

„Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Fluktuation von Personen in Berufen, die dementiell erkrankte Menschen begleiten?“

ARGE Bildungsmanagement Wien

Friedstraße 23

1210 Wien

Barbara Kleissl

Masterlehrgang „Master of Business Administration“

ARGE Bildungsmanagement Wien

2010

Betreuer: Dr. Alexander Neumann

Begutachter: Univ. Prof. Mag. Dr. Gerhard Benetka

Defreggerstr. 14

6020 Innsbruck

Es ist erstaunlich, wie Dinge, die unlösbar erscheinen, lösbar werden, wenn jemand zuhört; wie sich Verwirrungen, die unentwirrbar erscheinen, in relativ glatt fließende Ströme verwandeln, wenn man gehört wird.

Carl Ransom Rogers (amerikanischer Psychologe und Psychotherapeut, 1902 – 1987)

Kurzfassung

Das Thema „Demenz“ und die damit in Verbindung stehende zwingende gesellschaftliche Auseinandersetzung werden mehr denn je an Bedeutsamkeit gewinnen. In der hier vorliegenden Master Thesis wird der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren einen Einfluss auf die Fluktuation von Personen in Berufen, die dementiell erkrankte Menschen begleiten, haben.

Zwölf langfristig im Demenzbereich tätige Personen unterschiedlichster Profession, die in der Beratung, in der ambulanten Betreuung, in der Tagesbetreuung oder in der stationären Langzeitbetreuung beschäftigt sind, werden mit Hilfe eines semistrukturierten Interviewleitfadens zu diesen Faktoren befragt.

Die Forschungsarbeit gibt einen Überblick der fluktuationsbeeinflussenden Faktoren in drei verschiedenen Bereichen der Dementenbegleitung – personenspezifisch, organisationspezifisch, gesellschaftspolitisch. Zusammenfassend wird die Verbindung zwischen den Ergebnissen der empirischen Arbeit und des derzeitigen Wissensstandes hinsichtlich dieses Themas hergestellt. Daraus werden Schlüsse gezogen werden für notwendige zukunftsrelevante Auseinandersetzungen bezüglich Humankapital in demenzspezifischen Unternehmen, innerbetrieblicher und organisationsübergreifender Strukturen und gesellschaftspolitisch notwendiger Änderung der Denkrichtung im Demenzbereich.

Abstract

The field of „dementia” and its debate within society is getting more and more important. The present Master thesis examines the factors that influence the fluctuation of employees in the field of dementia assistance.

Twelve people active in different areas such as consultation, ambulant assistance, day care or stationary long term care were surveyed about these factors on the basis of a semi structured interview guideline.

The present research gives an overview of factors that limit the fluctuation in the different sectors of dementia assistance – from a personal, organisational and sociopolitical point of view. As a summery, the connection between the results of the empirical research and the current state of the art is established. That enables the drawing of conclusions relevant for a future discussion of dementia regarding the human capital in appropriate facilities, the structures within and between such organisations as well as the sociopolitically required changes within the way of thinking.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	6
1.1	VORWORT	6
1.2	BEGRIFFSERKLÄRUNG	7
1.2.1	<i>Demenz</i>	7
1.2.2	<i>Demenzberatung</i>	8
1.2.3	<i>Tagesbetreuung</i>	8
1.2.4	<i>ambulante Begleitung</i>	8
1.2.5	<i>stationäre Langzeitbetreuung</i>	9
1.2.6	<i>Fluktuation</i>	9
1.3	PROBLEMSTELLUNG	10
1.4	ZIELSETZUNG DER ARBEIT	10
1.5	ÜBERSICHT ARBEITSABLAUF	11
2	STAND DES WISSENS UND FAZIT AUS DER LITERATUR.....	12
2.1	„VERWIRRTHEIT, CHRONISCH“ - WARUM WIRD GEGENWÄRTIG DIESER PFLEGEDIAGNOSE SO VIEL PLATZ EINGERÄUMT?	12
2.2	„FLUCHT AUS DER PFLEGE“ – WARUM KOMMT ES ZUR ABWANDERUNG VON BETREUUNGSPERSONEN AUS DER BEGLEITUNG DEMENTIELL ERKRANKTER MENSCHEN?	13
2.3	„EGOISMUS ODER ALTRUISMUS?“ – WARUM ENTSCHEIDEN SICH PERSONEN, EINE PFLEGEAUSBILDUNG ZU ABSOLVIEREN?.....	15
2.4	„THEORIE UND PRAXIS“ – EINE KURZDARSTELLUNG	16
2.5	„INTEGRATION DER BERUFSTÄTIGKEIT“ – WIE GELINGT ES, JOB UND PRIVATLEBEN ZUFRIEDENSTELLEND ZUSAMMENZUFÜHREN?.....	16
2.6	WELCHE SCHLÜSSELQUALIFIKATIONEN BRAUCHEN MITARBEITER_INNEN IM UMGANG MIT DEMENTIELL ERKRANKTEN MENSCHEN?.....	18
2.6.1	<i>„Ich kann sie nicht verstehen!“ – Kommunikationsmuster</i>	18
2.6.2	<i>„Ich habe jetzt keine Zeit!“ – Zeitmanagement</i>	21
2.6.3	<i>„...da kenne ich mich gut aus“ – Selbstwert</i>	21
2.6.4	<i>„Wir sind gut“ – Selbstwirksamkeitsüberzeugung</i>	22
2.6.5	<i>„Man verbessert jeden Tag etwas!“ – Fehlerkultur</i>	23
2.6.6	<i>„Es geht um die Tiefe der Beziehung“ – Bindungsverhalten</i>	25
2.6.7	<i>„Die Begeisterung ist auf mich übergeschwappt!“ – Eigenmotivation</i>	26
2.6.8	<i>„Man kriegt sehr viel Leid mit!“ – Psychohygienische Maßnahmen</i>	27
2.7	WELCHE UNTERNEHMENSSPEZIFISCHE FAKTOREN SIND ENTSCHEIDEND IM UMGANG MIT DEMENTIELL ERKRANKTEN MENSCHEN?.....	31
2.7.1	<i>„...ein berufliches Umfeld, wo ich mich verwirklichen kann“ – externe Motivierung</i>	31
2.7.2	<i>„Dinge müssen gemeinsam entstehen“ – Führen von multiprofessionellen Teams</i>	32
2.7.3	<i>„...man baut eine Beziehung auf“ – Pflege- (organisations) - modelle</i>	32
2.7.4	<i>„Ich habe ein weit gefächertes Tätigkeitsfeld“ – Aufgabenprofile verschiedener Berufsgruppen</i>	37
2.7.5	<i>„Man lernt sehr viel!“ – Fachliche und persönliche Entwicklung</i>	39
2.7.6	<i>„...ein gut zusammengespieltes Team aus verschiedenen Berufsgruppen“ – Netzwerkarbeit</i>	40
3	FORSCHUNGSFRAGE	42
4	SYSTEMABGRENZUNG	42

4.1 SACHLICH.....	42
4.2 RÄUMLICH	43
4.3 ZEITLICH	43
5 AUSWAHL DER INTERVIEWPARTNER_INNEN UND FESTLEGUNG DER UNTERSUCHUNGSMETHODE.....	44
5.1 AUSWAHL DER INTERVIEWPARTNER_INNEN	44
5.2 ART DER BEFRAGUNG	44
5.2.1 <i>Erstellung des Interviewleitfadens</i>	45
5.2.2 <i>Pretest</i>	45
5.3 BEFRAGUNGSABLAUF	47
5.4 DATENAUFBEREITUNG	48
5.4.1 <i>Transkription</i>	48
5.4.2 <i>Die qualitative Inhaltsanalyse</i>	48
6 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG.....	51
6.1 AUSWERTUNG DER DEMOGRAFISCHEN BEFRAGUNGSERGEBNISSE	51
6.2 AUSWERTUNG DER FLUKTUATIONSBEEINFLUSSENDEN FAKTOREN BEI PERSONEN IN DER BETREUUNG DEMENTIELL ERKRANKTER MENSCHEN	59
7 INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....	63
8 SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	83
9 LITERATURVERZEICHNIS	86
9.1 BÜCHER	86
9.2 BEITRÄGE AUS DEM INTERNET	91
10 TABELLENVERZEICHNIS	93
11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	94
12 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	95
13 GLOSSAR.....	96
14 ANHANG	98
EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	99

1 Einleitung

1.1 Vorwort

Die Begleitung von dementiell erkrankten Menschen stellt ein weites Themenfeld und eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar.

Im Rahmen meiner langjährigen und breitgefächerten Tätigkeit in diesem Bereich kommt es laufend zu Auseinandersetzungen bezüglich der geforderten Geldmittel von öffentlicher Hand bei immer knapper werdenden Gesamtbudgets. Andererseits stellt sich mir die Frage, wie demenzspezifische Strukturen inhaltliche Änderungen vornehmen können bei bestehenden finanziellen Ressourcen.

Diese Grundlagen dienen der Auseinandersetzung hinsichtlich der hier vorliegenden Forschungsfrage. Durch die gewonnenen Erkenntnisse können gesellschaftliche, personen- und strukturbezogene Entwicklungen initiiert werden.

Mein Dank gilt

Jenny Spiegel und meinen Familienmitgliedern und Freund_innen, die mich wohlwollend unterstützt haben.

den zwölf Interviewpartner_innen, die sich mit mir bezüglich dieses Themas auseinandersetzten.

Erika Gombocz für ihre zahlreichen Korrekturen

1.2 Begriffserklärung

Folgende Begriffe stellen das Zentrum der vorliegenden Arbeit dar und werden wie folgt erklärt und in diesem Sinn verwendet.

1.2.1 Demenz

Bereits 25 v. Chr. wurde der lateinische Begriff „demens“ geprägt, wörtlich übersetzt bedeutet dies „des Verstandes beraubt sein“ (vgl. Kastner, Löbach, 2007).

Bei den Demenzen handelt es sich um organische psychische Störungen, die mit dem Verlust intellektueller Fähigkeiten von einem solchen Ausmaß einhergehen, dass die soziale und berufliche Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt ist. Das Defizit betrifft Gedächtnis, Orientierung, Urteilsfähigkeit, abstraktes Denken und eine Reihe höherer kortikaler Funktionen. Neben einem kognitiven Leistungsdefizit treten auch affektive und produktive Symptome auf (Jestl et al, 1999, S. 68).

Lind beschreibt sehr prägnant die zwei Demenztypen, einerseits die primäre Demenz und andererseits die sekundäre Demenz.

Bei den primären Demenzen ist die Krankheitsursache im Gehirn lokalisiert, diese Form der Demenz ist nicht heilbar.

Die sekundären Demenzen sind eine Folgeerscheinung auf Erkrankungen anderer Organe und führen zu einer Mangelversorgung des Gehirns. Die adäquate Therapie der Grunderkrankung kann die dementielle Symptomatik schmälern (vgl. Lind, 2003, S. 33).

1.2.2 Demenzberatung

Die Mitarbeiter_innen der Demenzberatung informieren, bieten interdisziplinäre Beratung und vermitteln bedürfnisgerechte Hilfe im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen (vgl. URL: <http://www.caritas-tirol.at/hilfe-einrichtungen/senioren/demenzservice-zentrum-tirol/demenzberatung/>).

Mit Hilfe von telefonischer Beratung, Einzelberatungen und diversen Informationsveranstaltungen erhalten Menschen im sozialen Umfeld Kenntnisse über die Krankheit Demenz.

Damit in Verbindung steht die Stärkung und Kompetenzerweiterung im Umgang mit dieser Personengruppe (vgl. URL: <http://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-einrichtungen/betreuen-und-pflegen/weitere-angebote-fuer-zu-hause/demenzberatung/>).

1.2.3 Tagesbetreuung

Dementiell erkrankte Menschen, die ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen können, jedoch in ihrer Wohnung bleiben möchten, haben mit Hilfe dieser Betreuungsform die Möglichkeit, den Einzug in ein Seniorenheim zeitlich etwas hinauszuschieben (vgl. Kastner, 2007, S. 167). Vordergründig steht hier bei dementiell erkrankten Menschen der soziale Kontakt (vgl. Kastner, 2007, S. 168).

1.2.4 ambulante Begleitung

Auch mit kognitiven Erkrankungen möchten Menschen zuhause alt werden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006, S. 9). Dementiell erkrankte Personen können im individuellen privaten Wohnbereich durch spezialisierte Mitarbeiter_innen einer Organisation Begleitung finden (vgl. Demenzhandbuch, 2008, S. 17).

Verschiedenste Faktoren beeinflussen die Möglichkeiten der Betreuung dementiell erkrankter Menschen in ihrer gewohnten Umgebung, beispielsweise sollen hier die räumlichen, personellen und familiären Gegebenheiten die die Finanzierbarkeit dieser Betreuung angeführt werden (vgl. ebd.). Weiters sind die knappen zeitlichen Ressourcen aufgrund der relativ hohen Selbstkosten erwähnenswert (vgl. Kastner, 2007, S. 167).

1.2.5 stationäre Langzeitbetreuung

Alten- und Pflegeheime sind stationäre Langzeitbetreuungseinrichtungen für Menschen, die aufgrund diverser altersbedingter Lebenseinschränkungen beeinträchtigt sind.

Dort erhalten diese Personen Unterkunft, Verpflegung und die individuelle Pflege und psychosoziale Betreuung (vgl. Hammer, 2009, S. 21).

1.2.6 Fluktuation

Laut dem Langenscheidt Fremdwörterbuch wird unter Fluktuation der *„Wechsel in der Belegschaft“* (URL: <http://services.langenscheidt.de/fremdwb/fremdwb.html>) verstanden. In der vorliegenden Arbeit soll „Fluktuation“ als Begriff für die Eintritts- beziehungsweise Austrittsrate von Personen im Demenzsektor verwendet werden.

1.3 Problemstellung

Menschen, die mit Demenz leben, sind konfrontiert mit dem Verlust von individuellen im Leben erhaltenen Rollen, von sozialen Fertigkeiten und Alltagskompetenzen. Die Demenzerkrankung stellt einen jahrelangen Verabschiedungsprozess für den Betroffenen und die Personen dar, die in Beziehung zum Erkrankten stehen. Der Bedarf an beruflich Pflegenden wird nicht zuletzt aufgrund der steigenden Anzahl demenzerkrankter Menschen in den nächsten Jahren deutlich zunehmen.

Das immer wieder kehrende Thema des Personalnotstandes in der Betreuung demenziell erkrankter Menschen stellt Ausbildungsstellen und Personalmanager_innen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen immer wieder vor eine große Herausforderung. Neben der Gewinnung stellt vor allem die Bindung von Pflegenden eine zentrale Aufgabe des Managements dar. Durch neue Konzepte lassen sich innerbetriebliche Systeme optimieren und dadurch werden neue zeitliche und inhaltliche Ressourcen frei. Zeitgleich wird es unumgänglich sein, die Faktoren zu erkennen, die auf Fluktuation bei Personen in diesem Bereich Einfluss ausüben. Ambulante und stationäre Betriebe sind Dienstleistungsunternehmen, sie sind laufend der starken Konkurrenz ausgesetzt. Der hohe Kosten- und Leistungsdruck macht ein Umdenken erforderlich, damit Effektivität und Effizienz verbessert werden kann.

1.4 Zielsetzung der Arbeit

Die Forschungsarbeit soll überblicksmäßig die fluktuationsbeeinflussenden Faktoren in drei verschiedenen Bereichen der Dementenbegleitung – personenspezifisch, organisationspezifisch, gesellschaftspolitisch - darstellen. Schlussfolgernd ergibt dies Aspekte, die einen Einfluss auf zukunftsrelevante Auseinandersetzungen bezüglich Personal in demenzspezifischen Unternehmen, innerbetrieblicher und organisationsübergreifender Strukturen haben und stellen Grundlage für eine gesellschaftspolitisch notwendige Änderung der Denkrichtung im Demenzbereich.

1.5 Übersicht Arbeitsablauf

Die vorliegende Forschungsarbeit wird in fünf Phasen unterteilt:

- Phase 1: Die Initiierungsphase beinhaltet die Ideengenerierung und die Festlegung der Forschungsfrage.
- Phase 2: Die Vorlauf- und Planungsphase ist gekennzeichnet durch die themenspezifische Literaturrecherche und der Autorisierung durch den Betreuer Dr. Neumann Alexander.
- Phase 3: Die Inhalte der Gesamtkonzeption stellen die Auseinandersetzung mit der Fragestellung, die Definition der Zielgruppe, die Wahl der Methodik, die Durchführung des Pretests und der Interviews dar.
- Phase 4: In der Realisierungsphase der Forschungsarbeit finden die Transkription, die qualitative Inhaltsanalyse, die Interpretation der Ergebnisse und die Ableitung von möglichen Handlungsfeldern statt.
- Phase 5: Die Abschlussphase ist inhaltlich geprägt von der Fertigstellung der Forschungsarbeit.

2 Stand des Wissens und Fazit aus der Literatur

2.1 „Verwirrtheit, chronisch“ - Warum wird gegenwärtig dieser Pflegediagnose so viel Platz eingeräumt?

Menschen mit Demenz „gehören zu uns, sie sind unsere Geschwister, sie sind die Rückseite unserer von Beschleunigung besessenen Gesellschaft. Sie sind die Zurückgebliebenen, die Opfer, die sich in den zerstörten sozialen Milieus nicht mehr zurechtfinden“ (Dammann, Gronemeyer, 2009, S. 194). „Normalisierung für Menschen mit Demenz bedeutet Selbstbestimmung, Autonomie und vor allem das Gefühl, Person sein zu können“ (URL: http://www.drk.de/alt/verband_d_schwesterschaften/aktuelle_meldungen/2007/kongress/dokumente/Bartholomeyczik_Langfassung.doc-102.PDF).

Demenz ist ein soziales Phänomen - ursächlich und in den schlussfolgernden Konsequenzen. Darin begründet liegt die zwingende Beschäftigung mit diesem Thema, zum einen des Gesundheitswesens und der Medizin und zum anderen von Seiten der Gesellschaft hin zur Veränderung unseres sozialen Milieus (vgl. Dammann, Gronemeyer, 2009, S. 198).

Im Folgenden werden die Ergebnisse von drei unabhängigen Studien der Jahre 2006, 2002 und 2000 angeführt, in denen es um die Anzahl der Beschäftigten im Pflegesektor, um die Verteilung der differenten Berufsqualifikationen und um den Anteil der demenziell erkrankten Menschen in Österreich geht. Leider gibt es auf diesen Gebieten keine detailgenaueren Untersuchungen, welche vor allem die Anstellungszahlen und Qualifizierung der Betreuungspersonen sowie die Anzahl der betreuten demenziell erkrankten Personen gegenüberstellen.

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz in Auftrag gegebenen österreichweiten Studie von 2006 bis 2008 wurden die Beschäftigtenzahlen im Bereich von 4000 Alten- und Behindertenbetreuungseinrichtungen ermittelt, um die Entwicklung auf diesem Gebiet festzustellen. Die Ergebnisse von 66% rückmeldenden Einrichtungen wurden mit den Ergebnissen einer Studie von 2003 in Verbindung gebracht. Damit wurde eine Grundlage geschaffen, um Entwicklungen am Arbeitsmarkt in diesem Sektor darzustellen.

Für diese Studie scheinen die Erhöhung des Personalstandes im Vergleich zu 2003 um 12% (auf 55.000 Beschäftigte) und der Trend zur Höherqualifizierung des Betreuungspersonals nennenswert. (vgl. Nemeth, 2008, S. 1 ff).

Aufgrund einer Studie von 2002 entfallen 56 % des Personals auf die Berufsgruppe der Heimhelfer_innen. Der Anteil der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen wurde mit 1.734 VZÄ errechnet, der Anteil der Alten-/Pflegehelfer_innen und der Altenfachbetreuer_innen beträgt 1.665 VZÄ (vgl. Schaffenberger, Pochobradsky, 2004, S. II).

Im Jahr 2000 – bezogen auf die über 60-jährige Bevölkerung Österreichs – gab es insgesamt 90.500 Demenzzranke. Im Jahr 2000 litten 2,7 Prozent der 60- bis 79-Jährigen an einer Demenz, während fast ein Fünftel (18,5 Prozent) der über 80-jährigen erkrankt war, was einer Prävalenz von 5,41 Prozent der über 60-Jährigen bzw. von 6,93 Prozent der über 65-Jährigen entspricht. [...] Für das Jahr 2050 wird sich die Zahl der Betroffenen erheblich erhöhen: Vorhergesagt werden für alle Demenzen 233.800 Fälle, das sind 8,28 Prozent der über 60-jährigen Bevölkerung (Pochobradsky, 2008, S. 8).

Ein vorsichtiges Übereinanderlegen dieser Studien lässt erkennen, dass sowohl eine Höherqualifizierung des Betreuungspersonals als auch eine Erhöhung des Personalstandes aufgrund der steigenden Anzahl von dementiell erkrankten Menschen zwingend notwendig erscheint.

2.2 „Flucht aus der Pflege“ – Warum kommt es zur Abwanderung von Betreuungspersonen aus der Begleitung dementiell erkrankter Menschen?

Das Phänomen der häufigen Berufsaufgabe von Pflegenden wird auch mit dem Begriff „*Flucht aus der Pflege*“ beschrieben (Sewtz, 2006, S. 159). Auffallend in der Altenbetreuung ist die außergewöhnlich kurze durchschnittliche Verweildauer von Pflegekräften (vgl. Schröter, Rosenthal, 2005, S. 233).

„*Von fast 35.000 Befragten denken beinahe 46% mindestens mehrmals im Jahr daran, den Pflegeberuf zu verlassen*“ (Amann, 2004, S. 186).

Schröter und Rosenthal beschreiben die Gründe der hohen Fluktuation folgendermaßen: Berufsanfänger_innen können nicht anhand ihrer theoretischen Vorgaben pflegen, da diese keinerlei Unterstützung durch Vorgesetzte bzw. Berufskolleg_innen erhalten. Im Weiteren werden der Mangel an qualifizierten Kolleg_innen, der hohe Belastungsgrad innerhalb der Tätigkeit und die ungünstigen Arbeitszeiten genannt (ebd.). Amann beschreibt ergänzend zu Schröter und Rosenthal weitere Faktoren, die ursächlich für eine hohe Fluktuation sein können.

Hier nennt er die psychosozialen Belastungen, fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten, bedenkenswerte Gehaltsschemata, fehlende gesellschaftliche Anerkennung, ein hoher Anteil von berufsfremden Tätigkeiten in Form von bürokratischer Arbeit, Schwierigkeiten hinsichtlich Personalführung und des Arbeitsklimas (vgl. Amann, 2004, S. 188). Wenn große Bemühungen von Personen auf nur minimale Anerkennung stoßen, fühlen sich diese Menschen sehr belastet (vgl. Pines et al, 2000, S.17). *„Das Ergebnis ist die Erosion der Lebenskräfte, die als Ausbrennen bekannt ist (ebd.).*

Bekannt ist weiters, dass sich diplomierte Personalmanager_innen entweder auf medizinisch-technische Tätigkeiten konzentriert oder das Interesse auf Führungs- und Leitungsaufgaben richtet. Personalmanager_innen signalisieren, dass sich durch Aufnahme von diplomiertem Pflegepersonal hierarchische innerbetriebliche Strukturen verändern (Amann, 2004, S. 216). *„Dies ist nicht zuletzt das Ergebnis eines raschen und differenzierten Professionalisierungsvorgangs, aus dem immer neue Zuständigkeiten hervortreten: Teamleiterinnen, Pflegegruppenverantwortliche, Stationsschwester, [...] Eine beobachtete Folge dieses Prozesses ist der häufigere Wechsel des so genannten einfachen Pflegepersonals“ (ebd.).*

Schröter und Rosenthal stellen zudem die Problematik des auf Fluktuation folgenden Pflegenotstandes dar. Aufgrund der auf traditionellen Grundlagen aufgebauten Pflege existieren Anpassungsprobleme zwischen dem Pflegebedarf und dem derzeitigen Dienstleistungsangebot in diesem Sektor. Beim Pflegenotstand existieren gefährliche Mängel in der Qualität (vgl. Amann, 2004, S. 187).

„Für Österreich kann sicher nicht von einem allgemeinen Pflegenotstand gesprochen werden, wohl aber von einem ganzen Kaleidoskop mangelnder Mittelausstattung, qualifikatorischer Unterbesetzungen, Personalmangel oder mangelhafter Arbeitsorganisation“ (ebd.). Als mögliche Lösungen für den Personalnotstand schlagen die beiden Pflegewissenschaftler Schröter und Rosenthal entweder das Fortbestehen der traditionellen Systeme im Rahmen der Rekrutierung von ausländischen Arbeitskräften vor, oder als zweite Variante, die Veränderung der Profession Pflege hin zur Vereinbarkeit mit der modernen Lebensführung (vgl. Schröter, Rosenthal, 2005, S. 242).

Ein dritter Lösungsvorschlag ist der NEXT-Studie zu entnehmen: Durch mehr Plätze an den diversen Pflege-Ausbildungsstellen könnte der Pflegenotstand behoben werden (vgl. URL: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?inhalt>).

2.3 „Egoismus oder Altruismus?“ – Warum entscheiden sich Personen, eine Pflegeausbildung zu absolvieren?

Unter „Beruf im Allgemeinen“ versteht Schröter „eine zur Existenzgrundlage dienende, auf Gelderwerb gerichtete Tätigkeit, der meist auf Dauer nachgegangen wird und zu deren Erfüllung Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen (Qualifikationen) in einer spezifischen Kombination nötig sind“ (Schröter, 2006, S. 50; zit. n. Blaschke, Stegmann 1989).

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich Pflegepersonen, begründet auf dreierlei Motiven, für die Krankenpflege entscheiden: prosozial, altruistisch und der Wunsch, mit Menschen zu arbeiten. Die Vorstellungen, in der Pflege Karriere zu machen oder große Verdienste zu erzielen, sind sekundär gereiht (vgl. Sewtz, 2006, S. 180). Nennenswert scheint, dass diese genannten Berufsauswahlmotive international in den letzten Jahrzehnten keine Wandlung erfahren haben (vgl. Schröter, Rosenthal, 2005, S. 233).

2.4 „Theorie und Praxis“ – eine Kurzdarstellung

Dem österreichischen Pflegebericht 2007 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend zufolge absolvierten in den Jahren 2003 bis 2007 eine Anzahl von 3000 Personen pro Jahr Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und eine Anzahl von 2000 Personen die Pflegehilfeausbildung (vgl. Gesundheit Österreich GmbH, 2007, S. III).

Der zeitliche Umfang der Pflegeausbildungen wird in den meisten Fällen als angemessen erachtet, jedoch steht die Qualität dieser in einem laufenden Kritikfeld (vgl. Amann 2004, S. 215).

Laut GuKG ist es möglich, dass Lehrer_innen der Gesundheits- und Krankenpflege mindestens vier bis maximal 18 differente Fächer lehren können, damit liegt die ökonomische Herangehensweise vor der qualitativen auf der Hand (vgl. Gesundheit Österreich GmbH, 2007, S. 62). Einer Fragebogenerhebung von 2005 zufolge fühlen sich Lehrende in diesem Bereich in einem Teil ihrer unterrichtenden Fächer unzulänglich ausgebildet (vgl. ebd.). *„Beispielsweise in Grundlagen der Pflegewissenschaften und Pflegeforschung sowie Hauskrankenpflege, aber auch in Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege/ Arbeitsmedizin, Kommunikation/ Konfliktbewältigung/ Supervision/ Kreativitätstraining, Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens/ [...]“* (ebd.). *„Immer wieder werden die Abstimmung der theoretischen Inhalte auf die Berufsrealität und ein sinnvoller Theorie-Praxis-Transfer eingemahnt. Außerdem werden falsche pädagogisch-didaktische Konzepte, fragliches Lernmaterial und hinderliches Lernumfeld kritisiert“* (Amann 2004, S. 215).

2.5 „Integration der Berufstätigkeit“ – Wie gelingt es, Job und Privatleben zufriedenstellend zusammenzuführen?

„Über 80% der pflegebedürftigen Personen Österreichs, von denen ein hoher Prozentsatz demenzkrank ist, werden in den Familien betreut“ (Seidl, Labenbacher, 2007, S. 29).

Pflege entspricht weitestgehend noch dem traditionellen Modell, das bedeutet, Pflege wird gesellschaftlich organisiert und Selbstverleugnung spielt dabei eine wesentliche Rolle (vgl. Schröter, Rosenthal, 2005, S. 242). Erwähnenswert scheint in diesem Zusammenhang die Rolle der Frau in der Pflege, dies wird auch von Seidl und Labenbacher beschrieben. *„Durch das sukzessive Aufweichen traditioneller Familienstrukturen und der damit verbundenen Reduktion des familiären Hilfe- und Unterstützungspotenzials wird der Bedarf an professioneller Unterstützung weiter wachsen. In der Folge wird es zu einer vermehrten Nachfrage sowohl an ambulanten als auch stationären und teilstationären Betreuungsangeboten, vor allem aber auch zu der Forderung nach einer verbesserten Abstimmung und Vernetzung der verschiedenen Pflege- und Gesundheitsdienste kommen“* (Schröter, 2006, S. 71).

„Die sinnhafte Integration der Berufstätigkeit ist ein Prozess, der sich auf mehreren Ebenen nachzeichnen lässt: [...]“ (Schröter, Rosenthal, 2005, S. 235). Die beiden Autoren beschreiben diese Ebenen wie folgend. Der Beruf als Teil der Biografie hat innerhalb derer einen besonderen Stellenwert. Lebensorientierungen werden immer akkordiert mit anderen Lebensbereichen. Das Ziel der sinnhaften Integration ist die Herstellung einer Konsistenz im Leben (vgl. ebd.). *„Das Privatleben beeinflusst das berufliche Umfeld und umgekehrt. [...] Motivierte Führungskräfte und Mitarbeiter, deren eigene Ziele und Interessen mit denen der Organisation möglichst deckungsgleich sind, sorgen mit guter Arbeit dafür, dass Zusammenarbeit reibungslos funktioniert und Kosten möglichst niedrig gehalten werden“* (Haberleitner, Deistler, Ungvari). Abseits dieser kognitiven Integration gibt es noch die emotionale Integration der Berufstätigkeit, die es ermöglicht, eine Grenze zwischen beruflichem und privatem Bereich zu ziehen (vgl. Schröter, Rosenthal, 2005, S. 235). *„Die zweite Dimension der Integration von Beruf, Familie und persönlichen Ansprüchen ist die des praktischen Handelns, die Ebene der Tätigkeiten also“* (ebd.). Das Ziel der praktischen Integration ist die Möglichkeit eines stabilen Miteinanders der differenten sozialen Bereiche im Leben. Beispielhaft soll hier die Festlegung einer Zeitplanung, die Begrenzung von Anforderungen und die Formen der zwischenmenschlichen Kooperationen genannt werden (vgl. Schröter, Rosenthal, 2005, S. 235 f).

2.6 Welche Schlüsselqualifikationen brauchen Mitarbeiter_innen im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen?

2.6.1 „Ich kann sie nicht verstehen!“ – Kommunikationsmuster

„Kommunikation ist ein entscheidender Vermittler der zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Schröter, 2006, S. 181). Nach Schröter stellt die Kommunikation eine existenzielle Voraussetzung für das Bestehen einer Organisation dar. Weiters geraten betriebliche soziale Beziehungen ins Wanken, wenn zwischenmenschliche Kommunikation irritiert wird (vgl. Schröter, 2006, S. 181).

Lind beschreibt dieses Phänomen im Zusammenhang mit Pflege von dementiell erkrankten Menschen. Steht die Kommunikationsunfähigkeit des dementiell erkrankten Menschen im Vordergrund, wird die Pflegeperson keine Bindung bzw. Beziehung zum Demenzerkrankten dauerhaft aufrechterhalten. Dadurch verliert die Pflegequalität und der Betreuungsbedürftige wird eingeschränkt in Lebensqualität, schlussfolgernd entwickeln sich Verhaltensauffälligkeiten (Lind, 2003, S. 113).

Die fehlende Kommunikation und die daraus resultierende Bindungslosigkeit beeinflusst die Wahrnehmung der demenzkranken Bewohner. Sie spüren regelrecht, dass sie von den Pflegekräften eher als bloße Pflegeobjekte und nicht als Subjekte wahrgenommen werden. Eine Pflege ohne ein ausreichendes Maß an Beziehung ist qualitativ gesehen immer eine Mangelpflege. Diese Situation belastet sowohl die Pflegekräfte als auch die betroffenen Bewohner. Dies führt in jeder Hinsicht zu einer Beeinträchtigung der Lebens- und Arbeitsqualität (Lind, 2003, S. 114).

In einem späteren Abschnitt der Arbeit werden die verschiedenen Pflegeorganisationsmodelle näher definiert, dabei stellt die Kommunikation einen wesentlichen Aspekt dar. Eine personenzentrierte Haltung, wie dies beispielsweise bei der Bezugspflege der Fall ist, erfordert die Fähigkeit der Kommunikation bei Pflegepersonen vor allem auch aufgrund der oftmals sprachlichen Ausdrucks- und Verständigungsprobleme bei dementiell erkrankten Menschen. *„Sprachliche Inkompetenz von pflegenden Begleitern ist kein zu vernachlässigender Faktor in der Pflege. [...] Unachtsamkeit in der Sprache, unartikulierte Sprechweise, Missachtung der stimmigen Satzmelodie, unbedachte Wortwahl, Inkongruenz von Gesprochenem und nonverbalen Signalen und unverständliche Sätze verstärken den Fortschritt einer Demenz. [...] Fehlt die menschliche Sprache, weil nur*

noch das Funktionale gesprochen wird, so entziehen Pflegende dementen Menschen eine existenzielle Aktivierung“ (Leuthe, 2009, S. 109).

2005 führte Höwler eine qualitative Forschung mit zwölf alten Menschen in einem Pflegeheim durch, diese Personen zeigten ein auffällig desorientiertes Verhalten und wiesen eine diagnostizierte Demenz auf. Das Ziel dieser Beobachtungsforschung von Pflegenden bei der Interaktion während der Körperpflege war es, die Reaktionen der dementiell erkrankten Menschen im natürlichen Kontext zu beobachten (vgl. Höwler, 2007, S. 60 ff). Die Untersuchungsergebnisse dieser Studie zeigen in weiterer Folge eine Verbindung zur Bezugspflege (siehe 2.4.2) auf, die auf dem personenzentrierten Ansatz von Tom Kitwood basiert.

Pflegende von dementiell erkrankten Menschen brauchen ein Verständnis der unterschiedlichen Kommunikationsformen, beispielsweise der nonverbalen Kommunikation. Außerdem stellen die Wahrnehmungsfähigkeit, eine wertschätzende, empathische Haltung und das Erkennen und Berücksichtigen von Autonomiewünschen der Erkrankten tragende Fundamentbausteine in der Interaktion mit Demenzerkrankten dar. Die Wahrnehmung von Betreuungspersonen spielt beispielsweise eine bedeutsame Rolle, wenn handlungs- und sprachbegleitende Besonderheiten dementiell erkrankter Menschen eingeordnet werden, und diese versteckten Informationen in weiterer Folge gedeutet werden müssen, damit Betreuung gelingen kann (vgl. Leuthe, 2009, S. 12). *„Mit fortschreitender Erkrankung erhalten Worte ihr Gewicht nicht mehr durch ihren Inhalt, sondern durch das Gefühl, das sie mittransportieren“ (Küberl, 2010, S. 144, zit. n. Kojer).*

Durch eine personenzentrierte Interaktion von Seiten der Pflegepersonen wird eine Befindlichkeitssteigerung und eine Ressourcenförderung beim Erkrankten ermöglicht und erzielt und zeitgleich eine tragfähige Beziehung zum dementiell erkrankten Menschen aufgebaut werden (vgl. Höwler, 2007, S. 104 ff). Wird eine zur personenzentrierten Interaktion gegensätzliche Methode angewandt, die beispielsweise personenuntergräbend wirkt, reagieren erkrankte Menschen mit herausforderndem Verhalten, Hilflosigkeit und damit in Verbindung stehender Abhängigkeit. Und diese Reaktionen lösen bei Pflegenden Überforderungssituationen im Alltag und auch darüber hinaus aus (vgl. Höwler, 2007, S. 105).

„Die treibende Kraft in der Betreuung, die zu fast zwangsläufigen Frustrationserlebnissen seitens der Betreuer führt, ist eigentlich der Schreck der Gesunden beim Anblick der Demenz“ (Dammann, Gronemeyer, 2009, S. 145). Frustrationen entstehen im Allgemeinen durch mangelnde Befriedigung von individuellen Bedürfnissen. In weiterer Folge werden dadurch differente Reaktionen ausgelöst (vgl. Kienzle, Paul-Ettliger, 2009, S. 22).

Gerade im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen, deren verbale Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt sind, stellt das Nichterkennen von Bedürfnissen durch Betreuungspersonen unter Umständen eine gravierende Ursache für progressive Reaktionen in Form von beispielsweise Aggressionen oder Weglauftendenzen, und für defensive Reaktionen, exemplarisch soll hier die Rückzugstendenz und die Introvertiertheit angeführt werden, dar. Dorfmeister (2009) beschreibt in der Schlussfolgerung seiner mit dem KAV 2006 bis 2007 durchgeführten Forschungsarbeit zur Fragestellung hinsichtlich Quantität und Qualität von Aggressionsereignissen seitens Patient_innen die erforderlichen Kompetenzen beim Betreuungspersonal. Beispielsweise nennt er hier pädagogisches Geschick, geschulte Wahrnehmungsfähigkeit, rhetorische Fähigkeiten und Kommunikationsfertigkeiten als im Besonderen notwendige Eigenschaften des Personals im pflegerischen Bereich. Dieses Studienergebnis deckt sich mit den von Höwler recherchierten Eigenschaften. Nach Höwler gibt es diverse Einflussfaktoren auf die Interaktionen, die schlussendlich das Integritätsgefühl von Menschen mit Demenz wesentlich beeinflussen. Neben den Faktoren, die den dementiell erkrankten Menschen direkt betreffen, wie zum Beispiel neurologische und biografische Einflussfaktoren, gibt es weiters die personellen Einflussfaktoren auf die Interaktion, die ursächlich bei den Betreuungspersonen zu finden sind. Zudem nennt Höwler noch institutionelle Herausforderungen, die einen Einfluss auf Interaktion ausüben (vgl. Höwler, 2007, S. 36 ff).

„ Um zu leben, muss man sich gegen Entwicklungen zur Wehr setzen, die unsere sozialen Bindungen auflösen und uns von der vitalen Erfahrungen der Welt abschotten, die uns zu Automaten machen, [...], zu im Konsum kulturell Verarmten“ (Dammann, Gronemeyer, 2009, S. 204).

2.6.2 „Ich habe jetzt keine Zeit!“ – Zeitmanagement

„Der Pflegealltag unterliegt dem Diktum der knappen Zeit. Zeitknappheit führt zu Prioritätenbildung und Strukturierungszwängen“ (Schröter, 2006, S. 161). In der Betreuung dementiell erkrankter Menschen sind die in der vorhergehenden Darlegung genannten Aspekte von großer Bedeutsamkeit.

„Demenzkranken nehmen Stress, Hektik [...] wahr und beziehen das Verhalten auf sich. [...] Sie werden sehr schnell unsicher, verängstigt und geraten aus der Fassung in dieser Situation [...]“ (Lind, 2003, S. 91).

Stress kann unter differenten Gesichtspunkten angesehen werden. Mit der biologischen Sichtweise löst Stress einen psychophysischen Zustand aus (vgl. Becker, 2006, S. 62). Es kommt zu *„Anspannungen und Anpassungszwängen, die einem aus dem persönlichen Gleichgewicht bringen können und bei denen man seelisch und körperlich unter Druck steht“* (Ostermann, 1999, S. 136). Stress kann auch aus der integrativen psychobiologischen Perspektive betrachtet werden, demzufolge wird der Organismus durch diesen Prozess geschützt oder gefährdet. Bei der psychosozialen Betrachtungsweise stehen die Stressoren im Vordergrund. Als Möglichkeiten kommen kritische Lebensereignisse, Alltagsbelastungen, akute Geschehnisse und chronische Ereignisse im beruflichen oder im privaten Alltag in Frage (vgl. Becker, 2006, S. 62 ff).

Aktionismus ist einerseits schlussfolgernd auf Beschleunigung von Situationen und zeitgleich Basis für Beschleunigung diverser innerbetrieblicher Prozesse (vgl. Heimerl, 2010, S. 21).

2.6.3 „...da kenne ich mich gut aus“ – Selbstwert

„Der Selbstauftrag an uns alle lautet immer wieder, sich der Fähigkeit des eigenen Denkens zu bedienen und den Nebel der ständigen Realitätsverfälschungen zu zerreißen“ (Amann, 2004, S. 240).

Einer der grundlegenden Faktoren, die bei der Bewältigung und Bewertung von Lebenssituation mit von Bedeutung ist, ist der des Selbstwertes. Beziehung und Interaktion sind Grundlagen für die Entwicklung eines nachhaltigen Selbstwertgefühles, da hier eine „Spiegelung des Selbst durch Selbstobjekte“ stattfindet (vgl. Mentzos, 1999, S. 56). George Herbert Mead geht 1973 der Frage nach der Entwicklung des Selbst nach. Das Selbst entsteht in Abhängigkeit zur Umwelt. Mead unterscheidet zwischen dem „I“ und dem „Me“. Im „Me“ werden die Anforderungen der Gesellschaft festgelegt und dort vertretend ruht die Präsenz der Gesellschaft und der Bezugspersonen.

Dieser Teil vom Selbst ist lebensnotwendig, damit die Anpassung innerhalb der Gesellschaft funktionieren kann. Im „I“ sind die eigenen Ressourcen und die personenabhängigen Bedürfnisse zu finden. Wie das „Me“ gelebt wird, ist wesentlich vom „I“ beeinflusst. Der Entwicklungsgrad des eigenen Selbst ist wesentlich bestimmt durch die Kindheit. Durch die Außenwelt erhält das Kind die Bestätigung seiner Existenz. Die Entwicklung dessen ist Basis für die Bildung von Individualität. Passiert diese Entwicklung unzureichend ist das „Me“ hinsichtlich Selbstwerterhalts gefordert. Somit erfolgt die Orientierung an der Außenwelt. Schlussfolgernd ist bei einer existentiellen Bedrohung die Verletzung des Selbstwertes (vgl. URL: <http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/106056.html>).

„Der Mitarbeiter, der die Möglichkeit hat, eigenverantwortlich Erfolgserlebnisse zu erringen, selbst Entscheidungen zu treffen und sich dabei stetig lernend weiterzuentwickeln, wird damit in seinem Selbstwert und Selbstvertrauen gefördert“ (Haberleitner, Deistler, Ungvari, 2008, S. 20).

2.6.4 „Wir sind gut“ – Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Bandura prägte den Begriff „*Self-efficacy*“ (Menges, 2004, S. 9, zit. n. Bandura, 1993, S.117), der im Deutschen manchmal mit Selbstwirksamkeit übersetzt wird. Dieser Begriff beinhaltet die persönliche Einschätzung eines Individuums über seine Fähigkeiten und Ressourcen, auf Umweltfaktoren effektiv zu reagieren und Einfluss zu nehmen (vgl. Menges, 2004, S. 9, zit. n. Reber & Reber, 2001).

„Students' beliefs in their efficacy to regulate their own learning and to master academic activities determine their aspirations, level of motivation, and academic accomplishments“ (Menges, 2004, S. 9, zit. n. Bandura, 1993, S.117).

Diese wahrgenommene Selbstwirksamkeit beeinflusst in Lernsituationen und in anderen psychosozialen Bereichen. Die gewonnenen Erfahrungen und die subjektive Bewertung bezüglich der Bewältigung einer Situation werden sich in weiterer Folge auf die Einschätzung der eigenen Bewältigbarkeit einer aktuellen und zukünftigen Situation auswirken. Die Anforderungen und die positive Bewältigung von schwierigen Aufgaben im Leben hängen somit eng mit den persönlichen Kompetenzen und der subjektiven Überzeugung hinsichtlich Aufgabenbewältigung zusammen (vgl. ebd.).

Griener und Brauchle erläutern in ihrer 2010 erschienenen Studie die Hauptkonstrukte in der sozial-kognitiven Theorie von Bandura, die Selbstwirksamkeitserwartung und die Handlungsergebniserwartung. Die Handlungs- oder Konsequenzerwartung zieht ihren Ursprung aus den vorhersehbaren Schlussfolgerungen der eigenen Handlungen. Die Selbstwirksamkeitserwartung basiert aufgrund der Überzeugung, geplante Handlungen ausführen zu können und schlussfolgernd ans Ziel zu kommen (vgl. Österreichische Pflegezeitschrift, 2010, S. 18, zit. n. Bandura, 1977).

2.6.5 „Man verbessert jeden Tag etwas!“ – Fehlerkultur

Weitere Schlüsselqualifikationen von Pflegenden stellen die Fähigkeit zu konstruktiver Kritik und die Konfliktfähigkeit dar (vgl. Kastner, Löbach, 2007, S. 187). In diesem Kontext steht außerdem die persönliche Fehlerkultur der Mitarbeiter_innen.

Menges beschreibt in ihrer Diplomarbeit die Komponenten, die für Fehler kennzeichnend sind: „(1) Fehler treten nur bei zielorientiertem Verhalten auf. (2) Ein Fehler beinhaltet das Nichterreichen eines Zieles oder Teilziels. (3) Man spricht nur dann von einem Fehler, wenn er potentiell vermeidbar gewesen ist“ (Menges, 2008, S. 18, zit. n. Frese & Zapf, 1991). Lernen ohne Fehler ist nicht möglich.

Beispielsweise lernt ein Kind die Muttersprache umso besser, je weniger Korrekturen ausgesprochen werden. Erwachsenen ist auch hier die Rolle des Vorbildes übertragen, in diesem Fall korrektes Verwenden von Wörtern, eine Korrektur ist nicht notwendig. Im Erwachsenenalter ist Perfektion und negative Bewertung von Fehlern nach wie vor vordergründig.

Die Bereitschaft, Herausforderungen anzunehmen und Risiken einzugehen, sinkt (vgl. Haberleitner, Deistler, Ungvari, 2003, S. 147 f).

Misserfolge sollten als Lernchance und nicht als persönliches Scheitern betrachtet werden (vgl. Heimerl, 2010, S. 78). *„Die Angst, Fehler zu machen, bindet Energie und lenkt die Aufmerksamkeit wiederum auf Fehler“* (Haberleitner et al., 2003, S. 148 f). Haberleitner et al. definieren zwei Grundbegriffe, „Misserfolgsvermeider“ und „Erfolgssucher“.

Fehler müssen als Möglichkeit gesehen werden, einen größeren Einblick in diverse Systeme zu erhalten und in weiterer Folge die Dimensionen verschiedenster Prozesse zu erfassen. Mit diesem gewonnenen Einblick können ideale Lösungen für diverse Probleme gefunden werden. In erster Linie geht es jedoch dabei nicht um Problem- bzw. Fehlerbehandlung, sondern um eine optimale Gestaltung ganzer Systeme (vgl. Menges, 2008, S. 20).

Ein innerbetrieblicher kontinuierlicher Verbesserungsprozess begründet sich unter anderem in einem durchdachten Fehlermanagement. Wenn jedoch Mitarbeiter_innen Angst empfinden beim Eingestehen von Fehlern bzw. Schwierigkeiten, dann scheitern diese laufenden Verbesserungsprozesse (vgl. Heimerl, 2010, S. 74). *„Das Lernen aus Fehlern wird schwierig, wenn Fehler als etwas zu Vermeidendes gesehen [...] werden. Fehler sind in den westlichen Kulturkreisen meist mit Peinlichkeit und Angst besetzt“* (ebd.). Der Prozess rund um einen Fehler wird dreigeteilt: die Entdeckung des Fehlers, die Erklärung hinsichtlich Ursache und Grund für das fehlerhafte Verhalten und die Behebung des Fehlers. In diesem Prozess, vor allem in den ersten zwei Abschnitten, hat der Faktor Zeit eine sehr wesentliche Bedeutung, denn je weiter das Erkennen und Auseinandersetzen mit dem Fehler wegrückt vom Entstehungszeitpunkt, desto schwieriger wird das Fehlermanagement (vgl. Menges, 2008, S.19).

2.6.6 „Es geht um die Tiefe der Beziehung“ – Bindungsverhalten

Unter Bindung versteht man „*ein biologisch angelegtes Bezugssystem zu nahe stehenden Personen, die Schutz und Sicherheit garantieren können. Bindungserfahrungen, die man vor allem in der frühen Kindheit entwickelt, bleiben oftmals zeitlebens bestehen. Im Rahmen einer demenziellen Erkrankung können vormals kompensierte Bindungsstörungen wieder aufbrechen und zu relevanten Verhaltensänderungen oder psychischen Symptomen führen*“ (Kastner, Löbach, 2007, S. 68).

Der österreichische Pflegeforscher Böhm stellt das Anknüpfen und Beenden von zwischenmenschlichen Beziehungen als eine bedeutende Bewertungsstelle im Leben dar (Böhm, 1999, S. 13). Menschliche Beziehungen gelten als Basis und in weiterer Folge für den Erhalt des eigenen Selbstwertes (vgl. Mentzos, 1999, S.)

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Kooperation mit der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH definiert im Rahmen eines Studienergebnisses von 2004 - 2006, dass Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt jedes Handelns mit Demenzkranken stehen sollte (vgl. URL: www.drk.de/alt/verband_d_schwesternschaften/aktuelle_meldungen/2007/kongress/dokumente/Bartholomeyczik_Langfassung.doc-102.PDF [2010-08-14]). Dieses Ergebnis kann mit den verschiedensten Pflegeorganisationsmodellen (siehe 2.4.3) in Verbindung gebracht werden. „*Menschen sind auf positive, zuwendende soziale Resonanz angewiesen, sonst verändern sich die Emotionszentren und es entstehen Einsamkeit, Depression oder Aggression [...] (Lebenswelt Heim, 47/2010, S. 38 f.). Ältere Menschen konzentrieren sich auf wenige Vertraute für einen emotionalen und schlussfolgernden befriedigenden Austausch (vgl. Esclamada, 2009, S. 72).*

Kipp und Jüngling beschreiben weiters in ihrer Literatur die weit reichenden Beziehungskonflikte, die zwischen Betreuer_innen und älteren Menschen aufgrund von Übertragung und Gegenübertragung entstehen. Unter Übertragung wird das Erleben von Gefühlen in aktuellen Beziehungen basierend auf Gefühlen aus früheren Beziehungen verstanden. Gegenübertragung beschreibt das aktuelle Gefühlserleben von Betreuungspersonen gegenüber den Patient_innen (Kipp, Jüngling, 2000, S. 30).

Weiters soll hier eine breit angelegte NEXT-Studie der Bergischen Universität Wuppertal, Bereich Empirische Arbeitsforschung, genannt werden. 10.038 Pflegende aus Krankenhäusern und stationären Altenpflegeeinrichtungen im EU-Raum wurden zu ihrer Zufriedenheit bzgl. Patient_innenversorgung befragt. Zusammenfassendes Ergebnis war bei dieser Studie, dass Pflegende mit einer hohen Autonomie und Gesamtverantwortung hinsichtlich Patient_innenversorgung eine hohe Zufriedenheit und schlussfolgernd eine hohe Versorgungsqualität aufwiesen.

Bei einem Pflegesystem, das eine hohe Verantwortung für die Pflegepersonen in sich birgt, wie dies beispielsweise bei der Bezugspflege der Fall ist, ist das Bindungsverhalten der Betreuungsperson von hoher Bedeutsamkeit (vgl. URL: www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1 [2010-08-14]).

2.6.7 „Die Begeisterung ist auf mich übergeschwappt!“ – Eigenmotivation

„In der Motivationspsychologie ist man sich einig, dass Selbstbewusstsein und die Rückmeldung von Handlung und Handlungsergebnissen zum Selbst von zentraler Bedeutung sind“ (Oerter, 1995, S. 762 f, zit. n. Heckhausen, 1989, Ryan, 1993, Deci & Ryan, 1990, Bandura, 1991a). Der deutsche Managementberater und Autor Sprenger definiert den Begriff Motivation als einen Zustand aktivierter Verhaltensbereitschaft von Mitarbeiter_innen: *„Hohe Leistung erbringt der Mitarbeiter, weil er sich für die Arbeit selbst (intrinsisch) interessiert“* (Sprenger, 2002, S. 22). Sprenger beschreibt die Motivation als einen internen menschlichen Prozess basierend auf differenten Einflüssen und unterschiedlichen Faktoren, die außerhalb des Arbeitsfeldes liegen (vgl. Sprenger, 2002, S. 33). Diese Form der Motivation zeigt geschlechterspezifische Differenzen. Die intrinsische Motivation der Frauen liegt neben der berufssozialisatorischen auch der primären Sozialisationen zugrunde, Männer gründen ihre intrinsische Motivation auf der beruflichen Sozialisation, das sind die Lern- und Entwicklungserfahrungen im Laufe des Arbeitsprozesses (vgl. Heintz et al., 1997, 119 ff). Für Sprenger heißt Selbstmotivierung *„die Verantwortung für Motivation und Leistungsbereitschaft selbst übernehmen“* (Sprenger, 2002, S. 269).

Aus der Entwicklungspsychologie ist weiters bekannt, dass selbstregulierende Aktivitäten, die für die Motivation ausschlaggebend sind, eine wesentliche Bedeutung spielen. Beispielsweise sollen hier die Selbstüberwachung, die Anspruchsniveausetzung und die Selbsteinschätzung genannt werden (vgl. Oerter, 1995, S. 763). *„Einige Unternehmen sind [...] Spielfelder, die die Verantwortung für die eigene Motivation in den Händen des Einzelnen belassen und [...]“* (Sprenger, 2002, S. 270).

Somit liegt es unmissverständlich auf der Hand, dass auch in der Betreuung dementiell erkrankter Menschen das Kriterium der intrinsischen Motivation wesentlich ist. Exemplarisch soll hier die Leistungsmotivation, eine Form der intrinsischen Motivation, genannt werden. Die Aneignung dessen richtet sich auf Fähigkeitserweiterung und Selbsterhöhung, das bedeutet das Erreichen selbst gesteckter Ziele.

Sprenger beschreibt in seiner Literatur, dass nicht der äußere Rahmen alleinig bestimmend ist, sondern dass der Art der inneren Einstellung, des inneren Erlebens eine tragende Bedeutung gegeben werden muss (vgl. Sprenger, 1996, S. 66).

2.6.8 „Man kriegt sehr viel Leid mit!“ – Psychohygienische Maßnahmen

„Pflegearbeit ist mit körperlichen und psychomentalen Beanspruchungen, [...], aber auch mit Gesundheitsrisiken [...] verbunden (Schröter, Rosenthal, 2005, S. 263).

„Durch eine entsprechende psychische Betreuung (Aufarbeiten von Frustration, eigenen Problemen,...), regelmäßige Supervision und Fortbildung in Gerontopsychologie, Kommunikation und Geriatrie können Burnout-Symptomatiken und die damit verbundenen Probleme, wie hohe Fluktuationsrate des Personals, Depressionen, Sucht und Aggressionen abgefangen werden. Dies erscheint insofern besonders wichtig, da nur durch ein psychisch und physisch stabiles Personal der Qualitätsstandard in geriatrischen Bereichen gewährleistet ist (Gatterer, 2009, S. 16).

Burnout und Arbeitsunzufriedenheit werden bei den psychischen Beschwerden besonders häufig genannt. Bei den körperlichen Beschwerden liegen Kreuzschmerzen, Muskelschmerzen im Vordergrund (vgl. Breitscheidel, 2006, S. 71).

Aus unternehmerischer Sicht steht im Mittelpunkt das „*Arbeit-Mensch-Missverhältnis*“, differenziert genannt werden hier die Bereiche Arbeitsumfang, Kontrolle, Belohnung, Gemeinschaft, Fairness und Werte (vgl. Maslach, Leiter, 2001, S. 110). Anknüpfend an die Theorie von Maslach und Leiter stellen im Demand-Control-Modell nach Karasek das Anspruchsniveau des Berufes und die Kontrolle über die Arbeit einen wesentlichen Aspekt bezüglich der Zufriedenheit der Mitarbeiter_innen dar.

Je höher diese beiden Faktoren sind, desto höher ist die Arbeits- und Lebenszufriedenheit und desto niedriger sind die Fehlzeiten aufgrund von Krankheit (vgl. Becker, 2006, S. 82).

Becker beschreibt in seiner Literatur den Menschen als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Im Rahmen dessen nimmt jeder Mensch zu unterschiedlichen Lebenszeiten eine bestimmte Position ein. Beim Auftreten einer Erkrankung kommt es zu einer Verschiebung der Position Richtung Krankheit. Die Prävention versucht, eine Verschiebung in diese Richtung zu verhindern (vgl. Becker, 2006, S. 227).

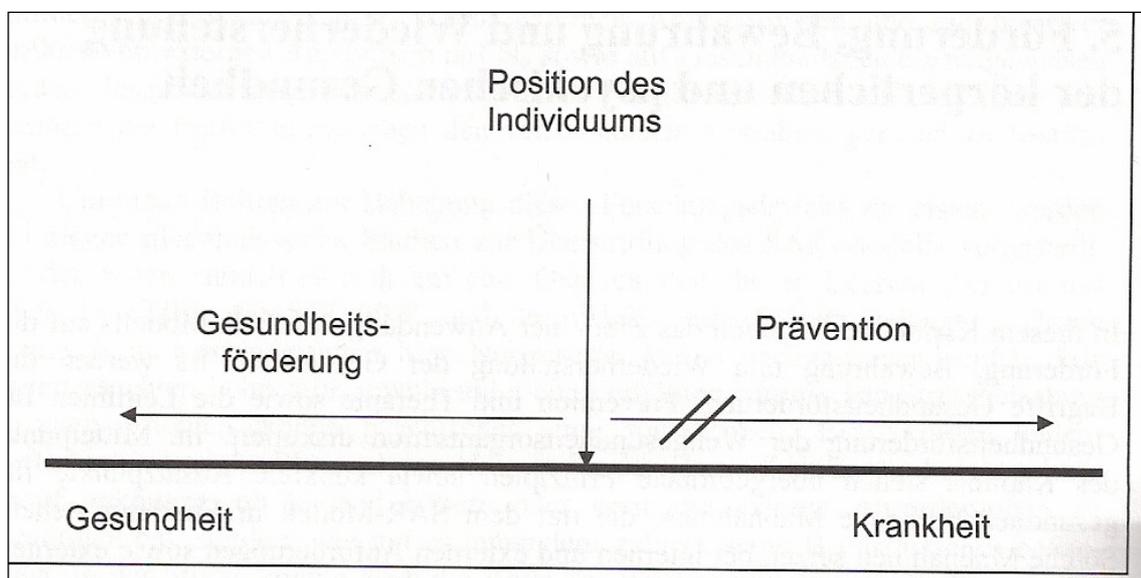


Abbildung 2.6.8-1: „Veranschaulichung der Konzepte Gesundheitsförderung und Prävention unter Bezugnahme auf die Position eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (Becker, 2006, S. 228).

Bei der Prävention werden die primäre, die sekundäre und die tertiäre voneinander unterschieden. Die primäre Prävention, die den Gesunden im Blickfeld hat, versucht Risikofaktoren zu verhindern bzw. bereits vorhandene zu eliminieren. Bei der sekundären Prävention wird ein Krankheitsgeschehen ehestmöglich erkannt und mit Gegenmaßnahmen begonnen, um ein Krankheitsfortschreiten zu verhindern. Ein wesentliches Kennzeichen dieser Präventionsform ist die vorhandene Motivationssituation aufgrund bereits bestehender Beschwerden. Bei Menschen, die bereits erkrankt sind, greift die tertiäre Prävention, um eine Chronifizierung des Krankheitsgeschehens zu verhindern (vgl. Becker, 2006, S. 229 ff).

Der Aufbau von Positivem stellt neben dem Eliminieren von Negativem eine Möglichkeit dar, um Initiativen, personen- und unternehmensbezogen, zu setzen, die dem allgegenwärtigen gesellschaftlichen Burnout-Trend entgegenwirken (vgl. Maslach, Leiter, 2001, S. 110). Innerbetriebliche Strukturen und Prozesse üben einen Einfluss auf diese angeführten Bereiche und in weiterer Folge auf die Identifikation mit der Arbeit aus (vgl. Maslach, Leiter, 2001, S. 111).

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. [...] Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. [...] Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten (Becker, 2006, S. 232, zit. n. Faltermaier).

Becker beschreibt vier Ansatzpunkte, um gesundheitsbezogene Maßnahmen aufzubauen. Einerseits ausgehend von internen Anforderungen basiert chronischer Stress auf negativer Bedürfnisbefriedigung. Im Hinblick dessen ist es ein bedeutender Ansatzpunkt, einen Weg zur Bedürfnisabdeckung zu finden.

Beispielsweise sollen hier die Intensivierung der sozialen Kontakte, die Veränderung des Zeitmanagements in Richtung Ausgleich zwischen aktiven und passiven Zeiten inklusive Erholungsphasen, ausgleichende Freizeitgestaltung und die Sensibilisierung hinsichtlich der eigenen Person genannt werden (vgl. Becker, 2006, S. 235 ff). Einen weiteren Ansatzpunkt stellen die externen Anforderungen bezüglich gesundheitsorientierter Maßnahmen dar. Bezogen auf die professionelle Betreuung von dementiell erkrankten Menschen seien hier beispielsweise die Reduktion der qualitativen und quantitativen Überforderung, die Klärung von Aufgabenbereichen und Anweisungen am Arbeitsplatz sowie die Vermeidung von wiederkehrenden Aufgaben in Richtung Ausdehnung des Aufgabenbereiches genannt (vgl. Becker, 2006, S. 241 f).

Bezogen auf die familiären Anforderungen nennt Becker weiters die Notwendigkeit der flexiblen Arbeitsbedingungen und –zeiten, um freie Ressourcen für die Übernahme der sozialen Verantwortungen zu besitzen (vgl. Becker, 2006, S. 247). Beispielhafte gesundheitsbezogene Maßnahmen, ausgehend von externen Ressourcen, stellen im professionellen Umgang mit Demenzerkrankten die Möglichkeit zum innerbetrieblichen Informationsaustausch, die Möglichkeit zum individuellen Lösungen von Aufgaben, die Gelegenheit der Teilnahme am vertrauensvollen interdisziplinärem Arbeiten, klare Kommunikationsstrukturen und einen hohen Entscheidungsspielraum dar (vgl. Becker, 2006, S. 248). Den letzten Ansatzpunkt, wie gesundheitsbezogene Maßnahmen betrachtet werden können, stellen die Interventionen ausgehend von internen Ressourcen dar (vgl. Becker, 2006, S. 268). *„Bei den gesundheitsrelevanten internen Ressourcen handelt es sich um die psychosozialen und physischen Leistungsfähigkeiten und Kompetenzen von Individuen. Die psychosozialen Kompetenzen beziehen sich unter anderem auf die Bewältigung von Stressoren“* (ebd.).

2.7 Welche unternehmensspezifische Faktoren sind entscheidend im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen?

2.7.1 „...ein berufliches Umfeld, wo ich mich verwirklichen kann“ – externe Motivierung

Sprenger unterscheidet bei der Begrifflichkeitenverwendung die intrinsische Motivation, (siehe 2.3.7), klar von der Motivierung. Diese Bezeichnung ist gleichzusetzen mit der extrinsischen Motivation. Das „Warum“ für Motivation und das „Wie“ für Motivierung stehen in einem nicht trennbaren Verhältnis zueinander (vgl. Sprenger, 2002, S. 23). *„Motivierung ist und bleibt Fremdsteuerung, bleibt Manipulation (lat. für: mit der Hand ziehen)“* (Sprenger, 2002, S. 24).

Oerter beschreibt Folgendes zum Thema Motivation: Handelnde Menschen bewegen sich in einem Lebensraum. In diesem Umfeld ist Kraft, die uns entweder gedanklich oder wirklich in Bewegung versetzen. Verhalten wird demzufolge nicht nur im Individuum begründet, sondern auch in einem zeitspezifischen Handlungsfeld des Individuums (vgl. Oerter, 1995, S. 763 f).

Der gesellschaftliche Wertewandel geht nicht spurlos an innerbetrieblichen Prozessen vorbei. So beschreibt Sprenger sehr anschaulich in seiner Literatur, dass in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts beispielsweise soziale Anerkennung am Arbeitsplatz durch Verdienst und Prestige passierte. Circa ein Jahrzehnt später gewinnen die Themen Jobqualität und Selbstentfaltungsmöglichkeiten immer mehr an Wertigkeit. Wiederum etwa zehn Jahre später bekommen unter anderem durch die Technologisierung Unternehmen neue Bedeutung. Qualifizierte Menschen am Arbeitsplatz haben an den Arbeitsplatz die Erwartung, dort unternehmerisch und kreativ tätig sein zu können. Heute ist die Selbstbestimmung eine der attraktivsten Möglichkeiten (vgl. Sprenger, 2002, S. 28 ff). Wissen, Kreativität und Motivation sind neben vielen anderen vorhandenen Potentialen bei Mitarbeiter_innen vorhanden. Abseits der finanziellen Anreize, braucht es mehr, um die Bereitschaft der Angestellten zu wecken, diese Ressourcen einzubringen (vgl. Haberleitner, Deistler, Ungvari, 2008, S. 16). Mitarbeiter_innen suchen Tätigkeiten, deren Zielsetzung akzeptiert wird, deren Sinn erkennbar ist und die eine Sinnhaftigkeit für das eigene Leben besitzen (Sprenger, 2002, S. 29).

„Für immer mehr Menschen wird Lernen zu einem entscheidenden Merkmal eines motivierenden Arbeitsumfeldes“ (Haberleitner, Deistler, Ungvari, 2008, S. 17).

2.7.2 „Dinge müssen gemeinsam entstehen“ – Führen von multiprofessionellen Teams

Aufgrund diverser Veränderungen, beispielsweise in Bezug auf gesellschaftlichen Wertvorstellungen, bedarf es einer massiven Veränderung der Führungsrollen (vgl. Haberleitner, 2003, S. 18). *„Der Vorgesetzte darf nicht länger Arbeit verteilen und verwalten, nicht mehr nur steuern und machen. Er darf nicht länger nur anweisen, weil nicht mehr er allein wissen kann, wo es langgeht“ (ebd.).*

Demzufolge sind Führungsstile den im Unternehmen gewählten Pflegeorganisationsmodellen anzupassen. Exemplarisch soll hier das Coaching als mögliches passendes Führungsmodell im Kontext Bezugspflege bei dementiell erkrankten Menschen genannt werden. Coaching bedeutet die Entdeckung der mitarbeiterbezogenen, entwicklungs-spezifischen Ressourcen und ermöglicht dem Mitarbeiter, Eigenleistung selbstregulierend zu erhöhen (vgl. Haberleitner et al, 2003, S. 24).

Schlussfolgernd stellt Sprenger dar, dass Mitarbeiter_innen widrige Umstände in Unternehmen besser akzeptieren, je mehr die Beziehung zum Vorgesetzten stimmt (vgl. Sprenger, 1996, S. 162)

2.7.3 „...man baut eine Beziehung auf“ – Pflege- (organisations) - modelle

Laut Schröter soll die Pflege als ganzheitlicher humanistischer Akt verstanden werden im Gegensatz zum funktional-differenzierten Prozess. Der derzeitige Wandlungsprozess in der Pflege von der Funktionspflege hin zur Bezugspflege verläuft sehr schleppend (vgl. Schröter, 2006, S. 167).

Dem ÖBIG-Pflegebericht von 2007 zufolge wird in 23% der Betreuungssituationen in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und in der mobilen Pflege die Funktionspflege angewandt, in 25 % die Zimmerpflege, in 44 % die Gruppenpflege und in 42% die Bezugspflege (vgl. BMSG/ ÖBIG; 2007, S. 45). „*Die Verteilung der Pflegesysteme pro Setting zeigt, dass im Krankenhaus und im Alten- und Pflegeheim vorwiegend die Gruppenpflege, in der Mobilen Pflege vorwiegend die Bezugspflege angewandt wird*“ (ebd.).

Zukünftig wird es ein „*Umdenken von medizinischpflegerischen Komponenten hin zu mehr Betreuung und Begleitung*“ (Pochobradsky, 2008, S. 19) geben müssen. Weltweit existieren derzeit unterschiedlichste demenzspezifische Pflegemodelle, die Kunst diesbezüglich ist es, die vorhandenen Konzepte individuell an den jeweiligen Demenzerkrankten anzugleichen (vgl. ebd.). Exemplarisch soll hier das Konzept der Validation nach N. Feil und das psychobiografische Pflegemodell nach E. Böhm genannt werden.

Im folgenden Abschnitt soll nun auf die derzeit geläufigsten Pflegeorganisationssysteme im stationären Rahmen eingegangen werden. „*Das Pflegeorganisationssystem der Funktionspflege findet in einem tätigkeitsorientiertem System statt. Eine Pflegeperson übernimmt entsprechend ihrer Qualifikation und Fähigkeit die Verantwortung für einzelne Tätigkeiten oder eine Gruppe von Tätigkeiten*“ (Rogner, 2009, S. 25). „*Es gibt keine festen Zuständigkeiten der Pflegekräfte für einzelne Patienten oder für Patientengruppen*“ (Schröter, 2006, S. 167). „*Die Rechenschaftspflicht für die Pflegequalität liegt bei der Stationsleitung, jene für die durchgeführte Tätigkeit bei der Pflegeperson, die diese durchgeführt hat*“ (Rogner, 2009, S. 25). Funktionspflege dient vordergründig der Rationalisierung bzw. der Ökonomisierung (vgl. Schröter, 2006, S. 168). Die vordergründig rationalisierten bzw. ökonomisierten Prozesse im Rahmen der Funktionspflege verlieren im Rahmen der ganzheitlichen Begleitung von Menschen mit Demenz und deren sozialen Umwelten an Bedeutung, da aufgrund der interdisziplinären Pflege lange komplexe Kommunikationswege entstehen, die zwingend viele Fehlinformationen in sich bergen.

Herkömmlich gibt es in der Pflegebeziehung urteilsfähige Patienten, in den meisten Fällen sind die Kommunikationsmöglichkeiten bei dementiellen Geschehen reduziert und somit wird die Rationalisierung und Ökonomisierung aufgehoben (vgl. ebd.).

„Beim System der Patientenzuteilung werden eine Gruppe von Patienten eine oder mehrere Pflegepersonen zugeteilt. Die gesamte Verantwortung, Autorität, Autonomie und Rechenschaftspflicht für die Qualität der Pflege bleibt jedoch bei der Stationsleitung“ (Rogner, 2009, S.25, zit. n. Ersser & Tutton 2000). Nachteilig stellen sich bei diesem Pflegeorganisationsmodell die langen Kommunikationswege dar (vgl. ebd.).

„Bei der Gruppenpflege wird eine Gruppe von Pflegenden einer Gruppe von Patienten zugeordnet. die Gruppenleitung spielt hier eine zentrale Rolle, indem sie die Pflichten und Verantwortungen übernimmt, die von der Stationsleitung übertragen wurden“ (Rogner, 2009, S. 23).

Schröter beschreibt die Gruppenpflege als eine ideale Form, um patientenbezogene Einzelverrichtungen in einer kleineren Einheit zusammenzufassen und um pflegerische Kontinuität und individuelle ressourcenorientierte Betreuung zu gewährleisten (vgl. Schröter, 2006, S. 171). Dieses Pflegeorganisationsmodell stellt derzeit gerade im Osten von Österreich Grundlage für eine reflektierte Auseinandersetzung bzw. Hinterfragung der Effizienz am Pflegesektor dar. Rogner beschreibt weiters drei große Problemfelder bei der Gruppenpflege. Die Aufspaltung der Pflegehandlungen führt zu verschiedenen Ansprechpersonen für die Patient_innen, dies stellt gerade in der Betreuung dementiell erkrankter Menschen, wo eine tragfähige professionelle Beziehung grundlegend sein muss, einen irritierenden Faktor dar. Weiters kommt es zu sehr komplexen Kommunikationsstrukturen, bedingt durch die verschiedenen Hierarchieebenen. Als letzten kritischen Punkt nennt Rogner die fehlende Verantwortungsübernahme der Pflegepersonen aufgrund der nicht definierten Zuständigkeiten im Rahmen des Pflegeprozesses (vgl. Rogner, 2009, S. 24, zit. n. Manthey 2005).

Bei der vierten derzeit aktuellen Form der Pflegeorganisation, der Bezugspflege, wird die Betrachtung des Menschen in seiner Ganzheit versucht und das Ziel der Betreuung stellt eine partnerschaftliche therapeutische Pflegebeziehung dar.

Die Grundlage dafür bildet das in den 70er Jahren begründete Pflegesystem des Primary Nursing (vgl. Schröter, 2006, S. 173). Rogner beschreibt anhand von Literatur von Ersler und Tutton (2000) die vier Kernelemente dieses Bezugspflegemodells – Kontinuität der Pflege, Pflegeplanender ist zugleich Pflegedurchführender, direkte Kommunikation und klare Vorgaben hinsichtlich Verantwortung, Autorität, Autonomie und Rechenschaftspflicht (vgl. Rogner, 2009, S. 12). „*Primary Nursing ist [...] kein Garant für eine hohe Qualität in der Pflege, aber es ermöglicht den Mitarbeitern auf der Höhe ihrer Leistungsfähigkeit zu arbeiten. [...] Der Vorteil ist, dass die Pflegequalität sofort sichtbar wird und die zuständige Pflegekraft, welche die Verantwortung hat, zur Rechenschaft gezogen werden kann*“ (Rogner, 2009, S. 13). Laut einem Studienergebnis der ÖBIG von 2007 reduziert die Anwendung von Bezugspflege das subjektive Belastungsgefühl der Pflegepersonen signifikant, weiters wirkt sich dieses Betreuungsmodell positiv auf subjektive Überforderungsgefühle bei Pflegepersonen aus (vgl. BMSG/ ÖBIG, 2007, S. 47 f).

Nennenswert scheint ebenso die reduzierte Kompetenzüberschreitung von Hilfskräften hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes im Vergleich zu anderen Pflegemodellen (vgl. BMSG/ ÖBIG, 2007, S. 69).

Rogner ordnet diese vier genannten stationären Pflegeorganisationssysteme auf den ambulanten Bereich annähernd, jedoch nicht deckungsgleich, wie folgt zu: Funktionspflege wird im ambulanten Bereich zum funktionsbezogenem arbeitsteiligen System, die Patient_innenzuteilung wird zum Tourensystem, die Gruppenpflege zur Zuordnung aufgrund spezieller Qualifikationen und die Bezugspflege wird im ambulanten Bereich zur speziellen Zuordnung (vgl. Rogner, 2009, S. 69 ff).

Laut einer NEXT-Studie zur Forschungsfrage „Wirken sich unterschiedliche Pflegeorganisationsformen/ Pflegesysteme auf die Zufriedenheit mit den Möglichkeiten der individuellen Patientenversorgung aus?“ weist die Bezugspflege, beispielsweise vom qualitativen Standpunkt aus betrachtet eine hohe Zufriedenheit unter den Pflegepersonen, auf (vgl. URL: www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1).

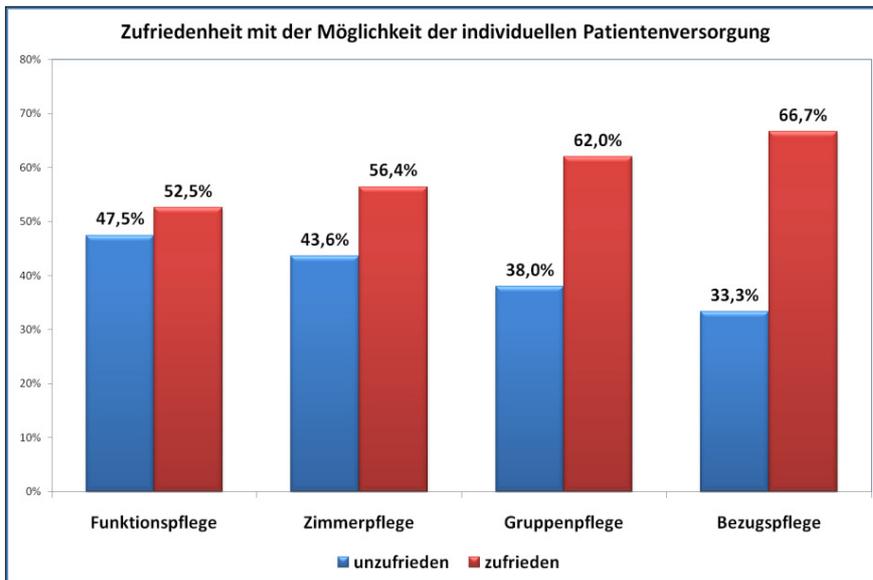


Abbildung 2.7.3-1: Zufriedenheit mit der Möglichkeit der individuellen Patient_innenversorgung im Rahmen der Funktionspflege, Zimmerpflege, Gruppenpflege und Bezugspflege (URL: www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1)

Von Dezember 2001 bis Dezember 2003 veranlasste Weyerer und Schäufele eine Evaluierung der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Hier wurden zwei Bereiche näher betrachtet – die segregative und die teilsegregative Dementenbetreuung. Das segregative Modell ist gekennzeichnet durch die „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung von Demenzkranken in speziellen Wohnbereichen. Demgegenüber steht die teilsegregative Betreuungsform. Hier leben dementiell erkrankte Menschen mit nicht dementen Bewohner_innen in einem Wohnbereich, die dementen Bewohner_innen werden untertags für gewisse Zeiten in speziellen Gruppen betreut.

Es zeigte sich, dass – mit Ausnahme des sozialen Klimas – die Arbeitssituation von den Beschäftigten in der besonderen Dementenbetreuung signifikant günstiger beurteilt wurde als von den Pflegekräften der traditionellen Einrichtungen. Erfreulicherweise war bei den Beschäftigten in der besonderen Dementenbetreuung im Vergleich zu denjenigen in der traditionellen Pflege sowohl die Arbeitsbelastung als auch die Häufigkeit depressiver Symptome deutlich niedriger (URL: <http://www.gender-mainstreaming.net/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Demenz-aktuelle-Forschung-und-projekte,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf#page=33>).

2.7.4 „Ich habe ein weit gefächertes Tätigkeitsfeld“ – Aufgabenprofile verschiedener Berufsgruppen

Die Begleitung dementiell erkrankter Menschen erfordert eine Kooperation diverser Berufsgruppen, der interdisziplinäre Charakter dieser Teams verlangt untereinander eine Kenntnis hinsichtlich der verschiedensten Aufgabengebiete. Sewtz beschreibt in ihrer Literatur die inhaltlich schwer fassbaren heterogenen Tätigkeitsfelder der Pflegeberufe, neben der pflegerischen Tätigkeit rund um persönliche Bedürfnisse spielt im weiten Sinne die Alltagsbewältigung eine bedeutsame Rolle (vgl. Sewtz, 2006, S. 163).

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz regelt im weitesten Sinne die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe. Im § 13 dieses Bundesgesetzes werden die drei Aufgabengebiete, das eigenverantwortliche, das mitverantwortliche und das interdisziplinäre des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, definiert.

Der größte Aufgabenbereich, im § 14 näher beschrieben, stellt der eigenverantwortliche dar, mit der Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und der Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen, die Gesundheitsförderung und –beratung, die Pflegeforschung und die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege (vgl. GuKG, 2004, S. 43). Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich, der im § 15 näher angeführt ist, umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung (vgl. GuKG, 2004, S. 47). Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich, der im § 16 beschrieben ist, umfasst insbesondere die Vorbereitung der Patient_innen und deren Angehörige auf die Entlassung beispielsweise aus einer Krankenanstalt und die Hilfestellung bei der Weiterbetreuung (vgl. GuKG, 2004, S. 60 f). Der § 84 regelt die Tätigkeitsbereiche der Pflegehilfe. Diese umfassen einerseits die Durchführung von pflegerischen und diagnostischen Maßnahmen und andererseits die Mitarbeit bei therapeutischen Verrichtungen inklusive die soziale Betreuung und die Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten (vgl. GuKG, 2004, S. 182).

Im Jahr 2008 wurde das Tätigkeitsprofil der Fachbetreuer_innen A (ehemals Altenfachbetreuer_innen) im Sozialbetreuungsberufegesetz festgelegt.

Vordergründig steht hier der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich mit beispielsweise den präventiven, unterstützenden, aktivierenden, reaktivierenden, beratenden, organisatorischen Maßnahmen zur täglichen Lebensbewältigung, die individuelle Begleitung bei der Sinnfindung und Neuorientierung im Alter und die Koordination von Ehrenamtlichen (vgl. URL:

www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrT&Gesetzesnummer=20000398 [2010-08-15]).

Im 360. Bundesgesetz, dem Psychologengesetz, wird der Kompetenzbereich dieser Berufsgruppe im §3 (1) geregelt. Nach der Aneignung der fachlichen Grundlagen, der wissenschaftlich-psychologischen Erkenntnisse und Methoden, ist diese Berufsgruppe berechtigt, Untersuchungen, Auslegungen dieser Untersuchungsergebnisse, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen durchzuführen (vgl. URL: www.boep.eu/fileadmin/editor_upload/Psychologengesetz.pdf [2010-08-31]).

Eine weitere Berufsgruppe im Kontext Demenz ist die der Diplompsychogerontologin, deren Aufgabenbereich die Erarbeitung fachlicher Inhalte der letzten Lebensphase, der Diagnostik, die Beratung beispielsweise von Angehörigen, die Organisation und Planung für leitende Aufgaben in den Bereichen der Altenarbeit beinhaltet (vgl. URL: www.geronto.uni-erlangen.de/pdfs/MScGerontologie_Leitbilder.pdf [2010-08-31]).

Die sehr unterschiedlichen Aufgabengebiete der im Kontext Demenz arbeitenden Berufsgruppen erfordern eine grundlegende Kenntnis und in weiterer Folge eine Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit. In diesem Zusammenhang seien weiters die Kompetenzübertretung genannt. Gerade Hilfskräfte überschreiten ihr eigentliches Aufgabenfeld im Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes laut ÖBIG-Studie von 2007 um 80 Prozent. Im Zusammenhang diesbezüglich stehen die lange Beschäftigungszeit der Hilfskräfte, eine hohe Anzahl an zu betreuenden Klient_innen pro Tag, die mangelnde Kenntnis in Bezug auf Berufs- und Dienstrecht seitens der Führungspersonen, ergänzend soll hier auch noch die Schwäche in diversen Ablauforganisationen genannt sein (vgl. BMSG/ ÖBIG, 2007, S, 68 ff).

2.7.5 „Man lernt sehr viel!“ – Fachliche und persönliche Entwicklung

Pflegequalität verbessern heißt Lebensqualität verbessern. Die Betreuung dementiell erkrankter Menschen stellt eine herausfordernde Aufgabe im Bereich der Pflege dar. Im Rahmen dessen kommt es beim Betreuungspersonal neben der fachlichen Kompetenzerweiterung auch zu einer Persönlichkeitsentwicklung. Leuthe beschreibt diese Entwicklung in den Bereichen Erkennen von Zusammenhängen durch vertiefende Auseinandersetzung, Empfindungsfähigkeit, bewusstes Sein und Erweiterung der unterschiedlichen Lösungsstrategien (vgl. Leuthe, 2009, S. 15). *„Wahrnehmung, Handlung und Sprache sind die Dimensionen, in denen sich Pflegekompetenz entfaltet“* (Leuthe, 2009, S. 11).

„Überforderung von Pflegenden, vorwiegend verursacht durch fehlendes Wissen über neurologisch beeinträchtigende Faktoren, Nichtbeachtung von lebensweltlich bedeutsamen Schlüsselerlebnissen der Bewohnerinnen, entpersonalisierte Tendenzen des Pflegepersonals, der geringe Zeitaufwand, der für Pflegetätigkeiten zur Verfügung gestellt wird sowie lebensweltlich zerstörerische Impulse eines Pflegeheims können als Spiegelphänomene einer dementiellen Erkrankung verstanden werden. Durch Missverständnis und Störungen, [...], entsteht herausforderndes Verhalten, das sichtbar und vordergründig zum eigentlichen Problem wird und letztendlich zu vermehrter Pflegebedürftigkeit führt“ (Höwler, 2007, S. 47 f). Die deutsche Wissenschaftsjournalistin Biermann beschreibt in ihrer Literatur die unzähligen Fehlentscheidungen hinsichtlich Pflege aufgrund der mangelnden Qualifizierung der beteiligten Berufsgruppen (vgl. Biermann, 2009, S. 109).

In der Pflege ist es außerdem an der Zeit, sich vom *„Management by Heartbeat“* (Harris, Klie, Ramin, 1995, S. 11) und von gut gemeinten teils unkoordinierten Pflegehandlungen zu verabschieden. Diese beiden Strategien enden schlussendlich in einem Ausbrennen der Mitarbeiter_innen (vgl. ebd.).

Das Lernen bei Mitarbeiter_innen stellt sich immer mehr in den Mittelpunkt als Kriterium für einen motivierenden Arbeitsplatz (vgl. Haberleitner et al, 2008, S. 17). Eine zentrale Führungsaufgabe stellt die Ermöglichung individueller Abgrenzung und Weiterentwicklung der professionell Pflegenden dar (vgl. Schröter, 2006, S. 181).

Neben Kursen und Seminaren wird immer mehr direkt am Arbeitsplatz gelernt - problem- und bedarfsorientiert (vgl. Haberleitner et al, 2008, S. 17).

2.7.6 „...ein gut zusammengespieltes Team aus verschiedenen Berufsgruppen“ – Netzwerkarbeit

„Die Betreuung ist eine interdisziplinäre Teamarbeit der gesamten Einrichtung, die dann Erfolg hat, wenn die einzelnen Teammitglieder die Zusammenhänge verstehen, ihre eigene Rolle kennen und ernst nehmen, was Fachkompetenz, Respekt und Wille zur Zusammenarbeit voraussetzt“ (Pochobradsky, 2008, S. 13).

Die Fähigkeit von pflegenden Personen, eigene und fremde Grenzen zu erkennen und damit konstruktiv umzugehen, stellt eine der Kernkompetenzen dar (Kastner, Löbach, 2007, S, 87).

Mehrfacherkrankungen und Pflegebedürftigkeit, wie dies bei der Diagnose Demenz im Vordergrund steht, stellen für den Erkrankten einen Einschnitt dar. Dies erfordert für den Betroffenen und dessen betreuendes Umfeld ein hohes Maß an Organisationsarbeit. Die im Rahmen der Erkrankung erforderlichen Prozesse werden in einem sehr engen Bezug zum sozialen Umfeld bewältigt. Aufgrund dessen ist die Begleitung in diesen vernetzenden Bereichen, zum Beispiel zwischen ambulanter und stationärer Betreuung oder zwischen professioneller Betreuung oder Betreuung durch Angehörige zukünftig ein wesentlich werdender Schwerpunkt (vgl. Schröter, 2006, S. 71). Dammann und Gronemeyer beschreiben in diesem Zusammenhang die notwendige Installation eines „Bürger-Prof-Mix“ (vgl. Dannemann, Gronemeyer, 2009, S. 137). Laut einer Studie von Seidl und Labenbacher benötigen Angehörige von demenzkranken Menschen über den gesamten Zeitraum der Pflegeübernahme multiprofessionelle Begleitung (vgl. Seidl, Labenbacher, 2007, S. 116). *„Sie wünschen sich von professionellen Helfern einen ganzheitlichen Blick auf ihre Pflegesituation und auf die Erkrankung ihres Familienmitgliedes und keine ausschnitthafte, von der Profession abhängige Betrachtung des Unterstützungsbedarfs“* (ebd.).

Sewtz beschreibt Netzwerke als Möglichkeit, formelle oder informelle Informationen untereinander zu übermitteln.

Des Weiteren erfüllen Vernetzungsforen Unterstützung in sozialen Belangen, Austauschmöglichkeit hinsichtlich Erfahrungen und eine fachliche Kompetenzerweiterung durch kollegiale Beratung (vgl. Sewtz, 2006, S. 202). Verbindende Aufgabenbereiche, wie beispielsweise das Planen von weiteren Vorgehensweisen und das Entwickeln von diversen Handlungsstrategien durch involvierte Personen verschiedenster Berufsgruppen stellen zudem eine Auflösung der Grenzen im Arbeiten mit dementiell erkrankten Menschen dar (Kastner, Löbach, 2007, S. 87).

„Der gesamte Pflegeprozess sollte in regelmäßigen Fallbesprechungen durch die Bezugspersonen und soweit möglich unter Einbeziehung der Betroffenen konsentiert bzw. gemeinsam abgesprochen werden“ URL: [http://www.gender-mainstreaming.net/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Demenz-aktuelle-Foschung-und-projekte.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf#page=\[2010-09-25\]](http://www.gender-mainstreaming.net/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Demenz-aktuelle-Foschung-und-projekte.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf#page=[2010-09-25])). *„Wer letztlich in einer Versorgungsregion die Führung in der Vernetzung übernimmt, ist zweitrangig, bedeutsam ist vielmehr der Wille aller Beteiligten, das Konkurrenzdenken beiseite zu legen und sich offen für Kooperationen zu zeigen“* (Kastner, Löbach, 2007, S. 185). Seidl und Labenbacher setzen sich außerdem in einem internationalen Literaturvergleich mit dem Begriff Case Management auseinander und stoßen dabei auf die von der Case Management Society of America verwendeten Definition von Case Management (vgl. Seidl, Labenbacher, 2007, S. 123). *„...einen kooperativen Prozess, in dem Versorgungsangebote und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen abzudecken“* (Seidl, Labenbacher, 2007, S. 123 f, zit. n. Ewers, 2000).

3 Forschungsfrage

Mit Hilfe der folgenden Forschungsfrage sind die beeinflussenden Faktoren auf Fluktuation im Demenzbereich basierend auf den Ergebnissen der Interviews festzulegen.

„Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Fluktuation von Personen in Berufen, die dementiell erkrankte Menschen begleiten?“

4 Systemabgrenzung

Jede Forschungsarbeit ist gekennzeichnet durch klare Grenzen hinsichtlich des Untersuchungsrahmens. Die Definition dessen ist wesentlich, denn nur innerhalb dieser haben die gewonnenen Erkenntnisse eine Gültigkeit. Die Systemabgrenzung passiert in den Bereichen Sachlichkeit, Räumlichkeit und Begrenzung im zeitlichen Kontext.

4.1 Sachlich

Der Inhalte dieser Forschungsarbeit ist die Darlegung der beeinflussenden Faktoren auf Berufsfluktuation bei Personen, die mit dementiell erkrankten Menschen und deren sozialem Umfeld arbeiten. Basierend auf den Ergebnissen soll dargelegt werden, welche Faktoren den Verbleib von Personen in der Dementenbegleitung sicherstellen können. In weiterer Folge können davon mögliche innerbetriebliche Strategien hinsichtlich „along the job, into the job, along the job, out the job, near the job“ abgeleitet werden und damit der hohen Fluktuation in diesem speziellem Bereich entgegengewirkt werden.

4.2 Räumlich

Die recherchierte Literatur bezieht sich auf den deutschsprachigen Raum. Die Interviews sind auf den westösterreichischen Raum beschränkt, mit Ausnahme einer Befragten aus Niederösterreich. Somit haben die Ergebnisse reduziert auf den westösterreichischen Bereich ihre Gültigkeit.

4.3 Zeitlich

Tabelle 4.3-1: Ablaufplanung für die Forschungsarbeit vom März 2010 bis Dezember 2010

Aufgabe	Mär.10	Apr.10	Apr.10	Mai.10	Jun.10	Jul.10	Aug.10	Sep.10	Okt.10	Nov.10	Dez.10
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

Legende: 1 Themenfindung, 2 Literatursammlung, 3 Fragestellung, 4 Textproduktion, 5 Interviews und Transkription, 6 Inhaltsanalyse und Interpretation, 7 Fertigstellung der Arbeit, 8 Korrekturen

Die analysierte Literatur bezieht sich auf den Zeitraum 1995 bis 2010. Sämtliche gewonnenen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit haben für September und Oktober 2010 Gültigkeit.

5 Auswahl der Interviewpartner_innen und Festlegung der Untersuchungsmethode

5.1 Auswahl der Interviewpartner_innen

Die Zielgruppe für diese empirische Studie sind Personen, die länger als fünf Jahre demenziell erkrankte Menschen und deren Familien professionell begleiten. Ausgehend von der Tatsache, dass die multiprofessionelle Begleitung dieser Klient_innengruppe im Zentrum steht, sollen die Personen der Zielgruppe verschiedene facheinschlägige Professionen aufweisen und in unterschiedlichen Organisationen tätig sein. Aufgrund der eingeschränkten Interviewbereitschaft von einer Berufsgruppe kommt es bei der Auswahl der Interviewpartner_innen zu einem nicht ausgewogenen Verhältnis aller facheinschlägig tätigen Berufsgruppen.

5.2 Art der Befragung

Es gibt eine große Vielfalt unterschiedlicher Typen qualitativer Interviews, beispielsweise das fokussierte Interview und das narrative Interview. Bevor die Variante des Interviews festgelegt wird, ist es erforderlich, sich mit gewissen Fragen auseinanderzusetzen. Exemplarisch dafür sollen hier folgende genannt werden:

- Soll das Interview offen auf Basis weniger vorher festgelegter Fragen geführt werden?
- Soll das Interview im Mittelpunkt beispielsweise einen Film haben und der Erörterung dessen eine wesentliche Bedeutung zukommen oder soll im Interview ein breites Repertoire von Themen angesprochen werden?

Eine häufige Form im qualitativen Forschungsbereich ist das teilstandardisierte Interview. Die Forscher_innen orientieren sich dabei an einem Interviewleitfaden, dieser lässt Raum offen für beispielsweise ergänzende Fragen und für Nachfragen.

Für die Forschungsarbeit wurde die Form des teilstandardisierten Interviews gewählt.

5.2.1 Erstellung des Interviewleitfadens

In der hier vorliegenden Arbeit wird ein semi- oder teilstrukturierter Interviewleitfaden verwendet, der Raum offen lässt für beispielsweise ergänzende Fragen und für Nachfragen (siehe Tabelle 5.3.2-1).

5.2.2 Pretest

Der Begriff „*Pretest*“ stammt aus der empirischen Sozialforschung und bezeichnet die qualitative Verbesserung von Erhebungsinstrumenten nach der Durchführung eines Probeinterviews. Dadurch können mögliche Misserfolge bei der Erhebung reduziert werden (vgl. Titscher/Meyer/Mayrhofer, 2008, S. 273).

Nach Fertigstellung des Interviewleitfadens (Version 1) wurde vor Beginn der Untersuchung das teilstandardisierte Interview mit einer Person durchgeführt, um die daraus gewonnenen Erkenntnisse in den Interviewleitfaden (Version 2) einzuarbeiten. Im Rahmen des Interviews werden ausschließlich Fragen zur Person des Interviewten, offene Fragen und eine Skalierungsfrage (zehnteilige Skala) eingesetzt.

Tabelle 5.3.2-1: Gegenüberstellung des Interviewleitfadens der Version 1 und der Version 2

Fragen des Interviewleitfadens Version 1	Fragen des Interviewleitfadens Version 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. demografische Daten bzgl. Alter und Geschlecht 2. Wie lange arbeiten Sie bereits mit dementiell erkrankten Menschen? 3. Welche beruflichen Qualifikationen stehen Ihnen zur Verfügung? oder Welche beruflichen Qualifikationen haben Sie? 4. Wie glücklich sind Sie derzeit in Ihrem Tätigkeitsbereich (auf einer Skalierung von 0-10? [0 = nicht zufrieden, 10 = sehr zufrieden]) 5. Welche Faktoren sind ausschlaggebend, dass Sie im Bereich der Dementenbetreuung arbeiten? 6. Welche Veränderungen würde es brauchen, damit Sie in der angegebenen Skalierung eine höhere Punkteanzahl angeben würden? oder Welche Veränderungen würde es brauchen, damit Sie weiterhin auf dem Gebiet der Dementenbetreuung tätig sind? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. demografische Daten bzgl. Alter und Geschlecht 2. Wie lange arbeiten Sie bereits mit dementiell erkrankten Menschen? 3. Welche beruflichen Qualifikationen stehen Ihnen zur Verfügung? 4. Wie zufrieden sind Sie derzeit in Ihrem Tätigkeitsbereich (mit Hilfe einer Skalierung von 0 bis 10)? [0 = nicht zufrieden, 10 = sehr zufrieden] 5. Welche Veränderungen würde es brauchen, damit Sie in der angegebenen Skalierung eine höhere Punkteanzahl (z.B. um 2 Punkte mehr) angeben würden? 6. Welche Faktoren waren ausschlaggebend, <ul style="list-style-type: none"> · dass Sie im Bereich der Dementenbetreuung begonnen haben? · dass Sie derzeit in diesem Bereich arbeiten? · dass Sie auch in Zukunft in diesem Bereich arbeiten werden/möchten? 7. Welche Faktoren sind aus Ihrer Sicht ausschlaggebend, wenn Personen den Bereich der Dementenbetreuung als Berufsfeld verlassen? Wenn Sie Betroffene kennen, aus welchen Gründen hat diejenige/derjenige den Bereich verlassen? Nennen Sie bitte die aus Ihrer Sicht drei Wichtigsten! 8. Wenn Sie die Möglichkeit/Macht hätten, in der Dementenbetreuung substanziell etwas zum Positiven zu verändern – was wäre das?

5.3 Befragungsablauf

Nach der Evaluation des ersten Interviewleitfadens und der Festlegung der Interviewpartner_innen fanden die Befragungen zu folgenden festgelegten Terminen in Form eines „face-to-face“-Interviews statt. Die Interviews wurden ausnahmslos persönlich von der Forscherin durchgeführt. Die befragten Personen hatten im Vorfeld keine Möglichkeit, sich inhaltlich auf dieses Interview vorzubereiten. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und das Datenmaterial liegt in zweifach gesicherter Form vor.

Tabelle 5.4-1: Durchführungsdatum und Dauer der Interviews

Interviewnummer	Datum des Interviews	Dauer des Interviews
74	22.10.2010	12 Min. 32 Sek.
77	22.10.2010	25 Min. 08 Sek.
78/79	22.10.2010	16 Min. 74 Sek.
80	22.10.2010	30 Min. 26 Sek.
81	22.10.2010	22 Min. 42 Sek.
84	25.10.2010	14 Min. 17 Sek.
85	26.10.2010	24 Min. 02 Sek.
86	26.10.2010	15 Min. 48 Sek.
89	27.10.2010	31 Min. 05 Sek.
87	27.10.2010	37 Min. 57 Sek.
88	27.10.2010	16 Min. 31 Sek.
90/91	30.10.2010	26 Min. 09 Sek.
Summe		ca. 6 Stunden

5.4 Datenaufbereitung

5.4.1 Transkription

Transkripte stellen Gespräche und personenbezogenes Verhalten für wissenschaftliche Analysen dauerhaft dar. Diese Form der Aufzeichnungen ist als eine Ergänzung zu Tonbandaufnahmen zu sehen (vgl. Flick et al, 2003, S. 438). Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Verschriftlichung. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurde die Methode der Standardorthographie ergänzt durch die phonetische Umschrift angewandt. Diese Transkriptionsmöglichkeiten orientieren sich einerseits an den Normen der geschriebenen Sprache und werden ergänzt durch beispielsweise Auslassen einzelner Laute oder dem Verstärken von Aussagen durch „mhm“, „ah“ (vgl. Flick et al, 2003, S. 441). Das verwendete Transkriptionsformat ist für die vorliegende Forschungsarbeit die Zeilenschreibweise. Aufeinanderfolgende Gesprächsbeiträge werden hier jeweils mit einer neuen durchnummerierten Transkriptzeile begonnen. In den Transkripten signalisiert der Buchstabe „A“ die Aussagen der Forscherin und der Buchstabe „B“ die Aussagen der Interviewpartner_innen.

5.4.2 Die qualitative Inhaltsanalyse

Ein Auswertungsinstrument für Leitfadeninterviews stellt die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring dar. Diese systematische Technik ermöglicht es, Datenmaterial in Form von transkribierten Interviews zu sichten, zu zerlegen und schrittweise zu analysieren und zu bearbeiten (vgl. Mayring, 2002, S. 114). Die Leitidee dieser Auswertungsstrategie stellt der reflektierte Austausch zwischen gewonnenen Daten und den theoretischen Vorkenntnissen dar. Diese Reflexion ist ein laufender Prozess beginnend bei den Interviews, der das Infragestellen beziehungsweise das Bestätigen von diversen theoretischen Angaben schlussfolgernd sein lässt (vgl. Flick et al, 2003, S. 448 ff).

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden drei Formen des Interpretierens unterschieden:

- Zusammenfassung: Zielführend sollte bei dieser Analyse die maximale Reduktion des Datenmaterials sein. In weiterer Folge wird durch Abstraktion eine überschaubare Sammlung von Informationen gewonnen.
- Explikation: Ziel dieser Analyse stellt das Hinterlegen von fraglichen Textbausteinen durch theoretisches Material dar. Dadurch wird das Verständnis erweitert und unklare Textstellen werden damit erläutert.
- Strukturierung: Bei dieser Analyseform werden bestimmte Teilaspekte aus dem Transkriptionsmaterial herausgeschält und unter Zuhilfenahme vorher definierter Kriterien wird ein Querschnitt durch das Material gelegt (vgl. Mayring, 2008, S. 58).

Mayring (2008) stellt den Ablauf der Inhaltsanalyse zusammenfassend wie folgt dar:

Abschnitt 1: Analyseeinheiten werden bestimmt.

Abschnitt 2: Inhaltsrelevante Textabschnitte werden auf ein einheitliches Sprachniveau gesetzt. Diesen Arbeitsschritt nennt man Paraphrasierung.

Abschnitt 3: Die Paraphrasen werden generalisiert und auf ein abstraktes Niveau gebracht.

Abschnitt 4: Die erste Reduktion der Generalisierungen findet statt. Paraphrasen werden selektiert.

Abschnitt 5: Die zweite Reduktion beinhaltet die Zusammenfassung von ähnlichen Paraphrasen.

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit werden circa sechs Stunden Interviewmaterial mit zwölf Befragten transkribiert. Dies ergibt in Summe 62 Seiten Transkriptionsmaterial mit 719 Paraphrasierungen und Generalisierungen. Nach der ersten und zweiten Reduktion und dem Zusammenfassen von ähnlichen Paraphrasen ergibt dies 30 Kategorien.

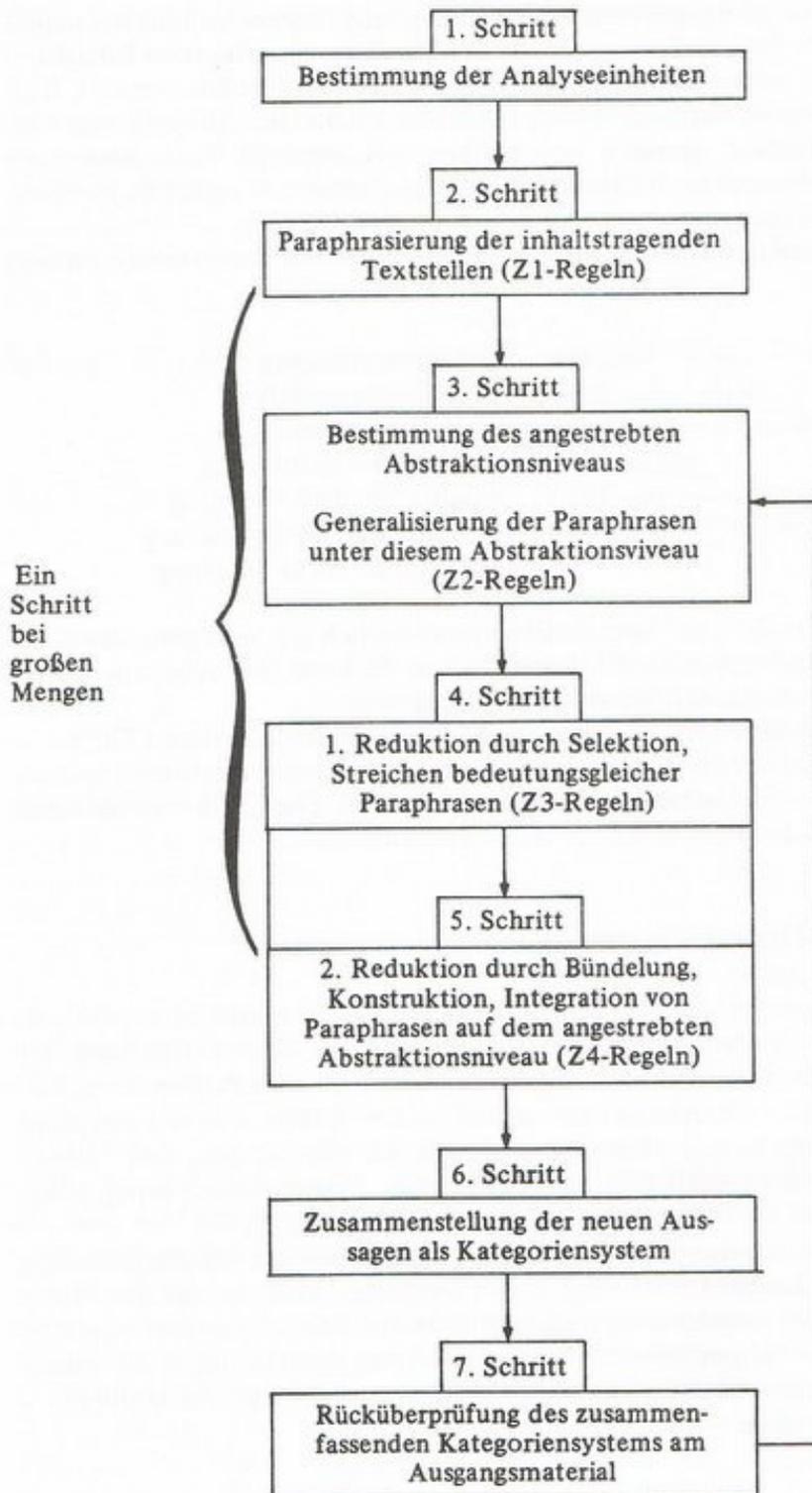


Abbildung 5.5.2-1: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2008,

S. 60)

6 Ergebnisse der Befragung

6.1 Auswertung der demografischen Befragungsergebnisse

Tabelle 6.1-1: Darstellung der demografischen Daten der Interviewpartner_innen in einer Gesamtansicht

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
74	w	0	j	50	Teilzeit	Tagestherapiezent-	10	P	V, FB	8
77	m	1	j	31	geringfügig	Beratung	12	D	FB	6
78/7	w	0	j	41	Teilzeit	ambulant	8,5	D	S, St, D,	8
80	w	2	j	38	Teilzeit	Beratung	23	G	V, P, FB	9
81	m	1	j	51	Teilzeit	ambulant	13	D	B, St, 2.D	8
85	m	2	j	35	Teilzeit	ambulant	6,5	AF	V, P, FB	8,5
86	w	2	j	42	Teilzeit	stationär	7	PH	FB	7
84	w	0	j	50	Vollzeit	Beratung	25	D	V, B, P,	10
87	w	0	j	49	Teilzeit	ambulant	11	PH	FB	9
88	w	1	j	45	Vollzeit	stationär	12	D	V, FB	7
89	m	0	j	58	Vollzeit	ambulant	20	D	B, 2.D,	8
90/9	w	1	j	37	Teilzeit	ambulant	9	D	2.D, FB	6,5

Legende:

1 Geschlecht

2 Anzahl der erziehungspflichtigen Kinder im selben Haushalt

3 aufrechte Lebensgemeinschaft/ Ehe

4 Alter

5 Beschäftigungsausmaß

6 Tätigkeitsbereiche

7 Erfahrung in der Betreuung dementiell erkrankter Menschen in Jahre

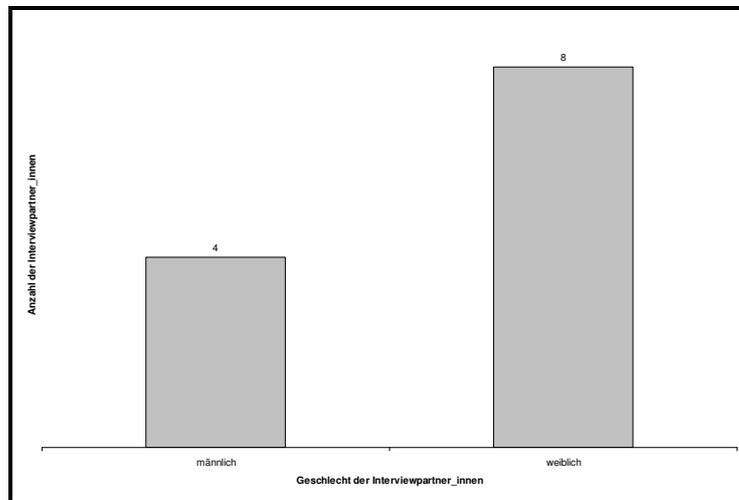
8 Qualifikation (D = DGKS/-P, PH = Pflegehilfe, AFB = Altenfachbetreuer_in, P = Psychologin, G = Gerontologin)

9 zusätzliche Qualifikationen (V = Validation nach Feill, B = psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm, S = Supervision, St = Studium, P = Palliativ Care mit Schwerpunkt Demenz, 2. D = 2. Diplom (z. B. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege), FB = demenzspezifische Fortbildungen)

10 Zufriedenheitswerte

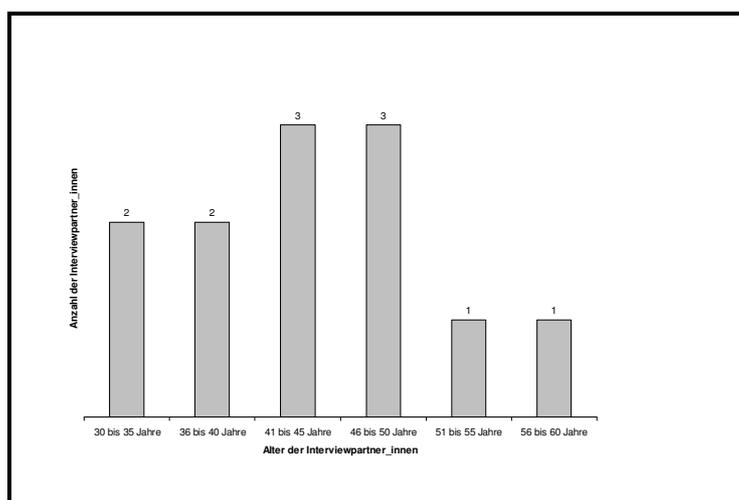
Acht der zwölf Interviewpartner_innen sind Frauen (siehe Tabelle 6.2-1).

Tabelle 6.1-2: Interviewpartner_innen (n=12) nach Geschlecht



Die Interviewten können in vier Altersgruppen unterteilt werden. Jeweils ein Viertel ist 41 bis 45 Jahre und 46 bis 50 Jahre alt. Beim restlichen Anteil der Befragten sind zwei Personen zwischen 30 bis 35 Jahre alt, zwei Personen zwischen 36 bis 40 Jahre alt, eine zwischen 51 und 55 Jahre und die dritte Person zwischen 56 und 60 Jahre. Das Durchschnittsalter der befragten Personen beträgt 39,8 Jahre.

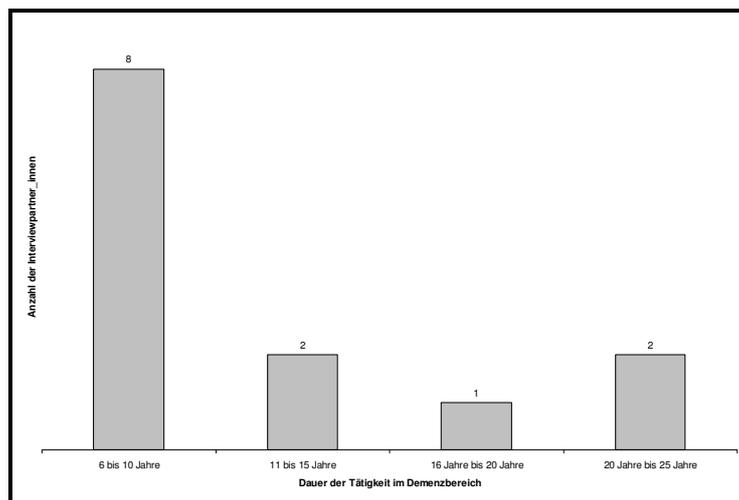
Tabelle 6.1-3: Interviewpartner_innen (n=12) nach Alter in Klassen



Hinsichtlich der Dauer der Tätigkeit der Interviewpartner_innen in diesem Tätigkeitsfeld zeigt sich ein uneinheitliches Bild (siehe Tabelle 6.1-4). Acht Personen arbeiten seit sechs bis zehn Jahren im Demenzsektor.

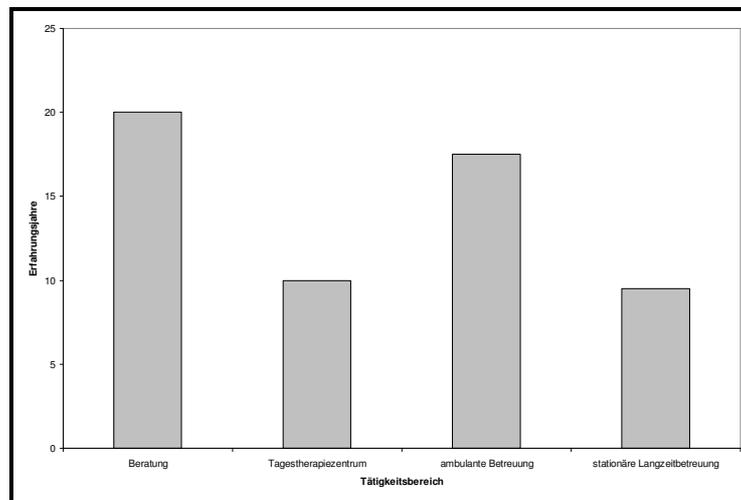
Zwei Personen arbeiten 11 bis 15 Jahre, eine Person arbeitet 16 bis 20 Jahre und zwei Personen arbeiten 20 bis 25 Jahre in diesem Bereich. Im Schnitt sind diese Personen zum Zeitpunkt der Befragung bereits 12,2 Jahre mit dieser Aufgabe betraut.

Tabelle 6.1-4: Interviewpartner_innen (n=12) nach der Dauer der Tätigkeit im Demenzbereich



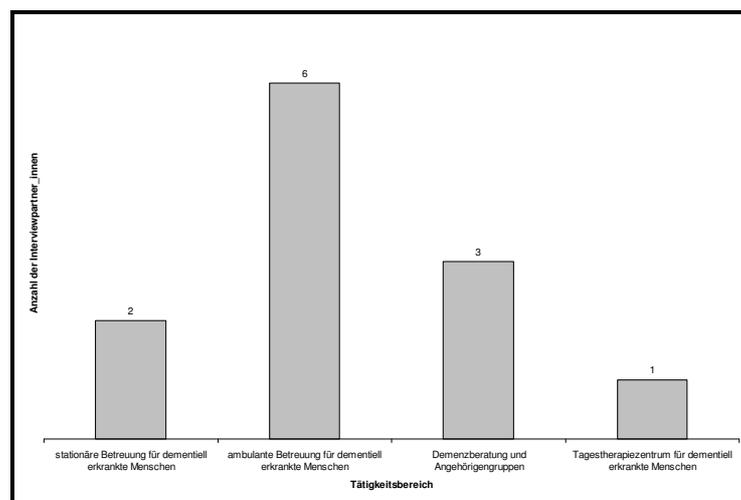
Die Tabelle 6.1-5 zeigt differenzierter die durchschnittlichen Erfahrungsjahre im Demenzsektor in den jeweiligen Tätigkeitsbereichen auf. Interviewpartner_innen, die in der Beratung tätig sind, verfügen im Durchschnitt über 20 Jahre Erfahrung in der Demenzenbegleitung. Personen, die ambulant betreuen, können im Schnitt 17,5 Erfahrungsjahre in diesem Bereich vorweisen. Betreuer_innen in stationären Langzeiteinrichtungen verfügen im Schnitt über 9,5 Jahre im Demenzbereich. Die Interviewpartner_in, die als einzige in einem Tagestherapiezentrum für dementiell erkrankte Menschen arbeitet, verfügt über zehn Jahre Erfahrung in diesem Sektor.

Tabelle 6.1-5: Interviewpartner_innen (n=12) nach der durchschnittlichen Anzahl der Erfahrungsjahre in den angeführten Tätigkeitsbereichen



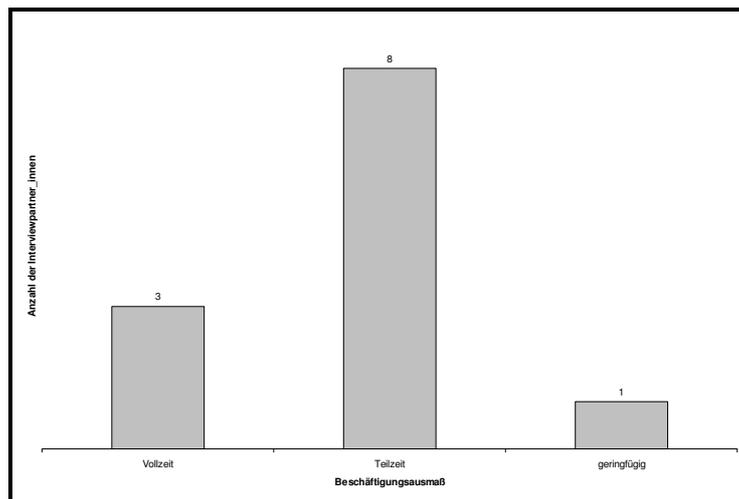
Wird das Tätigkeitsfeld der Interviewpartner_innen betrachtet, geht aus der Auswertung hervor, dass sechs Personen in der ambulanten Begleitung tätig sind. Zwei der befragten Personen sind in der stationären Betreuung dementiell erkrankter Menschen beschäftigt. Drei Personen arbeiten in der Demenzberatung und in der Angehörigenbegleitung. Eine Person ist in einem Tagestherapiezentrum für dementiell erkrankte Menschen beschäftigt.

Tabelle 6.1-6: Interviewpartner_innen (n=12) nach der Art der Tätigkeit im Demenzbereich



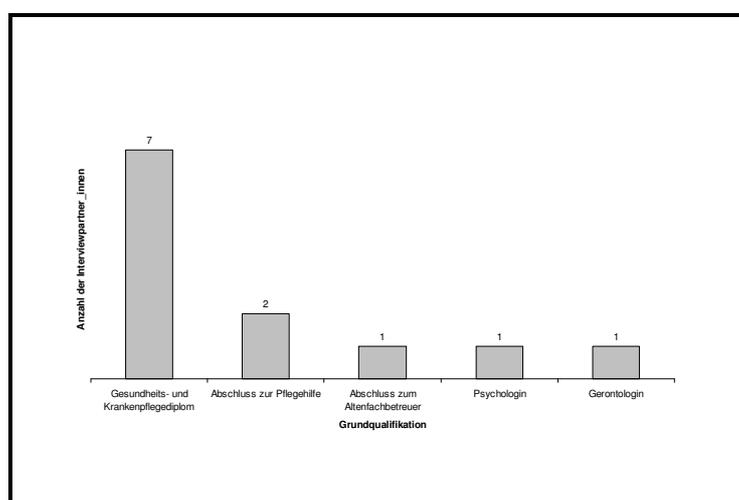
Bezüglich des Beschäftigungsausmaßes der Interviewten ergibt sich folgendes Ergebnis (siehe Tabelle 6.1-7). Sieben Befragte arbeiten als Teilzeitkräfte, zwei der Befragten sind in Form von geringfügigen Anstellungsverhältnissen beschäftigt. Drei Personen arbeiten in Vollzeitmodellen.

Tabelle 6.1-7: Interviewpartner_innen (n=12) nach Beschäftigungsausmaß



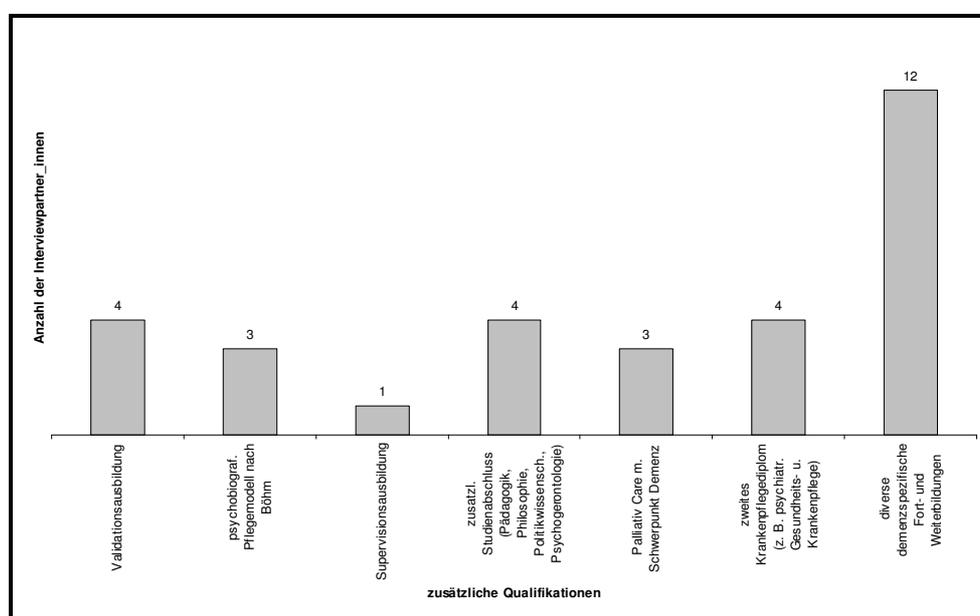
In Tabelle 6.1-8 sind die Grundqualifikationen der Interviewpartner_innen angeführt. Sieben Personen verfügen über ein Gesundheits- und Krankenpflegediplom, zwei Personen haben den Abschluss als Pflegehilfe. Ein Interviewpartner ist Altenfachbetreuer, eine Befragte ist Gesundheitspsychologin und eine Interviewpartnerin besitzt die Qualifikation als Gerontologin.

Tabelle 6.1-8: Interviewpartner_innen (n=12) nach Grundqualifikationen



Die Tabelle 6.1-9 soll ein Bild bezüglich zusätzlicher Qualifikationen der Interviewten aufzeigen. Alle Befragten können diverse Fort- und Weiterbildungen vorweisen. Jeweils vier Personen besitzen den Abschluss zur Validationsanwendung beziehungsweise zum psychobiografischen Pflegemodell nach Böhm. Ein Drittel der Interviewpartner_innen verfügt neben der Grundqualifikation außerdem über einen Studienabschluss. Vier von sieben diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen besitzen weiters ein zweites Diplom, das der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Ein Viertel der Befragten verfügt über die Weiterbildung Palliativ Care mit dem Schwerpunkt Demenz. Eine Interviewpartnerin besitzt die Kompetenz der Supervisorin.

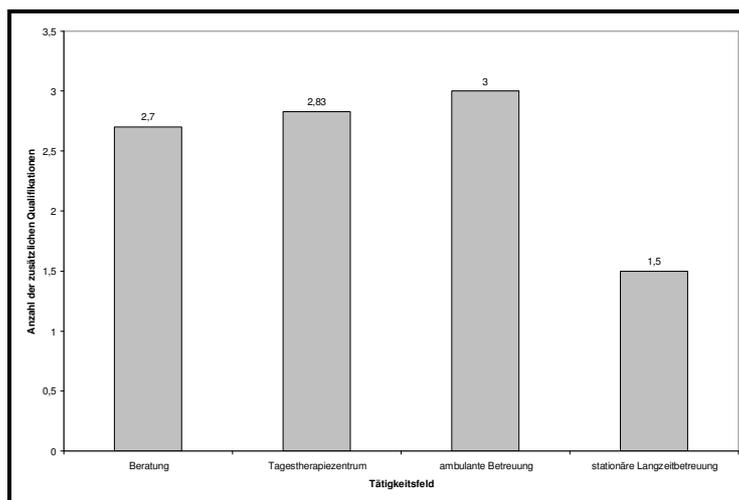
Tabelle 6.1-9: Interviewpartner_innen nach zusätzlichen Qualifikationen (n=12)



Aus der Tabelle 6.1-10 ist ersichtlich, wie hoch im Durchschnitt die Anzahl der zusätzlichen Qualifikationen der Interviewpartner_innen der differenzierten Tätigkeitsbereiche ist. Zur Auswahl stehen sieben folgende zusätzliche Qualifikationen: Validation, psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm, Supervisionsausbildung, zusätzlicher Studienabschluss, Palliativ Care mit Schwerpunkt Demenz, zweites Krankenpflegediplom, diverse demenzspezifische Fort- und Weiterbildungen. Die Interviewpartner_innen, die in der Beratung tätig sind, verfügen durchschnittlich über 2,7 zusätzliche Qualifikationen, Befragte im ambulanten Bereich 2,83.

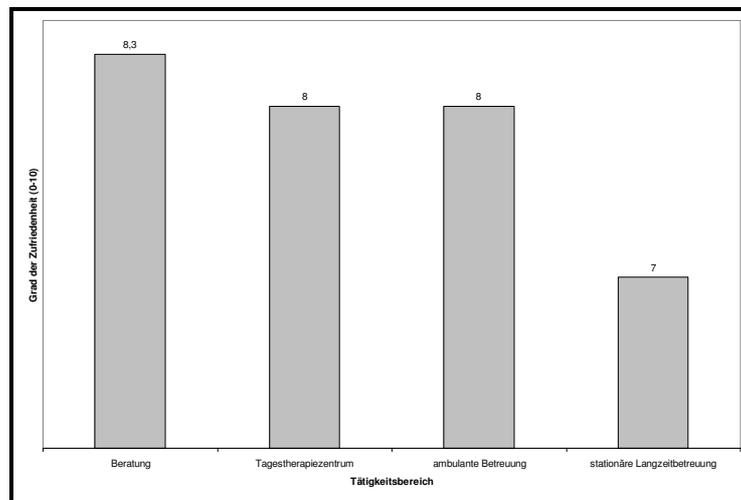
Die Interviewpartner_in, die in einem Tagestherapiezentrum für dementiell erkrankte Menschen beschäftigt ist, besitzt drei zusätzliche Qualifikationen. Die befragten Personen aus dem stationären Langzeitbereich können im Schnitt 1,5 zusätzliche Qualifikationen nachweisen.

Tabelle 6.1-10: Interviewpartner_innen pro Tätigkeitsbereich nach den durchschnittlichen zusätzlichen fach einschlägigen Qualifikationen bei sieben Möglichkeiten



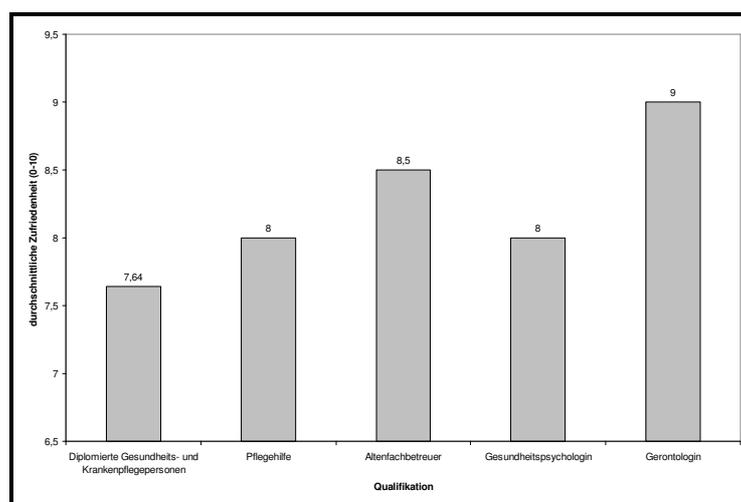
Aus der Tabelle 6.1-11 geht der Durchschnitts-Zufriedenheitsgrad der Interviewpartner_innen hervor. Die befragten Berater_innen im Demenzsektor weisen einen Grad der durchschnittlichen Zufriedenheit von 8,3/10 auf, die Betreuerin, die in einem Tagestherapiezentrum für dementiell erkrankte Menschen arbeitet, gibt auf ihrer Zufriedenheitsskala einen Wert von 8/10 an. Die sechs Interviewpartner_innen, die im ambulanten Bereich arbeiten, bewerten ihre Zufriedenheit in ihrem Arbeitsgebiet mit 8/10. Die befragten Personen, die in der stationären Langzeitbetreuung von dementiell erkrankten Menschen arbeiten, geben einen durchschnittlichen Zufriedenheitswert von 7/10 an.

Tabelle 6.1-11: Grad der Zufriedenheit der Interviewpartner_innen (n=12) in ihrem Tätigkeitsfeld



Die Tabelle 6.1-12 zeigt die Zufriedenheit der Interviewpartner_innen eingeteilt nach Qualifikationen auf. Die befragten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen weisen eine durchschnittlichen Zufriedenheitsgrad von 7,6/10 auf. Die Interviewten mit der Qualifikation Pflegehilfe weisen eine Grad von 8/10 hinsichtlich der Zufriedenheit in der Dementenbetreuung auf. Der befragte Altenfachbetreuer gibt einen Wert von 8,5/10, die befragte Psychologin einen Wert von 8/10 und die interviewte Gerontologin einen Zufriedenheitsgrad von 9/10 an.

Tabelle 6.1-12: Grad der Zufriedenheit der Interviewpartner_innen (n=12) nach Qualifikation



6.2 Auswertung der fluktuationsbeeinflussenden Faktoren bei Personen in der Betreuung dementiell erkrankter Menschen

Die folgende Aufstellung zeigt die Anzahl der Interviewpartner_innen in Relation zur Gesamtzahl der Interviewten, in Klammer prozentuell dargestellt, die zu einer Kategorie Aussagen treffen. Weiters wird die Zahl der Nennungen angeführt, um die Wichtigkeit dieser Kategorie auch damit zu bestätigen.

Beispielsweise soll hier KK1 näher erläutert werden. „Hohe fachliche Kompetenz“ ist die Kategorie, die nach der 2. Reduktion der Generalisierungen stehen bleibt. Alle zwölf Interviewpartner_innen geben an, dass die hohe fachliche Kompetenz der wichtigste fluktuationsbeeinflussende Faktor bei Personen, die dementiell erkrankte Menschen betreuen, ist. Diese Wichtigkeit wird durch 68 Nennungen bestärkt. In dieser Art und Weise kann KK2 bis KK 30 gelesen werden.

KK1: hohe fachliche Kompetenz

12/12 (=100%) bei 68 Nennungen

KK2: bewältigbare Bedingungen im Rahmen der Betreuung

12/12 (=100%) bei 56 Nennungen

KK3: Arbeiten mit demenzspezifische Betreuungskonzepten

11/12 (= 91,7%) bei 44 Nennungen

KK4: positive strukturelle Rahmenbedingungen

11/12 (= 91,7%) bei 27 Nennungen

KK5: selbstständiges, klar definiertes Tätigkeitsfeld mit Verantwortungsübernahme

10/12 (= 83,3%) bei 33 Nennungen

KK6: Interesse bzgl. Demenz

10/12 (= 83,3%) bei 24 Nennungen

KK7: zielgerichtetes Arbeiten

10/12 (= 83,3%) bei 19 Nennungen

KK8: transparenter Informationsaustausch

9/12 (= 75%) bei 16 Nennungen

KK9: Selbst- und Fremdreflexion

8/12 (= 66,7%) bei 44 Nennungen

KK10: höherer gesellschaftspolitischer Stellenwert der Erkrankung Demenz

8/12 (= 66,7%) bei 30 Nennungen

KK11: Erhöhung der zeitlichen Ressourcen

8/12 (= 66,7%) bei 24 Nennungen

KK12: Angebotserweiterung: Tagesbetreuung, Nachtbetreuung, Tagesbetreuung zuhause, Kurzzeitpflege, Begleitung für Angehörige

8/12 (= 66,7%) bei 20 Nennungen

KK13: Erhöhung des Sozialbudgets in Demenzbetreuung

8/12 (= 66,7%) bei 19 Nennungen

KK14: interdisziplinäres organisationsübergreifendes Arbeiten

8/12 (= 66,7%) bei 19 Nennungen

KK15: abwechslungs- und inhaltsreiches Tätigkeitsfeld

7/12 (= 58,3%) bei 22 Nennungen

KK16: Balance zwischen Arbeit und Freizeit

7/12 (= 58,3%) bei 19 Nennungen

KK17: Motivation extrinsisch

7/12 (= 58,3%) 13 Nennungen

KK18: adäquate Infrastrukturen für Demenzerkrankte und deren Betreuungspersonen

6/12 (= 50%) bei neun Nennungen

KK19: Organisationsentwicklung

6/12 (= 50%) bei acht Nennungen

KK20: humanistisches Menschenbild

5/12 (= 41,7%) bei 19 Nennungen

KK21: Kompetenz bzgl. Kommunikation

5/12 (= 41,7%) bei zehn Nennungen

KK22: hohe Qualitätsansprüche

5/12 (= 41,7%) bei acht Nennungen
KK23: laufende Persönlichkeitsentwicklung
4/12 (= 33,3%) bei 17 Nennungen
KK24: kulturhistorisches Interesse
4/12 (= 33,3%) bei sieben Nennungen
KK25: kollegiales Teamverständnis
3/12 (= 25%) bei fünf Nennungen
KK26: Übereinstimmung der Eigen- und Organisationsziele
2/12 (= 16,7%) bei sieben Nennungen
KK27: Mitwirken im Demenzbereich
2/12 (= 16,7%) bei sieben Nennungen
KK28: Demenzspezialist_innen
2/12 (= 16,7%) bei vier Nennungen
KK29: Zeitmanagement
2/12 (= 16,7%) bei zwei Nennungen
KK30: Öffentlichkeitsarbeit
1/12 (= 8,3%) bei einer Nennung

Die personenbezogenen Häufigkeiten der Nennungen pro Kategorie werden zugeordnet und gereiht (siehe Tabelle 6.2-1), damit können bei der Interpretation der Ergebnisse Schlüsse gezogen werden. Beispielsweise soll hier auf KK1, hohe fachliche Kompetenz, näher eingegangen werden. Die Interviewpartnerin (74) macht diesbezüglich. keinerlei Angaben, während der Interviewpartner (77) 4 Aussagen tätigt. In dieser Art und Weise können die Kategorien KK1 bis KK30 dargestellt werden.

Tabelle 6.2-1: Häufigkeiten der personenbezogenen Nennungen pro Kategorie

	74	77	78/79	80	81	85	86	84	87	88	89	90/91
KK1	3	4	4	3	10	4	5	8	14	6	4	3
KK2	1	14	6	9	4	6	3	1	4	1	5	2
KK3	2	8	6	3	2	5	2	0	3	7	2	3
KK4	0	4	3	1	2	2	1	2	6	2	2	2
KK5	6	2	4	3	2	5	0	0	3	2	1	5
KK6	0	7	1	4	1	4	1	1	0	2	2	1
KK7	1	5	1	1	2	0	1	0	0	2	5	1
KK8	2	0	1	1	0	6	1	1	1	0	1	2
KK9	0	5	17	7	6	0	2	0	0	7	0	0
KK10	3	9	0	0	4	0	0	1	5	2	4	2
KK11	2	0	5	1	2	0	10	0	2	0	1	1
KK12	1	3	4	0	2	0	0	5	1	1	1	2
KK13	4	3	1	0	0	6	0	0	1	2	1	1
KK14	1	0	1	2	1	0	0	4	1	1	0	8
KK15	0	0	0	3	3	1	0	6	4	0	2	3
KK16	0	1	0	0	3	7	0	1	3	3	0	1
KK17	2	0	0	1	1	1	0	2	4	0	0	2
KK18	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	4	0
KK19	1	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	2
KK20	0	0	0	7	0	0	0	2	2	0	4	4
KK21	0	0	0	1	0	1	0	0	2	6	0	0
KK22	0	0	1	0	0	2	1	0	1	2	0	1
KK23	0	13	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0
KK24	0	3	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0
KK25	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	0
KK26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0
KK27	0	2	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
KK28	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0
KK29	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
KK30	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

7 Interpretation der Ergebnisse

Die folgenden 30 Faktoren wurden nach folgenden Kriterien gereiht.

- Anzahl derer, die den einzelnen Faktor nennen
- Anzahl der Nennungen innerhalb der Interviewten

1. Faktor: hohe fachliche Kompetenz

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

(Person) 85 - (Nummer) 237 - (Zeile)1211: [...] man lernt sehr viel, das ist der Faktor.
86 – 57 - 1366: [...] man muss sich weiterbilden
87 – 650 - 1964/1965: [...] dass Wissen, Verstehen über diese Erkrankung zu Verständnis führt, [...]
88 – 473 - 2393: zu wenig Schulungen
90/91 – 708 - 3089: [...] Fortbildungen, Schulungen im psychiatrischen Bereich.

Alle zwölf Interviewpartner_innen führen die hohe fachliche Kompetenz im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen als einen der wesentlichen Faktoren an. Die meisten der 68 Nennungen werden von Interviewpartner_innen aus den Tätigkeitsbereichen Beratung und ambulanter Betreuung genannt. Wie aus der Tabelle 6.1-10 ersichtlich ist, verfügen die Befragten aus dem Beratungsbereich und aus dem ambulanten Bereich über die durchschnittlich höchsten zusätzlichen Qualifikationen. Schlussfolgernd ist, dass Personen in diesen beiden Bereichen in Relation zum stationären und teilstationären Bereich die höchste Kompetenz aufweisen müssen, damit sie in diesem Arbeitsfeld mit Nachhaltigkeit tätig sein können. Die empirischen Ergebnisse decken sich mit den theoretischen Auseinandersetzungen (siehe Kapitel 2.7.5).

2. Faktor: bewältigbare Bedingungen im Rahmen der Betreuung

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

77 – 353 - 347: [...] immer diesen Spagat zu bewältigen.
77 – 359 - 359: [...] mich diese Arbeit emotional sehr belastet [...]
77 – 361 - 360: [...] dass das nicht spurlos an einem vorbei geht.

78/79 – 375 - 575/576: [...] weil die Demenzerkrankung ja keine Besserung bringt [...]
81 – 412 - 1000/1001: [...] krasse Überforderung [...] im Umgang [...] mit [...] demenz-
erkrankten Menschen [...]

Alle zwölf Interviewpartner_innen führen bewältigbare Bedingungen im Rahmen der Betreuung von dementiell erkrankten Menschen als einen der bedeutendsten Faktoren an. Die meisten der 56 Nennungen werden von Interviewpartner_innen aus den Tätigkeitsbereichen Beratung und ambulanter Betreuung genannt. Wie aus der Tabelle 6.1-11 ersichtlich ist, bewerten die Befragten aus dem Beratungsbereich und aus dem ambulanten Bereich die Bewältigbarkeit der Betreuung als einen der bedeutendsten Faktoren, um im Demenzsektor längerfristig tätig zu sein. Naheliegend aus diesem Ergebnis ist, dass Beratung und ambulante Betreuung überfordernde Arbeitsbereiche darstellen.

3. Faktor: Arbeiten mit demenzspezifischen Betreuungskonzepten

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

86 – 60 - 1373: Man muss anders strukturieren, die Dementen und die anderen Pflegefälle.

87 – 87 - 1796/1797: [...] dass auch durch dieses System eine sehr hohe Qualität für den Klienten zustandekommt.

85 – 626 - 1304 -1306: [...] alle diese Äußerlichkeiten, was eigentlich, wenn du demenzkrank bist, relativ unwichtig ist, weil was ist schon schön im Alter.

87 – 671 - 2077/2078: [...] Betreuungsmöglichkeiten, wo Angehörige doch wirklich das Gefühl haben, da sind sie gut aufgehoben.

80 – 565 - 773: [...] zurück zur Normalität [...]

Elf der zwölf Interviewpartner_innen geben an, dass das Arbeiten mit demenzspezifischen Betreuungskonzepten einen wichtigen Faktor in der Dementenbegleitung darstellt. Elf der 44 Nennungen stammen von Mitarbeiter_innen einer ambulanten gerontopsychiatrischen Einrichtung, die mit dem Bezugsbetreuungsmodell, Primary Nurse, länger als 6 Jahre und einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 8,25/10 arbeiten. Sieben Nennungen stammen von einer Mitarbeiterin eines stationären Betriebes, die das demenzspezifische Kommunikationsmodell Validation nach Naomi Feil in den Arbeitsalltag implementiert haben.

Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen aus der Theorie, dass demenzspezifische Betreuungsmodelle, wie beispielsweise Primary Nurse (siehe Kapitel 2.7.3) positiv auf subjektive Überforderungsgefühle bei Pflegepersonen auswirken.

4. Faktor: positive strukturelle Rahmenbedingungen

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

89 – 99 - 2626: Ein berufliches Umfeld, wo ich einfach mich noch mehr verwirklichen kann.

77 – 280 - 303-307: [...] und dass ich die Professionalität auch ausüben kann, brauche ich bestimmte Rahmenbedingungen...

78/79 – 381 - 588-589: [...] weil sie eine Arbeitssituation haben, die einfach ausbeutend ist und ausbrennend fürs Personal.

78/79 – 385 - 592/593: [...] dann hat man bestimmte Tagesstrukturen, die müssen dann eingehalten werden, das ist natürlich für Demenzkranke fatal...und das ist total unbefriedigend [...]

86 – 441 - 1484: andere Strukturierungen und andere Einstufungen

Elf der zwölf Interviewpartner_innen geben mit unterschiedlicher Nennungsintensität an, dass positive strukturelle Rahmenbedingungen einen wichtigen Faktor in der Betreuung dementiell erkrankter Menschen darstellen. 17 von 27 Nennungen wurden von Personen getroffen, die in einer ambulanten Einrichtung arbeiten, in der ein reduziertes Raumangebot und reduzierte Arbeitsmaterialien zur Verfügung stehen. Wie in der theoretischen Auseinandersetzung (siehe Kapitel 2.7.1) angeführt, gibt es Kräfte im Umfeld, die uns entweder gedanklich oder wirklich in Bewegung versetzen (vgl. Oerter, 1995, S. 763 f). Demzufolge können strukturelle Rahmenbedingungen fördernd oder lähmend auf die Mitarbeiter_innen eines Unternehmens einwirken. In diesem Kontext sei auch noch Folgendes von Sprenger erwähnt, dass nämlich Mitarbeiter_innen widrige Umstände in Unternehmen besser akzeptieren, je mehr die Beziehung zum Vorgesetzten stimmt (vgl. Sprenger, 1996, S. 162).

5. Faktor: selbstständiges, klar definiertes Tätigkeitsfeld mit Verantwortungsübernahme

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

87 – 78 - 1776/1777: [...] das habe ich mir recht gut einteilen können [...]

85 – 238 - 1213/1214: [...] die Freiheiten, die man im extramuralen Dienst hat [...]

90/91 – 333 - 3030: [...] dass ich handeln kann und sagen kann, ich habe den Menschen jetzt gut versorgt.

78/79 – 551 - 615: [...] dass die Leute eigenverantwortlich arbeiten.

87 – 657 - 1975-1978: [...] dass Pflegedienstleitung, Bereichskoordinatoren... Verantwortung haben, [...], dass da gut betreut wird.

Zehn der zwölf Interviewpartner_innen geben an, dass das selbständige, klar definierte Tätigkeitsfeld mit Verantwortungsübernahme wesentlich ist, um nachhaltig in diesem Arbeitsbereich tätig sein zu können. 20 der 33 Nennungen stammen von Personen, die mit Bezugsbetreuungsmodellen arbeiten. In diesen sind klar die Aufgabenfelder definiert und jede involvierte Betreuungsperson trägt adäquat dem Ausbildungsstand Verantwortung (siehe Kapitel 2.7.3). Laut der statistischen Auswertung dieser Forschungsarbeit bewerten sechs Interviewpartner_innen, die im ambulanten Bereich arbeiten, ihre durchschnittliche Zufriedenheit in ihrem Arbeitsgebiet mit 8/10 in Relation zur durchschnittlichen Gesamtzufriedenheit aller Befragten von 7,7/10.

6. Faktor: Interesse bzgl. Demenz

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

77 – 127 - 218/219: [...] war der Anreiz, sich einfach mit der Erkrankung auseinanderzusetzen.

77 – 128 - 219: [...] dieses Vergessen verstehen zu können

78/79 – 143 - 548/549: immer wieder spannend, wie sehr die Demenz mit der Biografie verknüpft ist.

80 – 147 - 668/669: [...] weil es das Thema ist, was mich nach wie vor fasziniert

85 – 167 - 1190/1191: [...] das ist etwas ganz [...] Spezielles und etwas Eigenes

Zehn der zwölf Befragten nennen das Interesse bzgl. des Krankheitsbildes Demenz als ein unumgängliches Kriterium für längerfristiges Arbeiten mit dementiell erkrankten Menschen. Zwölf von 24 Aussagen wurden von Berater_innen in diesem Sektor getroffen, elf davon von Personen in der ambulanten Begleitung Demenzerkrankter. Der Schluss liegt hier nahe, dass diese beiden Arbeitsgebiete langfristig Mitarbeiter_innen brauchen, die eine intrinsische Motivation verspüren, sich mit dem Thema Demenz auseinanderzusetzen. Ebenso erwähnenswert scheinen in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der Tabelle 6.1-10, die Betreuungspersonen im Beratungsbereich und im am-

bulanten Bereich mit der jeweiligen durchschnittlichen Qualifikationsanzahl darstellen. Das hohe Interesse bzgl. dieser Thematik deckt sich mit der hohen Zahl der durchschnittlichen zusätzlichen Qualifikationen der Befragten in diesen beiden Bereichen, Beratung und ambulante Betreuung. In diesem Zusammenhang ist hier die Theorie zu diesem Thema nennenswert, diese deckt sich mit den Ergebnissen des empirischen Forschungsabschnittes (siehe Kapitel 2.6.7), dass Lern- und Entwicklungserfahrungen im Laufe des Arbeitsprozesses entstehen und darin ein Teil der intrinsischen Motivation begründet liegt (vgl. vgl. Heintz et al., 1997, 119 ff).

7. Faktor: zielgerichtetes Arbeiten

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

81 – 37 - 934: noch gezielter biografisch

88 – 190 - 2232/2233: [...] toll ist es dann geworden, [...] der Großteil des Teams so nach und nach die Ausbildung gemacht hat [...]

74 – 278 - 73-75: [...] wenn so neue Projekte und neue Ideen sind, wo man merkt, dass da einfach Leben drinnen ist. das macht es schon auch spannend.

77 – 284 - 312: [...] dass man vielleicht Visionen auch umsetzen kann [...]

78/79 – 549 - 612/613: [...] alle an einem Strang arbeiten und auch dahinter stehen [...]

Zehn der zwölf Befragten nennen ein zielgerichtetes Arbeiten im Dementensektor einen erfolgsversprechenden Faktor. 14 Nennungen von insgesamt 19 stammen von Interviewpartner_innen, die entweder mit dem psychobiografischen Pflegemodell nach Böhm oder mit dem Validationskonzept nach Feil schon jahrelang arbeiten. Dieser hohe Prozentsatz in Relation zu den Gesamtnennungen lässt schlussfolgern, dass demenzspezifische Betreuungskonzepte, die einerseits eine klare Methodenvorgabe im Umgang mit dementiell Erkrankten darlegt und andererseits sehr zielorientiert ist, ein wesentliches Element darstellt, um längerfristig Mitarbeiter_innen im Demenzsektor ein zufrieden stellendes Arbeiten zu ermöglichen.

8. Faktor: transparenter Informationsaustausch

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

85 – 41 - 1147: sehr auf Informationsaustausch beruhend

87 – 86 - 1795/1796: [...] dass wir uns auch immer sehr gut austauschen können [...]

78/79 – 229 - 567/568: [...] die regelmäßigen Besprechungen in der Betreuung sind wichtig für mich.

74 – 520 - 121: [...] mehr Zeit untereinander, um uns austauschen zu können [...]

85 – 622 - 1289: [...] der Informationsfluss muss einfach gegeben sein von einem Betreuer zur anderen Betreuerin [...]

Neun der zwölf Interviewpartner_innen führen in den Interviews an, dass der laufende Informationsaustausch einen wesentlichen Bestandteil in diesem Arbeitsfeld darstellt. Nennenswert bei diesem Ergebnis scheint, dass sechs der insgesamt 16 Nennungen von einem Altenfachbetreuer im ambulanten Betreuungsbereich stammen und dieser in einem anderem Interviewabschnitt erwähnt, dass sein Tätigkeitsfeld sehr weit gestreut ist, er sehr selbständig arbeiten kann. Der Schluss liegt hier nahe, dass Mitarbeiter_innen mit einer hohen Verantwortungsübernahme bei mittlerem Ausbildungsniveau in diesem demenzspezifischen Bereich mehr Informationsaustausch brauchen, wie beispielsweise Mitarbeiter_innen mit einem reduzierten Tätigkeitsfeld. Wie in Kapitel 2.7.6 erwähnt, beschreibt Sewtz in ihrer Literatur die Wichtigkeit des Austausches hinsichtlich Erfahrungen und eine fachliche Kompetenzerweiterung durch kollegiale Beratung (vgl. Sewtz, 2006, S. 202).

9. Faktor: Selbst- und Fremdrelexion

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

78/79 – 22 - 526: mehr Supervision

77 – 352 - 344/345: [...] die Demenz ist eine Erkrankung, die die Normalität, so diese Normalitätsordnung, die wir alle hüten und pflegen, in Frage stellt.

88 – 486 - 2428/2429: [...] dann werden Leute auch dahin geführt, dass sie bereit sind zu reflektieren.

78/79 – 556 - 618/619: [...] dass das Team nicht irgendwie [...] Frustrationen hinten herum hinaus lässt [...]

80 – 571 - 790: [...] eine hohe Kompetenz, was die eigene Wahrnehmung betrifft und die eigene Reflexion betrifft [...]

Acht von zwölf Befragte geben an, dass die Selbst- und/ oder Fremdrelexion unumgänglich ist, um auf längere Zeit gesehen, mit Demenzerkrankten zufrieden arbeiten zu können. Mit 44 Nennungen stellt dieser Faktor eine beachtliche Größe dar.

17 dieser Angaben stammen von einer zweifach diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester, die zeitgleich ein Studium in Erziehungswissenschaften und als Supervisorin abgeschlossen hat. 13 Nennungen stammen von 2 Befragten mit einem zusätzlichem Studienabschluss. Wie in Kapitel 2.6.8 angeführt, beschreibt Gatterer psychohygienische Maßnahmen, hierzu zählt auch die Selbst- und Fremdrelexion in verschiedensten Varianten, als wichtige Interventionen, um einerseits Krankheit und andererseits der damit in Verbindung stehenden Fluktuation in diesem Bereich entgegen zu wirken. Stabiles Personal hinsichtlich Gesundheit und hinsichtlich der innerbetrieblichen Ruhe erhöht die Qualität der Betreuung dementiell erkrankter Menschen.

10. Faktor: höherer gesellschaftspolitischer Stellenwert der Erkrankung

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

77 – 7 - 184: Anerkennung des Demenzbereiches

81 – 418 - 1013: [...] das Ansehen ist auch nicht das Allergrößte [...]

89 – 491 - 2729: [...] was ist das schon für eine Arbeit, da ist dieser stationäre Bereich, dieser Intensivbereich noch viel höher eingeschätzt.

90/91 – 510 - 3061/3062: [...] diese [...] manchmal herüberkommende mangelnde Wertschätzung dem Beruf gegenüber.

77 – 533 - 428/429: [...] es werden Frauen [...] mit gesellschaftlich notwendiger Arbeit alleine gelassen.

Acht von zwölf Interviewpartner_innen führen die gesellschaftliche Anerkennung der Erkrankung und der damit in Verbindung stehenden Arbeit mit dieser Personengruppe als wichtigen Faktor an. 17 der 30 Nennungen stammen von drei männlichen Befragten (bei vier Männern in n=12). Hier kann ein Schluss gezogen werden zum Kapitel 2.6.7, in dem aus Literaturrecherchen hervorgeht, dass männliche Mitarbeiter ihre Motivation vordergründig in diversen Lern- und Entwicklungserfahrungen in Arbeitsprozessen begründen. Das bedeutet schlussfolgernd, dass die Erkrankung Demenz einen höheren gesellschaftspolitischen Stellenwert erhalten muss, damit männliche Betreuer in diesem Bereich tätig sind und tätig bleiben.

11. Faktor: Erhöhung der zeitlichen Ressourcen

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

78/79 – 16 - 500: mehr zeitliche Ressourcen für die Klientinnen und Klienten
86 – 59 - 1371: man muss viel Zeit investieren
86 – 66 - 1389: da fehlt es an Zeit für Auseinandersetzung.
80 – 395 - 740/741: [...] der zeitliche Druck ist zu hoch
74 – 521 - 122/123: [...] einfach jeder unter Zeitdruck steht, und viele Gespräche zwischen Tür und Angel stattfinden.

Acht von zwölf Interviewten geben an, dass die Erhöhung der zeitlichen Ressourcen wesentlich ist in der zufriedenstellenden Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen. Nennenswerte Ergebnisse sind, dass Befragte, die in Berater_innenfunktionen tätig sind, diesen Aspekt nie anführen, während eine Mitarbeiterin in der stationären Langzeitbetreuung von dementiell erkrankten Menschen zehn mal (bei 24 Gesamtnennungen) diesen Faktor im Interview nennt. Dies lässt schlussfolgern, dass Berater_innen mehr Möglichkeiten besitzen, selbstregulierend den Faktor Zeit zu beeinflussen, während in stationären Systemen diese Möglichkeit kaum besteht. Darin begründet könnte auch der unterschiedliche durchschnittliche Zufriedenheitsgrad bei Berater_innen und Personen in der stationären Langzeitbetreuung liegen (siehe Tabelle 6.1-11). Die Differenz liegt bei 1,3 Punkten.

12. Faktor: Angebotserweiterungen: Tagesbetreuung, Nachtbetreuung, Tagesbetreuung zuhause, Kurzzeitpflege, Begleitung für Angehörige

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

81 – 33 - 924: Das Setting müsste sich ändern.
90/91 – 114 - 2887/2888: [...] die ambulante Betreuung [...] zu verstärken beziehungsweise auszubauen [...]
74 – 121 - 50/51: [...] ich habe halt einfach gesehen, dass es in dem Gebiet [...] absolut nichts gegeben hat.
87 – 458 - 1883/1884: [...] dass da wenig Strukturen da sind, [...] dass ein Demenzerkrankter sich wohl fühlen kann.
77 – 9 - 184: zu wenig Angebote

Acht von zwölf befragten Personen geben an, dass eine differente versorgende Angebotserweiterung im Demenzbereich einen bedeutenden fluktuationsreduzierenden Aspekt darstellt. Acht von 20 Nennungen stammen von Personen aus dem Berater_innenkreis, zehn dieser Angaben von Mitarbeiter_innen ambulanter Strukturen, die damit betraut sind, ein interdisziplinäres leistbares Betreuungsangebot für dementiell erkrankte Menschen und deren Familien aufzubauen. Anzumerken ist, dass die Befragten in Ballungsräumen arbeiten, damit lässt sich die relativ hohe Zufriedenheit in diesen beiden Bereichen begründen. Interviewpartner_innen, die in ihrer täglichen Arbeit nicht angewiesen sind auf weitere Betreuungsstrukturen, machen bezüglich dessen keinerlei Angaben.

13. Faktor: Erhöhung des Sozialbudgets in Demenzbetreuung

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

74 – 1 - 31: bessere finanzielle Zuwendungen

85 – 52 - 1167/1168: Ich bin als Altenfachbetreuer nicht offiziell angestellt sondern als Pflegehelfer, da muss ich jetzt quasi auch wieder kämpfen darum [...]

77 – 282 - 309/310: [...] dass die finanzielle Entwertung in Ordnung ist [...]

85 – 433 - 1279: [...] diese Bezahlung nahe am Non-Profit-Wesen.

78/79 – 546 - 610: [...] einen sehr guten Personalschlüssel [...]

Acht der zwölf Befragten geben an, dass mehr Geld in die Betreuung dementiell erkrankter Menschen fließen muss, einerseits um dieser Personengruppe ein adäquates therapeutisches Angebot zu ermöglichen und andererseits professionell Betreuende in diesem Sektor zu gewinnen. Zehn von 19 Nennungen stammen von Befragten, die im ambulanten Bereich tätig sind, vier Angaben von einer Mitarbeiterin eines Tagestherapie-zentrums, drei Nennungen von Mitarbeiter_innen der stationären Langzeitbetreuung. Somit liegt wiederum der Schluss nahe, dass es vor allem in den Bereichen der extramuralen Begleitung von dementiell erkrankten Menschen großen Nachholbedarf diesbezüglich gibt.

14. Faktor: interdisziplinäres organisationsübergreifendes Arbeiten

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

84 – 74 - 1588: Die Akzeptanz der Ärzte von fachwissendem Pflegepersonal.

87 – 84 - 1791/1792: [...] so schätze ich einfach meine Arbeit, auch so die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen.

90/91 – 115 - 2895/2896: [...] wichtig ist...jemand, der einfach da ist...der das lenkt und wo auch Informationen abgeladen werden können und der sie dann entsprechend weiter leitet, Entscheidungen trifft auch, wer was zu tun hat [...] wenn da mehrere Organisationen zusammen arbeiten.

80 – 587 - 861/862: [...] die Grundversorgung, die pflegerische, das ist so ein Minianteil von dem, was es and er Gesamtversorgung braucht.

84 – 638 - 1699/1700: [...] dass das medizinische erforderliche Netz Ärzte, praktische Ärzte, Fachärzte, [...] viel mehr vernetzt sein sollte [...]

Acht der zwölf Interviewpartner_innen geben das interdisziplinäre, organisationsübergreifende Arbeiten als fluktuationshemmenden Faktor in der Dementenarbeit an. 18 von 19 dieser Nennungen stammen von Frauen. Hier könnte eine Verbindungslinie zum achten Faktor bezüglich des Informationsaustauschs gezogen werden. Bei diesem Aspekt betonen nur zwei Männer in Relation zu sieben Frauen die Wichtigkeit dessen. Das interdisziplinäre, organisationsübergreifende Arbeiten und der transparente Informationsaustausch haben den Ergebnissen zufolge eine höhere Bedeutsamkeit bei Frauen als bei Männern.

15. Faktor: abwechslungs- und inhaltsreiches Tätigkeitsfeld

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

85 – 43 - 1148: weit gefächertes Tätigkeitsfeld [...]

87 – 80 - 1778/1779: [...] also es ist sehr lebendig, der Inhalt [...]

89 – 265 - 20709: Da will ich einfach gefordert werden.

90/91 – 269 - 2997/2998: [...] dieses Spannende, [...], was kommt eigentlich auf mich zu, wenn ich hinkomme.

84 – 450 - 1673: man braucht einfach immer wieder andere Einblicke und andere Zugänge

Sieben von zwölf Interviewpartner_innen beschreiben ein abwechslungs- und inhaltsreiches Tätigkeitsfeld als einen der wesentlichen Punkte in der Dementenbegleitung.

Neun von 22 Nennungen stammen von Personen, die in der Beratung tätig sind, neun Nennungen von Personen aus dem ambulanten Tätigkeitsfeld. Fünf von zwölf Interviewten, die diesen Faktor mehrmalig nannten, arbeiten mindestens elf Jahre bis höchstens 23 Jahre in diesem Bereich. Diese beiden Ergebnisse ziehen den Schluss mit sich, dass die Aufgabenfelder von langfristig Tätigen im Beratungssektor und im ambulanten Bereich abwechslungs- und inhaltsreich sein müssen, damit diese Mitarbeiter_innen nicht abwandern.

16. Faktor: Balance zwischen Arbeit und Freizeit

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

85 – 305 - 1222: [...] dass ich weiterhin einen Ausgleich habe zu meiner Arbeit mit Demenzkranke [...]

77 – 365 - 364/365: Derzeit arbeite ich auch sehr wenig und da ist dann das auch leichter zu regulieren.

87 – 468 - 1925/1926: [...] ich habe das Privileg, zum Wochenende frei zu haben [...]

81 – 602 - 1044: [...] 38,5 Stunden [...] pro Woche diese Arbeit niemand leisten kann auf Dauer.

88 – 682 - 2566-2568: [...] wenn ich mit meinem Dienstplan zufrieden bin oder meine Freizeit dann auch so gestalten kann, [...], hat das Auswirkungen auf die Arbeit [...] wenn ich Energie habe, gestärkt bin [...]

Sieben von zwölf Befragten geben an, dass der Ausgleich, die sogenannte work-life-balance einen wichtigen Faktor in diesem Gebiet darstellt. 14 von 19 Angaben entfallen auf Mitarbeiter_innen, die im ambulanten Bereich beschäftigt sind. Setzt man nun die Erkenntnisse der Wissenschaft hinsichtlich Bezugspflege (siehe Kapitel 2.7.3), die in diesen ambulanten Strukturen vordergründig ist, in Verbindung mit den Ergebnissen dieser Arbeit, dann ist folgendes zu erkennen. Trotz Nähe zu den Klient_innen in diesen Betreuungsmodellen fühlen sich professionell Tätige bewiesenermaßen weniger belastet, scheinbar auch aufgrund der Tatsache, dass diesem Personenkreis die Balance zwischen Arbeit und Freizeit von großer Bedeutung ist. 15 der 19 Nennungen kommen von Teilzeitbeschäftigten, die parallel zu ihrer professionellen Tätigkeit Erziehungsrechtigte von minderjährigen Kindern sind.

Damit deckt sich dieses Ergebnis wiederum mit der Theorie (siehe Kapitel 2.6.8), die besagt, dass flexible Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten notwendig sind, um soziale Verantwortungen anderweitiger Art übernehmen zu können.

17. Faktor: Motivation extrinsisch

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

80 – 148 - 690: [...] dass meine Oma an Alzheimer erkrankt war [...]

84 – 175 - 1598/1599: [...] der jetzige Tätigkeitsbereich hat sich eigentlich verstärkt durch die Betreuung des demenzkranken Vaters.

87 – 181 - 1814/1815: [...] damals eine Chefin gehabt, die hat mir das empfohlen [...]

89 – 193 - 2659/2660: [...] wo einfach diese Begeisterung, die er bei der Arbeit gehabt hat, [...] einfach übergeschlagen ist auf mich.

89 – 195 - 2673/2674: Und immer wieder die Bestätigungen von der Station.

Sieben von zwölf der Interviewten geben an, dass die extrinsische Motivation einen Ausschlag geben kann, ob der Betreffende mit Nachhaltigkeit im Demenzsektor arbeitet. Fünf von insgesamt 13 Nennungen gehen in die Richtung, dass die Eigenbetroffenheit innerhalb der Familie ausschlaggebend dafür ist, dass sie mit Demenzerkrankten arbeiten. Die Aussage einer Interviewten, deren Großmutter vor Jahren an Demenz erkrankt ist, soll plakativ stehen für die von Sprenger angeführte theoretische Auseinandersetzung mit diesem Thema, in der es um die Gründe geht, warum unter anderem Mitarbeiter_innen in einem gewissen Bereich tätig sind. Der Sinn und die Sinnhaftigkeit von Tätigkeiten müssen für das eigene Leben sichtbar sein (siehe Kapitel 2.7.1).

18. Faktor: adäquate Infrastrukturen für Demenzerkrankte und deren Betreuungspersonen

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

85 – 38 - 1143/1144: im Büro ist es natürlich sehr beengt, [...] ein kleines Büro [...] man muss sich aufteilen.

81 – 596 - 1024: [...] die Gestaltung von öffentlichen Räumen, demenzgerecht [...]

89 – 688 - 2782: [...] es darf keine großen Heime geben [...]

89 – 699 - 2811: [...] es muss ein Begegnungsraum einfach da sein [...]

74 – 2 - 35: räumliche Veränderungen

Die Hälfte der zwölf Befragten finden demenzspezifische Infrastrukturen für Demenzerkrankte und deren Betreuungspersonen als einen wesentlichen Aspekt, um die Zufriedenheit und damit die längerfristige Tätigkeit in diesem Bereich positiv zu beeinflussen. Erwähnenswert scheint in diesem Zusammenhang, dass die drei Personen, die im Beratungsbereich tätig sind, diesbezüglich keine Angaben machen. Drei von neun Nennungen sind bezogen auf die räumlichen Veränderungen adäquat für Betreuungspersonen, die dementiell erkrankte Menschen begleiten. Diese Aussagen stammen von ambulant tätigen Personen. Die restlichen sechs Angaben sind bezogen auf baulich demenzangepasste Strukturen.

19. Faktor: Organisationsentwicklung

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

90/91 – 110 - 2878: sinnvoll aufgebaut.

88 – 324 - 2326/2327: [...] diese Veränderungen, diese strukturelle Veränderung, um gut arbeiten zu können.

78/79 – 388 - 601: [...] es nützt nichts, wenn man noch mehr Personal ausbilden [...] weil das Problem ist, dass das Personal, was da ist, einfach ausgebrannt wird und ausgebeutet wird [...] und die Ressourcen werden einfach verschleudert [...]

86 – 442 - 1487: Umstrukturierung des ganzen.

90/91 – 109 - 2878: struktureller aufgebaut.

Sechs der zwölf Personen beschreiben in den Interviews, dass eine sicht- und spürbare Organisationsentwicklung in diesen Bereichen einen beachtlichen Faktor darstellen könnte, um der Fluktuation entgegen zu wirken. Alle acht Nennungen stammen von Frauen.

20. Faktor: humanistisches Menschenbild

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

80 – 572 - 791-793: Dass man sozusagen dieses Krankheitsbild etwas entzaubert und wieder zurückfindet zum ganz normalen Spüren, was tun dem gut und was tut dem nicht gut.

80 – 578 - 835: respektvoller Umgang

84 – 642 - 1717: [...] empathisch zu sein in einer anderen Welt.

87 – 661 - 2008: [...] dass man den Demenzerkrankten ganz fest ernst nimmt [...]

89 – 692 - 2794: [...] den Menschen als Mensch achten [...]

Fünf Befragte von zwölf nennen den notwendig existenten Humanismus der Betreuungspersonen als wesentliches Merkmal in der Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen. Neun der insgesamt 19 Aussagen stammen von zwei Beraterinnen im Demenzsektor, zehn der Aussagen von ambulant tätigen Personen. Wie die theoretischen Auseinandersetzungen, beispielsweise im Kapitel 2.6.1 angeführt, aufzeigen, stellt eine wertschätzende, empathische Haltung und das Respektieren von Autonomie der Erkrankten die Basis für die Interaktion mit Demenzerkrankten dar.

21. Faktor: Kompetenz bzgl. Kommunikation

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

88 – 254 - 2282/2283: Ich finde diese Begegnungen [...] total schön.

88 – 253 - 2274: Ich mag diese Art der Kommunikation.

88 – 257 - 2294/2295: die Begegnungen [...] auf einer anderen Ebene.

85 – 422 - 1244: [...] zu spätes Mitteilen anderen gegenüber.

80 – 403 - 758: zu wenig Austausch im Team

Fünf Interviewpartner_innen von zwölf zeigen auf, dass eine kommunikative Kompetenz im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen von hoher Bedeutsamkeit ist. Neun von zehn Nennungen stammen von Frauen, eine Aussage diesbezüglich wird von einem Mann angeführt. Aufgrund dieses Ergebnisses könnte diesbezüglich eine Verbindung hergestellt werden zwischen dem Faktor acht, transparenter Informationsaustausch, und dem Faktor 14, interdisziplinäres organisationsübergreifendes Arbeiten.

Der Schluss liegt nahe, dass diese zwei Faktoren zusammen mit der Kommunikationskompetenz für weibliche Betreuungspersonen einen höheren Stellenwert einräumen, als sich dies für männliche Personen darstellt.

22. Faktor: hohe Qualitätsansprüche

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

78/79 – 27 - 534/535: dass man einfach auch professionellere Betreuung dadurch machen kann.

85 – 53 - 1172: [...] vom Arbeiten her...kann man immer etwas verbessern, ... man verbessert ja jeden Tag etwas.

86 – 64 - 1384/1385: [...] dass man weiter kommt, dass man ihnen anders begegnet [...]

87 – 87 - 1796/1797: [...] dass auch durch dieses System eine sehr hohe Qualität für den Klienten zustande kommt.

88 – 98 - 2201-2203: [...] mit bestehenden Ressourcen, bestehende bauliche Gegebenheiten und was ich zur Verfügung habe, ein Optimum für Demenzkranke herausholen [...]

Fünf von acht Interviewpartner_innen geben an, dass ein Anspruch auf hohe Qualität, der Wunsch nach einer hochwertigen Begleitung dementiell erkrankter Menschen einen Faktor darstellt, der dem Abwandern aus diesem Tätigkeitsbereich entgegen wirkt. Drei der acht Gesamtnennungen stammen von Personen aus der stationären Langzeitbetreuung von Demenzerkrankten, die restlichen fünf Angaben sind von Personen aus dem ambulanten Arbeitsbereich. Im Bereich der Beratungen gibt es diesbezüglich keine Nennungen. Zusammenfassend unter Einbeziehung der theoretischen Aspekte, beispielsweise in Kapitel 2.7.5 angeführt, kann nun schlussfolgernd erwähnt werden, dass die Pflegequalität direkt im Zusammenhang steht mit der Verbesserung der Lebensqualität.

23. Faktor: laufende Persönlichkeitsentwicklung

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

87 – 83 - 1785/1786: [...] man macht neue Erfahrungen, die einen dann ein bisschen wieder, ja einfach ein Stück weiter bringen, auch persönlich.

77 – 220 - 288/289: Es stimmt mich sehr oft dann auch sehr traurig, also da merke ich, es berührt mich sehr.

77 – 283 - 310/311: [...] an und für sich schon auch der Punkt entscheidend, kann ich in diesem Bereich auch mich selbst entwickeln.

85 – 424 - 1245/1246:[...] wie hebe ich das aus, wenn ich nicht zum Telefon gehe [...]

77 – 363 - 361: [...] weil man ist ja immer eigentlich in problematischen Bereichen mitten drinnen und soll dann wieder raus gehen [...] in sein eigenes Leben.

Vier der zwölf Befragten geben an, dass die laufende Persönlichkeitsentwicklung, die Bereitschaft dazu einen wesentlichen Faktor hinsichtlich der Begleitung dementiell erkrankter Menschen darstellt. 15 von 17 Nennungen stammen von männlichen Befragungspartnern, die außerdem zur jüngsten Altersgruppe zählen, lediglich zwei Aussagen von weiblichen Pflegehelferinnen. Wie in der Literatur schon beschrieben (siehe Kapitel 2.6.3, 2.6.4, 2.7.5) stellt die laufende Persönlichkeitsentwicklung einen Überbegriff hinsichtlich dem Erkennen des Zusammenhanges des eigenen Empfindens und der dadurch in Verbindung stehenden unterschiedlichen Lösungsstrategien dar. Weiters passiert eine Stärkung der persönlichen Kompetenzen und eine kontinuierliche Entwicklung der eigenen Überzeugung bezüglich Aufgabenbewältigung. Die selbstwert- und selbstvertrauensfördernden Entwicklungsmöglichkeiten stellen außerdem einen wesentlichen Baustein der laufenden Persönlichkeitsentwicklung dar.

24. Faktor: kulturhistorisches Interesse

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

77 -134 – 231: Interesse an der Lebensgeschichte

77 – 136 – 236/237: Man hat auch Zugang zu Zeit, in der man ja selber nicht gelebt hat als junger Mensch.

87 – 182 – 1818/1819: [...] sehr von alten Traditionen geprägt bin [...] habe dann gemerkt, wie leicht ich mich beim Gedächtnistraining tue.

84 – 636 – 1695-1697: und die auch [...] die Qualität der österreichischen alten Menschen kennen [...] Allgemeinbiografie [...] damit sie auch einen besseren Zugang zu den Dementen finden.

88 – 675 – 2484: [...] kultureller Hintergrund ist ein Thema [...]

Ein Drittel der Befragten gibt an, dass das Interesse an Kulturgeschichte ein nennenswertes Kriterium darstellt in der langfristigen Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Menschen. Vier der insgesamt sieben Nennungen stammen von zwei Personen, die in der Beratung tätig sind und das Anwender_innenzertifikat für das psychobiografische Pflegemodell besitzen. Zwei Nennungen liegen von einer Mitarbeiterin einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung für dementiell erkrankte Menschen vor, die das Konzept der Validation in die Einrichtung implementiert hat. Schlussfolgernd könnte es nahe liegen, dass das Interesse an Kulturgeschichte grundlegend für die beiden Ausbildungen Validation und psychobiografisches Pflegemodell sein könnte, beziehungsweise dass aufgrund der Aneignung dieser Kompetenzen das kulturhistorische Interesse in weiterer Folge gegeben ist.

25. Faktor: kollegiales Teamverständnis

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

85 – 40- 1146/1147: ein sehr offener Umgang [...]

89 – 105 – 2651/2652: [...] da braucht es untereinander [...] eine gute menschliche Basis [...]

89 – 106 – 2654/2655: [...] in der Gruppe der Betreuer [...] untereinander eine gute Tragfähigkeit, wo jeder den anderen einmal ein Stückchen mitträgt.

78/79 – 230 – 568-570: Dass ein Team im Hintergrund ist, wo man Ressourcen einfach abfragen kann, wann es irgendwelche Schwierigkeiten gibt, wo man selber sich keinen Rat mehr weiß [...] das ist für mich schon ein Grund zu bleiben.

89 – 104 – 2649/2650: [...] ein gut zusammengespieltes Team [...] aus verschiedenen Berufsgruppen zusammengesetzt [...]

Ein Viertel der Interviewten gibt an, dass ein fluktuationsbeeinflussender Faktor das kollegiale Teamverständnis sein kann. Vier von fünf Aussagen stammen von männlichen Befragten, die in der ambulanten Demenzbetreuung arbeiten.

26. Faktor: Übereinstimmung der Eigen- und Organisationsziele

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

77 – 213 – 249/250: [...] für mich einfach auch das Umfeld ausschlaggebend, also welche Institution entspricht am besten meinen Vorstellungen.

77 – 213 – 253/254: Welche Institution bietet mir diesen Rahmen an, dass ich auch gesund dort arbeiten kann.

87 – 321 – 1861/1862: [...] dass gewisse Entscheidungen vielleicht gegenüber Kollegen getroffen werden, die ich nicht mehr mittragen kann.

87 – 319 – 1854/1855: Müsste betriebsintern Dinge passieren, [...] wo ich sage, mit denen ich nicht mehr einverstanden [...]

87 – 320 – 1856/1857: [...] dass Ideologie, die hinter diesem ganzen steckt, dass das irgendetwas nicht mehr stimmt, [...]

Zwei der zwölf Interviewpartner_innen, eine Frau und ein Mann, geben mit insgesamt sieben Nennungen an, dass die Identität der eigenen und die organisatorisch bedingten Ziele im Hinblick auf dauerhaftes Arbeiten im Demenzbereich wesentlich von Bedeutung sind.

27. Faktor: Mitwirken im Demenzbereich

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

88 – 475 – 2397: [...] ein großer Punkt, finde ich, [...] ist die gemeinsame Arbeit

88 – 477 – 2400: [...] dass man versucht, irgendwie gemeinsam die Sachen [...] umzusetzen.

88 – 479 – 2409/2410: [...] wenn Mitarbeiter ein großes Mitspracherecht haben [...]

88 – 480 – 2411: [...] aktiv da mitgestalten [...]

89 – 494 – 2736/2737: [...] immer dort, wo ich sage einfach, das ist ein Bereich, [...] der fachlich interessant ist, wo ich fachlich gefordert werde, dort bleiben die Leute auch [...]

Zwei Befragte von insgesamt zwölf geben mit sieben Nennungen an, dass es wichtig ist, aktiv den Demenzbereich mitgestalten zu können. Eine der Interviewpartnerinnen, die sechs Angaben diesbezüglich macht, arbeitet in einer Einrichtung, die gerade dabei ist die vereinzelt vorhandenen Demenzbereiche mit einem großflächigen organisationsübergreifenden Demenzkonzept zu überspannen.

Die Befragte ist diesbezüglich eine der Projektleiter_innen. Der Literatur zufolge hatten qualifizierte Mitarbeiter_innen bereits vor circa 30 Jahren die Erwartungshaltung, sich kreativ und unternehmerisch in einem Unternehmen einbringen zu können. Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie belegen die theoretischen Auseinandersetzungen.

28. Faktor: Demenzspezialist_innen

Exemplarisch werden hier folgende Paraphrasierungen genannt:

84 – 73 – 1584/1585: [...] spezialisierte Psychiater oder Neurologen auf die Krankheit Demenz

80 – 580 – 849: [...] innerhalb eines Teams, das da gemeinsam arbeitet, ganz dringend immer jemanden, der das Thema verinnerlicht hat und menschlich verbreitet [...] und der fähig ist [...] das Team dann dementsprechend zu führen.

80 – 581 – 852: [...] jedem Team einen Demenzspezialisten vorsetzt.

80 – 584 – 855: [...] das das sozusagen Leute sind, die das auch verbreiten.

Zwei befragte Personen, weibliche Beraterinnen im Demenzbereich, führen viermal an, dass die Integration von Demenzspezialist_innen in der geriatrischen ganzheitlichen Betreuung unter Umständen einen fluktuationsbeeinflussenden Faktor darstellen könnte. Die beiden Frauen verfügen über 23 und 25 Jahre Erfahrung in der Begleitung demenziell erkrankter Menschen, somit liegt der Schluss nahe, dass diese Erkenntnis auf der Grundlage ihrer langjährigen Praxis basiert.

29. Faktor: Zeitmanagement

Exemplarisch werden hier die einzigen zwei Paraphrasierungen angeführt:

87 – 668 – 2042: [...] Priorisierungsschwäche [...]

90/91 -715 – 3119: [...] Organisationstalent [...]

Zwei der Befragten von insgesamt zwölf geben an, dass die Kompetenz hinsichtlich des Zeitmanagements einen Einfluss auf die Tätigkeit im Demenzsektor ausüben kann. Die Nennungen stammen von ambulant tätigen Frauen. Betrachtet man die beiden angeführten Paraphrasierungen vergleichend mit der Theorie von Kapitel 2.6.2, liegt es sehr nahe, dass ein gelungenes Zeitmanagement einen essentiellen Bestandteil einer zufriedenstellenden langandauernden Tätigkeit im Demenzbereich darstellt.

Schlussfolgernd kommt es bei dieser Kompetenz zur Entschleunigung im gesamten Betreuungsprozess und in weiterer Folge nehmen Angst, Unsicherheit und herausfordernde Verhaltensweisen, die oftmals im Zusammenhang mit Stress stehen, beim Demenzerkrankten ab. Dieses Verhalten, das oftmals auf Überforderung beruht, führt bei Betreuer_innen ebenfalls zur Erreichung der eigenen Grenzen und somit stellt dies einen möglichen Ausstiegsgrund aus der Demenzszenen dar.

30. Faktor: Öffentlichkeitsarbeit

Exemplarisch wird hier die einzige, folgende Paraphrasierung genannt:

80 – 566 – 775: [...] für mich immer der Anreiz da zum sensibilisieren [...]

Eine der zwölf Befragten, die außerdem in der Demenzberatung tätig ist, gibt an, dass die Möglichkeit der Öffentlichkeitsarbeit im Demenzbereich einen fluktuationsbeeinflussenden Faktor darstellt. Anknüpfend an der theoretischen Auseinandersetzung in Kapitel 2.6.1, in der es beispielsweise um das Entgegenwirken gewisser gesellschaftlicher Entwicklungen geht, scheint es nahezu verpflichtend für Betreuende im Demenzsektor zu sein, sich diesbezüglich zu positionieren. Die heutige Schnelllebigkeit und die damit oftmals in Verbindung stehende Auflösung von sozialen Gefügen stellen im Speziellen ein bedrohliches Lebensumfeld für dementiell erkrankte Menschen dar, da sie dem Aktionismus der heutigen Menschheit inhaltlich nicht mehr folgen können. Schlussfolgernd stellt die Möglichkeit der demenzspezifischen Öffentlichkeitsarbeit einen positiven Faktor dar, um ergebnisorientiert und wie Sprenger es definiert, in einem mit Sinn erfülltem Tätigkeitsfeld zu arbeiten.

8 Schlussfolgerungen

Die Faktoren, die beeinflussend auf die Fluktuation von Personen in der Begleitung dementiell erkrankter Menschen wirken, müssen aus drei Perspektiven betrachtet werden.

Unter den personenspezifischen Faktoren werden die Schlüsselqualifikationen der Mitarbeiter_innen in diesem Bereich verstanden. Hinsichtlich der Betrachtungsweise, dass die Pflegequalität direkt im Zusammenhang steht mit der Verbesserung der Lebensqualität, sind die hohen Qualitätsansprüche von Seiten der Betreuungspersonen schlussfolgernd. Eine bedeutende Rolle wird der fachlichen Kompetenz beigemessen. Gerade in stark fordernden Arbeitsbereichen, wie der Beratung und der ambulanten Begleitung dementiell Erkrankter und deren Familien, ist die hohe Kompetenz hinsichtlich Demenz wesentlich entscheidend für den Verbleib in diesem Sektor. Das Interesse an dieser Erkrankung einerseits und andererseits das Interesse an kulturhistorischen Ereignissen stellen weitere bedeutende Aspekte dar. Die laufende fachliche Wissenserweiterung in Verbindung mit der Aneignung zusätzlicher Qualifikationen steht diesbezüglich im Mittelpunkt. Die Fertigkeiten im kommunikativen Bereich stellen vermutlich gerade im Demenzsektor, in dem die sprachliche Kompetenz bei den Betroffenen immer mehr abnimmt, eine wesentliche Schlüsselkompetenz im Umgang dar. Dem transparenten Informationsaustausch auf vielen verschiedenen Ebenen ist gerade bei Mitarbeiter_innen, die wenig demenzspezifische Arbeitsmethoden zur Verfügung haben, eine besondere Gewichtung zu geben. Ein kollegiales Teamverständnis bietet dazu den Rahmen. Die laufende Persönlichkeitsentwicklung beziehungsweise die Bereitschaft dazu wird als ein bedeutender fluktuationshemmender Faktor angeführt. Die Fähigkeit und der Wille zur Selbst- und Fremdreiflexion als eine Variante der Psychohygiene stellt eine wichtige Intervention dar, um Krankheiten und der damit in Verbindung stehenden „Flucht“ entgegen zu wirken. Stabiles Personal hinsichtlich Gesundheit und hinsichtlich der innerbetrieblichen Ruhe erhöht die Qualität der Betreuung dementiell erkrankter Menschen. Weiters wird in diesem Zusammenhang das ausgeglichene Verhältnis zwischen Arbeitszeit und Freizeit genannt. Der mehrfache Hinweis darauf, dass ein humanistisches Menschenbild in der eigenen Werteorientierung der Begleiter_innen von dementiell erkrankten Menschen verankert sein muss, stellt dadurch die große Bedeut-

samkeit dessen dar. Ein gelungenes Zeitmanagement als ein essentieller Bestandteil einer zufriedenstellenden langandauernden Begleitung von Demenzerkrankten wird als nennenswert erachtet. und in Verbindung mit der Entschleunigung im gesamten Betreuungsprozess gebracht. Dem folgend ergibt sich eine Stressreduktion, die sich schlussendlich positiv auf den Verbleib in der Demenzbegleitung niederschlägt.

Unter den organisationsspezifischen Faktoren sollen innerbetriebliche Prozesse verstanden werden, die einflussnehmende Bestandteile auf die Fluktuation sein können. Positiv besetzte organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen, die ein bewältigbares Arbeiten in überfordernden Bereichen ermöglichen, wie dies die Beratung und die ambulante Betreuung darstellen, müssen zwingend sein, damit es zu keiner Abwanderung in diesem Spezialgebiet kommt. In dem Zusammenhang stehen einerseits die Implementierung und das zielgerichtete Arbeiten mit demenzspezifischen Betreuungskonzepten, beispielsweise soll hier das psychobiografische Pflegemodell nach Böhm genannt werden. Andererseits müssen die einzelnen Tätigkeitsfelder klar definiert werden und die Grenzen des Verantwortungsbereiches transparent dargestellt werden, beide Punkte Bezug nehmend auf den jeweiligen Ausbildungsgrad der betreuenden Personen. Ansonsten ist die Fluktuation offensichtlich schlussfolgernd. Das innerorganisatorische Definieren dieser genannten Themen übt einen positiven Einfluss auf das subjektive Überforderungsgefühl bei Betreuungspersonen aus. Ist es einer Organisation außerdem möglich, interdisziplinär und organisationsübergreifend mit anderen Einrichtungen zusammenzuarbeiten, stellt dies unter Umständen für Frauen mit längerer Berufserfahrung einen hinschauenswerten Aspekt dar, um bei einem Themengebiet proaktiv mitzuwirken. Wenn demenzspezifische Einrichtungen ein abwechslungs- und inhaltsreiches Tätigkeitsfeld garantieren können, steht das Thema Fluktuation eher im Hintergrund. Der Sinn der Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen ist neben der damit in Verbindung stehenden Kongruenz von Eigen- und Organisationszielen ein ergänzender Faktor. In diesem Zusammenhang ist auch der Wunsch der professionell Betreuenden existent, bestehende Betreuungsmodelle dieser schwer erkrankten Personen aktiv mitzugestalten und somit an einem Teil der Organisationsentwicklung beteiligt zu sein. Dazu könnten empfohlene Demenzexpert_innen beratend zur Seite stehen.

Die dritte Perspektive stellt die gesellschaftspolitische dar, in näherem Sinne das Erkennen und Betrachten von Faktoren, die gesellschaftlich und/ oder politisch begründet dazu beitragen, dass Personen in der Betreuung Demenzerkrankter aktiv sind und aktiv bleiben. Dem Krankheitsbild Demenz und den damit in Verbindung stehenden weiteren Themen muss zwingend ein höherer Stellenwert in unserer Gesellschaft eingeräumt werden. Die themenspezifische Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich stellt somit einen positiven Faktor dar, um ergebnisorientiert und in einem sinnerfüllten Tätigkeitsfeld nachhaltig zu arbeiten. Diesbezüglich steht die Erhöhung des Sozialbudgets in der ambulanten Begleitung dementiell erkrankter Menschen im Vordergrund. Somit kann einerseits gewährleistet werden, dass neue adäquate Infrastrukturen für Demenzerkrankte und deren Betreuungspersonen geschaffen werden und alte Strukturen ausgebaut werden können und andererseits zeitliche Ressourcen im Umgang mit dieser Personengruppe geschaffen werden. Durch die Erhöhung des Zeitbudgets wäre die individuelle Selbstregulierung des Faktors Zeit durch Betreuungspersonen besser gegeben, dies stellt einen fluktuationshindernden Faktor dar. Durch breit angelegtere Angebote für dementiell Erkrankte könnte in weiterer Folge die vorwiegend frauenspezifische Tätigkeit das Interesse der männlichen Personengruppe wecken.

Nach der Definition der fluktuationsbeeinflussenden Faktoren aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden empirischen Arbeit sollen Lösungsvorschläge dargelegt werden, um das bestehende Abwandern aus dem Demenzbereich positiv zu beeinflussen:

- Definition von innerbetrieblichen Prozessen (beispielsweise Kommunikation) inklusive Verantwortlichkeiten
- Bereitstellen von Ressourcen für interdisziplinären Austausch in Form von kollegialem Coaching
- Fortbildungskonzepte bezüglich Demenz, Kommunikation, Zeitmanagement
- Einführung verpflichtender Standards und Betreuungskonzepte in demenzspezifischen Einrichtungen
- Teilen der Anstellungszeit in klient_innennahe Zeiten (Betreuung) und in klient_innenferne Zeiten (Mentorentätigkeit, Projektmanagement, etc.)
- verpflichtende Öffentlichkeitsarbeit für Führungspersonen im Demenzsektor

9 Literaturverzeichnis

9.1 Bücher

Amann, Anton (2004). Die großen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse? Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag

Bauer, Rüdiger (2010). Kongruente Beziehungspflege. Beziehung verändert die Demenz und erzeugt Glück. Wien: Lebenswelt Heim.

Becker, Peter (2006). Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG

Biermann, Ursula (2009). „Der Alte stirbt doch sowieso!“ Der alltägliche Skandal im Medizinbetrieb. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz, Projekte. Berlin

Bundesministerium für Soziales und Gesundheit/ ÖBIG (2007). Österreichischer Pflegebericht 2007. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Böhm, Erwin (1999). Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I: Grundlagen. Wien – München – Bern: Verlag Wilhelm Maudrich

Böhm, Erwin (1999). Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band II: Arbeitsbuch. Wien – München - Bern: Verlag Wilhelm Maudrich

Breitscheidel, Markus (2006). Gesund gepflegt statt abgezockt. Wege zur würdigen Altenbetreuung. Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH

Dammann, Rüdiger, Gronemeyer, Reimer (2009). Ist Altern eine Krankheit? Wie wir die gesellschaftlichen Herausforderungen der Demenz bewältigen. Frankfurt/ Main: Campus Verlag GmbH

Doehlemann, Martin (1996). Absteiger. Die Kunst des Verlierens. Frankfurt: Edition Suhrkamp

- Dorfmeister, Günter (2009). Umgang mit Aggression und Gewalt in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Österreichische Pflegezeitschrift, 8/9, S. 18 – 21
- Esclamada, Eulamie (2009). Altsein in Würde? Im Spannungsfeld zwischen Notwendigem, Erstrebenswertem und Finanzierbarem. Innsbruck – Wien – Bozen: Studien Verlag
- Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst, Steinke, Ines (2003). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Gatterer, Gerhard (2009). Psychologische Aspekte der Demenzerkrankung. Österreichische Pflegezeitschrift, 6/7, S. 16
- Bundesministerium für Soziales und Gesundheit/ ÖBIG (2007). Österreichischer Pflegebericht 2007. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
- Griener, Reinhard, Brauchle, Gernot (2010). Die Bedeutung allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartungen im Kontext beruflicher Belastung. Mitarbeitergesundheit sowie Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Wien: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband.
- Haberleitner, E., Deistler, E., Ungvari, R. (2008). Führen, Fördern, Coachen. So entwickeln Sie die Potentiale ihrer Mitarbeiter. München: Piper Verlag GmbH
- Halek, Margareta, Bartholomeyczik, Sabine (2006). Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten.
- Hammer, Michael (2009). Sozialbericht 2009. Linz: Amt der Oö. Landesregierung
- Harris, Roland, Klie, Thomas, Ramin, Egbert (1995). Heime zum Leben: Wege zur bewohnerorientierten Qualitätssicherung. Hannover; Vincentz Verlag
- Heimerl, Peter (2010). Führen! statt R.A.B.I.A.T. handeln. Wien: facultas Verlags- und Buchhandels AG

Heintz, Bettina, Nadai, Eva, Fischer, Regula, Ummel, Hannes (1997). Ungleich unter Gleichen: Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes. Frankfurt/Main: Campus Verlag

Höwler, E. (2007). Interaktionen zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer

Jestl, Irmgard, Köhle, Brigitte, Miller, Carl H. (1999). Psychiatrie und Psychiatrische Krankenpflege für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Hall i. Tirol: Berenkamp

Kastner, Ulrich, Löbach, Rita (2007). Handbuch Demenz. München: Urban & Fischer Verlag

Kienzle, Theo, Paul-Ettliger, Barbara (2009). Aggression in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Kipp, Johannes, Jüngling, Gerd (2000). Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag.

Küberl, Franz (2010). Mein armes Österreich. Und wie es reicher sein könnte. Wien: Verlag Carl Überreuter

Leuthe, Friedericke (2009). Richtig sprechen mit dementen Menschen. München: Ernst Reinhardt Verlag

Lind, Sven (2003). Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte. Bern: Verlag Hans Huber

Maslach, Christina, Leiter, Michael, P. (2001). Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Wien: Springer Verlag

Mayring, Philipp (2002). Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Mayring, Philipp (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Menges, Robin K. (2004). Umgang mit Fehler beim Selbstregulierten Lernen. Innsbruck

Mentzos, Stavros (1999) Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt am Main: Fischer Verlag

Oerter, Montada (1995). Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Ostermann, Barbara M. (1999). Arbeitsbelastungen in der Altenpflege bewältigen. Ein Trainingsprogramm. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Pines, Ayala, M., Aronson, Elliot, Kafry Ditsa (2000). Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Cottasche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Pochobradsky, Elisabeth, Bergmann, Franz, Nemeth, Claudia, Preninger, Barbara (2008). Betreuungsangebote für dementiell erkrankte Menschen – Demenzhandbuch. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.

Pochobradsky, Elisabeth, Bergmann, Franz, Brix-Samoylenko, Harald, Erfkamp, Henning, Laub, Renatem (2005). Situation pflegender Angehöriger. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

Rogner, Michael (2009). Primary Nursing in der ambulanten Pflege. Eine österreichische Perspektive. Saarbrücken: VDM Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co.KG Verlag

Schaffenberger, Eva, Pochobradsky, Elisabeth (2004). Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz, Endbericht. Wien:

Schröter, Klaus R. (2006). Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim und München: Verlag Juventa

Schröter, Klaus R., Rosenthal, Thomas (2005). Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Verlag Juventa

Schwamberger, Helmut (2004). Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). Wien: Österreich GmbH

Seidl, E., Labenbacher, S. (2007). Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag

Sewtz, Susanne (2006). Karrieren im Gesundheitswesen. Eine geschlechtervergleichende Analyse der Professionen Medizin und Pflege. München: Verlag Juventa

Sprenger, Reinhard K. (2002). Mythos Motivation. Wege aus einer Sackgasse. Frankfurt/Main: Campus Verlag

Sprenger, Reinhard K. (1996). Das Prinzip Selbstverantwortung. Wege zur Motivation. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag

Titscher, Stefan, Meyer, Michael, Mayrhofer Wolfgang (2008). Organisationsanalyse. Konzepte und Methoden. Wien: facultas.wuv Universitätsverlag

Townsend, Mary, C. (2000). Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. Handbuch zur Pflegeplanerstellung. Bern: Verlag Hans Huber

Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (1990). Der Duden. Das Fremdwörterbuch. Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag

9.2 Beiträge aus dem Internet

AK Oberösterreich, (2010). Kompetenzen der Mitarbeiter/-innen sicherstellen und entwickeln. URL: http://betreuungundpflegeimalter.net/index.php?option=com_content&view=article&id=69:publikationen-2010&catid=65:sonstiges&Itemid=49 [2010-08-14]

Bartholomeyczik, S., (2007). Mit herausforderndem Verhalten umgehen. URL: http://www.drk.de/alt/verband_d_schwesternschaften/aktuelle_meldungen/2007/kongress/dokumente/Bartholomeyczik_Langfassung.doc-102.PDF [2010-08-14]

Bartholomeyczik, S., (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. URL: <http://www.gender-mainstreaming.net/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Demenz-aktuelle-Foschung-und-Projekte,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf#page=33> [2010-09-25]

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, (1990). Psychologengesetz. URL: http://www.boep.eu/fileadmin/editor_upload/Psychologengesetz.pdf [2010-08-31]

Caritas der Diözese Innsbruck, (2009). Aufgabendefinition für Fachsozialbetreuer_in. URL: <http://www.caritas-innsbruck.at/ausbildung/downloads.cfm> [2010-08-14]

Caritas der Diözese Innsbruck, (2010). Demenzberatung. URL: <http://www.caritas-tirol.at/hilfe-einrichtungen/senioren/demenz-service-zentrum-tirol/demenzberatung/>

Caritas der Diözese St. Pölten (2010). Demenzberatung. URL: <http://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-einrichtungen/betreuen-und-pflegen/weitere-angebote-fuer-zuhause/demenzberatung/>

Galatsch, M., Schmidt, S.G., Hasselhorn H-M., (2010). Zufriedenheit Pflegesystem – Patientenversorgung NEXT-Studie. URL: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1> [2010-08-14]

Lang, F., R., Engel, S., Kaiser, H.-J., Schüssel, K. & Rupprecht, R. (2010). 10 Leitbilder des Studiums in Gerontologie des Instituts für Psychogerontologie der Universität Er-

langen-Nürnberg. URL: http://www.geronto.uni-erlangen.de/pdfs/MScGerontologie_Leitbilder.pdf [2010-08-31]

Müller-Hergl, Christian (2000). Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenerarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. URL: http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/u/stu/zw/pflege/DCM/demenz_zwischen__angst__und-wohlbefinden_2000.pdf [2010-10-17]

RIS, (2008). Tiroler Sozialbetreuungsberufegesetz – TSBBG. URL: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrT&Gesetzesnummer=20000398> [2010-08-15]

Stallmann, Ludger, Christian (2001). Über George Herbert Meads „Geist, Identität und Gesellschaft Frankfurt“ 1973. URL: <http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/106056.html> [2010-11-22]

Uni Wuppertal (2003). Nurses early exit study. URL: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?inhalt> [2010-09-04]

Weyerer, S., Schäufele, M. (2003). Evaluation der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg. URL: <http://www.gender-mainstreaming.net/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Demenz-aktuelle-Foschung-und-Projekte,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf#page=33> [2010-09-25]

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.3-1: Ablaufplanung für die Forschungsarbeit vom März 2010 bis Dezember 2010.....	43
Tabelle 5.3.2-1: Gegenüberstellung des Interviewleitfadens der Version 1 und der Version 2	46
Tabelle 5.4-1: Durchführungsdatum und Dauer der Interviews.....	47
Tabelle 6.1-1: Darstellung der demografischen Daten der Interviewpartner_innen in einer Gesamtansicht.....	51
Tabelle 6.1-2: Interviewpartner_innen (n=12) nach Geschlecht.....	52
Tabelle 6.1-3: Interviewpartner_innen (n=12) nach Alter in Klassen.....	52
Tabelle 6.1-4: Interviewpartner_innen (n=12) nach der Dauer der Tätigkeit im Demenzbereich	53
Tabelle 6.1-5: Interviewpartner_innen (n=12) nach der durchschnittlichen Anzahl der Erfahrungsjahre in den angeführten Tätigkeitsbereichen.....	54
Tabelle 6.1-6: Interviewpartner_innen (n=12) nach der Art der Tätigkeit im Demenzbereich	54
Tabelle 6.1-7: Interviewpartner_innen (n=12) nach Beschäftigungsausmaß.....	55
Tabelle 6.1-8: Interviewpartner_innen (n=12) nach Grundqualifikationen	55
Tabelle 6.1-9: Interviewpartner_innen nach zusätzlichen Qualifikationen (n=12)....	56
Tabelle 6.1-10: Interviewpartner_innen pro Tätigkeitsbereich nach den durchschnittlichen zusätzlichen facheinschlägigen Qualifikationen bei sieben Möglichkeiten.....	57
Tabelle 6.1-11: Grad der Zufriedenheit der Interviewpartner_innen (n=12) in ihrem Tätigkeitsfeld	58

Tabelle 6.1-12: Grad der Zufriedenheit der Interviewpartner_innen (n=12) nach Qualifikation.....	58
---	----

Tabelle 6.2-1: Häufigkeiten der personenbezogenen Nennungen pro Kategorie.....	61
--	----

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.6.8-1: „Veranschaulichung der Konzepte Gesundheitsförderung und Prävention unter Bezugnahme auf die Position eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (Becker, 2006, S. 228).....	28
--	----

Abbildung 2.7.3-1: Zufriedenheit mit der Möglichkeit der individuellen Patient_innenversorgung im Rahmen der Funktionspflege, Zimmerpflege, Gruppenpflege und Bezugspflege (URL: www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1 [2010-08-14]).....	36
--	----

Abbildung 5.5.2-1: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2008, S 60).....	50
---	----

12 Abkürzungsverzeichnis

ARGE	Arbeitsgemeinschaft
BMSK	Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
BMSG	Bundesministerium für Soziales und Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
et al	et alii (Bedeutung: und andere)
EU	Europäische Union
f	fortfolgende Seite
ff	fortfolgende Seiten
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
NEXT	nurses early exit study
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
RIS	Rechtsinformationssystem vom Bundeskanzleramt
S.	Seite
URL	Uniform Resource Locator (Bedeutung: einheitliche Quellenanzeige)
vgl.	vergleiche
vgl. ebd.	vergleiche ebenda
z.B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

13 Glossar

Altruismus	Selbstlosigkeit, durch Rücksicht auf andere gekennzeichnete Denk- und Handlungsweise
Copings	Verhaltensstrategien
Egoismus	Selbstsucht, Eigenliebe
Humanismus	Denken und Handeln im Bewusstsein der Würde des Menschen
Integritätsgefühl	Gefühl der Makellosigkeit, der Unbescholtenheit, der Unbestechlichkeit
kognitiv	die Gedächtnisleistung betreffend
Palliativ Care	aktive ganzheitliche Versorgung von Patient_innen, deren Krankheit nicht mehr kurativ behandelbar ist.
Prävalenz	Häufigkeit des Auftretens
Pflegediagnose	bedeutender Bestandteil des Pflegeprozesses und ein Teil der Einschätzung, bei dem Pflegepersonen die „ <i>menschlichen Verhaltensweisen auf bestehende oder potentielle Gesundheitsprobleme</i> “ (Townsend, 2000, S. 30) zuordnen (vgl. ebd.).
Pflegemodell	ein wissenschaftlich fundiertes Konzept, das die Theorie, die grundlegenden Komponenten und die Werthaltung bei der praktischen Umsetzung definiert.

psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm	Dieses reaktivierende Pflegemodell setzt ins Zentrum der Betreuung die „ <i>Reanimation der Seele</i> “ (Böhm, 1999, S 274) vor der somatischen Aktivierungspflege. Die Grundlage dafür stellt die individuelle Psychobiografie dar.
Supervision	Methode der reflektierten Begleitung von Personen, die in sozialen, pädagogischen, medizinischen und wirtschaftlichen Arbeitsfeldern tätig sind
Validation	Kommunikationsmethode zur Befindlichkeitsverbesserung dementiell erkrankter Menschen
Vollzeitäquivalent	Ganztagesanstellung

14 Anhang

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich meine Master Thesis mit dem Titel „Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Fluktuation von Personen in Berufen, die dementiell erkrankte Menschen begleiten?“ eigenständig verfasst habe. Ich bin damit einverstanden, dass die Master Thesis auf der Website der ARGE Bildungsmanagement Wien veröffentlicht wird.

Innsbruck, November 2010

Unterschrift

Barbara Kleissl