

# Das Immunsystem des Krankenhauses stärken

Der Blick auf die Ressource Personal in der Pflege

Von Anneli Röhr, Ulla Laacks

## Die Autorinnen



**Dr. Anneli Röhr**  
Gesundheitswissenschaftlerin, Demografieberaterin und Mediatorin, ist als Beraterin im Projektmanagement und in der Organisationsentwicklung tätig. Ihr Arbeitsschwerpunkt sind Projekte zur Gesundheitsförderung und Kommunikation.  
[www.anneli-roehr.de](http://www.anneli-roehr.de)



**Dipl.-Psych. Ulla Laacks**  
Neun Jahre Leitung einer Suchtklinik, Demografieberaterin (nach INQA); Demografieberatung: Schwerpunkt Pflege in Altenhilfe und Kliniken; Organisations- und Bereichsentwicklung: Schwerpunkt Gesundheitswesen – Begleitung von Veränderungsprozessen  
[info@ullalaacks.de](mailto:info@ullalaacks.de)  
[www.ullalaacks.de](http://www.ullalaacks.de)

Das Schlagwort ›Demografischer Wandel‹ ist zwar inzwischen in allen Medien ein häufig verwendeter Begriff, insbesondere mit Blick auf die Pflege und Ärzteschaft. Dabei werden zum Teil regelrechte Horrorszenerarien des drohenden Versorgungsnotstands gezeichnet.

In der betrieblichen Realität scheint die Komplexität des Sachverhalts jedoch nach wie vor zu verhindern, dass sich Einrichtungen und Kliniken in ihrer Personal- und Organisationspolitik darauf strategisch einstellen.

Dieser Artikel will deutlich machen, wie mit Hilfe einer guten Ist-Analyse ein roter Faden für den Umgang mit dem demografischen Wandel gefunden werden kann. Er zeigt beispielhaft auf, wie Verantwortliche einer Klinik das Thema gemeinsam aufgreifen. Dann kann es gelingen, unter Berücksichtigung der regionalen, berufs- und unternehmensspezifischen Rahmenbedingungen ein Personalkonzept zu formulieren, das das eigene Haus zukunftsweisend aufstellt.

## 1. Hintergrund: Die demografische Entwicklung in den Gesundheitsberufen

Die Gesundheitsbranche ist die Wachstumsbranche der Zukunft. Laut DBfK (Deutscher Berufsverband für die Krankenpflege, 2010) sind die Fallzahlen von vollstationären Patienten von 1995 bis 2008 um 12 Prozent gestiegen. In den kommenden Jahren wird der Anteil Älterer und Hochbetagter weiter deutlich zunehmen, und damit aller Voraussicht nach der Bedarf an Pflege und Gesundheitsversorgung.

Auf der Suche nach Personal befinden sich die Gesundheitsberufe schon heute unter den Top Ten der meistgesuchten Fachkräfte. Im Juni 2010 wurden 39.000 freie Stellen im Gesundheits- und Pflegesektor gemeldet (vgl. Arbeitsagentur, 2010).

Schaut man besonders auf den Pflegeberuf, so kann von einem ›Aussteiger-Beruf‹ gesprochen werden: Das Image hat abgenommen und der Nachwuchs ist zudem schwerer zu binden. Jede/r vierte Mitarbeitende denkt laut NEXT-Studie daran, den Pflegeberuf

vorzeitig zu verlassen (vgl. [www.next.uni-wuppertal.de](http://www.next.uni-wuppertal.de); Hasselhorn, 2007). Alarmierend auch die 2009 veröffentlichten Zahlen einer Meinungsumfrage des DBfK – danach erwägen 33 % der Pflegekräfte einen Berufsausstieg. Gründe sind die gestiegene Arbeitsanforderung, fehlende berufliche Perspektiven und gesundheitliche Belastungen.

Kein Allheilmittel, aber ein Schritt aus dem Dilemma besteht in der Stärkung der Ressourcen des vorhandenen Personals.

## 2. Das Konzept der Arbeitsfähigkeit als Grundlage einer Demografie-sensiblen Personalarbeit

Die Kunst einer Demografie-sensiblen Personalarbeit besteht darin, aus der Breite der möglichen Handlungsfelder die Chancen und Risiken eines Unternehmens herauszuarbeiten und sich in der strategischen Personalentwicklung/Steuerung auf wesentliche Punkte zu konzentrieren. Dabei muss das Rad nicht neu erfunden werden – viele Instrumente und Prozesse bestehen schon und müssen nur unter dem Blickwinkel ›älter, weniger, bunter‹ noch mal in ihrem Zusammenwirken betrachtet werden. Ein Konzept, das sich in der Binnenperspektive zur Strukturierung des Themas anbietet, ist das ›Haus der Arbeitsfähigkeit‹ nach Ilmarinen.

Der Begriff der Arbeitsfähigkeit begegnet uns in der Beratung oft als statische, negativ besetzte Annahme: ›Entweder man schafft seine Arbeit oder man schafft sie nicht!‹ Hilfreicher ist es, das Konzept perspektivisch zu nutzen und in regelmäßigen Abständen zu fragen: Passen die Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen (noch) zu den Menschen, die sie erledigen sollen?

Zwei Komponenten bestimmen demnach die Arbeitsfähigkeit:

- die individuellen Ressourcen der Arbeitnehmer/-innen (körperliche, mentale, soziale Fähigkeiten, Gesundheit, Kompetenz, Werte) sowie
- die Arbeit (Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld, Führung).

Interessant ist, dass der vielfach vermutete Verlauf einer stetigen Abnahme der Arbeitsfähigkeit mit zunehmendem Alter in Untersuchungen keineswegs bestätigt wird. Finnische Längsschnittstudien haben gezeigt,

- dass Arbeitsfähigkeit eine Ressource ist, die auch in höherem Alter noch steigerbar ist, auch in körperlich belastenden Berufen,
- dass sich Personen gleichen kalendarischen Alters sehr stark hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit unterscheiden können und
- dass die Arbeitsfähigkeit am besten durch langfristige, multidimensionale Vorgehensweisen, nicht durch spezielle Einzelaktivitäten erhalten wird. (vgl. [www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de](http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de))

Innerhalb des ›Hauses der Arbeitsfähigkeit‹ sind die betrieblich besonders relevanten Aspekte zusammengefasst, die für den Erhalt und Ausbau der Arbeitsfähigkeit von Bedeutung sind. Dies sind 1. die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten, 2. ihre Kompetenzen und Qualifikationen sowie 3. die Werte und arbeitsrelevanten Einstellungen von Beschäftigten wie auch des Unternehmens. Vierter Aspekt sind die Arbeitsaufgaben, -bedingungen, -organisation und Führung.

### Das Haus der Arbeitsfähigkeit

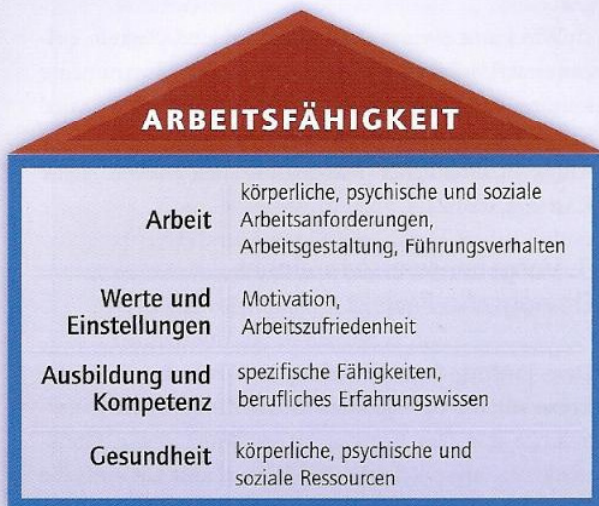


Abb. 1: Das Haus der Arbeitsfähigkeit.  
Quelle: Heyer et al. nach Ilmarinen, 2005

### Gesundheit

Gesundheit und Motivation sind neben dem Wissen und den Fertigkeiten die wichtigsten Ressourcen von Beschäftigten. Da der demografische Wandel zu einer abnehmenden Zahl junger Nachwuchskräfte führt, kommt dem Erhalt der Gesundheit der bestehenden Belegschaft eine immer größere Bedeutung zu und zwar unabhängig vom Alter. Bemühungen zur Verbesserung von Gesundheit sollten sowohl die arbeitsbedingten Belastungen mindern als auch die Beschäftigten in ihrer Eigenverantwortung stärken.

Instrumente, die den Handlungsbedarf aufdecken, sind z. B. die Auswertung von Fehlzeiten- und Fluktuations-Statistiken (die auch in eine Altersstrukturanalyse integriert werden können), Mitarbeiterbefragungen, Gefährdungsbeurteilungen oder Qualitätszirkel Gesundheit. Zur nachhaltigen Verbesserung des Befindens und der Arbeitszufriedenheit empfiehlt sich die Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Verknüpft mit dem Arbeitsschutz und der Betriebsmedizin kann dann der Blick sowohl auf die kleine Zahl der Erkrankten als auch die große Gruppe der Gesunden und ihre jeweiligen Bedürfnisse gerichtet werden. Damit trägt Gesundheitsmanagement zur Motivation und Steigerung der Leistungsfähigkeit sowie zur Kostensenkung bei.

### Wissen und Kompetenzen

Je komplexer Prozesse, Strukturen und Sachverhalte, desto wertvoller ist das Wissen von gut eingearbeiteten Fachkräften und desto teurer sind die Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden und eine unzureichende Weitergabe von Wissen beim Ausscheiden von langjährigen Beschäftigten.

Das Argument der geringeren Lernfähigkeit Älterer ist widerlegt. Ältere lernen anders, aber nicht weniger oder schlechter als Jüngere. Es gibt zwei kognitive Lernvoraussetzungen: die basale Informationsverarbeitung, die ca. ab dem 25. Lebensjahr zurückgeht, und die pragmatische, erfahrungsbasierte Aneignung von Wissen, die die basale Verarbeitung mit zunehmendem Alter immer stärker kompensiert (vgl. Baltes et al., 2006). Ältere Menschen verknüpfen neues Wissen mit Erfahrungen und sind damit oft urteils- und entscheidungskompetenter und schneller in der Bearbeitung komplexer Aufgaben. Studien zeigen, dass verschiedene Faktoren die Lernfähigkeit bis ins hohe Alter erhalten können, z. B. lebenslange Vertrautheit mit Lernen und Veränderung, Sport und Bewegung, aber auch kognitives Training (vgl. Noack, 2011).

### Werte

Unabdingbar erscheint die Ausrichtung einer Demografie-sensiblen Personalarbeit an den übergeordneten strategischen Unternehmenszielen und am Leitbild des Unternehmens. Dabei stellt sich auch die Frage nach dem Menschen- und Altersbild des Betriebes und der Wahrnehmung der Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter. Das Bild älterer Beschäftigter war lange Zeit defizitär geprägt und wandelt sich nur sehr allmählich – in der Gesellschaft und in Betrieben. ›Es ist höchste Zeit für einen gesellschaftlichen Paradigmenwechsel – weg von der vorzeitigen Inaktivierung der Wertschaffungspotenziale Älterer, hin zu längeren und differenzierteren Tätigkeitsbiografien mit einem positiven Leitbild des aktiven Alterns.‹ (Prager, Schoof, 2006, S. 37)

Eine zentrale Erkenntnis verschiedener Studien ist die, dass Menschen mit zunehmendem Alter in Bezug auf Interessen, Leistungsfähigkeit, Motivation etc. heterogener werden und entsprechend differenziert gesehen und angesprochen werden müssen. Das ›eine‹ Bild vom Alter passt nicht mehr (vgl. Körber-Stiftung, 2010).



## Arbeit

Entsprechend der obigen Aussage gibt es auch nicht die eine Empfehlung zur alter(n)sgerechten Gestaltung von Arbeitsanforderungen und -bedingungen. Verallgemeinerbare Hinweise findet man aber. Die Untersuchung ›Mein nächster Beruf‹ ist zum Beispiel zielgerichtet der Frage nachgegangen, wie Personalentwicklung in Berufen aussehen sollte, von denen man weiß, dass sie aufgrund der hohen physischen Beanspruchungen kaum bis zum Renteneintrittsalter wahrgenommen werden. Als Beispiel wurde das Baugewerbe betrachtet. Die daraus abgeleiteten Hinweise können vermutlich auch in der Pflege dazu beitragen, den Verbleib im Beruf deutlich zu verlängern:

- Prüfung von Eignung und Erwartungen bei Berufseinstieg
  - einseitigen Fehlbelastungen vorbeugen, frühzeitig Aufgabenwechsel organisieren und Misch Tätigkeiten gestalten
  - altersgemischte Gruppenarbeit fördern, voneinander lernen und Erfahrungswissen nutzen
  - Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten schaffen
  - Führungskompetenzen ausbauen
- (vgl. Ulbricht, Jahn, 2010)

## Personalgewinnung

Ergänzend zu dem Arbeitsfähigkeitskonzept ist in der Außenperspektive ein Handlungsfeld Demografie-

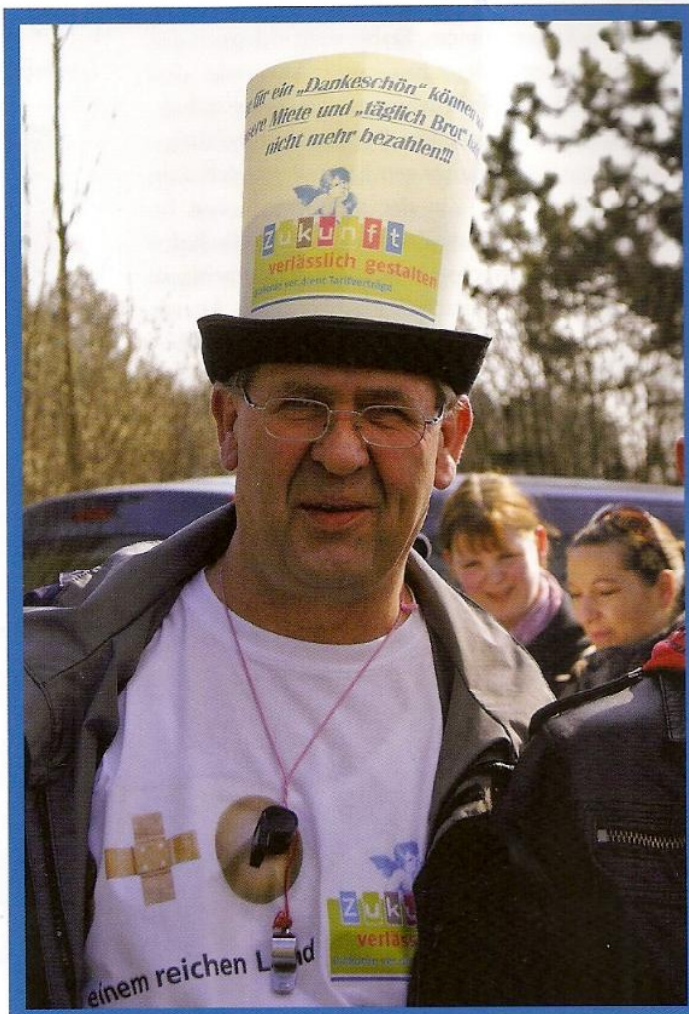
sensibler Personalarbeit zu nennen, das – wie eingangs erwähnt – zunehmend brisant wird: die Personalgewinnung. Unserer Meinung nach sollte aber der Fokus vorrangig auf die Potenziale der vorhandenen Mitarbeiterschaft ausgerichtet sein. Das schafft ein Klima, das für Neue attraktiv ist und wo sie bleiben mögen. Strategien der Personalgewinnung müssen somit ›Personal finden und binden‹ umfassen, um effektiv zu sein. Darüber hinaus hilft es, die Zielgruppen der bisherigen Rekrutierungsstrategien zu prüfen und ggf. zu ändern. Dies kann bis zur Änderung der Aufgabenverteilungen und Stellenbeschreibungen gehen.

Wie kann ein am ›Haus der Arbeitsfähigkeit‹ orientiertes Vorgehen aussehen und welche Instrumente können dabei sinnvoll eingesetzt werden? Dies wird beispielhaft an einem Demografie-Projekt in einer Klinik in kirchlicher Trägerschaft beschrieben (siehe Kasten 1 und 2).

## 3. Vorgehensweise in einem Demografie-Projekt

Den Einstieg in ein Demografie-Projekt stellt die Erfassung des demografischen Ist-Zustands im Unternehmen dar. Das Instrument der Wahl ist die Altersstrukturanalyse. Gleichzeitig kann damit auf einfache Weise eine Prognose des zukünftigen Personalstands in fünf, zehn oder 15 Jahren erstellt werden. Es existieren verschiedene Vorlagen, die in unterschiedlichem Detaillierungsgrad die vorhandenen Personaldaten aufbereiten. Neben der Basis-Variablen des Alters werden bei einer aussagekräftigen Altersstrukturanalyse auch Geschlecht, Beschäftigungsdauer, Führungsverantwortung, Beschäftigungsumfang, Abteilung, Funktion, Qualifizierung, erwartbare Zu- und Abgänge sowie ggf. Weiterbildungstage, Fehlzeiten, Befristungen oder die Frage, ob die Person Wissensträger ist, erhoben. Eine ausführliche Altersstrukturanalyse ist ein erster Schritt zu einer spezifischen Betrachtung von Handlungsbedarfen. Aus Sicht der MAV ist dabei der Datenschutz beim Umgang mit den Personaldaten hervorzuheben.

Als nächster Prozess-Schritt schließt sich die Planung eines i.d.R. mehrere Handlungsfelder umfassenden Projekts an. Auch ein nicht als Projekt organisiertes Vorgehen sollte sinnvollerweise die Prozess-Schritte der Ist-Analyse, Planung, Durchführung, Evaluation und Sicherung des Transfers/Nachhaltigkeit, wählen (vgl. Röhr, 2009). Es sollte darauf geachtet werden, bei vermutlich unterschiedlichen Teilprojekt-Leitungen eine Gesamtprojekt-Steuerung zu installieren und ein möglichst hochrangiges Auftragsgremium zu haben. Die im hier beschriebenen Projekt gewählte externe Beratung in der Analyse-Phase bietet den Vorteil eines distanzierten, neutralen Blickwinkels und einer demografischen Fachkompetenz in der Interpretation des Handlungsbedarfs.



## Vorgehensweise und Instrumente im Beispielprojekt

Das Direktorium eines christlichen Allgemeinkrankenhauses mit fast 500 Betten entschließt sich, eine Demografie-Beratung in einem Teilbereich der Pflege durchzuführen.

### 1. ERHEBEN:

Daten von acht Pflegebereichen mit insgesamt 164 Mitarbeitenden werden erhoben. Die Altersstrukturanalyse ergibt einen ›mittelalten Berg‹. Im Durchschnitt sind die Mitarbeitenden in der Pflege 44 Jahre alt. In zwei Bereichen sind die Mitarbeitenden im Durchschnitt 52 Jahre alt. Es sind fast ausschließlich examinierte Fachkräfte beschäftigt. Eingestellt wird in allen Altersgruppen. Auffällig ist die oft jahrzehntelange Beschäftigungsdauer in der Klinik. Das tatsächliche Renteneintrittsalter liegt bei 60,5 Jahren.

Eine Prognose, die den Blick schärft: In zwölf Jahren befindet sich ein Drittel der Pflegemitarbeitenden in der Berentung (bei dem jetzigen Renteneintrittsalter). Die Fehlzeitenquote bei Krankheit zeigt in einzelnen Bereichen drastische Unterschiede mit FZ zwischen 1–13 Prozent. Als besonders belastet empfundene Bereiche zeigen zwar eine hohe Fluktuation, jedoch keine auffälligen Fehlzeiten. Mit Abstand die höchsten Präsenzanteile zeigen die Mitarbeitenden in Teilzeit 1 (31–60 %-Stelle) und die MA, die im Zwei-Schicht-Modell arbeiten.

Eine zweite vertiefte qualitative Befragung ermittelt, was genau zu welchen Themen schon an Maßnahmen und Einschätzungen im Krankenhaus vorhanden ist.

**2. BETEILIGEN:** Bereits an den Vorgesprächen und der Entscheidung für die Untersuchung ist die Mitarbeitervertretung beteiligt. Eine ›Steuerungsgruppe Demografie‹ ist in die komplette Datenauswertung und Erarbeitung von Handlungsansätzen eingebunden. Teilnehmende sind Vertreter aus Pflegedirektion, MAV, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement, Projektsteuerung und Personalentwicklung. Für das Thema Ausbildung wird die nicht ans KH gegliederte Schulleitung der freien gemeinnützigen Krankenhäuser sozusagen als Expertin hinzugezogen.

**3. BERATEN:** In zwei halbtägigen Workshops werden in der Steuerungsgruppe zuerst die Daten ausgewertet, es werden Prognosen für die nächsten fünf bis zwölf Jahre erstellt, Besonderheiten diskutiert und Schwerpunkte festgelegt (Kasten 2).

## Ergebnisse im Beispielprojekt

Die hier vorgestellten Ergebnisse beschreiben die Erkenntnisse zum Handlungsbedarf und erste Maßnahmenplanungen, die in dem Beispielprojekt aus den Analysen abgeleitet wurden.

**1. DAS EINZELNE SEHEN:** Die Betrachtung der einzelnen Stationen ergab unmittelbare Ansatzpunkte für direktes Handeln; Einzelmaßnahmen und mögliche vertiefte Betrachtungen konnten festgelegt werden.

**2. DAS GANZE IM BLICK:** Werteorientierung bestimmt das Führungshandeln, das Haus hat ein gutes Image und verfügt über viele Rituale, die Wertschätzung gegenüber Mitarbeitenden ausdrücken. Vorurteile und blinde Flecken zu Jung und Alt wurden im Workshop herausgearbeitet. Welches Alters- und welches Jugendbild herrschen im Haus vor? Sind Ältere lernfähig, wie werden Ältere gezielt qualifiziert? Soll es eine Karriereplanung für Jung und Alt geben?

Die externe Schulleitung in der Steuerungsgruppe zeigte auf, dass die Einbindung von Lernen und Ideen der Jüngeren zu kurz kommt. Deutlich wurde, dass die Ausbildungssituation oft als belastend erlebt wird.

Diese spannenden Fragen wurden vertieft und sollen zukünftig als Thema Achtsamkeit und Wertschätzung in das Leitungshandeln integriert werden.

**3. GESUNDHEIT:** Die physischen und psychischen Belastungen nehmen nach Meinung der Steuerungsgruppe enorm zu. Gesundheit ist noch nicht Chefsache. Es gibt umfangreiche Einzelmaßnahmen, die noch nicht gezielt gesteuert werden. Dabei soll auch betrachtet werden, was die Bereiche mit hoher Präsenz so gesund erhält. Das Gesundheitsmanagement soll zukünftig durch eine Bündelung der Verantwortung aufgewertet werden.

### 4. WISSEN WEITERGEBEN – LERNEN ...

Alle Teilnehmer waren sich einig: Wissen sichern und weitergeben ist eine der großen Herausforderungen des Krankenhauses. Schon jetzt geht Wissen vielfach bei Ausscheiden der erfahrenen Fachkräfte verloren.

Im Workshop wurde anhand einer Wissenslandkarte die Flut von Informationen visualisiert. Welches Wissen soll wen erreichen, wo muss entrümpelt werden? Wie kann zukünftig Lernen im Alltag integriert werden. Ideen zu Junior- und Seniorprojekten wurden angedacht. Die umfassenden Qualifizierungsangebote für Pflegekräfte sollen tiefer in den Pflegealltag integriert werden.

### 5. STEUERUNG ALS ROTER FADEN – DAS DEMOGRA-FITTE KRANKENHAUS 2020

Das Direktorium diskutiert die zukünftige Personalstrategie unter dem Aspekt der demografischen Merkmale des Krankenhauses. Die Maßnahmen der Personalrekrutierung werden flankiert von noch mehr Werteorientierung in der Außen- und Innendarstellung. Der Personal- und Altersmix ist im Fokus und aktives Lernen und Sichern von Wissen soll sich auf Stationen wiederfinden. Die Steuerung und Evaluation von Gesundheitsmaßnahmen soll in eine Hand gelegt werden.



#### 4. Schlussfolgerungen

Das hier vorgestellte Vorgehen stellt eine strukturierte, konzeptionell fundierte Bearbeitung von Personal- und Organisationsthemen dar, die im Zuge des demografischen Wandels früher oder später – vermutlich früher – für die meisten Einrichtungen und Kliniken relevant werden. Eine externe Demografie-Beratung bietet eine gute Voraussetzung für eine von Vorannahmen weitgehend freie, die Handlungsfelder in ihrer Breite erfassende Analyse und ggf. Prozessbegleitung.

Es ist aus unserer Sicht unerlässlich, ein solches am demografischen Wandel ausgerichtete Vorhaben, egal ob als Projekt oder in der Linie verankert, mit übergeordneten strategischen Personalkonzepten und Unternehmenszielen zu verknüpfen. Dies ist umso wichtiger, als gerade Häuser in kirchlicher Trägerschaft die Potenziale der Belegschaft vermutlich nur dann entwickeln können, wenn sie es schaffen, den zunehmenden Widerspruch zwischen wertorientierter Unternehmenskultur und hohen eigenen Idealen der Mitarbeiter einerseits und ökonomischen Restriktionen andererseits aufzulösen.

Der Verlust an Vertrauen und Identität sowie ein abnehmendes Gefühl der Selbstwirksamkeit und der eigenen Gestaltungsmöglichkeit sind neben den gesundheitlichen Belastungen ein großer Einflussfaktor für Fehlzeiten, frühzeitigen Berufsausstieg oder -wechsel und innere Kündigung von Beschäftigten.

Je eher ein Haus die Demografie-Thematik proaktiv aufgreift, desto größer sind die Handlungsspielräume. Insbesondere die in der vorhandenen Belegschaft ruhenden Potenziale werden bisher oft zu wenig wahrgenommen, wertgeschätzt und gefördert. Die vielfach beschriebenen Probleme der Gesundheitswirtschaft bei der Personalgewinnung lassen sich damit zwar nicht auflösen, werden aber in ihrer Bedeutung relativiert.

#### Ausgewählte Literatur

Arbeitsagentur, unter:

<http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2010.pdf>

Deutscher Berufsverband für die Krankenpflege:

Balance halten im Pflegealltag, 2010

DBfK Meinungsumfrage 2008/2009:

Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

Hasselhorn, M.:

Demografische Herausforderung in der Pflege,

Vortrag auf der 12. Konferenz für Gesundheitsförderung im Krankenhaus in Saarburg am 20. September 2007. HM. Hasselhorn

et al. (2007): Demografische Herausforderungen in der Pflege – Ergebnisse von der Europäischen NEXT-Studie pdf, 534.8K, 06/09/09, 1046 downloads [www.next.uni-wuppertal.de](http://www.next.uni-wuppertal.de)

Heyer, A., Hollmann, D., Stierle, M.: in:

„Älter werden, aktiv bleiben“, Bertelsmannstiftung, 2006

Ilmarinen, J., Tempel, J.:

Arbeitsfähigkeit 2010, VSA Hamburg, 2005

Körper-Stiftung (Hrsg.):

Symposium-Schrift „Potentiale des Alters“, 2010

Noack, M.:

Was Hänschen nicht lernt ... Lernen Ältere anders?, Vortrag DNN-Fachforum, 31.01.2011, Jacobs-University Bremen

Prager, J., Schoof, U. in:

„Älter werden, aktiv bleiben“, Bertelsmannstiftung, 2006

Röhr, A.:

Projektmanagement in der Arbeit der

Interessenvertretungen, in: *Arbeitsrecht & Kirche*, 1/2009

Ulbricht, S. Jahn, F.:

Mein nächster Beruf – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer. IGA-Report 17, 2010