*I: Gibt's verbandsübergreifenden Austausch zur Schaffung von altersgerechten Arbeitsplätzen?*

*B 7: Jaja das gibt's. Es wird versucht. (...) Aber es is halt, wir haben halt bestimmte Bedingungen, an die sind wir gebunden und das Problem is eben, es gibt das Hebelgesetz. Und wenn ich Kraft einsparen will, dann muss ich Zeit einsetzen. Das is so, ne. Also wir haben in jedem Haus einen Lift und alle möglichen Dinge zur Hilfestellung, die den Mitarbeiter entlasten sollen, von schwerer körperlicher Arbeit. Hebelgesetz, Kraft ist Weg mal Zeit, also dauert's länger, das ist das Problem und von daher sind die Mitarbeiter auch angewiesen, diese ganzen Hilfsmittel zu verwenden, aber einfach in der Eile des Alltags geht's halt schneller wenn sie vielleicht sogar zu zweet sind - es kommt ener fass mal mit an. Zack geht das schneller, als wenn ich jetzt den Lift hole, den Bewohner in aller Ruhe hoch. (7, 21-22)*

So werden die angebotenen Möglichkeiten für einen gesundheitschonenden Arbeitsablauf oft nicht genutzt und bleiben „Theorie“ (Tosch et al. 2012: 27). Innere Blockaden und Angst vor Unfällen auf Seiten der Pflegekräfte können die Nutzung der Hilfsmittel erschweren. Im ambulanten Dienst ist die Bereitschaft der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen wichtig, z.B. ein Pflegebett zu benutzen und somit Hebetätigkeiten zu erleichtern. Für ambulant arbeitende Pflegekräfte können schlechte Witterungsverhältnisse (Schneeberge etc.) eine zusätzliche Belastung sein, die zur oft aufreibenden Parkplatzsuche hinzukommt.

Als zentrale ermittelte Tendenz ist festzuhalten, dass die Einrichtungen zunehmend für Belange der Gesundheitsförderung sensibilisiert sind und vom Trägerverband dazu angeregt werden; von einem integrierten Gesundheitsmanagement, das in alle Managementprozesse einfließt (Oppolzer 2009), kann aber noch keine Rede sein.

#### **5.4.3 „Denkt an Euren Wert der Ware Arbeitskraft“ - Beispiel einer betrieblichen Gesundheitsförderung**

Der Geschäftsführer des Verbands 3 beschreibt sein Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung. Er hält es für wirtschaftlich sinnvoll, die Gelder, die für Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall aufzuwenden sind, künftig in die Prävention zu investieren. Die Verantwortungsteilung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sieht er dabei als wesentlich an:

*B 3: Ja gut, Arbeitsschutz-Kommission, regelmäßige Kontrolle, von den Krankenkassen eine Bewertung über den Krankenstand, wir sehen welche Krankheiten tauchen am meisten auf und wie können wir gegen diese Krankheiten etwas tun. Und dann Appell an die Mitarbeiter, ich sag's immer: denkt an euren Wert der Ware Arbeitskraft, wenn*

*der nämlich hin ist, haste auch keine Chance mehr. Da kannst ja machen was de willst, mit Umschulungen und und und. Also du musst auch Geld für deine Gesundheit etwas ausgeben, von dem vielen was de hast, für Urlaub und und und, musste eben en Quäntchen auch für deine Gesundheit ausgeben, und das versuchen wir den Mitarbeitern moralisch beizubringen. Neben dem was der Arbeitgeber - nämlich des was der Arbeitgeber bringt, er bringt dir ja nun nicht die Rundum-Versorgung. Das ist unsere These. Und das, was wir jetzt im Jahr 2012, betriebliches Gesundheitswesen, Gesundheitsförderung als Unternehmensziel gestellt haben, das wollen wir dauerhaft versuchen zu implementieren. Führungskräfte-Weiterbildung, hinsichtlich der Gesundheitsförderung. Ach, und dann Obstkorb hinstellen, dass die Mitarbeiter auch regelmäßig en Apfel essen können und diese Dinge sind für dieses Jahr angedacht. Da haben wir schon heftig diskutiert und das läuft. (3, 16)*

Zur betrieblichen Gesundheitsförderung zählt der Befragte ferner eine kostenlose Getränkeversorgung im Sommer, eine Betriebsvereinbarung zum Thema Mobbing oder „kollektivbildende Maßnahmen“ wie die Unterstützung gemeinschaftlicher Aktivitäten, die Ausrichtung von Festen oder Betriebsausflügen. Schließlich sei die Pausengestaltung wichtig, um Belastungen zu mindern. Hier sucht der Gesprächspartner nach Lösungen, um effektive Ruhezeiten für die Beschäftigten zu schaffen, in denen sie nicht gestört werden.

#### **5.4.4 „Die wollen nur neue Kunden werben“ - Beurteilung der Unterstützung durch Krankenkassen und Berufsgenossenschaft**

Die Unterstützungsstrukturen durch Krankenkassen und die Berufsgenossenschaft werden unterschiedlich bewertet. Während die Gesprächspartnerin des Verbands 1 die Weiterbildungsangebote der Berufsgenossenschaft für hilfreich hält, kritisiert eine andere, dass die Genossenschaft erst bei einem Krankheitsfall aktiv werde. Verband 3 hat mit einem hauptamtlichen Mitarbeiter ausreichend Kapazitäten für Kooperationen mit der Krankenkasse; die Gesprächspartner von Verband 4 und Verband 7 kritisieren hingegen ein mangelndes Engagement der Kassen: Ihre Unterstützung beschränke sich auf ein Mindestangebot und sei zu wenig dienstleistungsorientiert; vorrangig seien sie auf Kundensuche:

*B 7: Die Krankenkassen komm regelmäßig und wollen Kunden werben bei uns, und dann bieten se och mal ne Rückenschule an oder machen mal so einen Kurs über ergonomisches Arbeiten. Aber das ist eher wenig. Vielleicht wenn's da einen Kurs pro Jahr gibt ist das wenig. Also dort ist nur Kundenorientierung. Die wollen nur neue Kunden werben. Das ist alles. Und dann kommse immer an. (7, 136)*

Die Gesprächspartnerinnen des Verbands 4 erwarten von den Krankenkassen eine stärkere Kundenorientierung:

*B 4a: Ich würde mir auch wünschen, dass die Krankenkassen mehr den Schritt auf die Arbeitnehmer zugehen und nicht immer warten, bis man kommt. Man muss immer gezielt seine eigene Krankenkasse anfragen, was habt Ihr denn für Angebote? Die Krankenkassen gehen damit nicht hausieren. Wenn ich was erwarte, dann dass die Krankenkassen einen Schritt auf Arbeitnehmer zukommen, wenn wir von Eingliederungsmanagement, Gesundheitsmanagement sprechen.*

Eine Kollegin der Befragten ergänzt:

*B 4b: Oder auf Arbeitgeber, sodass man vielleicht jährlich informiert wird, das wird jetzt neu ins Programm aufgenommen, wir haben jetzt so und so viel Budget, das würden wir gerne zum Gesundheitsthema bei unseren sozialen Trägern probieren. Das würde uns natürlich enorm viel Arbeit erleichtern, weil so müssen wir immer suchen, suchen, suchen, was ist das Beste, und so könnte man schon eher ein bisschen*

*herauskristallisieren, sagen, das wäre vielleicht ne Möglichkeit, und auch schneller umzusetzen. (4, 665-679)*

## 6. Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Angesichts der demografischen Veränderungen müssen die Betriebe der Untersuchungsregion Ostsachsen ihre Personalentwicklung überprüfen. Dies gilt insbesondere für die Pflegebranche. Untersucht wurde, inwieweit hier Maßnahmen und Strategien bestehen und umgesetzt werden, die ein altersgerechtes Arbeiten ermöglichen. Fokussiert wurden dabei die Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung, die Arbeitsorganisation, die Personalentwicklung und Weiterbildung, die Unternehmenskultur und Partizipation sowie die betriebliche Gesundheitsförderung. Im Folgenden werden die Ergebnisse diskutiert.

### 6.1 Bisher allenfalls Einzelmaßnahmen in den Einrichtungen - regionale Vernetzung könnte integrierte Maßnahmen vorantreiben

Nach Ernst Kistler (2008) sind trotz zahlreicher Forschungs- und Modellprojekte integrierte Maßnahmen für eine altersgerechte Personalentwicklung und Arbeitsgestaltung in deutschen Betrieben noch kaum zu finden. Diese Einschätzung kann bestätigt werden: Je nach Ressourcenausstattung beschäftigen die Einrichtungen spezielle Beauftragte, z.B. für die betriebliche Gesundheitsförderung oder Weiterbildung. Überwiegend decken jedoch die Geschäftsführungen neben dem operativen Alltagsgeschäft auch die strategischen Handlungsfelder, wie z.B. Personalentwicklung, mit ab. Themen wie Gesundheitsförderung und Fachkräftesicherung finden eine verstärkte Aufmerksamkeit und werden auch durch die übergeordneten Träger (Dachverbände) in Form von Informationsveranstaltungen, Leitlinien etc. an die Einrichtungen herangetragen. Die Themen „wachsen“ innerhalb der Einrichtungen, zum Zeitpunkt der Interviews im Frühjahr und Sommer 2012 waren jedoch keine integrierten Strategien erkennbar, die sämtliche betriebliche Handlungsfelder umfassten. Dies ist jedoch auch in anderen Branchen nicht die Regel, vielmehr herrschen Einzelmaßnahmen vor (Kistler 2008).

Ein 2011 gegründetes Geriatrie Netzwerk Ostsachsen, als Modellprojekt initiiert vom Sächsischen Sozialministerium und unterstützt durch die Krankenkassen, könnte hierbei eine zukunftsweisende Funktion haben. Dieses Netzwerk flankiert die Arbeit der Einrichtungen. Ziel ist, die Versorgungssituation älterer Menschen zu optimieren, wobei mehr als 150 Partner (Pflegeeinrichtungen, Hausärzte, Verwaltung, Hochschule, Krankenkassen, Versicherungsträger etc.) einbezogen sind. Das Netzwerk stellt auch eine Plattform für Erfahrungsaustausch und Weiterbildung dar. Insofern sehen wir Anknüpfungspunkte an das Konzept einer „sozialen Gesundheitswirtschaft“ (Hilbert et al. 2011), das die Qualität der Pflege und der Arbeitsbedingungen im Blick hat. Das Konzept sieht die Zukunft der Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und fordert, „segmentierte politische, institutionelle und professionsspezifische Erwartungen, Perspektiven und Entwicklungsszenarien“ zu überwinden und die Nutzerperspektive in den Fokus zu rücken (ebd.: 35). In diesem Sinne könnte das Geriatrie Netzwerk zur Organisationsentwicklung und zum Lernprozess der Einrichtungen beitragen und damit Maßnahmen für ein altersgerechtes Arbeiten befördern. Auch ein langjährig bestehender Arbeitskreis von Pflegeeinrichtungen, in dem übergreifende strukturelle Bedingungen diskutiert werden, stellt hierzu eine Grundlage dar.

Zuvor waren als Ziele für das Handlungsfeld Personalentwicklung alterssensible Weiterbildungsmaßnahmen, die gezielte Förderung von Mitarbeiter/-innen, die Schulung von Alternskompetenz bei Mitarbeiter/-innen und Führungskräften und die Optimierung der Professionalität von Führungskräften (z.B. hinsichtlich Teamentwicklung, Moderation)



genannt worden. Diese könnten mit einem regionalen Ansatz, der auch von Kommunen und Landkreisen unterstützt wird (s. Stiegler im folgenden Abschnitt), von den Trägern systematisch verfolgt werden.

## **6.2 Zwischen „Knochenmühle“ und Akademisierung - neue Perspektiven für Weiterbildung und Laufbahnentwicklung erschließen**

Aktuell überwiegen bei den Weiterbildungsangeboten für die Beschäftigten Aufstiegsqualifizierungen für vorgesehene Führungskräfte sowie fachspezifische oder gesundheitsbezogene Inhalte zur Bewältigung des Arbeitsalltags. Perspektiven auch für „normale“ Pflegekräfte im Sinne persönlicher beruflicher Weiterentwicklung fehlen im Angebot. Oftmals mangelt es an Qualifizierungs- und Laufbahnperspektiven, oder es wird der Qualifizierungsaufwand mit Blick auf Tätigkeitswechsel als sehr hoch beschrieben (Verband 3). Hier sind nicht nur die Einrichtungen gefragt; es geht vielmehr um eine gesellschaftliche Unterstützung und die Weiterentwicklung des Berufsprofils: Komplexe Anforderungen sind hinzugekommen, der Beruf könnte so für neue Personengruppen attraktiv werden (Witte 2012).

Stiegler (2011) macht mit der Vision eines kommunalen Dienstleistungszentrums, in dem auch Pflege organisiert wird, neue Perspektiven deutlich: Ein breit gefächertes Angebot an Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen eröffnet dem Personal „die Möglichkeit zu abwechslungsreicher Tätigkeit, des Wechsels, des Aufstiegs und der Weiterqualifizierung“ (ebd.: 3). In diese Richtung scheint das Angebot des Verbands 5 zur Schulung Angehöriger zu gehen; auch im Geriatrie Netzwerk Ostsachsen weist das Weiterbildungsprogramm ein solches Angebot aus. Erfahrene ältere Pflegekräfte könnten so im Gemeinwesen kompetent tätig sein.

## **6.3 Führungskräfte unterstützen, Partizipation ermöglichen**

Die Schlüsselstellung der Führungskräfte ist in der Studie deutlich geworden (vgl. Giesert: 2009).<sup>16</sup> Deren Kompetenz beeinflusst maßgeblich die Teamkultur und bis zu einem gewissen Grad auch eine verträgliche Arbeitszeitgestaltung. Aufgrund der hohen Verantwortung und großen Belastung, die nicht zuletzt dadurch entsteht, dass Führungskräfte sich in einer „Sandwich-Position“ befinden (Hirschfeld 2010: 21), könnte diese Ebene z.B. durch ein Mentorensystem unterstützt werden, um Arbeitsabläufe und Probleme reflektieren zu können (ebd.: 21). Mit der Rolle der Führungskräfte ist auch das Verhältnis zu den Beschäftigten und deren Mitwirkungsmöglichkeiten angesprochen. Ein Ergebnis der Untersuchung ist, dass die Einrichtungen zwar eine offene Gesprächskultur anstreben, sie von der systematischen Gewährung von Mitsprache und Mitwirkung oder gar Mitbestimmung der Pflegekräfte jedoch weit entfernt sind. Eine verbindliche Partizipationsstruktur, die die Mitgestaltung des Dienstplans durch die Mitarbeiter/innen sicherstellt, ist bisher keine Praxis und auch perspektivisch als Zielvorstellung der Einrichtungen nicht erkennbar. Partizipation in der Pflege müsste über die Dienstplangestaltung hinaus hinsichtlich der unterschiedlichen Bereiche wie der Vorschlagsentwicklung, Entscheidung oder Umsetzung der Arbeitsabläufe, bezogen auf sektorale Ausprägungen und auf Themen, für die sie gelten soll, durchdacht werden.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> „Fehlzeiten in den Unternehmen stehen in einem direkten Zusammenhang mit der betrieblichen Situation, den Bedingungen am Arbeitsplatz und vor allem mit dem Führungsverhalten. Aus Sicht der betrieblichen Gesundheitsförderung stellt die Sensibilisierung der Führungskräfte für die Auswirkungen ihres Verhaltens auf das Befinden, die Motivation, die Leistungsfähigkeit und Gesundheit ihrer Mitarbeiter eine bedeutende Aufgabe dar“ (Gröben o.J.).

<sup>17</sup> Stange, [http://www.kinderpolitik.de/beteiligungsbausteine/pdf/a/Baustein\\_A\\_1\\_1\\_1.pdf](http://www.kinderpolitik.de/beteiligungsbausteine/pdf/a/Baustein_A_1_1_1.pdf)

## 6.4 Bezug zu arbeits- und sozialpolitischen Debatten

Wie sind die Ergebnisse im Hinblick auf die aktuelle Debatte zu alternsgerechter, „guter“ Arbeit zu bewerten? Die Einrichtungen sind Teil eines Systems komplexer Regelwerke gesellschaftlicher „Arbeitsteilung“ zur Sicherung von Pflegedienstleistungen. Jüngster Ausdruck dessen ist das Inkrafttreten des „Pflegeneuausrichtungsgesetzes“. Eine von vielen Akteuren erhoffte Verbesserung der Arbeitsbedingungen wurde hier nur teilweise erreicht (vgl. z.B. DBfK 2012). Solange aber Stellschrauben wie der Personalschlüssel hinter den Erwartungen der Berufsvertreter/innen zurückbleiben, werden die Betriebe nur bedingt verbesserte Arbeitsbedingungen herbeiführen (können). Dass viele Akteure gemeinsam die Situation verbessern müssen, macht das folgende Zitat der Fachbereichsleiterin von Verband 4 deutlich:

*B 4: Das ist die Summe der einzelnen Teile. Dazu gehören alle Akteure, da gehört die Politik dazu, da gehört die Theorie dazu, die Hochschulen, Krankenkassen, Versicherungen. Das kann nicht immer nur arbeitnehmer- arbeitgeberlastig sein. Es gibt immer neue Gesetze, Richtlinien, Verordnungen, Qualitätsvereinbarungen (...), aber wenn man dann sagt, bitteschön, Ihr habt ne hohe Erwartungshaltung (...), bitteschön, liebe Krankenkassen, kriegen wir da auch mehr Personal? Nein. Das ist ein Ungleichgewicht. Ich denke, wenn man Erwartungen hat, muss man auch entsprechend dafür sorgen, dass sich die Rahmenbedingungen verbessern. Das bedeutet, ich muss mir Gedanken machen, in der Politik, wie sind die Berufsbilder zukünftig zu gestalten, und wie ist der Personalschlüssel und dann muss man auch an die Krankenkassen herangehen (...). Die haben ein Plus gemacht, die Gelder sind da, die müssen nur besser verteilt werden. (4, 682-700)*

Abgesehen von Regulierungen im „System Pflege“ lassen sich die Arbeitsbedingungen vor dem Hintergrund allgemeiner Forderungen nach einer nachhaltigen Arbeitspolitik (Lepperhoff 2011: 33), einer Lebenslaufpolitik (Hildebrandt 2007) oder einer gemeinschaftlichen EU-Sozialpolitik sehen (Hartlapp 2008). So fordert z.B. der finnische Arbeitsforscher Ilmarinen, „das Arbeitsleben so zu verbessern, dass wir länger arbeiten können, wollen und dürfen“ (2011). Insbesondere gute Arbeit für Ältere ist nach Meinung des „Netzwerks für eine gerechte Rente“ (Bäcker et al. 2010) in Deutschland eher Mangelware. Hier nachhaltige Perspektiven zu entwickeln und umzusetzen, ist von hoher gesellschaftlicher Dringlichkeit. Dazu gehört auch die technische Unterstützung von Pflegeleistungen, damit sie von Älteren ausgeübt werden können, wie die Gesprächspartnerin des Verbands 1 ausführt:

*B 1: ... ich kann mir vorstellen, dass natürlich auch der Blick jetzt der Jüngeren auf die Älteren und wie kaputt sie eigentlich sind, nicht unbedingt förderlich ist. Ich denk, dass dort unsere Vereine auch in Zukunft mit technischer Ausstattung und was Pflegeunterstützung zumindestens der körperlichen Tätigkeit betrifft, auch aufsatteln müssen, damit auch die Jüngeren sehen, also das ist auch in 'nem bestimmten Alter noch zu bewältigen für mich. (1, 26)*

Wie ein integriertes Konzept der alternsgerechten Arbeitsplatzgestaltung aussehen kann, verdeutlicht der „Demografiepakt für die Zukunft“ der Deutschen Bahn: Der Demografiepakt soll unter Mitwirkung von Betrieb, Leitung und Personal Gestalt gewinnen, das „Miteinander“ (Partizipation) gestärkt werden.<sup>18</sup> Das Unternehmen will die Arbeitszufriedenheit des Personals steigern, indem die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessert werden soll; Personalentwicklung soll an den Berufs- und Lebensphasen der Mitarbeiter orientiert werden, flexible Angebote für die Arbeitszeitgestaltung sollen in den unterschiedlichen Lebensphasen der Ausbildung, Familiengründung etc. geschaffen werden. Kinderbetreuung,

<sup>18</sup> In ähnliche Richtung zielen auch Demografie-Tarifverträge z.B. im produzierenden Gewerbe. Unterstützung für Unternehmen bei der Einführung solcher Tarifverträge bietet z.B. ein bei der IG BCE angesiedeltes Projekt (<http://www.demtv.info>).

Angehörigenpflege, Teilzeitmodelle im Alter, Auszeiten, gleitende Übergänge sind geplant. Die Mitarbeiter/innen sollen „mehr individuelle Freiräume“ erhalten. So soll die persönliche Situation zum Beispiel bei der Erstellung der Schichtpläne berücksichtigt werden. Dem Konzern geht es pragmatisch darum, in großer Zahl fähige Mitarbeiter/innen heranzubilden und zu binden, die den komplexer werdenden Herausforderungen gewachsen sind.<sup>19</sup>

Die berufliche Integration älterer Menschen und die Gestaltung gesunder Arbeitsbedingungen liegen - auch - in der individuellen Verantwortung. Deutlich wurde, wie hoch die betriebliche Verantwortung dafür anzusetzen ist. Darüber hinaus gibt es nationale wie internationale Ebenen der Verantwortung. Nicht zuletzt lokale Konstrukte wie Seniorengenossenschaften mit einem hohen Anteil bürgerschaftlicher Selbstorganisation verweisen auf kommunale und regionale Spielräume (Lang/Wintergerst 2013). Um in dieser Gemengelage handlungsfähig zu werden und zu bleiben, sind die von Kistler angeregten Maßnahmen Erfahrungsaustausch, Kooperation und Dialog nach wie vor hochaktuell (ebd. 2008: 74).

## 7. Schlussfolgerungen

1. Personalentwicklung, Weiterbildung und Gesundheitsförderung sind in einem engen Zusammenhang zu sehen. Insofern ist ein systematisches Gesundheitsmanagement in allen diesen Bereichen anzusiedeln. Ein solch integriertes Management ist erst im Kommen. Zu einer verbindlichen Verankerung und verbandlichen Institutionalisierung von „Alterspolitik“ gehören Weiterbildungsmaßnahmen, mit der Kompetenzen in Altersfragen vermittelt werden. Eine solche „Alterspolitik“ ist in den befragten Pflegeeinrichtungen (noch) kein Thema.
2. Leitungs- und Führungskompetenz ist zentral für eine alternssensible Organisation der Pflege. Führungskompetenz beeinflusst wesentlich die Qualität des Teams ebenso wie die Unternehmenskultur. Ob altersgerechte Maßnahmen solidarisch getragen werden oder dagegen gemobbt wird, ob das Team funktioniert, die Arbeit - Jung und Alt - wertgeschätzt werden, entscheidet sich hier. Dazu gehört Diversitätskompetenz, die Fähigkeit, nicht nur die Gemeinsamkeiten, sondern insbesondere die Unterschiede, die beispielsweise durch das Alter und das Geschlecht der Beschäftigten und der Klient/innen gegeben sind, konstruktiv zu beachten. Die Vermittlung zwischen älteren und jüngeren Beschäftigten gehört in den untersuchten Einrichtungen zum Arbeitsalltag, doch ist Diversitätsmanagement kein explizites Thema.
3. Der Forschungsstand weist einen engen Zusammenhang zwischen systematisch-strukturell geförderter Partizipation und hoher Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit und damit auch Gesundheit nach. Partizipation wird in den Pflegeeinrichtungen allenfalls als Anhörung praktiziert.
4. Körperliche und seelische Belastungen, insbesondere bei der Arbeit mit an Demenz erkrankten Personen, einerseits und andererseits oft schlechte Bezahlung dieser gesellschaftlich notwendigen Arbeit kennzeichnen den Beruf. Die Heraufsetzung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre wird insofern von allen Befragten als für die Masse der Beschäftigten als nicht machbar eingeschätzt. Vielmehr wird darin eine verdeckte Rentenkürzung gesehen, da die körperliche Belastbarkeit mit zunehmendem Alter

---

<sup>19</sup> [http://www.deutschebahn.com/file/3156650/data/fakten\\_jobmaschine.pdf](http://www.deutschebahn.com/file/3156650/data/fakten_jobmaschine.pdf). Wie wichtig die Umsetzung dieses Vorhabens und die Sicherstellung fähigen Nachwuchses ist, zeigt die derzeitige desolante Situation um insbesondere den Mainzer Bahnhof, wo wegen Urlaubs und Krankenstands massenhaft Züge ausfallen (verschiedene Pressemeldungen um den 10.08.2013, vgl. auch mobil karriere Nr. 9.2013: 16 ff., [deutschebahn.com/karriere](http://deutschebahn.com/karriere)).

abnehme. Zudem wird die Arbeit in den letzten Jahren als anstrengender empfunden, da die Patient/innen größer, schwerer und häufig auch multimorbide erkrankt seien.

Die Untersuchungsergebnisse können so interpretiert werden, dass einzelne Maßnahmen keine wesentliche Verbesserung der insgesamt desolaten Bedingungen aller - und insbesondere der älteren - Arbeitnehmer/innen in der Pflege erbringen können. Zu entwickeln ist vielmehr ein integriertes Gesamtkonzept, in dem Diversitäts- und Altersmanagement, Partizipation und eine systematische Gesundheitsförderung, verbandlich eingerichtet werden.

## Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron/Franke, Alexa (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen
- Arbeitskreis Nonprofit-Organisationen (Hg.) (1998): Ende der Besonderheiten oder Besonderheiten ohne Ende? Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt a.M.
- Arbeitskreis Nonprofit-Organisationen (Hg.) (2002): Mission impossible? Strategie im Dritten Sektor. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt a.M.
- Baase, Catherine M. (2007): Chronische Krankheiten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. In: Badura, Bernhard (Hg.): Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. Heidelberg: Springer.
- Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Klose, Joachim / Macco, Katrin (Hg.) (2010): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen. Springer-Verlag, Berlin
- Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Vetter, Christian (Hg.) (2008): Fehlzeiten-Report 2007. Schwerpunkt: Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Springer-Verlag, Berlin / Heidelberg
- Badura, Bernhard (Hg.) (2008): Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer.
- Bäcker, Gerhard/Kistler, Ernst/Stapf, Heinz (2011): Erwerbsminderungsrente. Reformnotwendigkeit und Reformoptionen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik.
- Bäcker, Gerhard/Kistler, Ernst/Stapf, Heinz (2010): Rente mit 67? Zu wenig Arbeitsplätze und zu wenig gute Arbeit für ein Arbeiten bis 67. Vierter Monitoring-Bericht des Netzwerks für eine gerechte Rente. Katholische Arbeitnehmerbewegung Deutschland e.V., Sozialverband Deutschland, Sozialverband VdK Deutschland, Volkssolidarität Bundesverband e.V., Deutscher Gewerkschaftsbund, DPW-Gesamtverband e.V. (Hg.) Berlin
- Becker, Matthias/Prümper, Jochen (2011): Partizipation in der Pflege. Einfluss auf die Dienstplangestaltung als Moderator zwischen wöchentlicher Arbeitszeit und Arbeitsfähigkeit. In: Giesert, Marianne (Hg.): Erfolgreich führen... mit Vielfältigkeit und Partizipation der Beschäftigten! VSA-Verlag, Hamburg
- Blättner, Beate/Michelsen, Kai/Sichting, Juliane / Stegmüller, Klaus (Hg.) (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden

- Bräutigam, Christoph/Dahlbeck, Elke/Enste, Peter/Evans, Michaela/Hilbert, Josef (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Hans-Böckler-Stiftung. Arbeitspapier, 215, Düsseldorf
- Brussig, Martin (2012): Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt. Arbeitslosigkeit und regionale Unterschiede prägen Zugänge in Erwerbsminderungsrenten. Altersübergangs-Report 2012-04, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf/ Forschungsnetzwerk Alterssicherung, Berlin/ Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen
- DGB Index Gute Arbeit (Hg.) (2010): DGB-Index Gute Arbeit 2010 - Der Report. Berlin, [www.dgb-index-gute-arbeit.de](http://www.dgb-index-gute-arbeit.de)
- Deutsche Bahn (Hg.) (2013): mobil karriere Nr. 9.2013
- Doblhofer, Doris/Küng, Zita (2008): Gender Mainstreaming. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Fuchs, T. (2008a): Familienfreundliche Arbeit ist Mangelware in Deutschland. In: Gute Arbeit, Heft 4, S. 11f.
- Giesert, Marianne (Hg.) (2009): Führung und Gesundheit. Gesundheitsgipfel an der Zugspitze. VSA: Hamburg
- Green, Sandy Edward (2004): A rhetorical Theory of Diffusion, in: Academy of Management Review 29 (4/2004), S. 653-669
- Guggemos, P./Huber, A./Kistler, E. (2007): Wohin am Arbeitsmarkt mit der künftig viel größeren Zahl älterer Erwerbspersonen? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Smart Region. Projektergebnisse und Analysen zum altersgerechten Arbeiten in innovativen Regionen, DRV-Schriften Bd. 70, Bad Homburg S. 45 ff.
- Haas, Michael (2012): Direkte Partizipation abhängig Beschäftigter. Konzept, organisatorische Realisierung und die Wirkung auf Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsressourcen. Hg. v. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin (Discussion Paper SP I 2012-302).
- Hilbert, Josef / Mickley, Birgit / Evans, Michaela (2011): Soziale Gesundheitswirtschaft – mehr Gesundheit, gute Arbeit und qualitatives Wachstum. WISO-Diskurs, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Hildebrandt, Eckart/Wotschack, Philip/Kirschbaum, Almut (2009): Zeit auf der hohen Kante: Langzeitkonten in der betrieblichen Praxis und Lebensgestaltung von Beschäftigten, edition sigma, Berlin
- Hildebrandt, Eckart (Hg.) (2007): Lebenslaufpolitik im Betrieb. Optionen zur Gestaltung der Lebensarbeitszeit durch Langzeitkonten, edition sigma, Berlin
- Hirschfeld, Karin (2010): Von der Work-Life-Balance zum Work-Life-Management. UNI Europa P&MS-KOnferenz 2010, Konferenzbericht, Berlin.
- Hubert, Tobias/Wolf, Christof (2007): Determinanten und Einkommenseffekte beruflicher Weiterbildung. Eine Analyse mit Daten des Mikrozensus 1993, 1998 und 2003. RatSWD Working Paper No. 9.
- Ilmarinen, Juhani (2006): Towards a longer worklife! – Ageing and the quality of worklife in the European Union, Helsinki.
- Ilmarinen, Juhani/Tempel, J. (2007): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg.
- Klute, Jürgen/Schlender, Herbert/Sinagowitz, Sabine (Hg.) (2004): Gute Arbeit / Good Work. Lit Verlag, Münster

- Kistler, Ernst (2008): „Alternsgerechte Erwerbsarbeit“. Ein Überblick über den Stand von Wissenschaft und Praxis. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Krämer, Katrin (2002): Lebensarbeitszeitgestaltung zur Vereinbarkeit von Alter und Erwerbsarbeit am Beispiel der Altenpflege, Weißensee-Verlag, Berlin
- Lohmann, Andrea/Prümper, Jochen (2006): Fragebogen zur direkten Partizipation im Büro (FdP-B) – Ergebnisse zur Reliabilität und Validität. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 3, 119-134.
- Matthäi, Ingrid/Lohmann-Haisla, Andrea/Morschhäuser, Martina (2009): Länger arbeiten in gesunden Organisationen. 1. Aufl. Dortmund: Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) Geschäftsstelle c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Morschhäuser, Martina (2007): Beschäftigungsfähigkeit erhalten! Strategien und Instrumente für ein langes gesundes Arbeitsleben. Unter Mitarbeit von Reinhold Sochert. Hg. v. BKK Bundesverband / ENWHP-Geschäftsstelle. Essen.
- Moser, Heinz (2008): Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung. Verlag Pestalozzianum / Lambertus-Verlag: Zürich
- Olk, Thomas/ Rauschenbach, Thomas/Sachße, Christoph (Hg.) (1995): Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Jugend- und Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Suhrkamp: Frankfurt a.M.
- Oppolzer, Alfred (2006): Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit. Hamburg: VSA-Verlag.
- Projektbeirat der Modellprojekte „Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog (PaPsD) und „Arbeitsbewältigungs-Coaching in der ambulanten Pflege (PIZA II)“ sowie Arbeit und Zukunft e.V. und arbeitsleben KG (2008): Alternsgerechte Arbeit in der Pflege. Bestandsaufnahme und Ausblick. Hg. v. Soziales Gesundheit Familie und Frauen Rheinland-Pfalz Ministerium für Arbeit. Mainz.
- Rudow, Bernd/Neubauer, Werner/Krüger, Wilfried/Bürmann, Christian/Paeth, Leopold (2007): Die betriebliche Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter - Ein Arbeits- und Personalprojekt aus der Automobilindustrie. (German). The integration in the workplace of employees with changing capabilities and productivity levels - A labour and human resources project in the automotive industry. (English). In: *Arbeit* (2), S. 118-131. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=26394679&site=ehost-live>.
- SÖSTRA Sozialökonomische Strukturanalysen GmbH Berlin (2012): IAB Betriebspanel, Länderbericht Sachsen. Ergebnisse der sechzehnten Welle 2011. Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr (Hg.). Dresden
- Stange, Waldemar (o.J.). Was ist Partizipation? [http://www.kinderpolitik.de/beteiligungsbausteine/pdf/a/Baustein\\_A\\_1\\_1.pdf](http://www.kinderpolitik.de/beteiligungsbausteine/pdf/a/Baustein_A_1_1.pdf)
- Stiegler, Barbara (2011): Gute Pflege – gute Arbeit. Das kommunale Dienstleistungszentrum für Bürgerinnen und Bürger. WISO direkt – Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Friedrich-Ebert-Stiftung, September 2011, Bonn
- Tosch, Christian et al. (2012): Alternsgerechte Arbeitsplätze. Belegarbeit im Rahmen des Forschungsseminars Sozialarbeitsforschung, Fakultät Sozialwissenschaften der Hochschule Zittau/Görlitz. Görlitz
- Wilkens, Uta/Lang, Rainhard et al. (2003): Institutionensoziologische Ansätze. In: Weik, E.; Lang, R. (Hg.). *Moderne Organisationstheorien 2*, Wiesbaden: Gabler, 189-241
- Witte, Felicitas (2012): Station mit Studium, Sonderseite der Süddeutschen Zeitung, 10./11. November 2012, V2/12

## Internet

- DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2012): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung.  
[http://www.dbfk.de/download/download/DBfK\\_Stena-PNG\\_2012-02-10.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/DBfK_Stena-PNG_2012-02-10.pdf)
- Fischer, Gabriele et al. (2008): Das IAB-Betriebspanel – von der Stichprobe über die Erhebung bis zur Hochrechnung. FDZ-Methodenreport – Methodische Aspekte zu Arbeitsmarktdaten, 01/2008 (DE), [http://doku.iab.de/fdz/reporte/2008/MR\\_01-08.pdf](http://doku.iab.de/fdz/reporte/2008/MR_01-08.pdf)
- Gröben, Ferdinand (o.J.): Rückkehrgespräche – kritische Anmerkungen. Informationsdienst des hessischen RKW-Arbeitskreises „Gesundheit im Betrieb“, <http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/j/hen/>, geladen am 15.03.2013
- Ilmarinen, Juhani (2011): [http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Gute-Praxis/Vortrag-von-Juhani-Ilmarinen-zum-Haus-der-Arbeitsfaehigkeit.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Gute-Praxis/Vortrag-von-Juhani-Ilmarinen-zum-Haus-der-Arbeitsfaehigkeit.pdf?__blob=publicationFile)
- Putzing, Monika (2007): Alters- und altersgerechtes Arbeiten – Thema und Aktionsfeld für Klein- und Kleinstbetriebe? In: Stecker, Christina (2007): Smart region. Projektergebnisse und Analysen zum altersgerechten Arbeiten in innovativen Regionen. Sonderausg. der DRV. Bad Homburg: WDV, Gesellschaft f. Medien und Kommunikation, S. 187-198.  
[http://www.smartregion.eu/pdf/band\\_70\\_teil\\_i.pdf](http://www.smartregion.eu/pdf/band_70_teil_i.pdf)
- Tullius, Knut (2011): Bericht der wissenschaftlichen Evaluation im Projekt „Älter werdende Belegschaften – altersgerechtes Arbeiten und Lernen in Hessen“ an das Hessische Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung, Göttingen. [http://www.dgb-bildungswerk-hessen-demographie.de/upload/dokumente/Evaluationsbericht\\_SOFI\\_2011\\_final-1.pdf](http://www.dgb-bildungswerk-hessen-demographie.de/upload/dokumente/Evaluationsbericht_SOFI_2011_final-1.pdf)
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)
- Wetzstein, Annetrin (2007): Betriebliche Veränderungsprozesse zur Optimierung von Arbeitsprozessen partizipativ gestalten. (German). In: Sozialwissenschaften & Berufspraxis 30 (1), S. 117–126. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=31784156&site=ehost-live>.
- Wittig, Peter/Nöllenheidt, Christoph/Brenscheidt, Simone (2013): Grundausswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 - Männer/Frauen in Vollzeit. mit den Schwerpunkten Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden, 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. 61 Seiten, PDF-Datei, <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd73.html>

## Anlagen

- Anlage 1: Tabelle 1: Strukturdaten der Einrichtungen
- Anlage 2: Leitfaden Befragung Sondierungsgespräche
- Anlage 3: Leitfaden Befragung Einrichtungen

Anlage 1: Tabelle 1, Strukturdaten der befragten Einrichtungen/Verbände

Einrichtung/Verband	Entstehung der Organisation	Reichweite, Einzugsgebiet	Struktur	Geschäftsfelder	Anzahl Mitarbeiter/innen	Umfang Arbeitszeit Pflegekräfte
1	1990 Gründung mit 23 Vereinen	Landesverband, Regionalstelle Ostsachsen	Dachverband	rd. 500 Mitgliedsorganisationen im Sozial- und Bildungsbereich (sachsenweit)	k.A.	k.A.
2	1990	Diözesangeschäftsstelle Görlitz	Verein mit übergeordneter Dachstruktur	ambulante Pflege, Fahrdienste, hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Tagespflege, Hospiz, Katastrophenschutz	rd. 60 Festangestellt, rd. 60 geringfügig Beschäftigte	überwiegend Teilzeit, Bereichsleiter Vollzeit
3	1990 als Mitgliedsverband	Regionalverband	spätere Ausgründungen von Geschäftsbereichen neben nicht-erwerbsorientierter Vereinsstruktur	Jugendarbeit, Betreuungs- und soziale Dienste (stationär und ambulant), Rettungsdienst, Kindertageseinrichtungen	insg. 450	überwiegend Teilzeit
4	Ursprünge im 19. Jhd., 1990er Jahre Übernahme ehemals kommunaler Pflegeeinrichtungen	regional	Kirchliche Stiftung bürgerlichen Rechts, Einrichtungsverbund	ambulante und stationäre Alten-, Behinderten-, Kinder- und Jugendhilfe	insg. 500	überwiegend Teilzeit in Altenhilfe, Vollzeit in Wohngruppen für Menschen mit Behinderung
5	1990 als Mitgliedsverband	Kreisverband	spätere Ausgründung von Geschäftsbereichen neben nicht-erwerbsorientierter Vereinsstruktur	Betreutes Wohnen, Kindertageseinrichtung	ca. 100	überwiegend (90%) Teilzeit
6	1991 als Mitgliedsverband	Regionalverband	spätere Ausgründungen von Geschäftsbereichen, mehrere Fusionen auf regionaler Ebene	Altenhilfe, Hilfen für Menschen mit Behinderung, Kinder- und Jugendeinrichtungen, soziale Dienste (Wohnstätten für Obdachlose), Barrierefreies Wohnen	insg. 550	überwiegend Teilzeit
7	1991	Kreisverband	2001 Zusammenschluss zweier regionaler Einzugsgebiete; Ausgründungen von Geschäftsbereichen neben nicht-erwerbsorientierter Vereinsstruktur	Pflege, Kinder und Jugendliche, Beratungsdienste, Wohnangebote und Förderschulen für Menschen mit Behinderung, weitere Bildungseinrichtungen	rd. 400	überwiegend Teilzeit



### **Leitfaden für Sondierungsgespräche im Vorfeld der Betriebsbefragungen**

Im Zuge des demografischen Wandels müssen sich Betriebe auf älter werdende Belegschaften einstellen. Dies ist eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Personalentwicklung, der Arbeitsorganisation etc. Bezogen auf die Region Ostsachsen bitten wir Sie, die folgenden Aspekte aus Ihrer Sicht einzuschätzen.

**Ziel ist, die bevorstehende Befragung so gut wie möglich an Bedarfe in der Region anzupassen - im Sinne von: In welchen Bereichen sollte man genauer hinschauen, wo halten Sie nähere Informationen für besonders wichtig?**

1. Sehen Sie besondere **Probleme** oder **Handlungsdruck** in bestimmten Branchen? Wenn ja, in welchen?
2. Welche Rolle spielt die **Betriebsgröße**? Sollte sich die Befragung auf bestimmte Betriebsgrößen konzentrieren?
3. Kennen Sie in der Region praktische **Modellprojekte** oder **Initiativen**, in denen diese Thematik bereits aufgegriffen wurde? Könnten Sie dazu Ansprechpartner benennen?
4. Sind Ihnen **Forschungsprojekte** (Befragungen etc.) zu dem Thema in der Region bekannt?
5. Welche **ExpertInnen** in der Region sollten wir zur Vorbereitung der Befragung noch ansprechen?
6. Existieren außer dem Fachkräftenetz Oberlausitz noch weitere **Netzwerke** in der Region zu dem Thema?
7. Können Sie uns **Zugänge** nennen, wo wir eine **Übersicht** über **Firmen** in der Region erhalten (**Betriebsverzeichnisse**, Branchenübersichten etc.)?
8. Mit Blick auf ein späteres "**Umsetzungsprojekt**" (Wirtschaft und Hochschule): Können Sie uns hierzu schon **Anregungen** geben? Was sollte darin beachtet werden? Welches praktische **Vorgehen** halten Sie für sinnvoll? Welche **Konstellationen**? Könnten Sie uns darin konkret **unterstützen** und wenn ja, wie?
9. Worin sehen Sie v. a. das **Potenzial** Älterer?

*Vielen Dank für Ihre Einschätzungen und Mitwirkung.*

## **Leitfaden ExpertInnen / Betriebe**

### **1. Allgemeine Informationen / Kurzfragebogen**

- a) Branche
- b) Alter / Entwicklung des Betriebs
- c) Betriebsgröße / Anzahl der Mitarbeiter/innen
- d) Altersstruktur der Mitarbeiter/innen / Geschlecht / Ausbildung / Tätigkeiten
- e) Ansprechpartner/in für Personalentwicklung

### **2. Arbeitszeiten und Arbeitsorganisation**

- a) Bestehen in Ihrer Firma Möglichkeiten der **flexiblen Arbeitszeitgestaltung**?
- b) Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?
- c) Wenn nein, warum gibt es keine Angebote?
- d) Wie schätzen Sie bezogen auf Ihren Betrieb die Möglichkeiten ein, **Familie und Beruf / Pflege und Beruf zu vereinbaren**?
- e) Sehen Sie hinsichtlich der Vereinbarkeit Unterschiede zwischen **Männern und Frauen**?
- f) Gibt es in Ihrem Betrieb Möglichkeiten, um **schrittweise** aus dem Arbeitsleben **auszusteigen** (Altersteilzeit, Lebensarbeitszeitmodelle etc.)?
- g) Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Wie wird das **Angebot** von den Mitarbeiter/innen **angenommen**?
- h) Sehen Sie diesbezüglich Unterschiede zwischen **Männern und Frauen**?
- i) Wenn nein, warum bestehen keine Angebote des gleitenden Ausstiegs? Können Sie uns bitte die **Gründe** nennen (finanziell, bürokratischer Aufwand, ...)?

### **3. Personalentwicklung**

- a) Ist eine **Beschäftigung bis 67** in Ihrem Unternehmen möglich?
- b) In welchen Bereichen?
- c) Besteht die Möglichkeit zum **Wechsel in andere Tätigkeitsbereiche**?
- d) Welche Erfahrungen hat Ihr Betrieb mit Tätigkeitswechseln gemacht?
- e) Welche Rolle spielt das **Alter von Bewerber/innen** in Ihrer Einstellungspraxis?
- f) Existieren in Ihrem Betrieb **altersgemischte Teams**?
- g) Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

- h) Wenn nein, warum gibt es keine gemischten Teams?
- i) Existieren in Ihrem Betrieb Modelle, um **ehemalige Mitarbeiter/innen** (im Ruhestand) weiterhin zu **binden** (Honorarverträge, Senior Expert/innen etc.)?
- j) Nutzen Sie **Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik**, z.B. bei der Einstellung Erwerbsloser?

#### 4. Gesundheitsförderung im Betrieb

- a) Praktiziert Ihre Firma **Maßnahmen zur Gesundheitsförderung**?
- b) Wenn ja, welche?
- c) Gibt es hierzu **vertragliche Vereinbarungen** oder/und werden diese in der **Firmenphilosophie** untermauert?
- d) Haben MitarbeiterInnen die Möglichkeit betrieblich geförderte **Gesundheitskurse** in Anspruch zu nehmen?
- e) Wie werden die **Angebote** zur Gesundheitsförderung von den Mitarbeiter/innen **angenommen**? Welche Angebote laufen gut, welche weniger gut?
- f) Erkennen Sie **geschlechtsbezogene Unterschiede**?
- g) Sind Ihnen **Unterstützungsmöglichkeiten** bei der Umsetzung der **Gesundheitsförderung** im Betrieb bekannt (Krankenkassen, Rentenversicherung etc.)?
- h) Nutzen Sie diese Unterstützungsmöglichkeiten?
- i) Wenn nein, warum nicht?

#### 5. Weiterbildung

- a) Welche Rolle spielt die **Weiterbildung** der Mitarbeiter/innen in Ihrem Betrieb? Die interne? Die externe?
- b) Werden **Fortbildungsmaßnahmen** angeboten? Wenn ja, welche? (Inhalte)
- c) Welche **Ziele** verbinden Sie mit den Weiterbildungsmaßnahmen? (betrieblicher Nutzen?)
- d) Sind die Weiterbildungen **freiwillig** und/oder **verpflichtend**?
- e) Gibt es eine **Auswahl nach Tätigkeitsbereich, Qualifikation, Alter**?
- f) (Fördern Sie **bestimmte Mitarbeitergruppen** besonders? Aus welchem Grund?)
- g) **Wie** werden die Weiterbildungsmaßnahmen **in Anspruch genommen**? (im Arbeitsprozess/in der Freizeit, nach Geschlecht)
- h) Werden die Maßnahmen **betrieblich gefördert**? Beteiligen sich die MitarbeiterInnen an den Kosten?
- i) Nutzen Sie **staatlich geförderte Programme**?
- j) Wie schätzen Sie die zukünftige Rolle der Weiterbildung in Ihrem Betrieb ein?
- k) Welche strategischen Ziele wollen Sie zukünftig damit umsetzen? (**Trends** und Erwartungen: Lässt sich eine steigende oder fallende Tendenz bei der Weiterbildung in Ihrer Einrichtung / Organisation feststellen?)
- l) Welche **Ursachen** sehen Sie für diese Entwicklung?

## 6. Unternehmenskultur

- a) Wie schätzen Sie das **Arbeitsklima** insgesamt ein?
- b) Welche „Maßnahmen“ werden unternommen für ein gutes Betriebsklima? (gemeinsame Aktivitäten, Veranstaltungen, Einbeziehung Familie...)
- c) Werden die **sozialen Verhältnisse der Mitarbeiter** bei der Gestaltung der Einsatzpläne berücksichtigt?
- d) Gibt es **Mitsprachemöglichkeiten** der MitarbeiterInnen hinsichtlich der Arbeitsaufgaben, -mittel, -organisation und Organisationsentwicklung?
- e) Können Sie sich vorstellen, dass die **MitarbeiterInnen** bei der Entwicklung und Umsetzung von **Maßnahmen für eine altersgerechte Arbeitsgestaltung aktiv beteiligt** werden?
- f) Wie schätzen Sie das **Image** Ihres Unternehmens in der Öffentlichkeit ein?
- g) Was unternehmen Sie, um es für die Anwerbung neuer MitarbeiterInnen attraktiv zu machen?

## 7. Sonstiges

- a) In Modellprojekten ist viel Material zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze erarbeitet worden. Dieses steht im Internet bereit - sind Ihnen solche **Materialien** (Handreichungen, Leitfäden, Checklisten) **bekannt**?
- b) Wenn ja, können Sie sich vorstellen, diese zu nutzen/ auf Ihren Betrieb zu übertragen?
- c) Wenn nein, warum nicht? Was müsste gegeben sein?
- d) Welche Formen der **Unterstützung** bräuchten Sie bei der Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze?
- e) Wie schätzen Sie die Perspektiven Ihres Betriebs in den nächsten 10, 15 Jahren? (Marktentwicklung, Nachfolgeregelung etc.)
- f) Sind Ihnen zum Thema altersgerechte Arbeitsplätze **gute Beispiele** aus anderen Unternehmen bekannt?
- g) Haben Sie weitere Fragen oder möchten Sie noch etwas ergänzen?

*Vielen Dank für das Gespräch und Ihre Mitwirkung.*