

Handlungsfelder für Arbeitsgestaltung, Personalentwicklung und betriebliches Gesundheitsmanagement für Pflegende 50+

Bachelor Thesis

im Studiengang
Angewandte Psychologie

Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Vorgelegt durch:

Monika Wyss

Betreuung:

Dr. Gian-Carlo Gentile

Praxispartner:

Kantonsspital Winterthur

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
Eidesstattliche Erklärung	2
Inhaltsverzeichnis	3
1 Einleitung	6
1.1 Ausgangslage	6
1.2 Praxispartner	6
1.3 Fragestellung	7
1.4 Vorgehensweise / Aufbau.....	7
2 Begriffserklärungen	8
2.1 Definition ältere Mitarbeiter	8
2.2 Leistungsbereitschaft.....	8
2.3 Beschäftigungsfähigkeit (Employability).....	8
2.4 Attributionsprozesse.....	8
2.5 Entstehung von Altersstereotypen	9
3 Theoretischer Hintergrund	10
3.1 Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne nach Baltes (1990).....	10
3.2 Drei-Faktoren-Modell der Entwicklungsbedingungen (Baltes, 1990).....	11
3.3 Kompetenzmodell.....	11
4 Ergebnisse aus empirischen Studien	13
4.1 Veränderung in der Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeitender.....	13
4.1.1 Physische Veränderungen	13
4.1.2 Kognitive Veränderungen	14
4.2 Kompensationsmechanismen.....	14
4.3 Aufgabengestaltung für ältere Mitarbeitende.....	15
4.3.1 Motivation und Passung	16
4.4 Arbeitsplatzgestaltung für ältere Mitarbeitende.....	16
4.4.1 Usability	16
4.5 Arbeitszeitgestaltung für ältere Mitarbeitende.....	16
4.6 Personalentwicklung und Führung älterer Mitarbeitender	17
4.6.1 Weiterbildung	17
4.6.2 Führung.....	18
4.7 Altersstereotype	19
5 Methodenwahl	21

5.1	Studiendesign	21
5.2	Dokumentenanalyse	21
5.3	Erhebungen.....	22
5.3.1	Fokusgruppen	22
5.3.2	Validierendes Experteninterview (betriebsintern)	24
5.3.3	Sounding-Board	25
5.3.4	Validierendes Experten-Interview (extern)	25
6	Ergebnispräsentation.....	26
6.1	Ergebnisse Fokusgruppen	26
6.1.1	Ressourcen.....	26
6.1.2	Belastungen	26
6.1.3	Arbeitsgestaltung.....	26
6.1.4	Arbeitszeitgestaltung	27
6.1.5	Personalentwicklung.....	28
6.1.6	Generationenbezogenes Führungsverhalten	29
6.1.7	Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	29
6.1.8	Generelle Themen	30
6.2	Ergebnisse validierendes Experteninterview (betriebsintern)	31
6.2.1	Arbeitsgestaltung.....	31
6.2.2	Arbeitszeitgestaltung	33
6.2.3	Personalentwicklung.....	34
6.2.4	Arbeitsfähigkeit.....	34
6.3	Ergebnisse validierendes Experteninterview (betriebsextern)	35
6.3.1	Situation in den Deutschschweizer Spitälern bezüglich Demografie-Management	35
6.3.2	Massnahmen zur Arbeitsgestaltung	35
6.3.3	Personalentwicklung.....	36
6.3.4	Generationenbezogenes Führungsverhalten	37
6.3.5	Bedeutung der Selbst- und Alterswahrnehmung für die Leistungsfähigkeit	38
6.3.6	Implementierung von Massnahmen zur altersgerechten Arbeitsgestaltung im Betrieb.....	38
7	Diskussion	40
7.1	Ressourcen und Belastungen von Pflegenden 50+	40
7.2	Arbeitsgestaltung und Arbeitszeitmodelle	40
7.2.1	Arbeitsplatzgestaltung	40
7.2.2	Informationsvermittlung	40
7.2.3	Arbeitsinhalt	40
7.2.4	Arbeitszeitgestaltung	41
7.3	Personalentwicklung und generationenbezogene Führung	41
7.3.1	Personalentwicklung.....	41
7.3.2	Generationenbezogene Führung.....	41
7.4	Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	42
7.5	Handlungsfelder für die nachhaltige Implementierung im Betrieb	42
8	Handlungsfelder	44

Inhaltsverzeichnis

8.1	Arbeitsgestaltung.....	44
8.2	Personalentwicklung.....	44
8.3	Führung.....	45
8.4	Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	45
8.5	Implementierung im Betrieb	45
9	Ausblick.....	46
	Tabellenverzeichnis.....	47
	Abbildungsverzeichnis.....	48
	Literaturverzeichnis.....	49

1 Einleitung

Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung nimmt kontinuierlich zu, bei gleichzeitig sinkenden Geburtenraten (Bongaarts, 2009). Eine Konsequenz daraus ist, dass nicht nur der Anteil Älterer in der Gesamtbevölkerung, sondern auch in der Berufswelt ansteigt. Dieses Phänomen wird als demografischer Wandel in der Arbeitswelt bezeichnet (Klussmann, 2009).

Die demografischen Entwicklungen der nächsten Jahre werden also die Altersstruktur der arbeitenden Bevölkerung nachhaltig verändern. Als Folge davon werden die Belegschaften in den kommenden Jahren zunehmend altern. Das Durchschnittsalter der Arbeitnehmenden in der Schweiz liegt zurzeit bei 41 Jahren (BFS, 2012).

Parallel dazu zeichnet sich bereits in verschiedenen Zweigen ein Fachkräftemangel ab. Diese Entwicklungen verdeutlichen die Wichtigkeit der Nutzung des Potenzials älterer Arbeitnehmender. Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und der alternden Belegschaft angepasste Bedingungen zur optimalen Leistungserbringung zu ermöglichen, sind die Unternehmen auf verschiedenen Ebenen gefordert.

Zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden gilt es, altersgerechte Arbeitsumgebungen zu gestalten, um ältere Mitarbeitende im Arbeitsprozess integriert zu halten. Es ist aber auch wichtig, Arbeitgeber wie Arbeitnehmer für die Thematik älterer Arbeitnehmer zu sensibilisieren und ein Bewusstsein zu etablieren, dass die Stärken älterer Arbeitskräfte nicht ohne Weiteres durch jene von jüngeren ersetzt werden können (Wiler, 2006). Dies mit der Zielsetzung, der Schaffung ausgeglichener Altersstrukturen, die sich auf Grund der heterogenen Leistungsprofile der Altersgruppen positiv auf die betriebliche Leistungsfähigkeit auswirken können (Prezewowsky, 2007).

1.1 Ausgangslage

Spezifische Situation im Gesundheitswesen.

Gemäss der OECD (2015) wird in den nächsten Jahren die Anzahl Personen, die in Rente gehen, die Neueintretenden im Arbeitsmarkt übersteigen. Diese Entwicklung trifft auch auf den Pflegesektor zu. In einer europaweit angelegten Studie RN4CAST¹ wurde für 2020 ein Fachkräftemangel von 600'000 ausgebildeten Pflegefachpersonen berechnet.

Die aktuellen Zahlen des Bundesamtes für Statistik bestätigen diesen Trend. Für praktisch sämtliche Kantone sagen sie eine Bevölkerungszunahme vorher. Dabei wird das Wachstum mit einem deutlichen Anstieg der Anzahl Personen im Rentenalter einhergehen (Bundesamt für Statistik, 2016).

Die Folgen des demografischen Wandels wirken sich im Gesundheitswesen deshalb noch unmittelbarer aus als in anderen Branchen (Ihle et al, 2015). Die Gründe dafür sind vielfältig (Zölch & Swoboda, 2014): Die Anzahl hochbetagter, pflegebedürftiger Menschen und somit der Pflegebedarf werden noch weiter zunehmen. Hinzu kommt, dass die medizinisch-technischen Entwicklungen neue Therapiemöglichkeiten eröffnen, die viele Bereiche des Gesundheitswesens direkt betreffen. Ein grosser Teil der Belegschaft besteht zudem aus älteren Mitarbeitenden. Als Konsequenz daraus ergibt sich, dass älteren Mitarbeitenden zunehmend eine wichtige Rolle in der Versorgung zukommen wird.

1.2 Praxispartner

Vor dem Hintergrund dieser demografischen Entwicklungen im Arbeitsmarkt ist die Strategie des Praxispartners für diese Bachelorarbeit entstanden. Praxispartner ist die Abteilung Personalentwicklung des Human Resources Managements (HRM) des Kantonsspitals Winterthur (KSW). Das KSW ist eines der zehn grössten Spitäler der Schweiz, behandelt jährlich rund 250'000 Patientinnen und Patienten und sichert damit die medizinische Grundversorgung für die Einwohner der Region Winterthur. Zur Erfüllung dieser Aufgabe arbeiten 3'000 Mitarbeitende am KSW, viele davon im Schicht- und Wochenendbetrieb.

¹ Hauptziel der Studie war es, die Pflegepersonalbedarfsplanung mit zusätzlichen Faktoren wie Merkmale der Arbeitsumgebung, Personalrekrutierung und Personalerhaltung zu verfeinern. In europäischen Akutspitälern wurden Faktoren wie Arbeitsumgebungsqualität, Stellenbesetzung und Sicherheitsklima, Rationierung von Pflege sowie Arbeitszufriedenheit, emotionale Erschöpfung und Fluktuation beim Pflegefachpersonal erfasst.

In der Personalstrategie 2013 – 2016 des KSW werden zwei zentrale Stossrichtungen festgehalten: einerseits die Bindung der Mitarbeitenden an das Unternehmen (Retention Management) und andererseits die Entwicklung und der Erhalt der Leistungsfähigkeit über die gesamte Dauer der Erwerbstätigkeit. Zur Erreichung dieser Ziele setzt das HRM auf eine umfassende Laufbahntwicklung der Mitarbeitenden über die Lebensspanne. Die Belegschaft wird dabei in verschiedene Alterssegmente unterteilt, eines davon ist Mitarbeitende 50+.

1.3 Fragestellung

Aus den vorangehenden Fakten ergab sich in Absprache mit dem Praxispartner die folgende zweiteilige Fragestellung:

- Welche Bedürfnisse haben Pflegende 50+ im Departement Medizin in den Bereichen Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung?
- Welche Handlungsfelder für Massnahmen zur Arbeitsgestaltung, Personalentwicklung und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement für Pflegende 50+ lassen sich daraus ableiten?

Anschliessend wird dargelegt, wie die Fragestellung im Rahmen dieser Arbeit bearbeitet worden ist.

1.4 Vorgehensweise / Aufbau

Im ersten Teil der Arbeit wurde anhand einer Literaturrecherche eine Sichtung bezüglich Massnahmen für ältere Mitarbeitende in den Bereichen Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung vorgenommen. Der Fokus lag dabei auf den Bedürfnissen von Mitarbeitenden im Pflegesektor und deren speziellen Arbeitsbedingungen (z.B. Schicht- und Nachtarbeit).

Ergänzend dazu erfolgte eine Dokumentenanalyse der relevanten betriebsinternen Dokumente bezüglich bestehender Konzepte zur Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung des Praxispartners.

Aufbauend auf Literaturrecherche und Dokumentenanalyse folgte die Erhebung im Betrieb des Praxispartners. Hierzu wurden zur Erfassung der Bedürfnisse der älteren Pflegenden des Departements Medizin bezüglich Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung zwei Fokusgruppen gebildet.

Die erarbeiteten Massnahmen-Vorschläge wurden anschliessend durch ein Experteninterview mit zwei Abteilungsleitungen (Peer-Interview) auf eine mögliche Umsetzbarkeit im Betrieb hin geprüft (validiert).

Zudem fand eine Präsentation der Massnahmenvorschläge in Form eines Sounding-Boards bei der Leitung Pflege (Departement Medizin) und der Leitung Personalentwicklung (HRM) statt. Hier ergaben sich Fragen zur Implementierung eines Konzepts für Pflegende 50+ im Departement Medizin, welche im abschliessenden Experten-Interview nochmals aufgegriffen wurden.

Ergänzend zu den Erhebungen im Betrieb wurde die Expertise einer externen Fachperson im Bereich Demografie- und Generationen-Management eingeholt. In diesem Experten-Interview wurden nebst der Reflexion der relevanten Massnahmen zur Arbeitsgestaltung auch deren nachhaltige Implementierung im Betrieb thematisiert.

Zum einheitlichen Verständnis der Begrifflichkeit werden die zentralen Begriffe dieser Arbeit im nächsten Kapitel erläutert.

2 Begriffserklärungen

Zur Schaffung eines einheitlichen Begriffsverständnisses werden in Kapitel 2 folgende Begriffe erläutert: Ältere Mitarbeiter, Leistungsbereitschaft, Beschäftigungsfähigkeit, Attributionsprozesse, und es wird kurz die Entstehung von Altersstereotypen aufgezeigt.

2.1 Definition ältere Mitarbeiter

Baltes begreift den menschlichen Alterungsprozess als Entwicklungsbegriff und versteht darunter „jegliche (positive oder negative) Veränderung in der adaptiven Kapazität des Organismus“ (Baltes, 1990). Die Entwicklung des Menschen ist also während der gesamten Lebensspanne beeinflussbar und umfasst in jedem Alter sowohl Gewinne als auch Verluste.

Die Definition der OECD für ältere Mitarbeitende bleibt eher allgemein. Sie werden als „Personen, die in der zweiten Hälfte ihres Berufslebens stehen, noch nicht das Pensionsalter erreicht haben und gesund und arbeitsfähig sind“ betitelt (OECD, 2012).

In dieser Arbeit wird, in Anlehnung an die OECD-Definition, welche ab 50-Jährigen von älteren Mitarbeitenden spricht, die Grenze von 50 Jahren für ältere Arbeitnehmende gewählt².

2.2 Leistungsbereitschaft

Die Leistungsbereitschaft erfasst die Bereitschaft der Arbeitnehmenden, die bis zum Rentenalter (und darüber hinaus) aktiv in der Arbeitswelt tätig bleiben. Bei der Erhaltung der Leistungsbereitschaft spielen die betriebliche Personalfreisetzungspolitik sowie betriebliche Massnahmen zur Arbeitsgestaltung eine wesentliche Rolle. Die Leistungsbereitschaft des Einzelnen kann zudem durch physische und/oder psychische Verschleisserscheinungen gemindert sein (Prezewowsky, 2007, S. 60).

2.3 Beschäftigungsfähigkeit (Employability)

Die Beschäftigungsfähigkeit setzt sich aus zwei Komponenten zusammen:

Die *Arbeitsfähigkeit* stellt die erste wichtige Voraussetzung dar. Illmarinen und Tempel (2002) umschreiben sie als „die Faktoren, welche jemanden in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen“. Diese umfassen u.a. die Ressourcen Gesundheit, Qualifizierung und Motivation.

Zur Erhaltung (oder Verlängerung) der Beschäftigungsdauer älterer Mitarbeitender braucht es aber gleichzeitig *gesellschaftliche und unternehmerische Rahmenbedingungen*. Aus dem Zusammenspiel beider Komponenten entsteht die individuelle Beschäftigungsfähigkeit (Prezewowsky, 2007, S. 61).

2.4 Attributionsprozesse

Attributionsprozesse wurden erstmals durch Fritz Heider (1958) beschrieben. Sie befassen sich mit Erklärungen für eigenes und fremdes Verhalten. Grundsätzlich wird zwischen internaler und externaler Attribution unterschieden. Bei der internalen Attribution nehmen wir an, dass ein Mensch sich aufgrund seiner Einstellung, seines Charakters oder seiner Persönlichkeit auf eine bestimmte Art und Weise verhält. Während bei der externalen Attribution davon ausgegangen wird, dass ein Mensch sich aufgrund der Situation, in der er sich befindet, auf eine bestimmte Weise verhält und man annehmen kann, dass die meisten Menschen in der gleichen Situation ähnlich reagieren würden (Aronson et al., 2008).

² Dabei werden die Begriffe ältere Mitarbeitende, ältere Arbeitnehmende, Ü50 oder MA50+ sowie Pflegende 50+ synonym verwendet.

2.5 Entstehung von Altersstereotypen

Ein Stereotyp ist eine kulturell weithin geteilte Vorstellung von Eigenschaften über eine bestimmte Gruppe von Menschen. Stereotype tragen zur Erhöhung der Effizienz der Informationsverarbeitung bei und ermöglichen die soziale Verankerung der eigenen Person. Stereotype sind verallgemeinernde Einstellungen gegenüber Menschen, sind stark vereinfacht und bestehen oft aus oberflächlichen Kategorisierungen (Aronson et al., 2008).

Altersstereotype können sich vielfältig äussern. So werden ältere Mitarbeitende als weniger innovativ und weniger anpassungsbereit eingeschätzt. Älteren Mitarbeitenden wird im Vergleich zu jüngeren eine geringere Leistungsbereitschaft, Lernfähigkeit und Flexibilität attestiert. Sie werden allgemein und in Bezug auf neue Technologien für weniger anpassungsbereit gehalten (Verworn, 2012).

Diese vorherrschenden Vorstellungen und Meinungen lassen auf ein defizit-orientiertes Alterskonzept schliessen. Hier werden Alterungsprozesse vorwiegend mit Kompetenzverlust und degenerativen Prozessen assoziiert. Demgegenüber stehen die Resultate neuerer Studien zur Arbeitsleistung von älteren Arbeitnehmenden³.

Im anschliessenden Kapitel werden die theoretischen Konzepte, die den Hintergrund dieser Arbeit bilden, näher erklärt.

³ Insbesondere die Leistungen in Kontextaufgaben fallen bei älteren Arbeitnehmenden besser aus, was z.B. Kompetenzen wie Hilfsbereitschaft, Sicherheitsregeln einhalten, Pünktlichkeit umfasst.

3 Theoretischer Hintergrund

Das Fachgebiet der Entwicklungspsychologie des Erwachsenen ist ein relativ junges Gebiet, denn erst in den 1960er Jahren ist ein zunehmendes Interesse an der Entwicklung des älteren Menschen entstanden. Die Gründe für dieses entfachte Interesse können in den neuen gesellschaftlichen Anforderungen an den erwachsenen Menschen liegen. Gesellschaftlich erleben wir stark veränderte Familien- und Beziehungsstrukturen. In der Arbeitswelt zeigen sich neue berufliche Anforderungen an Qualifikation, Flexibilität, Umgang mit neuen Technologien, Innovation und lebenslangem Lernen. Dieser Wandel lässt elementare Fragen zu Entwicklungsprozessen im Erwachsenenalter entstehen und hat zu einem neuen Interesse an Entwicklungsthemen im Erwachsenenalter geführt (Faltermaier et al., 2002, S. 15).

Zu Beginn der 1970er Jahre zeigt sich in der Entwicklungspsychologie eine neue Perspektive mit einer Betrachtungsweise der gesamten Lebensspanne (Faltermaier et al., 2002, S. 23). Die individuelle psychische (ontogenetische) Entwicklung wird als lebenslanger Prozess aufgefasst und unterscheidet sich dabei von früheren Konzepten mit starren biologischen Altersphasen⁴ (Baltes, 1990). Baltes (1990) geht davon aus, dass in Zukunft die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne kaum durch eine einzige Theorie repräsentiert werden kann. Entwicklungsverläufe werden nach heutigem Erkenntnisstand nicht mehr als universell, sondern als multidirektional (variiert in verschiedenen Verhaltensbereichen) und interindividuell verschieden angesehen (Faltermaier et al., 2002, S. 52).

3.1 Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne nach Baltes (1990)

Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne stellt nicht ein Theoriesystem im eigentlichen Sinne dar (Baltes, 1990). Sie besteht aus zentralen Grundannahmen, welche seit ihrer Formulierung in den 1970er Jahren in der Entwicklungspsychologie Orientierung bieten für den Ansatz der Lebensspanne (Faltermaier et al., 2002, S. 24).

Faltermaier (Faltermaier et al., 2002, S. 25) fasst die Grundannahmen folgendermassen zusammen:

1. Grundsätzlich wird die Entwicklung als ein Prozess verstanden, der während des ganzen Lebens andauert. In jedem Menschen liegt demnach während der ganzen Lebensspanne Potenzial für Veränderung. Entwicklungsprozesse beschränken sich nicht auf bestimmte Lebensphasen oder wie Baltes (1990) es ausdrückt: die lebenslange Entwicklung kann auch Veränderungsprozesse umfassen, die nicht bereits mit der Geburt, sondern erst in späteren Phasen der Lebensspanne beginnen.
Diese Annahmen bestätigen das Erwachsenenalter als eine entwicklungsrelevante Periode. Gleichzeitig legt sie auch eine veränderte Sichtweise auf die Lebensphase des Alters nahe, da jede Phase in diesem Kontext als Entwicklung verstanden wird.
2. Entwicklung über die Lebensspanne ist kein universeller Prozess. Es gibt keinen spezifischen Weg und der Prozess kann sich in verschiedene Richtungen entwickeln, ist *multidirektional*. Die einzelnen unterscheiden sich stark in ihren Entwicklungsläufen und sind in hohem Masse veränderbar; Entwicklungswege zeigen also grosse *interindividuelle Variabilität* und *intraindividuelle Plastizität*⁵.
3. Der Grundsatz der *Multidirektionalität* besagt, dass die Entwicklungsprozesse einer Person in mehreren Verhaltensbereichen (z.B. Intelligenz versus Emotion) und in verschiedenen Lebenskontexten stattfinden (Baltes, 1990). So lässt sich beispielsweise eine personale Entwicklung im Kontext Familie, Beruf, soziale Netzwerke oder politische Aktivität aufzeigen. Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne möchte dabei die Entwicklung in den verschiedenen Kontexten in einen Gesamtrahmen stellen und mit einem Blick auf das Individuum als Ganzes auch Beziehungen und Widersprüche auf den einzelnen Ebenen aufspüren.
4. Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne bezieht nebst der individuellen (ontogenetischen) Prinzipien auch die Einflüsse durch *gesellschaftlich-historische* Einwirkungen mit ein. Gesellschaftliche, ökologische und historische Einflüsse auf die Entwicklungsverläufe des Individuums erhalten grössere Aufmerksamkeit. Auf die Variable des chronologischen Alters zur Erklärung von Entwicklungsvorgängen wird zunehmend verzichtet. Stattdessen werden psycho-soziale Bedingungsfaktoren herangezogen, um Entwick-

⁴ Beispielsweise Erikson (1959) oder Havighurst (1972), (siehe Anhang A).

⁵ Veränderbarkeit innerhalb einer Person (Baltes, 1990).

lungsprozesse zu beschreiben.

Abschliessend ist zu sagen, dass für die Psychologie der Lebensspanne die Komplexität ihrer Grundannahmen massgeblich zum Ansatz einer multidisziplinären Sichtweise beiträgt (Baltes, 1990).

3.2 Drei-Faktoren-Modell der Entwicklungsbedingungen (Baltes, 1990)

Die von Baltes et al. (1990) beschriebenen Entwicklungsbedingungen können in drei interagierende Systeme aufgeteilt werden:

- Normativ-altersbezogene Einflüsse
- Normativ-historische Einflüsse
- Non-normative Einflüsse

Normativ-altersbezogene Einflüsse sind Prozesse und Umweltbedingungen, die einen engen Zusammenhang mit dem chronologischen Alter haben. Sie sind vorhersehbar, sozial erwartet und betreffen die meisten Individuen einer Gesellschaft (Baltes, 1990). Als Beispiele können die Pubertät, das Erreichen der Volljährigkeit oder das Klimakterium angefügt werden.

Normativ-historische Einflüsse sind mit geschichtlichen Ereignissen verknüpft und nicht mit dem Lebensalter. Sie haben auf die Mehrheit einer Generation in einer Gesellschaft einen ähnlichen Einfluss. Generationen in unterschiedlichen Altersphasen können von den jeweiligen Ereignissen sehr unterschiedlich betroffen sein (Faltermaier et al., 2002, S. 26). An den Beispielen Finanzkrise in den USA oder Irak-Krieg lässt sich aufzeigen, dass ein historisches Ereignis zwar alle betrifft, die Lebensläufe und Entwicklungsmöglichkeiten jedoch sehr unterschiedlich beeinflusst werden.

Unter non-normativen Einflüssen werden jene Umweltbedingungen zusammengefasst, die sich nicht den Vorkategorien zuordnen lassen, die also weder altersbezogen noch historisch begründet sind. In diese Kategorie gehören die individuellen Lebensereignisse wie z.B. Krankheit, Tod eines Lebenspartners oder Verlust der Arbeitsstelle (Faltermaier et al., 2002, S. 26).

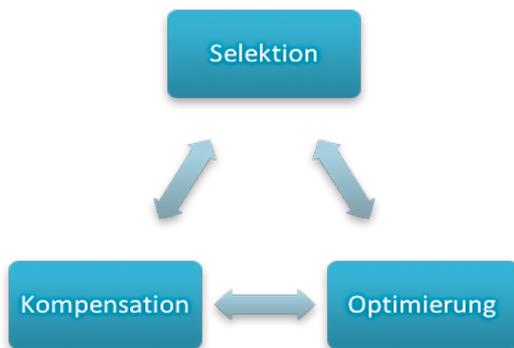
3.3 Kompetenzmodell

Ausgangspunkt für das Modell bilden die empirischen Befunde zur altersbedingten Verringerung der Kapazitätsreserven des Organismus. Die Adaptionsprozesse sind nicht altersgebunden. Die Grenzen der Kapazitätsreserven sind jedoch im Alter schneller erreicht und die Verluste beginnen die Gewinne der Adaptionsprozesse aufzuwiegen⁶ (Faltermaier et al., 2002, S. 172).

Die drei Komponenten des Modells: *Selektion*, *Optimierung* und *Kompensation* stehen miteinander in einer Wechselbeziehung (Faltermaier et al., 2002, S. 172).

⁶ Der Prozess "der selektiven und kompensatorischen Optimierung" beschreibt einen allgemeinen Vorgang der Adaption, der auf die meisten Lebensvorgänge zutreffen kann. Die Prozesse der Selektion, Optimierung und Kompensation erhalten allerdings im Alter aufgrund des Verlustes an biologischen, mentalen und sozialen Kapazitätsreserven eine stärkere Gewichtung (Baltes, 1990).

Abbildung 1: Drei Komponenten des Kompetenzmodells nach Baltes & Baltes (1989), (eigene Darstellung).



Selektion

Eine Selektion besteht darin, sich auf gewisse Bereiche zu konzentrieren. Diese Bereiche können einerseits eine hohe subjektive Bedeutsamkeit für das Individuum besitzen oder durch die erhöhten Anforderungen der Umwelt (z.B. im Arbeitskontext) vorgegeben sein.

Optimierung

Mittels Optimierung sollen durch angepasstes Training physische und psychische Ressourcen gezielt aktiviert und gestärkt werden, um das allgemeine Niveau der Kapazitätsreserven anzuheben (Prezewowsky, 2007, S. 72).

Kompensation

Je nach Ausmass der Kapazitätsminderung kann der Umfang des Tätigkeitsspektrums eingeschränkt werden und eine Konzentration auf verbleibende Aufgaben erfolgen. Kompensationsprozesse haben das Ziel, Leistungsfähigkeit trotz eines eingeschränkten Leistungsspektrums zu erhalten. Kompensationsprozesse können sowohl intern (z.B. Training der Merkfähigkeit) als auch extern (z.B. durch Arbeitsplatzgestaltung) erfolgen (Prezewowsky, 2007, S. 72).

Baltes & Baltes (1989) sehen das Kompetenz-Modell als prototypischen Entwicklungsmechanismus des "erfolgreichen Alterns". Das Modell hat universellen Charakter; besondere Anwendung findet es in Bereichen, wo psychische und physische Leistungseinbussen bestehen und kompensiert werden sollen (Faltermaier et al., 2002, S. 172).

Hiermit ist der Theorie-Teil der Arbeit abgeschlossen. Kapitel 4 umfasst einen Überblick über aktuelle empirische Forschung zu den Hauptaspekten dieser Arbeit.

4 Ergebnisse aus empirischen Studien

Die Bedingungen der modernen Arbeitswelt wandeln sich stetig. Die Entwicklung hin zur Dienstleistungsgesellschaft (Tertiärisierung) geht mit einer Steigerung der geistigen, emotionalen und kognitiven Anforderungen einher (Stressreport Deutschland, 2012). Zahlreiche Studien belegen, dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter verändert. Gerade die Gruppe der älteren Mitarbeitenden wird aber in Zukunft stark wachsen. Diese Entwicklung macht einerseits Kompensations-Strategien der älteren Belegschaft zur Leistungserhaltung nötig, andererseits werden auch Anstrengungen seitens der Unternehmen zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze notwendig sein (Bäcker, 2009, S. 277).

Ziel dieses Kapitels ist, einerseits einen Überblick über den Stand der aktuellen Forschung zu diesem Themenkomplex zu liefern und andererseits soll ein empirischer Vergleich mit den Ergebnissen der eigenen Erhebungen möglich sein.

Das Kapitel gliedert sich wie folgt:

- Übersicht über altersbedingte Veränderungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit
- Zusammenstellung empirischer Befunde zu Kompensationsstrategien für ältere Mitarbeitende
- Studien zu Gestaltungsmaßnahmen für altersgerechte Arbeit und Personalführung

Das Kapitel schliesst mit aktuellen Studien zu Verbreitung und Einfluss von Altersstereotypen, welche im Arbeitskontext nach wie vor weit verbreitet sind (Shiu, 2015).

4.1 Veränderung in der Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeitender

4.1.1 Physische Veränderungen

Ein altersbedingter physiologischer Funktionswandel ist vor allem bei den Parametern Schnelligkeit, Flexibilität, Ausdauer, Kraft und Koordination feststellbar. Die Kurve der Leistungsfähigkeit verläuft bis zum Alter von ca. 40 Jahren flach und fällt danach steiler ab (Klussmann, 2009).

Klussmann (2009) merkt an, dass für einen Grossteil der Tätigkeitsbereiche, dank hoher Reservekapazitäten des gesunden Organismus, kaum die Gefahr bestehe, dass die Leistungsfähigkeit die Arbeitsanforderungen unterschreite.

Nebst dem Nachlassen der Körperkräfte nehmen auch wichtige Sinnesfunktionen wie Sehen und Hören ab dem 40. Lebensjahr ab.

In der nachfolgenden Tabelle ist eine Übersicht zu biologischen und kognitiven Veränderungen durch den Alterungsprozess zu sehen. Im Rahmen dieser Arbeit konnte keine vollständig und abschliessende Übersicht über sämtliche altersbedingten Veränderungen erhoben werden.

Tabelle 1: Zusammenstellung der Veränderungen im Alter in Anlehnung an Brandenburg & Domeschk (2007), Eberhardt & Meyer (2011), in Imhof (2014) und Schapkin (2012), (eigene Darstellung)

	Zunahme oder gleichbleibend	Abnahme
Physische Aspekte	Durchhaltevermögen	<ul style="list-style-type: none"> Muskelmasse und Muskelkraft Belastbarkeit und Flexibilität des Stütz- und Bewegungsapparates Schnelligkeit der Bewegungen
Visuelle Aspekte		<ul style="list-style-type: none"> Beeinträchtigung des Nahsehens / Alterssichtigkeit Abnahme der Fernsehschärfe (ab 50 Jahren) Beeinträchtigung des dynamischen Sehens (Detailsehen bei sich bewegenden Objekten)
Auditive Aspekte		<ul style="list-style-type: none"> Ansteigen der Hörschwelle¹ (ab 30 Jahren) Hörverlust v.a. bei hohen Frequenzen (Hochtonverlust) Störungen des Sprachverständnisses, v.a. wenn mehrere Personen im Raum sind (Cocktail-Party-Phänomen) Ohrgeräusche (Tinnitus)
Kognitive Aspekte:		
Fluide ² / mechanische ³ Funktion	<ul style="list-style-type: none"> Kurze Aufmerksamkeitsspannen fokussierte Aufmerksamkeit/Konzentration Einfache Reaktionsanforderungen 	<ul style="list-style-type: none"> Daueraufmerksamkeit Reaktionsgeschwindigkeit Reaktionsflexibilität Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung Merkfähigkeit im Kurzzeitgedächtnis
Kristalline ⁴ / pragmatische ⁵ Funktion	<ul style="list-style-type: none"> Merkfähigkeit im Langzeitgedächtnis Kommunikative Fähigkeiten Überblick über komplexe Sachverhalte Spezifisches Wissen Systemdenken Fähigkeit zum Perspektivenwechsel Entscheidungsfähigkeit Urteilsfähigkeit Fähigkeit, eigene Grenzen realistisch einzuschätzen 	

¹ Punkt, an dem ein Ton gerade noch gehört wird

² Fluide Funktionen sind zum Beispiel der Wechsel von Aufmerksamkeit, schnelle Informationsverarbeitung und Reaktion, die gleichzeitige Ausführung mehrerer Tätigkeiten, das ständige Auffrischen des Arbeitsgedächtnisses (Kluschmann, 2009).

³ Mechanik setzt sich insbesondere aus der Geschwindigkeit und Genauigkeit elementarer Prozesse der Informationsverarbeitung und aus der Funktionsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses zusammen (Baltes, 1990).

⁴ Kristalline Funktionen fordern eher stabiles und gespeichertes Wissen und der Umgang damit. Erfahrungswissen und Urteilsvermögen sind bei Älteren sehr gut ausgeprägt und in der Regel wachsen sie mit dem Lebensalter (Kluschmann, 2009).

⁵ Pragmatik umfasst das Wissen, die Lebenserfahrung, das ausgewogene Urteil, die sinnvolle Verknüpfung von Wissensbestandteilen (Baltes, 1990).

4.1.2 Kognitive Veränderungen

Durch eine Reihe biologischer Prozesse ändern sich Anatomie, Physiologie und die neurochemischen Prozesse unseres Gehirns. Wie kein anderes menschliches Organ wird das Gehirn durch Alterungsprozesse verändert (Brandstätter, 2007, S. 98). Altersbedingte Leistungsminderungen werden unter anderem auch durch Veränderungen neuronaler Prozesse ausgelöst, welche für die Umsetzung handlungsrelevanter Informationen in eine Reaktion zuständig sind (Schapkin, 2012). Es zeigt sich vor allem eine Abnahme der Geschwindigkeit und Flexibilität der Informationsverarbeitung sowie eine Reduktion der Merkfähigkeit (Schapkin, 2012). Baltes' (1990) Studien lassen vermuten, dass altersbedingte Veränderungen in den neurophysiologischen Hirnfunktionen gleichzeitig die sensorischen, die sensorischen und die intellektuellen Fähigkeiten beeinträchtigen.

Abschliessend ist anzumerken, dass sich im Umfang und Tempo der Veränderungs- und Abbauprozesse grosse individuelle Unterschiede zeigen (Zimprich et al., 2007, in Dellenbach, 2007).

4.2 Kompensationsmechanismen

Aus den eingangs dargestellten Studien zeigt sich, dass die Leistungsfähigkeit über die Lebensspanne verschiedenen Veränderungen ausgesetzt ist. Dies erfordert adäquate Adaptionsprozesse der älteren Mitarbeitenden, um das Leistungsniveau halten zu können.

Maintz (2003, in Kluschmann, 2009) stellt fest, dass hierzu die Tatsache besonders relevant ist, dass Alterung als

langsam fortschreitender Prozess einen Zeitraum für die Entwicklung von Kompensationsstrategien zulässt, um die nachlassende fluide Funktionalität sowie die nachlassende physiologische Funktionalität auszugleichen.

Schapkin (2012) unterstreicht die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Etablierung von Kompensationsstrategien, da die Plastizität (Fähigkeit zur Veränderung) des menschlichen Gehirns auch im höheren Berufsalter die Möglichkeit bietet, kognitive Defizite oder Verluste zu kompensieren. Die Kompensationsprozesse führen dabei zum Ausgleich von Leistungsdefiziten und laufen auf mehreren Ebenen ab:

- auf der Leistungsebene (z.B. Verlängerung der Reaktionszeit, um die Fehlerrate gering zu halten)
- auf der Gehirnebene (z.B. Aktivierung zusätzlicher Hirnareale)
- auf der Herz-Kreislauf-Ebene (z.B. Erhöhung der Herzrate und des Blutdrucks)

Neuere Studien zur Arbeitsweise älterer Gehirne stützen die These der Aktivierung zusätzlicher Hirnareale als Kompensationsmechanismus zur Leistungssteigerung. Cabeza, Anderson, Locantore, McIntosh (2002, in Schapkin, 2012) konnten zeigen, dass statt der Aktivierung der erwarteten Areale bei älteren Menschen Aktivierungsmuster über mehrere Areale verteilt messbar waren. Man spricht hier auch von einer verstärkten Rekrutierung zusätzlicher Areale.

Besondere Beachtung verdient in diesem Zusammenhang eine Studie von Ilmarinen (2005). Der Autor zeigte, dass bei der Erklärung beruflicher Leistungsfähigkeit, dem Lebensalter ein relativ geringer Anteil (tiefer Varianzanteil) zukam (2005). Bei der Entwicklung des Testinstruments zur Messung des „Work-Ability-Index“ (WAI) in einer Längsschnittstudie an Personen über 50 Jahren, blieb der Wert bei 60% der Teilnehmenden stabil, bei 10% stieg er sogar leicht an und bei 30% zeigte sich ein leichter Abfall.

Auf der Verhaltensebene können die Leistungseinbußen älterer Arbeitnehmender teilweise durch genauigkeitsorientierte Strategien kompensiert werden. Die Arbeit wird zwar langsamer, dafür genauer durchgeführt (Schapkin, 2012).

Der Versuch nach Ausgleich und Kompensation kann für ältere Mitarbeitende aber auch mit zusätzlicher Beanspruchung verbunden sein. So fand Schapkin (2012), dass kompensatorische Veränderungen im Bereich des zentralen Nervensystems mit einer erhöhten kardiovaskulären Aktivierung verbunden sind, was sich in einer Steigerung des Blutdrucks (erhöhter systolischer Blutdruck) und einer verringerten Herzratenvariabilität (Fähigkeit zur raschen Leistungsanpassung des Herzens) zeigt. Diese Anpassungsleistung führt erwiesenermaßen zu einer Belastung des Organismus (physiologische Kosten), welche bei Älteren höher ist als bei Jüngeren. Die Ergebnisse von Schapkin (2012) zu kompensatorischen Prozessen älterer Mitarbeitender weisen zudem auf eine verringerte Erholungsfähigkeit Älterer nach der kognitiven Belastung hin.

Unter die Strategien zur Leistungserhaltung kann auch das lebenslange Lernen gezählt werden. Hennekam (2015) erforschte, wie sich lebenslanges Lernen auf den beruflichen Erfolg sowie die berufliche Zufriedenheit älterer Arbeitnehmender auswirken. Sie konnte dabei die Wichtigkeit von kontinuierlicher Weiterbildung im Bereich technologischer Entwicklungen für den Verbleib Älterer im aktiven Erwerbsleben aufzeigen.

Nebst der Anpassungsleistung der einzelnen Mitarbeitenden sind auch die Unternehmen gefordert, durch Massnahmen zur Schaffung altersgerechter Arbeitsplätze gestaltend und unterstützend einzugreifen. In der aktuellen Forschung zur Arbeitsgestaltung für ältere Mitarbeitende zeigen sich eine Fülle innovativer Vorschläge.

4.3 Aufgabengestaltung für ältere Mitarbeitende

Als übergeordnete Maxime fordert Schapkin (2012) für die altersgerechte Arbeitsgestaltung die Schaffung von Bedingungen, mit denen das Arbeitsgedächtnis und die exekutive Kontrolle möglichst moderat gefordert werden. Dies geschieht aus dem Grund, weil bereits mässiger Zeitdruck negative Auswirkungen auf die Leistung hat und somit die effektive Feedbackbenutzung bei Älteren verhindert wird.

Laut (Klussmann, 2009) werden Aufgaben tendenziell besser erfüllt, wenn:

- diese vertraut sind
- sie relativ selbstständig eingeteilt werden können hinsichtlich Pensum, Rhythmus und Ablauf
- sie komplexe Lösungswege erfordern, die einen Erfahrungshintergrund benötigen
- soziale Kompetenzen zur Erfüllung nötig sind
- diese detaillierten Kenntnisse über betriebliche Abläufe und informelle Beziehungen voraussetzen
- für die Planung von Arbeitsabläufen ausreichend Zeit zur Verfügung steht (Schapkin, 2012).

4.3.1 Motivation und Passung

In den Arbeiten von Kristof-Brown et al. (2005) wird der Begriff der Aufgabengestaltung mit dem Konzept der Passung erweitert. Die Forschergruppe beschreibt darin die Auswirkungen geglückter Passung auf die Arbeitsmotivation. Das Konzept der Passung enthält drei Haupt-Komponenten für eine Mitarbeiter-Passung: die Passung des Mitarbeiters mit der Organisation (P-O), die Passung mit der Aufgabe (P-J) und die Passung mit dem Arbeitsteam (P-G). So hat sich beispielsweise gezeigt, dass für Beschäftigte, die bereits in mehreren Firmen gearbeitet hatten, die P-O-Passung (Person-Unternehmen) wichtiger war für die Arbeitszufriedenheit als für jene, die nur in einer Firma gearbeitet hatten.

Für Beschäftigte mit längerer Berufserfahrung war die Bedeutung der P-J-Passung (Person-Arbeitsaufgabe) grösser. Was Kristof-Brown et al. (2005) dahingehend interpretierten, dass die verschiedenen Passungsdimensionen nicht nur additiv funktionieren, vielmehr vermochte hohe Passung in einem Bereich geringere Passung in einem anderen Bereich auszugleichen.

Die Erkenntnisse der Studien könnten eine Lebensspannen-Perspektive der Arbeitsmotivation liefern. Beispielsweise könnte für Ältere die P-G-Passung (Person-Arbeitsteam) wichtiger werden, weil die positive Affektregulation mit dem Alter an Bedeutung gewinnt. Die Erhöhung der P-G-Passung könnte gleichzeitig eine niedrigere P-J-Passung ausgleichen, die möglicherweise durch nachlassende Arbeitsfähigkeit entsteht.

Für die Anwendung in der Praxis hält das Forscherteam es für wichtig, altersbedingte Veränderungen der Arbeitsmotivation nicht als passive Reaktionen auf nachlassende Leistungsfähigkeit und kognitiven Abbau zu sehen. Beschäftigte regulieren ihre Motivation in adaptiver Weise auf ein Niveau, das einem positiven Selbstkonzept zuträglich ist. Dies erklärt, dass Arbeitsmotivation Älterer grundsätzlich durch Personalentwicklung beeinflussbar ist. Arbeitsmotivation wird mit dem Alter zunehmend aufgabenspezifisch und ist am höchsten, wenn sich Aufgaben mit persönlichen Bedürfnissen und Fertigkeiten decken.

4.4 Arbeitsplatzgestaltung für ältere Mitarbeitende

4.4.1 Usability

Die Befragungsergebnisse von Klusmann (Klusmann, 2009) zeigen, dass insbesondere Produkte mit vielen Funktionen und unübersichtlicher Bedienstruktur Probleme in der Anwendung bereiten. Probleme tauchten insbesondere dort auf, wo Bedienstrukturen vom Gewohnten abweichen. Diese Nutzer scheitern, wenn ihnen keine Hilfsmittel wie z.B. strukturierte Bedienungsanleitungen vorliegen.

Klusmann hält weiter fest, dass die Variablen „technisches Verständnis“, „Interesse“ und „Erfahrung“ den Zusammenhang zwischen Nutzer und Bedienbarkeit des Produktes besser beschreiben als die Variable Alter. Das bedeutet, dass technisch hoch interessierte Mitarbeitende unbekannte Situationen im Zusammenhang mit Arbeit am Computer oft durch „try and error“ bewältigen. Technisch weniger interessierte Mitarbeitende dagegen gehen deutlich defensiver mit technischen Produkten um, da sie befürchten, Fehler zu machen.

4.5 Arbeitszeitgestaltung für ältere Mitarbeitende

Die deutsche Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, 2013) definiert flexible Arbeitszeit als: Arbeitszeitmodelle, die (...) bezüglich des Umfangs und der zeitlichen Verteilung der Arbeitszeit charakterisiert sind. Kennzeichnend für flexible Arbeitszeiten ist, dass die Arbeitszeit ständig dem betrieblichen Bedarf und/oder den Wünschen der Mitarbeitenden angepasst werden kann.

Die BAuA (2013) hebt einige positive Aspekte flexibler Arbeitszeitmodelle sowohl für Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer hervor:

Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit: Durch längere Betriebszeiten können Aufträge schneller abgewickelt, Termine besser eingehalten und der Kundenservice optimiert werden.

Höhere Arbeitsplatzattraktivität: Richtig gestaltet können flexible Arbeitszeiten dazu beitragen, Wünsche nach Zeitsouveränität der Mitarbeitenden zu ermöglichen. Insofern gelten Unternehmen, die auf die Arbeitszeitwünsche ihrer Mitarbeitenden eingehen, als attraktive Arbeitgeber, was ihre Rekrutierungsmöglichkeiten am Markt verbessert.

Mehr Motivation durch Flexibilisierung: Wer bei der Dauer und Verteilung seiner Arbeitszeit mitbestimmen kann, arbeitet motivierter und damit auch produktiver. Voraussetzung dafür ist eine gute Vertrauensbasis im Unternehmen – denn der Arbeitgeber tritt wichtige Entscheidungsrechte hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitszeit an seine

Mitarbeiter ab.

Mehr Lebensqualität durch Flexibilisierung: Ob die Life-Domain-Balance ausgewogen ist, entscheidet sich nicht zuletzt an der Gestaltung der Arbeitszeit. Flexible Arbeitszeiten können dazu beitragen, dass die Life-Domain-Balance ausgewogen bleibt. Wer über Zeitsouveränität verfügt, wer seine individuellen Interessen bei der Verteilung der Arbeitszeit einbringen kann, dessen Arbeitszufriedenheit und Lebensqualität steigen.

Gleichzeitig räumt die BAuA aber ein, dass zurzeit im Bereich der Gestaltung von flexiblen Arbeitszeiten kaum gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zum Einfluss auf die Gesundheit sowie das soziale Leben der Beschäftigten vorliegen. Zu diesem Zwischenergebnis gelangt der von der BAuA in Auftrag gegebene Forschungsbericht zum Thema ›Flexible Arbeitszeiten‹ (Janssen & Nachreiner, 2014).

Aus dem Forschungsbericht geht hervor, dass einige flexible Arbeitszeitmodelle ähnlich negative Effekte auf Gesundheit und soziales Leben haben wie Schichtarbeit. Dies trifft insbesondere bei der Kombination von Schichtarbeit mit flexiblen Anteilen der Arbeitszeitgestaltung zu. In dieser Kombination treffen zwei ähnliche Risikofaktoren zusammen, die sich in ihrer Wirksamkeit offensichtlich verstärken. Die Autoren empfehlen deshalb, die Variabilität bezüglich Dauer und Lage der Arbeitszeiten in engen Grenzen zu halten (Janssen & Nachreiner, 2014).

Zudem müssen die Effekte der Intensivierung der Arbeit im Rahmen von flexiblen Arbeitszeiten beachtet werden. Falls durch flexible Arbeitszeiten Stosszeiten abgedeckt werden, leisten die flexiblen Beschäftigten mehr, ohne dass diesem Aufwand ein erhöhter Freizeitausgleich gegenübersteht, der zur Regeneration notwendig wäre (Janssen & Nachreiner, 2014).

Noch völlig ungeklärt sind die Folgen für Wohlbefinden und Gesundheit bei Jahres- oder Lebensarbeitszeitkonten. Vor allem Lebensarbeitszeitkonten erscheinen vor dem Hintergrund problematisch, dass bereits heute viele Erwerbstätige vor Erreichen des gesetzlichen Rentenalters aus dem Erwerbsleben ausscheiden (Janssen & Nachreiner, 2014).

Schicht- und Nachtarbeit

In der Studie von Amstutz et al. (2013) zu den Arbeitsbedingungen im schweizerischen Gesundheitswesen wurde genügend Regenerationszeit von MA50+ als ein zentrales Thema genannt. Genügend Erholungsmöglichkeiten beeinflussen zudem bei älteren Pflegenden den Verbleib im Beruf. Dringenden Verbesserungsbedarf sehen die Forscher im Bereich der Dienstplanung und der Etablierung von Arbeitszeitmodellen, die flexibler auf die Bedürfnisse der Beschäftigten eingehen.

Clendon & Walker (2013) stellen in ihrer Studie zum Einfluss von Nachtarbeit auf neuseeländische Pflegende fest, dass, obschon das Thema Einflussfaktoren von Nachtschicht gut erforscht ist, noch kaum Ergebnisse zu spezifischen Belastungen bei Pflegenden 50+ existieren. Berger & Hobbs (2006) halten fest, dass die Beeinflussung durch Nachtarbeit grösser wird, je älter die Person ist und je länger sie bereits im Schichtbetrieb gearbeitet hat.

Dabei ist zu erwähnen, dass Pflegende mit Teilzeitpensen die negativen Folgen von Schichtarbeit als weniger belastend erlebten (Clendon & Walker, 2013). Pflegende, die in einer festen Beziehung lebten, gaben geringere Müdigkeit (Fatigue) als Folge von Schichtarbeit an, als Pflegende, die alleinstehend waren. Die Gründe für diesen Befund konnten noch nicht abschliessend geklärt werden.

Für die Planung von Schichtarbeit geben Clendon & Walker (2013) folgende Empfehlungen ab:

- Zeiten für Arbeitsende und –beginn mit den Fahrplänen des öffentlichen Verkehrs abstimmen
- Eine Beschränkung auf drei 8-stündige Nachtschichten am Stück
- Gleitende Arbeitszeit zu Arbeitsbeginn und Arbeitsende

Abschliessend ist anzumerken, dass die Stichprobe gespalten war bezüglich der positiven und negativen Auswirkungen von Schichtarbeit. Viele Pflegende hoben auch positive Aspekte von Schichtarbeit hervor (z.B. Freizeit unter der Woche), bzw. hatten ihr soziales Umfeld gut auf die Schichtarbeit abgestimmt. Auch bei gutem Coping mit Schichtarbeit wurde ein erheblicher Einfluss auf Familie, Sozialleben und Gesundheit konstatiert.

4.6 Personalentwicklung und Führung älterer Mitarbeitender

4.6.1 Weiterbildung

Die Beteiligung an beruflicher Weiterbildung wird als ein Weg zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit angesehen. Eine Erhöhung der Weiterbildungsbeteiligung Älterer ist folglich einer der wichtigsten Wege, um Beschäftigungsrisiken im Alter vorzubeugen (Bosch & Schief, 2005, in Bäcker et al., 2009, S. 253). Bäcker et al. (2009, S. 253/274) stellen deutliche Unterschiede in der Weiterbildungsbeteiligung in Bezug auf Alter, Qualifikation und Geschlecht fest:

- Stellung im Betrieb: ungelernte Arbeiter 13%, leitende Angestellte 47%

- Geschlecht: Frauen 24%, Männer 28%
- Alter: 19 bis 34 Jahre 29%, 50 bis 64 Jahre 17%.

Für die Variable Alter weisen die Analysen einen schwach signifikanten Einfluss, also eine schwach feststellbare unterdurchschnittliche Beteiligung der Älteren (ab 50 Jahre) an Weiterbildung auf.

Zur Gestaltung von Weiterbildung für ältere Mitarbeitende (Senior Professionals) raten Zölch & Swoboda (2014), Angebote Richtung reflektierte Praxis zu gestalten, damit langjähriges Erfahrungswissen überprüft und den neuen Herausforderungen angepasst werden kann. Als Lernform eignet sich dazu z.B. kollegiales Coaching. Für Lernformen im Bereich des Erfahrungstransfers in verschiedene Kontexte orten die Autorinnen noch grosses Entwicklungspotenzial.

Blättner et al. (2005) erhoben in Workshops mit deutschen Pflegekräften die Bedürfnisse für Weiterbildungsangebote. Die Stichprobe der Untersuchung ist nicht repräsentativ; es können jedoch Trends aufgezeigt werden. Die Teilnehmenden gaben Fortbildungsbedarf in folgenden Dimensionen an:

Arbeitsbelastungen und Ressourcen

- Arbeit in interdisziplinären und qualifizierungsheterogenen Teams
- Interaktion mit Pflegebedürftigen
- Organisation pflegerischer Arbeit

Fortbildungsbedarf liesse sich gemäss den Workshops-Resultaten auch auf folgenden Ebenen entwickeln:

- Qualifizierung von Führungskräften in partizipativer Organisationsentwicklung
- Teambildung und Gestaltung von Arbeitsprozessen als Lernprozesse
- Fortbildung für Pflegenden im Sinne einer theoriebasierten systematischen Wissensbildung und konkreter Handlungsstrategien

Amstutz et. al. (2013) nennen zudem Weiterbildung für die Gruppe der 47-56-Jährigen als ein zentrales Mittel für die Personalbindung an den Betrieb dieser Altersgruppe.

4.6.2 Führung

Zahlreiche empirische Studien haben positive Zusammenhänge zwischen Führung und Gesundheit von Mitarbeitenden nachgewiesen (Stadler & Spiess, 2002). Führungskräfte haben somit einen zentralen Einfluss auf Erhalt und Förderung der psychischen Gesundheit ihrer Mitarbeitenden.

Soziale Unterstützung

In diesem Kapitel wird speziell auf die Bedeutung sozialer Unterstützung durch Führungskräfte eingegangen. Stadler & Spiess (2002) werteten die Ergebnisse von Führungskräftebefragungen und einer umfangreichen Literaturrecherche aus⁷. Sie zählen folgende Verhaltensweisen zur sozialen Unterstützung durch Führungskräfte am Arbeitsplatz:

- Materielle Unterstützung (Hilfs- und Arbeitsmittel)
- Unterstützendes Verhalten
- Emotionale Unterstützung (Vertrauen, Anteilnahme)
- Feedback
- Orientierungshilfe (z.B. Rat)
- Initiieren von Teamaktivitäten (Zum Kennenlernen, Entspannen)
- Zugehörigkeit zu Netzwerk ermöglichen

Stadler & Spiess (2002) beschreiben die Wirkung von sozialer Unterstützung auf drei Ebenen:

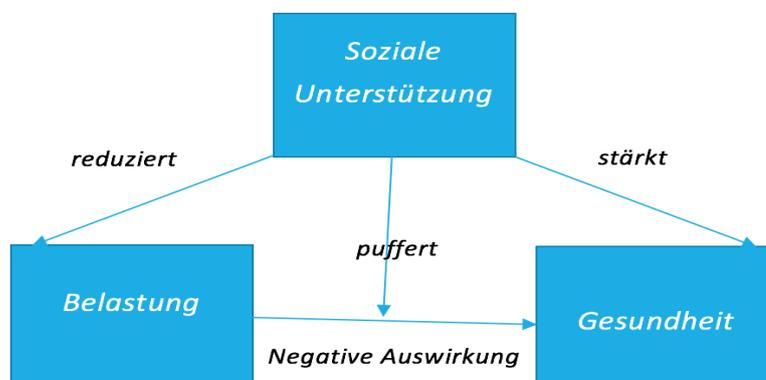
- Reduzieren der arbeitsbedingten Belastungen
- Positive Effekte bei der Stressbewältigung

⁷ „Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien bezüglich Führungsverhalten und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz.“ Im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Laufzeit: 2000 – 2002.

- Gesundheitsfördernde Wirkung durch den Aufbau gesundheitsfördernder Ressourcen

Die Wirkmechanismen sind in der Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Effekte von sozialer Unterstützung auf Wohlergehen und Gesundheit (nach Stadler & Spiess, 2002, in Weiterentwicklung von Pfaff, 1989), (eigene Darstellung).



Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass soziale Unterstützung durch die Führung einen wichtigen Ansatz zur Reduktion des Beanspruchungserlebens sowohl jüngerer als auch älterer Mitarbeitender darstellt.

Lebensereignisse

Amstutz et. al. (2013) zeigen in der breit angelegten CaRe-Studie unter schweizerischen Pflegefachpersonen die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Lebensphasen in der Führungsarbeit. Unter Lebensphasen werden dabei Altersphasen, Familienphase, aber auch Merkmale wie Quereinstieg und Wiedereinstieg gefasst. In einer Befragung aus Deutschland unter Pflegenden der Langzeitpflege, rechneten ein Drittel der Beschäftigten damit, in absehbarer Zeit Enkel-Betreuung oder Elder-Care-Aufgaben zu übernehmen (Franz-Marr, 2013 S. 135 in Ham, Ramon, 2013). Für die Mehrheit der Pflegenden ohne Führungsfunktion ist die professionelle Dienstplanung eine zentrale Möglichkeit, die Lebensphasen und das Alter der verschiedenen Mitarbeitenden zu berücksichtigen und somit arbeitszeitliche Belastungen zu entschärfen (Amstutz et. al. (2013).

Das Kapitel wird durch aktuelle Studien zum Thema Altersstereotype am Arbeitsplatz abgerundet.

4.7 Altersstereotype

Die Inhalte der vorherrschenden Altersstereotype wurden in der britischen Studie von Shiu et al. (2015) analysiert. Die Forschergruppe untersuchte, welchen Einfluss landestypische Altersstereotype auf die Arbeitseinschätzung älterer Mitarbeitender hat. Basis der Studie bildeten Daten aus 26 Ländern des European Social Survey. Die Annahmen gängiger Altersstereotype im Arbeitskontext sind, dass Ältere weniger motiviert sind und eine geringere Leistung zeigen (Hedge, Borman and Lammlein, 2006, in Shiu et al., 2015), dass sie weniger lernfähig sind (Wrenn and Maurer, 2004, in Shiu et al., 2015) und dass sie teurer für die Unternehmen sind (Finkelstein, Higgins and Clancy, 2000; Ostroff and Atwater, 2003, in Shiu et al., 2015). Obwohl empirische Forschung zeigt, dass die meisten dieser Annahmen nicht haltbar sind (Posthuma and Campion, 2009, in Shiu et al., 2015), halten sich Stereotype hartnäckig und sind informell in vielen Organisationen institutionalisiert (Eurobarometer, 2009, in Shiu et al., 2015).

In diese Richtung weisen auch die Resultate von Schippers (2011, in Hennekam, 2015). In dieser holländischen Studie unter 6'000 älteren Arbeitnehmenden konnte gezeigt werden, dass sie Fähigkeiten und Kompetenzen besitzen, die unter den jüngeren Mitarbeitenden oft fehlen: die älteren wurden als loyaler, Klienten-orientierter eingeschätzt und zeigten bessere Sozialkompetenzen.

McCann & Giles (2002, in Shiu et al., 2015) beobachteten, dass Stereotype am Arbeitsplatz die gesellschaftlich weitverbreiteten Altersstereotype reflektieren. Insbesondere, da der Arbeitsplatz gemäss Dennis & Thomas (2007, in

Shiu et al., 2015) als Mikrokosmos der Gesellschaft angesehen werden kann, in welchem sich Stereotype und Gedankenmuster des gesellschaftlichen Umfelds spiegeln. Diese These wird durch Scott (1992, in Shiu et al., 2015) bestätigt, der die „soziale Landkarte“ als wichtigen Grund bei der Aufrechterhaltung von Vorurteilen gegen ältere Menschen sieht. Diese Gedankenmuster folgen den Einzelnen an ihre Arbeitsplätze mit dem Resultat, dass negative Altersstereotype im Arbeitskontext vorkommen.

Die Forschungsergebnisse der eingangs erwähnten Studie zeigen, dass „the presence of age stereotypes in the workplace coupled with older workers’ awareness of such stereotypes held by others is expected to influence how older workers process and interpret job-related information (...) also influence how older workers make job-related predictions and form expectations (such as getting or not getting that promotion (...) retaining or losing one’s job), as well as the level of work pressure felt“ (Shiu et al., 2015).

Im Weiteren konnten die Wissenschaftler feststellen, dass die negativen Effekte der Arbeitsbelastung für Ältere in Ländern, in denen ältere Personen als kompetenter eingeschätzt werden, milder ausfielen. In solchen Ländern erlebten ältere Mitarbeitende ebenfalls höhere Arbeitszufriedenheit (Shiu et al., 2015).

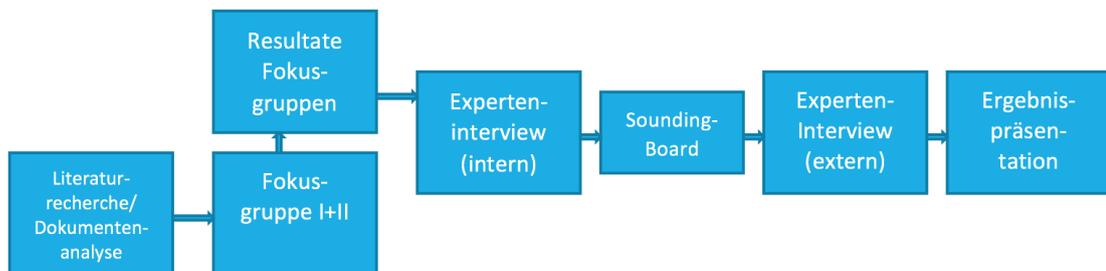
Wie eingangs bereits erwähnt, ist im Rahmen dieser Arbeit kein abschliessender Überblick über die aktuelle Forschung zu den Themen Arbeitsgestaltung für ältere Mitarbeitende möglich. Den Resultaten der aktuellen Forschung sollen nun die Ergebnisse der eigenen Erhebungen gegenübergestellt werden. Im folgenden Kapitel sind die Methodwahl und das Studiendesign für die Erhebung im Betrieb des Praxispartners näher erläutert.

5 Methodenwahl

5.1 Studiendesign

Vonseiten des Praxispartners gab es keine Vorgaben bezüglich der Erhebungsverfahren. Das Studiendesign konnte deshalb durch die Verfasserin frei bestimmt werden und es besteht aus sechs Hauptelementen. Der erste Schritt beinhaltet die Orientierung und Exploration des Themas, einerseits mittels Sichtung empirischer Literatur und andererseits anhand relevanter Dokumente des Praxispartners. Zur Schaffung grösstmöglicher Praxisnähe wurde die Erhebung Bottom-up angelegt. Das heisst, dass in einem ersten Schritt die Bedürfnisse der Pflegenden 50+ ermittelt und die Ergebnisse dann auf den nächsthöheren Hierarchiestufen validiert wurden. Um die Ergebnisse auch in einen gesamtbetrieblichen Kontext interpretieren zu können und um die Aspekte einer erfolgreichen Implementierung im Betrieb zu thematisieren, wurde zudem ein externes validierendes Interview mit einer Expertin im Bereich Demografie-Management durchgeführt. Zur Abstimmung mit den Zielen des Praxispartners wurde ein Sounding-Board vor Abschluss der Erhebungen zwischengeschaltet.

Abbildung 3: Studiendesign (eigene Darstellung)



5.2 Dokumentenanalyse

Ziel der Dokumentenanalyse war die Abbildung der Ist-Situation zu Arbeitsbedingungen für Pflegende 50+ im Betrieb des Praxispartners. Das Interesse lag dabei besonders auf bestehenden Massnahmen der Arbeitsgestaltung und der Personalplanung.

Die dafür verwendeten Dokumente wurden hauptsächlich vom HRM generiert und fanden sich auf dem Intranet des KSW. Es wurden die nachfolgenden Dokumente verwendet, welche alle im Anhang ersichtlich sind (Anhang B).

- Arbeitsmodelle am KSW (Dokumente HRM, Personalentwicklung)
- Life-Domain-Balance (Dokumente HRM, Personalentwicklung)
- Lebensalter und Arbeitswelt (Dokumente HRM, Personalentwicklung)
- Gesundheit (Dokumente HRM, Personalentwicklung)
- Arbeits- und Zeitmodelle (Dokumente HRM, Personalentwicklung)
- Planungsideen Mitarbeitende 50+ (Dokumente des Departements Medizin)

Die Auswertung der Dokumente erfolgte anhand der deduktiven Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Für die deduktive Analyse wurde ein Kategoriensystem angelegt. Dieses lehnt sich an das *Generation-Resource-Management-Model* nach Rimser (2014) an. Relevante Textstellen (Sinneinheiten) wurden anhand des entwickelten Kategoriensystems aus dem Textmaterial strukturiert und zusammengefasst (Mayring, 2010).

Das Kategoriensystem (siehe Anhang C) bildete das Raster für die weiteren Erhebungen. Das heisst, dass sowohl die Leitfäden für die Fokusgruppen als auch die Experteninterviews anhand des Kategoriensystems erstellt wurden. Auch die Auswertungen leiteten sich nach der Systematik des Kategoriensystems ab.

5.3 Erhebungen

5.3.1 Fokusgruppen

5.3.1.1 Begründung der Methodenwahl

Die Erhebungen waren als homogene Fokusgruppen mit halbstandardisiertem Leitfaden unter thematischer Leitung (Flick, 2007) angelegt. Die Form der Fokusgruppe diente dabei einerseits zur Nutzung des kollektiven Wissensbestandes der Gruppe und andererseits spiegelte sie das gewohnte Arbeitssetting der Teamarbeit der Teilnehmenden wider. Göll (Göll et al., 2005, in Schulz et al., 2012, S. 12) nennt zudem weitere Vorteile von Fokusgruppen:

Fokusgruppen sind aufgrund des kollektiven Wissensbestandes leistungsfähiger als Einzelpersonen. Zudem können im Vergleich zum Einzelinterview aufgrund der Gruppengrösse Interviewer-Effekte minimiert werden. Im Setting der Fokusgruppen scheint es für den Einzelnen schwieriger, sozial erwünschte Meinungen glaubhaft und beharrlich vor der ganzen Gruppe zu vertreten.

Der Leitgedanke ist also, dass gruppendynamische Effekte auftreten, welche das Engagement und die Auskunftsbereitschaft der Teilnehmer positiv beeinflussen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Diskussion in der Gruppe den Alltagserfahrungen näher ist als das isolierte Setting im Einzelinterview (Schulz et al., 2012, S. 12).

Der Ablauf der Fokusgruppen war in fünf Teile gegliedert. Während in den ersten vier Teilen der Schwerpunkt auf der Erfassung der Ressourcen und Belastungen der Mitarbeitenden 50+ lag, wurden im letzten Teil Vorschläge für Gestaltungsmassnahmen erarbeitet. Dies entstand anfänglich durch freies Formulieren der Teilnehmenden und wurde durch einen Input (Stimulus) aus der aktuellen empirischen Datenlage ergänzt. In der zweiten Fokusgruppe erfolgte zusätzlich eine Präsentation eines Auszugs der Resultate der ersten Fokusgruppe, welche im Anschluss kommentiert werden konnten.

5.3.1.2 Leitfaden

Der Leitfaden wurde in Anlehnung an die SPSS-Methode nach Helferich (2011)⁸ erstellt. Dabei wurde zu Beginn ein grosser Fundus an Fragen gesammelt, welche für die Bearbeitung der Fragestellung relevant sein könnten (S). Die entsprechenden Grundlagen bildeten die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche zur Theorie und Empirie zu Arbeitsbedingungen und -gestaltung bei älteren Mitarbeitenden.

Die Fragen wurden in einem zweiten Schritt auf ihre Eignung hin überprüft (P). Das Sortieren (S) wurde entlang des Kategoriensystems vorgenommen. Abschliessend wurde der Leitfaden in Themenblöcken subsumiert (S). Durch dieses Vorgehen konnte gewährleistet werden, dass trotz der Offenheit der Fragen der Leitfaden gut strukturiert war (Helferich, 2011).

Der Leitfaden diente dazu, die Moderation zu strukturieren und für beide Fokusgruppen zu vereinheitlichen. Der Leitfaden für die Fokusgruppe 2 kann im Anhang (D) eingesehen werden.

5.3.1.3 Stichprobe

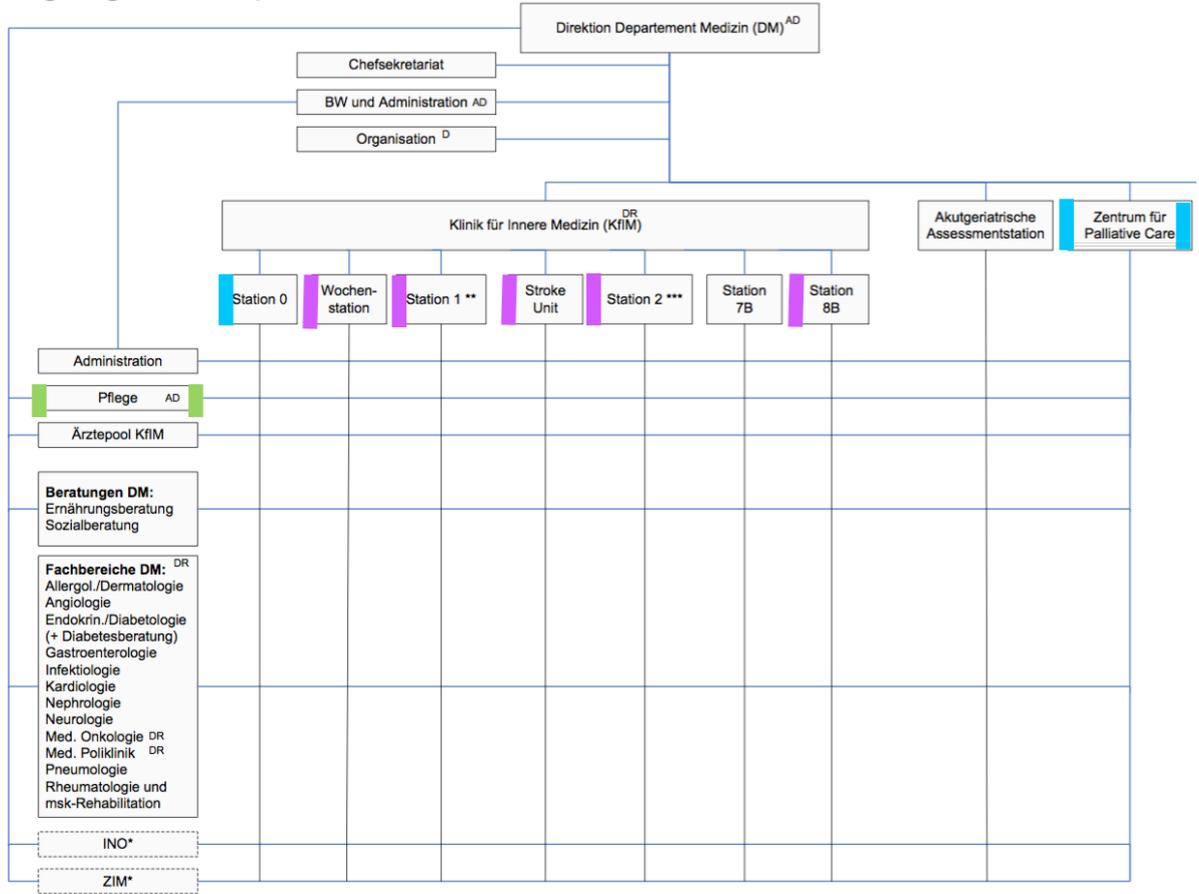
Es wurden zwei Fokusgruppen mit insgesamt 12 Teilnehmenden (n=12) durchgeführt (Lamnek, 2005, S. 435). Alle Teilnehmenden waren weiblich und älter als 50 Jahre, sie arbeiteten alle im 3-Schicht-Betrieb und hatten keine Führungsfunktionen inne. Von den total sieben Abteilungen des Departements Medizin waren vier Abteilungen vertreten. Die Fokusgruppen standen allen Mitarbeitenden des Departements Medizin, welche älter als 50 Jahre waren, offen. Die Mitarbeitenden wurde persönlich angeschrieben und eingeladen.

In der nachfolgenden Abbildung werden die Teilnehmenden der Erhebungen im Organigramm des Departements Medizin verortet.

⁸ Die Methode nach Helferich (2011) wird im Kapitel 5.3.2.2 nochmals dargestellt.

Abbildung 4: Organigramm des Departements Medizin⁹

Organigramm Departement Medizin



Teilnehmerinnen Fokusgruppe:

Teilnehmerinnen Experteninterview (intern):

Teilnehmerin Sounding-Board¹⁰:

5.3.1.4 Auswertung

Die Resultate der Fokusgruppen wurden in Gesprächsprotokollen festgehalten. Die Kernaussagen der Teilnehmenden wurden durch den Co-Moderator auf Flipcharts notiert. Zudem wurden die Fokusgruppen auf Tonband aufgezeichnet (Zwick & Schröter, 2012, in Schulz et al., 2012, S. 41). Die Auswertung der Gesprächsprotokolle und der Tonband-Aufzeichnungen erfolgte anhand der vorbestimmten Kategorien aus der Dokumenten- und Literaturanalyse mittels deduktiver Inhaltsanalyse (Mayring, 2010). Die deduktive Vorgehensweise wurde gewählt, da bereits ein gewisses Mass an Vorkenntnissen (durch empirische Studien) vorlag und ein Interesse an konkreten Aussagen zum vorgegebenen Themenbereichen vorhanden war (Hilpert et al., 2012, in Schulz et al., 2012, S. 195). Das Kategorienraster wurde durch innovative Gesichtspunkte aus den Gruppendiskussionen sukzessive erweitert und verfeinert (Zwick & Schröter, 2011, in Schulz et al., 2012, S. 42). Das Kategoriensystem wurde dabei induktiv um zwei Subkategorien erweitert¹¹.

Im Hinblick auf die zeitlichen Ressourcen wurde eine zusammenfassende Transkription vorgenommen. Hierbei

⁹ Das Organigramm wird zur besseren Orientierung an dieser Stelle nur auszugsweise dargestellt, das vollständige Organigramm findet sich im Anhang (E).

¹⁰ Die zweite Teilnehmerin am Sounding-Board (HRM, Leitung Personalentwicklung) ist im Organigramm des Departements Medizin nicht ersichtlich.

¹¹ Es handelt sich um die Subkategorien: 2.4. Informationsvermittlung / 2.5. Einbindung in Veränderungsprozesse (Anhang C).

wurde darauf geachtet, dass jede Einzelmeldung auf der Tonbandaufzeichnung einem Diskussionsteilnehmer zuzuordnen ist. Auf eine vollständige Transkription wurde verzichtet, da die Gruppendiskussion anhand des auf empirischen Vorkenntnissen basierenden Leitfadens strukturiert wurde, sodass bereits anhand der Protokolle die interessierenden Fragen weitestgehend abgedeckt und relevante Aspekte schnell und einfach identifiziert werden konnten. Die Ergebnisse wurden durch zentrale Zitate aus den Aufnahmen belegt (Hilpert et al., 2011, in Schulz et al., 2012, S. 196/202).

5.3.2 Validierendes Experteninterview (betriebsintern)

5.3.2.1 Begründung der Methodenwahl

Im nächsten Schritt sollten nun die in den Fokusgruppen erarbeiteten Massnahmen-Vorschläge auf eine mögliche Umsetzbarkeit in der Praxis überprüft werden. Hierzu wurde die Form des (validierenden) Experteninterviews gewählt. Mit dem Experteninterview wurden zwei Ziele parallel verfolgt:

- Wie erwähnt worden ist, sollte eine Validation einer Auswahl der bereits erhobenen Resultate aus den beiden Fokusgruppen stattfinden.
- Gleichzeitig sollten die beiden Abteilungsleiterinnen auch die Möglichkeit haben, als Expertinnen neue Aspekte zu den einzelnen Themenfeldern einzubringen.

Kühn beschreibt das Experteninterview als ein Instrument, das durch die schrittweise Gewinnung und Prüfung der Daten der Prozesshaftigkeit des Forschungsablaufs Rechnung trägt. Durch das Miteinander-in-Bezug-Stellen können Zusammenhänge und Ausprägung der einzelnen Inhalte erst aufgezeigt werden (Kühn, 2009, S. 36).

5.3.2.2 Leitfaden

Auch hier orientierte sich die Erstellung des Leitfadens an der SPSS-Methode nach Helferich (2011)¹². In einem ersten Schritt wurde eine breite Auswahl von Fragen zum Thema angelegt (S). Im anschliessenden Schritt des Prüfens (P) wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass in Folge der umfangreichen Resultate der beiden Fokusgruppen eine Auswahl der zu behandelnden Themen zu treffen war. Die Selektion wurde anhand folgender Überlegungen durchgeführt:

- Es sollten Vorschläge für Massnahmen ausgewählt werden, welche im Weisungsbereich der Abteilungsleiterinnen umsetzbar sind.
- Die Praktikabilität und direkte Umsetzbarkeit der Massnahmen standen im Vordergrund. Massnahmen, welche eine Diskussion im Rahmen der Gesamtorganisation voraussetzten, wurden deshalb ausgeschlossen.

Der nächste Schritt, das Sortieren (S), wurde ebenfalls entlang des Kategoriensystems vorgenommen. Abschliessend wurde der Leitfaden in Themenblöcken subsumiert (S). Zu den einzelnen Themenblöcken wurden Hauptfragen formuliert (Erzählaufforderungen) und weiterführende Fragen entwickelt. Der Leitfaden ist im Anhang (F) dieser Arbeit angefügt.

5.3.2.3 Stichprobe

Laut Meuser & Nagel (1991, in Kühl, 2009, S. 35) gelten diejenigen Personen als Experten, „die über einen privilegierten Zugang zu Informationen hinsichtlich Personengruppen und Entscheidungsprozesse verfügen“. Kaiser (2014) definiert qualitative Experteninterviews als ein systematisches und theoriegeleitetes Verfahren der Datenerhebung in Form der Befragung von Personen, die über exklusives Wissen (...) in einem bestimmten Gebiet verfügen. Beide Abteilungsleiterinnen haben mehrjährige Leitungserfahrung im KSW und können deshalb als Expertinnen in ihrem Fachgebiet bezeichnet werden.

Bei der Auswahl der Interviewpartner/-innen wurden folgende Aspekte beachtet.

Im Sinne einer Bottom-up-Erhebung sollten möglichst alle Abteilungen des Departements Medizin in den Fokusgruppen vertreten sein. Da dies aus planerischen Gründen nicht möglich war (Schichtarbeit) wurde darauf geachtet, dass Abteilungsleiterinnen von Abteilungen ausgewählt wurden, welche in den Fokusgruppen nicht vertreten waren. Zur Erreichung einer höheren Variabilität und Aussagekraft sollten zwei möglichst unterschiedliche Abteilungen vertreten sein. Für das gemeinsame Experten-Interview wurden zwei Leiterinnen der folgenden Abteilungen ausgewählt:

¹² Siehe auch siehe Kapitel 5.3.1.2.

- grosse Abteilung (ca. 50 Mitarbeitende) internistische Abteilung mit kleinen spezialisierten Einheiten (Wochenstation, Infusionszimmer)
- kleinere Abteilung (ca. 25 Mitarbeitende) mit Spezialgebiet (Palliativ-Zentrum)

5.3.2.4 Auswertung

Die Auswertung konnte anhand der vollständigen Audio-Aufzeichnung des Interviews vorgenommen werden. Die Transkription erfolgte zusammenfassend. Die zusammenfassende (selektive) Transkription richtete sich nach den Relevanzkriterien entlang des Kategoriensystems. Dabei wurde dem Umstand Aufmerksamkeit geschenkt, dass die Selektionsschritte bei der zusammenfassenden Transkription bereits eine erste Interpretation darstellen (Kühl et al., 2009).

5.3.3 Sounding-Board

Zur Standortbestimmung wurde ein Sounding-Board mit der Leitung Pflege des Departements Medizin (siehe Abbildung 4) und der Leitung Personalentwicklung (HRM) durchgeführt. Hier wurden die aktuellen Resultate der Erhebungen der beiden Fokusgruppen nach der Validierung mittels internem Experteninterview vorgestellt.

Hier ergaben sich Fragen zur Implementierung eines Konzepts für Pflegende 50+ im Departement Medizin, welche im anschliessenden Experten-Interview (siehe Kapitel 6.3) aufgegriffen wurden.

Im Weiteren wurden Zeitpunkt, Umfang und Art der Kommunikation der Resultate der Erhebungen im Betrieb festgelegt.

Nach diesem Zwischenschritt folgte als letzte Erhebung das externe Experteninterview.

5.3.4 Validierendes Experten-Interview (extern)

5.3.4.1 Begründung der Methodenwahl

Die Methode des Experteninterviews ist in Kapitel 5.3.2 bereits erläutert. Bei diesem Interview gab es eine Verlagerung des Schwerpunkts von der Validierung hin zur Generierung von Information, wie es beispielsweise Liebold & und Trinczek formulieren (Liebold & Trinczek, 2009, in Kühl, 2009, S. 33): „Beim leitfadengestützten Experteninterview handelt es sich um ein thematisch strukturiertes Interview. Ziel ist es, die Eigenpräsentation der Akteure durch erzählgenerierende Fragen zu motivieren“.

5.3.4.2 Leitfaden

Der Leitfaden entstand nach der SPSS-Methode nach Helferich, die bereits im Kapitel 5.3.1.2 vorgestellt ist.

5.3.4.3 Stichprobe

Das Interview wurde mit einer Fachperson im Bereich Führungskräfte- und Personalentwicklung, Demografie-Management und Arbeits- und Organisationsgestaltung geführt.

5.3.4.4 Auswertung

Das Interview wurde aufgezeichnet und anschliessend zusammenfassend transkribiert. Die Auswertung richtete sich nach den Kriterien, wie sie bereits im Kapitel (5.3.2.4) beschrieben sind.

Nach der Darstellung der Erhebungsmethoden werden nun im nachfolgenden Kapitel die Resultate der Erhebungen im Betrieb aufgezeigt.

6 Ergebnispräsentation

In diesem Kapitel erfolgt die Präsentation der Ergebnisse der Erhebungen im Betrieb des Praxispartners. Das Kapitel ist dafür in drei Teile gegliedert. Einleitend werden die Resultate aus den beiden Fokusgruppen (n=12) gezeigt. Anschliessend werden die Ergebnisse des internen Experteninterviews präsentiert. Das Kapitel schliesst mit den Resultaten des externen Experteninterviews.

Die Darstellung folgt dem Aufbau des Kategoriensystems und richtet sich nach der Fragestellung.

6.1 Ergebnisse Fokusgruppen

In diesem Kapitel erfolgt die Präsentation der Ergebnisse der Fokusgruppen. Einleitend wurden die Teilnehmerinnen der beiden Fokusgruppen zu Ressourcen und Belastungserleben befragt und diese Resultate sind in den Kapiteln (6.1.1/6.1.2) dargestellt. In den anschliessenden Kapiteln sind die Anregungen für Massnahmen zur Arbeitsgestaltung für Pflegende 50+ zusammengestellt.

6.1.1 Ressourcen

Die Mitarbeitenden 50+ sind sich vielfältiger eigener Ressourcen bewusst. Bei den persönlichen Ressourcen waren Gelassenheit, Lernbereitschaft oder Humor häufige Nennungen. Bei den fachlichen Ressourcen zeigen sich vor allem Ressourcen, die durch die langjährige und vielfältige Arbeits- und Lebenserfahrung zustande gekommen sind, wie Erfahrungsvielfalt, Prioritäten setzen oder schnelle Übersicht erlangen. Zudem verfügen Pflegende 50+ über ein intaktes betriebsinternes Netzwerk und über ein Wissen zur Team- und Betriebskultur.

Es werden aber auch externe Ressourcen, wie ein stabiles soziales Umfeld, genannt und den daraus resultierenden Gewinn für die Arbeit wie z.B. Flexibilität. Die Übersicht zu den Ressourcen kann im Anhang (H) eingesehen werden.

6.1.2 Belastungen

Pflegende 50+ stellen fest, dass ihre Gesamtenergie abnimmt und sie mehr Erholungszeit benötigen. Durch die hormonelle Umstellung kommt es zu Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen.

Für Arbeiten am Computer benötigen sie mehr Zeit als ihre jüngeren Berufskolleginnen. Anwendungswissen am Computer geht schnell vergessen, wenn es nicht regelmässig geübt wird. Sie erleben eine allgemeine Unsicherheit im Umgang mit Arbeiten am Computer. Pflegende 50+ haben Mühe, bei grosser Informationsfülle am Arbeitsplatz zu erkennen, was wichtig ist und à jour zu bleiben. Sie erleben eine starke Veränderung des ursprünglich erlernten Berufs.

Die detaillierte Aufstellung der Belastungen ist im Anhang (I) angefügt.

6.1.3 Arbeitsgestaltung

Die Kategorie Arbeitsgestaltung gliedert sich in vier Subkategorien:

- Arbeitsplatz / Arbeitsumgebung
- Ergonomie / Technik / Geräte
- Arbeitsinhalt
- Informationsvermittlung

Mehrfachnennungen sind fett gedruckt dargestellt.

Tabelle 2: Resultate der Fokusgruppen zur Arbeitsgestaltung

Kategorien	Nennung
2. Arbeitsgestaltung	
2.1. Arbeitsplatz / Arbeitsumgebung	- lärmreduzierte Arbeitsplätze (zum Einlesen / Medikamente richten) -> „Ü50-Zimmer“ ¹ - Ruheräume (für Mittagspause)
2.2. Ergonomie / Technik / Geräte	- mehr Computerarbeitsplätze mit grossen Bildschirmen - Diabetes-Dokumentationsblätter mit grösserer Schrift gestalten
2.3. Arbeitsinhalt	- Neue Arbeitsmodelle: Arbeiten auf Delegation / im Tandem
2.4. Informationsvermittlung	- Informationsmanagement optimieren: mehr Zeit für MA50+ für Info-Beschaffung - Legitimation mehr Zeit zu benötigen für die Informationsbeschaffung - mehr Zeit für Doku im Phoenix für MA50+

Hier zeigte sich der Wunsch nach lärmreduzierten Arbeitsplätzen z.B. zum Richten der Medikamente und zum Führen der elektronischen Dokumentation (*Ich brauche Ruhe zum Schreiben, F1,TN1; Es ist einfach zu viel, was im Stationszimmer gemacht werden muss, ich würde einen extra Raum schätzen zum Medikamente richten, F2,TN9*).

Nebst lärmreduzierten Arbeitsplätzen würde auch ein Angebot an Ruheräumen im Betrieb bzw. auf der Station begrüsst.

Ergonomie / Technik / Geräte

Im Bereich der Ergonomie wurden die kleinen Laptops bemängelt und der Wunsch nach grösseren Bildschirmen geäussert. Ebenfalls sollte bei Handouts und häufig genutzten Arbeitsblättern auf ein genügend grosses, leicht leserliches Schriftbild geachtet werden.

Arbeitsinhalt

Als Ansatz für ein neues Arbeitsmodell wurde hier das Arbeiten in Tandems (von je zwei Pflegenden HF/FH) genannt. Mit dem Vorschlag ist gemeint, dass zwei ausgebildete Pflegefachpersonen als Tandem arbeiten¹³. Eine Pflegefachfrau hätte dabei die Hauptverantwortung bei den Patienten, die zweite Pflegefachfrau würde lediglich delegierte Arbeiten übernehmen und wäre bezüglich Verantwortung für den Pflegeprozesses entlastet (*Rein auf Delegation zu schaffen, das würde mich erleichtern, F1,TN7; Einfach schaffen und nicht mehr alle Verantwortung übernehmen, F2,TN12*).

Informationsvermittlung

Das Thema des Informationsmanagements wurde kontrovers diskutiert. Einerseits zeigte sich, dass die Pflegenden 50+ mehr Zeit sowohl für die Informationsbeschaffung als auch für die Dokumentation am Computer (Elektronische Pflegedokumentation) benötigen (*Man braucht halt länger beim Dokumentieren im Phoenix, F2,TN9; Das hat mit dem Alter zu tun, die Jungen gehen doch, zack, schnell ins Internet, ich glaub, da sind wir etwas schwerfälliger, F1,TN4*). Andererseits erlebten Pflegenden 50+ es als schwierig, Wichtiges von Unwichtigem trennen zu können (*Schon nur alle diese Information „dürezsträle“ und zu sehen, was wichtig ist, F1,TN7*). Generell wünschten sie sich eine Legitimation, mehr Zeit für die Informationsbeschaffung und die elektronische Patientendokumentation zur Verfügung zu haben.

6.1.4 Arbeitszeitgestaltung

Ein Hauptpunkt der Ergebnisse bildeten die Vorschläge zu flexibleren Arbeitszeiten. Hier zeigte sich sehr deutlich der Wunsch nach individuellen und flexibleren Arbeitszeitgestaltungen. In der nachfolgenden Tabelle findet sich eine Übersicht zu den genannten Arbeitszeitmodellen.

¹³ Im Gegensatz zu den herkömmlichen Tandems: Pflegefachfrau-Lernende oder Pflegefachfrau-Fachmann/frau Gesundheit.

Tabelle 3: Resultate der Fokusgruppen zur Arbeitszeitgestaltung

Kategorie	Nennung
3. Arbeitszeit	
3.1. Arbeitszeitmodelle	- Individuelle / flexiblere Arbeitszeitmodelle
	- MA50+ als Springer: (Flexibler Einsatz von MA50+ nach Bedarf/Arbeitsanfall für Arbeiten auf Delegation auf der Abteilung oder im ganzen Departement Medizin)
	- Individuelle Bereitschaft zu kurzfristigen Einsätzen klären: (z.B. 1 Woche auf Abruf eingeplant sein für kurzfristige Einsätze auf der Abteilung)
	- Flexdienste (in Bereitschaft): Pikett-Dienst mit der Option für die Abteilung eine zusätzliche Pflegefachperson bei hohem Arbeitsanfall anbieten zu können
	- Flexibilität gegen Verantwortung (DEAL) (Abgabe von Verantwortung, z.B. durch Arbeiten auf Delegation und dagegen das Angebot zur flexiblen Übernahme von Diensten)
	- Tauschbörse mit Diensten: (Möglichkeiten zum Abtauschen von Diensten unter den Teammitgliedern)
	- Jobsharing (2 Dipl. übernehmen 100% Job) (Die Dienste einer Vollzeitstelle werden von zwei Mitarbeitenden im Teilzeitpensum abgedeckt)
	- Jobsharing (je ½ Tag / ½ Tag) (Eine 8 ½ stündige Arbeitsschicht wird halbtellig von zwei Mitarbeitenden im Teilzeitpensum übernommen)
	- neue Schichten, welche die Arbeitsspitzen abdecken (z.B. die Arbeitsspitzen im Frühdienst von 07.00-12.00 oder die Arbeitsspitzen im Spätdienst von 17.00-20.00)
	- Schichten, die weniger als 8 ½ h dauern (Weniger lange, dafür häufigere Einsätze)
	- ½-Tagesschichten (morgens oder abends) (Ein Teilzeitpensum wird auf ½-Tagesschichten aufgeteilt)
	- nur Nachtwache (ausschliesslich Arbeit in der Nachtschicht)
	- nicht mehr zwingend Nachtwache oder Spätdienst (nur noch Übernahme von Frühdienst von 07.00-16.00)
	- 6. Ferienwoche fix (zur Zeit: 5 Ferienwochen)
	- Einheitliches Handhaben der Arbeitszeitmodelle im Departement Medizin (einheitliche Rahmenbedingungen für alle Abteilungen, um Fairness für alle Mitarbeitenden zu erhalten)

Ein überwiegender Teil der genannten Vorschläge findet sich bereits auf dem Intranet in den Dokumenten des HRM. Alle Vorschläge sind für die Führung auf den Stationen zugänglich und können bereits jetzt im Departement Medizin für die Personalplanung eingesetzt werden. Eine Einschätzung der einzelnen Nennungen wird im internen Experteninterview vorgenommen (Kapitel 6.2.2) vorgenommen.

6.1.5 Personalentwicklung

Der Punkt der Personalentwicklung gliedert sich in zwei Unterthemen: *Weiterbildung*, wobei spezifische Themen für Pflegende 50+ erfasst wurden und *Generationenbezogenes Führungsverhalten*.

Tabelle 4: Resultate der Fokusgruppen zur Weiterbildung

Kategorie	Nennung
4. Personalentwicklung	
4.1. Weiterbildung	- Spezifische WB mit Themen für MA 50+
	- Austausch unter MA 50+ ermöglichen / Plattform für Austausch MA 50+²
	- verbindliche Standards für WB für MA 50+ (Gleichbehandlung)

Bei den spezifischen Weiterbildungsthemen für Pflegende 50+ kristallisierten sich zwei Schwerpunkte heraus:

Auf der einen Seite der Wunsch nach fachlicher Fortbildung zu aktuellen Themen aus Pflegeforschung und Fachthemen, als Unterstützung fachlich à jour zu bleiben (*Weiterbildung zu Pflegemodellen, damit man weiss, was die Lernenden lernen, F2,TN9; Inhalte, die wir damals in unseren Ausbildungen noch nicht hatten, F2,TN11*).

Auf der anderen Seite der Wunsch nach spezifischen Themen für Mitarbeitende 50+ wie z.B. Veränderung des Berufsbildes, körperliche und psychische Veränderungen durch die hormonelle Umstellung etc. In diesem Sinne ist auch der Wunsch nach einer Plattform für den Austausch von Pflegenden 50+ zu verstehen (*Dass man über so Themen, die MA 50+ betreffen, sich austauschen kann, TN4; Eine Plattform/ein Gefäss zum Austauschen ... Tipps austauschen, Erfahrungen, F2,TN12*).

6.1.6 Generationenbezogenes Führungsverhalten

Tabelle 5: Resultate der Fokusgruppen zu generationenbezogenem Führungsverhalten

Kategorie	Nennung
4.2. Generationenbezogenes Führungsverhalten	- Kein MAB, sondern Feedbackgespräch oder Bedürfnisgespräch führen
	- auch in MA 50+ Führungszeit investieren / Pflege der älteren MA, nicht nur der jüngeren
	- Angebot für WB auch für MA 50+ / Alter nicht als Killerkriterium
	- attestieren, dass MA 50+ etwas länger brauchen (keine subtilen Vorwürfe für Überzeit)
	- altersdurchmischte Teams sind sehr anregend, ermöglichen neue Sichtweisen
	- Transparenz über die Bedürfnisse/Wünsche der verschiedenen Altersgruppen.
	- Transparenter Entscheidungsfindungsprozess für Planungsmassnahmen

Die Arbeit der Teilnehmerinnen an der Fokusgruppe wird fast ausschliesslich in Teamarbeit und im weiteren Kontext in interdisziplinären Teams durchgeführt. Die Arbeit in altersheterogenen Teams wird dabei von den Teilnehmenden durchwegs als positiv und anregend erlebt (*Bei uns ist es wahnsinnig schön zum Schaffen ... wie man aufeinander schaut ... dass dies eine Bereicherung ist für alle, F2,TN9; Ich find es spannend, weil sie so an einem anderen Ort im Leben stehen ... ein guter Austausch, lässiger Mix, F2,TN9*). Hier kam der Wunsch nach Transparenz der Bedürfnisse der verschiedenen Altersgruppen auf (z.B. in der Dienstplanung). Ebenfalls wurde gewünscht, dass die Entscheidungsprozesse und Resultate transparenter gemacht werden (*Der Austausch ist schon wichtig, dass man nicht meint, jetzt macht man so eine Glasglocke um die 50+ rum, F1,TN7; Dass man nicht einander gegenseitig ausspielt ... eine vertiefte Diskussion zu diesen Themen, F1,TN7*).

6.1.7 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Tabelle 6: Resultate der Fokusgruppen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement

5. Betriebliches Gesundheitsmanagement	
5.1. Life-Domain-Balance	- Angebot für Gesundheitschecks
5.2. Diversity-Management	- Wiedereinstieg für ältere MA erleichtern

Die letzte Kategorie, zu der Massnahmen-Vorschläge erfasst worden sind, ist das betriebliche Gesundheitsmanagement. Hier wurde der Vorschlag für ein Angebot für Gesundheits-Checks geäußert.

MA50+ gehen davon aus, dass es noch eine Anzahl Pflegende gäbe, die wieder in den Beruf bzw. in die Arbeit ins Akutspital wechseln möchten. Sie schlagen deshalb vor, den Wiedereinstieg von MA50+ zu fördern bzw. zu erleichtern (*Man müsste mehr Zeit für die Einführung geben, einen ganzen Monat im Tandem, F2,TN11; Da gäbe es noch viele wertvolle Leute, die dann auch bleiben würden, F2,TN12*).

Im letzten Teil dieses Kapitels sind die Nennungen der Teilnehmerinnen zusammengefasst, welche für Pflegende jeden Alters bzw. für Mitarbeitende des gesamten Unternehmens Relevanz haben.

6.1.8 Generelle Themen

Tabelle 7: Resultate der Fokusgruppe zu generellen Themen

Kategorien	Nennung
3. Arbeitszeit	
3.1. Arbeitszeitmodelle	Nachmittagspause
4. Personalentwicklung	
4.1. Weiterbildung	Geplanter Austausch auf anderen Abteilungen
	„Wissens-Ressourcen“ des Personals besser nutzen (z.B. Wissenspool mit Angeboten von Mitarbeitenden auf dem Intranet)
	Erschliessung von alternativen Finanzierungsmethoden für Weiterbildungen (z.B. Fonds)
4.2. Führungsverhalten	Teambildung On-the-Job fördern (keine Teamausflüge o.ä.)
5. Betriebliches Gesundheitsmanagement	
5.1. Life-Domain-Balance	Bestehende Gesundheitsangebote (besser) kommunizieren
	Massageangebot für Mitarbeitende (z.B. Ausweiten des bestehende Angebots für zusatzversicherte Patienten auf die Mitarbeitenden)
	Niedrige Hemmschwelle für bestehende Angebote (z.B. durchgehende Betreuung im Fitnessraum der Physiotherapie)
	Höherer Beitrag an Fitness-Abos (Zur Zeit 100.- - 150.-)
	Bestehende Gesundheitsangebote (besser) kommunizieren

Arbeitszeit

Zu der Pausengestaltung wurde gewünscht, diese über die ganze Schicht anzuwenden und eine Nachmittagspause zu garantieren.

Personalentwicklung

Für ein besseres Verständnis unter den Mitarbeitenden der einzelnen Abteilungen und zum gegenseitigen Wissensaustausch wurde ein fest eingeplanter Austausch mit anderen Abteilungen angeregt. 50+ Pflegende vermuten, dass viel Wissen von Mitarbeitenden brachliegt und dieses könnte durch einen „Wissenspool“ z.B. übers Intranet oder in Wissenstandems anderen zugänglich gemacht werden. Damit Pläne von Mitarbeitenden für eine Weiterbildung nicht an der Finanzierung scheitern, könnten alternative Finanzierungsmethoden wie Fonds oder Stiftungen in Betracht gezogen werden.

Teambildung wünschen sich Pflegende 50+ eher in den Arbeitsalltag integriert und nicht als zusätzliche Anlässe.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

In den Fokusgruppen zeigte sich, dass teilweise bestehende betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung (z.B. Kurse der Physiotherapie) nicht bekannt waren. Zudem könnte eine Ausweitung der Betriebszeiten möglicherweise die Inanspruchnahme von Trainings-Angeboten (Fitnessraum der Physiotherapie) erhöhen. Für das Trainieren in externen Fitnesscentern wünschen sich Pflegende 50+ eine höhere finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers am Fitness-Abonnement.

Eine weitere Anregung war ein Massage-Angebot während der Arbeitszeit, in Anlehnung des bereits bestehenden betrieblichen Angebots für zusatzversicherte Patienten.

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse des internen Experteninterviews mit zwei Abteilungsleiterinnen des KSW vorgestellt.

6.2 Ergebnisse validierendes Experteninterview (betriebsintern)

In einem nächsten Schritt wurden die Ergebnisse der beiden Fokusgruppen zwei Abteilungsleiterinnen (AL) des Departements Medizin präsentiert¹⁴. Das Ziel war, die Massnahmen-Vorschläge einer ersten Überprüfung für deren Umsetzbarkeit im Betrieb zu unterziehen. Den Abteilungsleitungen wurden Resultate aus den folgenden Kategorien präsentiert:

- Arbeitsgestaltung
- Arbeitszeitgestaltung
- Personalentwicklung
- Arbeitsfähigkeit
- Intergenerativer Wissenstransfer

Gleichzeitig sollten die AL aber auch die Möglichkeit haben, eigene Anregungen einzubringen. Diesem Umstand wurde bei der Darstellung der Ergebnisse Rechnung getragen. Die Unterschiede zwischen Einschätzung der Resultate aus den Fokusgruppen und eigenen Anregungen werden in den Tabellen unterschiedlich farblich dargestellt.

6.2.1 Arbeitsgestaltung

In dieser Kategorie wurden den AL Massnahmen in den Unterkategorien Arbeitsplatz/Arbeitsumgebung, Arbeitsinhalte und Informationsvermittlung präsentiert.

Arbeitsplatz / Arbeitsumgebung

Tabelle 8: Resultate des internen Experteninterviews zur Arbeitsplatzgestaltung

Kategorie	Nennung Workshop	Stellungnahme AL
2. Arbeitsgestaltung		
2.1. Arbeitsplatz / Arbeitsumgebung	→ lärmreduzierte Arbeitsplätze	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Leere Zimmer sind vorhanden (Büro, Aufenthaltsraum), werden nicht konsequent als lärmreduzierte Arbeitsplätze genutzt. • Separater Raum zum Medikamente richten wäre zu begrüssen Anregung: <ul style="list-style-type: none"> • Stationszimmer als Ruhezone -> Schwer durchsetzbar

Bei den Wünschen nach lärmreduzierten Arbeitsplätzen zeigte sich, dass bereits auf beiden Abteilungen Räume mit lärmreduzierten Arbeitsplätzen bestehen, dass diese jedoch wenig genutzt werden und dass insbesondere MA 50+ nicht konsequent von diesem Angebot Gebrauch machen (*Bei uns hat es zwei Aufenthaltsräume, wo man sich mit dem Laptop hinsetzen kann, das machen sie nur sehr selten ... das wird auch wenig in Anspruch genommen, auch von den Ü50 Frauen, TN2*).

Der Vorschlag, dass Medikamente in einem vom Gemeinschaftsbereich abgetrennten Raum vorbereitet werden können, wird von beiden AL unterstützt. Neben dem Bedarf an lärmreduzierten Arbeitsplätzen hat das Stationsbüro eine wichtige Funktion als Begegnungszone und kann nur schwer als Ruhezone genutzt werden.

Arbeitsinhalt

Tabelle 9: Resultate des internen Experteninterviews zum Arbeitsinhalt

Kategorie	Nennung Workshop	Stellungnahme AL
2.2. Arbeitsinhalt Neue Arbeitsmodelle	→ Arbeiten auf Delegation / im Tandem	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Positiv: nimmt Stress weg (wird bereits auf einer Abteilung für eine MA60+ angewendet) • Pat. werden gut gepflegt / betreut • Negativ: meist lässt es der Stellenplan nicht zu • Sehr viel Verantwortung für die verantwortliche Pflegefachfrau Anregung: <ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenteilung müsste klar geregelt sein (z.B. Dokumentation, Angehörigengespräche, etc.)

¹⁴ Siehe auch Kapitel 5.3.1.3, Organigramm des Departements Medizin.

Arbeiten als Tandem mit zwei ausgebildeten Pflegefachpersonen wird klar als entlastende Massnahme (Reduktion der Verantwortung) anerkannt. Wo diese Planung angewandt wird, werden gute Erfahrungen bezüglich Betreuungs- und Pflegequalität gemacht. Es wird aber auch angemerkt, dass das Mass an Verantwortung für die „zuständige“ Pflegefachperson sehr hoch ist. Für die Umsetzung auf den Abteilungen müssten zur genauen Arbeitsaufteilung zwischen den beiden Pflegefachpersonen noch verbindliche Rahmenbedingungen festgelegt werden (... *das tönt nach viel, TN2; ... Da müsste die Aufgaben-Verteilung noch klarer definiert werden, TN1*).

Informationsvermittlung

Tabelle 10: Resultate des internen Experteninterviews zur Informationsvermittlung

Kategorie	Nennung Workshop	Stellungnahme AL
2.3. Informationsvermittlung	→ MA50+ wird mehr Zeit zur Informations-Beschaffung zugestanden	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> MA50+ benötigen nicht mehr Zeit für die Informationsbeschaffung Informationsmanagement wird aus verschiedenen Gründen als ein herausforderndes Thema erlebt (Information wird von den MA¹ nicht abgeholt, kommt nicht bei den MA an) Informations-Beschaffung wird von MA nicht als Hol- sondern als Bringschuld gesehen
	→ MA50+ wird mehr Zeit für die elektronische Patienten-Dokumentation zugestanden	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> MA50+ benötigen mehr Zeit beim Einlesen. Grundsätzlich benötigen aber alle MA eher (zu)viel Zeit beim Einlesen. Anregung: <ul style="list-style-type: none"> Es wird angestrebt, MA intern im Dokumentationsprogramm am Computer zu schulen Durch das Setzen von Prioritäten und das Erkennen von Zeitfressern sollen zusätzlich Zeiteinsparungen erreicht werden

Das Thema Informationsmanagement wird grundsätzlich als herausfordernd erlebt. Gründe dafür sind, dass sich die MA nicht zuverlässig ihre Informationen beschaffen oder die Information nicht wunschgemäss bei den MA ankommen (*es sind nicht nur MA 50+, welche die Infos nicht holen (...) Informationsbeschaffung ist ein grundsätzliches Thema, TN2*).

Die AL teilen die Einschätzung nicht, dass MA50+ zur Informationsbeschaffung mehr Zeit benötigen als jüngere MA. Sie teilen die Einschätzung der MA50+, dass diese mehr Zeit bei der elektronischen Dokumentation benötigen (*Ich glaube, dass Ü50 mehr Zeit benötigen zum Einlesen, aber nicht grundsätzlich bei der Informationsbeschaffung, TN2*). Eine mögliche Ursache dafür sehen die AL in der Haltung, dass Informationsbeschaffung als Bringschuld und nicht auch als Holschuld der einzelnen Mitarbeitenden angesehen wird. Da seit etwa einem halben Jahr alle Mitarbeitenden einen eigenen E-Mail-Account haben, werden zurzeit diverse Informationskanäle parallel ausprobiert.

Eine grundsätzliche Legitimation, dass MA50+ mehr Zeit für die Dokumentation am Computer erhalten, wird eher abgelehnt. Es wird eine Verbesserung der allgemeinen Computer-Skills angestrebt sowie Schulungen in den spezifischen Pflegedokumentationsprogrammen. Dadurch sollen Zeitfresser erkannt und generell Zeiteinsparungen erreicht werden (*Wir sind (...) dran, das Einlesen zu optimieren (...) da benötigen bei uns alle sehr viel Zeit. Wir schauen deshalb, was wichtig ist (...) eine Technik, (...) Zeitfresser erkennen, TN1*).

6.2.2 Arbeitszeitgestaltung

Tabelle 11: Resultate des internen Experteninterviews zu Arbeitszeitmodellen

Kategorie	Nennung Workshop	Stellungnahme AL
3. Arbeitszeit		
3.1. Arbeitszeit-Modelle	→ Individuelle / flexiblere Arbeitszeitmodelle	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Es zeigt sich, dass bei der Planung schon sehr flexibel auf die Wünsche der MA eingegangen wird. Die Bedürfnisse werden meist direkt durch die MA angebracht oder beim MAB² erfasst.
	→ MA50+ als Springer: (Flexibler Einsatz von MA50+ nach Bedarf/Arbeitsanfall für Arbeiten auf Delegation auf der Abteilung oder im ganzen Departement Medizin)	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Positiv: Ist bereits ein Ziel, würde viel Entlastung bringen • MA50+ im Team, die das gerne machen würden • Negativ: scheitert oft am (knappen) Stellenplan • Gefahr, dass man sich „verstecken“ kann (ist immer „beschäftigt“ und kann keine Hilfe anbieten) Anregung: <ul style="list-style-type: none"> • KSW-Pool mit MA50+ für kurzfristige Einsätze in komplexen Situationen -> zur Betreuung von deliranten Patienten und deren Angehörigen
	→ Flexdienste (in Bereitschaft): Pikett-Dienst mit der Option für die Abteilung eine zusätzliche Pflegefachperson bei hohem Arbeitsanfall aufbieten zu können	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Wäre ein Ziel, leider oft zu wenig Personal, dass noch als Pikett geplant werden kann
	→ Tauschbörse mit Diensten: (Möglichkeiten zum Abtauschen von Dienste unter den Teammitgliedern)	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Wird als ausgeschöpft erlebt, da auf beiden Abteilungen schon sehr viel getauscht wird
	→ Jobsharing (2 Dipl. übernehmen 100% Job) (Die Dienste einer Vollzeitstelle werden von zwei Mitarbeitenden im Teilzeitpensum abgedeckt)	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Positiv: denkbar bei Teilzeitpensen • Wird bereits bei Abteilungslogistikerinnen angewandt, läuft gut bei regulären Arbeitszeiten • Negativ: Gefahr, dass Arbeiten hin und her geschoben werden und liegen bleiben • Schwierig bei Schichtdienstplänen
	→ Jobsharing (je ½ Tag / ½ Tag) (Eine 8 ½-stündige Arbeitsschicht wird halbtellig von zwei Mitarbeitenden im Teilzeitpensum übernommen) → ½-Tagesschichten (morgens oder abends) (Ein Teilzeitpensum wird auf ½-Tagesschichten aufgeteilt)	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Negativ: Keine Überlappung der Dienste -> braucht Drittperson zum Hüten zwischen den Diensten. • Gefahr, dass Arbeiten hin und her geschoben werden und liegen bleiben • Längerfristig keine ideale Teilung
	→ neue Schichten, welche die Arbeitsspitzen abdecken (z.B. die Arbeitsspitzen im Frühdienst von 07.00-12.00 oder die Arbeitsspitzen im Spätdienst von 17.00-20.00)	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Positiv: Sehr wünschenswert für den Spätdienst von 17 – 21 Uhr. • Negativ: Nur bei Teilzeitpensen möglich
	→ Schichten, die weniger als 8 ½ h dauern (Weniger lange, dafür häufigere Einsätze)	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Negativ: Wenn jemand um 15 h geht, müsste eigentlich auch das Arbeitspensum angepasst werden -> meist nicht realistisch • nur für Teilzeitpensen
	→ nur NW (ausschliesslich Arbeit in der Nachtschicht)	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Wird auf Wunsch so gehandhabt
	→ nicht mehr zwingend Nachtwache oder Spätdienst (nur noch Übernahme von Frühdienst von 07.00-16.00)	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Kann auf Wunsch so gehandhabt werden, alle Dienste müssen abgedeckt sein
→ Nachmittagspause	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Kann gemacht werden, Spätdienst muss sich selber organisieren 	
→ Einheitliches Handhaben der Arbeitszeitmodelle im Departement Medizin (einheitliche Rahmenbedingungen für alle Abteilungen, um Fairness für alle Mitarbeitenden zu erhalten)	Anregung: <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach transparenten einheitlichen Rahmenbedingungen mit einem gewissen Anpassungsspielraum für die jeweiligen Eigenheiten (z.B. Teamgrösse) der Abteilungen 	

² MAB = Mitarbeitergespräch

In den Fokusgruppen wurde der Wunsch nach individuelleren und flexibleren Arbeitszeitmodellen geäussert und es gab viele Vorschläge in dieser Kategorie. Alle Vorschläge wurden den AL vorgelegt. Es zeigte sich, dass bei der Planung schon sehr flexibel auf die Wünsche der Mitarbeitenden eingegangen wird. Die Bedürfnisse werden meist direkt durch die Mitarbeitenden angebracht oder bei Standortgesprächen erfasst.

Auch vonseiten der AL kam der Wunsch nach Flexdiensten, in denen die Mitarbeitenden bei hohem Arbeitsanfall auf Abruf aufgeboden und individuell eingesetzt werden können. Die Personalknappheit lässt diese Möglichkeit jedoch oft nicht zu, sodass jeweils sämtliche Mitarbeitenden fix eingeplant werden müssen (*Das wäre mein Ziel (...)* ich habe leider nie genügend Leute, dass ich sie noch als Pikett planen könnte, das schaffe ich nur in seltenen Fällen ... das würde viel Entlastung bringen, TN2).

Bei den einzelnen Vorschlägen wurden die Vor- und Nachteile kontrovers diskutiert. Dabei kristallisierten sich keine einzelnen Massnahmen als „Patentlösungen“ heraus. Viele Vorschläge für individuelle Arbeitszeiten sind zudem für Vollzeit-Pensen kaum planbar.

Auch die AL unterstützen das Anliegen nach einheitlichen Rahmenbedingungen für die Anwendung von Arbeitszeitmodellen. Es sollte jedoch ein gewisser Ermessens- und Handlungsspielraum für die einzelnen Abteilungen

bleiben, damit auf die Besonderheiten der jeweiligen Abteilung Rücksicht genommen werden kann (z.B. Spezialisierung oder Grösse der Abteilung).

Eine weitere Anregung ist die Schaffung eines Mitarbeiter-Pools, der aus Pflegenden Ü50 besteht. Diese Pflegepersonen könnten in komplexen Situationen bei Patienten eingesetzt werden, welche eine 1:1-Betreuung erfordern (z.B. bei verwirrten oder sterbenden Patienten), *(ich hätte gerne Ü50 Frauen zum Betreuen von deliranten oder präterminalen Patienten, die auch mit den Angehörigen Gespräche führen könnten (...) in sehr komplexen Situationen, die über mehrere Stunden andauern (...) so eine Ü50, die man dann hinstellen kann und weiss, sie wird der Situation gerecht (...)) für solche Aufgaben so einen KSW-Ü50-Pool, TN1).*

6.2.3 Personalentwicklung

Tabelle 12: Resultate des internen Experteninterviews zu generationenbezogenem Führungsverhalten

Kategorie	Nennung Workshop	Stellungnahme AL
4. Personalentwicklung		
4.1. Generationenbezogenes Führungsverhalten	→ Keine MAB, sondern Feedbackgespräch oder Bedürfnisgespräch führen	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Wird eher kritisch aufgenommen Anregung: <ul style="list-style-type: none"> • Die Verbindlichkeit fehlt bei Bedürfnisgesprächen. Es sollen nicht nur Bedürfnisse abgeholt werden • Die Laufbahnplanung und die Setzung von neuen Zielen ist auch für MA50+ sehr wichtig
	→ Arbeiten in altersdurchmischten Teams	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Viele Tandems funktionieren sehr gut • „Mami-Rolle“ von MA50+ • Wenn für das Team Win-win-Situationen entstehen, werden auch spezielle Abmachungen akzeptiert (z.B. unbeliebten Dienst wie Nachtwache übernehmen)

Die Anregung aus den Fokusgruppen, die Mitarbeiterbeurteilung (MAB) durch Feedback-/Bedürfnisgespräche zu ersetzen, stösst bei den AL auf wenig Verständnis. Bemängelt wird die fehlende Verbindlichkeit und es sollen nicht nur Bedürfnisse abgeholt werden, sondern auch Ansprüche gestellt werden können (*Bedürfnisgespräche (...) da hat es zu wenig Verbindlichkeit drin ... sie sollen sich ja auch immer noch weiterentwickeln; nicht, dass ich nur ihre Bedürfnisse abhole, TN1*). Zudem wird die Wichtigkeit von Zielen und der Laufbahnplanung auch für MA50+ betont.

Die Zusammenarbeit in den altersgemischten Teams wird grundsätzlich als sehr gut erlebt (*bei uns gibt es viele Tandems, wo es gut funktioniert, TN1*). Teilweise werden MA50+ von der Führung in der „Mami-Rolle“ wahrgenommen.

Spezielle, individuelle Planungslösungen für MA werden von der Führung akzeptiert, wenn für das Team eine Win-win-Situation entsteht (*da ist grosse Akzeptanz da (...) das ist so ein Miteinander (...) auch mit der neuen Führungs-Crew (...) Bei mir im Team hat viel Individualität Platz, T1; es wäre (dann) eine Win-win-Situation, wo sie profitieren (...) z.B. einen Dienst machen, der unbeliebt ist, dann wird auch noch viel geschluckt von den anderen, TN1*).

6.2.4 Arbeitsfähigkeit

In dieser Kategorie wurden den AL zusätzlich die Nennungen in den Unterkategorien Ressourcen und Belastungen vorgelegt¹⁵.

Tabelle 13: Resultate des internen Experteninterviews zur Arbeitsfähigkeit

Kategorie	Nennung Workshop	Stellungnahme AL
5. Arbeitsfähigkeit		
5.1. Leistungsfähigkeit	→ Erleben der Leistungsfähigkeit von MA50+	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Brauchen mehr Erholungszeit zwischen den Dienstblöcken • Schwierigkeit mit dem Arbeiten am Computer ist ein Dauerthema • Schwierigkeit bei der Rollenfindung und Berufs-Identifikation wird bei jungen MA als grösser erlebt als bei MA50+ Anregung: <ul style="list-style-type: none"> • Regulation von Belastungen durch Job-Rotation (Planung der MA innerhalb der Abteilung ins „Infusionszimmer“ oder auf die Wochenstation)

Bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit der MA50+ waren sich die AL einig, dass Mitarbeitende mehr Erholungszeit zwischen den einzelnen Dienstblöcken benötigen. Bei den Belastungen wurde nochmals der Aspekt der Dokumentationsarbeit am Computer thematisiert, welcher für die MA50+ häufig zur Herausforderung wird. Bezüglich

¹⁵ Siehe Ergebnisdarstellung Kap. 6.1.1 / 6.1.2.

Rollenidentifikation stellen die AL fest, dass diese beispielsweise jungen Berufseinsteigerinnen mehr Mühe bereitet als älteren MA (*Die „Jungen“ können nicht das umsetzen, was man am ZAG¹⁶ gelernt hat (...) da haben die „Jungen“ viel mehr Mühe, TN2*).

Als eine wirkungsvolle Möglichkeit zur Reduktion von Beanspruchung wurde das Variieren der Belastungen genannt. Dies kann durch eine Art Job-Rotation innerhalb der Abteilung erzielt werden. Die MA arbeiten im Turnus im Infusionszimmer (Bereitstellen und Verabreichen von intra-venösen Therapien), auf der Wochenstation (Betreuung von Tagespatienten) oder auf der regulären internistischen Bettenstation. Die Belastungsprofile der jeweiligen Einheit sind unterschiedlich, und darum kann durch eine turnusmässige Einplanung auf eine andere Einheit die Belastungsdauer verkürzt werden (*Wir können die Belastung durch die Planung ins Infusionszimmer und die Wochenbettstation regulieren, das sind ganz andere Belastungen, TN2*).

Tabelle 14: Resultate des internen Experteninterviews zu intergenerativem Wissenstransfer

Kategorie	Nennung Workshop	Stellungnahme AL
6. Intergenerativer Wissenstransfer		
6.1. Intergenerativer Wissenstransfer	→ Wo und wie findet intergenerativer Wissenstransfer statt? → Welche Informationen werden ausgetauscht?	Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> • Tipps werden meist nicht direkt, sondern eher „durch die Blume“, beim Austausch gegeben oder eingeholt • Von MA50+ werden medizin-technische Fertigkeiten (wie z.B. Magensonde oder periphere Venenkatheter legen) geschätzt Anregung: <ul style="list-style-type: none"> • MA50+ können von jüngeren MA lernen bezüglich präziser Dokumentation: Pflegeberichte formulieren, Pflegediagnosen erstellen sowie den Pflegeprozess elektronisch zu dokumentieren

Unter intergenerativem Wissenstransfer wird beispielsweise „Tipps geben“ genannt. Austausch und Wissenstransfer finden eher beiläufig und informell statt (*Tipps kommen nicht so direkt, eher so „durch die Blume“ beim Darüberreden, TN1*). Älteren MA werden sichere Handhabung medizinisch-technischer Verrichtungen attestiert. Dieses Erfahrungs- und Handlungswissen wird von jüngeren MA abgeholt.

Gemäss der AL könnten jüngere MA ihr aktuelles Ausbildungswissen zur Führung der elektronischen Pflegedokumentation an ihre älteren Arbeitskolleginnen weitergeben.

Der Inhalt der Kapitel 6.1 und 6.2 umfasste die Resultate der Erhebungen beim Praxispartner. Um die Resultate in einen gesamtbetrieblichen und gesellschaftlichen Kontext stellen zu können, wurden sie durch die Aussensicht einer Expertin im Demografie- und Generationen-Management ergänzt. Die Resultate des externen Experteninterviews werden im nun folgenden Kapitel dargestellt.

6.3 Ergebnisse validierendes Experteninterview (betriebsextern)

6.3.1 Situation in den Deutschschweizer Spitälern bezüglich Demografie-Management

Die Deutschschweizer Spitäler haben sich erst spät dem Thema gewidmet, auch Verbände wie H+ haben sich dem Thema bislang nicht explizit angenommen. Dies ist umso erstaunlicher, da die Themen Pflegekräftemangel, Pflegenotstand oder Abwanderung bereits lange existieren und auch entsprechende Zahlen und Daten vorliegen (*Deutschschweizer Spitäler erst spät dem Thema gewidmet haben (...) Die Themen Pflegekräftemangel, Pflegenotstand oder Abwanderung existieren ja schon lange (...) Was mich auch sehr wundert, dass Verbände wie H+ sich dem Thema bislang nicht explizit angenommen haben, Z1-6*).

Ein Grund dafür könnte sein, dass die Spitäler sich nach wie vor auf dem internationalen Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte „bedienen“ können, was möglicherweise den „Leidensdruck“ verringert und die Brisanz des Themas etwas mildert. (*Offensichtlich muss ein gewisser Leidensdruck da sein, sonst passiert nichts (...) So lange man dort Arbeitskräfte kriegt, aus ganz Europa (...) kann man das Thema noch ein wenig zur Seite schieben, Z7-10*).

6.3.2 Massnahmen zur Arbeitsgestaltung

Arbeitsumgebung, Ergonomie, Geräte

In diesem Bereich lassen sich relativ rasch entlastende Massnahmen umsetzen, wenn man die entsprechenden

¹⁶ Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich.

finanziellen Investitionen tätigt: z.B. Hebehilfen für die Mobilisation der Patienten, höhenverstellbare Arbeitstische, entsprechende Computerbildschirme bei Altersweitsicht oder ein Ruheraum (*Ich würde zustimmen, dass sich in diesem Bereich relativ schnell entlastende Massnahmen machen liessen, wenn man die finanziellen Mittel in die Hand nimmt, Z16-17*).

Daneben gilt es, auch die spezifischen Belastungen bei der Patientenbetreuung zu erfassen, um dann entsprechende Möglichkeiten für entlastende Bedingungen zu schaffen (*Wichtig ist dann schon zu sehen, wo auch die spezifischen Belastungen in der Arbeit mit dem Patienten sind, ob's da auch Möglichkeiten für entlastende Bedingungen geben würde, Z22-24*).

Arbeitsinhalt

Im Konzept Amstutz & Konrad¹⁷ wird ein Pilot-Projekt der Inselgruppe beschrieben, in dem eine organisationsübergreifende Betreuung angestrebt wird, sodass interne Pflegekräfte auch für die Betreuung zu Hause angestellt werden, zur Erhaltung der Kontinuität der Betreuung, und dies speziell mit dem Fokus auf ältere Menschen. Das Spital bietet gewissermassen den „Service der Nachpflege“ als Dienstleistung an. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob es noch andere Job-Profile gäbe (*auch denken über die Station hinaus, was gäb's denn sonst noch für ... ein anderes Profil für Pflegekräfte, Z43-45*). Interessant wäre auch, wie Jobprofile für Mitarbeitende aussehen könnten, die über die 65-Jahre-Grenze hinaus arbeiten möchten.

6.3.3 Personalentwicklung

Rahmenbedingungen

Die Bedeutung des lebenslangen Lernens ist deshalb als sehr hoch einzuschätzen, weil damit bei den Mitarbeitenden Angst abgebaut werden kann, mit den vorhandenen Qualifikationen den Herausforderungen nicht mehr gewachsen zu sein (*weil man denkt, man ist den Herausforderungen von den Qualifikationen her (...) wie nicht mehr gewachsen, Z51-53*).

Für die Praxis bewähren sich dafür On-the-Job Trainee-Programme vor Ort, mit fachlicher Begleitung durch Mentoren und Coaches. Ziel ist es, die Weiterbildung näher zu den Mitarbeitenden zu bringen, was Angst abbauen und die Motivation für Weiterbildung erhöhen kann (*dass man da auch ... die Angst nehmen kann oder die Motivation für Weiterbildung erhöhen kann, indem man ... stärker On-the-Job integriert und zwar integriert durch fachliche Begleitung vor Ort durch Mentoring und Coaches, Z56-59*).

Ein Schlüsselpunkt ist die Anwendbarkeit. Das neu erworbene Wissen muss am Arbeitsplatz abgefragt und eingesetzt werden. Dies kann im Dienst sowohl der Patienten als auch der anderen Mitarbeitenden sein. (*Wie, in welcher Form kann ich das Wissen (...) nutzbar machen, Z69-71*).

Ein weiterer Ansatz ist, das Wissen nicht für sich zu behalten, sondern es beispielsweise an die nachfolgende Generation weiterzugeben. Dafür können Wissenstandems oder Wissensgruppen gebildet werden. Dieses Vorgehen kann ebenfalls die Motivation für Weiterbildung steigern (*dass man das Wissen nicht nur für sich hat, sondern es auch weitergibt, z.B. an die nachfolgende Generation. ... dass man eben auch Wissensgruppen oder Wissenstandems bildet. So was kann beispielsweise auch die Motivation steigern, Z63-66*).

Als wichtig wird auch der generationenübergreifende Ansatz für den Wissenserwerb, -transfer erachtet. So kann z.B. die Computer-Affinität der jüngeren Generation genutzt werden, um diese bei Fragen zu Computer- oder IT-Systemen als Mentoren für die älteren Mitarbeitenden einzusetzen. Gerade die Fokussierung auf eine bestimmte Altersgruppe kann Stereotype sowohl bei der Altersgruppe als auch bei der Umgebung verstärken¹⁸. Aus diesem Grund bewährt es sich, die Aufgabe in den Vordergrund zu stellen und zu schauen, welche Ressourcen die unterschiedlichen Generationen einbringen können (*Die Computer-Affinität der jüngeren Generation nützt und sagt, jetzt sind mal die Jüngeren die Mentoren, Z81-82 / Untersuchungen, die sagen, mit der Fokussierung auf `ne bestimmte Altersgruppe verstärkt man Stereotype, sowohl bei der Altersgruppe als auch bei der Umgebung, Z85-86 / über die Aufgabe muss man dann gucken, welche Ressourcen unterschiedliche Generationen (...) mitbringen, Z87-88*).

Personalentwicklung ist eine zentrale Führungsaufgabe. Massnahmen zur Personalentwicklung sind deshalb auch zwingend Inhalt eines Mitarbeitergesprächs (*Also ich seh da schon auch stark, neben der Eigenverantwortung (...) die Verantwortung von den Führungsleuten, Z60-62*).

Zur Verhinderung von Lern-Entwöhnung hilft konstante Weiterbildung, was auch die Widerstände gegen Weiterbil-

¹⁷ Amstutz, N., Konrad, J., Minnig, Ch., Spaar, R. (2013). Lebensphasenspezifische Laufbahnentwicklung und Verbundenheit im Pflegeberuf - Synthesebericht zur quantitativen und qualitativen Erhebung im Rahmen des Projekts CaRe – Laufbahnentwicklung und Retention Management in der Pflege im Kooperationsverbund von Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und Spitex. Olten: Institut für Personalmanagement und Organisation (PMO), Hochschule für Wirtschaft, Fachhochschule Nordwestschweiz.

¹⁸ Das Thema der Altersstereotype wird vertieft im Punkt „Vorkommen von Altersstereotypen bei Führungskräften“ im Kapitel 6.3.4. Generationenbezogenes Führungsverhalten behandelt.

dung senkt. Für die Führungskräfte kann es deshalb wichtig sein, die Lerngeschichte der Mitarbeitenden zu kennen *(dass für Leute, die ein Leben lang gelernt haben, die Widerstände geringer sind (...) als dies bei Leuten, die lernentwöhnt sind der Fall ist (...)) die Führungskräfte sich nochmals vergewissern müssen, mit welcher Lerngeschichte kommt die Person, Z73-75).*

Abschliessend ist anzumerken, dass die Weiterbildungsangebote nicht nur auf die fachliche Ebene, sondern auch über das Fachliche hinaus zielen sollten. Denn gerade für langjährige Pflegende ist es auch wichtig, die Erfahrungen in Pflegesituationen im täglichen Arbeiten zu reflektieren *(Aber wichtig (...) auch über die fachliche Seite hinaus (...) zu schauen, weil grad bei so erfahrenen Leuten, ist es auch so wichtig, zu reflektieren... da muss man irgendwie wie 'ne zweite Ebene nochmals finden, Z76-79).*

6.3.4 Generationenbezogenes Führungsverhalten

Ein wichtiger Aspekt im generationenbezogenen Führungsstil ist das Thema Lebensereignisse: Das Verständnis, dass bei der Arbeit bestimmte Lebensereignisse eintreten können, die sich auf den Berufsalltag auswirken und dabei zu positiven, wie auch zu sehr belastenden Beanspruchungen führen können. Solche Ereignisse sind nicht unbedingt an eine Lebensphase gekoppelt. Lebensphase ist vom allgemeinen Verständnis her altersbezogen. Die Alterszuordnung für spezifische Lebensereignisse ist heute jedoch nicht mehr einfach gegeben. Unsere Gesellschaft ist sehr ausdifferenziert, sodass man Kinder und pflegebedürftige Eltern durchaus in sehr unterschiedlichen Altersgruppen haben kann. Obwohl die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass es mit zunehmendem Alter geschieht, ist es wichtig, in Bezug auf die Lebensphasen für kritische Ereignisse sensibilisiert zu sein, da diese auch Auswirkungen auf den Berufsalltag haben können *(Die Wahrscheinlichkeit ist zwar höher, dass es mit zunehmendem Alter (...) und es gibt Mittelwerte (...) aber dass man grade in Bezug auf die Lebensphasen auch noch mal überlegt, was sind denn so kritische Ereignisse, die dann auch Auswirkungen auf den Berufsalltag haben, Z120-123).*

Vorkommen von Altersstereotypen bei Führungskräften

Hier spielt zum einen die Alterswahrnehmung der Führungskräfte eine Rolle, zum andern der Altersunterschied zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden und schliesslich die Wahrnehmung des Alters des Mitarbeitenden. Dies sind drei verschiedene Wirkzusammenhänge, die miteinflussen *(Da spielt (...) Alterswahrnehmung eine Rolle, da spielt der Altersunterschied (...) zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden und die Wahrnehmung des Alters des anderen eine Rolle. Das sind (...) drei (...) Wirkzusammenhänge, die einfließen, Z92-95).*

Untersuchungen haben gezeigt, dass sich Führungskräfte oft nicht klar darüber sind, dass die interindividuellen Unterschiede im Alter grösser werden; also die Unterschiede in einer Altersgruppe zwischen den Personen grösser sind als zur vorhergehenden Kohorte der Generation. Die Konsequenz daraus ist, dass man bei MA50+ stärker individuell führen muss als in früheren Altersgruppen *(dass es für Führungskräfte oft nicht so richtig klar ist, dass Unterschiede im Alter grösser werden und man muss stärker individuell führen als in früheren Altersgruppen, Z97-99).*

In Bezug auf das Vorkommen von Altersstereotypen bei Führungskräften gilt es, zwei Punkte zu beachten:

1. Alter wird zum Thema, wenn Fehler auftreten oder die Leistung abnimmt. So wird bei negativ kritischen Ereignissen das Alter als Erklärung herangezogen. Das gilt auch bei ganz jungen Mitarbeitenden; da gibt es eine U-förmige Kurve. Das hat mit internaler und externaler Attribution zu tun. Fehler werden auf Grund des Alters der Person zugeschrieben. Hier gilt es, zu abstrahieren und auch andere Faktoren zu berücksichtigen, die das Scheitern erklären könnten *(da muss man aufpassen, dass man (...) abstrahiert (...) und andere Faktoren genauso mitberücksichtigen, Z166-169).*
2. Besonders stark schlagen Altersstereotype bei Rekrutierungssituationen zu. Das Geburtsdatum im Dossier kann ein Nadelöhr für den Eintritt in die Organisation darstellen. Sind ältere Mitarbeitende dann im Spital, hat der Altersfaktor nicht mehr einen so grossen Stellenwert *(Aber grade, um in die Organisation reinzukommen, (...) da schlagen die Stereotype am meisten zu, Z175-178).*

Wichtig ist also die Arbeit mit den eigenen Altersstereotypen. Dabei gilt es zu erkennen, wo und wie Stereotype auftreten können und wie man damit umgehen und sie aufbrechen kann. Es geht also einerseits um das Wissen, welche Massnahmen es gibt und andererseits geht es darum, Achtsamkeit und Selbstreflexion zu entwickeln. *(Das eine ist wirklich auch zu wissen, welche Massnahmen es gibt (...) und das Zweite ist diese Achtsamkeit und Selbstreflexion zu entwickeln, wie eigene Annahmen über das Alter dann auch eine Auswirkung auf die Führungsbeziehung haben können, Z110-112).*

Sollen jedoch kollektive Muster im Unternehmen angegangen werden, muss auch eine Diskussion zum Stellenwert von Mitarbeitenden jeglichen Alters in der Gesamtorganisation und in den Berufsverbänden geführt werden und Unternehmens- und Führungsleitlinien erarbeitet werden *(wenn man (...) an diese kollektiven Muster wollte, dann ist es auch eine Diskussion, die in Verbänden geführt wird, die in der Gesamtorganisation geführt wird (...) wo's drum*

geht, was ist der Stellenwert von Leuten jeglichen Alters (...) also sei's dass es bestimmte Leitlinien gibt, Z135-137).

Relevant sind auch Austrittszahlen für Frühpensionierung. In der Schweiz arbeiten die Menschen im Alter beispielsweise deutlich länger als in anderen OECD-Ländern. Bleibt die Frage, ob dies auch auf den Spitalbereich zutrifft. Diese Vorgänge prägen auch die Kultur. In soziologischen Untersuchungen konnte aufgezeigt werden, dass in Unternehmen mit starker Personalfreisetzungs politik die subjektive Wahrnehmung des Alters sich verändert. Das heisst, man wird im Unternehmen früher als „alt“ wahrgenommen (*So was prägt die Kultur (...) in Unternehmen, (...) die stark auf `ne Personalfreisetzungs politik setzen (...) wird man (...) als „früher alt“ wahrgenommen, Z143-151).*

6.3.5 Bedeutung der Selbst- und Alterswahrnehmung für die Leistungsfähigkeit

Die Alterswahrnehmung und die Wahrnehmung der eigenen Arbeitsfähigkeit hängt stark damit zusammen, ob jemand auch Feedback zur eigenen Leistungsfähigkeit erhält. Das kann durch die Führungskräfte, Teamkolleginnen oder durch die Patienten geschehen. Leistungsfähigkeit wird nicht nur im Kopf des einzelnen erzeugt, sondern wird ebenfalls im Team, in der Organisation oder von gesellschaftlichen Diskursen beeinflusst (*Arbeitsfähigkeit hängt glaub ich sehr stark damit zusammen, ob ich das auch als Feedback krieg, dass ich noch als leistungsfähig oder arbeitsfähig wahrgenommen werde, Z190-192*)

In diesem Zusammenhang ist das Prinzip der selbsterfüllenden Prophezeiung zu erwähnen. Selbsterfüllenden Prophezeiung bei Stereotypen funktioniert so, dass die Umwelt, Vorgesetzte, die Organisation oder die Gesellschaft Botschaften senden wie: "In einem bestimmten Alter kann man nicht mehr, mag man nicht mehr, sollte man nicht mehr". Bei längerer Exposition, werden die Gedankenmuster übernommen. Auf diese Weise lassen sich selbsterfüllende Prophezeiungen auf die Mitarbeitenden übertragen. (*wenn die Umwelt (...) Muster rüberbringt, die sagen (...) „in einem bestimmten Alter kann man nicht“ (...) dann komm ich ja selber in das Muster (...) da kann man (...) diese selbsterfüllenden Prophezeiungen, schon auf die Mitarbeiter selber übertragen, Z124-129).*

6.3.6 Implementierung von Massnahmen zur altersgerechten Arbeitsgestaltung im Betrieb

Partizipation

Für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung ist es entscheidend, die Mitarbeitenden miteinzubeziehen. (*Wie gesagt Partizipation, sie sind ja die Experten im Alltag, Z2213).*

Schlüsselpersonen im Betrieb

Um das Projekt im Betrieb bekannt zu machen sind Schlüsselpersonen oder sogenannte Schneeballleute essentiell, die das Anliegen dann auch weitertragen. Im Idealfall gehört auch jemand aus der Klinikleitung dazu. (*Schlüsselpersonen, sogenannte Schneeballleute zu kriegen, die das dann weitertragen (...) nach Möglichkeit auch jemand in der Klinikleitung, Z242-243*)

Führungskräfte qualifizieren

Die Qualifizierung der Führungskräfte ist absolut entscheidend, da sie Gate-Keeper zwischen HRM und den Mitarbeitenden sind. Sie sollten deshalb in irgendeiner Form die Möglichkeit zum Austausch zur Thematik haben und eine begleitende Qualifizierung.

Kommunikation

Die regelmässige Kommunikation nach aussen ist wichtig. Dabei die Betroffenen selber zu Wort kommen. Beispiele von „Good-practice“ aufzeigen, das macht Mut zum Nachahmen (*Was machen wir im Spital? (...). Nicht diesen Aspekt des Marketings vergessen, Z217-219).*

Kennzahlen

Im Sinne einer nachhaltigen Implementierung wäre es ideal, mit Kennzahlen operieren zu können und diese in Kopplung mit den Zielen dann auch ausweisen zu können. Spitäler sind unter Kostendruck, deshalb ist es wichtig, den Mehrwert für den Betrieb aufzuzeigen, wie z.B.:

- Verringern der Absenzen

- Bindung der Mitarbeitenden an das Unternehmen
- Verbesserung der Qualität der Behandlung / Betreuung
- Verbesserung des Wissensmanagements
- Senken der Fluktuation aus dem Betrieb
- Verringern der Rekrutierungskosten
- Steigern der Arbeitgeberattraktivität

Möglicherweise werden im Gesundheitswesen in Zukunft auch die Vakanzen von Stellen als wichtiger Indikator für Belastung des bestehenden Personals und der Vorgesetzten eingesetzt werden (*Und das denk ich mir wird zukünftig grade auch in solchen Branchen ein wichtiger Indikator sein auch für Belastung – Vakanzen von Stellen, Z236-237*).

Somit ist die Darstellung der Resultate der Erhebungen abgeschlossen. Im anschliessenden Kapitel folgt die Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der Erhebungen im beim Praxispartner.

7 Diskussion

Einleitend wurde die Notwendigkeit altersgerechter Arbeitsgestaltung und generationenbezogenem Führungsverhalten aufgezeigt. Die Ergebnisse dieser Arbeit stützen diese Aussagen. Die Massnahmen im Bereich der Arbeitsgestaltung und der Führungsentwicklung entfalten jedoch nur dann ihre volle Tragweite, wenn dies auch im Kontext eines altersgerechten Leitbildes im Gesamtunternehmen geschieht.

Die Resultate der Erhebungen können grob in vier Gruppen eingeteilt werden:

1. Arbeitsgestaltung und Arbeitszeitmodelle
2. Personalentwicklung und generationenbezogene Führung
3. Betriebliches Gesundheitsmanagement
4. Handlungsfelder für die nachhaltige Implementierung im Betrieb

7.1 Ressourcen und Belastungen von Pflegenden 50+

Die Pflegenden 50+ sind sich vielfältiger eigener Ressourcen bewusst. Bei den persönlichen Ressourcen waren Gelassenheit, Lernbereitschaft oder Humor häufige Nennungen. Im fachlichen Bereich zeigen sich Ressourcen, die durch langjährige und vielfältige Arbeits- und Lebenserfahrung zustande gekommen sind, wie Erfahrungsvielfalt, Prioritäten setzen oder schnelle Übersicht erlangen. Pflegende 50+ verfügen über ein intaktes betriebsinternes Netzwerk und über ein Wissen zur Team- und Betriebskultur. Als externe Ressource wird ein stabiles soziales Umfeld genannt.

Pflegende 50+ stellen fest, dass ihre Gesamtenergie abnimmt und sie mehr Erholungszeit benötigen. Durch die hormonelle Umstellung kommt es zu Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen. Für Arbeiten am Computer benötigen sie mehr Zeit als ihre jüngeren Berufskolleginnen. Anwendungswissen am Computer geht schnell vergessen, wenn es nicht regelmässig geübt wird. Sie erleben eine allgemeine Unsicherheit im Umgang mit Arbeiten am Computer. Pflegende 50+ haben Mühe, bei der grossen Informationsfülle am Arbeitsplatz zu erkennen, was wichtig ist und à jour bleiben sollte. Sie erleben eine starke Veränderung des ursprünglich erlernten Berufs.

7.2 Arbeitsgestaltung und Arbeitszeitmodelle

7.2.1 Arbeitsplatzgestaltung

Am raschesten liessen sich Massnahmen zur direkten Arbeitsplatzgestaltung umsetzen. Dies könnte beispielsweise der Einsatz von grossen Bildschirmen oder höhenverstellbaren Arbeitstischen sein. Es zeigte sich, dass bereits bestehende Angebote für lärmreduzierte Arbeitsplätze noch ungenügend genutzt werden. Ein zusätzlicher Ruheraum für die Pausen oder als Rückzugsmöglichkeit könnte zudem eine Entlastung auch bei spezifischen Belastungen der Patientenbetreuung bieten.

7.2.2 Informationsvermittlung

Die Informationsvermittlung wird sowohl vonseiten der Pflegenden 50+ als auch von den Abteilungsleiterinnen als unbefriedigend erlebt. Zurzeit werden diverse Kanäle und Gefässe zur Informationsvermittlung genutzt wie Teamsitzung, Anschlagtafel im Stationszimmer, E-Mail, Informationsordner etc. Seitens der Pflegenden wäre der Wunsch nach einer komprimierten Informationsvermittlung, während die Abteilungsleiterinnen sich die Frage stellten, welcher Informationskanal für welche Art von Information am sinnvollsten zu nutzen wäre.

7.2.3 Arbeitsinhalt

Im Bereich Gestaltungsmaßnahmen für den Arbeitsinhalt zeigte sich als erfolgreiche Reduktion der Beanspruchung durch die Belastung Pflegeaufgaben die Form der Job-Rotation zwischen Pflegeabteilung, Infusionszimmer und Wochenstation, welche auf einer Abteilung durchgeführt wird.

Eine Möglichkeit, die spezifischen Ressourcen von Mitarbeitenden 50+ zu nutzen, böte die Schaffung eines Mitarbeiter-Pools, der aus Pflegenden 50+ besteht, welche in komplexen Situationen eingesetzt werden können (z.B. bei deliranten oder sterbenden Patienten, welche eine 1:1-Betreuung erfordern). Diese Art von Arbeitsgestaltung wi-

derspiegelt auch die Empfehlungen von Klusmann (2009) und Schapkin (2012), die postulieren, dass Aufgaben von älteren Mitarbeitenden besser erfüllt werden, wenn sie Lösungswege fordern, die einen Erfahrungshintergrund benötigen und zudem relativ selbstständig eingeteilt und geplant werden können.

Mögliche organisationsübergreifende Ansätze der Gestaltung des Arbeitsinhaltes aus dem externen Experteninterview sind beispielsweise Konzepte für die Nachbetreuung der Patienten nach dem Spitalaustritt, sodass wertvolles Fallwissen weiter genutzt werden könnte.

7.2.4 Arbeitszeitgestaltung

Sowohl die Abteilungsleiterinnen als auch die Pflegenden waren sich einig, dass für Mitarbeitende 50+ die Arbeitszeiten individueller und flexibler zu gestalten sind. Noch liegen aus der aktuellen Forschung wenig Ergebnisse zur Auswirkung von flexiblen Arbeitszeiten auf das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit vor. Erste Studien mahnen jedoch zur Einschränkung der Variabilität flexibler Arbeitszeitmodelle. Die Kombination von Arbeitszeitmodellen mit hoher Variabilität mit Schichtarbeitszeiten führte zu einer Kumulation der negativen Auswirkungen.

Flexible Arbeitszeitmodelle sollen sowohl die Bedürfnisse der Arbeitnehmenden (z.B. Planbarkeit, Einflussnahme) als auch die des Arbeitgebers (z.B. flexibles Reagieren auf Ausfälle oder Arbeitsspitzen) berücksichtigen.

Zur Übernahme von Nacharbeit durch ältere Mitarbeitende kann keine generelle Empfehlung abgegeben werden (Clendon & Walker, 2013), was auch die geäußerten Vorlieben der Teilnehmerinnen der Fokusgruppen bestätigen. Clendon & Walker (2013) geben lediglich Planungsrichtlinien für Nachtschichten von älteren Pflegenden ab.

7.3 Personalentwicklung und generationenbezogene Führung

7.3.1 Personalentwicklung

Die Bedürfnisse der Pflegenden 50+ für Weiterbildungen können grob in zwei Kategorien eingeteilt werden: auf der einen Seite die fachliche Weiterbildung, welche auch Themen zu Pflegeforschung und Entwicklung der Pflegeausbildung einschliesst; auf der anderen Seite ein Austausch unter Gleichaltrigen zu spezifischen Themen dieser Lebensspanne. Die Bedürfnisse decken sich mit den Erhebungen von Blättner et al. (2005) aus Deutschland. Als zusätzliche Themenfelder könnten die Punkte:

- Arbeit in interdisziplinären und qualifizierungsheterogenen Teams
- Teambildung und Gestaltung von Arbeitsprozessen als Lernprozesse

in Erwägung gezogen werden.

Aus der Sicht der Abteilungsleiterinnen sollten die Themen Erhalten und Verbessern von Computer-Skills sowie spezifische Pflegedokumentationsprogramme ergänzend aufgenommen werden.

Die externe Expertin rät, die Weiterbildung für Pflegenden 50+ vorzugsweise anwendungsorientiert und aufbauend auf die Vorerfahrung zu gestalten; mit Angeboten, die Richtung reflektierter Praxis gehen, damit langjähriges Erfahrungswissen überprüft und den neuen Herausforderungen angepasst werden kann.

Essenziell bleibt der Aspekt des lebenslangen Lernens zur Vermeidung von Lern-Entwöhnung. Hierfür können sich On-the-Job Trainings-Programme eignen mit dem Ziel, die Weiterbildung mehr zu den Mitarbeitenden hinzubringen und somit die Motivation für Weiterbildung zu erhöhen. Die Beteiligung an beruflicher Weiterbildung gilt laut Bosch & Schief (2005, in Bäcker et al., 2009, S. 253) als ein Weg zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und beugt Beschäftigungsrisiken im Alter vor.

Zur Vermeidung von Altersstereotypisierungen sollten aus Sicht der externen Expertin die Massnahmen zur Personalentwicklung von Pflegenden 50+ aufgabenzentriert und generationenübergreifend aufgebaut sein. Für die Vermittlung von Computer-Skills und Themen der Pflegeausbildung könnte beispielsweise eine generationenübergreifende Vermittlung gewählt werden, wo jüngere Pflegenden ihr Wissen an ältere weitergeben.

7.3.2 Generationenbezogene Führung

Wo nicht durch Quellenangaben gekennzeichnet ist, stammen die Resultate dieses Unterkapitels ausschliesslich aus dem externen Experteninterview.

Da interindividuelle Unterschiede im Alter grösser werden, beinhaltet ein generationenbezogener Führungsstil, dass Vorgesetzte stärker individuell führen als in früheren Altersgruppen.

Die Selbst- und Alterswahrnehmung von Pflegenden 50+ spielen eine Rolle bei der Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit nach Schönwald et al. (2014). Durch Feedbacks von Führungskräften zur Leistungsfähigkeit wird die Selbsteinschätzung durch eine Fremdwahrnehmung ergänzt. Auch Stadler & Spiess (2005) heben Feedback als Instrument sozialer Unterstützung durch Führungskräfte hervor. Bei der Erhaltung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von Pflegenden 50+ ist das Feedback von Vorgesetzten deshalb ein wichtiger Faktor.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im generationenbezogenen Führungsstil ist das Thema Lebensereignisse. Durch die wegfallende Alterszuordnung für spezifische Lebensereignisse ist es für Führungskräfte wichtig, sensibilisiert zu sein für kritische Ereignisse, welche Auswirkungen auf den Berufsalltag haben können. In einer Befragung in Deutschland unter Pflegenden im Langzeitbereich vermutet ein Drittel der Befragten, dass sie sich in Zukunft mit der Betreuung der Enkel oder der Pflege Angehöriger auseinandersetzen müssen (Franz-Marr, 2013, S. 135, in Ham, Ramon, 2013). In diesem Sinne ist über gesamtbetriebliche Massnahmen wie Familienpflegezeit für die Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen nachzudenken.

Die Verbreitung von Altersstereotypen im Arbeitskontext ist empirisch belegt (Shiu et al., 2015). Bei der Sensibilisierung für Altersstereotype spielen Führungskräfte eine wichtige Rolle. Als erster Schritt gilt es, sich mit den eigenen Altersstereotypen auseinanderzusetzen. Spezifische Führungskurse können Achtsamkeits- und Selbstreflexionstechniken vermitteln und ein Massnahmen-Repertoire aufzeigen, das gemeinsam mit den Mitarbeitenden umsetzbar ist.

Der Arbeitsplatz kann als Mikrokosmos unserer Gesellschaft beschrieben werden (Dennis & Thomas, 2007, in Shiu et al., 2015) und spiegelt deshalb die gesellschaftlich etablierten Altersstereotype (McCann & Giles, 2002, in Shiu et al., 2015). Sollen also Altersstereotype wirkungsvoll angegangen werden, sind Anstrengungen der Gesamtorganisation sowie in den Berufsverbänden nötig. Hier braucht es klare Unternehmens- und Führungsleitlinien zum Stellenwert von Mitarbeitenden jeglichen Alters.

7.4 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Pflegende 50+ würden ein Angebot des Betriebes für Gesundheits-Checks begrüßen.

Bestehende betriebliche Angebot zur Gesundheitsförderung (z.B. Kurse der Physiotherapie), die übers Intranet kommuniziert werden, sind den Pflegenden 50+ teilweise nicht bekannt.

Für das Trainieren in externen Fitnesscentern wünschen sich Pflegende 50+ eine höhere finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers am Fitness-Abonnement.

Eine weitere Anregung war ein Massage-Angebot während der Arbeitszeit, in Anlehnung des bereits bestehenden betrieblichen Angebots für zusatzversicherte Patienten.

Das Kapitel schliesst mit Voraussetzungen für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung von Massnahmen zur Arbeitsgestaltung im Betrieb.

7.5 Handlungsfelder für die nachhaltige Implementierung im Betrieb

Bezüglich der Einführung von Massnahmen zur Arbeitsgestaltung äusserten die Pflegenden, dass sie ein einheitliches Vorgehen und einheitliche Regelungen im Departement Medizin bevorzugen. Die Abteilungsleitungen stützen diese Aussage, merkten jedoch an, dass die Eigenheiten der jeweiligen Abteilungen in Betracht gezogen werden (z.B. Grösse der Abteilung, Abteilung mit Spezialgebiet etc.). Aus dem externen Experteninterview ergaben sich folgende Handlungsfelder:

Partizipation

Für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung ist es entscheidend, die Mitarbeitenden miteinzubeziehen. Dies deckt sich mit den Resultaten von Elke et al. (2015) zur betrieblichen Einführung von Massnahmen zur Arbeitsgestaltung. Die Forschenden sehen Arbeitsgestaltung als Instrument zur Organisationsentwicklung. Die Mitarbeitenden sollen im eigenen Zuständigkeitsbereich Lernanforderungen und Ressourcen fördern und Arbeitsstressoren abbauen. Der Einbezug der Mitarbeitenden in den Prozess altersgerechter Arbeitsgestaltung stärkt Partizipation und Autonomie am Arbeitsplatz.

Schlüsselpersonen im Betrieb

Um das Projekt im Betrieb bekannt zu machen, sind Schlüsselpersonen, die das Anliegen weitertragen essenziell. Elke et al. (2015) bestätigen die wichtige Rolle dieser „Drivers of Change“. Idealerweise ist auch jemand aus der

Klinikleitung involviert.

Führungskräfte qualifizieren

Die Qualifizierung der Führungskräfte ist absolut entscheidend, weil sie die Massnahmen mehrheitlich umsetzen. Sie sollten deshalb in irgendeiner Form die Möglichkeit zum Austausch zur Thematik sowie eine begleitende Qualifizierung haben.

Kommunikation

Die regelmässige Kommunikation des aktuellen Stands nach aussen ist wichtig. Um die Nachvollziehbarkeit zu erhöhen und die Relevanz darzulegen, sind Beispiele von „Good-practice“ geeignet. Dabei kommen die Betroffenen idealerweise selber zu Wort.

Mehrwert für den Betrieb

Spitäler sind unter Kostendruck und deshalb ist es wichtig, den Mehrwert der Massnahmen für den Betrieb aufzuzeigen. Mögliche Zielformulierungen könnten folgendermassen lauten:

- Verringern der Absenzen
- Bindung der Mitarbeitenden an das Unternehmen
- Verbesserung der Qualität der Behandlung / Betreuung
- Verbesserung des Wissensmanagements
- Senken der Fluktuation aus dem Betrieb
- Verringern der Rekrutierungskosten
- Steigern der Arbeitgeberattraktivität

Möglicherweise werden im Gesundheitswesen in Zukunft auch die Vakanzen von Stellen als wichtiger Indikator für die Belastung des bestehenden Personals und der Vorgesetzten eingesetzt.

Aus den Resultaten der Erhebungen im Betrieb und den Erkenntnissen aus der empirischen Forschung kristallisierten sich mehrere Handlungsfelder heraus. Die Empfehlungen berücksichtigen die spezifische Situation des Praxispartners, enthalten jedoch auch generelle Empfehlungen für die Arbeitsgestaltung von Pflegenden 50+. Die Handlungsfelder sind im nächsten und zugleich letzten Kapitel der Arbeit aufgeführt.

8 Handlungsfelder

Im Gesundheitswesen wurde eher spät auf die demografischen Veränderungen und deren Auswirkungen in der Arbeitswelt reagiert. Mittlerweile scheint das Problem erkannt und es gibt Gestaltungsprogramme in verschiedenen Kliniken in mehreren Kantonen. Auch im Betrieb des Praxispartners haben bereits diverse Initiativen zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen von älteren Mitarbeitenden stattgefunden. Die hier vorliegenden Handlungsfelder sind also ergänzend zu den bisherigen Bestrebungen des Betriebs zu verstehen. Der Beitrag dieser Arbeit besteht zudem in den empirischen Erhebungen im Betrieb. Die Bedürfnisse und Gestaltungsvorschläge der Pflegenden 50+ und auf Stufe der Abteilungsleitungen wurden systematisch erfasst und durch eine unabhängige Expertensicht ergänzt. Die daraus abgeleiteten Handlungsfelder sind nachfolgend dargestellt. Sie gliedern sich in die vier Hauptthemenblöcke: Arbeitsgestaltung, Personalentwicklung, Führung und Implementierung.

Im Bereich der Arbeitsgestaltung ergaben sich folgende Handlungsfelder an Gestaltungsmassnahmen für Pflegende 50+:

8.1 Arbeitsgestaltung

Arbeitsplatzgestaltung

- Massnahmen zur direkten Arbeitsplatzgestaltung: Einsatz von grossen Bildschirmen oder höhenverstellbaren Arbeitstischen
- Bestehende Angebote für lärmreduzierte Arbeitsplätze nutzen
- Ruheraum für die Pausen oder als Rückzugsmöglichkeit

Informationsvermittlung

- Auf Führungsebene für das Departement Medizin das Informations-Management optimieren, bspw. erarbeiten, welche Informationskanäle für welche Art von Information am sinnvollsten sind

Arbeitsinhalt

- Reduktion der Beanspruchung durch die Belastung Pflegeaufgaben die Form der Job-Rotation zwischen Pflegeabteilung, Infusionszimmer und Wochenstation
- Schaffung eines Mitarbeiter-Pools aus Pflegenden 50+ für die Betreuung in komplexen Situationen (z.B. 1:1-Betreuung bei deliranten oder sterbenden Patienten)
- Entwickeln von organisationsübergreifenden Ansätzen der Gestaltung des Arbeitsinhaltes

Arbeitszeitgestaltung

- Einführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen mit mittlerer Variabilität unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Arbeitnehmenden (z.B. Planbarkeit, Einflussnahme), auch die des Arbeitgebers (z.B. flexibles Reagieren auf Ausfälle oder Arbeitsspitzen)

8.2 Personalentwicklung

Weiterbildung für Pflegende 50+ ist idealerweise:

- Aufgabenzentriert und dient der Vermeidung von Lernentwöhnung: Beispielsweise durch On-the-Job Trainings-Programme mit dem Ziel, die Weiterbildung mehr zu den Mitarbeitenden hin zu bringen und somit die Motivation für Weiterbildungen zu erhöhen.
- Anwendungsorientiert und aufbauend auf die Vorerfahrung gestaltet: Mit Angeboten, Richtung reflektierter Praxis, damit langjähriges Erfahrungswissen überprüft und den neuen Herausforderungen angepasst werden kann.
- Generationenübergreifend angelegt: Für die Vermittlung von Computer-Skills und Themen der Pflegeausbildung könnte eine Vermittlung gewählt werden, indem jüngere Pflegende ihr Wissen an Ältere weitergeben.

Daneben ist die Etablierung eines offiziellen Gefässes für einen Austausch unter Mitarbeitenden 50+ im Departement Medizin (oder ggf. departementsübergreifend) zu spezifischen Themen dieser Lebensspanne anzuregen.

8.3 Führung

Bei der Führung von älteren Mitarbeitenden ist Wert zu legen auf:

- Individuelles Führen, da interindividuelle Unterschiede im Alter grösser werden.
- Feedback durch Führungskräfte als Instrument sozialer Unterstützung zur Erhaltung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit.
- Sensibilisierung für Lebensereignisse: kritische Ereignisse, welche Auswirkungen auf den Berufsalltag haben und zunehmend weniger altersgebunden sind (z.B. Kinderbetreuung oder Eldercare der eigenen Angehörigen).
- Sensibilisierung für die eigenen Altersstereotype in spezifischen Führungskursen (z.B. Achtsamkeits- und Selbstreflexions-Techniken vermitteln und ein Massnahmen-Repertoire aufzeigen, das gemeinsam mit den Mitarbeitenden umsetzbar ist).

8.4 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Dieses Unterkapitel enthält sowohl generelle (g) als auch auf Mitarbeitende 50+ ausgerichtete Aspekte (s):

- Angebot des Betriebes für Gesundheits-Checks (s)
- Bestehendes betriebliches Angebot zur Gesundheitsförderung besser kommunizieren (g)
- Höhere finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers an Fitness-Abonnements externer Anbieter oder Ausweitung der internen Trainingszeiten (g)
- Massage-Angebot während der Arbeitszeit, in Anlehnung des bereits bestehenden betrieblichen Angebots für zusatzversicherte Patienten (g)

8.5 Implementierung im Betrieb

Für die Implementierung von Massnahmen zur Arbeitsgestaltung von älteren Pflegenden im Betrieb zeigen sich die folgenden Handlungsfelder:

- Sensibilisierung für das Vorkommen von Altersstereotypen in der Gesamtorganisation und Statements zum Stellenwert von Mitarbeitenden jeglichen Alters in Unternehmens- und Führungsleitlinien
- Thematisieren von gesamtbetrieblichen Massnahmen wie Familienpflegezeit für die Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen
- Einheitliches Vorgehen und Regelungen für die Einführung von Massnahmen zur Arbeitsgestaltung im Departement Medizin, mit Umsetzungs-Spielraum für Eigenheiten der jeweiligen Abteilungen
- Partizipation der Mitarbeitenden bei der Implementierung
- Schlüsselpersonen im Betrieb, die das Projekt bekannt machen und das Anliegen weitertragen. Idealerweise ist jemand aus der Klinikleitung involviert.
- Qualifizierung der Führungskräfte und Möglichkeiten zum Austausch zur Thematik schaffen, da sie die Massnahmen mehrheitlich umsetzen.
- Regelmässige Kommunikation des aktuellen Stands der Umsetzung erhöht die Nachvollziehbarkeit des Mehrwerts für den Betrieb. Dabei kommen die Betroffenen idealerweise selber zu Wort.

9 Ausblick

Durch Massnahmen in den definierten Handlungsfeldern kann das Kantonsspital Winterthur Rahmenbedingungen schaffen für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit seiner älteren Mitarbeitenden im Departement Medizin. Seitens der Arbeitnehmenden ist nebst einer guten Gesundheit das lebenslange Lernen eine Schlüsselqualifikation für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit im Dienstleistungssektor. Wünschenswert ist zudem eine gesamtbetriebliche Sensibilisierung für die Thematik negativer Altersstereotypen.

Diese Arbeit liefert hoffentlich einen konstruktiven Beitrag, um die bestehenden Initiativen des Praxispartners zur Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung älterer Mitarbeitender zu fördern.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenstellung der Veränderungen im Alter in Anlehnung an Brandenburg & Domeschk (2007), Eberhardt & Meyer (2011), in Imhof (2014) und Schapkin (2012), (eigene Darstellung)	13
Tabelle 2: Resultate der Fokusgruppen zur Arbeitsgestaltung	27
Tabelle 3: Resultate der Fokusgruppen zur Arbeitszeitgestaltung.....	28
Tabelle 4: Resultate der Fokusgruppen zur Weiterbildung.....	29
Tabelle 5: Resultate der Fokusgruppen zu generationenbezogenem Führungsverhalten.....	29
Tabelle 6: Resultate der Fokusgruppen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement	29
Tabelle 7: Resultate der Fokusgruppe zu generellen Themen	30
Tabelle 8: Resultate des internen Experteninterviews zur Arbeitsplatzgestaltung.....	31
Tabelle 9: Resultate des internen Experteninterviews zum Arbeitsinhalt	31
Tabelle 10: Resultate des internen Experteninterviews zur Informationsvermittlung	32
Tabelle 11: Resultate des internen Experteninterviews zu Arbeitszeitmodellen.....	33
Tabelle 12: Resultate des internen Experteninterviews zu generationenbezogenem Führungsverhalten	34
Tabelle 13: Resultate des internen Experteninterviews zur Arbeitsfähigkeit	34
Tabelle 14: Resultate des internen Experteninterviews zu intergenerativem Wissenstransfer	35

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Drei Komponenten des Kompetenzmodells nach Baltes & Baltes (1989), (eigene Darstellung)	12
Abbildung 2: Effekte von sozialer Unterstützung auf Wohlergehen und Gesundheit (nach Stadler & Spiess, 2002, in Weiterentwicklung von Pfaff, 1989), (eigene Darstellung).....	19
Abbildung 3: Studiendesign (eigene Darstellung)	21
Abbildung 4: Organigramm des Departements Medizin.....	23

Literaturverzeichnis

Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (2008). *Sozialpsychologie*. München: Pearson Deutschland.

Amstutz, N., Konrad, J., Minnig, Ch., Spaar, R. (2013). *Lebensphasenspezifische Laufbahnentwicklung und Verbundenheit im Pflegeberuf. Synthesebericht zur quantitativen und qualitativen Erhebung im Rahmen des Projekts CaRe – Laufbahnentwicklung und Retention Management in der Pflege im Kooperationsverbund von Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und Spitex*. Olten: Institut für Personalmanagement und Organisation (PMO), Hochschule für Wirtschaft, Fachhochschule Nordwestschweiz.

Bäcker, G., Brüssig, M., Jansen, A., Knuth, M., Nordhause-Janz, J. (2009). *Ältere Arbeitnehmer - Erwerbstätigkeit und soziale Sicherheit im Alter*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1989). *Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns*. Zeitschrift für Pädagogik, 35, S. 85-105.

Baltes, P.B. (1990). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Theoretische Leitsätze*. Psychologische Rundschau 1, 1-24.

Baltes, P.B., Staudinger, U.M., Lindenberger, U. (1999). *Lifespan psychology: Theory and application on intellectual functioning*. Annual Review of Psychology, 50, S. 471–507.

Berger, A. & Hobbs, B. (2006) *Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients*. Clinical Journal of Oncology Nursing 10, S. 465–471.

BGW/DAK (2003). *Gesundheitsreport 2003—Altenpflege: Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*. BGW, Hamburg.

Blättner, B., Michelsen, K., Sichtung, J., Stegmüller, K. (2005). *Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen*. Berlin/Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Bongaarts, J. (2009). *Human population growth and the demographic transition*. Philosophical Transactions of the Royal Society. Biological Sciences 364, S. 2985–2990.

Bosch, G. & Schief, S. (2005). *Politik für ältere Beschäftigte oder Politik für alle? Zur Teilnahme älterer Personen am Erwerbsleben in Europa. (IAT-Report 2005-04)*. Gelsenkirchen.

Brandenburg, U. & Domschke, J.P. (2007). *Die Zukunft sieht alt aus: Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement (1. Aufl.)*. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Brandtstädter, J. (2007). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch*. Lindenberger, U. (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer.

Brauer, K. & Korge, G. (Hrsg.) (2009). *Perspektive 50plus? - Theorie und Evaluation der Arbeitsmarktintegration Älterer*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2011): *Aller guten Dinge sind drei! Altersstrukturanalyse, Qualifikationsbedarfsanalyse, alter(n)sgerechte Gefährdungsbeurteilung– drei Werkzeuge für ein demographiefestes Unternehmen*. Berlin/Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Bundesamt für Statistik, BFS (2012). *Schweizerische Arbeitskräfteerhebung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik, BFS (2016). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2015–2045*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Burr, H., Kersten, N., Kroll, L., Hasselhorn, H.M. (2013). *Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Cabeza, R., Anderson, N.D., Locantore, J.K., Mc Intosh, A.R. (2002). *Aging Gracefully: Compensatory brain activity in*

High-Performing older adults. Neurologic Magazin, 17, S. 1394–1402.

Clendon, J. & Walker, L. (2013). *Nurses aged over 50 years and their experiences of shift work*. Journal of Nursing Management. 21, S. 903–913.

Dennis, H. & Thomas, K. (2007). *Ageism in the workplace*, Generations, 31, S. 84–89.

Eberhardt, D. & Meyer, M. (2011). *Mit Führung den demographischen Wandel gestalten: Individualisierte altersgerechte Führung: Wie denken und handeln Führungspersonen?* München: Rainer Hampp Verlag.

Elke, G., Gurt, J., Möltner, H., Externbrink, K. (2015). *Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung - vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Eurobarometer (2009). *Discrimination in the EU in 2009*. Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_317_en.pdf [Zugriff: 17.05.2016].

Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. 2. überarb. + erw. Auflage*. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.

Felfe, J. & Wombacher, J. (2013): *Mitarbeiterbindung (Commitment)*. In: Pekruhl, U., Spaar, R., Zölch, M. (Hrsg.) (2013): *Jahrbuch Human Resource Management*. Zürich: Weka Media Business AG.

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Franz-Marr, U. (2013). „Keiner kann mehr sagen, es geht nicht“. *Vereinbarkeit von Familienaufgaben und Berufstätigkeit für Mitarbeitende in einer Pflegeeinrichtung*, S. 129-139 in Ham, D. & Ramon, B. (2013). *Altersgerechte Personalentwicklung. Theorien, Strategien und zukunftsfähige Praxis*. Freiburg i.B.: Lambertus Verlag.

Göll, E., Henseling, C., Nolting, K., Gassner, R. (2005). *Die Fokusgruppen-Methode: Zielgruppen erkennen und Motive aufdecken. Ein Leitfaden für Umwelt- und Naturschutzorganisationen*. Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung. Verfügbar unter: <http://www.umweltbundesamt.de/umweltbewusstsein/publikationen/Leitfaden-Fokusgruppen.pdf> [Zugriff: 17.05.2016].

Götz, R., Bode, S., Köper, B. (2012). *Demographischer Wandel in der Arbeitswelt*. Berlin/Dortmund/ Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Ham, D. & Ramon, B. (2013). *Altersgerechte Personalentwicklung: Theorie, Strategien, zukunftsfähige Praxis*. Freiburg i.B.: Lambertus Verlag.

Hasselhorn, H.M. & Ebener, M. (2014). *Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften in Fehlzeiten-Report 2014*, Badura, B. et al. (Hrsg.). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Hedge, J.W., Borman, W.C., Lammlein, S.E. (2006). *The Aging Workforce: Realities, Myths, and Implications for Organizations*. Washington, DC: American Psychological Association.

Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.

Hennekam, S. (2015). *Career success of older workers: the influence of social skills and continuous learning ability*. Journal of Management Development. Vol. 34 No. 9, S. 1113-1133.

Herbig, B. & Glaser, J. (2015). *Create Health! Arbeit kreativ, gesund und erfolgreich gestalten*. Berlin/Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Hilpert, J., Benighaus, L., Scheel, O., Renn, O. (2011). *Wahrnehmung der Fusionsenergie. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung ausgewählter Bevölkerungsteile anhand von Fokusgruppen*. Unveröffentlichter Forschungsbericht im Auftrag des MPI-Garching.

Ihle, A., Borella, E., Rahnfeld, M., Müller, S.R., Enge, S., Hacker, W., Wegge, J., Oris, M., Kliegel, M. (2015). *The role of cognitive resources for subjective work ability and health in nursing*. European Journal of Ageing, 12, S. 131–140.

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

Illmarinen, J. (2005). *Towards a longer worklife: Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Finnish Institute of Occupational Health.

- Imhof, M. (2014). *Bedürfnisse älterer Mitarbeitender in der Arbeitsgestaltung, Personalführung, Personalentwicklung*. Bachelor Thesis, Studiengang Angewandte Psychologie, Fachhochschule Nordwestschweiz, FHNW, Olten. Auftraggeber: Kanton Aargau, Departement Finanzen und Ressourcen, Abteilung Personal und Organisation.
- Janssen, D. & Nachreiner, F. (2014). *Flexible Arbeitszeiten*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb1025. Berlin/Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Kagan, S.H. & Melendes-Torres, G.J. (2015). *Ageism in nursing*. Journal of Nursing Management 23, S. 644–650.
- Kerschbaumer, J., Busch, S., Geschonke, M., Holwe, J., Nickel, G. (2008). *Ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Perspektiven und Chancen für Beschäftigte und Unternehmen*. Frankfurt a. M.: Bund Verlag.
- Kistler, E. (2007). *Die demographische Herausforderung – Mythen und Fakten*. Verfügbar unter: http://www.cssa-wiesbaden.de/fileadmin/Dokumente/Kistler_Mythos_Methusa-lem1%C3%BCge_2007.pdf. [Zugriff: 01.04.2016].
- Kristof-Brown, A.L., Zimmerman, R.D., Johnson, E.C. (2005). *Consequences of Individuals' Fit at Work: A Meta-Analysis of Person–Job, Person–Organization, Person–Group, and Person–Supervisor Fit*. Personnel Psychology, 58, S. 281–342.
- Klussmann, A., Gehardt, H., Topel, M., Müller-Arnecke, H.W. (2009). *Optimierung der ergonomischen Eigenschaften von Produkten für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – Gestaltung und Design*. Berlin/Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Maintz, G. (2003): *Arbeit bis 67? – Überlegungen aus arbeitsmedizinischer Sicht*. Berlin/Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- McCann, R. & Giles, H. (2002). *Ageism in the workplace: a communication perspective*. In Nelson, T. (Hrsg.). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons*, S. 163–199. Cambridge, MA: MIT Press.
- McCarthy, J., Heraty, N., Cross, C., Cleveland, J.N. (2014). *Who is considered an 'older worker'? Extending our conceptualisation of 'older' from an organisational decision maker perspective*. Human Resource Management Journal, Vol 24, Nr. 4, S. 374–393.
- Müller, A., Weigl, M., Heiden, B., Herbig, B., Glaser, J., Angerer, P. (2013) *Selection, optimization, and compensation in nursing: exploration of job-specific strategies, scale development, and age-specific associations to work ability*. Journal of Advanced Nursing 69(7), S. 1630–1642.
- Ng, T.W. & Feldmann, D.C. (2008). *The relationship of ten dimensions of Job Performance*. Journal of Applied Psychology, 93, S. 392-423.
- OECD (2006). *Live Longer, Work Longer*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2015). *Pensions at a Glance 2015: OECD and G20 indicators*, Paris: OECD Publishing. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2015-en. [Zugriff: 17.05.2016].
- Palmer E. & Eveline J. (2012) *Sustaining low pay in aged care work*. Gender, Work & Organization 19, S. 254–275.
- Peter, R. & Hasselhorn, H.M. (2013). *Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe. Ein Modell*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Posthuma, R.A. & Campion, M.A. (2009). *Age stereotypes in the workplace: common stereotypes, moderators, and future directions*. Journal of Management, Vol. 35 No. 1, S. 158-188.
- Prezewowsky, M. (2007). *Demographischer Wandel und Personalmanagement. Herausforderungen und Handlungs-*

- alternativen vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Rump, J., & Eilers, S. (2006). *Employability im Zuge des demografischen Wandels*. In J. Rump, T. Sattelberger, & H. Fischer (Hrsg.), *Employability Management. Grundlagen, Konzepte, Perspektiven* (S. 130–148). Wiesbaden: Gabler.
- Schapkin, S.A. (2012). *Altersbezogene Änderungen kognitiver Fähigkeiten – kompensatorische Prozesse und physiologische Kosten*. Berlin/Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Schippers, J. (2011). *Langer werken gaat niet vanzelf*. Verfügbar unter: http://www.ser.nl/nl/publicaties/overzicht%20ser%20bulletin/2011/april_2011/01.aspx. [Zugriff am: 17.5.2016].
- Schulz, M., Mack, B., Renn, O. (2012). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schönwald, A., Kühne, O., Jenal, C., Currin, A. (2014). *Demographischer Wandel in Unternehmen. Altersgerechte Arbeitsbedingungen aus Arbeitnehmersicht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwendimann, R., Widmer, M., De Geest, S., Ausserhofer, D. (2014). *Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich*. *Obsan Bulletin* 3/2014. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Scott, W.R. (1992). *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Semmer, N. & Richter, P. (2004). *Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit älterer Menschen*. In Cranach, M., Schneider, H.D., Ulich, E. Winkler, E. (Hrsg.). *Ältere Menschen im Unternehmen*, S. 95–116. Bern: Haupt.
- Sherman, R.O., Chiang-Hanisko, L., Koszalinski, R. (2013). *The ageing nursing workforce: a global challenge*. *Journal of Nursing Management*, 21, S. 899-902.
- Shiu, E., Hassa, L.M., Parry, S. (2015). *The Moderating Effects of National Age Stereotyping on the Relationships between Job Satisfaction and its Determinants: A Study of Older Workers across 26 Countries*. *British Journal of Management*, Vol. 26, S. 255–272.
- Sporket, M. (2009). *Organisationen im demographischen Wandel*. Wiesbaden: VS.
- Stadler, P. & Spiess, E. (2002). *Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Stichler, J.F. (2013). *Healthy work environments for the ageing nursing workforce*. *Journal of Nursing Management*, 21, S. 956–963.
- Stressreport Deutschland (2012). Berlin/Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Swoboda, N. & Zölch, M. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Wettbewerbsvorteil Generationenmanagement. Ein Pilotprojekt mit fünf Unternehmen aus Produktion und Dienstleistung zu Herausforderungen des demografischen Wandels. Arbeitspapier 14*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Verworn, B. (2012). *Einstellungen gegenüber älteren Beschäftigten. Deutschsprachige geschlechtsspezifische Adaption des "Beliefs About Older Workers Questionnaires"*. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*. 43(4) S. 413-425. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wiler, J. (2006). *Altersstrategie. Schweizerischer Arbeitgeberverband (Hrsg.)*. Zürich: Sihldruck.
- Wrenn, K.A. & Maurer, T.J. (2004). *Beliefs about older workers' learning and development behavior in relation to beliefs about malleability of skills, age-related decline, and control*. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, S. 223–242.
- Zimprich, D., Allemann, M., Dellenbach, M. (2007). *Openness to experience, fluid intelligence, and crystallized intelligence in middle-aged and old adults*. Manuscript in preparation.
- Zölch, M. & Swoboda, N. (2014). *Der demografische Wandel bewegt die Schweizer Arbeitswelt. Zwischenbilanz zu Herausforderungen, Initiativen und Forschungsfeldern. Arbeitspapier 25*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Zölch, M., Mücke, A., Graf, A., Schilling, A. (2009). *Fit für den demographischen Wandel? Ergebnisse, Instrumente, Ansätze guter Praxis*. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt Verlag.
- Züniga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, Ch., Bassal, C., De Geest, S., Schwendimann, R. (2013). *SHURP – Swiss Nursing*

Homes Human Resources Project. Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Basel: Institut für Pflegewissenschaften.

Zwick, M.M. & Schröter, R. (2011). *Wirksame Prävention? Ergebnisse eines Expertendelphi.* In *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.* Zwick, M.M., Deuschle, J., Renn, O. (Hrsg.). Wiesbaden: VS-Verlag, S. 239-260.

Anhang

Anhang A: Phasenmodelle über die Lebensspanne nach Erikson (1959) und Havighurst (1972) im Überblick (eigene Darstellung).....	54
Anhang B: Dokumente Personalentwicklung, HRM, KSW	55
Anhang C: Kategoriensystem als Auswertungsraster zur deduktiven Inhaltsanalyse.....	57
Anhang D: Leitfaden Fokusgruppen 1+2.....	60
Anhang E: Organigramm Departement Medizin, KSW	61
Anhang F: Interviewleitfaden Experteninterview intern	61
Anhang G: Leitfaden Experteninterview extern	63
Anhang H: Ressourcen Pflegende 50+	64
Anhang I: Belastungen Pflegende 50+	64
Anhang J: Zusammenfassende Auswertung der Fokusgruppe 1 + 2.....	64
Anhang K: Zusammenfassende Transkription Experteninterview betriebsintern	67
Anhang L: Zusammenfassende Transkription Experteninterview extern	71

Anhang A: Phasenmodelle über die Lebensspanne nach Erikson (1959) und Havighurst (1972) im Überblick (eigene Darstellung)

<i>Altersphase</i>	<i>Erikson – psychosoziale Krisen</i>	<i>Havighurst Entwicklungsaufgaben (Auswahl)</i>
<i>Säuglingsalter</i>	Vertrauen vs. Misstrauen	Gehen lernen. Lernen Nahrung aufzunehmen, Sprachentwicklung
<i>Kindheit</i>	Autonomie vs. Scham/Zweifel	Erwerb der Geschlechtsrolle, Lernen von sozialer Kooperation, Lesen, Schreiben, Rechnen, Entwicklung von Moral und Werten
<i>Pubertät / Adoleszenz</i>	Identität vs. Rollendiffusion	Akzeptieren der körperlichen Reifung, Aufbau einer Geschlechterrolle, Gestalten von Peer-Beziehungen
<i>Frühes Erwachsenenalter</i>	Intimität vs. Isolierung	Partnerwahl, Familiengründung, Beginn Berufskarriere

<i>Mittleres Erwachsenenalter</i>	Generativität vs. Stagnation	Kindererziehung, Entwicklung der Berufskarriere, Übernahme sozialer und öffentlicher Verantwortung
<i>Spätes Erwachsenenalter</i>	Integrität vs. Verzweiflung	Anpassung an Pensionierung, Anpassung an Nachlassen von Körperkräften, Anpassung an Tod des Lebenspartners

Anhang B: Dokumente Personalentwicklung, HRM, KSW

[HRM und Pflege](#) [Personalentwicklung](#) [Laufbahnentwicklung](#) [Arbeits- und Zeitmodelle](#)

Arbeits- und Zeitmodelle

Von: Kessler, Fabienne, FNQ | 10.12.2014 | Geändert: 24.03.2015

Arbeitsmodelle und Zeitmodelle sind Instrumente der Arbeitsplanung. Arbeitsmodelle beantworten Fragen der Arbeitsorganisation, Zeitmodelle beziehen sich auf die Strukturierung von Arbeitszeiten mit den daraus resultierenden Pflichten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Begriffe *Arbeitsmodell* und *Zeitmodell* lassen sich nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen. So ist «Job-Sharing» zwar ein arbeitsorganisatorisches Modell, bei dem jedoch die zeitliche Regelung ein definierendes Element ist. Ferner paaren sich Zeit- und Arbeitsmodelle mit Lohnmodellen, wenn beispielsweise kurzfristige Einsätze gesondert vergütet werden, oder wenn in einer späten Berufsphase eine Reduktion von Verantwortung mit einem Lohnrückgang verbunden ist (siehe Infokasten [Bogenkarriere](#) unter Laufbahnmoment 55+). Selbstverständlich lassen sich viele Modelle auch kombinieren.

Klug eingesetzt können mit Arbeits- und Zeitmodellen die Bedürfnisse der Mitarbeitenden mit den Zielen des Betriebes in eine optimale Passung gebracht und derart eine Ausgewogenheit der Interessen von Arbeitnehmenden und Arbeitgeber erreicht werden. Sie sind daher auch ein wichtiges Instrument in der Laufbahnplanung.

Die im [Orientierungsrahmen Arbeitsmodelle für das KSW](#) integrierte [Übersicht](#) zeigt alphabetisch geordnet die wichtigsten Formen von Arbeits- und Zeitmodellen. Sie unterscheidet jene, die am KSW bereits eingeführt sind (Stand April 2014), und führt dann weitere Modelle auf. Diese Liste ist weder vollständig, noch klärt sie alle Details. Dessen ungeachtet kann sie für Führungskräfte ein hilfreiches Instrument für die Ausgestaltung der Arbeitsorganisation sein und auf weitere Möglichkeiten hinweisen.

Lebensalter und Arbeitswelt	Kurzinformationen 5
<p>Mitarbeitende 50plus</p> <p><u>Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung</u> Die demografische Entwicklung wird den Anteil an älteren Mitarbeitenden erhöhen (Beispiel Anästhesie am KSW: in 10 Jahren wird sich der Anteil der über 55-Jährigen von heute 10% auf 25% mehr als verdoppelt haben). Es stellt sich die Frage, wie die Leistungsfähigkeit dieser Mitarbeitenden-Gruppe erhalten bleibt und wie mit potenziellen Einschränkungen umgegangen wird. Augenmerk muss ferner auf die Wertschätzung und den Umgang mit Stereotypen gelegt werden. Auch für dieses Handlungsfeld bieten Arbeits-, Zeit- und Lohnmodelle zahlreiche Möglichkeiten (Stichworte: horizontale Karriere, Altersteilzeit, Bogenkarriere).</p> <p>Menschen verändern sich mit dem Alter werden und damit wandeln sich einerseits die Bedürfnisse und andererseits die Möglichkeiten, Leistung zu erbringen. Dabei ist festzuhalten, dass Ältere und Jüngere sich in der Gesamtleistung nicht notwendigerweise unterscheiden. Allerdings nehmen die individuellen Unterschiede in der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter zu; diese Gruppe ist also heterogener als jene der jüngeren Mitarbeitenden. Daher empfiehlt sich bei den Älteren besondere Sorgfalt, um einseitige Belastungen zu vermeiden. In erster Linie soll der Umgang mit Besonderheiten in der ganzen Organisation transparent und auf dieselbe Weise geregelt und somit legitimiert sein (z.B. Nachtschichtpflicht).</p> <p>Dank Erkenntnissen aus der Chronobiologie weiss man um altersbedingte Veränderungen der zirkadianen Rhythmik, die unser Schlaf-Wach-Verhalten regelt. Nachtarbeit kann aufgrund biologisch bedingter verminderter Umstellfähigkeit für manche zu einer erheblichen Belastung werden. Geeignete Massnahmen wie Arbeitsplatzgestaltung und Anpassen von unternehmensinternen Regelungen (Nachtdienstpflicht für Mitarbeitende ab 50) werden wegen der demografischen</p>	<p>Verschiebung zunehmend wichtig.</p> <p>Möglichkeiten für den Umgang mit altersabhängigen Beeinträchtigungen sind: Umschulung, betriebsinternen Wechsel in eine andere Funktion anbieten (horizontale Karriere), ältere Mitarbeitende als Mentoren oder Teacher etc. einsetzen.</p> <p><u>Ressourcengespräche</u> Inhalt und Ziel von Ressourcengesprächen können sein: Rollenidentität in der letzten Berufsphase und Laufbahnplanung ansprechen, Qualifikation aufrechterhalten oder alters- und bedürfnisgerechte Weiterbildung durch altersspezifische Angebote planen.</p> <p><u>Unternehmenskultur</u> Altersstereotype sind ein wichtiges Thema in Teams und für Führungspersonen. Altersbedingte Einschränkungen und Veränderungen in der Leistungsfähigkeit sollten enttabuisiert und Massnahmen zum Umgang damit auf Unternehmensebene diskutiert werden, wie zum Beispiel die Nachtdienstpflicht.</p> <p><u>Unterstützung für Vorgesetzte</u> Führungskräfte müssen über ein gewisses Mass an Wissen und Sensibilität verfügen, um älteren Mitarbeitenden gerecht zu werden. Altersstereotype im Team aufzudecken und die Vorteile von älteren Mitarbeitenden (stabil, ausgeglichen, loyal, erfahren und dergleichen mehr) zu nutzen. Dieses Wissen kann durch Weiterbildung in altersspezifischen Führungskompetenzen, durch Coaching oder mit Hilfe einer internen Beratungsstelle erworben werden.</p> <p><u>Flexible Pensionierung</u> Schrittweise Pensionierung (Reduktion des Beschäftigungsgrades), arbeiten über die Pensionsgrenze hinaus oder Altersteilzeitarbeit sind Möglichkeiten, auf sanfte Art aus dem Berufsleben auszuscheiden, die Zeit vor der Pensionierung nach den Möglichkeiten der Ressourcen zu gestalten und sich auf die nachberufliche Zeit vorzubereiten.</p>

Anhang C: Kategoriensystem als Auswertungsraster zur deduktiven Inhaltsanalyse

(in Anlehnung an das Generation-Ressource-Management-Model nach Rimser, 2014)

Kategorien	Definition / Ankerbeispiel	Besonderes
1. Demographische Analyse		
1.1. Altersstruktur analyse	Definition: Altersspezifische Auswertungen von Personalkennzahlen einzelner Abteilungen, Funktionsgruppen, Berufstypen und/oder der Gesamtunternehmung. Die Zahlen können mit branchen- und landesspezifischen Daten für weiter Analysen verglichen werden (Rimser, 2013 / Zölch, 2014). Ankerbeispiel: Analyse mit ASTRA ¹	

¹ Mit dem Altersstruktur-Analysetool ASTRA[®] können nicht nur die aktuellen Altersstrukturen dargestellt werden, sondern mittels eines Simulationsprogramms auch szenariobasierte zukünftige Entwicklungen der Altersstrukturen in einem Unternehmen abgebildet werden.

Kategorien	Definition / Ankerbeispiel	Besonderes
2. Arbeitsgestaltung		
2.1. Arbeitsplatz / Arbeitsumgebung	Definition: Massnahmen zur Passung der Arbeitsumgebung für eine gealterte Belegschaft. Ankerbeispiel: Ruheräume mit Handy-Verbot, F1,TN5 ¹ .	
2.2. Ergonomie / Technik / Geräte	Definition: Setzt sich aus den griechischen Begriffen für Arbeit (ergon) und Regel (nomos) zusammen und meint die optimale, gesundheitserhaltende und -fördernde Gestaltung der Arbeitsgeräte und Arbeitsumgebung. Ankerbeispiel: Laptops mit grösseren Bildschirmen, F1,TN3).	
2.3. Arbeitsinhalt	Definition: Massnahmen zur Passung des Arbeitsinhaltes an eine ältere Belegschaft Ankerbeispiel: Wir können Belastungen reduzieren durch das Planen ins Infusionszimmer, AL,TN2.	
2.4. Informationsvermittlung*	Definition: Umfasst die Beschaffung, Bereitstellung und geeignete Vermittlung jeglicher Form von Information Ankerbeispiel: Am Rapport bei Schichtbeginn des Spätdiensts, Info-Ordner, Info-Anschläge mit aktuellen News im Stationszimmer, AL,TN1.	*induktive Erweiterung
2.5. Einbindung in Veränderungsprozesse*	Definition: Jegliche Art von Teilhabe an der Initiierung, Durchführung oder Evaluation von Gestaltungs-Prozessen in der Unternehmung. Ankerbeispiel: Regelmässiger Einbezug von Mitarbeitenden 50+ in Projektgruppen zu Gestaltungsprozessen im Departement Medizin.	*induktive Erweiterung

¹ F1 = Zitate aus den Fokusgruppen (F1 und F2) mit insgesamt 12 Teilnehmerinnen (TN 1-12) / AL = Zitate aus dem Experteninterview mit den beiden Abteilungsleiterinnen (TN 1 + 2) / EI = Zitate aus dem externen Experteninterview.

Kategorien	Definition / Ankerbeispiel	Besonderes
3. Arbeitszeit		
3.1. Arbeitszeitmodelle	Definition: Modelle zur Regelung von Arbeitszeit. Ankerbeispiel: Ein 50%-Pensum mit halben Tagen füllen, mehr Tage, aber weniger Stunden, F2,TN12; keine Nachtwache mehr, F2,TN9.	

Kategorien	Definition / Ankerbeispiel	Besonderes
4. Personalentwicklung		
4.1. Weiterbildung	Definition: Massnahmen / Bildungsangebote zur persönlichen und/oder fachlichen Schulung. Ankerbeispiel: Austausch auf eine andere Abteilung, F1,TN4; zu Pflegemodellen, F2,TN9.	
4.2. Generationen bezogenes Führungsverhalten	Definition: Führungsverhalten, das dem Umstand Rechnung trägt, dass die Leitung eines alters-heterogenen Teams eine Adaption des Führungsstils für die jeweiligen Altersgruppen erfordert Ankerbeispiel: Dass es für Führungskräfte oft nicht so richtig klar ist, dass Unterschiede im Alter grösser werden und man muss stärker individuell führen als in früheren Altersgruppen, E1,Z97-99.	

Kategorien	Definition / Ankerbeispiel	Besonderes
5. Betriebliches Gesundheitsmanagement³		
5.1. Life-Domain-Balance	Definition: Massnahmen zur Schaffung/Erhaltung der Balance zwischen den Möglichkeiten und Anforderungen der Erwerbsarbeit und den Möglichkeiten und Anforderungen anderer Lebenstätigkeiten/Lebensbereiche (Ulich & Wülser, 2015, S. 354). Ankerbeispiel: Ein Angebote für Gesundheits-Checks, F1,TN5.	
5.2. Diversity-Management ⁴	Definition: Betriebliche Massnahmen zur Sicherstellung einer Gleichbehandlung von Mitarbeitenden aller Alterskategorien mit dem Ziel der Förderung einer konstruktiven Interaktion und Zusammenarbeit zwischen den Altersgruppen. Ankerbeispiel: dass das gepflegt wird die Teamkultur ... bei uns ist es wahnsinnig schön zum Schaffen ... wie man aufeinander schaut ... dass dies eine Bereicherung ist für alle. dass man aber auch dran arbeitet. F1.TN3.	

³ Betriebliche Massnahmen zur Stärkung der physischen und psychischen Belastbarkeit und Widerstandskraft (Resilienz) der Arbeitnehmenden im Arbeitskontext.

⁴ Der Begriff Diversity-Management wird (entgegen des allgemeinen Verständnisses) in diesem Kontext sehr eng gefasst und beschränkt sich lediglich auf Massnahmen für die Zielgruppe Pflegenden 50+.

Kategorien	Definition / Ankerbeispiel	Besonderes
6. Arbeitsfähigkeit		
6.1. Leistungsfähigkeit	Definition: Faktoren, welche jemanden in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen. Diese umfassen u.a. die Ressourcen Gesundheit, Qualifizierung und Motivation (Ilmarinen & Tempel, 2002). Ankerbeispiel: Ich habe wieder mit Joggen angefangen ... das gibt mir viel Energie, F1,TN9.	
6.2. Spezifische Ressourcen	Definition: Ressourcen von Mitarbeitenden 50+ im Arbeitskontext ⁵ Ankerbeispiel: Gelassenheit, Humor, Lernbereitschaft, schnelle Übersicht, sich abgrenzen können, zeitliche Flexibilität, Netzwerk im Betrieb, F1+2.	
6.3. Spezifische Belastungen	Definition: Belastungen am Arbeitsplatz, denen Mitarbeitenden 50+ ausgesetzt sind ⁶ Ankerbeispiel: Erleben einer starken Veränderung der ursprünglich erlernten Berufs, Stimmungsschwankungen durch hormonelle Umstellung der Wechseljahre, F1+2.	

⁵ Unter persönlichen (internen) Ressourcen werden gewohnheitsmässige, situations- überdauernde gesundheitserhaltende kognitive Überzeugungssysteme und Handlungsmuster einer Person verstanden (Udris et. al. 1992, zitiert in Ulich & Wülser, 2015, S 47-50). Ressourcen spielen im Umgang mit belastenden Situationen, zur Verhinderung von Fehlbeanspruchungen und Krankheiten sowie für die Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle. Ressourcen können eine direkte positive Wirkung auf das Wohlbefinden und die Gesundheit haben. Sie können aber auch puffernd wirken und der Bewältigung bestehender Belastungen dienen und schädliche Wirkungen abschwächen (Ulich & Wülser, 2015, S. 41).

⁶ Psychische Belastung wird als die „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von aussen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken.“ Psychische Belastungen sind objektive Faktoren (z.B. Lärm, Zeitdruck oder Störungen des Arbeitsablaufs), die aus dem Umfeld auf den Menschen einwirken und Auswirkungen auf ihn haben. Die Auswirkungen von Belastungen auf den Menschen werden als *Beanspruchungen* bezeichnet (Ulich & Wülser, 2015, S. 61).

Kategorien	Definition / Ankerbeispiel	Besonderes
7. Intergenerativer Wissenstransfer		
7.1. Inter-generativer Wissens-transfer	<p>Definition: Austausch von Erfahrungswissen, Fachwissen zwischen jüngeren und älteren Mitarbeitenden</p> <p>Ankerbeispiel: ... die Computer-Affinität der jüngeren Generation nützt und sagt, jetzt sind mal die Jüngeren die Mentoren, EI,Z81-82. Tipps kommen nicht so direkt, eher so „durch die Blume“ beim Darüber-Reden, AL,TN1.</p>	

Kategorien	Definition / Ankerbeispiel	Besonderes
8. Retentionsmanagement / Personalbindung		
Retentions-management / Personal-bindung	<p>Definition: Betriebliche Massnahmen zur Erhaltung der Mitarbeitenden 50+ im Betrieb, zur Verhinderung von Frühpensionierung und Abwanderung in andere Betriebe oder Branchen.</p> <p>Ankerbeispiel: Betreuungsangebote im Bereich Elder-Care zur Unterstützung bei der Betreuung pflegebedürftiger Elternteile.</p>	

Anhang D: Leitfaden Fokusgruppen 1+2

Workshop (Fokusgruppe) 2

Bedürfniserfassung von Pflegenden 50+ des Departements Medizin bezüglich Arbeitsgestaltung, Personalentwicklung und Massnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)

Ziel: Erfassung der Bedürfnisse der Pflegefachpersonen 50+ des Departements Medizin bezüglich Arbeitsgestaltung, Personalentwicklung und BGM und Ableitung von Massnahmen-Vorschlägen

Thema / Ziel	Methode	Wer	Zeit
Phase 1: Begrüssung / Vorstellung und Einführung ins Thema			
Gute Gesprächsatmosphäre schaffen, die Teilnehmer orientieren sich, Ablauf und Ziele sind klar	Thema vorstellen und Ziel erklären, Rahmen des Projekts darlegen, Auswertung der Fokusgruppe, Anonymität der Resultate zusichern, Aufwandsentschädigung, Tonbandaufzeichnung, Gesprächsregeln („Gesagtes bleibt im Raum“)	PP Monika	10' 09.10
Phase 2: Einführende Frage – Einstimmung/Ice-Breaker			
Einstiegsfrage: Welche Herausforderungen für MA 50+ im Arbeitsalltag sehen Sie? Alle Teilnehmer äussern sich zum Thema	Antworten der einzelnen zusammenfassend auf Flipchart notieren	Monika	20' 09.30
Phase 3: Übergangsfrage – Heranführung ans Thema (Herausforderungen und Ressourcen)			
Welche spezifischen Ressourcen von MA 50+ sehen Sie? Anregen zur Reflexion der eigenen Ressourcen, erfassen der Ressourcen	Stimulus Radiosendung (2.5 min: 5.30-7.57) zum Thema Ressourcen anschliessend notieren auf Kärtchen und dann in der Gruppe nach Themenfeldern ordnen.	Monika	15' 09.45
Anregen zur Reflexion der eigenen Ressourcen, erfassen der Ressourcen	notieren auf Kärtchen und dann in der Gruppe nach Themenfeldern ordnen.		
Was können Sie selber zur Erhaltung Ihrer Leistungsfähigkeit beitragen?	- Auf Flipchart notieren	Monika	15' 10.00
Phase 4: Hauptfragenteil – Bedürfnissen für Gestaltungsmassnahmen			
Welche Bedürfnisse haben Sie als MA 50+ im Hinblick auf einen Verbleib im Beruf bis Pensionierung?	Gruppendiskussion Aufnahmegerät - auf Flipchart notieren	Monika	15' 10.15
Pause	Variabel		15' 10.30
Phase 5: Abschliessender Teil – Vorschläge für Massnahmen erarbeiten			
Ableiten und Erarbeiten von Vorschlägen für Massnahmen zur Arbeitsgestaltung, Planung und im Bereich des BGM für MA 50+ des Dep. Med.	- Stimulus anhand des aktuellen Wissensstands der Forschung-> mittels reduziertem Kategoriensystem	PP Monika	30' 11.00
Diskutieren der Massnahmen zur Arbeitsgestaltung, Planung der Fokusgruppe I	- Präsentation der Top-5-Massnahmen aus der Fokusgruppe I		30' 11.30
-> Bestimmen der Top-5-Massnahmen	Mittels Punktekleber -> Alle TN erhalten 5 Klebepunkte, die sie verteilen können	Monika	5'
Abschluss / Dank			

Mögliche Handlungsfelder

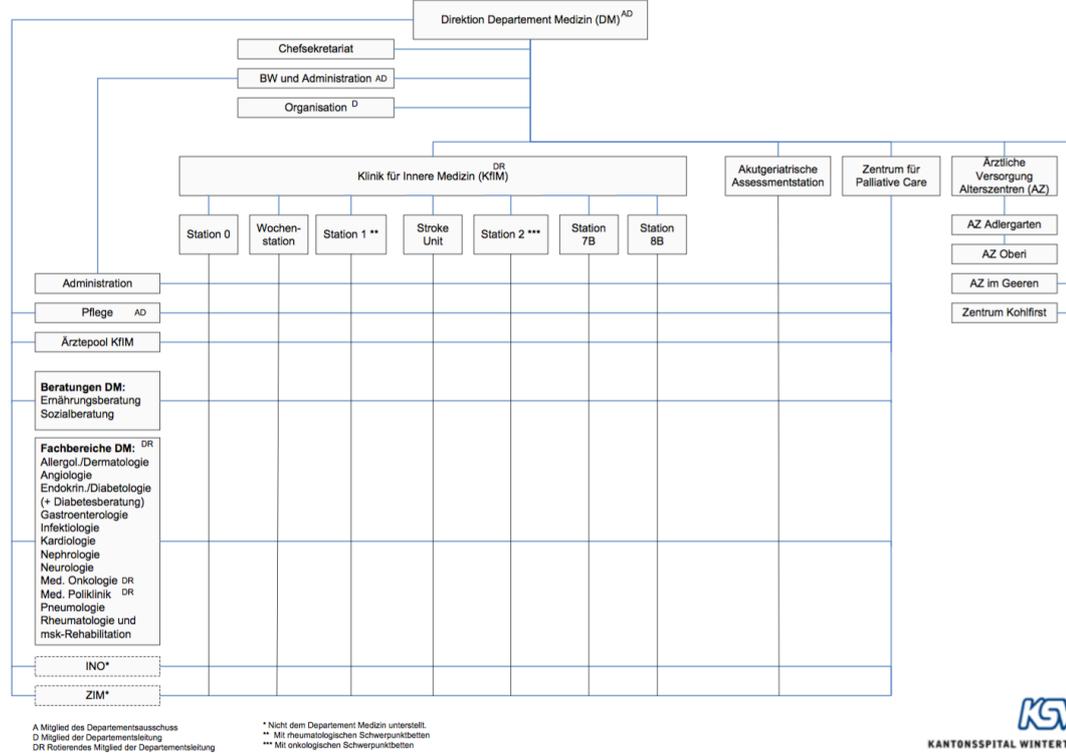
- Arbeitsumgebung
- Ergonomie / Technik / Geräte
- Arbeitsinhalt
- Arbeitszeitmodelle
- Führung
- Weiterbildung
- Generationenthemen (Mentoring)
- Life-Domain-Balance (Work-Life-Balance)
- Personalbindung

Top-5-Massnahmen - Fokusgruppe 1

- Individuelle Arbeitszeitmodelle
- Raum schaffen, um zu Informationen zu kommen
- Genug grosse Bildschirme
- Lärmreduzierte Arbeitsplätze
- Teambildung „on the job“ fördern
- Dokumentation: Prioritäten sind vom KSW geklärt

Anhang E: Organigramm Departement Medizin, KSW

Organigramm Departement Medizin



Anhang F: Interviewleitfaden Experteninterview intern



Interviewleitfaden – Validierendes Experten-Interview Abteilungsleitungen

Ziel: Präsentation der Resultate der beiden *Workshops Pflegende 50+* und Erfassen von Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Massnahmen auf den Abteilungen.

Kategorie	Nennung Workshop	Frage
1. Einleitung		
	- Ausgangslage und Ziel des Interviews erklären - Aufzeichnung (Einwilligung einholen) / Verwendung der Daten darlegen - allfällige Fragen klären	
2. Arbeitsgestaltung		
2.1. Arbeitsplatz / Arbeitsumgebung	→ lärmreduzierte Arbeitsplätze → lärmreduzierte Räume zum Einlesen / Medikamente richten	- wie könnte der Wunsch nach lärmreduzierten Arbeitsplätzen auf eurer Station umgesetzt werden?
2.2. Arbeitsinhalt	Neue Arbeitsmodelle: → Arbeiten auf Delegation / im Tandem	- wie steht ihr zum Vorschlag? - habt ihr zusätzliche Vorschläge zu Anpassungen bez. Arbeitsinhalt?
2.3. Informationsvermittlung	Informationsmanagement optimieren: → mehr Zeit für 50+ für Info.-Beschaffung	- Wie wird Info. bei euch hauptsächlich vermittelt (Teamsitzung; Infoordner; Mail/etc.)? - Wo seht ihr Veränderungsmöglichkeiten?
	→ mehr Zeit für Doku im Phoenix für MA 50+ → Legimitation mehr Zeit zu benötigen für die Info.-Beschaffung	Wie könntet ihr den MA 50+ in diesem Bereich entgegenzukommen? Welche Lösungen könntet ihr auf eurer Station hierzu anbieten?

3. Arbeitszeit		
3.1. Arbeitszeitmodelle	Individuelle / flexiblere Arbeitszeitmodelle	- wo seht ihr die Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Vorschläge?
	→ MA50+ als Springer (Abteilung oder KSW)	
	→ Individuelle Bereitschaft zu kurzfristigen Einsätzen klären (z.B. 1 Woche auf Abruf)	
	→ Flexdienste (in Bereitschaft)	
	→ Flexibilität gegen Verantwortung (DEAL)	
	→ Tauschbörse mit Diensten: ich biete, wer hat?	
	→ Jobsharing (2 Dipl. übernehmen 100% Job, individuelle Verteilung der Dienste)	
	→ Jobsharing (je ½ Tag / ¼ Tag)	
	→ neue Schichten, welche die Arbeitsspitzen abdecken	
	→ Schichten, die weniger als 8 ½ h dauern	
	→ ½-Tagesschichten (morgens oder abends)	
	→ nur NW	
	→ nicht mehr zwingend Nachtwache oder Spätdienst	
	→ Nachmittagspause	
	→ Einheitliches Handhaben der Arbeitszeitmodelle im Departement Medizin	
4. Personalentwicklung		
4.1. Generationenbezogenes Führungsverhalten	→ Keine MAB, sondern Feedbackgespräch oder Bedürfnisgespräch führen	- wo seht ihr die Möglichkeiten und Schwierigkeiten?
	Transparenz über die Bedürfnisse / Wünsche der verschiedenen Altersgruppen.	- denkt ihr, dass neue Planungsmassnahmen für MA 50+ auch Forderungen von jüngeren MA nachziehen werden?
5. Arbeitsfähigkeit		
5.1. Ressourcen	Z.B. soziales Umfeld / zeitliche Flexibilität / Pflegeerfahrung mit eigenen Angehörigen / Netzwerk im Betrieb / Kennen der Teamkultur	- Welche Ressourcen von MA 50+ seht ihr? - Wie werden diese in eurem Team genutzt?
5.2. Belastungen	Z. B. Unsicherheit im Umgang mit dem Computer / grosse Veränderung des ursprünglich erlernten Berufs / Mehr Erholungszeit benötigen	- Welche Belastungen von MA 50+ seht ihr? - (Wie) werden diese im Team thematisiert?
6. Intergenerativer Wissenstransfer		
6.2. Intergenerativer Wissenstransfer	Vorteile altersdurchmischter Teams (anregend, ermöglichen neue Sichtweisen)	- wie erlebt ihr den Wissens- / Erfahrungstransfer in euren Teams? - wie könnte der Wissens-Transfer in euren Teams grundsätzlich gefördert werden?

Anhang G: Leitfaden Experteninterview extern

Interviewleitfaden –Experteninterview extern - Frau Prof. Dr. Martina Zölich

Ziel: Reflexion von Massnahmen zum Demographiemangement und zur Arbeitsgestaltung für Pflegende 50+ im Akutspital und deren Implementierung im Betrieb

Moderation: Monika Wyss

Zeitpunkt und Dauer: Dienstag, 19.4.2016 / 8.30 – 9.30

A. Einleitung (2')		
- Begrüssung - Ausgangslage und Ziel des Interviews - Aufzeichnung (Einwilligung einholen) / Verwendung der Daten darlegen - allfällige Fragen klären		
B. Thema / Ziel	Hauptfrage	Vertiefungsfrage / Quelle
1. Einstieg (5')		
Wie schätzen Sie die Situation in den Deutschschweizer Spitälern bezüglich Demographie-Management ein?		Bewusstsein / Wissen zum Thema / Verbreitung von <u>Massnahmen</u> / Umsetzungsgrad Dem Umgang von Unternehmen in D mit dem demographischen Wandel wird ein schlechtes Zeugnis ausgestellt (Sporket 2009, in Schönwald et. al. 2014, S. 27) ¹ .
2. Arbeitsgestaltung (10')		
Arbeitsumgebung	In welchen Bereichen der Arbeitsgestaltung lassen sich am schnellsten konkrete Massnahmen umsetzen?	→ lärmreduzierte Arbeitsplätze (RF) ¹
Ergonomie		→ PCs mit grossen Bildschirmen / Arbeitsblätter in gut lesbarer Schrift (RF) ¹
Geräte		
Arbeitsinhalt	Welche Modelle bezüglich Arbeitsgestaltung haben sich für Spitäler bewährt?	Job-Rotation (Infusionszimmer, Wochenstation)(RF) ¹
3. Arbeitszeitgestaltung (10')		
Individuelle / flexiblere Arbeitszeitmodelle	In unseren Fokusgruppen zeigte sich der Wunsch nach flexiblen Arbeitszeiten als ein Hauptanliegen. Welche Arbeitszeitmodelle haben sich bei Schichtarbeit bewährt?	Erfahrungen anderer Spitäler?
	Wo sehen Sie die Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei der Einführung von Altersteilzeitarbeit?	Gefahr der Ausgliederung durch Altersteilzeit anstelle der Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit (Rump und Eilers 2006, in Schönwald et. al. 2014, S. 27) ¹
4. Personalentwicklung (20')		
Personalentwicklung:	Wie kann die Motivation / Bereitschaft für lebenslanges Lernen etabliert / erhöht werden?	Personalentwicklung als Ressource zur Motivation für die Übernahme höherer Pensen und längerer Verweildauer im Beruf (Amstutz, 2013) ¹
- Teilnahme		Konstante Weiterbildung zur Verhinderung von „Lernentwöhnung“ (Schönwald et. al. 2014, S. 37) ¹
- Inhaltliche Schwerpunkte	Welche Themenschwerpunkte erachten Sie für die Weiterbildung von Pflegenden 50+ als wichtig?	Computerskills (RF) ¹ Verändertes Arbeitsumfeld / Rollenbild (RF) ¹
Generationenbezogenes Führungsverhalten	Was sind die Hauptthemen des generationenbezogenen Führungsverhaltens?	Schulungen zur Sensibilisierung der Führungskräfte: im Umgang mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Altersgruppen und Lebensphasen (Amstutz, 2013) ¹
Vorhanden-Sein von Altersstereotypen	Wie schätzen Sie das Wissen um die Leistungsfähigkeit von MA50+ bei den Führungskräften im Gesundheitswesen ein?	Bedeutung eines Bewusstseins- und Einstellungswandels vor allem der Führungskräfte gegenüber älteren Beschäftigten, da dieser die Voraussetzung für die Bildung einer altersgerechten und demographiesensiblen Personalpolitik bildet (Sporket 2009, in Schönwald et. al. 2014, S. 38) ¹
	Wie beurteilen Sie das Vorhanden-Sein von Altersstereotypen bei Führungskräften im Gesundheitswesen?	
	Wie schätzen Sie die Aussage von Schönwald et. al. (2014, S. 166) ¹ ein, zur Bedeutung von Selbst- und Alterswahrnehmung für die Arbeitsfähigkeit?	Arbeitsfähigkeit hängt demzufolge wesentlich von Selbst- und Alterswahrnehmung ab?
5. Implementierung von Massnahmen zur Arbeitsgestaltung im Betrieb (10')		
Nachhaltige Implementierung	Was sind gemäss Ihren Erfahrungen die Voraussetzungen für eine nachhaltige Implementierung von Massnahmen der altersgerechten Arbeitsgestaltung in den Betrieben?	Kommunikation Partizipation Schlüsselpersonen im Betrieb „Best-practice“ für Spitäler

Quellen:

- Amstutz, N., Konrad, J., Minnig, Ch., Spaar, R. (2013). Lebensphasenspezifische Laufbahnenentwicklung und Verbundenheit im Pflegeberuf - Synthesebericht zur quantitativen und qualitativen Erhebung im Rahmen des Projekts CaRe – Laufbahnenentwicklung und Retention Management in der Pflege im Kooperationsverbund von Spitalern, Alters- und Pflegeheimen und Spitex. Olten: Institut für Personalmanagement und Organisation (PMO), Hochschule für Wirtschaft, Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Kistler, E. (2007). Die demographische Herausforderung – Mythen und Fakten. http://www.cssa-wiesbaden.de/fileadmin/Dokumente/Kistler_Mythos_Methusa-lem%C3%BCge_2007.pdf. Zugriffen: 01.04.2016.
- Rump, J., & Eilers, S. (2006). Employability im Zuge des demografischen Wandels. In J. Rump, T. Sattelberger, & H. Fischer (Hrsg.), Employability Management. Grundlagen, Konzepte, Perspektiven (S. 130–148). Wiesbaden: Gabler.
- Schönwald, A., Kühne, O., Jenal, C., Currin, A. (2014). Demographischer Wandel in Unternehmen. Altersgerechte Arbeitsbedingungen aus Arbeitnehmersicht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sporket, M. (2009). Organisationen im demographischen Wandel. Wiesbaden: VS.
- RF: Resultate der Fokusgruppen zur Erfassung der Bedürfnisse der Pflegefachpersonen 50+ des Departements Medizin bezüglich Arbeitsgestaltung, Personalentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement am Kantonsspital Winterthur im Rahmen der Thesen.

Anhang H: Ressourcen Pflegende 50+

Ressourcen Pflegende 50+				
Interne Ressourcen				Externe Ressourcen
Persönlich	Fachlich	Sozial / Interdisziplinär	Planung / Organisation	Soziales Umfeld (Familie / Freunde)
Gelassenheit ¹	Erfahrung / Know-how / Expertise	Loyalität	Gern auf der Nachtschicht arbeiten	
Humor	Erhöhte Beobachtungsgabe durch Erfahrung	Flexibilität	Führungserfahrung	
Neugierde	Erfahrungsvielfalt (Berufserfahrung)	Empathie / Authentizität	Zeitliche Flexibilität	
Lernbereitschaft	Situationseinschätzung / Akutsituationen erkennen	Erziehungserfahrung mit eigenen Kindern		
Motiviert, immer neu zu starten	Schnelle Übersicht	Deeskalieren		
Ausdauer	Prioritäten setzen	Kommunikation/Beziehungsgestaltung Gesprächsführung		
Arbeitszufriedenheit	Delegieren können	Kennen anderer Berufsfelder / Ausbildungen		
Ressourcen dank Teilzeitarbeit	Eigene Standpunkte vertreten	Fallbesprechungen mit Arzt/Ärztin führen		
Gesund – kaum krank	Kenntnis der Krankheitsbilder	Netzwerk im Betrieb		
Verantwortungsbewusstsein	Zuverlässigkeit	Kenntnis der Team- / Betriebskultur		
Glaubwürdigkeit	Pflegeerfahrung von Angehörigen			
Improvisationsfähigkeit	Näherer Patientenkontakt, da selber älter			
Mut, sich einzubringen	Stresssituationen durch Humor abbauen			
Eigene Krankheitserfahrungen	Sich Abgrenzen können			
Breiter Blickwinkel				

¹ Mehrfachnennungen sind **fett** gedruckt dargestellt.

Anhang I: Belastungen Pflegende 50+

Belastungen Pflegende 50+				
Körperlich	Psychisch	Kognitiv	Sozial / Führungsstil	Andere
Mehr Erholungszeit benötigen¹	Stimmungsschwankungen durch die hormonelle Umstellung der Wechseljahre	Mehr Zeit benötigen als jüngere MA, um Arbeiten am Computer zu erledigen	Unverständnis von jüngeren MA und Leitung, dass man mehr Zeit benötigt	Erleben einer starken Veränderung des ursprünglich erlernten Berufs (mehr am Computer, weniger beim Pat.)
Abnahme der Sehleistung	Verunsicherung / Angst, nicht mehr zu genügen	PC-Anwendungswissen geht ohne <u>regelmässige Übung</u> schnell vergessen	Zu viele Neuerungen – zu wenig evaluiert	Spannung, dass man Aufgaben der „Kernkompetenz“ delegieren muss und selber „nur“ noch dokumentiert
Schlafstörungen durch die hormonelle Umstellung der Wechseljahre	Fehlende Selbstsicherheit	Erleben von Unsicherheit im Umgang mit dem Computer	MAB nach Fähigkeiten am PC, nicht nach Patientenpflege	Das neue Ausbildungssystem als schwer verständlich erleben
Abnahme der Gesamtenergie		Schwierigkeit, bei der Informationsfülle zu erkennen, was wichtig ist		
		Schwierigkeit, bei der Informationsfülle à jour zu bleiben		

¹ Mehrfachnennungen sind **fett** gedruckt dargestellt.

Anhang J: Zusammenfassende Auswertung der Fokusgruppe 1 + 2

Gesamtauswertung der Resultate der Fokusgruppen I+II
(n = 12: Fokusgruppe I = TN 1 – 8, Fokusgruppe II = TN 9 – 12)

Kategorien ¹	Nennung	Zitat
1. Demographische Analyse		
1.1. Altersstrukturanalyse		
2. Arbeitsgestaltung		
2.1. Arbeitsplatz / Arbeitsumgebung	- lärmreduzierte Arbeitsplätze (Ü50-Zimmer)²	Die Jungen schaffen das, noch Musik zu hören, ich brauche Ruhe zum Schreiben (TN1) Wollen wir ein Ü50-Zimmer machen? (TN 3)
	- lärmreduzierte Räume zum Einlesen / Medikamente richten	Es ist einfach zu viel, das im Stationszimmer gemacht werden muss, ich würde einen extra Raum schätzen zum Medi richten und Einlesen (TN9) Dieser Raum könnte auch für Gespräche (Psychologin, ERB, Soz-Beratung) genutzt werden (TN9). Man hat einfach keine Ruhe, um konzentriert zu arbeiten im Büro (TN9) Die Chirurgie hat so ein verstecktes Rümli, das von aussen nicht sichtbar ist (TN9).
	- Ruheräume (für Mittagspause)	Ruheräume fänd ich super, wenn's das gäbe ... ich würd' lieber noch ¼-h Mittagspause e chl Rueh ha, die Kantine ist mir zu laut ... mit Handy-Verbot (TN5). Z.B. vor dem SD, wenn man zu früh dran ist ... die Kantine ist so voll, man hat keine Ruhe dort (TN11) ... auch mal die Füsse hochlagern (TN11).
2.2. Ergonomie / Technik / Geräte	- mehr Computerarbeitsplätze mit grossen Bildschirmen	Grössere Laptops (TN3). Ich fange um 7 Uhr an, dann sind schon alle grossen Bildschirme besetzt, ich sitze dann am Laptop ...das Einlesen ist dann nicht so effizient, das stresst mich schon ein wenig (TN12). Die Laptops sind für mich auch ein Stress, drum komm ich immer früh am Morgen, dass ich einen grossen Bildschirm erwische (TN11).
	- Diabetes-Dokumentationsblätter mit grösserer Schrift gestalten	Die „Zuckerblätter“ sind auch so klein (TN9).
2.3. Arbeitsinhalt	- Neue Arbeitsmodelle: Arbeiten auf Delegation / im Tandem	Rein auf Delegation zu schaffen, das würde mich erleichtern ... ich wäre voll für dich verfügbar und du könntest mir alles delegieren (TN7). Immer möchte ich das nicht, aber manchmal ist das ganz schön (TN2). Vielleicht will ich mit 60 dann einfach schaffen und nicht mehr alle Verantwortung übernehmen (TN12).
	Fixe offene Feedbackrunde (z.B. für Neuerungen, Organisation, Psychohygiene)	Eine Feedbackrunde, wenn es wieder neues zum Lernen gibt, dass auch mal nachgefragt wird, kommst du damit zurecht (TN8)
2.4. Informationsvermittlung	- Raum schaffen, um an die Informationen zu kommen / lesen	Raum schaffen, dass man solche Sachen in Ruhe anschauen kann ... dass es in den Arbeitsalltag integriert ist (TN8)
	- Legitimation mehr Zeit zu benötigen für die Informationsbeschaffung	Und sich die Zeit nehmen kann, die man dann eben auch braucht (TN8) ... dass es legitim ist, wenn man diese Zeit braucht (TN5)
	- Informationsmanagement optimieren: mehr Zeit für 50+ für Info-Beschaffung	Das hat mit dem Alter zu tun, die Jungen gehen doch, zack, schnell ins Internet, ich glaub, da sind wir etwas schwerfälliger (TN4)

¹ In Anlehnung an die Handlungsfelder des Generation-Resource-Management-Modells nach Rimser, 2014

2.5. Einbindung in Veränderungsprozesse	- mehr Zeit für Doku im Phoenix für MA 50+	Besser geht es, wenn ich es selber 2-3 Mal machen kann (TN1) Man braucht halt länger beim Dokumentieren im Phoenix (TN9). Das ist dann schon sehr viel Information, wenn man aus dem Frei auf den SD kommt und sich für 10 Pat. einlesen muss oder nach dem WE bis 8.30 für die Visite à jour sein muss (TN10).
	- Bei hoher Arbeitsbelastung: Dokumentation Phoenix: Prioritäten sind von Leitung geklärt (weniger ist mehr, monatliche Schwerpunkte)	Regeln, was ist uns jetzt wichtig ist ... ein halbes Jahr setzen wir Priorität auf PD ... ein halbes Jahr auf das ... Priorität setzen müsste von oben kommen (TN1)
	- Fixe offene Feedbackrunde (z.B. für Neuerungen, Organisation, Psychohygiene)	Eine Feedbackrunde, wenn es wieder neues zum Lernen gibt, dass auch mal nachgefragt wird, kommst du damit zurecht (TN8)
	- Teamsitzungen regelmässig fix und so, dass alle MA kommen können	MA müssen aus dem Frei kommen, aber der Betrieb macht nichts, dass die, welche schon da sind auch dabei sein können (TN2)
2.5. Einbindung in Veränderungsprozesse	- Wunsch nach Gleichbehandlung der Departemente	Die Chirurgie hat viel mehr Ressourcen, da werden auch viel mehr Sitzwachen eingeplant, das ist schon Unterschiede zwischen den Departementen ... dass es auch transparenter ist (TN10).
3. Arbeitszeit		
3.1. Arbeitszeitmodelle	- Individuelle / flexiblere Arbeitszeitmodelle	Grundsätzlich individuelle Arbeitszeitmodelle, wer macht gerne SD, Nacht, dass man es entsprechend plant (TN5) ... weniger fixe Regeln (TN). In allen Bereichen die Flexibilität erhöhen, grundsätzlich flexibler sein (TN12).
	- MA50+ als Springer (Abteilung oder KSW)	Ein Springer-Modell „der dorthin „springt“, wo strenge SD oder Nächte sind... ein Reservedienst, der innerhalb einer Stunde auf der Abteilung ist... als KSW-Joker (TN7). Jemand, der das gerne macht und nicht immer die ganze Verantwortung übernehmen müsste ... wie ein Springer (TN10)
	- Individuelle Bereitschaft zu kurzfristigen Einsätzen klären (z.B. 1 Woche auf Abruf)	Bereitschaft abklären für Leute, die das machen würden (TN8)
	- Flexdienste (in Bereitschaft)	Ein Flexdienst, wo du im voraus weisst, dass sie dich anrufen können (TN1) ... wenn das definiert ist, in dieser Woche bin ich frei verfügbar ... als Planung in einem weiterem Rahmen (TN7)
	- Flexibilität gegen Verantwortung (DEAL)	Meine Idee ist, nicht mehr so die Verantwortung für ganze Schichten zu haben ... ich würde dafür Flexibilität anbieten (TN7)
	- Tauschbörse mit Diensten: ich biete, wer hat?	Dass man die Ressourcen im Team anschaut (TN3) Dass man alle halbe Jahr das mal abklärt (TN1) So als Tauschbörse: ich biete das an ... (TN5)
	- Jobsharing (2 Dipl. übernehmen 100% Job, individuelle Verteilung der Dienste)	Wenn man jetzt so ein Tandem hätte, die eine macht nur FD, die andere nur SD, dass man zu zweit ein ganzes abdecken würde (TN4). Sich mit jemandem ein volles Pensum teilen (TN12).
	- Jobsharing (je ½ Tag / ½ Tag)	
	- neue Schichten, welche die Arbeitsspitzen abdecken	Neue Schichten entwickeln ... z.B. von 11 – 20 h oder so etwas (TN12).
	- Schichten, die weniger als 8 ½ h dauern	Auch mal eine Schicht die nur 6 h ist (TN12).
	- ½-Tagesschichten (morgens oder abends)	Ein 50%-Pensum mit halben Tagen füllen ... mehr Tage, aber weniger Stunden (TN12)
	- nur NW	Ich hätte Mühe, wenn man mich zwingen würde, wieder in den Tagdienst zu gehen ... ich bin wirklich glücklich mit dieser Situation (TN10).
	- nicht mehr zwingend Nachtwache oder Spätdienst	Ich möchte keine NW mehr machen (TN9).

	Fixe Arbeitstage eingeben können	Ich möchte gerne meiner Tochter zusichern können, dass ich immer an diesem Tag die Enkel hüten kann (TN1). Am Nachmittag sitzend ¼-h ... und mit einem Kafi (TN5)
	- Nachmittagspause	
	- 6. Ferienwoche fix	Um es attraktiv zu machen würde eine 6. Ferienwoche helfen ... Freizeit ist „grad so viel wert wie das Geld“ (TN12).
	- Einheitliches Handhaben der Arbeitszeitmodelle im Departement Medizin	Vieles kannst du nicht nachvollziehen, wieso ist das so? ... wie ein Dogma, dass alle im 3-Schichtsystem arbeiten müssen (TN12). Steht das irgendwo ... man nimmt halt an, dass er korrekt ist (TN11).
4. Personalentwicklung		
4.1. Weiterbildung	- Spezifische WB mit Themen für MA 50+	Mal so ein Feedback-Tag, wo man zu zweit unterwegs ist ... mal so ein Feedback, wie du agierst (TN1) Es gibt doch vom Kanton eine WB für 50+ ... es wäre schön, wenn man vom Arbeitgeber auf so etwas aufmerksam gemacht würde (TN4)
	- Geplanter Austausch auf den anderen Abteilungen	Mal ein Austausch auf eine andere Abteilung ... dann merkst du selber, bei uns läuft's gut oder was machen die anderen anders, das sind einfach wieder so Inputs ... das gibt einem selber wieder sehr viel Zufriedenheit (TN4) Das würde natürlich auch das Verständnis für einander fördern (TN1)
	- Austausch unter MA 50+ ermöglichen / Plattform für Austausch MA 50+	Dass man über so Themen, die MA 50+ betreffen sich austauschen kann (TN4). Eine Plattform/ein Gefäss zum Austauschen ... Tipps austauschen, Erfahrungen ... so wie jetzt eben in der Pause (TN12).
	- Zugang zu WB auch für MA, die TZ arbeiten	Dass auch wir TZ an WB können und nicht nur die VZ (TN3).
	- aktuelles Wissen (Fach / Forschung) vermittelt bekommen	Über Pflegemodelle, damit man weiss, was die Lernenden lernen (TN9). Inhalte, die wir damals in unseren Ausbildungen noch nicht hatten (TN11).
	- „Wissens-Ressourcen“ des Personal besser nutzen (z.B. Wissenspool mit Angeboten für WB von MA)	Die Wissens-Ressourcen vom Personal werden viel zu wenig genutzt ... wie eine Art Punktesystem, wenn ich soviel vorführe, habe ich wieder etwas zu gute ... um das Wissen im Betrieb besser zu nutzen (TN11).
	- WB nicht zusätzlich in die Freizeit planen	Ich möchte nicht zusätzlich aus dem Frei kommen (TN9).
	- Teilnahme an interner WB ermöglichen	Entweder anschliessend an den Dienst oder wenn WB sind mehr Leute einplanen (TN9).
	- verbindliche Standards für WB für MA 50+ (Gleichbehandlung)	Ich weiss nicht so recht, was ich da zugute hätte (TN11). Dass alle gleich behandelt werden ... Pflege und Büroleute ... gleiche Rechte für das gesamte Personal (TN11).
	- Erschliessung von alternativen Finanzierungsmethoden für Weiterbildungen (z.B. Fonds)	Es gäbe so viele verschiedene Fonds ... gibt's nichts für Pflegefachfrauen? Vielleicht weiss man es einfach nicht (TN11).
4.2. Generationenbezogenes Führungsverhalten	- Kein MAB, sondern Feedbackgespräch oder Bedürfnisgespräch führen	Die MAB sind wichtig, die müssen sein ... dass man da dann auch auf die Bedürfnisse z.B. für WB Bezug nimmt (TN5)
	- Regelmässig Feedback erhalten	Dass ich mir das Feedback nicht immer holen muss, dass es auch mal so kommt, als Wertschätzung (TN5)
	- MAB nicht nach den Fähigkeiten am PC, sondern nach der Patientenpflege	Qualifiziert wirst du nach dem PC und nicht nach dem Wohlbefinden der Patienten (TN4)
	- Transparenz, wie Entscheide für/gegen WB zustande kommen	Ich wollte das ... machen, da hat's auch geheissen: nein! ... da bin ich schon
	- auch in MA 50+ Führungszeit investieren / Pflege der älteren MA, nicht nur der jüngeren	nicht ganz draus gekommen warum (TN11). Ich weiss nicht genau, woher der Entscheid gekommen ist (TN11). Die Haltung es lohnt sich nicht ... es ist ja eh bald fertig (TN11). Dass es automatisch läuft, dass man nicht kämpfen muss dafür (TN12). Wir bringen ja auch viel, da ist es nicht wertschätzend, wenn man noch für eine WB kämpfen muss (TN12).
	- Angebot für WB auch für MA 50+. Alter nicht als Killerkriterium	Es ist mir ziemlich direkt gesagt worden, was stellst du dir eigentlich vor ab 50? ... dass sie ja junge Leute anstellen können, die das Wissen schon mitbringen (TN11). Auch mit 55 müsste man noch eine „richtige Weiterbildung“ absolvieren können ... diese Leute bleiben ja dann, nicht wie die Jungen, die dann z.B. noch reisen gehen (TN9).
	- attestieren, dass MA 50+ etwas länger brauchen (keine subtilen Vorwürfe für Überzeit)	Dann hör ich oft diesen Vorwurf „ach, immer diese Überzeit“ (TN5). Dass man Rücksicht nimmt, dass MA 50+ mehr Zeit brauchen ... aber auch eine hohe Qualität liefern ... ich spüre immer wieder zwischen den Zeilen, dass man keine Überzeit machen sollte ... dass es legitim ist und man nicht mit Sanktionen rechnen muss (TN12). Es gibt viele, die sich nicht getrauen, Überzeit aufzuschreiben (TN10). Hier ist auch die Führung gefordert (TN12).
	- Fast ausschliessliche Anstellung von sehr jungen MA (ungelernte PraktikantInnen) für Arbeiten des Stationsunterhalts. Arbeit wird oft mangelhaft ausgeführt, zu wenig Führung/Eigenverantwortung.	Es hat sehr viele Lernende und PraktikantInnen im Verhältnis zum ausgebildeten Personal ... sind nicht immer sinnvoll beschäftigt ... zu wenig geführt. (TN4).
	- altersdurchmischte Teams sind sehr anregend, ermöglichen neue Sichtweisen²	Ich find es spannend, weil sie so an einem anderen Ort im Leben stehen ... ein guter Austausch, lassiger Mix (TN9).
	- Teambildung on the Job fördern (keine Teamausflüge o.ä.)	Was mich noch hält ist das Team ... dass das gepflegt wird die Teamkultur ... bei uns ist es wahnsinnig schön zum Schaffen ... wie man aufeinander schaut ... dass dies eine Bereicherung ist für alle, dass man aber auch dran arbeitet ... nein, keine Teamanlässe in der Freizeit (TN3)
	- Transparenz über die Bedürfnisse/Wünsche der verschiedenen Altersgruppen.	Der Austausch ist schon wichtig, dass man nicht meint, jetzt macht man so eine Glasglocke um die 50+ rum (TN7)
	- Pflege der älteren MA, nicht nur der jüngeren	Frische Dipl. und Neue MA werden schon sehr „gepflegt“, das möchte ich auch mal (TN5).
	- Transparenter Entscheidungsfindungsprozess für Planungsmassnahmen	Dass man nicht einander gegenseitig ausspielt ... eine vertiefte Diskussion zu diesen Themen (TN7).
	- Fast ausschliessliche Anstellung von sehr jungen MA (ungelernte PraktikantInnen) für Arbeiten des Stationsunterhalts. Arbeit wird oft mangelhaft ausgeführt, zu wenig Führung/Eigenverantwortung. Generieren oft Zusatzarbeit für HF/FH. Könnte durch Anstellung von MA mit Familienerfahrung verbessert werden.	Es hat sehr viele Lernende und PraktikantInnen im Verhältnis zum ausgebildeten Personal ... sind nicht immer sinnvoll beschäftigt ... zu wenig geführt. (TN4).
5. Betriebliches Gesundheitsmanagement		
5.1. Life-Domain-Balance	- Bestehende Gesundheitsangebote (besser) kommunizieren	Rückenfit kenn ich nicht ... kann ich es eingeben im PC? (TN1)
	- Angebot für gratis Gesundheitschecks	So ein Angebot für Gesundheits-Checks ... manchmal denk ich, es wär noch super, wenn's ein Angebote gäbe für einen gratis Jahres-Check (TN5)
	- Massageangebot	Jemand, der über die Abteilung kommt und die Schultern massiert (TN1) ... ein Massage-Angebot nur für MA (TN1). Ich hätte manchmal mega gerne

	- Niedrige Hemmschwelle für bestehende Angebote (z.B. durchgehende Betreuung im MTT) - höherer Beitrag an Fitness Abo	eine Massage, wenn man verspannt ist vom Schaffen (TN12). Ich hätt' eigentlich eine gute Idee gefunden, aber irgendwie bin ich dann nie hingegangen (TN8)
5.2. Diversity-Management	- altersdurchmischte Teams sind sehr anregend, ermöglichen neue Sichtweisen? - Teambildung on the Job fördern (keine Teamausflüge o.ä.)	Ich fand es cool, einen Beitrag an ein externes Fitness Abo (TN12) ... der jetzige Betrag ist relativ bescheiden, mager (TN12). Ich find es spannend, weil sie so an einem anderen Ort im Leben stehen ... ein guter Austausch, lässiger Mix (TN9). Was mich noch hält ist das Team ... dass das gepflegt wird die Teamkultur ... bei uns ist es wahnsinnig schön zum Schaffen ... wie man aufeinander schaut ... dass dies eine Bereicherung ist für alle, dass man aber auch dran arbeitet ... nein, keine Teamanlässe in der Freizeit (TN3)
	- Transparenz über die Bedürfnisse/Wünsche der verschiedenen Altersgruppen. - Wiedereinstieg für ältere MA erleichtern	Der Austausch ist schon wichtig, dass man nicht meint, jetzt macht man so eine Glaslocke um die 50+ rum (TN7) Man müsste mehr Zeit für die Einführung geben, einen ganzen Monat im Tandem (TN11). Da gäbe es noch viele wertvolle Leute, die dann auch bleiben würden (TN12).
6. Arbeitsfähigkeit		
6.1. Leistungsfähigkeit	- sich selbst immer wieder weiterbilden - sich körperlich fit halten? - Ausgleich zur Arbeit schaffen (Familie, Hobbys)	Es hat mir extrem viel gebracht, die 2 Semester an der Fachhochschule (TN11). Ich habe wieder mit Joggen angefangen ... das gibt mir viel Energie (TN9) Der Ausgleich neben der Arbeit ist wichtig, z.B. die Familie oder Hobbys (TN12).
	- genügend Schlaf - sich abgrenzen können - Fachliteratur zu Hause (in der Freizeit) lesen	Auf genügend Schlaf achten (TN10) Schwierige, belastende Situationen im KSW lassen (TN9). Ich nehme auch schon mal etwas mit nach Hause und lese es in aller Ruhe, ohne es dann als Arbeitszeit aufzuschreiben (TN12)
6.2. Spezifische Ressourcen		-> siehe separate Auflistung -> siehe separate Auflistung
6.3. Spezifische Belastungen		
6.3.1. Kognitiv	- mehr Zeit brauchen, um Arbeiten am Computer (Dokumentation) zu erledigen - PC-Anwendungswissen geht schnell vergessen, wenn nicht regelmässig geübt - Erleben von Unsicherheit im Umgang mit dem Computer	Ich brauche länger bei elektronischen Neuerungen ... muss es mir nochmals erklären lassen (TN12). Ich muss neue Dinge häufiger machen, dass es dann bleibt, das ist aber auch „teilzeit-abhängig“ (TN10) Der Umgang mit dem Compl löst auch Unsicherheit aus. Es werden viele Kenntnisse vorausgesetzt und hat man das Gefühl, dass das schon alle können (TN4).
	- mehr Zeit benötigen zum Einlesen im Phoenix bei Schichtbeginn - das Problem à jour zu bleiben - Schwierigkeit bei der Informationsfülle erkennen zu können, was wichtig ist	Deshalb komm ich auch früher zum Einlesen (TN5) ... mir reicht das nicht zum Einlesen (TN3). Dann läufst du den ganzen Tag hinde dri, das holst du nie mehr auf (T5). Für mich als TZ ist auch ein Problem à jour zu bleiben ... in den letzten 2 Jahren hat es enorm viel Neuerungen gegeben (TN7) Schon nur alle diese Information „dürezträle“ und zu sehen, was wichtig ist (TN7)
6.3.2. Sozial / Führungsstil	- Unverständnis von jüngeren / Leitung, dass man mehr Zeit braucht, bis etwas sitzt - Zu viele Neuerungen – zu wenig evaluiert - MAB nach den Fähigkeiten am PC, nicht nach der Patientenpflege	Da fehlt oft das Verständnis, es heisst dann schnell mal, kannst ja im Intranet nachlesen (TN 3) Man hat so viele Neuerungen, dass man auch mal die Reflexion macht, wie das jetzt gelaufen ist, dass man auch mal sieht, was es gebracht hat (TN8). Qualifiziert wirst du nach dem PC und nicht nach dem Wohlbefinden der Patienten (TN4)
6.3.3. Körperlich	- mehr Erholungszeit benötigen - Abnahme der Sehleistung - Schlafstörungen durch die hormonelle Umstellung der Wechseljahre - Abnahme der Gesamtenergie	Ich brauche genügend Freitage zwischen den Arbeitsblöcken, damit ich ruhig wieder zur Arbeit kommen kann (TN6). Ich brauche mehr Erholungszeit, dies ist auch der Grund, dass ich 60 % arbeite (TN11) <i>(zieht die Brille an)</i> Damit kann ich im Moment schon noch leben, aber es ist schon nicht so lustig (TN12) der Schlaf ist nicht mehr gleich (TN10)
6.3.4. Psychisch	- Stimmungsschwankungen durch die hormonelle Umstellung der Wechseljahre - Verunsicherung / Angst, nicht mehr zu genügen - fehlende Selbstsicherheit	manchmal hab ich so Stimmungsschwankungen ... wo ich nochmals so eine Art Pubertät durchmache (TN10) So der Zweifel, genügt ich denn da, wenn sie mit so vielen Fachwörtern kommen (TN8). Ich bin dann ein wenig unsicher, ist es nicht anders, stimmt's ächt (TN2) ... es ist beides, das Alter und das TZ arbeiten (TN2).
6.3.5. Andere	- Erleben einer starken Veränderung des ursprünglich erlernten Berufs (mehr am Compl, weniger beim Pat.) - Spannung, dass man Aufgaben der „Kernkompetenz“ delegieren muss und selber „nur“ noch dokumentiert - das neue Ausbildungssystem ist nicht leicht verständlich	Ich erlebe eine grosse Veränderung in meiner Arbeit, ich bin viel mehr am Compl, als beim Pat. ... wenn ich mehr beim Pat. bin, werde ich nicht zeitlich fertig (TN5) Das Problem der Kern-kompetenz, ich habe Pflegefachfrau gelernt (TN1). Man ist seit 20 Jahren Dipl. und fühlt sich gar nicht so sicher ... ich weiss nicht, in wie vielen Berufen, das noch so ist (T3). Das Gefühl, ich hab nur organisiert und so ein bisschen Visite gemacht, aber den Patienten so richtig kennen tu ich eigentlich nicht (TN6) Das macht es auch schwierig mit der Verantwortlichkeit, ihn ganzheitlich zu erfassen (TN1). Das neue System haben wir eigentlich nicht drin ... wir hatten noch ein anderes System ... das gibt auch Unsicherheit ... es ist nicht mehr Pflege (TN 6).
7. Intergenerativer Wissenstransfer		
7.1. Mentoring		
8. Retentionsmanagement / Personalbindung		
	- grosszügigeres Angebot für WB auch an MA 50+. Alter nicht als Killerkriterium	Es hat mich schon enttäuscht, die Wertschätzung war schon nicht da und ich bin ja nicht erst seit gestern im KSW (TN11). Ich versteh's nicht, warum werden die motivierten Leute nicht unterstützt? (TN11).

Mehrfachnennungen sind fett gedruckt dargestellt

Anhang K: Zusammenfassende Transkription Experteninterview betriebsintern

Kategorie	Nennung Workshop	Interview
2. Arbeitsgestaltung		
2.1. Arbeitsplatz / Arbeits-umgebung 00.19	→ lärmreduzierte Arbeitsplätze → lärmreduzierte Räume zum Einlesen / Medikamente richten	Beim Spätdienst zum Einlesen kommen sie zu mir ins Büro, da ist Ruhezone ... mit 4 Arbeitsplätzen... oder sie nehmen die transportablen PCs und schreiben im Aufenthaltsraum ... wird aber nicht immer genutzt. Eigentlich wäre das Stationszimmer auch eine

		Ruhezone (keine Gespräche, keine Telefonate, etc.), aber dies wird nicht umgesetzt. Die Medikamente richtet die Nachtwache. Wir haben drei Räume für Gespräche auf der Abt. (TN1). Bei uns hat es 2 Aufenthaltsräume, wo man sich mit dem Laptop hinsetzen kann, das machen sie nur sehr selten ... ein Stationszimmer ist sehr ruhig, da es nur von 2 PP genutzt wird, auch dort könnte ruhig arbeiten, das wird auch wenig in Anspruch genommen, auch von den Ü50 Frauen. Medikamente richten am VM, da es noch einfacher ist. Ein separater Raum zum Medikamente richten würde ich sehr begrüßen (TN2).
2.2. Arbeitsinhalt	Neue Arbeitsmodelle:	
04.30	→ Arbeiten auf Delegation / im Tandem	Grundsätzlich vorstellbar, aber meist lässt dies mein Personalbestand nicht zu, ein zusätzliches Tandem zu haben ... Eine HF, welche die halbe Seite hat, das tönt nach viel (TN2). Dann müsste die eine HF ca. 1 ½ auf Visite und 2 - 3 Rundtischgespräche nachmittags, das ist schlicht nicht machbar ... Da müsste die Aufgaben-Verteilung noch klarer definiert werden ... Den Wunsch kann ich sehr gut nachvollziehen, ich fände es eine sehr gute Lösung ... aber dann müsste man es mit dem Stellenplan anschauen ... Ich habe eine MA Ü60, die ich so plane und so aus dem ganzen Stress raus zu nehme ... die Pat. werden gut gepflegt (TN1). Mehr Zeit haben für die Patienten und in kleineren Arbeitseinheiten arbeiten ... eher nicht so „durepflege“ (TN1).
2.3. Informationsvermittlung	Informationsmanagement optimieren:	Infovermittlung:
09.10	→ mehr Zeit für 50+ für Info.-Beschaffung	Teamsitzung / Mail: KSW-Account und/oder privater Account (2-3 Mails pro Woche) / Wochenrückblick am Freitag an Infos per Mail / Am Rapport bei Schichtbeginn Spätdienst / Info-Ordner (z.T. mit Kürzel als Kontrolle) / Info-Anschläge mit aktuellen News im Stationszimmer für 2 Wochen. Ich verstehe, dass es viel ist ... ich filtere, was ich als Info versende ... es sind nicht nur MA 50+, welche die Infos nicht holen Informationsbeschaffung ist ein grundsätzliches Thema ... der höhere Zeitaufwand für die Beschaffung ist kein Ü50 Thema (TN2). Die MA haben nicht den Eindruck, dass Info-Beschaffung eine Holschuld ist ... ich habe ein Team das fest beim Alter Ü50 ist (TN1).
	→ mehr Zeit für Doku im Phoenix für MA 50+ → Legitimation mehr Zeit zu benötigen für die Info.-Beschaffung	Wir sind im Rahmen des Ressourcen-Managements dran, das Einlesen zu optimieren ... da benötigen bei uns alle sehr viel Zeit. Wir schauen deshalb, was wichtig ist, was kann ich auch noch später nachlesen ... sie brauchen eine Technik, sie können sich fast nicht einlesen, brauchen zu viel Zeit und wissen danach trotzdem nicht Bescheid ... Zeitfresser erkennen (TN1). Ich glaube, dass Ü50 mehr Zeit benötigen zum Einlesen, aber nicht grundsätzlich bei der Informationsbeschaffung, das ist ein grundsätzliches Thema. Bei uns hat der SD 30 min Zeit zum Einlesen (TN2).
3. Arbeitszeit		
3.1. Arbeitszeit-Modelle	Individuelle / flexiblere Arbeitszeitmodelle	
18.20	→ MA50+ als Springer (Abteilung oder KSW)	Das Thema Zeit haben für die Pat. ... in Beziehung sein mit dem Pat ist bei uns sehr wichtig, sie hätten dann ein kleineres Pensum und könnten den Pflegeauftrag besser erfüllen ... ich hätte gerne Ü50 Frauen zum Betreuen von deliranten präterminalen Pat. die auch mit den Ang. Gespräche führen könnten ... in sehr komplexen Situationen, die über mehrere Stunden andauern ... so eine Ü50, die man dann hinstellen kann und weiss, sie wird der Situation gerecht für solche Aufgaben so einen KSW-Ü50-Pool (TN1). Das hätte ich gerne, dass jemand einfach Springer ist ... es hätte 50+ Frauen, die das sehr gerne machen würden ... andere würden es gerne nutzen, weil man sich ein wenig verstecken kann ... man ist immer irgendwo, kann dann grad nicht helfen kommen (TN2).
	→ Individuelle Bereitschaft zu kurzfristigen Einsätzen klären (z.B. 1 Woche auf Abruf)	Vieles hängt auch vom Lohn ab, was wären sie bereit zu geben, können sie reduzieren (TN1).

	→ Flex Dienste (in Bereitschaft)	Das wäre mein Ziel, ich habe dafür schon eine Ikone fürs PEP, ich habe leider nie genügend Leute, dass ich sie noch als Pikett planen könnte, das schaffe ich nur in seltenen Fällen ... das würde viel Entlastung bringen(TN2). In Flautenzeiten hatten wir das, nun sind wir immer voll ... manchmal noch am Wochenende, das wird dann aber kurzfristig geplant (TN 1).
	→ Flexibilität gegen Verantwortung (DEAL)	
	→ Tauschbörse mit Diensten: ich biete, wer hat?	Bei uns wird schon sehr viel getauscht (TN1/2).
	→ Jobsharing (2 Dipl. übernehmen 100% Job, individuelle Verteilung der Dienste)	Geht nur bei Niederprozentigen, sonst sind sie zu viel da ... ich seh ein wenig die Gefahr, dass die Arbeiten hin und her geschoben werden ... schlussendlich hat es niemand gemacht ... (TN2). Wir haben die Abteilungslogistikerinnen, die es so machen ... ohne Schichtdienst geht dies reibungslos ... mit den Schichten weiss ich nicht genau, wie lösen (TN2). Z.B. eine Person planen und 2 MA teilen sich diese Dienste ... sprechen sich selber ab (TN1).
	→ neue Schichten, welche die Arbeitsspitzen abdecken	Gerne, das Abdecken der Spitzen im SD ... z.B. 16.30 - 21.00 ... ich hatte eine FaGe so geplant, das wurde vom SD sehr geschätzt ... sie darf auch nicht hochprozentig arbeiten, da geht es nicht (TN2).
	→ Schichten, die weniger als 8 ½ h dauern	Hochprozentige kommen dann einfach zu viel ... wenn jemand dann um 15 h geht, kann man ihr dann nicht noch weniger Pat. geben, sonst geht es einfach nicht auf (TN2).
	→ ½-Tagesschichten (morgens oder abends) → Jobsharing (je ½ Tag / ½ Tag)	Längerfristig keine ideale Teilung, auch wer was dokumentiert ... da sie sich eigentlich nicht sehen, dann muss jemand zusätzlich noch eine Stunde hüten ... es müsste anders gelöst werden, mit einer Überlappung der Schichten (TN2). Das wäre vermutlich schwieriger, da andere noch mittragen müssen (TN1/2).
	→ nur NW	Wir haben 2, die wollen nur NW, das plane ich so (TN1)
	→ nicht mehr zwingend Nachtwache oder Spätdienst	Jemand, sie will fast nur SD, das ist auch erfüllt (TN1). Bei uns gibt es niemanden, welche keine NW macht, wer es aber schlecht verträgt, der kann es sagen ... hat dann nur 1-2 Nächte am Stück.
	→ Nachmittagspause	Bei mir können sie es machen, aber sie müssen sich selber organisieren ... wenn sie eine Stunde einlesen, dann geht es irgendwann nicht mehr auf (TN1).
	→ Einheitliches Handhaben der Arbeitszeitmodelle im Departement Medizin	Für die MA wäre es gut, dass es einheitlich wäre, dass es nicht heisst, bei denen geht das aber auch ... es kommt auch auf die Grösse der Teams drauf an (TN1) ... Rahmenbedingungen mit einem gewissen Spielraum (TN2)
		Erfassung der Bedürfnisse: häufig kommen die MA mit ihren Wünschen ... ich frage aber auch am MAB, wie es mit der Planung geht ...wenn jemand nicht kommt, frage ich lieber mal nach (TN2). Wir bieten schon sehr viel Flexibilität bei der Planung und gehen auf die Wünsche ein ... es ist klar deklariert, dass diese Abmachungen nicht in Stein gemeisselt und wieder ändern können je nach Team-Konstellation (TN1).

4. Personalentwicklung

4.1. Generationenbezogenes Führungsverhalten 46.00	→ Keine MAB, sondern Feedbackgespräch oder Bedürfnisgespräch führen	Bei guten MA finde ich es auch schwierig, weil ich alle 2 Jahre das selbe schreibe (TN2) ... aber auch bei den guten MA kannst du auch sagen, du bist nun 52 und bringst deine Leistung nach wie vor (TN1) Es gehört auch die Laufbahnplanung mit hinein ... Ü50 sind auch sehr unterschiedlich ... 51 -59, das ist ein grosse Bandbreite ... Bedürfnisgespräche, das sträubt sich mir das Nackenhaar ... da hat es zu wenig Verbindlichkeit drin ... nicht nur Streicheleinheiten verteilen (<i>gestisch dargestellt</i>) ... sie sollen sich ja auch immer noch
--	---	--

		weiter entwickeln; nicht, dass ich nur ihre Bedürfnisse abhole ... wenn ich nur Bedürfnisgespräche mache, dann komme ich unter die Räder ... es kommt sehr drauf an, was man mit dem Gefäss des MAB macht (TN1). Bei mir sind schon die Jungen, welche Ausbildungen machen und auch das Know-how einbringen ... bei den „anderen“ bin eher ich die, welche sagt, macht noch etwas, holt auch das Wissen (TN1).
5. Arbeitsfähigkeit		
5.1. Ressourcen `50.40	Z.B. soziales Umfeld / zeitliche Flexibilität / Pflegeerfahrung mit eigenen Angehörigen / Netzwerk im Betrieb / Kennen der Teamkultur	Es gibt Ü50, die sind flexibel und stabil ja, einige sind so, andere erlebe ich nicht so ... Flexibilität / Umfeld ist nicht Ü50 spezifisch, sondern individuell ... Erfahrung mit Pflege eigener Ang. finde ich fraglich, ob das eine Ressource ist ... Netzwerk kann positiv und negativ genutzt werden (TN1). Im Team sind so „technische Ressourcen“ (Magensonde stecken, Vf legen, etc.) bekannt (TN1). Andere Fähigkeiten, wie Betreuung / Kommunikation mit Deliranten ist nicht spezifisch Ü50, das sind individuelle Fähigkeiten (TN2). Man würde nie sagen, dass sie Ü50 ist, sie legt auch nicht dieses Verhalten an den Tag (TN2).
5.2. Belastungen `57.30	Z. B. Unsicherheit im Umgang mit dem Computer / grosse Veränderung des ursprünglich erlernten Berufs / Mehr Erholungszeit benötigen	Die „Jungen“ können nicht das umsetzen, was man am ZAG gelernt hat ... da haben die „Jungen“ viel mehr Mühe (TN2). Erholungszeit höre ich bei Ü60, dass sie mehr Erholungszeit brauche (TN1). Bei uns sagen Ü55 Frauen, dass sie mehr Erholungszeit brauchen (TN2). Wir können die Belastung durch die Planung ins Infusionszimmer und die Wochenbett-Station regulieren, das sind ganz andere Belastungen (TN2). Der Compi ist immer wieder ein Thema (TN1/2).
6. Diversity-Management		
6.1. Diversity-Management `1.02.10	Transparenz über die Bedürfnisse / Wünsche der verschiedenen Altersgruppen.	Meine Ü60 wird geschont, das wird von allen akzeptiert ... da tragen wir sie als Team jetzt durch ... da ist grosse Akzeptanz da ... das ist so ein Miteinander ... auch mit der neuen Führungs-Crew ... Bei mir im Team hat viel Individualität der einzelnen Platz ... wie auch bei den Patienten spezielle Sachen akzeptiert werden, das ist so unsere Teamkultur (TN1). Wenn das ein Dienst wäre, wie der Springer-Dienst, der im SD verstärkt, dann wäre mein Team zufrieden ... es wäre eine Win-win-Situation, wo sie profitieren ... z.B. einen Dienst machen, der unbeliebt ist (NW), dann wird auch noch viel geschluckt von den anderen (TN1).
6.2. Intergenerativer Wissenstransfer	Vorteile altersdurchmischter Teams (anregend, ermöglichen neue Sichtweisen)	Ü50 kommen teilweise in die „Mami-Rolle“ ... sie schützen die jüngeren MA ... die Jungen werden noch gerne „betütelt“ ... bei uns gibt es viele Tandems, wo es gut funktioniert (TN1). Tipps kommen nicht so direkt, eher so „durch die Blume“ beim Darüber-Reden (TN1). Wir haben ein paar junge MA, die schreiben Hammer-Pflegeberichte (besonders, die welche im Clinical-Assessment waren) ... die Jungen schreiben genauer ... da könnten sie die Ü50 noch eine Scheibe abschneiden ... sie schauen's auch nicht ab bei den Jungen (TN2). Auch beim Pflegeprozess ... da sind es die Ü50, die vieles nicht wissen ... was gehört genau in einen Pflegebericht ... vielleicht halt ein wenig das Expertentum, dass man vieles automatisch macht und gar nicht mehr in Worte fasst (TN1). Jetzt reden endlich alle von Inkontinenzmaterial, nicht mehr von Pampers ... das haben die „Alten“ schon von den „Jungen“ (TN2).

Anhang L: Zusammenfassende Transkription Experteninterview extern

1. Einstieg	
<p>Wie schätzen Sie die Situation in den Deutschschweizer Spitälern bezüglich Demographie-Management ein?</p> <p>Wie erklären Sie sich dieses späte Handeln? (1.34)</p>	<p>Meine Beobachtung ist, dass sich die Deutschschweizer Spitäler erst spät dem Thema gewidmet haben. Die Themen Pflegekräftemangel, Pflegnotstand oder Abwanderung existieren ja schon lange. Ich arbeite seit über 10 Jahren mit dem Thema und bin erstaunt, wie spät sich die Spitäler angefangen haben sich dafür zu interessieren. Da waren andere Branchen früher da, obwohl die Daten oder Zahlen eigentlich eindeutig gewesen sind. Was mich auch sehr wundert, dass Verbände wie H+ sich dem Thema bislang nicht explizit angenommen haben, vielleicht machen sie's jetzt im letzten Jahr. (Z1-6)</p> <p>Offensichtlich muss ein gewisser Leidensdruck da sein, sonst passiert nichts. Und es ist nach wie vor so, dass sich Spitäler auch auf dem internationalen Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte „bedienen“ können. So lange man dort Arbeitskräfte kriegt, aus ganz Europa, Osteuropa, wo auch immer, kann man das Thema noch ein wenig zur Seite schieben. Das wird aber immer weniger gelingen, weil jetzt auch die Kohorten der „Baby-Boomer“ kommen, wo viele Ältere aufs Mal austreten werden. (Z7-11)</p> <p>Wenn ich sage, es ist spät eine Sensibilisierung eingetreten, möchte ich ergänzend dazu sagen, dass ich jetzt auch vereinzelt höre, dass sich Kliniken auch dem Thema annehmen. Zum Beispiel die Inselgruppe, das Spital St. Gallen oder eben auch Winterthur. Also man hört jetzt so vereinzelt hier und dort, dass man sich dem Thema jetzt doch zu wendet, aber insgesamt nochmals, vergleichsweise spät und auf Verbandsebene wenig aktiv. (Z12-15)</p>
Thema / Hauptfrage	
2. Arbeitsgestaltung	
<p>Arbeitsumgebung</p> <p>Ergonomie</p> <p>Geräte</p> <p>(4.00)</p>	<p>In welchen Bereichen der Arbeitsgestaltung lassen sich am schnellsten konkrete Massnahmen umsetzen?</p> <p>Ich bin keine Spezialistin von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen, aber ich würde zustimmen, dass sich in diesem Bereich relativ schnell entlastende Massnahmen machen liessen, wenn man die finanziellen Mittel in die Hand nimmt. Ob das jetzt Hebehilfen sind, um die Patienten ins Bett zu tragen, es gibt ja immer mehr schwergewichtige Patienten. Oder zum Beispiel höhenverstellbare Tische, als weitere Massnahme oder entsprechende Bildschirme bei Altersweitsicht, aber was es ansonsten noch für Massnahmen geben könnte im Bereich Ergonomie, da müsste man einen Experten fragen. (Z16-20)</p> <p>Aber ja, Ergonomie kostet halt entsprechend, im Sinne einer Investition, aber, wenn man das mal hat, dann lässt sich das relativ rasch umsetzen. Wichtig ist dann schon zu sehen, wo auch die spezifischen Belastungen in der Arbeit mit dem Patienten sind, ob's da auch Möglichkeiten für entlastende Bedingungen geben würde. Das könnte beispielsweise auch ein Ruheraum sein. (Z21-24)</p>
<p>Welche Modelle bezüglich der (inhaltlichen) Arbeitsgestaltung haben sich für Spitäler bewährt?</p>	<p>Eine Möglichkeit wäre, der Versuch, dass die Arbeitsabläufe nicht so eng getaktet sind, das gäbe mehr Spielraum. Das die Gruppe als Gesamtes für die Aufgaben zuständig war und man hat sich untereinander abgesprochen, wer was macht. Man kann so gegebenenfalls auch mehr auf die individuellen Gegebenheiten Rücksicht nehmen, aber da stellt sich natürlich die Frage wie sich das mit der Gesamtorganisation des Spitals vereinbaren lässt. Was ich eher spannend fände, sich die Frage zu stellen, naja, wie könnten denn Jobprofile aussehen, wenn jemand eben nur noch 30 oder 50 % arbeitet. Bsp. Pflegekräfte die sagen, wir würden vielleicht auch noch über 65 arbeiten, aber dann an halt, was weiss ich, nur noch 2 Tage die Woche. Bietet die Arbeitsorganisation Möglichkeiten, da für einen sinnvollen Einsatz. (Z25-31)</p> <p>Im Sinne des Patienten muss es ein sinnvolles Profil geben, was dann eben auch aus der Perspektive des Patienten Sinn macht. Man müsste sich übergreifend überlegen, war für Art von Jobs könnten es dann sein, wenn die Leute länger schaffen. Die meisten arbeiten ja sowieso nicht Vollzeit in der Pflege. (Z32-34)</p> <p>Es gäbe auch noch andere Formen der Rotation, so mehr Richtung Gruppenpflege, da stellt natürlich hohe Anforderungen an das Team, man muss ja immer selbst dann Überlegen, wer wie und wo zum Einsatz kommt, damit es nicht zu einer Rosinen-Pickerei kommt. Was ich auch schon gehört habe ist, sich zu überlegen, gibt es drüber hinaus noch andere Job-Profile? Ihr habt ja vom Projekt Amstutz & Konrad gehört, wo es praktisch über die organisationsübergreifenden Wanderungsbewegungen von Pflegekräften geht. Was ich letztes gehört hab ist, dass man in einem Spital gesagt hat, das ist natürlich Konkurrenz zur Spitex, ich weiss, aber dass praktisch interne Pflegekräfte auch für die Betreuung zu Hause abgestellt werden. Weil sie die Leute kennen und weil es für manche entlastend ist. Dies war speziell mit dem Fokus auf Ältere und das Spital hat so zu sagen den „Service“ der Nachpflege angeboten. Das war so ein Pilot der Inselgruppe, die das als Pilot ausprobiert haben. Deshalb sag ich, na ja, auch denken über die Station hinaus, was gäb's denn sonst noch für Dienstleistungen, für Pflegekräfte, für den Kunden, den Patienten in dem Sinn. Ein anderes Profil für Pflegekräfte, die vielleicht nicht mehr ganz so mögen. (Z35-45)</p>

3. Arbeitszeitgestaltung		
Arbeitszeit-modelle (15.30)	Welche Modelle haben sich bei Schichtarbeit bewährt?	Bei dieser Frage muss ich passen, ich kenn keine spezifischen Modelle für Schichtbetrieb. Aus Deutschland kenn ich, dass die Schichten später anfangen. (Z46-47)
4. Personalentwicklung		
Personal-entwicklung: - Teilnahme (16.50)	Wie kann die Motivation / Bereitschaft für lebenslanges Lernen etabliert / erhöht werden?	<p>Die Bedeutung denk ich, ist sehr hoch, weil sie nimmt den Leuten auch Angst. Da hab ich im Spitalbereich mitgekriegt, das war auch in der Inselgruppe. Dieser Wechsel vom Akutspital ins Unispital, dass sich viele Pflegekräfte das nicht mehr zutrauen, ins Unispital zurück zu wechseln. Dass es so eine Segmentierung gibt zwischen den Allgemeinspitälern und den Unispitälern, weil man denkt man ist den Herausforderungen von den Qualifikationen, von den ganzen Entwicklungen wie nicht mehr gewachsen. Wir haben damals diskutiert, um die Leute wieder ran zu führen, stärker On-the-Job Trainee-Programme machen sollte, also den Leuten so Coaches beistellt, wenn man den Wechsel erhöhen möchte zwischen den beiden Spitaltypen. Ich denke mir einfach, dass man da auch möglicherweise die Angst nehmen kann oder die Motivation für Weiterbildung erhöhen kann, indem man stärker auch die Lernformen als Off-the-Job anbietet, sondern dass man das stärker On-the-Job integriert und zwar integriert durch fachliche Begleitung vor Ort durch Mentoring und Coaches. Ich weiss, das kostet Geld, aber wenn man die Leute Off-the-Job schickt kostet das auch Geld. Also die Weiterbildung mehr zu den Leuten hinzubringen, als dass man die Leute irgendwo hin in die Weiterbildung schickt. Das ist sicherlich mal ein Ansatzpunkt. (Z48-59)</p> <p>Ja, dann ist Personalentwicklung natürlich auch Führungsaufgabe. Also ich seh da schon auch stark, neben der Eigenverantwortung, die jeder Mitarbeiter hat, auch die Verantwortung von den Führungsleuten. So was muss man einfach eben auch im Mitarbeitergespräch festlegen. (Z60-62)</p> <p>Dann denk ich mir, ist sicherlich auch ein Ansatz, dass man, das Wissen nicht nur für sich hat, sondern es auch weitergibt, z.B. an die nachfolgende Generation. Wissenstandem zu bilden, das lernen, nicht so in eigener Verantwortung zu sein, sondern dass man eben auch Wissensgruppen oder Wissenstandem bildet. So was kann beispielsweise auch die Motivation (für WB, Anmerkung Verf.) steigern. (Z63-66)</p> <p>Dann muss es honoriert werden. Und die Leute müssen es vor allem einsetzen können. Das was ich mir an Wissen erwerbe muss dann de facto auch am Arbeitsplatz abgefragt werden. Sonst ist es absolut demotivierend. Dies am Arbeitsplatz im Dienst der Patienten, aber unter Umständen auch im Dienst der anderen Mitarbeiter, Pflegekräfte. Wenn jemand Weiterbildungen macht; wie, in welcher Form kann ich das den anderen nutzbar machen, dass sie das erschliessen können, was ich jetzt mehr an Wissen habe. (Z67-71)</p> <p>Das eine ist klar, konstante Bildung zur Verhinderung von Lernentwöhnung, das weiss man ja auch, dass für Leute, die ein Leben lang gelernt haben, die Widerstände geringer sind, sich weiterzubilden, als dies bei Leuten, die lernentwöhnt sind der Fall ist. Das ist relativ klar. Von daher ist es wohl auch nicht ohne, die Lerngeschichte mit im Hintergrund zu haben. Grad die Führungskräfte sich nochmals vergewissern müssen, mit welcher Lerngeschichte kommt die Person. (Z72-75)</p> <p>Aber wichtig, nicht nur so auf eine fachliche, sondern auch über die fachliche Seite hinaus auch zu schauen, weil grad bei so erfahrenen Leuten, ist es auch so wichtig, zu reflektieren, die Erfahrung im täglichen Arbeiten, die ich hab, als rein nur die fachliche Weiterbildung, welche im Spital natürlich immer wichtig ist. Aber da muss man irgendwie wie 'ne zweite Ebenen nochmals finden. (Z76-79)</p>
	Inhaltlicher Schwerpunkt (22.20) Welche Themen-Schwerpunkte erachten Sie für die Weiterbildung von Pflegenden 50+ als wichtig?	Und dann, ist mir glaub ich schon nochmals wichtig zu sagen, das mit den 50+. Computer-Skills, wenn man so was macht, kann ich mir gut vorstellen, dass ein Mentoring durch die Jüngeren besteht. Dass man die Computer-Affinität der jüngeren Generation nützt und sagt, jetzt sind mal die Jüngeren die Mentoren und begleiten sie zu Fragen zu irgendwelchen Computer- oder IT-Systemen. Auch da kann man wieder dieses Generationenübergreifende gut einsetzen, deswegen find ich schon das einen wichtigen Ansatz und nicht nur auf eine Altersgruppe zu fokussieren. Also es gibt auch einige Untersuchungen, die sagen mit der Fokussierung auf 'ne bestimmte Altersgruppe verstärkt man Stereotype, sowohl bei der Altersgruppe als auch bei der Umgebung. Deswegen bin ich nicht so ein wahnsinniger Freund von so spezifischen Weiterbildungsmaßnahmen 50+. Für mich als Arbeitspsychologin steht die Aufgabe im Zentrum und über die Aufgabe muss man dann kucken, welche Ressourcen unterschiedliche Generationen und Altersgruppen mitbringen. Das finde ich relativ wichtig, um Stereotype möglicherweise nicht zu verstärken, also das wär für mich hier noch ein wichtiger Punkt, den ich mir im Vorfeld überlegt habe mit den inhaltlichen Schwerpunkten. (Z80-90)
	Was sind Haupt-themen des generation-bezogenen Führungsverhaltens?	Führungskräften kommt ein zentraler Stellenwert zu, weil sie im Prinzip Massnahmen ja dann auch umsetzen. Da spielt zum einen ihre Alterswahrnehmung eine Rolle, da spielt der Altersunterschied 'ne Rolle zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden und die Wahrnehmung des Alters des anderen. Das sind praktisch drei verschiedene Wirkzusammenhänge die einfließen. Ihr könnt euch im HRM die schönsten Massnahmen

<p>(38.40)</p> <p>Wie beurteilen Sie das Vorhanden-Sein von Altersstereotypen bei Führungskräften im Gesundheitswesen?</p> <p>(42.10)</p>	<p>„früher alt“ wahrgenommen. Das prägt natürlich, schlägt sich natürlich auch auf die individuelle Wahrnehmung nieder, ja, wenn sich jemand „zum Alten Eisen gehörig“ fühlt und vieles mehr. Das meinte ich vorhin, natürlich gibt's Führungskraft und Person und da kann man sehr viel machen, aber es ist natürlich wieder eingebettet in die Gesamtorganisation. Und jetzt als Kontrast dazu habt ihr irgendein kleines Unternehmen mit 50 oder 300 Leuten, ich sag jetzt mal im technisch-gewerblichen Bereich, da ist Alter gar kein Thema, weil die brauchen einfach jeden bis zum Pensionierungsalter und darüber hinaus, wenn sie die alten Leute dann nochmals holen, um irgendwelche Aufträge abzuarbeiten. Da ist das Thema Alter oder Alterswahrnehmungen ein ganz anderes. Das vielleicht nochmals als Hinweis, da ist es vielleicht schon nochmals wichtig, sich das im Gesundheitswesen anzukucken, das weiss ich einfach zu wenig. (Z143-158)</p> <p>Das gibt's glaub ich keine Untersuchung zu. Aber vielleicht da so ein grundsätzlicher Gedanke, respektive ein Ergebnis aus 'ner Studie, die ich gelesen hab. Ich denk mir grundsätzlich, Alter ist zwar ein dominantes Merkmal, wie Geschlecht, aber im Alltag eben häufig nicht auf der Prioritätsliste ganz vorne. Also wir nehmen uns nicht permanent nur über das Alter wahr. Ich denke mir, es gibt so zwei Punkte, wo man drauf achten muss, auch in Führungsbeziehungen: (Z159-162)</p> <p>3. Alter wird offensichtlich dann Thema, wenn Sachen nicht gut laufen, irgendein Fehler begangen wird oder 'ne Leistung oder so weiter. Das haben wir auch selber in 'ner Studie festgestellt. In 'ner Tagebuchstudie, dass eben bei so negativ kritischen Ereignisse, dann als Erklärung das Alter herangezogen wird. Das wird's übrigens auch bei ganz Jungen, da gibt's so 'ne U-förmige Kurve. Da müssen sich also Führungskräfte darüber im Klaren sein. Das hat ja auch mit Attribution zu tun, Personal als intern zu attribuieren und da spielt das Alter 'ne Rolle und da muss man aufpassen, dass man da nicht genau in diese Falle der selbsterfüllenden Prophezeiung geht, sondern abstrahiert, ein stückweit zumindest und andere Faktoren genauso mitberücksichtigen, die dann für das Scheitern oder 'ne schwierige Situation verantwortlich sein können. (Z163-170)</p> <p>4. Das zweite ist: besonders stark schlagen Altersstereotypen zu bei Rekrutierungssituationen, nach wie vor und zwar schon beim Dossier. Wenn da das Geburtsdatum steht, kann das ein ziemliches Nadelöhr sein. Das hängt offensichtlich damit zusammen, dass wir wenn, grade bei unvollständigen Situationen, es durch andere Informationen ergänzen und da kann man sich alles Mögliche rein deuten und interpretieren. Und deswegen ist grade die Rekrutierung nochmal was Spezielles. Das weiss man auch bei Geschlecht, dass das Nadelöhr immer die Dossiers sind. Wenn dann die Älteren mal im Spital sind und alles läuft grosso modo gut, hat Alter nicht so den riesen Stellenwert. Aber grade um in die Organisation rein zu kommen, da denk ich mir, da schlagen die Stereotype am meisten zu. (Z171-178)</p> <p>Ich glaub was noch wichtig ist in Bezug auf die Führung, dass man wirklich das sehr rechtzeitig im Mitarbeitergespräch thematisiert und nicht erst 2 Monate bevor der dann in Pension geht. Das Thema aufgreifen, von jemand der 55/58 ist, dass die Führungskräfte aktiv auf die Pflegenden zugehen und sagen:“ So, du schaffst noch so und so lang. Was heisst das für dich? Was kannst du, vermagst du? Wie lang magst du überhaupt noch arbeiten? Welche Formen auch von Arbeitszeitmodelle kannst du dir vorstellen“ Im Sinne, wie den psychologischen Vertrag nochmals neu zu gestalten, dass man das sehr rechtzeitig macht. Weil nicht unbedingt die Mitarbeiter von sich aus kommen. Also auch da muss man glaub ich hinterher sein und das auf den Radar nehmen. (Z179-185)</p>
<p>Wie schätzen Sie die Bedeutung von Selbst- und Alterswahrnehmung für die Arbeitsfähigkeit ein?</p> <p>(35.00)</p>	<p>Ich glaub schon, dass es sehr wichtig ist, wie wir uns selbst wahrnehmen. Die Tendenz, das kennt ihr ja von psychologischen Untersuchungen, dass wir und eigentlich im Vergleich zum chronologischen Alter jünger einschätzen, das geht immer deutlicher auseinander und es hat offensichtlich auch damit zu tun, dass wir darüber unser Selbstwertgefühl stärken, wenn Alter negativ konnotiert ist. Ich denke sehr stark, dass das eben ein interaktiver Prozess ist und diese Selbstwahrnehmung und die Selbstwirksamkeit und die Alterswahrnehmung und die Wahrnehmung der eigenen Arbeitsfähigkeit hängt glaub ich sehr stark damit zusammen, ob ich das auch als Feedback krieg, dass ich noch als leistungsfähig oder arbeitsfähig wahrgenommen werde, ob das jetzt Führungskräfte, ob das jetzt Teamkollegen oder ob das jetzt die Patienten selber sind, die mir das entgegenbringen. Sie ist wichtig, aber sie wird nicht nur im Kopf des einzelnen erzeugt, sondern sie wird erzeugt in einem Team oder in 'ner Organisation und von gesellschaftlichen Diskursen beeinflusst. Und da muss man einfach kucken, auf welchen Ebenen man da jeweils ansetzen kann, ob das jetzt eine Teamentwicklung ist, dass ich drauf achte, dass man eben dem Alter nicht zu viel Bedeutung zukommen lässt, sondern über die Aufgaben schaut, wie man die Ressourcen erschliesst. Dass man in Führungsbeziehung ist, mit dem Mitarbeitenden, wo man im Mitarbeitergespräch dann vielleicht stärker auch auf Dinge eingeht wie „was kann ich noch?“. Also auch eine realistische Einschätzung, dessen was ich kann. „Was möchte ich noch?“, nicht nur „was kann ich noch?“, sondern auch „was möchte ich vielleicht noch?“. Wo muss ich kompensieren oder wo können mich andere kompensieren, weil ich das nicht mehr leisten kann? Wo muss ich trainieren? Ich find immer von dem Baltes ganz schön, diesen Spruch: SOC – Select – Optimize – Compensate. Also, wo muss ich fokussieren auf welche Tätigkeiten? Wo muss ich optimieren (O), also im Sinne von - wo brauch ich wirklich Training, wo brauch ich Weiterbildung? Und C für Compensate, heisst dann wirklich, ich kann das nicht mehr. Wo muss sozusagen dieser Part durch andere, sei's Technik oder sei's sonstige Unterstützung oder durch andere Mitarbeiter, kompensiert werden? Da bin ich auf der Ebene der Individuen. Von daher denk ich mir, gibt es schon relativ viele unterschiedliche Ansatzpunkte, um diesem Thema der Alterswahrnehmung auf die Spur zu kommen. (Z186-207)</p>

tung im Betrieb		
<p>Nachhaltige Implementierung</p> <p>(46.15)</p> <p>(47.10)</p> <p>(47.36)</p> <p>(45.13)</p>	<p>Was sind gemäss Ihrer Erfahrungen die Voraussetzungen für eine nachhaltige Implementierung von Massnahmen der altersgerechten Arbeitsgestaltung in den Betrieben?</p> <p>(55.15)</p>	<p>Für mich ist sehr entscheidend, die Leute miteinzubeziehen, dass man einfach gemeinsam auch zu den Massnahmen kommt. Und eben ALLE einzubeziehen, um dass jetzt wirklich nochmal zu sagen, nicht nur die 50+, natürlich kann man mal 'ne Fokusgruppe oder 'ne Erfahrungsgruppe machen, aber aufpassen, dass die dann nicht in so ein Zielrohr geraten. Mein Ansatz wäre eher der von so altersgemischten Teams und so die Aufgabe ins Zentrum zu stellen, respektive sich dann zu überlegen, was denn die unterschiedlichen Generationen da jeweils beitragen können. Wie gesagt Partizipation, sie sind ja die Experten im Alltag, was man da anders machen kann. (Z208-213)</p> <p>Führungskräfte-Qualifizierung find ich nach wie vor ist einfach absolut entscheidend, weil sie sind die Gate-Keeper zwischen HRM und den Mitarbeitenden, also irgendeine Form von begleitender Qualifizierung von Austausch zu der Thematik find ich sehr wichtig. (Z214-216)</p> <p>Dann immer auch nach aussen kommunizieren, im Sinne von „Good-Practice“. „Was tun wir?“ „Was machen wir im Spital“. Die Leute selber sprechen lassen, ihnen ein Gesicht geben, Beispiele aufzeigen, wie man Dinge auch anders angehen kann. Das macht einfach Mut, find ich sehr wichtig. Nicht diesen Aspekt des Marketings zu vergessen. (Z217-219)</p> <p>Dann ist ja immer die Frage, ist das jetzt ein Pilot? Soll's ein Rollout geben auch auf andere Bereiche? Also das muss man natürlich auch noch verorten, weiss ich jetzt nicht, wie's in Winterthur ist, die Medizin hat da mal mit gestartet. Stellt sich für mich die Frage, und wie geht's den weiter? Beschränkt man's da drauf? (Z220-222).</p> <p>Wie steht die Klinikleitung dazu? Wie stark ist die involviert? Die an Bord zu haben. Dann den entsprechenden Mehrwert aufzuzeigen, die solche Massnahmen haben. Denn ihr seid, alle Spitäler sind unter Kostendruck, dass müsst ihr natürlich auch aufzeigen können, was schlussendlich der Mehrwert ist für die Patienten. Finanziell für die Rekrutierungskosten, die vielleicht geringer sind, weniger Absenzen und und und. Also sprich, wenn man sagt, dass man so ein Programm macht, dann muss man sich natürlich vorher auch sehr gut überlegen, was für Ziele man damit verfolgt. Wollt ihr die Leute länger im Unternehmen halten? Sollen sie eben weniger Absenzen haben? Soll die Qualität der Behandlung verbessert werden, in bestimmten Bereichen? Soll das Wissensmanagement verbessert werden? Sollen die Rekrutierungskosten verringert werden, weil die Fluktuation bei euch vielleicht zu hoch ist? (Z223-230)</p> <p>Im Sinne einer nachhaltigen Implementierung wär das dann schon gut, wenn ihr dann da mit so ein paar Kennzahlen auch operieren könnt und die in Kopplung mit den Zielen dann auch ausweisen könnt. Und das dann auch gegenüber der Klinikleitung präsentieren könnt, was eigentlich mit dem Programm verfolgt wird. Denn ich find immer noch ein ganz wichtiges Argument, gut das ist zum Teil bei den Spitälern nur in gewissen Grenzen möglich, wenn ihr Stellen nicht besetzen könnt oder lange nicht besetzen könnt, dann heisst es schlussendlich, dass es zur Belastung des bestehenden Personals und der Vorgesetzten kommt, weil ihr in irgendeiner Form das kompensieren müsst. Und das denk ich mir wird zukünftig grade auch in solchen Branchen ein wichtiger Indikator sein auch für Belastung – Vakanzen von Stellen. (Z231-237)</p> <p>Thema auch Arbeitgeberattraktivität, wenn da permanent die Leute gehen, das spricht sich rum. Also von daher das find ich schon nochmals sehr wichtig für die Implementierung, dass man sich darüber klar ist, was man eigentlich für Ziele verfolgt und man sie darüber natürlich auch kontrollieren kann, dass man sie der Klinikleitung kommunizieren kann und ähnliches. (Z238-241)</p> <p>Und Schlüsselpersonen, sogenannte Schneeballleute zu kriegen, die das dann weitertragen, das ist natürlich gut da, nach Möglichkeit auch jemand in der Klinikleitung. (Z242-243)</p>